

УДК 616.126.42-007

**СЛУЧАЙ МИТРАЛЬНОЙ АННУЛЯРНОЙ
ДИЗЬЮНКЦИИ У БЕРЕМЕННОЙ
С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА
И ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ
НАРУШЕНИЯМИ РИТМА**

Чернякова Наталья Сергеевна – канд. мед. наук
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия

Борщев Алексей Валерьевич
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия

Мерхи Алла Валерьевна
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия

Иванчура Галина Сергеевна
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия

В статье описан случай выявления митральной аннулярной дизьюнкции – вероятной причины желудочковых нарушений ритма высокой градации у беременной с пролапсом митрального клапана.

Ключевые слова: МИТРАЛЬНАЯ АННУЛЯРНАЯ ДИЗЬЮНКЦИЯ, ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА, ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА, БЕРЕМЕННОСТЬ

UDK 616.126.42-007

**A CASE OF MITRAL ANNULAR DISJUNCTION
IN PREGNANT WITH MITRAL VALVE
PROLAPSE AND VENTRICULAR RHYTHM
DISTURBANCES**

Chernyakova Natalia Sergeevna – MD
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia

Borschev Alexey Valerievich
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia

Merkhy Alla Valerievna
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia

Ivanchura Galina Sergeevna
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia

The article presents a case of annular disjunction – a probable cause of ventricular disturbances of high level rhythm in pregnant with mitral valve prolapse.

Key words: MITRAL ANNULAR DISJUNCTION, MITRAL VALVE PROLAPSE, VENTRICULAR RHYTHM DISTURBANCES, PREGNANCY

Введение

Митральная аннулярная дизъюнкция (МАД) представляет аномалию левого атриовентрикулярного соединения. Она характеризуется смещением точки прикрепления задней створки митрального клапана в полость левого предсердия. В результате происходит разобщение миокарда левого предсердия, митрального фиброзного кольца и миокарда базальной части левого желудочка [1].

При наличии МАД фиброзное кольцо митрального клапана функционально отделено от левого желудочка и во время сердечного цикла движется совместно с левым предсердием, в систолу фиброзное кольцо расширяется и уплощается. В результате участок нижнебазальной стенки левого желудочка под точкой прикрепления задней створки митрального клапана парадоксально смещается кнаружи в систолу и внутрь в диастолу. Это увеличивает механическую нагрузку на створки митрального клапана, сухожильные хорды, ускоряя дегенеративные процессы, что приводит к стресс-индуцированному фиброзу папиллярных мышц и участка нижнебазальной стенки левого желудочка под точкой крепления задней створки митрального клапана, а также к электрической нестабильности миокарда левого желудочка.

В ряде исследований выявлено, риск развития аритмии увеличивается пропорционально величине МАД, но не зависит от тяжести митральной регургитации [2].

На основании данных гистологических и эхокардиографических исследований большинство авторов считают клинически значимой величину МАД, равную или превышающую 5 мм, поскольку у таких пациентов существует более высокий риск развития желудочковых аритмий [3].

Клинический случай митральной аннулярной дизъюнкции как вероятной причины желудочковых нарушений ритма высокой градации у беременной с пролапсом митрального клапана.

29.05.2025 больная З., 31 год, поступила в кардиологический центр поликлиники СКАЛ Краевой клинической больницы № 2 для обследования и лечения на сроке 20 нед прогрессирующей беременности с жалобами на сердцебиение и перебои в работе сердца.

Анамнез болезни. В возрасте 7 лет выявлен пролапс митрального клапана. С 20 лет беспокоят сердцебиение и перебои в работе сердца, диагностирована желудочковая экстрасистолия. В 24 года во время предыдущей беременности, завершившейся срочными неосложненными родами, диагностирована желудочковая экстрасистолия. Последние несколько лет принимает метопролола сукцинат в дозировке 12,5 мг с благоприятным эффектом. Во время настоящей беременности в марте 2025 г. при проведении суточного мониторирования ЭКГ зарегистрировано 560 желудочковых экстрасистол, преимущественно мономорфных из левого желудочка, и один неустойчивый пароксизм желудочковой тахикардии длительностью до 1 с. В течение периода мониторирования наблюдали преходящую атриовентрикулярную блокаду I ст. Пациентка направлена к кардиологу для определения дальнейшей тактики лечения.

Из анамнеза жизни установлено, что случаев внезапной смерти в роду не было.

При объективном исследовании: рост – 167 см, вес – 73 кг. Сердечные тоны нормальной звучности, систолический щелчок и шум на верхушке. Пульс – 85 ударов в минуту удовлетворительного качества. АД на обеих руках – 110/70 мм рт. ст.

С учетом жалоб, данных анамнеза и объективного осмотра пациентке поставлен предварительный диагноз: Пролапс митрального клапана с митральной недостаточностью. Пароксизмальная неустойчивая желудочковая тахикардия. Желудочковая экстрасистолия. Преходящая атриовентрикулярная блокада I ст.

Результаты лабораторных и инструментальных обследований

В общем и биохимическом анализе крови, в общем анализе мочи отклонений не выявлено, микроальбуминурия не обнаружена.

На ЭКГ регистрировали атриовентрикулярную блокаду I ст. (интервал PQ = 0,22 с).

По результатам суточного мониторирования ЭКГ на фоне приема метопролола сукцината в суточной дозе 12,5 мг выявлены: 451 наджелудочковая экстрасистола (одиночные и один куплет), 1828 желудочковых экстрасистол (1,3 % от общего числа комплексов), из них 1817 во время бодрствования, преимущественно (90,7 %) одной морфологии из левого желудочка, а также два эпизода идиовентрикулярного ритма с частотой желудочковых сокращений (ЧЖС) – 99 в минуту длительностью до 3 с. Регистрировали транзиторную атриовентрикулярную блокаду I ст.

Результаты эхокардиографии: створки митрального клапана на концах утолщены до 6 мм, миксоматозно изменены, в парастернальной позиции по длинной оси наблюдали систолический прогиб обеих створок в полость левого предсердия (задней створки – до 8 мм, передней створки – до 6 мм) с митральной регургитацией – 20–30 % объема левого предсердия, ширина *vena contracta* – 6 мм. Дилатация левого предсердия – до 40 мм. В систолу выявлена вентрикуло-аннулярная сепарация – до 6 мм в области задненижней стенки левого желудочка.

С учетом данных эхокардиографии и суточного мониторирования ЭКГ поставлен окончательный клинический диагноз:

Пролапс митрального клапана II ст. с умеренной митральной недостаточностью. Митральная аннулярная дизъюнкция. Пароксизмальная неустойчивая желудочковая тахикардия. Желудочковая экстрасистолия. Преходящая атриовентрикулярная блокада I ст. Беременность прогрессирующая – 24 нед.

Пациентке увеличена суточная доза метопролола сукцината до 25 мг, рекомендовано наблюдение в динамике.

25.08.2025 больная З. повторно поступила в кардиологический центр поликлиники СКАЛ на контрольное обследование и лечение на сроке 32 нед прогрессирующей беременности. На фоне терапии метопрололом сукцинатом в суточной дозе 25 мг жалобы на сердцебиение и перебои в работе сердца не предъявляла.

При объективном исследовании: рост – 167 см, вес – 75 кг. Сердечные тоны нормальной звучности, систолический щелчок и шум на верхушке. Пульс – 95 ударов в минуту, удовлетворительных качеств. Артериальное давление (АД) на обеих руках – 110/75 мм рт. ст.

Результаты контрольных лабораторных и инструментальных обследований

В биохимическом анализе крови, в общем анализе мочи отклонений не обнаружено, микроальбуминурия не выявлена. По рекомендации акушера-гинеколога при снижении уровня гемоглобина в общем анализе крови до 109 г/л пациентка принимала препараты железа.

На ЭКГ атриовентрикулярную блокаду I ст. не регистрировали (интервал PQ = 0,20 с).

По результатам суточного мониторирования ЭКГ на фоне приема метопролола сукцината в суточной дозе 25 мг выявлено 18 наджелудочковых экстрасистол (одиночные и один куплет). Количество желудочковых экстрасистол уменьшилось почти в 20 раз и составило 92 за сутки (менее 0,1 % от общего числа комплексов). Однако зафиксирован один эпизод желудочковой тахикардии с ЧЖС – 161 в минуту длительностью 2 с в активное время. Регистрировали транзиторную атриовентрикулярную блокаду I ст., а в ночное время – один ее эпизод II ст. I типа. При суточном мониторировании пациентка жалоб на нарушения ритма не предъявляла.

На эхокардиографии в динамике выявлено увеличение левого предсердия до 42 мм, предположительно, в результате прогрессирования беременности, так как внутрисердечная гемодинамика не ухудшилась.

Таким образом, на фоне лечения пациентки метопрололом сукцинатом в суточной дозе 25 мг удалось добиться значительного снижения числа одиночных желудочковых экстрасистол, однако пароксизмы желудочковой тахикардии сохранялись. Продолжена терапия метопрололом сукцинатом в суточной дозе 25 мг, поскольку антиаритмические препараты других классов представляют опасность для беременных. Увеличение дозы метопролола нецелесообразно на фоне тенденции к гипотонии и наличия атриовентрикулярной блокады I и II ст. I типа.

Пациентке рекомендовано контрольное обследование в кардиологическом центре поликлиники СКАЛ через 6 мес после родоразрешения.

Обсуждение

Внимание исследователей к проблеме митральной аннулярной дисфункции обусловлено ее связью с желудочковыми нарушениями ритма, внезапной сердечной смертью и аритмогенным пролапсом митрального клапана.

Первоочередной метод диагностики МАД эхокардиография характеризуется широким распространением и безопасностью, а также возможностью оценивать морфологию митрального клапана и степень митральной недостаточности. Выявление и измерение величины МАД следует рутинно использовать у пациентов с пролапсом митрального клапана, а также с желудочковыми аритмиями [2].

Проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) сердца с контрастированием гадолинием — важное дополнение к ультразвуковому методу исследования. Оно позволяет оценить наличие и выраженность фиброза в нижнебазальном сегменте миокарда левого желудочка и в сосочковых мышцах и имеет прогностическое значение в отношении жизнеугрожающих желудочковых аритмий [4].

При бессимптомном течении МАД необходимо наблюдение за пациентами с регулярным проведением эхокардиографии и суточного мониторинга ЭКГ.

При наличии желудочковых аритмий в качестве препарата первой линии используют бета-адреноблокаторы. При наличии показаний устанавливают имплантируемые кардиовертеры-дефибрилляторы. Возможно проведение аблации эктопических очагов из папиллярных мышц. Через несколько лет существует высокая вероятность рецидивов в связи с неустранимым механизмом аритмогенеза (прогрессирование стресс-зависимого фиброза нижнебазальной стенки и папиллярных мышц).

В случае тяжелой митральной недостаточности при наличии показаний выполняют протезирование митрального клапана или аннулопластику с использованием опорного кольца для устранения разобщения митрального клапана и левого желудочка, механического напряжения на клапанных и подклапанных структурах. В результате предотвращают ремоделирование миокарда и развитие жизнеугрожающих аритмий.

При наличии симптомной тяжелой митральной недостаточности и невозможности хирургической коррекции проводят терапию сердечной недостаточности по общепринятым схемам [4].

Список литературы

1. Рыжова Т. С. Роль митральной аннулярной дисъюнкции и пролапса митрального клапана в аритмогенезе желудочковых нарушений ритма / Т. С. Рыжова, Ч. В. Хоцанян, Н. И. Булаева // Креативная кардиология. – 2024. – № 18. – С. 34–42.
2. Алехин М. Н. Значение эхокардиографии в выявлении и оценке митральной аннулярной дисъюнкции / М. Н. Алехин // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2022. – № 3. – С. 3–17.
3. Оценка структурных изменений миокарда у пациентов с разобщением кольца митрального клапана с помощью магнитно-резонансной томографии / С. А. Александрова, Е. Ю. Глазкова, О. С. Золотайкина, Б. Ш. Бердибеков, А. В. Дорофеев, И. П. Асланиди, Е. З. Голухова // Креативная кардиология. – 2023. – № 17 (3). – С. 386–401.
4. Рыжова Т. С. Особенности диагностики и лечения пациентов с митральной аннулярной дисъюнкцией / Т. С. Рыжова, Ч. В. Хоцанян // Креативная кардиология. – 2025. – № 19 (1). – С. 26–34.