

**Рисунок 2** — Диаграммы распределения значений шкалы КЖ после традиционной флебэктомии (Var2) и эндовенозной лазерной коагуляции (Var1) в отдаленном послеоперационном периоде

Суммарная оценка КЖ и его составляющих значительно дополняет характеристику патологического процесса у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, его динамику под влиянием лечебных мероприятий, представляя ценную информацию о реакции пациента на болезнь и проводимую терапию, чем способствует индивидуализации лечебного подхода. Дальнейшие исследования КЖ у флебологических пациентов являются перспективными для проведения дифференцированного анализа его параметров во взаимосвязи с показателями клинического и специальных методов исследований как в лечебном, так и в прогностическом аспектах.

**Выводы:**

1. КЖ следует рассматривать как самостоятельный показатель у пациентов с хроническими заболеваниями вен, не менее важный, чем обычно оцениваемые клинические параметры в поздние сроки после перенесенного лечения, особенно хирургического вмешательства.
2. Проведение эндовенозной лазерной коагуляции при комбинированной флебэктомии вместо стандартного стрипинга большой подкожной вены улучшает КЖ пациентов по сравнению с традиционной флебэктомией в первые 1–3 месяца послеоперационного периода, но не имеет статистически значимых различий в отдаленном послеоперационном периоде (через 2–3 года).

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Бокерия, Л. А. Оценка качества жизни пациентов после радикального хирургического лечения варикотромбофлебита с использованием опросника CIVIQ-2 / Л. А. Бокерия, С. И. Прыдко, А. В. Сергеев // *Анналы хирургии*. — 2009, №4. — С. 11–15.
2. Сергеев, А. В. Особенности исследования качества жизни у пациентов с заболеваниями венозной системы нижних конечностей / А. В. Сергеев // *Флебология*. — 2009. — № 2. — С. 27–31.
3. Стойко, Ю. М. Мониторинг качества жизни у больных варикозной болезнью вен нижних конечностей с использованием препарата Венарус / Ю. М. Стойко, В. Г. Гудымович // *Хирургия*. — 2010, № 6. — С. 46–51.

УДК 616.126.42–053.2–071–072.7

**ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДЕТЕЙ:  
КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА**

*Скуратова Н. А., Беляева Л. М., Козловский А. А., Ивкина С. С.*

Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь  
Государственное учреждение образования  
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»  
г. Минск, Республика Беларусь

**Введение**

Проплап митрального клапана (ПМК) — это симптомокомплекс, в основе которого

лежат структурно-функциональные нарушения митрального клапана сердца, приводящие к прогибанию створок клапана в полость левого предсердия в момент систолы левого желудочка. Митральная регургитация может иметь много причин, наиболее распространенной причиной является пролапс митрального клапана. К другим частым причинам относятся ревматизм, инфекционный эндокардит, заболевания соединительной ткани (синдром Марфана) и дилатационная кардиомиопатия [1, 2].

Наиболее характерными аускультативными проявлениями феномена ПМК является наличие систолических щелчков в сочетании с систолическим шумом или без него. Значительная распространенность этого синдрома у детей и взрослых привлекает внимание ученых и в настоящее время. Нередко выявляются феномены пролабирования одновременно нескольких клапанов, чаще митрального и трикуспидального. Это ведет к серьезным гемодинамическим нарушениям в сердце и подтверждается методом стресс-эхокардиографии. Популяционная частота ПМК, по данным разных авторов (от 1,8 до 38 %), существенно колеблется в зависимости от используемых критериев диагностики, однако большинство авторов считают, что она составляет 10–15 %. По причинам возникновения выделяют первичные (идиопатические) и вторичные ПМК. Идиопатический (первичный) ПМК в настоящее время является самой распространенной патологией клапанного кольца сердца. По мнению абсолютного большинства авторов, основой патогенеза идиопатического ПМК являются генетически детерминированные нарушения различных компонентов соединительной ткани, что приводит к «слабости» соединительной ткани створок митрального клапана и поэтому их пролабированию в полость предсердия под давлением крови в систолу. Вегетативная нервная система (ВНС) играет важную роль в интеграции функционирования митрального клапана. Пролабирование клапанов, в частности митрального, — достаточно частое проявление нейроциркуляторной дистонии. Наличие изолированных голосистолических щелчков, выслушиваемых при аускультации сердца, из-за их значительной распространенности у пациентов в подростковом возрасте следует относить к нейровегетативным дисфункциям со стороны сердца. Общий вегетоневроз с его локальными очагами развивается на фоне определенных фенотипических признаков функционального состояния ВНС (ваготонической или симпатической ее направленности). Благодаря широкому внедрению ультразвуковых методов диагностика ПМК значительно упростилась. Основным методом диагностики ПМК является эхокардиография (ЭхоКГ) [1, 3].

Согласно приказу № 49 от 30.06.14 занятия спортом противопоказаны при:

1. ПМК 1 степени с регургитацией 1 степени при наличии кардиологических жалоб, нарушений ритма и проводимости сердца, семейных случаев внезапной смерти при ПМК, предшествующих случаев эмболии.
2. ПМК 1 степени с регургитацией 2 и более степени.
3. ПМК 2 и более степени.
4. ПМК любой степени на фоне миксоматозной дегенерации створок.

Главной задачей является недопущение развития перенапряжения сердечно-сосудистой системы, активации патогенетических механизмов ПМК на фоне больших объемов физических нагрузок и формирования осложнений, что требует проведения современных методов медицинского обследования пациентам с ПМК.

#### **Цель**

Провести клиническую и функционально-диагностическую характеристику детей с пролапсом митрального клапана.

#### **Материалы и методы исследования**

На базе кардиоревматологического отделения Гомельской областной детской клинической больницы за 2013–2014 гг. обследовано 54 ребенка с пролапсом митрального клапана в возрасте от 8 до 16 лет (средний возраст  $12,9 \pm 2$  лет). Из них 38 (70 %) дево-

чек и 16 (30 %) мальчиков. По данным эхокардиографии ПМК 1 степени зарегистрирована у 40 (74 %) человек, ПМК 2 степени — у 13 (24 %) человек, миксоматозная дегенерация створок митрального клапана на фоне ПМК 1 степени — у 1 (2 %) человека. Из них митральная регургитация 1 степени имела место у 43 (80 %) детей, регургитация на митральном клапане 2 степени зарегистрирована у 11 детей, что составило 20 %.

При поступлении в 49 (91 %) случаях у пациентов с ПМК имели место кардиологические жалобы (колющие боли в сердце, сердцебиения), в 4 (7 %) случаях дети предъявляли астеновегетативные и неврологические жалобы (слабость, утомляемость, головные боли, головокружения, обмороки), у 1 (2 %) ребенка при поступлении жалоб не было. По данным анамнеза среди пациентов ни в одном случае не было выявлено случаев внезапной сердечной смерти, среди пациентов с ПМК был выявлен 1 (2 %) ребенок с синдромом Марфана. Среди детей с ПМК 5 (9 %) человек занимались профессиональным спортом.

По данным ЭКГ клинически-значимые нарушения ритма и проводимости были зафиксированы у 31 (57 %) ребенка, нормальная ЭКГ имела место у 23 (43 %) человек.

У 42 (78 %) детей с ПМК был проведен тредмил-тест, причем у 29 (69 %) детей были выявлена плохая переносимость физической нагрузки или признаки нестабильности электрических процессов в миокарде, у 13 (31 %) детей с ПМК тест с физической нагрузкой не выявил функциональных нарушений.

Холтеровское мониторирование (ХМ) было проведено у 36 (66 %) пациентов, причем у 16 (44 %) человек были выявлены — клинически-значимые нарушения ритма и проводимости, в 20 (56 %) случаях количественные и качественные параметры ХМ соответствовали возрастной норме.

Таким образом, для детей с ПМК был характерен полиморфизм клинических проявлений заболевания.

Ниже представлен клинический случай выявления ПМК у 14-летней девочки, не предъявляющей жалоб.

#### **Клинический случай**

У 14-летней девочки, занимающейся физкультурой в основной группе и регулярно участвующей в проводимых районных соревнованиях по легкой атлетике (бег на длинные дистанции), при профилактическом осмотре выявлен систолический шум в сердце функционального характера, ЭхоКГ ранее не проводилась. Самочувствие не страдает, жалоб нет, физические нагрузки девочка переносит хорошо. На стандартной ЭКГ, снятой в положении лежа, отмечается нарушение процессов реполяризации в заднедиафрагмальной области левого желудочка в виде отрицательного зубца Т (рисунок 1)

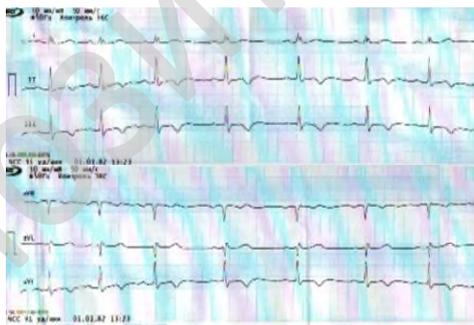
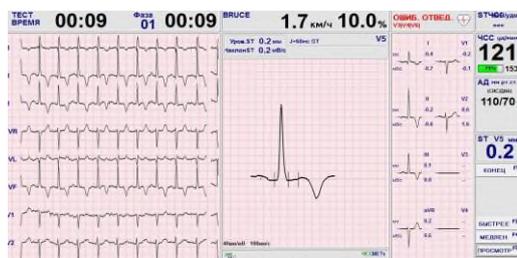


Рисунок 1 — Нарушение процессов реполяризации в заднедиафрагмальной области левого желудочка у 14-летней девочки, не предъявляющей жалоб

При выполнении тредмил-теста у девочки отмечаются еще более выраженные нарушения процессов реполяризации в виде отрицательного зубца Т в тех же отведениях (рисунок 2).



**Рисунок 2 — Выраженные нарушения процессов реполяризации в заднедиафрагмальной области левого желудочка у 14-летней девочки с функциональным шумом в сердце (фрагмент тредмил-теста, 1 фаза)**

По данным ЭхоКГ у девочки выявлен пролапс передней и задней створок митрального клапана до 7,7 мм с умеренной регургитацией, а также миксоматозная дегенерация створок митрального клапана и умеренная дилатация левого желудочка (рисунок 3).



**Рисунок 3 — Миксоматозная дегенерация створок митрального клапана на фоне ПМК**

Таким образом, даже при выраженных эхокардиографических изменениях, выявленных у девочки, картина стандартной ЭКГ, снятой в положении лежа, может быть неспецифична. Несмотря на отсутствие жалоб необходим тщательный клинический осмотр, проведение нагрузочных проб, а также оценка ЭКГ-изменений при позиционных пробах.

#### **Выводы:**

1. По результатам исследования у большинства детей регистрировался пролапс митрального клапана 1 степени, который чаще выявлялся у девочек и характеризовался полиморфной клинической картиной.
2. При выявлении ПМК у детей необходимо провести углубленное кардиологическое обследование с тщательной оценкой анамнеза жизни пациента, включающее оценку переносимости физической нагрузки.
3. Дети с пролапсом митрального клапана требуют динамического наблюдения врачом-кардиологом.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Беляева, Л. М. Педиатрия. Курс лекций / Л. М. Беляева. — М.: Мед. лит., 2011. — 568 с.
2. Пролапс митрального клапана. Фенотипические особенности и клинические проявления / А. И. Мартынов [и др.] // Кардиология. — 1998. — № 1. — С. 72–80.
3. Руководство по кардиологии / под ред. В. И. Коваленко. — Киев: Морион, 2008. — 1424 с.

УДК 616 – 073. 4 – 8: ( 616.44 + 616.428) – 071