

## МЕДИЧНІ НАУКИ

УДК 616.126.42-001.36

DOI: 10.15587/2313-8416.2014.27964

**ОСОБЛИВОСТІ ПРОЛАПСА МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ**

© М. А. Кузнецова

Було досліджено особливості клініко-функціонального стану 40 юнаків віком  $20,2 \pm 0,8$  років із ПМК. Контрольну групу склали 15 практично здорових юнаків. 1. Частими клінічними проявами пролапса мітрального клапану є синдром сполучнотканинної дисплазії (86,7 %), який виявлявся астеничною статурою, високорослістю та плоскостопістю різного ступеня виразності та вегетативна дисфункція (80 %), яка проявлялася запамороченням та головними болями.

Ключові слова: пролапс мітрального клапану, серцево-судинна система, молодий вік, ехокардіографія.

*The peculiarities of clinical and functional status of 40 young men aged  $20,2 \pm 0,8$  years with MVP were investigated. The control group consisted of 15 healthy young men. 1. Frequent clinical manifestations of mitral valve prolapse syndrome is connective tissue dysplasia syndrome (86,7 %), which was shown by asthenic figure tall-growth and flat feet of varying severity and vegetative dysfunction (80 %), which was manifested in dizziness and headaches.*

*Keywords: mitral valve prolapse, cardiovascular system, young age, echocardiography.*

**1. Вступ**

Пролапс мітрального клапану (ПМК) – стан, що характеризується аномальним прогинанням у ліве передсердя під час систоли лівого шлуночка однієї або обох стулок мітрального клапану (МК).

Прийнято розподіляти ПМК на первинний (ідіоматичний), який має нозологічну самостійність, та вторинний, який є ускладненням, або одним із проявів кардіального захворювання (ревматизм, неревматичний кардит, кардіоміопатії, інфекційний ендокардит та ін.) або спадкового захворювання сполучної тканини (синдром Марфана, Клерса-Данлоса тощо).

Його розповсюдженість, за даними різних авторів та в залежності від методу й, особливо, критеріїв діагностики значно варіює: від 1,1 % до 38 % . При цьому, на відміну від вітчизняних джерел, у сучасній зарубіжній літературі частота пролапсу в популяції не перевищує 5 %.

Першими в 1887 році P. Guffer та S. Vorbillon описали аускультативний феномен середньосистолічного клацання, який не пов'язаний із вигнанням крові з лівого шлуночка. Але безпосередня причина систолічного клацання та пізнього систолічного шуму стала відомою завдяки роботам J. Varlow і W. Rosock у 1963 1968 рр.. Згодом цей феномен здобув кілька назв: "синдром клацання", "синдром хлопаючого клапана", "синдром Varlow", "синдром аневризматичного прогинання

клапана" та інш. Термін "пролапс мітрального клапана", який набув найбільшого поширення, вперше запропонував J. Grilley. Оскільки значна частина людей ч ПМК мають багаточисельні та різноманітні клінічні симптоми, асоційовані з пролапсом, інколи використовують також термін "синдром ПМК"[1, 2].

**2. Літературний огляд**

Незважаючи на багаточисельні дослідження, що стосуються різних аспектів проблеми ПМК у молодому віці, який нерідко може бути предиктором прогностично небезпечних серцево-судинних захворювань, питання диференціального підходу до ведення даної групи пацієнтів залишаються недостатньо вивченими і потребують подальшого глибокого дослідження й осмислення з позицій нових досягнень сучасної медичної науки і практики [1–4]. Це тим більше необхідно, оскільки ПМК є достатньо поширеним і залишається найбільш непередбачуваним за різноманітністю своїх проявів і прогнозом захворюванням серед осіб молодого віку. Крім того, лікарі недостатньо ознайомлені з критеріями діагностики даного захворювання [5–7].

На сьогодні відсутня єдина схема ведення та диспансеризації осіб із ПМК. У більшості випадків використовується одноманітна лікувальна тактика незалежно від форми патології, що, з одного боку, призводить до недооцінки можливих ускладнень

ПМК, а з іншого — до гіпердіагностики з невинуватеними обмеженнями активного способу життя пацієнтів зазначеної групи [8, 9].

У зв'язку з викладеним, метою дослідження було вивчення особливостей ПМК у пацієнтів молодого віку на основі ультразвукового дослідження серця.

### 3. Матеріал та методи

Було досліджено особливості клініко-функціонального стану 40 юнаків віком  $20,2 \pm 0,8$  років із ПМК. Контрольну групу склали 15 практично здорових юнаків. Для виключення супутніх серцево-судинних захворювань всім пацієнтам проводили загальноклінічне та інструментальне обстеження. Електрокардіограма реєструвалася у спокої в 12-ти загальноприйнятих відведеннях. Використовувалися нормативні параметри ЕКГ.

### 4. Результати та обговорення

У осіб з ПМК клінічна симптоматика відрізнялася вираженим поліморфізмом. Найбільш частими були синдроми сполучнотканинної дисплазії (СТД), кардіалгічний, вегетативної дисфункції (ВД) та аритмічний.

Ознаки сполучнотканинної дисплазії різного ступеня вираженості виявлено у 35 (86,7 %) пацієнтів. У відповідності з вираженістю фенотипових (кістково-м'язових і шкірних) проявів ДСТ слабовираженая форма синдрому була виявлена у 19 (48 %) пацієнтів, виражена – у 16 (5,5 %) випадках.

Найпоширенішими зовнішніми ознаками СТД у молодому віці були «статичні деформації»: порушення постави і сколіоз I ступеня (67,9 %), поперечна плоскостопість (60,5 %). Часто виявляються ознаками СТД були: «просвітчаста» шкіра (42,5 %), девіація ліктьових суглобів (34,3 %), поздовжнє плоскостопість I ступеня (32,2 %), «оксамитова» шкіра (23,9 %), гіпермобільність суглобів вираженістю 4–6 балів (21,8 %), «готичне» піднебіння (18,9 %).

Кардіалгічний синдром спостерігався у 17 (43,3 %) осіб і виявлявся болями в лівій половині грудної клітки. Хворі скаржилися на короткочасний та тривалий ниючий, колючий біль у лівій половині грудної клітини, що тривав від декількох хвилин до декількох годин. У 23,3 % хворих кардіалгії виникали при хвилюванні та фізичних навантаженнях. Відсутність ішемічних змін у міокарді за даними серій ЕКГ у хворих на ПМК, дозволило розцінити кардіалгію як прояв вегетативної дисфункції. Механізм кардіалгії при ПМК пояснюється зменшенням тривалості діастолі за рахунок збільшення частоти серцевих скорочень і виникненням синусової тахікардії у відповідь на фізичне та емоційне навантаження; локальною ішемією міокарда в результаті натягу папілярних м'язів та мікротромбоемболією з зони розташованої між лівим передсердям (ЛП) і задньою стінкою МК а також можливістю розвитку коронароспазму.

У більшості (80 %) спостережуваних хворих дисфункція вегетативної нервової системи проявлялася запамороченням (51,7 %), головними болями (15 %) (табл. 1).

Позитивна кліноортостатична проба зареєстрована у 14 (35 %) особи з ПМК, причому половина з них виявлялася ортостатична гіпотензія, що стала причиною запаморочення і слабкості.

В цілому вегетативні розлади у обстежених виникали в значущих для них ситуаціях, що дозволяє говорити про переважно реактивно-ситуаційному прояви ВД.

Порушення ритму серця, що розглядаються багатьма авторами як прояв ВД виявлені у 19 (48,3 %) чоловік. У більшості (70%) з них мала місце синусова тахі-, брадикардія і суправентрикулярна екстрасистоля. Лише у деяких пацієнтів з ПМК, ускладненим МР, зареєстровані шлуночкова екстрасистоля (3 випадки) синдром передчасного скорочення шлуночків (3 випадки) та синдром подовженого Q – T (2 випадки). У більшості (60 %) обстежуваних на ЕКГ виявлялося вертикальне положення електричної осі серця, причому в 1/3 з них зареєстровані порушення процесів реполяризації які проявляються інверсією зубця T в відведеннях II, III а VFa, а у 4 - і в лівих грудних відведеннях (V5-V6). Слід зазначити, що у більшій частині хворих з порушеннями процесів реполяризації (35 %) відзначалися епізоди кардіалгій.

Специфічні аускультативні ознаки ПМК – систолічний шум і/або систолічний шелчок виявлені у 36 (90 %) осіб. Феномен систолічного шуму, що виникає в результаті раптового натягу сухожильних хорд і напруги стулок МК під час максимального пролабування, зареєстрований у 27 (68,3 %) хворих з ПМК. Систолічний шум зазвичай вислуховується в області верхівки і не проводиться за межі кордонів серця. Ізольований систолічний шум, інтенсивність якого наростала при вертикальному положенні, фізичних та психоемоційних навантаженнях, виявлений у 7 (18,3 %) пацієнтів. Систолічний шелчок, обумовлений МР, в поєднанні з систолічним шумом зареєстрований у 20 (50%) хворих, а у 9 (21,7 %) виявлено ізольований систолічний шелчок, який мав грубий характер та проводився у пахвову область.

При Ехо-КГ у 4 (10 %) осіб виявлено пролабування передньої стулки МК, 7 (18,3 %) - задньої та у 29 (71,7 %) – обох стулок.

У більшості (60 %) пацієнтів виявлено ПМК I стадії, у решти II і III стадії. У 63 % пацієнтів виявлена МР I ступеня, а 27 % – МР II ступеня.

За допомогою Ехо-КГ у 25 (63,3 %) юнаків виявлена МР I ступеня (на рівні стулок), у 11 (26,7 %) – МР II ступеня (до середини передсердя).

Як видно з табл. 1, показники внутрішньосерцевої гемодинаміки (КСО і КДО) ЛП у юнаків з ПМК декілька вище, ніж в групі контролю, хоча і не виходять за межі норми. Видно зменшення ФВ, збільшення УО у обстежених, що свідчить про гіперфункції лівої половини серця та об'ємною її перевантаження при МР, у зв'язку з ПМК.

Морфологічної компенсацією такої гіперфункції є збільшення об'єму ЛП, ТЗСЛЖ і ТМЖП порівняно з групою контролю.

Таблиця 1  
Ехо-КГ- показники юнаків з пролапсом мітрального клапану.

Показники	Пацієнти з ПМК (n=40)	Група контролю (n=15)
ЛП,см	3,00±0,25	2,56±0,07
ТЗСЛЖ,см	0,95±0,09	0,9±0,02
ТМЖП,мм	1,0±0,70	0,9±0,02
КСО,мл	32,4±3,1	28,4±1,30
КДО,мл	112,0±2,3	96,6±1,90
ФВ,%	58,17±5,20	65,7±2,32
УО,мл	79,6±3,6	70,5±3,2
Ао,см	2,97±0,70	2,12±0,40

**5. Висновки**

1. Частими клінічними проявами пролапса мітрального клапану є синдром сполучнотканинної дисплазії (86,7 %), який виявлявся астеничною статурою, високорослістю та плоскостопістю різного ступеня виразності та вегетативна дисфункція (80 %), яка проявлялася запамороченням та головними болями.

2. У більшості випадків мало місце пролабування обох стулок мітрального клапану, найбільш часто з МР I ступеня, появою систолічного шуму.

3. Найбільш часто виявлялися тахі-, брадикардія та порушення процесів реполяризації.

**Література**

1. Леонова, Н. М. Морфо-функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у юных спортсменов с малыми аномалиями развития сердца [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.03.11. / Н. М. Леонова // Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия. – М., 2012. – 20 с.

2. Freed, L. A. Mitral valve prolapsed in the general population: the benign nature of echocardiographic features in the Framingham Heart Study [Text] / L. A. Freed, E. J. Benjamin, D. Levy et al // J. Am. Coll. Cardiol. – 2002. – Vol. 40. – P. 1298–1304.

3. Anders, S. Mitral valve prolapsed syndrome as cause of sudden death in young adults [Text] / S. Anders, S. Said, F. Schulz et al // Forensic. Sci. Int. – 2007. – Vol. 171, Issue 2-3. – P. 127–130.

4. Shah, P. Current concepts in mitral valve prolapsed-diagnosis and man-agement [Text] / P. Shah // J. Cardiol. –

2010. – Vol. 56, Issue 2. – P. 125–133. doi: 10.1016/0146-2806(84)90012-4

5. Веденская, Т. С. Клинико-инструментальная характеристика кардиопатий у подростков обусловленной малыми структурными аномалиями сердца [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук.: спец. 14.01.10. / Т. С. Веденская // Педиатрия. – Харьков, 1999. – 16 с.

6. Наследственные нарушения соединительной ткани: Российские рекомендации [Текст] / М., 2009. – 24 с.

7. Чурилина, А. В Пролапс митрального клапана в педиатрии: классификация, современные взгляды на этиологию, клинику, диагностику [Текст] / А. В. Чурилина, М. А. Мацьгина // Здоровье ребенка. – 2007. – № 3 (6). – С. 103–108.

8. Волосовець, О. П. Пролапс мітрального клапану у дітей: діагностика, лікування, диспансеризація [Текст] / О. П. Волосовець, С. П. Кривоустов, А. Я. Кузьменко та ін. // Соврем. педиатрия. – 2006. – Т. 1, № 10. – С. 84–91.

9. Дядык, А. И. Пролапс митрального клапана: современные представления о номенклатуре, эпидемиологии, диагностике, прогнозе и тактике ведения [Текст] / А. И. Дядык, А. Э. Багрий, Д. В. Гришин и др. // Украинский ревматологический журнал. — 2003. — Т. 11, № 1. — С. 23–28.

**References**

1. Leonova, N. M. (2012). Morpho-functional state of the cardiovascular system in young athletes with small anomalies of development of heart. Vosstanovitel'naya meditsina, sportivnaya meditsina, lechebnaya fizkul'tura, kurortologiya i fizioterapiya, 20.

2. Freed, L. A., Benjamin, E. J., Levy, D. (2002). Mitral valve prolapsed in the general population: the benign nature of echocardiographic features in the Framingham Heart Study J Am Coll. Cardiol., 40, 1298–1304.

3. Anders, S., Said, S., Schulz, F. (2007). Mitral valve prolapsed syndrome as cause of sudden death in young adults. Forensic Sci Int., 171 (2-3), 127–130.

4. Shah, P. (2010). Current concepts in mitral valve prolapsed-diagnosis and man-agement. J. Cardiol., 56 (2), 125–133. doi: 10.1016/0146-2806(84)90012-4

5. Vedenskaya, T. S. (1999). Clinical and instrumental characteristics cardiomyopathies in adolescents caused by small structural abnormalities of the heart. Pediatriya, 16.

6. Hereditary infringements of connective tissue (2009). Rossiyskie rekomendatsii, 24.

7. Churilina, A. V., Matsygina, M. A. (2007). Mitral valve prolapse in Pediatrics: classification, the modern view on etiology, clinic, diagnostics. Zdorov'e rebenka, 3 (6), 103–108.

8. Volosovets', O. P., Krivopustov, S. P., Kuz'menko, A. Ya. (2006). Mitral valve disease in children: diagnosis, treatment, prophylactic medical examination. Sovremennaya pediatriya, 1 (10), 84–91.

9. Dyadyk, A. I., Bagriy, A. E., Grishin, D. V. (2003). Mitral valve prolapse: modern ideas about the item, epidemiology, diagnosis, prognosis and tactics. Ukrainskiy revmatologicheskii zhurnal, 11 (1), 23–28.

*Рекомендовано до публікації д-р. мед. наук, Дзяк Г. В.  
Дата надходження рукопису 30.09.2014*

**Кузнецова Марина Андріївна**, аспірант, кафедра госпітальної терапії № 2, ДЗ «Дніпропетровської медичної академії МОЗ України», вул. Дзержинського, 9, м. Дніпропетровськ, Україна, 49044  
E-mail: anjelina.86@mail.ru