

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 618.3/.5+616-053/3]: 616.126.42

В.Г. Анастасьева, Н.В. Трунченко

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДА РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Научный центр клинической и экспериментальной медицины СО РАМН (Новосибирск)
Городской неврологический центр «Сибнейромед» (Новосибирск)

У 242 женщин с пролапсом митрального клапана изучены особенности течения беременности и родов. У 97,9 % отмечались акушерские осложнения: ранний токсикоз — у 24,8 %, угроза недонашивания — у 69,8 %, поздний гестоз — у 66,1 %. У 16,1 % произошли преждевременные роды. Осложнения в родах возникли у 81 % женщин, в том числе несвоевременное излитие околоплодных вод — у 42,5 %, материнский родовой травматизм — у 20,3 %. Внутриутробная гипотрофия отмечалась у 54,4 %, неонатальная заболеваемость — у 89,2 % детей, врожденные аномалии имелись у 15,3 % детей. Перинатальная смертность составила в изучаемой группе 4,15 на 1000 живорожденных.

Ключевые слова: пролапс митрального клапана, беременность, роды

PECULIARITIES OF PREGNANCY DEVELOPMENT AND CONFINEMENT OUTCOME IN WOMEN WITH MITRAL VALVE PROLAPSE

V.G. Anastasjeva, N.V. Trunchenko

Scientific Center of Clinical and Experimental Medicine SB RAMS, Novosibirsk
City Neurological Center «Sibneuromed», Novosibirsk

Peculiarities of pregnancy development and labor were investigated in 242 women with mitral valve prolapse. 97,9 % of them had obstetric complications, 24,8 % of them had early toxemia, 69,8 % — threatened abortion, 66,1 % — preeclampsia. 16,1 % of women had premature delivery. 81 % of women had complications during delivery: premature rupture of amniotic fluid sac — in 42,5 %, maternal cervix, vaginal and perineal ruptures — in 20,3 %. Intrauterine hypotrophy was found in 54,4 % of children. Neonatal morbidity was found in 89,2 % of children, 15,3 % of them had congenital defects. Perinatal mortality in the investigated group was 4,15 per 1000 of live bourns.

Key words: mitral valve prolapse, pregnancy, labor

Пролапс митрального клапана (ПМК) представляет собой аномалию сердца, при которой одна или обе створки митрального клапана прогибаются при систоле желудочков в левое предсердие. Частота ПМК в популяции колеблется от 1,8 до 17 % [5, 9].

Принято различать первичный ПМК, который в настоящее время чаще всего связывают с дисплазией соединительной ткани и вторичный ПМК, возникающий при ишемической болезни сердца, ревматизме, миокардитах, саркоидозе, а также после травм [5, 8].

«Золотым стандартом» в диагностике ПМК является эхокардиография в М- и В-режимах, дополненная цветовым доплеровским картированием. Использование перечисленных методов позволяет установить сам факт митрального пролабирования, уточнить наличие миксоматозной дегенерации створок, оценить степень митральной регургитации [6, 8, 9].

Кардиологи, работающие в акушерстве, справедливо считают ПМК самой частой патологией сер-

дца у беременных женщин [3, 10]. Согласно данным Y.T. Chia и соавт. доля ПМК в структуре врожденных пороков сердца у беременных составляет 60,8 % [цит. по 1].

Общепринятым в настоящее время является мнение о том, что при ПМК I и II степени, отсутствии миксоматозной дегенерации створок и клинически значимой митральной регургитации, а также тяжелых нарушений ритма и проводимости женщина может вынашивать имеющуюся у нее беременность, не опасаясь возникновения серьезных осложнений. С другой стороны при ПМК III степени и наличии миксоматозной дегенерации створок в процессе беременности возможны разрывы хордовых нитей с возникновением выраженной митральной недостаточности, а также присоединение бактериального эндокардита с эмболией сосудов головного мозга. У беременных с выраженными нарушениями реполяризации, удлинением интервала Q-T и желудочковой экстрасистолой возможна даже внезапная смерть [3, 4, 10].

Задача определения степени риска наступившей беременности у пациенток с ПМК в настоящее время возлагается на терапевта, обследующего их в женской консультации и специалиста-кардиолога, у которого такая больная должна быть обязательно проконсультирована после эхокардиографии и записи ЭКГ. В большинстве случаев эти специалисты разрешают женщине вынашивать имеющуюся у нее беременность, но в отдельных случаях могут предупреждать пациентку об имеющемся у нее риске возникновения во время беременности и в родах осложнений и даже рекомендовать ей прервать имеющуюся беременность в связи с очень высоким риском возникновения опасных осложнений.

Значительно менее изученным и довольно противоречивым является вопрос об акушерских осложнениях у пациенток с ПМК. Одними исследователями не было отмечено каких-либо отклонений в течении беременности и родов у этих женщин, другие же наблюдали у них повышенную частоту возникновения гестозов, преждевременных родов, аномалий родовой деятельности, а также случаев внутриутробной гипотрофии и асфиксии плода [1 – 4, 7, 10].

В целях изучения влияния ПМК на течение беременности и исход родов нами были изучены индивидуальные карты беременных и истории родов у 242 пациенток с данным видом кардиальной патологии. Первобеременными из них были 108 (44,6 %), повторнобеременными первородящими – 73 (30,2 %) и повторнородящими – 61 (25,2 %) женщина.

В возрасте до 20 лет были 30 (12,4 %), 20 – 29 лет – 142 (58,7 %), 30 – 34 лет – 54 (22,3 %), 35 лет – 16 (6,6 %) взятых под наблюдение женщин. Служащими являлись 89 (36,8 %), работницами – 66 (27,3 %), домохозяйками – 65 (26,9 %), учащимися – 22 (9,1 %) из них.

У 38 (15,7 %) женщин, Т! из которых составляли первобеременные, ПМК был диагностирован только во время изучаемой беременности, у остальных наличие этой аномалии сердца было установлено ранее. Во всех случаях диагноз был верифицирован специалистом кардиологом с использованием эхокардиографии и ЭКГ.

Различные дополнительные виды кардиальной патологии отмечались у 89 (36,8 %) женщин с ПМК. Аномальные хорды левого желудочка были выявлены у 61 (25,2 %), сочетанные пороки сердца – у 10 (4,13 %) женщин, в том числе пролапсы трикуспидального клапана – у 4, открытое овальное окно – у 3, дефект межжелудочковой перегородки – у 3. У 1 женщины имелась аневризма сердца.

У 10 (4,13 %) пациенток изучаемой группы в анамнезе отмечен ревматизм, 1 (0,41 %) ранее перенесла бактериальный эндокардит, у 14 (5,79 %) диагностировали миокардиодистрофию, у 2 (0,83 %) – кардиосклероз, у 1 (0,41 %) – синдром WPW.

Во время изучаемой беременности нарушения ритма и проводимости отмечались у 18 (7,44 %) пациенток с ПМК. Проявления недостаточности

кровообращения 1 степени были выявлены у 6 (2,48 %) и 2 степени – у 2 (0,83 %) женщин. В связи с этим, вышеуказанные больные госпитализировались и получали необходимое лечение.

Различные виды соматической внекардиальной патологии имелись у 208 (86 %) беременных с ПМК. Наиболее часто у них диагностировалась вегето-сосудистая дистония (у 108 (44,6 %) человек), протекавшая у 51 (21,1 %) женщины по гипотоническому типу, у 35 (14,5 %) – по гипертоническому типу, у 14 (5,8 %) – по кардиальному типу и у 8 (3,3 %) – по смешанному типу. Гипертонической болезнью страдали лишь 6 (2,48 %) женщин.

Хроническая бронхо-легочная патология, преимущественно в виде обструктивного бронхита, имела у 70 (28,9 %), хронический тонзиллит – у 61 (25,2 %) пациентки изучаемой группы.

Патология желудочно-кишечного тракта присутствовала у 62 (25,6 %) беременных с ПМК, в том числе в виде хронического холецистита – у 33 (13,6 %) и хронического гастрита – у 27 (11,15 %) женщин. Перенесли в прошлом острый вирусный гепатит 9 (3,7 %), аппендэктомию – 14 (5,8 %), грыжесечение в связи с пупочной грыжей – 1 (0,41 %) женщина.

Патология почек имела у 43 (17,8 %) пациенток с ПМК, в том числе хронический пиелонефрит – у 32 (13,2 %) и нефроптоз у 13 (5,4 %).

У 29 (12 %) пациенток изучаемой группы наблюдалась гиперплазия щитовидной железы, у 22 (9,1 %) – миопия, у 21 (8,7 %) – различные виды аллергозов, у 15 (6,2 %) – варикозная болезнь, у 14 (5,8 %) – распространенный остеохондроз, у 8 (3,3 %) – сколиоз. Одна женщина ранее была оперирована по поводу воронкообразной деформации грудной клетки.

Изучение гинекологического анамнеза показало, что наступление менструаций в возрасте до 12 лет отмечалось у 24 (9,9 %), в 12 – 13 лет – у 125 (51,7 %), в 14 – 15 лет – у 84 (34,7 %), в 16 лет и старше – у 9 (3,7 %) женщин с ПМК.

Из гинекологических заболеваний у пациенток изучаемой группы наиболее часто выявлялись эрозии шейки матки – у 104 (43 %) женщин; 4 (1,65 %) из них была проведена криодеструкция, а 19 (7,9 %) – диатермоэлектрокоагуляция.

Нарушения менструального цикла, преимущественно в виде дисменореи и гиперменореи, отмечались в анамнезе у 52 (21,5 %) женщин, 12 (4,95 %) человек лечились в связи с первичным бесплодием, столько же – в связи с вторичным бесплодием.

Медицинские аборт имелись у 34 из 134 повторнобеременных (у 25,4 %), в том числе 1 – у 15, 2 – 3 – у 12, 4 и более – у 7 женщин. Самопроизвольные выкидыши наблюдались в прошлом у 29 (21,6 %) повторнобеременных, при этом привычным невынашиванием страдали 14 (10,4 %) женщин. Преждевременные роды наблюдались ранее у 24 (39,3 %) повторнородящих, у 3 (4,9 %) из них ранее отмечались случаи перинатальной гибели, у 1 (1,64 %) родился ребенок с болезнью Дауна.

Воспаление придатков матки наблюдалось до наступления изучаемой беременности у 46 (19 %), эндометриты — у 18 (7,4 %), кольпиты — у 21 (8,7 %) женщины с ПМК. Урогенитальный кандидоз диагностировали — у 20 (8,3 %), трихомониаз — у 16 (6,6 %), хламидиоз — у 14 (5,8 %) и вторичный сифилис — у 2 (0,83 %) пациенток изучаемой группы.

Наличие узкого таза, преимущественно в виде общеравномерносуженного и поперечносуженного таза, было установлено у 19 (7,85 %) женщин с ПМК.

Во время изучаемой беременности наличие генитальной инфекции было установлено у 194 (80,2 %) пациенток с ПМК, в т.ч. чистая форма бактериального вагиноза — у 45 (18,6 %), вагинозовагиниты и кольпиты — у 149 (61,6 %), эндоцервициты — у 83 (34,3 %). Возбудителями влагалищной инфекции в изучаемой группе наиболее часто являлись представители условно-патогенной кишечной микрофлоры и грибы рода *Candida*, выделенные соответственно у 114 (47,1 %) и у 65 (26,9 %) женщин, а шейной инфекции — хламидии и уреаплазмы, выделенные у 47 (19,4 %) и у 19 (7,9 %) женщин. У 15 (6,2 %) женщин был диагностирован трихомониаз, еще у 3 (1,24 %) имелись кондиломы влагалища и наружных гениталий. У 11 (4,5 %) беременных отмечалась острая цитомегаловирусная инфекция.

У 127 (52,5 %) пациенток с ПМК во время изучаемой беременности была диагностирована хроническая внутриматочная инфекция.

Различные акушерские осложнения, возникшие во время беременности у 237 (97,9 %) пациенток изучаемой группы, представлены в таблице 1.

Наиболее частым осложнением беременности у женщин с ПМК являлась угроза недонашивания беременности, которая наблюдалась у 169 (69,8 %) женщин, в т.ч. в I триместре у 72 (29,8 %), во II триместре — у 87 (36 %) и в III триместре — у 34 (14 %) женщин. У 24 (9,9 %) больных проявления недонашивания наблюдались в нескольких триместрах, чаще в I и II триместрах и реже в I и III триместрах.

Поздний гестоз был диагностирован во 2-й половине беременности у 160 (66,1 %) женщин с ПМК. Отечный вариант гестоза отмечен у 67 (41,9 %), отеочно-протеинурический — у 53 (33,1 %), отеочно-гипертензионный — у 26 (16,25 %) и гипертензионный — у 14 (8,75 %) взятых на учет женщин. У 44 (27,5 %) пациенток гестоз был длительно текущим.

Как правило и угроза недонашивания и поздний гестоз развивались у беременных с внутриматочным распространением инфекции, которое всегда сопровождалось выраженным эндотоксикозом, проявлявшимся со стороны белой крови характерным сдвигом формулы с увеличением относительного содержания нейтрофилов и уменьшением лимфоцитов, а также эозинофилов и базофилов, в результате чего лейкоцитарный индекс интоксикации, определявшийся по формуле Каль-Калифа (1941), составил у них $3,22 \pm 0,17$ (у здоровых беременных — $1,02 \pm 0,25$).

У 114 (47,1 %) беременных с внутриматочной инфекцией отмечалось наличие выраженного лейкоцитоза, у 127 (52,5 %) было выявлено значительное ускорение СОЭ. Соответственно гематологический показатель интоксикации, рассчитываемый по Н.А. Белякову и соавт. (1995), составил у них — $4,82 \pm 0,17$ (у здоровых беременных — $1,5 \pm 0,35$).

Характерным признаком эндотоксикоза является и развитие анемии, которая была выявлена у 132 (54,5 %) пациенток с ПМК, в подавляющем большинстве случаев также при внутриматочном инфицировании.

Помимо анемии, со стороны красной крови у беременных с внутриматочной инфекцией выявлялось повышенное количество эхиноцитов — эритроцитов с характерными выпячиваниями плазмолеммы, обусловленными мембранными нарушениями, связанными с интенсификацией процессов перекисного окисления липидов, достигавшее 15–20 % (у здоровых беременных оно, как правило, не превышает 5 %). Так же значительно в крови у пациенток с внутриматочным инфицированием — до $14,6 \pm 1,5$ % возрастало число эритроцитов с микроядрами, как крупными, обозначаемых как тельца Жолли, так и мелкими, пылевидными, свидетельствующими о наличии у этих больных геномной нестабильности (у здоровых беременных содержание эритроцитов с микроядрами составляло лишь $4,8 \pm 0,3$ %).

Особо выраженным эндотоксикоз был у пациенток с синдромом инфицированной амниотической полости, проявлявшейся наличием характерных изменений плаценты в сочетании с многоводием и маловодием, наблюдавшихся соответственно у 26 (10,7 %) и 37 (15,3 %) пациенток с ПМК.

О развившейся вследствие внутриматочного инфицирования фето-плацентарной недостаточности у пациенток с ПМК свидетельствовали выявленный при УЗИ у 53 (21,9 %) женщин синдром задержки внутриутробного развития плода и хроническая гипоксия плода, диагностированная при помощи кардиотокографии у 73 (30,2 %) больных.

Заслуживает внимания то, что у пациенток с ПМК и с проявлениями фето-плацентарной недостаточности, как правило, присутствовал хронический ДВС-синдром, на что указывало наблюдавшееся у них ускорение времени свертывания крови по Ли-Уайту (до $3,5 \pm 0,4$ мин.), укорочение времени рекальцификации (до $65,2 \pm 3,8$ сек.), увеличение протромбинового индекса (до $121,3 \pm 2,5$ %), тромбоцитопения ($185,7 \times 10^9/\text{л} \pm 18,2 \times 10^9/\text{л}$) и увеличение содержания фибриногена (до $6,3 \pm 0,6$ г/л). Гиперкоагуляция сочеталась у этих больных с проявлениями тромбинемии, на что указывали положительные паракоагуляционные тесты (этаноловый и протамин-сульфатный), а также с умеренной активацией фибринолиза, о чем мы судили по увеличению содержания в крови более 8 мкг/л продуктов деградации фибрина. Активность антитромбина III составляла у пациенток с ПМК и фето-плацентарной недостаточностью лишь $64,5 \pm 2,3$ % от должного уровня.

Таблица 1

Осложнения во время беременности у 242 пациенток с ПМК

Осложнения беременности	Количество больных, %
Ранний токсикоз	60 (24,8 %)
Угроза недонашивания	169 (69,8 %)
в т.ч. в 1 триместре	72 (29,8 %)
во 2 триместре	87 (36,0 %)
в 3 триместре	34 (14,0 %)
Поздний гестоз	160 (66,1 %)
Анемия	132 (54,5 %)
Гестационный пиелонефрит	32 (13,2 %)
Многоводие	26 (10,7 %)
Маловодие	37 (15,3 %)
Синдром задержки развития плода	53 (21,9 %)
Хроническая внутриутробная гипоксия плода	73 (30,2 %)

Таблица 2

Осложнения в родах у 242 пациенток с ПМК

Осложнения	Преждевременные роды (39)	Роды в срок (200)	Роды позже срока (3)	Всего (242)
Преждевременное излитие околоплодных вод	17 (43,6 %)	53 (26,5 %)	0	70 (28,9 %)
Раннее излитие околоплодных вод	5 (12,8 %)	26 (13 %)	2 (66,7 %)	33 (13,6 %)
Быстрые и стремительные роды	10 (25,6 %)	17 (8,5 %)	0	27 (11,15 %)
Первичная слабость	9 (23,1 %)	24 (12 %)	1 (33,3 %)	34 (14,05 %)
Вторичная слабость	1 (2,6 %)	19 (9,5 %)	0	20 (8,3 %)
Дискоординация родовой деятельности	2 (5,1 %)	7 (3,5 %)	0	9 (3,7 %)
Преждевременная отслойка плаценты	1 (2,6 %)	5 (2,5 %)	0	6 (2,5 %)
Плотное приращение плаценты	0	1 (0,5 %)	0	1 (0,41 %)
Гипотоническое кровотечение	6 (15,4 %)	7 (3,5 %)	0	13 (5,4 %)
Разрыв шейки матки	3 (7,7 %)	20 (10 %)	1 (33,3 %)	24 (9,9 %)
Разрыв влагалища	1 (2,6 %)	11 (5,5 %)	0	12 (5,0 %)
Разрыв промежности	3 (7,7 %)	10 (5,0 %)	0	13 (5,4 %)
Острая гипоксия плода в родах	2 (5,1 %)	4 (2,0 %)	0	6 (2,5 %)

Роды в срок произошли в изучаемой группе лишь у 200 (82,6 %) женщин. Преждевременные роды имели место у 39 (16,1 %), запоздалые роды — у 3 (1,2 %) пациенток с ПМК.

Осложнения в родах возникли у 196 (81,0 %) пациенток с ПМК (табл. 2). Наиболее часто у них наблюдались несвоевременное излитие околоплодных вод — у 103 (42,5 %), слабость и дискоординация родовой деятельности — у 63 (26 %) и материнский родовой травматизм — у 49 (20,3 %) женщин.

Высокая частота осложненного течения беременности и родов обусловили применение у 128 (52,9 %) рожениц с ПМК оперативных пособий, из которых наиболее часто использовались амниотомия — у 49 (20,2 %) и эпизиотомия — у 88 (36,4 %) женщин. Операция кесарева сечения была выполнена у 40 (16,5 %) женщин, в т.ч. по экстренным показаниям — у 31 (12,8 %) и в плановом порядке — у 9 (3,7 %).

Всего в изучаемой группе наблюдалось 1 мертворождение. Интранатально от асфиксии при срочных родах погиб маловесный ребенок с врожденным пороком развития — гидроцефалией в сочетании с полидактилией. Случаев смерти среди 241 живорожденного ребенка отмечено не было. Таким образом, перинатальная смертность в изучаемой группе оказалась невысокой — 4,15 %, практически совпадающая с популяционной.

Изучение весо-ростовых показателей новорожденных с использованием процентильных таблиц, показало, что нормотрофиков среди них было лишь 103 (42,7 %), в т.ч. среди доношенных — 94 (46,5 %) и среди недоношенных — 9 (23,1 %).

Внутриутробная гипотрофия имела у 131 (54,4 %) детей, в т.ч. у 103 (51,0 %) доношенных и у 28 (71,8 %) недоношенных.

Избыточная масса тела наблюдалась у 7 (2,9 %) детей, но если у 5 (2,5 %) доношенных новорожден-

ных она была обусловлена паратрофией, то у 2 (5,1 %) недоношенных новорожденных она была связана с выраженным отечным синдромом.

У 215 (89,2 %) живорожденных, в т.ч. у 176 (87,1 %) доношенных и у 39 (100 %) недоношенных в раннем неонатальном периоде возникли различные виды патологии.

Наиболее часто — у 126 (52,3 %), в т.ч. у 92 (45,5 %) доношенных и у 34 (87,2 %) недоношенных новорожденных от матерей с ПМК наблюдалось перинатальное поражение ЦНС, обусловленное нарушениями мозговой гемодинамики гипоксического и токсического генеза. Натальная травма ЦНС имела место лишь у 3 (1,2 %) детей.

У 105 (43,6 %) детей, в т.ч. у 78 (38,6 %) доношенных и у 27 (69,2 %) недоношенных новорожденных отмечались проявления внутриутробного инфицирования (в виде внутриутробной пневмонии, омфалита, конъюнктивита и дисбактериоза кишечника).

Среди заболеваний органов дыхания неинфекционного генеза, наблюдавшихся у 82 (34,0 %) детей, в т.ч. у 55 (27,2 %) доношенных и у 27 (69,2 %) недоношенных, особое место занимал обусловленный морфофункциональной незрелостью легочной ткани респираторный дистресс-синдром.

Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, преимущественно в виде кардиопатии, наблюдались у 69 (28,6 %) новорожденных, в т.ч. у 47 (23,3 %) доношенных и у 22 (56,4 %) недоношенных.

Конъюгационная желтуха II—III степени наблюдалась у 48 (19,9 %) детей, в т.ч. у 29 (14,4 %) доношенных и у 19 (48,7 %) недоношенных.

Проведенный анализ показал, что в большинстве случаев перинатальная патология развивалась у пациенток с внутриматочным инфицированием.

Различные врожденные аномалии развития были выявлены у 37 (15,3 %) детей. Наиболее часто при этом обнаруживались пороки сердца — у 21 (8,7 %) новорожденных (в т.ч. дефект межжелудочковой перегородки — у 12 (5,0 %), ПМК — у 8 (3,3 %), аномальные хорды желудочков сердца — у 9 (3,7 %), открытое овальное окно — у 2 (0,835), открытый артериальный проток — у 2 детей (0,83 %), некоторые аномалии при этом сочетались. У 2 (0,83 %) детей была диагностирована гидроцефалия (у одного, погибшего интранатально, в сочетании с полидактилией), у 3 (1,24 %) детей — челюстно-лицевые дисморфии, еще у 3 (1,24 %) — аномалии развития почек, у 6 (2,48 %) — кривошея, у 1 (0,41 %) — пахово-мошоночная грыжа, еще у 1 (0,41 %) — водянка яичка.

ВЫВОДЫ

1. У 36,8 % беременных женщин ПМК сочетался с другими видами кардиальной патологии, у 86 % — с другими видами соматической патологии, у 78,1 % — с различными видами гинекологических заболеваний.

2. Осложнения во время беременности имелись у 97,9 % пациенток с ПМК: ранний токсикоз возник у 24,8 %, угроза недонашивания беременности — у 69,8 %, анемия — у 54,5 %, поздний гестоз — у 66,1 %. Осложненное течение беременно-

сти обусловило у 21,9 % плодов развитие синдрома задержки развития и у 30,2 % — возникновение хронической внутриутробной гипоксии.

3. Генитальная инфекция диагностирована во время изучаемой беременности у 80,2 % женщин с ПМК, у 52,5 % из них отмечалось внутриматочное инфицирование с развитием выраженного эндотоксикоза и формированием фето-плацентарной недостаточности.

4. Частота преждевременных родов в группе первобеременных с ПМК составила 16,1 %, что в 4 раза чаще, чем в популяции.

5. У 81 % пациенток изучаемой группы в родах наблюдались осложнения, наиболее частыми из которых были несвоевременное излитие околоплодных вод (у 42,5 %), слабость и дискоординация родовой деятельности (у 26 %) и материнский родовой травматизм (у 20,3 %).

6. У 54,4 % детей, рожденных женщинами с ПМК, отмечалось наличие внутриутробной гипотрофии, у 89,2 % — в раннем неонатальном периоде возникли различные виды патологии.

7. У 15,3 % новорожденных от матерей с ПМК имелись врожденные аномалии развития, среди которых преобладали пороки сердца (у 8,7 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Дисплазия соединительной ткани при беременности / А. Верткин, О. Ткачева, А. Клеменов, О. Ткачева // Мед. газета. — 2004. — № 94. — С. 11.
2. Елисеева И.В. Клинико-функциональные особенности соматического состояния и течения родов у женщин с пролапсом митрального клапана / И.В. Елисеева // Клин. мед. — 2003. — № 3. — С. 22—24.
3. Елисеев О.М. Болезни сердца и сосудов у беременных / О.М. Елисеев // Беременность. Диагностика и лечение болезней сердца, сосудов и почек. — Ростов-на-Дону: Феникс, 1997. — С. 151—154.
4. Клеменов А.В. Дисплазия соединительной ткани и беременность (обзор) / А.В. Клеменов, О.Н. Ткачева, А.Л. Верткин // Тер. архив. — 2004. — № 11. — С. 80—83.
5. Моисеев С. Пролапс митрального клапана / С. Моисеев, В. Фомин // Врач. — 2005. — № 11. — С. 19—27.
6. Симоненко В.Б. Соединительнотканые дисплазии (наследственные коллагенопатии) / В.Б. Симоненко, П.А. Дулин, Д.Н. Панфилов и др. // Клин. мед. — 2006. — № 6. — С. 62—68.
7. Титченко Л.И. Синдром пролапса митрального клапана / Л.И. Титченко // Сов. мед. — 1985. — № 9. — С. 69—74.
8. Трисветова Е.А. Пролапс митрального клапана / Е.А. Трисветова, А.А. Бова // Кардиология. — 2002. — № 8. — С. 68—74.
9. Фомин В.В. Клинические особенности, диагностика пролапса митрального клапана / В.В. Фомин, С.И. Моисеев, И.А. Саркисова // Клин. мед. — 2001. — № 9. — С. 65—69.
10. Шехтман М.М. Руководство по экстрагениальной патологии у беременных / М.М. Шехтман. — М.: Триада X, 1999. — С. 54—55.