

ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ПОДРОСТКОВ КАК КЛИНИКО - АНАТОМИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Белякова Татьяна Борисовна

канд. мед. наук, врач-кардиолог, ГБУЗ Детская областная клиническая больница, РФ, г. Тверь

Беляков Дмитрий Андреевич

студент ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, РФ, г. Тверь

Соколова Ирина Олеговна

магистрант ФГБОУ ВО Тверской государственный технический университет, РФ, г. Тверь

THE PROLAPSE OF THE MITRAL VALVE IN ADOLESCENTS AS A CLINICAL AND ANATOMIC PROBLEM

Tatyana Belyakova

candidate of Medical Sciences, cardiologist Tver Regional Children's Hospital, Russia, Tver

Dmitrii Belyakov

student of Tver State Medical University, Russia, Tver

Irina Sokolova

graduate of Software and Computer Science of Tver State Technical University, Russia, Tver

Аннотация. Изучены особенности клинической симптоматики пролапса митрального клапана (ПМК) 1 и 2 степени у 230 детей подросткового возраста. Показано, что в клинической картине детей с ПМК 1 степени преобладает симптоматика вегетативной дисфункции, ПМК 2 степени – проявления соединительнотканной дисплазии.

Abstract. Features of clinical semiology prolapsus of the mitrale valve 1 and 2 degrees at 230 children of teenage age have been studied. It has been shown that in a clinical picture of children with prolapsus of the mitrale valve 1 degrees the semiology of vegetative dysfunction, prolapsus of the mitrale valve 2 degrees – displays of connecting fabric pathology prevails.

Ключевые слова: сердце; сердечно – сосудистая система; пролапс митрального клапана.

Keywords: cordis; cardiovascular system; prolapse of the mitral valve.

Введение: пролапс митрального клапана (ПМК), как одно из наиболее частых и дискуссионных заболеваний сердца, представляет собой довольно значимую проблему педиатрии [1, 2, 3]. Эхокардиография во многом определила диагностику и структуру ПМК, однако ряд вопросов остаются до конца не решенными, что затрудняет работу педиатра, особенно в первичном звене здравоохранения [4, 5]. Так, в частности, не исследованы многие аспекты клинических проявлений у детей с ПМК, которые могли бы существенно дополнить диагностическую базу патологии, что позволило бы педиатру более четко ориентироваться в состоянии здоровья ребенка и целенаправленно осуществлять диспансерное наблюдение.

Цель работы: изучить клинические особенности у детей с пролапсом митрального клапана и на их основе предложить алгоритм дифференциальной диагностики ПМК 1-ой ст. и 2-ой ст.

Материалы и методы: методами исследования служили: клиничко-анамнестический, анкетирования, определение признаков соединительнотканной дисплазии по общепринятой методике, доплерэхокардиография.

Всего обследовано 350 детей: 230 из них с ПМК 1-ой ст. (130 детей) и 2-ой ст. (100 детей) сформировали основную группу исследования; 120 детей I и II групп здоровья без ПМК – группу контроля. Мальчики и девочки в группах были представлены, примерно, поровну.

Результаты исследования и их обсуждение: исследование показало, что у детей с ПМК 1-ой степени имелись довольно выраженные проявления, психовегетативные и соматоформные, вегетативной дисфункции, такие как эмоциональная лабильность, нарушение сна, гипервентиляционный синдром, раздражительность, ощущение слабости, метеопатия, повышенная утомляемость, отмечавшиеся в 2/3 случаев. Диагностически значимыми были вегеталгии, цефалгии, оссеалгии, ортостатический синдром, абдоминалгии, выявленные у более, чем половины (62,4%), пациентов.

В то же время у детей с ПМК 2 степени в клинической картине достоверно чаще преобладали головокружения, обморочные состояния, которые, как правило, возникали натошак, либо в душном помещении при вынужденном длительном ортостатическом положении, т.е. носили нейровегетативный характер.

Было показано, что в клинической картине ПМК довольно значимое место занимали проявления вегетативной дисфункции (ВД): соматоформные с кратностью признаков на 1-го обследованного 5,8 и 3,6 при ПМК 1-ой ст. и 2-ой ст. соответственно и психовегетативные с кратностью признаков на одного обследованного – 4,7 и 2,6 при ПМК 1ст. и 2ст. соответственно.

Не менее важным в анализе клинической симптоматики детей с ПМК, является выявление и оценка степени выраженности проявлений СТД. Так, у детей с ПМК 2 ст. по сравнению с группой подростков с ПМК 1 ст. значительно преобладали такие признаки как миопия, эпикант, близко или далеко расположенные глаза, искривление носовой перегородки, деформация ушных раковин ($p < 0,05$). Следует отметить, что вопреки ожидаемому, астеническая конституция в обеих группах ПМК выявлялась с одинаковой частотой. Также с одинаковой частотой и высокой распространенностью выявлялись диспластические изменения позвоночника (груднопоясничный сколиоз), деформации грудной клетки.

Как стало очевидным, для ПМК 1-ой ст. более характерными в клинической картине были проявления вегетативного характера, у детей же с ПМК 2-ой ст. – проявления соединительнотканной дисплазии. Следует полагать, что выявленные особенности клиники ПМК в достаточной степени дополняют ультразвуковую характеристику пролабирования створок клапана и помогут педиатру индивидуализировать подходы к диспансеризации этих детей. При этом, кратность фенотипических признаков соединительнотканной дисплазии на одного пациента составило 2,8 и 5,3 соответственно при ПМК 1-ой и 2-ой ст. ($p < 0,05$).

На основании проведенного исследования были разработаны подходы к оптимизации диспансерного наблюдения за детьми с ПМК с учетом выявленных клинических особенностей. Следует полагать целесообразным с учетом вегетативных изменений у этих пациентов увеличить кратность осмотра с целью коррекции вегетативной дисфункции и

контроля за её динамикой. Кроме традиционной консультации кардиолога, в схему диспансеризации необходимо включить осмотр психоневролога, а в объем исследования – психотестирование и функциональное исследование состояния вегетативной регуляции.

Кроме того, данные эхокардиографии полностью соответствовали материалам программы собственной разработки ($p < 0,05$) «программа для изучения анатомии сердечно-сосудистой системы человека с функцией дополненной реальности».

Таким образом, анатомические особенности, обусловленные степенью пролапса митрального клапана, являются определяющими факторами формирования клинической симптоматики у изученной группы детей подросткового возраста.

Список литературы:

1. Белозеров Ю. М., Османов И. М., Магомедова Ш. М. Пролапс митрального клапана у детей и подростков. – М. : Медпрактика. – М, 2009. – 131 с.
2. Детская кардиология: под ред. Дж. Хоффмана. – М. : Практика, 2006. – 543с.
3. Клеменов А. К. Ошибки в диагностике и лечении первичного пролапса митрального клапана // Врач. – 2003. – № 3. – С.22-24.
4. Коровина Н. А., Тарасова А. А., Дзис М. С. Функциональное состояние миокарда у детей и подростков с малыми сердечными аномалиями при вегетососудистой дистонии // Педиатрия. – 2006. – № 3. – С. 34-39.
5. Шарыкин А. С. Пролапс митрального клапана – новый взгляд на старую проблему // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2008. – № 6. – С. 11-19.