



Частота пролапса митрального клапана у беременных с дефицитом массы тела

Л.И. Олимова, М.Ф. Додхоева

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Анализ результатов эхокардиографического исследования в группе беременных и небеременных женщин с дефицитом массы тела показал наличие пролапса митрального клапана у 43,5% и 30% женщин соответственно. По результатам исследования отмечается прогрессирование степени пролабирования митрального клапана во II и III триместрах беременности, что, возможно, связано со срывом компенсаторных механизмов обусловленных выраженным дефицитом массы тела.

Ключевые слова: дефицит массы тела, пролапс митрального клапана

ВВЕДЕНИЕ. Беременность представляет собой сложное метаболическое состояние, включающее в себя резкие изменения в секреции гормонов на фоне возрастающих потребностей в богатых энергией соединениях, необходимых для роста и развития плода. При этом первый триместр беременности характеризуется изменениями, сходными с обменом веществ при голодании. Данные физиологические нарушения характерны только для беременной, но не для её будущего ребёнка. Физиологическое развитие плода и новорождённого требует сбалансированного и полноценного питания для будущей матери. Так, недостаточное и несбалансированное питание способствует развитию дефицита массы тела, что создаёт серьёзные проблемы со здоровьем в последующие годы жизни, особенно во время беременности и родов, способствуя высокой частоте материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. В период гестационного процесса в организме беременной происходят значительные, но обратимые изменения гемодинамики и функции сердца, обусловленные повышенной нагрузкой на сердечно-сосудистую систему, связанные с усилением обмена веществ, увеличением объёма циркулирующей крови и сосудистой сети с включением фетоплацентарного кровообращения. По мере роста матки ограничивается подвижность диафрагмы, повышается внутрибрюшное давление, изменяется положение сердца в грудной клетке, что в конечном итоге приводит к изменениям условий работы сердца. Сердце беременной постепенно приспосабливается к нагрузке. Данные изменения

характерны для физиологически протекающей беременности.

Среди беременных пролабирование митрального клапана – наиболее частая патология, которая составляет 3-4% среди женщин детородного возраста [3]. Немногочисленные публикации, посвящённые данной патологии, подчёркивают благоприятное течение беременности без кардиологических осложнений, роды в срок и рождение детей с нормальной массой тела [5,6].

В доступной литературе мы не обнаружили данных об изменениях в сердечно – сосудистой системе у беременных с дефицитом массы тела, что и явилось целью настоящего исследования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучение функционального состояния сердца у беременных с дефицитом массы тела.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. С целью выяснения функционального состояния сердца у 92 беременных с дефицитом массы тела и 50 небеременным женщинам с дефицитом массы тела было проведено эхокардиографическое обследование.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Анализ результатов эхокардиографического исследования в группе беременных с дефицитом массы тела показал наличие пролапса митрального клапана у 43,5% женщин, в том числе пролапс митрального клапана



I степени выявлен у 18 (19,6%) женщин, II степени - у 20 (21,7%) женщин, III степени - у 2 (2,2%) женщин, из них у 6 (6,5%) беременных с наличием митральной регургитации. Незначительная митральная регургитация выявлена у 4 (4,3%) женщин, умеренная - у 2 (2,2%) женщин.

Необходимо отметить, что степень выраженности пролапса митрального клапана находилась в определённой зависимости от выраженности дефицита массы тела. Так, при дефиците массы тела I степени пролапс митрального клапана встречался у 10 беременных, причём у них преимущественно отмечался пролапс митрального клапана I степени. В одном случае пролапс митрального клапана сочетался с умеренно-выраженной гипертрофией левого желудочка, утолщением межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка. В другом случае пролапс митрального клапана сочетался с его уплотнением. При дефиците массы тела II степени пролапс митрального клапана выявлен у 22 женщин, в том числе в 10 случаях - I степени, в 11 случаях - II степени, в одном случае - пролапс митрального клапана III степени с митральной регургитацией. Следует отметить, что пролапс митрального клапана II степени у женщин с дефицитом массы тела II степени зачастую сочетался с различными изменениями по данным доплер - эхокардиографии (наличие дополнительной хорды в полости левого желудочка, незначительная гипертрофия межжелудочковой перегородки, патологические потоки). В одном случае пролапс митрального клапана сочетался с умеренной регургитацией и патологическими потоками. Беременность у женщины в данном случае осложнилась антенатальной гибелью плода. В одном наблюдении у беременной с дефицитом массы тела II степени при эхокардиографическом исследовании в 22 недели отмечался пролапс митрального клапана I степени, в последующем при динамическом наблюдении в 32 недели был выявлен пролапс митрального клапана II степени с незначительной регургитацией.

При дефиците массы тела III степени в 8 случаях из 10 выявлен пролапс митрального клапана, в 2 случаях из них - I степени, в 5 случаях - II степени и в одном случае - пролапс митрального клапана III степени с умеренной митральной регургитацией. У одной беременной данной группы пролапс митрального клапана II степени сочетался с незначительной регургитацией и патологическими потоками. Расширение полости левого желудочка отмечено у 2 (2,2%) женщин.

Анализ эхокардиографического исследования показал определённые изменения функционального состояния сердца при дефиците массы тела. Так, изменения со стороны сердечно-сосудистой системы имеют место как у беременных, так и у небеременных женщин с дефицитом массы тела. Эхокардиографическое исследование в группе небеременных с дефицитом массы тела показало наличие пролапса митрального клапана у 30% женщин, в том числе, в 8% случаев пролапс митрального клапана I степени, в 22% - II степени.

Следует отметить, что более выражены эти изменения во время беременности, а частота пролапса митрального клапана имеет прямую зависимость от степени выраженности дефицита массы тела.

Развитие митральной регургитации является нередким осложнением пролапса митрального клапана [1,3,4]. По данным нашего исследования пролапс митрального клапана II и III степени часто сопровождался митральной регургитацией [2].

Л.И.Титченко (1985) при пролапсе митрального клапана у беременных отмечает уменьшение степени пролабирования створки митрального клапана во II и III триместрах беременности, что, по мнению автора, является следствием физиологической гиперволемии и увеличения размеров левых отделов сердца во II половине беременности и носит компенсаторный характер [1]. По данным литературы, факторы, вызывающие увеличение объёма левого желудочка при пролапсе митрального клапана, способствуют натяжению сухожильных хорд и уменьшению степени пролабирования [1,6].

Однако, по результатам нашего исследования, отмечается прогрессирование степени пролабирования митрального клапана во II и III триместрах беременности, что, возможно, связано со срывом компенсаторных механизмов, обусловленных выраженным дефицитом массы тела.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, дефицит массы тела у беременных является фактором риска развития нарушений со стороны сердца, в связи с чем эти женщины нуждаются в обследовании сердечно-сосудистой системы в прегравидарном и антенатальном периоде с помощью электро- и эхокардиографии, динамическом наблюдении и коррекции выявленных нарушений.



ЛИТЕРАТУРА

1. Титченко Л.И. Синдром пролапса митрального клапана и беременность /Л.И. Титченко // Сов. Медицина.-1985. - №9. – С.69-74
2. Елисеев О.М. Сердечно-сосудистые заболевания у беременных /О.М.Елисеев. - М.: Медицина. - 1994. -320с.
3. Babich L.G. Effect of Mg ions and spermine on ATP-dependent Ca²⁺ transport in myometrial intracellular structures. I. Comparative study of Ca²⁺ accumulation in mitochondria and sarcoplasmic reticulum /Babich L.G. [et al.] //Ukr Biokhim Zh. 2004 Sep-Oct;76(5):52-60
4. Priori S.G. Genetic and molecular basis of cardiac arrhythmias: impact on clinical management /Priori S.G. [et al.] // Eur. Heart J. - 1999. - V.20, N3, P. 174-195
5. Rosenfeldt F.L. Metabolic supplementation with orotic acid and magnesium orotate / F.L. Rosenfeldt// Cardiovasc Drugs Ther. 1998 Sep;12 Suppl 2:147-52
6. Zeana C. Magnesium orotate in myocardial and neuronal protection /C. Zeana// Rom J Intern Med. 1999 Jan-Mar;37(1):91-7

Summary

Frequency of mitral valve prolapse in pregnant women with weight deficit

L.I. Olimova, M.F. Dodkhoeva

Analysis of the results of echocardiography in a group of pregnant and nonpregnant women with weight deficit showed the presence of mitral valve prolapse in 43,5% and 30% of women respectively. The study indicated the degree of progression of mitral valve prolapse in the II and III trimester of pregnancy, which may be associated with disruption of the compensatory mechanisms due to a marked deficit of body weight.

Key words: weight deficit, mitral valve prolapse

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Л.И. Олимова – ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки - 139,
тел.: (+992) 232-69-21, E-mail: ollola08@mail.ru