

MEDICAL
UNIVERSITY
OF LUBLIN



MEDICINE UNDER
THE MODERN
CONDITIONS
OF INTEGRATION
DEVELOPMENT
OF EUROPEAN
COUNTRIES

INTERNATIONAL
SCIENTIFIC CONFERENCE

MAY 10-11

L U B L I N , Republic of Poland

2 0 1 9



**UNIWERSYTET MEDYCZNY
W LUBLINIE**

MEDICAL UNIVERSITY OF LUBLIN

International scientific conference

**MEDICINE UNDER THE MODERN CONDITIONS
OF INTEGRATION DEVELOPMENT
OF EUROPEAN COUNTRIES**

May 10–11, 2019

**Lublin, Republic of Poland
2019**

Клінічні особливості факторів, асоційованих з наявністю аортального стенозу, пацієнтів з кальцинозом аортального клапану Ліанов В. П., Баранова О. Л., Юзвішина О. В., Шеніна Н. В., Сухарєв В. А.....	93
Стенічні розлади у хворих гіпотиреозом Гарвацька Н. С., Русіна С. М., Савка С. Д., Герасим'юк І. Г., Кауней Е. Г.....	98
Етіологічні фактори алергопатології на Буковині Каспрук Н. М.....	100
Use of information theory for provision of multilever medical rehabilitation Kulivnuk V. S., Hladkyi O. V., Oleynik V. D., Tsven' P. V.	103
Результати лікування ускладненого карієсу тимчасових зубів у дітей в умовах загального знеболення Коваль О. І.....	107
Особенности клинических критериев диагностики кори среди взрослого населения Украины Козько В. Н., Кузьмичова В. В.....	109
Оцінка ефективності лікування хворих на генералізований пародонтит з проявами психоемоційного стресу Кононова О. В.....	112
Оптимізація технології виготовлення базисів змінних зубних протезів з акрилової пластмаси Кривчук О. А.....	115
Стан серцево-судинної системи у осіб молодого віку з пролапсом мітрального клапану Кужнецова М. А.	118
Особенности артериального давления у детей с малыми аномалиями сердца Кулешов А. В., Медражевская Я. А., Фик Л. А.	122
Молекулярно-генетичні механізми розвитку цукрового діабету 2 типу у поєднанні з ішемічною хворобою серця: сучасний погляд на проблему Лавренко А. В., Кайдашев І. П., Селіхова Л. Г., Борзих О. А., Авраменко Я. М.....	125
Порівняльний аналіз різних видів корекції дискоординованої пологової діяльності Лазуренко В. В., Звягіна Н. Ю.....	129
Визначення факторів ризику та клінічних особливостей дітей з великою масою тіла при народженні Мазур О. Г., Яблонь О. С., Кулик Я. М., Коноплицька А. П., Лобортас Ю. І.....	132

СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ З ПРОЛАНСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНАУ

Кузнецова М. А.

кандидат медичних наук,

асистент кафедри сімейної медицини ФПО

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

м. Дніпро, Україна

Вступ. Проланс мітрального клапану (ПМК) у осіб молодого віку може бути предиктором формування прогностично небезпечних серцево-судинних захворювань, і тому, питання диференціального підходу до ведення даної групи пацієнтів є актуальними і потребують подальшого глибокого дослідження й осмислення з позицій нових досягнень сучасної медичної науки і практики [1, 2–3]. ПМК є достатньо поширеним станом і залишається найбільш непередбачуваним за різноманітністю своїх проявів і прогнозом захворюванням серед осіб молодого віку [5, 6].

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 165 пацієнтів віком від 17 до 25 років, серед яких 30 осіб були без клінічних ознак ПМК (група контролю) та 135 хворих з ПМК (основна група спостереження), які потребували індивідуального підходу щодо їх навантаження під час занять з фізичного виховання. За показником величини кореню аорти, КСР та глибина прогину передньої стулки мітрального клапану (МК) пацієнти з ПМК розподілялися по двом досліджуваним групам – ПМК 1 ст. та ПМК 2 ст. Всі пацієнти були оглянуті невропатологом, оториноларингологом, хірургом, травматологом та окулістом для виключення супутньої патології, проведено реєстрація електрокардіограми (ЕКГ) та ехокардіографія (Ехо-КГ).

У зв'язку з викладеним, метою дослідження було вивчення особливостей ПМК у пацієнтів молодого віку на основі ультразвукового дослідження серця.

Результати та їх обговорення

Аускультативний портрет обстежених пацієнтів характеризувався різними феноменами, а саме, ізольоване клацання відкриття МК достовірно частіше реєструвалося у групі з ПМК 1 ст. – 80 %, в той час як у групі з ПМК 2 ст. – тільки у 32,7 % випадків ($p < 0,001$). Поєднання клацання відкриття МК та систолічного шуму достовірно частіше (в 5,6 рази) реєструвалося у групі з ПМК 2 ст. – у кожного 2-го пацієнта (56,4 %) порівняно з кожним 10-м у групі з ПМК 1 ст. ($p < 0,001$). Ізольований систолічний шум виявлявся при аускультативній серці в 3,8 % випадків у групі з ПМК 1 ст. і в 9,1 % випадків у групі з ПМК 2 ст., що не мало достовірних відмінностей ($p = 0,196$).

За даними оцінки САТ і ДАТ достовірні відмінності у досліджуваних групах отримано між ПМК 1 ст. та групою контролю і групою ПМК 2 ст., а саме, в групі з ПМК 1 ст. рівень САД був в середньому на 5,03 % вище, ніж

у групі контролю, а в групі з ПМК 2 ст. – на 5,7 % нижче, ніж в групі з ПМК 1 ст. Виявлено, що показник ЧСС у групі з ПМК 2 ст. був достовірно нижчим, як порівняно з групою контролю, так і з групою з ПМК 1 ст. – в середньому на 9,7 % і 13,0 % відповідно ($p < 0,001$).

Функціональні порушення за даними ЕКГ достовірно частіше спостерігалися у групі з ПМК 2 ст. (56,4 %), рідше у групі з ПМК 1 ст. (50,0 %) і тільки у 30,0 % випадків у групі контролю, що достовірно менше порівняно з групою з ПМК 2 ст. ($p = 0,02$). Синусовий ритм достовірно частіше (63,3 %) відзначено в групі контролю порівняно з групою ПМК 1 ст. – 40,0 % ($p = 0,03$), частота його у групі ПМК 2 ст. склала 54,5 %. Синусова аритмія мала місце у 32,7 % пацієнтів групи з ПМК 2 ст. порівняно з групою ПМК 1 ст. – 15,0 % ($p = 0,015$). Синусова тахікардія у пацієнтів з ПМК 1 ст. відзначена в 3 рази частіше, ніж у групі контролю та у 4,8 разів частіше, ніж у групі з ПМК 2 ст. Синусова брадикардія в групі ПМК 1 ст. зустрічається в 2,2 рази частіше, ніж в контрольній групі та в 2,7 рази частіше, ніж у групі ПМК 2 ст.

Вивчення положення електричної вісі серця (ЕВС) показало, що в групі з ПМК 1 ст. (47,5 %) достовірно частіше реєструвався вертикальний напрям ЕВС ніж в ПМК 2 ст. – 29,1 % ($p = 0,03$). У той же час у групі пацієнтів з ПМК 2 ст. частіше, ніж в інших досліджуваних групах реєструвалося горизонтальний напрям ЕВС – 25,5% (ПМК 1 ст. – 13,75%, група контролю – 13,3%).

Аналіз особливостей процесів реполяризації за даними ЕКГ в досліджуваних групах показав наявність відмінностей серед обстежених пацієнтів – у групі з ПМК 2 ст. в 27,3 % випадках реєструвалося зниження процесів реполяризації, що більше ніж у групі з ПМК 1 ст. в 2,4 рази ($p = 0,02$) і в 8,3 рази частіше, ніж у групі без ПМК ($p = 0,007$).

ЕКГ-феномен гіпертрофії шлуночків серця мав місце у всіх досліджуваних пацієнтів. У групі контролю перевантаження лівого і правого шлуночка зустрічалися з однаковою частотою (у 3,3 % та 3,3 % відповідно), в групах пацієнтів з ПМК спостерігалася протилежна картина: у групі з ПМК 1 ст. достовірно частіше реєструвалася перевантаження правого шлуночка – у 18,75 % випадків (ПМК 2 ст. – 5,5 %, $p = 0,03$; контроль – 3,3 %, $p = 0,04$), а в групі ПМК 2 ст. – лівого шлуночка серця – 21,8 % випадків (ПМК 1 ст. – 5,0 %, $p = 0,003$; контроль – 3,3 %, $p = 0,03$).

У всіх обстежених пацієнтів були виявлені різні форми порушення провідності, однак, достовірні відмінності були отримані тільки для внутрішньопередсердної блокади (синоатріальна 2 ст.), яка достовірно частіше реєструвалася у групі з ПМК 2 ст. (16,4 %), що в 6,6 разів перевищувало показники групи з ПМК 1 ст. – 2,5 % ($p = 0,004$).

Надшлуночкова екстрасистолія відзначена у всіх групах. Проте в групі ПМК 1 ст. вона зустрічалася у 6,25%, а при ПМК 2 ст. – у 5,5%. Шлуночкова екстрасистолія в контрольній групі не реєструвалася, в той час, як при ПМК 1 ст. мала місце в 2,5 % випадків, а при ПМК 2 ст. – у 3,6 %. Міграція водія

ритму частіше порівняно з групою контролю зустрічалася у групі ПМК 1 ст. – 22,5 %, порівняно з 3,3 % ($p = 0,02$).

Таким чином, аналіз оцінки ЕКГ показав, що в групі з ПМК 1 ст. відзначалися ознаки перевантаження правого шлуночка у кожного п'ятого, вертикальне напрямком електричної вісі серця – у кожного другого, а у кожного четвертого – міграція водія ритму. Для групи ПМК 2 ст. ознаки перевантаження лівого шлуночка були характерні у 21,8 % випадків; горизонтальний напрямком електричної вісі серця та порушення процесів реполяризації міокарда відзначені у кожного третього обстеженого.

Результати Ехо-КГ досліджень узагальнювались у відповідності з рекомендаціями Н. М. Мухарлямова (1981), згідно яким ПМК 1 ст. діагностується при пролапсі передньої або задньої стулки МК в порожнину лівого передсердя на 3-5,9 мм без проявів гемодинамічно значущої мітральної регургітації, а для ПМК 2 ст. характерно пролабування передньої або задньої стулок МК в порожнину лівого передсердя на 6-8,9 мм в 2-х Ехо-КГ-позиціях (по поздовжній вісі лівого шлуночка, у позиції «чотирьох камер»).

Аналіз Ехо-КГ дозволив виявити ряд особливостей пацієнтів з ПМК 2 ст. у яких, крім більш вираженого прогину передньої стулки МК (6мм-8,9 мм), у 2 рази частіше відзначається її потовщення ($3 \geq$ мм, що є маркером синдрому дисплазії сполучної тканини; Дмитрієва Е. Р., 2002) порівняно з групою ПМК 1 ст. Товщина передньої стулки МК більше 3 мм відзначалася в 2,3 рази частіше в групі ПМК 2 ст., ніж у групі з ПМК 1 ступеня: 64,0 % та 27,3 % відповідно ($p < 0,001$).

Гемодинамічну характеристику ПМК відображає ступінь мітральної регургітації. Мітральна регургітація 1 ступеня достовірно частіше (на 44,0%) виявлялася в групі ПМК 2 ст. у порівнянні з групою ПМК 1 ст. і склала 56,0% та 38,4% відповідно ($p < 0,001$). Мітральна регургітація 2 і 3 ступеня у пацієнтів, які були включені в досліджувані групи, не визначалася. Регургітація 1 ст. частіше зустрічається у групі ПМК 2 ст. порівняно з ПМК 1 ст. ($p = 0,04$).

За деякими показниками Ехо-КГ – КСР, ТЗСЛШ – пацієнти з ПМК 1 і 2 ступеня не мали достовірних відмінностей від пацієнтів без ПМК. Але у групі ПМК 1 ст. такі показники як величина Ао, ЛП, ТМШП та глибина прогину ПСМК були суттєво вищі за групу контролю, а в групі ПМК 2 ст. значення КДР, ТМШП та глибина прогину ПСМК були більші, ніж контрольні.

Таким чином, прогресування ступеню пролапсу МК у осіб молодого віку пов'язане з різними характеристиками стану серцево-судинної системи за даними ЕКГ та Ехо-КГ.

ВИСНОВКИ

1. показники центральної гемодинаміки осіб з ПМК мали відмінності – у пацієнтів з ПМК 1 ст. мала місце симпатична спрямованість вегетативного забезпечення, а у пацієнтів з ПМК 2 ст. – парасимпатична.

2. у пацієнтів в групі ПМК 2 ст за даними Ехо-КГ глибина пролабування стулки МК більше 3 мм відзначалася в 2,3 рази частіше., ніж у групі з ПМК 1 ступеня. що дозволяє стверджувати, що прогресування ступеню пролапсу МК супроводжується приростом сполучнотканинних дисморфій

3. При ПМК 1 ст. у 30% випадків на ЕКГ реєструється синусова тахікардія; а кожний третій з ПМК 2 ст. має з синусову аритмію, ознаки гіпертрофії лівого шлуночка та порушення процесів реполяризації міокарда.

Літератури:

1. Шляхто Е.В., Ситникова М.Ю. Современные методы оценки прогноза при сердечной недостаточности. Журнал сердечная недостаточность. 2010. Т. 10, № 6. С. 322-335.
2. Шуленин К.С., Хубулава Г.Г., Бобров А.Л. Диагностика сердечной недостаточности с помощью стресс-эхокардиографии. Вестник Российской военно-медицинской академии. 2010. № 3 (31). С. 21-25.
3. Sicari R., Nihoyannopoulos P., Evangelista A. European Association of Echocardiography. Stress echocardiography expert consensus statement: European Association of Echocardiography (EAE) (a registered branch of the ESC). Eur. J. Echocardiogr. 2008. Vol. 9. P. 415-437.
4. Ахенбах III, Акин И, Акнес Т. А. [и др.]. Болезни сердца и сосудов. / под ред. А. Д. Кэмм, Т. Ф. Люшер, П. В. Серруис ; пер. с англ. под ред. Е. В. Шляхто. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2011. 2289 с.
5. Баевский Р.М., Иванов Г.Г. Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и возможности клинического применения . Москва, 2000. 60 с.
6. Evangelista A., Flachskampf F., Lancellotti P. European Association of Echocardiography. European Association of Echocardiography recommendations for standardization of performance, digital storage and reporting of echocardiographic. Eur. J. Echocardiogr. 2008. Vol. 9. P. 438-448.
7. Гриффин Б., Тополь Э., Хук М. [и др.]. Кардиология / под ред. Б. Гриффина и Э. Тополя, пер. с англ. А. Н. Охотина. Москва: «Практика», 2008. 1248 с.
8. Халафян А.А. STATISTICA 6. Статистический анализ данных. Москва: ООО «Бином-Пресс», 2007. 512 с.