

УДК 616.125.32:616-053.5

В. И. Шилько, Е. Г. Дмитриева

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Уральская государственная медицинская академия

Обилие жалоб у пациентов подросткового возраста заставляет пристальнее взглянуть в эту категорию больных. Это уже не дети, но ещё и не взрослые. Подростковый возраст характеризуется выраженными изменениями психических, морфологических и физиологических процессов, связанных с перестройкой нейроэндокринных регуляторных механизмов. В связи с этим появляются предпосылки к развитию вегетативных дисфункций, так как быстрый рост создаёт разрыв между новыми физическими параметрами и возможностями сосудистого обеспечения. Даже физиологически протекающий пубертатный период характеризуется колебаниями артериального давления и частоты сердечных сокращений, эмоциональной неустойчивостью, нарушениями терморегуляции, метеозависимостью. По мнению Белоконов Н.А. этот период является провоцирующим моментом, выявляющим скрытую до того неполноценность центральных регуляторных механизмов [1]. Неблагоприятно, что у 33,3 % детей вегетативные нарушения могут сохраняться и в последующие периоды жизни, а в 17 - 20 % случаев прогрессируют, выступают как предстания таких психосоматических заболеваний как гипертоническая болезнь, атеросклероз, бронхиальная астма, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки [4].

В последнее время появляется всё больше доказательств участия вегетативных нарушений в генезе первичных и вторичных форм пролапса митрального клапана (ПМК) [2, 5].

Целью этого исследования было описание клинической картины ПМК у подростков с синдромом вегетативной дистонии (СВД), оценка инструментальных методов обследования.

Из 300 обследованных детей с СВД была выделена группа подростков с яркими проявлениями вегетативной дисфункции и признаками ПМК, выявленными методом эхокардиографии (ЭхоКГ). Группу составили 48 человек от 13 до 16 лет (22 девочки и 26 мальчиков).

Для оценки функционального состояния вегетативной нервной системы были использованы клинико - анамнестические данные, наследственный анамнез, течение беременности, родов у матери, особенности периода новорожденности у ребёнка, наличие функциональных отклонений со стороны различных систем и органов и хронических заболеваний, психологические особенности

ребёнка. В комплекс обследования были включены: осмотр кардиолога, ЭхоКГ, электрокардиография (ЭКГ), фонокардиография (ФКГ), кардионитервалография (КИГ) - эти обследования проводились всем детям. У части детей проводилась клиноортостатическая проба (КОП), велоэргометрия (ВЭМ), фармакологическая проба с анаприлином.

При анализе анамнестических данных выявлено, что среди родителей этой группы подростков лишь две матери и четыре отца считают себя здоровыми (6 %); в 18 % случаев со стороны матери и в 14,5 % со стороны отца отмечается артериальная гипертензия, в 10 % матери страдают артериальной гипотензией, в 25 % случаев отмечают вегетативную дисфункцию. На заболванья почек ссылаются 14 % родителей, на заболевание органов желудочно-кишечного тракта - 21 % матерей и 15 % отцов, на бронхо-лёгочную патологию - 5 % родителей. Эти данные подтверждают значительную роль наследственного фактора в генезе развития вегетативных дисфункций у детей, что соответствует и литературным данным [1, 3].

В исследуемой группе неблагоприятное течение беременности и родов отмечено у 20 матерей. 8 человек переносили респираторные инфекции, преждевременные роды были у пяти женщин, операция кесарева сечения - у четырех. В историях развития 14 детей есть указания на натальную травму; в 11 случаях сведения об отклонениях в течении родов получены в беседе с матерью. Несмотря на связь с перинатальным периодом, признаки вегетативной дисфункции могут появиться в любом возрасте, и появление жалоб чаще свидетельствует не о начале болезни, а о фазе декомпенсации, которую часто провоцирует пубертатный период.

Основной и наиболее часто встречаемой жалобой у подростков с СВД и пролабириванием створок митрального клапана была жалоба на боли в области сердца. Её предьявляли все обследуемых. Локализация болей чаще всего бывает связана с зоной проекции на кожу верхушки сердца, болевые ощущения носят колющий, кратковременный характер, реже они бывают ноющими, шемящими, ряд больных испытывает дискомфорт в области сердца и неприятные ощущения. Редко боль иррадирует в руку, левое плечо. Чаще всего боли появляются при волнении, переутомлении, перемене погоды, проходят самостоятельно или после приёма седативных средств.

Практически все родители отмечали повышенную эмоциональность, возбудимость, чувствительность у детей, вошедших в эту группу. Быстрая смена настроений, чувство тоски, печали, которым бывает трудно найти объяснение, конфликтность в той или иной степени присутствовали у всех. Нарушения сна (поверхностный сон, беспокойство во время сна, плохое засыпание...) были у 2/3 детей. Напряженные ситуации, эмо-

циональные факторы часто влекут за собой появление или усиление одышки - чувства неудовлетворённости дыханием, нехватки воздуха. Эта жалоба встречается у половины обследуемых. Обмороки и вегетативные пароксизмы (панические атаки) наблюдались у 7 чел.

При проведении клиноортостатической (КОП) пробы нормальные показатели отмечены лишь у 30 % подростков с вегетативным пролапсом митрального клапана. В 10 % случаев определён гипердиастолический вариант пробы, когда происходит избыточный подъём диастолического давления при неизменном систолическом, что является наиболее дезадаптивным типом реакции сердечно - сосудистой системы на КОП. В 60 % результат пробы расценивался как асимпатикотонический. При этом систолическое и диастолическое давление не изменялись или слегка снижались, пульс оставался нормальным. В 65 % исследований результат КОП совпал с изменениями, выявленными при кардиоинтервалографии.

Клинические признаки ВСД у подростков с дисфункцией митрального клапана были подтверждены инструментальными методами. Так методом КИГ в 37 % определено преобладание тонуса парасимпатического отдела, в 59 % - симпатического и лишь в 3,7 % - относительное равновесие симпатического и парасимпатического отделов. Изучение реактивности вегетативной нервной системы в этой группе обследуемых показало, что менее половины - 41,4 % имеют нормальную вегетативную реактивность; напряжение адаптационных процессов в виде преобладания симпатического реагирования - 27, 5 %, асимпатикотоническая вегетативная реактивность зарегистрирована у 24,1 % подростков.

Наиболее характерным отклонением ЭКГ было нарушение процессов реполяризации (снижение амплитуды зубцов Т в стандартных и левых грудных отведениях), что отмечено более, чем у 1/4 обследуемых и обусловлено преобладанием симпатических влияний на сердечно-сосудистую систему. В то же время у части детей отмечался синдром ранней реполяризации желудочков, который обычно связывают с ваготонией [1].

При проведении этой же группе подростков ВЭМ обнаружено, что 92% имеют гиперкинетический тип реагирования; в 32% выявлена низкая, а в 48% средняя работоспособность, что нельзя считать благоприятным. Комплексная клинико - инструментальная оценка позволяет выявить с достаточно высокой вероятностью напряжение адаптационных процессов, снижение работоспособности и толерантности к физическим нагрузкам.

ЭхоКГ проводилась в М - и В - режимах с измерением и последующим расчётом основных эхо метрических показателей. Критериями отбора послужило наличие провисания неизменённых створок митрального клапана до 3 мм и митраль-

ная регургитация I степени, выявленная при доплерографии.

Исследуемым была проведена фармакологическая проба с анаприлином, оценивались систолическая и диастолическая функции миокарда левого желудочка (ЛЖ). По результатам пробы выделено 2 группы: первая группа с сохранившейся после приёма анаприлина митральной регургитацией (13 чел.), во второй группе (15 чел.) митральная регургитация отсутствовала. Получено достоверное ($p < 0,05$) снижение частоты сердечных сокращений, уменьшение ударного и минутного объёмов, фракций выброса и сократимости ЛЖ, увеличенные интеграла скорости аортального потока в обеих группах. При изучении показателей диастолической функции ЛЖ отмечено увеличение общего интеграла скорости диастолического митрального потока после приёма анаприлина, достоверно больше во второй группе, за счёт увеличения интеграла скорости пассивного наполнения ЛЖ. Уровень предсердного вклада менялся незначительно. Соотношение интегральных скоростей пика пассивного наполнения ЛЖ и предсердного пика увеличивалось при проведении пробы во второй группе обследуемых и незначительно снижалось в первой группе.

Таким образом, у пациентов с ПМК и СВД проведение фармакологической пробы с анаприлином позволяет дифференцировать провисание створок митрального клапана, связанное с вегетативной дисфункцией и провисание створок смешанной этиологии (конституциональное и вегетативное). Однонаправленное изменение диастолической функции ЛЖ в обеих группах позволяет prognostически оценить чувствительность к фармакологическим средствам.

Всё вышесказанное позволило определить некоторые терапевтические подходы коррекции данных состояний медикаментозными и немедикаментозными методами. При этом, с учётом изменений функционального характера, больший удельный вес отводился немедикаментозным методам воздействия, включающим нормализацию образа жизни, занятия физкультурой (спортивно-прикладные виды физических упражнений: ходьба, бег, плавание, лыжные прогулки, подвижные и спортивные игры), закаливание, водные процедуры. Медикаментозная терапия учитывала этиологические факторы, выраженность и направленность вегетативной дисфункции. Замечен явный положительный эффект как по клиническим, так и по эхокардиографическим показателям в группе подростков, имевших положительный результат (отсутствие митральной регургитации) при проведении фармакологической пробы с анаприлином.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блоконь Н.А., Кубергер М.Б. Болезни сердца и сосудов у детей. Минск. 1992. 446 с.

2. Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение./ Под ред. А. М. Вейна. М.: Медицинское информационное агентство, 1988. 752с.
3. Сарапульцев П. А. Вопросы генетической предрасположенности, патогенеза нейрорегуляторной дистонии с синдромом кардиналии и новые подходы к её диагностике и лечению: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. Екатеринбург. 1993. 42с.
4. Степура О. Б. Синдром дисплазии соединительной ткани сердца: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук М., 1995. 44с
5. Boudoulas H., Schaal S. E., Stang J. M. Et all. Mitral valve prolapse: cardiac arrest with long-term survival// Int. J. cardiol. 1990. 26. P. 37 - 44..

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

УДК 616.24-089-053.2

**В.М.Одинак, И.А.Виноградова, Е.Е.Вол,
Е.Г.Некрасова, В.О.Казаков**

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ И ЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Уральская государственная медицинская академия

Среди заболеваний бронхо-легочной системы у детей, требующих хирургического лечения, ведущее место занимает бронхоэктатическая болезнь [1, 4]. Причины и механизм развития бронхоэктазий впервые были представлены в фундаментальных работах А.Я.Цигельника, В.И.Стручкова, И.К.Есиповой и др. По существующим представлениям бронхоэктазия у детей, как правило, развивается в постнатальном периоде, при этом одним из существенных моментов в ее развитии является воспалительный процесс и ателектаз. Анатомо-физиологические особенности бронхо-легочной системы в виде недостаточности развития гладкой мускулатуры, эластической и хрящевой ткани, неполноценность защитных механизмов являются предрасполагающими факторами в формировании бронхоэктазии.

Клиническая картина бронхоэктатической болезни у детей в последние два десятилетия претерпела существенные изменения в сторону уменьшения числа тяжелых форм и увеличения более мягких, так называемых «малых форм». Причину этого большинство авторов видят в изменении характера микрофлоры, использовании более совершенных методов лечения и реабилитации при острых воспалительных процессах бронхо-легочной системы.

Увеличение частоты «малых форм» бронхоэктатической болезни потребовало от хирургов пересмотра и уточнения ранее принятых показаний и методов хирургического лечения.

Следует согласиться с мнением Б.А.Королева и Г.А.Бойкова с соавт.[1,3], которые полагают, что заключение о целесообразности операции у больных с «малыми формами» бронхоэктазии следует определять после комплексного консервативного лечения в течение 2 лет, включая различные методы иммуномодуляции.

Появление «малых форм» бронхоэктазии потребовало при оперативном лечении выполнения сегментарных и комбинированных резекций легкого, позволяющих максимально сохранить неизменные его сегменты. В настоящее время сберегательный принцип хирургического лечения признан большинством детских хирургов.

С 1986 по 1997 г. в торакальном отделении ОДКБ, являющегося базой кафедры детской хирургии Уральской медицинской академии, находилось на лечении 356 больных с хроническими нагноительными заболеваниями. С бронхоэктатической болезнью было 148 детей.

Перед операцией мешотчатые бронхоэктазы были установлены у 26 (7,6%), цилиндрические - у 103 (70,1%) и смешанного характера - у 18 (12,3%). У подавляющего числа детей (108) отмечалась ателектатическая бронхоэктазия. Односторонний процесс выявлен у 128 больных, двухсторонний - у 19 (12,9%). Среди последних у 6 в обоих легких определялись бронхоэктазии различного характера и у 13 в одном легком бронхоэктазии, а в другом изменения трактовались как деформирующий бронхит. У 138 пациентов основной очаг локализовался в нижних долях обоих легких, а также в средней доле правого и язычке верхней доли. У 9 больных была поражена верхняя доля. Длительность заболевания у 76,3% пациентов составила от 5 до 10 лет.

У 107 чел. симптомы интоксикации расценивались как умеренно выраженные и у 40 - выраженные. Осложнения основного заболевания отмечались у 23 (15,6%), сопутствующие заболевания у 36 (24,4%). Мальчиков было 207 (58,1%), девочек 149. В возрасте до 6 лет -92 (25,8%), от 6 до 9 лет -132 (37%) и от 9 до 14 лет -112 (31,4%)