

КЛИНИКО-ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ МИТРАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

В. Н. Ослопов, Ф. З. Сингатуллина, А. И. Нефедова,
Г. Л. Осипов

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав.—проф. Я. М. Милославский) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

В течение последних 5—10 лет значительно повысился интерес к синдрому пролабирования митрального клапана, чему во многом способствовало появление новых методов исследования сердца, в частности ультразвукового. Впервые связь между своеобразными аускультативными данными митрального пролапса и поражением митрального клапана была установлена в начале 60-х годов. К настоящему времени проведены многочисленные исследования больных с данным синдромом, однако постановка правильного диагноза представляет определенные трудности: наблюдается как гипо-, так и гипердиагностика. Первое объясняется недостаточным знакомством практических врачей с данной патологией, а также наличием афоничных форм, второе — тем, что за пролапс принимаются случаи с экстракардиальной звуковой картиной. Отмечена большая частота первичных форм пролапса, наследуемых по аутосомно-доминантному или рецессивному типу, преимущественно у женщин.

Этиологическими факторами возникновения митрального пролапса могут быть также ишемическая болезнь сердца, ревматизм, кардиомиопатии, реже травмы. Патологическая сущность синдрома состоит в преобладании хордально-клапанного аппарата по отношению к величине полости левого желудочка, когда возникает так называемая «избыточность митральной створки». Следствием последней является провисание или выбухание створок митрального клапана в полость левого предсердия во время систолы желудочков, поскольку слишком длинные сухожильные нити хорд не способны удержать створки в нормальном положении. При значительном прогибании створок может возникнуть митральная регургитация.

Жалобы больных разнообразны. Наиболее часто их беспокоят боли в области сердца различного характера, перебои, слабость, головокружения, иногда обморочные состояния. Характерным аускультативным признаком митрального пролапса является мезосистолический щелчок, возникающий при резком натяжении и чрезмерном сокращении хорд митрального клапана в систолу. Наличие митральной регургитации отражает поздний систолический шум. Однако, по данным различных авторов, в $1/3$ случаев характерная аускультативная симптоматика отсутствует, что затрудняет постановку диагноза.

На ЭКГ отмечаются инверсия зубца Т, умеренная депрессия сегмента S—Т, различные нарушения ритма. Эхокардиографическое изображение митрального клапана в норме представляется в диастолу в виде М-образной кривой, а систолическая часть — в виде прямой, имеющей восходящее направление (рис. 1). При пролабировании митрального клапана изменяется только систолическая часть кривой, которая прогибается и не имеет четкого смыкания. Фонокардиографический щелчок по времени совпадает с этим прогибом створок.

Клиника при первичном пролапсе выражена неярко или отсутствует совсем, однако в литературе описаны случаи внезапной смерти больных. Если же синдром имеет вторичный характер, то клиническая картина во многом определяется течением основного заболевания, но в обоих случаях тяжесть процесса и прогноз в значительной мере зависят от двух факторов: величины митральной регургитации и характера нарушений ритма.

Нами обследовано 15 больных с пролапсом митрального клапана. Эхокардиографическое исследование проводили на отечественном аппарате «УЗКАР-3». В настоящем сообщении мы приводим анализ трех наиболее интересных случаев, демонстрирующих недостаточное знакомство практических врачей с этим синдромом и возможности исполь-



Рис. 1. Эхокардиограмма с изображением митрального клапана в норме.

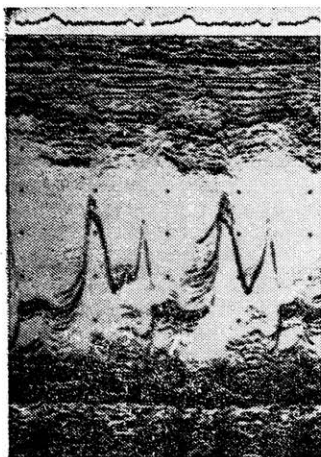


Рис. 2. Эхокардиограмма больной М.

зования эхокардиографического метода в спорных и неясных случаях.

М., 19 лет, обратилась в клинику с жалобами на кратковременные боли в области сердца, перебои, головокружения, которые появились несколько лет назад. Ранее она неоднократно обращалась в поликлинику, но диагноз не был поставлен, поскольку врачи не могли объяснить дополнительных звуков в систолу. Большой предположительно ставились диагнозы: невроз, латентный ревматизм, вегетососудистая дистония. В анамнезе какой-либо наследственной патологии нет.

Объективно: девушка астенического телосложения. АД — 14,7/9,3 кПа. Аускультативно определялся трехчленный ритм с наличием систолического щелчка в середине систолы. На ЭКГ — вертикальная позиция сердца, инверсия зубца Т в III стандартном отведении, редкие желудочковые экстрасистолы. На ФКГ — мезосистолический щелчок с максимальной амплитудой на верхушке сердца при регистрации на первом среднечастотном и низкочастотном каналах. После суммирования полученных данных был поставлен предположительный диагноз — пролапс митрального клапана, который подтвердился эхокардиографическим исследованием. На эхокардиограмме больной (рис. 2) — провисание створок митрального клапана в полость левого предсердия на 4—5 мм (указано стрелкой).

Полость левого желудочка обычной величины, сократительная способность миокарда левого желудочка не нарушена. Больной были назначены небольшие дозы β -блокаторов, после чего состояние ее улучшилось.

Двое других больных, К., 20 лет, и С., 23 лет, также обратились с жалобами на боли в области сердца непостоянного характера, слабость. Наследственный анамнез не отягощен. При выслушивании на верхушке сердца определялся нежный систолический шум, который несколько возрастал в вертикальном положении. ЭКГ больных была без особенностей, на ФКГ — непостоянный убывающий систолический шум с максимальной амплитудой на верхушке сердца.

На эхокардиограмме больной С. была обнаружена прерывистость, деформация систолической части движения митрального клапана (рис. 3). При небольшом повороте датчика выявлялась ступенчатость того же систолического участка (рис. 4). На эхокардиограмме больной К. — раннее провисание створок на 3—4 мм в полость левого предсердия. Поскольку выраженные клинические данные отсутствовали, больным было назначено общеукрепляющее лечение, рекомендованы умеренные физические нагрузки.

Таким образом, эхокардиография представляет собой наиболее информативный и достоверный метод диагностики пролапса митрального клапана. Его значимость еще более возрастает в неясных и спорных случаях, клинически неярко выраженных. Необходимо широкое распространение сведений о синдроме пролабирования митрального клапана среди практических врачей, так как его точная и своевременная диагностика важна для назначения соответствующей терапии и определения прогноза.

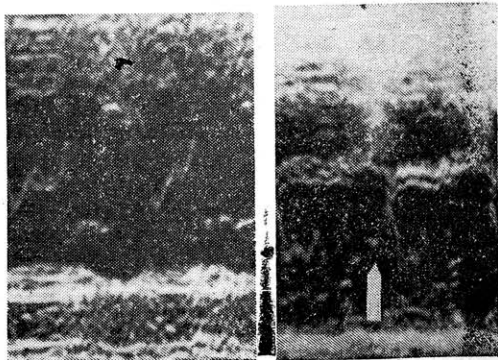


Рис. 3, 4. Эхокардиограмма больной С.

Поступила 30 января 1984 г.