

Секция 9. Медицинские науки

Альмухамбетова Рауза Кадыровна

профессор кафедры интернатуры и резидентуры по терапии №3

Казахский Национальный медицинский университет

им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

Жангелова Шолпан Болатовна

профессор кафедры интернатуры и резидентуры по терапии №3,

Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова,

Алматы, Республика Казахстан;

Тойлыбаева Мадина Султановна,

врач-интерн, Казахский Национальный медицинский университет

им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

Талгатова Аида Талгатовна,

врач-интерн, Казахский Национальный медицинский университет

им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

Алибек Меруерт Алибеккызы,

врач-интерн, Казахский Национальный медицинский университет

им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

Ибабаева Гулжан Бейбитовна,

врач-интерн, Казахский Национальный медицинский университет

им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

Шарипов Рафаэль,

резидент, Казахский Национальный медицинский университет

им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Под пролапсом митрального клапана (ПМК) или синдромом митрального пролабирования понимают клапанную аномалию — выпячивание и провисание митрального клапана в полость левого

предсердия во время систолы, которая может быть первичной или вторичной. Распространенность составляет 1,6-2,4%. В большинстве случаев ПМК является доброкачественным состоянием, не требующим специального лечения. В то же время описаны случаи внезапной смерти у больных с ПМК с частотой несколько большей, чем в общей популяции [1, с.70-72; 2, с.651-653].

Целью нашего исследования явилось изучение частоты, клинического течения, вопросов диагностики и лечения ПМК.

Материал и методы. Под нашим наблюдением и лечением находились 48 больных с синдромом ПМК в возрасте от 21 до 36 лет (средний возраст $25,2 \pm 1,8$), из них 29 женщин и 19 мужчин, поступивших в экстренном порядке с болевым синдромом в ГКЦ за 2015 год, при ЭхоКГ – исследовании у них был выявлен ПМК. 28 больным с ПМК в составе комплексной терапии, включавшей дезагреганты, статины, назначали бета-блокатор – конкор в дозе по 5 мг в сутки и магнерот в течение первой недели по 2 табл. 3 раза в день, затем по 1 табл. 3 раза в течение 4 недель. Группу сравнения составили 20 больных, получавших только стандартную терапию (без магнерота). У всех больных помимо общеклинических анализов исследовались электролиты крови, в частности, уровень калия, магния, натрия, кальция. Для оценки антиишемического эффекта изучались частота приступов стенокардии и потребность в нитроглицерине в неделю и также ЭКГ контроль.

Результаты и обсуждение. За 2015 год число обратившихся в ГКЦ составило 9039 больных, ПМК выявлено у 148 пациентов, что составило 1,64%. Все 28 больных, взятых под наблюдение и лечение, поступали с жалобами на боли в области сердца, за грудиной. На ЭКГ у всех больных были признаки ишемии. При поступлении у 16 (33,3%) наблюдались приступы пароксизмальной тахикардии, у 17 (35,4%) – политопные экстрасистолы. Удлинение QT интервала имело место у 15 больных

(31,25%). Границы сердца были в пределах нормы, изменений тонов сердца не было. При аускультации выслушивался систолический шум на верхушке сердца. Число сердечных сокращений составило в среднем $96,5 \pm 2,7$ ударов в мин., САД – $132,6 \pm 3,5$; ДАД – $78,2 \pm 2,2$ мм рт.ст. Важно избежать гипердиагностики этого состояния. Указаний в анамнезе на перенесенные ревматизм или ИБС не было. В последние годы эхокардиографические критерии ПМК были пересмотрены. Хотя пролапс легкой степени может обнаруживаться в 5% ЭхоКГ исследований, пациенты с небольшим обратным движением створок митрального клапана больше не рассматриваются как больные с синдромом ПМК. «Патологический» ПМК включает в себя не только ненормальное движение створки, но и ее утолщение и избыточность – «избыточно подвижный» или «парашютообразный» клапан. Чем меньше левый желудочек, тем больше экскурсия пролабирующего митрального клапана. Часто возникают жалобы на сердцебиение, боль в грудной клетке, тревожность, повышенную утомляемость. При тяжелом пролапсе возможно развитие синдрома стенокардии. «Парашютообразное» движение створки клапана вызывает увеличение напряжения сосочковой мышцы, что может сопровождаться ее ишемией и появлением преходящих ЭКГ признаков ишемии в области сосочковых мышц при нагрузочных пробах. В таких случаях для предотвращения ишемии полезными оказываются бета-блокаторы.

Большую проблему представляет собой ведение больных с ПМК легкой степени, отмечающих боли в груди неопределенного характера и сердцебиения. Мониторирование ЭКГ во время симптомов обычно не вызывает аритмии и «слепое» назначение бета-блокаторов помогает редко. В последние годы широкое внимание привлекает метаболическая концепция в лечении заболеваний сердечно-сосудистой системы. Представляет интерес препарат – магнерот- метаболический препарат

магния и оротовой кислоты с двойным действием. Как известно, микроэлемент магний занимает 4-ое место по содержанию в организме человека после калия, натрия и кальция. Магний занимает 2-е место после калия по содержанию в клетке. Входящая в состав магнерота оротовая кислота способствует росту клеток, участвует в процессе обмена веществ. Кроме того, она увеличивает синтез АТФ и необходима для фиксации магния на АТФ в клетке и проявления его действия. По результатам нашего исследования в процессе терапии все больные, получавшие магнерот, отмечали положительную динамику: субъективно - исчезновение болевых ощущений, сердцебиения, перебоев в работе сердца, чувства тревожности. Статистически значимо снизились частота приступов стенокардии с $9,5 \pm 1,6$ до $1,8 \pm 0,4$; потребность в нитроглицерине с $5,2 \pm 1,1$ до $0,5 \pm 0,01$; $p < 0,005$. В группе сравнения также отмечено достоверное снижение частоты приступов стенокардии и потребности в нитроглицерине (с $8,5 \pm 1,2$ до $2,9 \pm 1,0$ и с $5,1 \pm 0,1$ до $0,9 \pm 0,2$; $p < 0,005$). Однако у больных, получавших магнерот, уменьшение частоты приступов стенокардии в неделю было более выраженным (на 81%), чем у больных, получавших стандартную терапию (на 66%). На ЭКГ исчезли признаки ишемии миокарда, длительность QT интервала снизилась до нормы, прошла аритмия, нормализовалось число сердечных сокращений. Побочного действия магнерота нами не отмечено ни в одном случае. Безусловно, представлял интерес исследования электролитов крови.

Таблица 1

Электролитный состав в процессе терапии

группы	Больные, получавшие магнерот		Больные, получавшие стандартную терапию	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
калий	$3,4 \pm 0,6$	$4,2 \pm 0,5$	$3,5 \pm 0,4$	$4,1 \pm 0,5$
натрий	$141,2 \pm 0,9$	$140,0 \pm 1,1$	$140,2 \pm 0,8$	$142,1 \pm 0,5$
кальций	$1,1 \pm 0,02$	$1,3 \pm 0,05$	$1,3 \pm 0,05$	$1,4 \pm 0,03$
магний	$0,65 \pm 0,1$	$0,98 \pm 0,2$	$0,7 \pm 0,2$	$0,72 \pm 0,1$

Как видно по данным таблицы 1, уровень калия, магния до лечения у всех больных соответствует нижним критериям нормы. После

проведенной терапии магнеротом содержание магния существенно возрастает: до $0,98 \pm 0,2$ против $0,65 \pm 0,1$ ммоль/л исходного ($p < 0,005$). Гипомагниемия – значимая причина аритмий: мерцательной аритмии, желудочковой тахикардии типа «пируэт», мономорфной желудочковой тахикардии, пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии, синусовой тахикардии, удлинения интервала QT, желудочковых и предсердных экстрасистол. Применение препаратов магния оказывает помимо антиаритмического, гипотензивное, антиишемическое и противосудорожное влияние.

Таким образом, частота ПМК составила 1,64 % из 9039 обратившихся в ГКЦ за 2015г. Диагноз ПМК был установлен по данным ЭхоКГ исследования, у всех он был вторичным. Различные нарушения ритма в виде политопной экстрасистолии, пароксизмальной тахикардии были выявлены у большинства больных (68,75% - у 33 из 48 пациентов). Клинические проявления характеризовались симптомами стенокардии и признаками ишемии на ЭКГ, асимптоматичным удлинением интервала QT. В процессе терапии магнеротом и конкором отмечается позитивная динамика как субъективных, так и объективных показателей: достоверное уменьшение числа приступов стенокардии и потребности в нитроглицерине, исчезновение эпизодов ишемии по ЭКГ, аритмии, нормализация QT интервала, достоверно увеличивается уровень магния в крови.

Литература:

1. Джордж Дж.Тэйлор Основы кардиологии. перевод с англ. под ред. акад. РАМН проф. Р.Г.Оганова М., «Мед. Пресс-информ» 2004, с. 70-72.
2. Кардиология. Национальное руководство. Краткое издание. М. «Гэотар - Медиа» 2012.с.400, 651-653.