

Ф. И. ЗАРГАРЛИ, Л. М. ШУКЮРОВА, Ф. З. АБДУЛЛАЕВ, Э. Г. АЛИЕВ,
Н. С. АБУШЕВ, Ч. И. РУСТАМОВ

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ В ДИАГНОСТИКЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Пролапс митрального клапана (ПМК) или так называемый синдром «щелчка», синдром «волнующейся створки», синдром Барлоу встречается у 8—10% больных, госпитализируемых в кардиологические клиники [16]. Возрастающий интерес к выявлению ПМК, с позиций кардиохирургической клиники, обусловлен накоплением опыта протезирования клапанов сердца и расширением показаний к выполнению пластических клапаносохраняющих операций, что позволило приступить к хирургическому лечению этих больных.

Особенностью патологии является выбухание, выворачивание одной или обеих створок митрального клапана в полость левого предсердия во вторую половину систолы желудочков. Морфология ПМК обусловлена изменением структуры самой створки (чаще миксоматозное перерождение) и /или удлинением хорд. Наиболее часто у таких больных отмечается аускультативный и ФКГ синдром систолического щелчка и позднего систолического шума, что в ряде случаев служит основанием для ошибочного диагноза «порок митрального клапана».

Этиопатогенетически различают врожденный, ревматический и идиопатический ПМК. По наличию гемодинамических нарушений дифференцируют ПМК без регургитации и ПМК с той или иной степенью регургитации [4].

Клиническая картина ПМК достаточно многообразна. Большая часть больных с глубоким пролапсом (выбухание створки более 9 мм) предъявляет жалобы на ангинозные боли, одышку, приступы сердцебиения, нарушения ритма. В отличие от классической стенокардии, боли при ПМК не связаны с физической нагрузкой, нитроглицерином обычно не купируются. Коронарогенная природа болей при ПМК объясняется сдавлением огибающей ветви левой коронарной артерии патологически подвижным митральным клапаном [10]. Аналогично объясняют возникновение аритмий, наблюдающихся у 40% больных с ПМК [6, 12].

Своеобразная аускультативная картина—поздний систолический шум и систолический щелчок—считается основным признаком ПМК. Появление позднего систолического шума связано с тем, что в начале фазы изгнания имеется полное закрытие атриовентрикулярного отверстия, и только с дальнейшим повышением внутрижелудочкового давления (во второй половине систолы) запирательная функция клапана

утрачивается в связи с дегенеративным состоянием клапанного аппарата. Возникает поздняя регургитация. ПМК встречается с атипичной звуковой картиной, т. е. при наличии лишь систолического шума [7] или щелчка [1]. Возникновение щелчка объясняют внезапным натяжением хорд в середине систолы [13].

Достаточно характерная мелодия звучания позволяет диагностировать ПМК в 80% наблюдений [18]. У 20% больных наблюдается афоничный пролапс. При этом регистрация характерной ЭКГ мозаики позволяет заподозрить «немое» пролабирование одной или обеих створок митрального клапана. Верификация диагноза у этих больных подтверждается данными ангиокардиографии и эхокардиографии. Информативность последнего метода (ЭХоКГ) в диагностике ПМК достигает 90% [12, 18].

Отмечено, что характерная звуковая симптоматика, т. е. поздний систолический шум и щелчок, наблюдается при пансистолическом ПМК и /или пролабировании задней створки митрального клапана [5]. При пролабировании передней створки наблюдается атипичная мелодия звучания.

Целью настоящей работы являлось сопоставление данных функционального исследования (ЭКГ, ФКГ, ЭХоКГ, ангиокардиографии) и определение степени информативности (возможностей) фонокардиографической диагностики различных вариантов ПМК.

Материал и методы. Анализированы данные обследования 38 больных с ПМК. Возраст больных от 5 до 50 лет. Всем больным проведено рутинное кардиологическое обследование, включая рентгенологическое, ЭКГ, ФКГ. Регистрация ЭКГ и ФКГ проводилась на аппарате «Мингограф-34». 16 больным проведено эхокардиографическое обследование на аппарате «Mark-111 ATL» в режиме секторального сканирования. 12 больным проведено зондирование камер сердца с левой вен-трикулографией.

У 6 больных отмечались сопутствующие пороки сердца: дефект межпредсердной перегородки—у 2; синдром Марфана—у 1; идиопатический гипертрофический субаортальный стеноз—у 2 больных; ревматический аортальный порок сердца с преобладанием недостаточности—у 1.

Результаты и обсуждение. Классическая ФКГ картина ПМК—мезосистолический щелчок и поздний систолический шум—наблюдалась у 8 больных. В среднем, систолический щелчок регистрировался через 0,10 сек после I тона. Систолический шум был высокоамплитудным, веретенообразной формы, нарастал ко II тону. Шум усиливался в положении стоя и после физической нагрузки. У 24 больных на ФКГ регистрировался только высокоамплитудный высокочастотный поздний систолический шум. В 6 случаях отмечены среднеамплитудные мезосистолические щелчки, в 2 случаях были зарегистрированы двойные щелчки. Следует дифференцировать систолический шум при ПМК от шума ревматического порока сердца. Так, при ревматической митральной

недостаточности систолический шум начинается одновременно с I тоном, проводится на основание сердца и в подмышечную область, уменьшается под влиянием нитропрепаратов.

Характерная ЭКГ картина наблюдалась у всех больных: в 9 наблюдениях зарегистрированы отрицательные зубцы T_{II-III} , avF и в левых грудных отведениях, в промежуточных позициях V_{2-3} зубцы T имели повышенную амплитуду, отмечалось удлинение интервала $Q-T$ и волны U . У 29 больных отмечались отрицательные зубцы T_{III} и в avF .

Указанный комплекс изменений на ЭКГ при ПМК определяется нарушениями в миокарде задней и задне-боковой стенки левого желудочка по типу ишемических: поражение папиллярных мышц, недостаточное кровоснабжение задне-нижней папиллярной мышцы [11], нарушение калиевого баланса и замедление реполяризации папиллярных мышц [17]. У 16 больных с ПМК (42%) отмечены различные нарушения ритма: неполная блокада правой ножки пучка Гиса—у 3 больных (7,9%), синусовая тахикардия—у 9 (23,6%), синусовая брадикардия—у 3 (7,9%).

Диагноз ПМК был подтвержден результатами ангиокардиографии у 12 больных. Во всех случаях на АКГ отмечалось характерное пролабирование створок митрального клапана в левое предсердие без регургитации (парашютирование створок). Показатели манометрии в камерах сердца в пределах нормы у всех больных. Полученные нами данные согласуются с данными [2] и др.

Эхокардиографическое обследование проведено у 16 больных с ПМК. Пансистолический ПМК выявлен у 5 больных, пролапс задней створки—у 4 и у 6 больных—пролапс передней створки. Следует отметить, что лишь в 1 наблюдении из 16, где ПМК был верифицирован на ЭХоКГ, не было выявлено ЭКГ и ФКГ признаков пролапса. На ЭХоКГ в этом случае был выявлен пролапс передней створки митрального клапана, причем пролабирование происходило не во всех кардиоциклах.

Мы сопоставили данные ЭХоКГ и ФКГ при ПМК с целью определения возможностей ФКГ диагностики различных вариантов пролапса митрального клапана. При этом отмечено, что в случаях пансистолического пролапса митрального клапана (по данным ЭХоКГ) на ФКГ регистрировался поздний систолический шум и щелчок. В тех случаях, где на ФКГ регистрировался только систолический шум, при ЭХоКГ выявлялся пролапс одной из створок митрального клапана.

Заключение

Пролапс митрального клапана может быть диагностирован на основании данных ЭКГ и ФКГ с высокой степенью достоверности. Мы считаем возможным ФКГ диагностику пролапса одной или обеих ство-

рок. Регистрация характерной для пролапса митрального клапана ЭКГ картины в случаях «немного» пролабирования является показанием к ЭХЭКГ обследованию.

НИИ клинической и экспериментальной хирургии и
НИИ кардиологии МЗ Азерб. ССР

Поступила 8/VI 1984 г.

Ֆ. Ի. ԶԱՐԳԱՐԼԻ, Լ. Մ. ՇՈՒԿՅՈՒՐՈՎԱ, Ֆ. Զ. ԱԲՍԻՅԵՎ,
Է. Գ. ԱԼԻԵՎ, Ն. Ս. ԱՐՈՒՇԵՎ, Զ. Ի. ՌՈՍՏԱՄՈՎ

**ՄԻԹՐԱԼ ՓԱԿԱՆԻ ՏԱՐԲԵՐ ՏԱՐԲԵՐԱԿՆԵՐԻ ԱՐՏԱՆԿՄԱՆ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ
ՄԵԶ ԿԼԻՆԻԿՈ-ՖՈՆԿՑԻՈՆԱԼ ԶՈՒԳԱԶԵՌՆԵՐԸ**

Ա մ փ ո փ ու մ

Աշխատանքում անց են կացված ֆունկցիոնալ-ախտորոշիչ զուգահեռներ միթրալ փականի արտանկումով հիվանդների մոտ: Արձագանքային և ՖՄԳ-ի տվյալների համադրումը ցույց է տալիս ֆունկցիոնալ-ախտորոշման դերը միթրալ փականի արտանկման տարբեր տարբերակների ախտորոշման մեջ:

[F. I. Zargarli], L. M. Shukyurova, F. Z. Abdullayev, E. G. Aliev,
N. S. Abushev, Ch. I. Rustamov

**Clinico-Functional Parallels in Diagnosis of Different Variants
of the Mitral Valve Prolaps**

S u m m a r y

The functional-diagnostic parallels have been carried out in patients with mitral valve prolaps. The collation of echo—and phonocardiographic data and their verification by angiocardiograms have shown high informativity of the FCG—diagnosis of various variants of the prolaps.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Варик Н. П., Шох Б. П. Кардиология, 1975, 7, 118.
2. Вольнский Ю. Д. с соавт. Кардиология, 1980, 10, 97.
3. Дембо А. Г., Земцовский Э. В. Кардиология, 1979, 6, 38.
4. Мухарлямов Н. М. с соавт. Тер. архив, 1981, 1, 72.
5. Мухарлямов Н. М. с соавт. Тер. архив, 1979, 10, 9.
6. Строжаков Г. И. Вопросы ревматизма, 1982, 2, 71.
7. Строжаков Г. И. с соавт. Тер. архив, 1978, 5, 29.
8. Abrams J. Am. Heart J. 1976, 92, 413.
9. Asanelli D. et. al J. Ital. Cardiol. 1980, 10, 1, 48.
10. Barlow J. B., Pocock W. A. Ibid, 1975, 90, 636.
11. Barlow J. B. Brit. Heart. J. 1968, 30, 203.
12. Barchardt D. et. al Z. Kardiol. 1976, Bd. 65, 522.
13. Barlow J. B. et. al Am. Heart. J. 1963, 66, 443.
14. Julotta S. J. Circulation 1974, 49, 717.
15. Engle M. A. Circulation, 1969, 39, 11.
16. Jeresaty R. M. Amer. J. Cardiol. 1975, 36, 110.
17. Hancock F. W., Cohn N. Am. J. Med. 1966, 41, 183.
18. Malcolm A. D. et. al Brit. Heart J. 1976, 38, 244.