

ОСОБЕННОСТИ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ С КЛАПАННЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ

Клинико-диагностический центр областной больницы, Тульский государственный университет, Тула

С целью изучения взаимосвязи между особенностями кинетики клапанного аппарата, наличием дополнительных внутрисердечных структур и электрофизиологическими показателями сердца в условиях кардиологического отделения обследовано 120 юношей 16-19 лет. Комплекс обследования состоял из эхокардиографии (ЭхоКГ), определения физической работоспособности по тесту PWC170, записи обычной и суточной ЭКГ, чреспищеводной электрокардиостимуляции (ЧПЭС).

К астеническому типу телосложения были отнесены 41%, к нормостеническому - 54% и к гиперстеническому - 5% подростков. На ЭхоКГ у 19 человек (15,8%) выявлен пролапс митрального клапана (ПМК) с регургитацией 1-2 ст., у 27 (22,5%) - ПМК без регургитации, у 34 (28,3%) - ПМК в сочетании с поперечной хордой левого желудочка, у 18 человек (14,2%) - сочетание ПМК и пролапса трикуспидального клапана (ПТК) с регургитацией 1 ст. У 6 подростков (5,0%) наблюдались ПМК+ПТК+хорда, у 6 (5,0%) - только хорда с нормальной кинетикой клапанов, у 4 (3,3%) - 2 хорды с нормальной кинетикой клапанов и у 3 (2,5%) выявлен ПМК в сочетании с пролапсом аортального клапана. Таким образом, дополнительные хорды визуализировались у 50 подростков (в 41,7% случаев). У 15 подростков (78,9%) с ПМК и регургитацией физическая работоспособность была низкой и только у 4 - средней и высокой. При ЧПЭС не выявлено изменений у 16 пациентов, а у 3 развился пароксизм фибрилляции предсердий (ПФП). При холтеровском монитори-

ровании (ХМ) выявлены частая наджелудочковая экстрасистолия (ЭС) у 6 подростков (31,6%), преходящая СА блокада у 4 (21,0%), миграция водителя ритма у 4 (21,0%), преходящий синдром WPW с ПФП - у 2 (10,5%), синдром ранней реполяризации желудочков (СРРЖ) в сочетании с редкой желудочковой ЭС и появлением АВ блокады 1 ст. у 3 пациентов (15,8%). Гиперкинетический тип гемодинамики был у 15 человек, у 4-х - эукинетический.

В группе ПМК без регургитации толерантность к нагрузке была снижена у 15 человек (55,6%). По данным ЧПЭС, у 1 пациента наблюдалась ПФП, у 1 - преходящий синдром WPW, у 1 - миграция водителя ритма по предсердиям. При ХМ ЭКГ наиболее часто встречалась миграция водителя ритма по предсердиям (7 человек, 25,9%), преходящая СА блокада 2 ст. (8 человек, 29,6%), преходящая АВ блокада с асистолией до 2 сек в дневные часы (3 человека, 11,1%), преходящий синдром WPW с частой желудочковой ЭС (3 человека, 11,1%), по 1 случаю - нарушения процессов реполяризации, наджелудочковая пароксизмальная тахикардия, ПФП. В данной группе обследуемых также преобладал гиперкинетический тип гемодинамики. Можно видеть, что частота выявления нарушений ритма и проводимости не зависит от наличия незначительной регургитации на МК. Высокая толерантность к физической нагрузке была у 70% подростков с ПМК+хорда. По данным ХМ, наджелудочковая ЭС зарегистрирована в 25%, СА блокада 2 ст. - в 21,9%, пароксизмальная тахикардия у 15,6%, миграция водителя ритма по предсердиям - 12,5%, в 9,4% выявлен СРРЖ, в 6,3% - синдром WPW и частая желудочковая ЭС. При ЧПЭС желудочковая ЭС отмечена в 15,6%, в 3,1% - ПФП. В данной группе также преобладал гиперкинетический тип кровообращения.

По данным велоэргометрии, у 85,7% подростков с ПМК±ПТК физическая работоспособность была снижена. При ЧПЭС в 21,4% при сверхчастой стимуляции зарегистрирован ПФП, в 7,1% - политопная желудочковая ЭС, в стольких же случаях - АВ блокада 2 ст. типа Мобитц-2. При ХМ пароксизмальная наджелудочковая тахикардия наблюдалась в 14,3%, политопная желудочковая ЭС и преходящая СА блокада 2 ст. типа Мобитц-2 в 7,1%.

Таким образом, во всех выделенных группах подростков одинаково часто при ЧПЭС и ХМ наблюдались нарушения ритма и проводимости, при этом наличие дополнительной хорды в наших исследованиях не увеличивало их появление. Это указывает на необходимость использования всего арсенала имеющихся современных методов выявления нарушений ритма и проводимости, особенно при решении экспертных вопросов.