

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕСТАЦИИ У ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Бадриева Ю.Н.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия (426034, Ижевск, ул. Коммунаров, 281), e-mail: juliya-doc@mail.ru

При сочетании пролапса митрального клапана и недифференцированной дисплазии соединительной ткани возрастает частота осложнений гестационного периода как со стороны соматического состояния здоровья женщины, так и со стороны течения беременности. Наличие экстрагенитального заболевания во время беременности, прогрессирования расстройств кровообращения с осложненным гестационным периодом приобретают особую значимость в прогнозе неблагоприятных исходов беременности и родов у данных пациенток. Выявлено, что у этих беременных выше количество пре- и постнатальной патологии, а состояние здоровья новорожденных было обусловлено страданием плода в связи с плацентарной недостаточностью и целым рядом акушерских осложнений, зависело от наличия недифференцированной дисплазии соединительной ткани у матери, течения беременности, массы новорожденного, срока и способа родоразрешения.

Ключевые слова: пролапс митрального клапана, беременность, недифференцированная дисплазия соединительной ткани.

FEATURES OF A CURRENT OF A GESTATION AT WOMEN WITH A PROLAPSE OF THE MITRALNY VALVE AGAINST AN UNDIFFERENTIATED

Badrieva Y.N.

GBOU VPO "Izhevsk State Medical Academy" Minzdrava Rossii, Izhevsk, Russia (426034, Izhevsk, Kommunarov St., 281), e-mail: juliya-doc@mail.ru

At a combination of a prolapse of the mitralny valve and an undifferentiated displaziya of connecting tissue the frequency of complications of the gestational period increases, both from a somatic state of health of the woman, and from the course of pregnancy. Existence of an ekstragenitalny disease during pregnancy, progressing of disorders of blood circulation with the complicated gestational period gain the special importance in the forecast of failures of pregnancy and childbirth at these patients. It is revealed that at these pregnant women the quantity pre-and post-natal pathology is higher, and the state of health of newborns was caused by suffering of a fruit in connection with placentary insufficiency and a number of obstetric complications, depended on existence of an undifferentiated displaziya of connecting tissue at mother, the course of pregnancy, mass of the newborn, term and a way of a rodorazresheniye.

Keyword: prolapse of the mitralny valve, pregnancy, undifferentiated displaziya of connecting tissue.

В последние годы большое внимание уделяется проблеме дисплазии соединительной ткани, что связано с высокой распространенностью отдельных ее проявлений в популяции от 26 до 80 % [2]. Пролапс митрального клапана (ПМК) относится к малым аномалиям развития сердца, считается одной из распространенных аномалий клапанного аппарата сердца и наиболее частым висцеральным маркером дисплазии соединительной ткани [2]. ПМК в популяции встречается в 60,8 %, у женщин репродуктивного возраста 17–38 %, у беременных от 8 % до 32,9 % [4, 5]. При сочетании пролапса митрального клапана и недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) возрастает частота осложнений гестационного периода, как со стороны соматического состояния здоровья женщины, так и со стороны течения беременности [1, 3, 4]. В связи с чем заслуживает внимания изучение особенностей репродуктивного и соматического здоровья, течения

беременности и родов, перинатальных исходов у женщин на фоне несостоятельности соединительнотканых структур.

Цель исследования: изучение особенностей течения гестации у женщин с пролапсом митрального клапана на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 190 беременных женщин за период 2012–2015 гг. с получением добровольного информированного согласия женщин в соответствии с международными этическими требованиями ВОЗ. Группу наблюдения составили 124 беременные с пролапсом митрального клапана на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани легкой степени тяжести, группу сравнения – 66 практически здоровых беременных.

Критериями включения в группу наблюдения явились наличие пролапса митрального клапана и недифференцированной дисплазии соединительной ткани легкой степени.

Критерии исключения из группы наблюдения: дифференцированные формы дисплазии соединительной ткани; эндокринные заболевания; хроническая соматическая патология в стадии декомпенсации; врожденные или приобретенные пороки сердца; оперированные пороки сердца; инфекционные заболевания; беременность после применения вспомогательных репродуктивных технологий; бесплодие и/или невынашивание беременности в анамнезе; многоплодная беременность. Группы формировались по принципу сплошного отбора за период: 2012–2015 годы с применением случайной и типологической выборки – методом уравновешенных групп идентично по возрасту, паритету беременностей, социальному, образовательному и семейному статусу. Возрастной интервал обследуемых пациенток находился в пределах от 17 до 41 лет. В группе наблюдения средний возраст составил $28,6 \pm 4,6$ лет, в группе сравнения $27,7 \pm 5,2$ лет ($p > 0,05$).

Женщины обеих групп наблюдались в динамике гестации в соответствии с порядком оказания помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации №572н от 01.11.2012 года.

Диагноз ПМК и стадия сердечной недостаточности был выставлен совместно с кардиологами в соответствии с Международной классификацией болезней десятого пересмотра: I34.1 Прولاпс [пролабирование] митрального клапана.

На этапе клиничко-анамнестического обследования при отборе в группу наблюдения использовались критерии Т. Милковска-Димитровой и А. Каркашева (1985), критерии степени выраженности НДСТ по Т.Ю. Смольновой (2003) и в соответствии с разработанными Т.И. Кадуриной, В.Н. Горбуновой (2009) шкалами значимости клинических маркеров, а также клиничко-инструментальных и лабораторных показателей.

Результаты исследования. ПМК был диагностирован до беременности у 108 (87,1 %), во время настоящей беременности – у 16 (12,9 %) женщин группы наблюдения. Регургитация на митральный клапан 1 степени выраженности установлена у всех беременных. ПМК передней створки диагностировали в 70,2 % наблюдениях. Из них 1 степени – в 95,4 %, 2 степени – в 4,6 %. ПМК задней створки выявили в 29,8 % наблюдений. Миксоматозная дегенерация створок митрального клапана 1 степени была только в 8,9 %. Хроническая сердечная недостаточность I степени тяжести – у 12 (9,7 %) женщин группы наблюдения.

Диагноз недифференцированной дисплазии соединительной ткани в группе наблюдения был выставлен до наступления настоящей беременности 35 (28,2 %) женщинам, при настоящей беременности – 89 (71,8 %) беременным. У всех пациенток диагностирована легкая степень недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

Обращает внимание, что на каждую группы наблюдения беременных пришлось в среднем 4,8 соматических заболеваний, что в 3 раза выше группы сравнения. В структуре экстрагенитальной заболеваемости на первом месте в группе наблюдения находились болезни системы кровообращения ($p < 0,001$). Среди которых лидировали нарушения ритма и проводимости ($p < 0,001$), малые аномалии сердца ($p < 0,001$), нейроциркуляторная дистония ($p < 0,001$), в основном по гипотоническому типу [6]. Таким образом, у беременных с ПМК на фоне НДСТ в 1,7 раз чаще выявлены заболевания сердечно-сосудистой системы. По частоте встречаемости на втором месте были перенесенные инфекционные заболевания, достоверно чаще встречающиеся у женщин группы наблюдения ($p < 0,001$). Женщины достоверно чаще болели гриппом, детскими инфекциями, особенно ветряной оспой. Третье место занимали болезни крови, достоверно отличающиеся от группы сравнения в группе наблюдения ($p < 0,001$). У каждой третьей беременной с ПМК выявлена железодефицитная анемия ($p < 0,001$). Тромбоцитопения была диагностирована только у беременных в группе наблюдения. Обращает внимание, что заболевания кожи и костно-мышечной системы выявлены были только у женщин группы наблюдения ($p < 0,001$).

До наступления настоящей беременности жалобы по поводу основного заболевания беспокоили в основном женщин группы наблюдения, основными из которых были сердцебиение и перебои в сердце, боли в области сердца ноющего и колющего характера, одышка при физической нагрузке, головные боли, головокружение. Следует отметить, что 38 беременных с ПМК (30,6 %) жалоб в динамике гестации не предъявляли. Обращает внимание, что клинические проявления сердцебиений и перебоев в работе сердца, болей в области сердца, нарушений терморегуляции и теплоотдачи, астении, сосудистого синдрома имели тенденцию к нарастанию ко второму триместру и снижению к моменту родов.

Респираторный синдром наоборот имел тенденцию к увеличению в зависимости от срока беременности за счет возрастающих жалоб на одышку и плохую переносимость душных помещений. Таким образом, для женщин с ПМК на фоне НДСТ в I и III триместрах беременности наиболее часто встречаются жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы, что возможно обусловлено физиологической нагрузкой.

При оценке гинекологической заболеваемости выявлено, что на каждую пациентку группы наблюдения приходилось 1,3 гинекологических заболеваний, группы сравнения – 0,6, что в 2 раза чаще. Среди гинекологических заболеваний женщины группы наблюдения по отношению к группе сравнения достоверно чаще болели хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза ($p < 0,001$) в сочетании с эндоцервицитом ($p < 0,01$), заболеваниями шейки матки ($p < 0,05$). Бактериальный вагиноз также достоверно чаще выявлен в группе наблюдения по отношению к группе сравнения ($p < 0,05$). Таким образом, женщины группы наблюдения в 5 раз чаще имели в анамнезе гинекологические заболевания, чем практически здоровые беременные. При клиническом обследовании выявлено, что почти каждая беременная имела в анамнезе инфекции, передаваемые половым путем. Следует обратить внимание, что 34 ($27,4 \pm 4,0$ на 100 обследованных) беременных группы наблюдения страдали уреоплазменной инфекцией, 28 ($22,6 \pm 3,8$) – кандидозом, 16 ($12,9 \pm 3,0$) – хламидийной инфекцией ($p > 0,05$). Обращает внимание, что при обследовании на перинатально-значимые инфекции в 1 триместре выявлено, что женщины группы наблюдения чаще были носителями цитомегаловирусной инфекции $20,2 \pm 3,6$ на 100 обследованных ($p < 0,05$) и вируса простого герпеса II типа $21,8 \pm 3,7$ ($p < 0,001$).

При анализе менструальной функции выявлено, что у женщин группы наблюдения достоверно чаще наблюдались различные нарушения по сравнению с практически здоровыми ($p < 0,01$). В группе наблюдения 23 ($18,5 \pm 3,5$ %) пациенток отмечали достоверно чаще альгодисменорею по отношению к группе сравнения – 3 ($4,5 \pm 2,6$ %) ($p < 0,01$), а также гиперменорею, соответственно, 16 ($12,9 \pm 1,3$) и 4 ($6,1 \pm 2,9$) ($p < 0,05$).

Женщины группы наблюдения взяты на диспансерное наблюдение по поводу беременности в женской консультации в среднем сроке $8,1 \pm 0,3$ недели беременности и в группе сравнения – в $9,7 \pm 0,4$ ($p > 0,05$) в женских консультациях по месту медицинского обслуживания или районных больницах. Обращает внимание, что в женской консультации, специализированной по ведению женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями при Республиканском клиническом диагностическом центре Удмуртской Республики, наблюдалась каждая третья – 39 (31,5 %) женщин на фоне НДСТ. Число посещений беременной врача в женской консультации в группах не отличалось ($p > 0,05$).

При анализе морфоантропометрических данных выявлено, что средний рост, масса тела беременных женщин группы наблюдения не отличался от среднего роста беременных группы сравнения ($p>0,05$). Средняя прибавка массы тела у пациенток группы наблюдения $17,8\pm 6,4$ кг была выше таковой группы сравнения – $11,5\pm 6,9$ кг, но достоверных отличий не выявлено ($p>0,05$).

При пельвиометрии беременных с ПМК на фоне НДСТ в 4,5 раза чаще выявлен анатомически узкий таз ($69,4\pm 4,1$ из 100 обследованных), чем у практически здоровых беременных ($28,8\pm 5,6$). Оценивая формы сужения тазов, следует обратить внимание, что у беременных с ПМК на фоне НДСТ первое ранговое место занимают поперечносуженный таз, второе – плоский таз, третье – общеравномерносуженный таз. В то время как у практически здоровых беременных лидирует общеравномерносуженный таз, затем плоский и поперечносуженный таз. По степени сужения таза группы были сопоставимы.

При анализе течения беременности выявлено, что в группе наблюдения достоверно чаще 93 ($75,0\pm 3,9$ на 100 обследованных) в I триместре диагностировались различные осложнения беременности, чем в группе сравнения – 31 ($47,0\pm 6,1$ на 100) ($p<0,001$). Следует указать, что токсикоз первой половины беременности достоверно чаще был у беременных с ПМК на фоне НДСТ ($p<0,01$), как и заболевания мочевыделительной системы и острые респираторные заболевания ($p<0,05$). Таким образом, у беременных с ПМК в сочетании с НДСТ в I триместре беременности в 3 раза чаще выявлены акушерские и соматические осложнения по сравнению с практически здоровыми беременными. Во II триместре среди акушерских осложнений у женщин с ПМК на фоне НДСТ появились нарушения маточно-плодово-плацентарного кровообращения и задержка развития плода, как признаки сформировавшейся плацентарной недостаточности. Среди экстрагенитальной патологии во II триместре по отношению к практически здоровым беременным у женщин с ПМК на фоне НДСТ в 4 раза чаще выявлялась соматическая патология. Достоверно чаще выявлены заболевания крови $46,8\pm 4,5$ на 100 обследованных ($p<0,01$), в том числе анемия и тромбоцитопения ($p<0,05$), а также заболевания мочевыделительной системы ($p<0,01$). В III триместре у беременных с ПМК на фоне НДСТ достоверно чаще выявлена хроническая внутриутробная гипоксия плода ($11,3\pm 2,8$) ($p<0,01$), задержка развития плода ($11,3\pm 2,8$) ($p<0,01$), нарушение маточно-плодово-плацентарного кровообращения ($12,9\pm 3,0$) ($p<0,01$) и хроническая плацентарная недостаточность ($12,9\pm 3,0$) ($p<0,001$). Угроза преждевременных родов и преэклампсия были достоверно чаще также у беременных с ПМК на фоне НДСТ, соответственно, ($p<0,05$) и ($p<0,001$).

Таким образом, взаимное влияние и отягощение беременности и ПМК, особенно на фоне НДСТ, привело к более высокой частоте осложнений течения беременности. Обращает внимание, что каждая десятая из них проходила лечение в стационарных условиях 2–3 раза.

Согласно данным проведенного исследования в анамнезе у беременных группы наблюдения 42 (17,6±2,5 %) патологические роды были в 4 раза чаще, чем в группе сравнения – 3 (4,5±2,6; $p<0,001$). У большинства женщин роды произошли при доношенном сроке, в среднем в 38,5±1,4 недель беременности в группе наблюдения и в 38,3±1,2 недель в группе сравнения ($p>0,05$). В группе наблюдения у 115 (92,7 %) беременных роды были срочными и соответственно в группе сравнения – у 64 (97,0 %). Частота преждевременных родов была выше в группе наблюдения, однако достоверных отличий не выявлено ($p>0,05$). Следует отметить, что во всех случаях у обследуемых нами женщин преждевременные роды происходили в сроке гестации с 32 по 35 недели, в группе наблюдения в среднем сроке беременности – 33,8±0,5 и в группе сравнения – 34,5±0,5 недель беременности ($p>0,05$).

Роды у рожениц группы наблюдения были более длительными ($p<0,01$). Возможно, это связано с высокой частотой аномалий родовой деятельности, в частности слабости родовой деятельности. Безводный промежуток составил 7,8±1,2 часа у беременных группы наблюдения и 6,1±0,9 часа у беременных группы сравнения ($p>0,05$). Своевременное излитие околоплодных вод было у 69 (55,6±4,5 %) женщин группы наблюдения и в группе сравнения у 42 (63,7±5,9 %). Преждевременное излитие было в 2 раза чаще, соответственно, у 25 (20,2±3,6 %) и 8 (12,1±4,0 %). Раннее излитие диагностировалось у 30 (24,2±3,8 %) женщин группы наблюдения и у 16 (24,2±5,3 %) в группе сравнения. Таким образом, наиболее частым осложнением родов у пациенток было несвоевременное излитие околоплодных вод. По нашим данным, нормальные роды были у 83 (66,9±4,2) рожениц группы наблюдения и у 59 (89,4±3,8) группы сравнения. Результаты анализа течения родов показали, что у беременных с ПМК на фоне НДСТ достоверно чаще отмечались такие осложнения родов, как аномалии родовой деятельности в виде ее слабости ($p<0,01$), гипотоническое кровотечение ($p<0,05$).

В связи с этим у женщин с ПМК достоверно чаще была проведена амниотомия – 42,7±4,4 по отношению к группе сравнения 25,8±5,4 ($p<0,05$), индукция родовой деятельности с применением препидил-геля, соответственно, 8,9±2,6 и 1,5±1,4 ($p<0,05$), стимуляция родовой деятельности – 20,2±3,6 и 6,1±2,9 ($p<0,01$). Обращает внимание, что женщинам группы наблюдения в виду аномалий родовой деятельности чаще потребовалась индукция и стимуляция родовой деятельности, что имело достоверную разницу по отношению к группе сравнения ($p<0,001$).

Кровопотеря в родах в группах не отличалась и составила у родильниц группы наблюдения в среднем $347,7 \pm 42,1$ мл и в группе сравнения – $329,0 \pm 27,5$ мл ($p > 0,05$). Гипотоническое кровотоечение в III периоде родов было только у 3 (2,4 %) женщин группы наблюдения, по поводу чего были осуществлены лечебные мероприятия.

Распространенность травматизма родовых путей у родильниц группы наблюдения встречалась чаще – у 51 ($41,1 \pm 4,4$ на 100) женщин, по отношению к группе сравнения – 14 ($21,2 \pm 5,0$ на 100) женщин ($p < 0,01$). Родовой травматизм связан с несостоятельностью механических свойств соединительно-тканых волокон родовых путей и аномалиями родовой деятельности [2, 6]. Достоверно чаще у рожениц с ПМК на фоне НДСТ по отношению к группе сравнения встречались разрыв шейки матки и трещины половых губ ($p < 0,01$). Различные осложнения явились причиной более высокой потребности в оперативных пособиях. Оперативное родоразрешение проведено 31 ($25,0 \pm 3,9$ на 100) женщинам группы наблюдения и 13 ($19,7 \pm 4,9$ на 100) женщинам группы сравнения ($p > 0,05$). Основными показаниями к кесаревому сечению были: наличие несостоятельного рубца на матке, дистоция шейки матки и задержка развития плода. В послеродовом периоде у рожениц группы наблюдения была более высокая частота таких осложнений беременности, как субинволюция матки и гипогалактия ($p < 0,05$). У 3 ($1,3 \pm 0,7$ на 100) рожениц группы наблюдения были несостоятельными швы на промежности после эпизиотомии.

Полученные результаты подтвердили мнение ряда авторов о том, что беременные женщины с ПМК, особенно на фоне НДСТ, имеют достоверно более высокую частоту осложненного течения беременности и родов по сравнению со здоровыми, а тактика родоразрешения у этой категории женщин определяется индивидуально с учетом общего состояния пациентки, осложнений беременности и акушерской ситуации.

Средняя масса рожденных детей у пациенток, страдающих ПМК, составила $3085,7 \pm 554,2$ граммов, однако достоверных отличий от группы сравнения не было – $3644,6 \pm 587,1$ граммов ($p > 0,05$). При оценке новорожденных по шкале Апгар на первой и пятой минуте более низкие показатели были также в группе детей матерей с ПМК, чем у детей матерей группы сравнения ($p < 0,001$). Состояние младенцев родильниц с ПМК на фоне НДСТ при рождении было хуже младенцев здоровых женщин и через 5 минут после рождения не достигало показателей группы сравнения, что свидетельствует о наличии наиболее выраженных патологических изменений гипоксического характера у новорожденных этой группы.

Важное место в структуре патологии периода новорожденности занимает задержка внутриутробного развития плода. Обращает внимание, что недоношенных детей родилось в 4,5 раза чаще в группе наблюдения. В группе наблюдения количество детей с гипотрофией I

степени встречалось в 4,6 раза чаще – у 9 ($7,3 \pm 2,3$ на 100 обследованных), чем в группе сравнения ($3,0 \pm 2,1$) и только в этой подгруппе были новорожденные с гипотрофией II степени. Уровень перинатальной заболеваемости у новорожденных, рожденных женщинами с ПМК на НДСТ, выше, чем в группе сравнения. Течение беременности у пациенток с ПМК в сочетании с НДСТ на фоне хронической гипоксии и нарушения обменных процессов в плаценте привели к достоверно более частому перинатальному поражению ЦНС и конъюгационной желтухе у детей относительно группы сравнения ($p < 0,001$), синдрому дыхательных расстройств ($p < 0,01$) и внутриутробному инфицированию ($p < 0,001$). Обращает внимание, что только в группе наблюдения были диагностированы малые аномалии сердца у 15 ($12,1 \pm 2,9$) новорожденных в виде открытого овального окна, ложной хорды в левом желудочке, дефекта межпредсердной перегородки.

Таким образом, наличие экстрагенитального заболевания – ПМК во время беременности, прогрессирования расстройств кровообращения, обусловленных взаимодействием беременности и ПМК, наряду с осложненным гестационным периодом приобретали особую значимость в прогнозе неблагоприятных исходов беременности и родов у пациенток с ПМК на фоне НДСТ. Представленные данные убедительно показывают, что у больных ПМК, особенно на фоне НДСТ, выше количество пре- и постнатальной патологии. Состояние здоровья новорожденных от матерей с ПМК было обусловлено страданием плода в связи с плацентарной недостаточностью и целым рядом акушерских осложнений, зависело от наличия НДСТ у матери, течения беременности, массы новорожденного, срока и способа родоразрешения.

Список литературы

1. Бакашвили Ш.Б. Дифференцированный подход к тактике ведения беременности у женщин с пролапсом митрального клапана: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 23 с.
2. Грачева О.Н., Громова О.А. Дисплазия соединительной ткани во время беременности. – М., 2012. – 155 с.
3. Земцовский Э.В., Малев Э.Г. Пролапс митрального клапана: современный взгляд на проблему // Бюллетень федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова. – Июнь, 2011. – С. 25-30.
4. Кадурина Т.И., Горбунова В.Н. Дисплазия соединительной ткани. – СПб., 2009. – 704 с.
5. Кесова М.И. Беременность и недифференцированная дисплазия соединительной ткани: патогенез, клиника, диагностика: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2012. – 45 с.

б. Козина О.В. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани и беременность: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2008. – 49 с.

Рецензенты:

Кузнецова Е.П., д.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ПП ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Ижевск;

Дворянский С.А., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Киров.