

УДК 616-083.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Ф. И. Абайханова

Медицинский центр Государственного медицинского университета г. Семей

Пролапс митрального клапана (ПМК) занимает ведущее место в структуре кардиальной патологии. В связи с широкой распространенностью, наличием бессимптомных «немых» форм благоприятностью прогноза у большинства больных с ПМК встанет вопрос, можно ли рассматривать этот синдром, как патологическое состояние и какие клинические варианты ПМК могут считаться патологическими. Выяснение этих вопросов важно и необходимо при определении тактики введения и лечения пациентов, установлении годности пациента к службе и отборе курсантов на учебу. В связи с чем, нами изучена распространенность Пролапса митрального клапана среди детей, подростков и взрослых, выделены клинические варианты этого состояния.

Материалы и методы. Обследовано 1455 пациентов, из них 468 (32,7%) взрослых от 17 до 40 лет, 987 (67,8%) детей и подростков в возрасте от 5 до 16 лет. Диагностика ПМК основывалась на оценке клинических данных, включая общий осмотр, аускультацию, результаты электро-диографических исследований и эхокардиографии (АЛОКО-SSD-500, SIGMA IRIS-400, VIVIA-3). Было установлено наличие ПМК его глубина, фаза, вовлечение одной или обеих митральных створок, признаки митральной регургитации и степень ее выраженности. На эхокардиографии (ЭХОКГ) ПМК проявлялась в виде прогиба одной или обеих створок вниз в первую половину (голосистолический пролапс) или вторую половину систолы (поздний пролапс). Глубина провисания составляла от 3 до 11 мм. При этом глубина пригибания от 3 до 6 мм констатировалась как I степень, от 6 мм до 9 мм – II степень, от 9 до 11 мм – III степень.

Результаты и обсуждение. Из 987 обследованных детей ПМК выявлен у 258 (26,1%), а из 468 обследуемых взрослых – у 81 (17,3%) пациента. Наиболее часто (33,7%) ПМК отмечали у детей пубертатного возраста с вегетативными нарушениями. У взрослых в большинстве случаев (45,3%) ПМК наблюдали у больных с нейроциркуляторной дистонией. В отличие от ранее существовавшего положения о частом пролабировании задней створки, в наших наблюдениях установлено в 81,2% случаях преимущественно пролабирование передней створки, а вовлечение обеих створок или же только задней имело место лишь у 9,5% и 9,3% соответственно. Клинические и инструментальные признаки ПМК отличались разнообразием, обусловленным прежде всего различием их генеза, глубины и степени пролабирования, наличием регургитации и характером вегетативного реагирования. У пациентов с ПМК были выявлены особенности телосложения так и отдельные генетически обусловленные признаки соединительнотканной патологии. Лица с ПМК в основном были астенического телосложения, высокорослые с более низкой массой тела, чем в общей популяции. Наиболее часто (67,5%) выявлялись различные признаки скелетных аномалий: сколиоз, кифосколиоз воронко – или килеобразная деформация грудины, уплощенная грудная клетка. Все эти вышеописанные признаки помогали заподозрить диагноз ПМК при первом же осмотре. Важная информация была получена при осмотре кистей рук, стоп, ушных раковин, почек. У 85 (25,0%) обследуемых детей и взрослых имело место удлинение рук,

иногда искривление мизинца, указательного пальца, плоскостопие, различные аномалии почек. Клинические проявления ПМК у взрослых наблюдались у 57 (70,3%) пациентов, а бессимптомные формы ПМК отмечались у 24 (29,6%) обследуемых. Наиболее часто (59,2%) у пациентов наблюдались кардиалгии в виде ноющих, колющих, давящих болей в области сердца и за грудиной продолжительностью от 5-10 минут до нескольких часов, нередко с иррадиацией в левую руку, лопатку. У этих же больных наблюдалась, слабость, плохая переносимость физических и эмоциональных нагрузок, утомляемость. У (1,7%) пациентов отмечались обморочные состояния. При ПМК особое место занимали психопатологические изменения, которые характеризовались сочетанием аффективных и личностных расстройств, так у 8 (9,8%) пациентов отмечались психовегетативные кризы, сердцебиение, перебой в сердце, чувство нехватки воздуха, озноба, удушье головокружение. У 10 (12,3%) пациентов ПМК проявлялся в виде депрессивного состояния с преобладанием астенонервотического симптомокомплекса: раздражительности, тревоги, нарушение сна, слабости, утомляемости. У детей с ПМК чаще наблюдались бессимптомные формы и выявлялись по аускультативным изменениям, а если отмечались жалобы, то в основном с 10-12 летнего возраста.

Аускультативным проявлением ПМК служил систолический щелчок (мезосистолический, позднесистолический) или систолический шум нарастающий ко II тону. При наличии изолированного систолического щелчка пролабирование не сопровождалось митральной регургитацией. Поздний систолический шум нарастал ко II тону (изолированный или сочетании с щелчком) свидетельствовал о неполном смыкании митральных створок во вторую половину систолы и наличием митральной регургитации. Более редким аускультативным феноменом являлся прекордиальный писк виде громкого, высокочастотного звука наслаивающегося на систолический шум. У 23 пациентов с ПМК отмечались электрокардиографические изменения в виде снижения или инверсии ST незначительная инверсия сегмента во II, III, AVF реже грудных отведениях удлинение интервала G-T. В 1,4% случаях мы наблюдали различные аритмии, замедление атриовентрикулярной проводимости. Сопоставление клинических и инструментальных данных позволили выделить у пациентов с аускультативной формой изолированного ПМК 3 клинических варианта:

При 1 варианте в 63,4% случаях выслушивали изолированные щелчки, имелась низкая стигматизация, симпатикотоническая направленность функционирования вегетативной нервной системы эмоциональная неустойчивость, плаксивость, незначительные изменения процесса реполяризации на электрокардиограмме, на эхокардиограмме незначительный до 6 мм позднесистолический пролапс.

Пациенты со II вариантом составили 24,6% у них наблюдали щелчок, позднесистолический шум и повышенное число малых аномалий развития, признаки вегетососудистой дистонии по симпатикотоническому или смешанному типу, снижение реполяризационных про-

цессов на ЭКГ, пролабирование створок на эхокардиографии до 9 мм наличие митральной регургитации.

III вариант выявлен в 2,8% случаях, выслушивался позднее или голосистолический шум, некоторое сходство с болезнью Марфана, вегетативная дисфункция по смешанному типу с компенсаторной ваготонией, выраженные реполяризационные изменения на ЭКГ, глубина пролабирования свыше 9 мм, митральная регургитация различной степени. необходимо заметить, что выделенные варианты отражают и стадии процесса.

Немая форма ПМК наблюдалась в 10,0% случаях, и она определялась эхокардиографически при чем глубина пролабирования была меньше, чем при аускультативной форме ПМК. При немой форме ПМК выделялись клинические варианты в зависимости от направленности функционирования вегетативной нервной системы.

Таким образом, как следует из сказанного клинические проявления ПМК многообразны и нуждаются в определенной систематизации. По-видимому, наиболее правильно рассматривать лиц с ПМК как гетерогенную группу больных, угрожаемых в отношении развития тех или иных осложнений. При этом к группе риска необходимо отнести больных с глубиной пролабирования свыше 6 мм, эхокардиографическими признаками миксоматозной дегенерации наличием митральной регургитации, обмороков, нарушений ритма. В ряде случаев неглубокий ПМК у молодых пациентов представляет собой возрастозависимых феномен и должен рассматри-

ваться как вариант нормы, отражающий высокую эластичность клапанных структур, возможно при наличии особенностей архитектоники хорд (их более широкое прикрепление). Также дифференцированно надо подходить к пациентам с ПМК, обусловленной вегетативной дисфункцией. Следовательно, по видимому патологическим состоянием следует считать больных с II и III клиническим вариантом ПМК и они требуют более активного наблюдения и лечения.

Полученные результаты, возможно, помогут более дифференцированно подходить к пациентам с ПМК при определении патологического состояния, тактики введения лечения и отборе сотрудников на службу и курсантов на учебу.

Литература:

1. Иванов И.И. Варианты клинического течения пролапса митрального клапана // Клин. мед. -2000-№2 с. 57-60
2. Davies M.J. Moore B.P Braimbridge M.V. The floppy mitral valve study on incidence and complication in surgical necropsy, and forensic mferial// Brit. Heart J-1978-40-P.468-481
3. Митьков В.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. Т.5.-М., 1998
4. Структура ревматических болезней города Семей. Журнал доказательной медицины для практикующих врачей. - 2008. - № 5. - С.13-15.

УДК 616.314 . - 615.8

ВЛИЯНИЕ НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ФИЗИОТЕНЗА И ЭНАЛАПРИЛА У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ (сообщение 2)

¹Л. К. Жазыкбаева, ²З. Г. Кездыкбаева, ¹А. Е. Мансарина, ¹Ж. Т. Байбусинова, ¹А. М. Адылканова, ¹С. М. Сагайдачный
НИИ радиационной медицины и экологии, г. Семей
ЦКБ Управление Делами Президента, г. Алматы

Физиотенз пен эналаприлдің қан қысымының сәткесіне қалыптасуына қолайлы әсері.

Физиотенз және эналаприл қан қысымының сәткеде қалыптасуына қолайлы әсерін тигізеді.

The influence fisiotens and enalapril for average daily the arterial blood pressure.

Fisiotens to expressed the most favourable influence for average daily the arterial blood pressure.

Данные суточного мониторирования артериального давления (АД) точнее отражают тяжесть артериальной гипертензии и ее прогноз, что особенно актуально у больных артериальной гипертензией.

Цель исследования - изучить влияние на суточный профиль АД физиотенза и эналаприла у лиц, страдающих артериальной гипертензией.

Материалы и методы: Выполнено рандомизированное исследование у 50 больных артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом II типа. Все пациенты методом случайной выборки были разделены на 2 группы: пациентам 1 группы был назначен физиотенз в суточной дозе 0,4 мг, пациенты 2 группы получали эналаприл в суточной дозе 10 мг. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, длительности артериальной гипертонии и сахарного диабета, офисному систолическому и диастолическому АД.

Суточное мониторирование АД (СМАД) и эхокардиографию выполняли в условиях «чистого» фона и через

6 недель терапии физиотензом или эналаприлом. При выполнении СМАД анализировали средне-суточные, средне-дневные, средне-ночные показатели систолического и диастолического АД и ЧСС, нагрузочный индекс, суточный индекс (СИ) АД (как отношение дневного и ночного АД) с определением суточного профиля. Анализ полученных данных проводился статистической программой SPSS.

Результаты исследования и обсуждение

Сравнительная характеристика динамики среднесуточного, средне-дневного и средне-ночного САД, ДАД на фоне приема физиотенза и эналаприла представлена в табл. 1.

Из представленной таблицы следует, что оба препарата воздействуют на средне-суточные, средне-дневные, средне-ночные показатели САД, так и ДАД, причем более значимый гипотензивный эффект отмечен в дневные часы наблюдения.