

УДК 616.126.42-008.318

Г.К. НҰРҒАЗИНА, Т.О. ТОЛЫБАЕВА

Қазақ үздіксіз білім беру Медицина Университеті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

## МИТРАЛЬДЫ ҚАҚПАҚШАНЫҢ БІРІНШІЛІК ПРОЛАПСЫНДАҒЫ РИТМНІҢ БҰЗЫЛУЫ

Митральді қақпақшаның біріншілік пролапсындағы (МҚП) асқынулар дәрігер тәжірибесінде біз ойлағандай емес, жиірек кездеседі. Әдебиет деректері бойынша МҚП балалық немесе жас кезінде, кездейсоқ ЭХОКГ-да табылады. Болжамы салыстырмалы түрде жақсы. Бірақ уақыт өте кейбір науқастарда бұл патология үдей түседі- жүрек жеткіліксіздігіне әкелетін әр түрлі дәрежелі митральді регургитация (МР) дамиды, тромбозмболиялық асқыныс қаупі бар митральді қақпақшасының миксоматозды дегенерациясы туындайды, жүрек ритмінің қауіпті бұзылыстары пайда болады. Ұсынылған клиникалық жағдай, 1 дәрежелі МР қосылған 1 дәрежелі МҚП бар жас адамда, физикалық жүктеме салдарынан 2 дәрежелі АВ-блокадамен, пресинкопальды құбылыстары бар Мобитц 11 мен асқынуы болғандықтан қызығушылық туғызып отыр.

Клиникалық жағдайлар митральді қақпақша сияқты туа біткен аурулардың өту әртүрлілігін көруге мүмкіндік береді. Практикалық дәрігерлер МҚП бар науқастарды қарағанда сақ болуы керек.

**Негізгі сөздер:** митральді қақпақшаның біріншілік пролапсы, ритм бұзылуы.

**М**итральді қақпақшаның біріншілік пролапсы – сол қарынша систоласы кезіндегі митральді қақпақ жапырақшаларының сол жүрекше қуысына салынуымен жүретін туа біткен қалып, ол динамикада қауіпті асқынулар тудыруы мүмкін. Қазіргі уақытта идиопатиялық МҚП генетикалық негізделген патология деп болжайды. Туа біткен қақпақша жапырақшаларының дәнекер тінінің дегенерациясы синир хордалары мен фиброзды қақпақша жүзігіне тарауы мүмкін. Қышқыл мукополисахаридтердің жиналуы мен жапырақшалардың спонгиозды қабатының қалыңдауында митральді қақпақшаның миксоматозды дегенерациясы туындайды. Миксоматозды дегенерация біртіндеп фиброзды жүзікке тарап оның кеңеюіне әкелуі мүмкін, сонымен қоса, хордаға тарап, оның ұзаруына, жіңішкеруіне, тіпті оның жыртылуына дейін асқынуы мүмкін.

МҚП-ның басты клиникалық белгілері:

- Вегетативті жүйке жүйесінің дисфункциясы: КҚ көтерілуі мен ортостатикалық гипотензия эпизодтары, тершеңдік, физикалық жүктемеге төзімділігінің төмендеуі қатар жүретін шаршағыштық 9-60% жағдайда кездеседі.

- Жүрек аумағындағы ауырсыну (50-65%) әртүрлі сипатта болады және көбінесе жүрек ұшының проекциясында немесе кеуде сүйек артында оқшауланады, бірнеше секундтан тәулікке дейін созылуы мүмкін, физикалық жүктемеге байланыссыз, нитроглицеринмен басылмайды.

- 25-79% науқастарда жүрек соғысы сезімі мен жүрек жұмысының іркілістері.

- 15-32% науқастарда тыныштықта немесе шама-лы физикалық жүктемеде тұншығу сезімі, дем алумен қанағаттанбау, сонымен қоса ауа жетіспеушілік сезімі мен дем алуда ауа жолында кедергі бар сезімі, кейде терең дем алу қажеттілігі.

- Жүрек ритмінің бұзылуы (экстрасистолия, пароксизмальді тахикардия, жүрекшелер фибрилляциясы, АВ-блокада, Гис шоғыры аяқшаларының блокадасы).

- Біріншілік митральді қақпақша пролапсы бар 30% науқастарда дәнекер тін құрылымдары дисплазиясының сыртқы белгілерін анықтауға болады, олар толық және жартылай Марфан немесе Элерса-Данло синдромдарын құрайды.

- Жиірек науқастарда тек липотимия (есінен тану алдындағы сезімдер жиынтығы) болады және синкопальды жағдайға шағымданады(4-86%). Синкопальді жағдайлар патогенезінде негізгі рөлді ритм бұзылыстары алады [1,2,3].

**Клиникалық жағдай.** Науқас С. 1995 жылғы, кәсіби – ә/б 3650-1-14 қатардағы жауынгер. Әскерге 2 ай бұрын шақырылған. «Санаторий Қазақстан» АҚ-ның (ІІМ госпиталі) №1 кардиологиялық бөлімшесіне 21.10.14ж жоспарлы түрде «Өткізгіштік бұзылуы. 1 дәрежелі белгісіз генезді АВ блокада» диагнозымен түсті. Түскендегі шағымдары: жүрек аумағындағы қысып ауырсыну мен тершеңдік, 5-10 минутқа дейінгі жүрек соғысы, ауа жетіспеушілік сезімі мен есінен тану алдындағы жағдай. Анамнезінен осы жағдайдың бірінші рет 2 апта бұрын физикалық жүктеме уақытында пайда болғаны белгілі. Науқас физикалық жүктемеге төзімділіктің төмендегеніне және жоғарыдағы шағымдарының ұлғайғанына назар аударды. Жүктеме уақытында бас айналу мен есінен тану алды жағдайы, ал өткізгіштік жүрек соғысы тыныштықта да пайда болғанын сезді. Тыныштықтағы ЭКГ-да АВ-блокаданың 1 дәрежесі анықталды. Тексеру жүргізу мен емдеу мақсатында стационарға жіберілді. Анамнезінен: балалық шағында жиі ангинамен ауырған, оны үй жағдайында емдеген (шешесі

**Контакт үшін :** Нұрғазина Гүлмира Қабышқызы, м.ғ.к., Қазақ үздіксіз білім беру медицина университетінің доценті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы. Тел.: + 7 (727) 346 8448, + 7 701 762 0594, e-mail: nurgazina@bk.ru

**Contacts:** Gulmira Kabysheva Nurgazina, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor Kazakh Medical University of Continuing Education, Almaty c., Republic of Kazakhstan. Ph.: + 7 (727) 346 8448, + 7 701 762 0594, e-mail: nurgazinag@bk.ru

медбике), буын ауыруын жоққа шығарады. Басынан өткен миокардитты - жоққа шығарады. Жасына сай өсіп дамыды. Аллергия, гепатит, туберкулезді - жоққа шығарады. Әскерге шақырылудың алдында слесарь болып жұмыс істеген.

Объективті қарағанда: жалпы жағдайы салыстырмалы қанағаттанарлық. Дене бітімі - нормостеникалық. Тері мен кілегей қабаттары таза. Перифериялық лимфа түйіндері пальпацияланбайды. Он жақ сақина саусағы туғаннан қысқа және тырнақ орны толық қалыптаспаған. Кеудесі - нормостениялық қалыпты. Кеуде сүйегінің семсер тәрізді өсіндісі аймағында терең емес ойық көрінеді (туғаннан). Перкуторлы-өкпелік дыбыс. Өкпеде везикулярлы тыныс, сырылдар жоқ. ТАЖ - минутына 20 рет. Жүрек аймағын қарағанда патологиялық пульсация анықталмайды. Перкуссияда жүректің салыстырмалы доғалы шекаралары қалыпты жағдайға сәйкес. Аускультативті- жүрек үндері өшірілген, ритмі дұрыс. ЖСЖ науқасты байқау кезінде минутына 65 тен 115-ке дейін құбылды, КҚ-92/75 мм сын бағ. Тілі-ылғалды, таза. Іші дұрыс қалыпты, ұстағанда жұмсақ, ауырмайды. Бауыр шекаралары үлкеймеген. Соққылау симптомы екі жақта теріс. Үлкен дәреті жүйелі. Диурез-дұрыс, ауырсынусыз. Перифериялық ісіну жоқ.

Лабораториялық тексеріс қорытындылары: 22.10.14 ж. ЖҚА: лейкоциттер –  $5,1 \times 10^9$  л, эритроциттер –  $5,9 \times 10^{12}$  л, тромбоциттер –  $310 \times 10^9$  л, гемоглобин – 154г/л, ЭТЖ – 4мм/сағ. 22.10.14 ж. ЖЗА: мөлшері 100,0 мл, түсі – ақшыл сары, реакциясы қышқыл, ақуыз – теріс, лейкоциттер 2-3 көру аймағында, салыстырмалы тығыздығы – 1013. 22.10.14 ж.: Коагулограмма: протромбинді индекс 84%. RW 22.10.14: теріс. 22.10.14 ж. биохимиялық қан анализі: несепнәр - 5,4 ммоль/л, креатинин – 74 ммоль/л, АЛТ – 0,46, АСТ – 0,25, холестерин – 4,0 ммоль/л, кант – 4,3 ммоль/л.

Инструментальді тексеру нәтижелері: ЭКГ 21.10.14 ж.: – Ритм синусты, ЖСЖ 52, ЖЭО тик. Динамикада ЭКГ 30.10.14 ж. – ритм синусты, ЖСЖ 72, ЖЭО тик, АВБ 1 дәрежелі. Бүйрек және іштің УДЗ 23.10.14 ж.: бауыр паренхимасының диффузды өзгерісі, сол бүйрек жылауығы (киста) белгілері. Мойын тамырларының УДДГ 28.10.14 ж.: – каротидті синус тамырларының дистониясы. ВББ тамырларының ишемиялық түрдегі гемодинамикалық бұзылыстары.

ХМ ЭКГ 24.10.14 ж.: 2 дәрежелі өткінші АВ блокада, 2 секундке дейінгі кідіру бар Мобитц тип 2.

ЭхоКГ 24.10.14 ж.: Қолқа синустар деңгейінде 36 мм, қақпақша ашылуы 22 мм, қақпақшалар 3 жапырақты, жұқа қозғалмалы. СЖ 28 мм, үлкеймеген. Алдыңғы жапырақша СЖ қуысына пролапс 1 дәрежелі, қарсы фаза анықталады. МҚ жапырақшаларының қалындауы. СДӨ (КДР) 51 мм, ССӨ (КСР) 34 мм, ФШ (ФВ) 67%,  $\Delta S33\%$ , СӨ(УО) 76 мл, СДӨ (КДО) 123 мл, ССӨ (КСО) 45мл, ЖАҚ (МЖП) 7 мм, СЖАҚ (ЗСЛЖ) 7 мм, ОҚ (ПЖ) 23 мм. СҚ қуысында қосымша хорда. Қорытынды: МҚ алдыңғы жапырақшасының пролапсы 1 дәрежелі, митральді регургитация 1 дәрежелі, СҚ қуысының қосымша хордасы. Миокард жиырылу қабілеті қанағаттанарлық.

Аритмологта қаралған: Өтпелі 2 дәрежелі АВ-блокада, 2 түрі, синкопалді жағдай. Постмиокардиялық кардиосклероз, СЖЖ 0. Ұсынылған: кардиологта қаралу, физикалық және психоэмоционалды жүктемелерді шектеу.

Стационарлық ем алу кезеңінде физикалық және психоэмоционалдық тыныштық, метаболикалық терапия алу барысында (милдронат 250 мг x 2рет) жағдайы жақсарды-шағымдары кетті, жалпы жағдайы айтарлықтай жақсарды. Вегетативті жүйке жүйесінің тұрақсыздығы назар аудартады – таңертең (8-9 сағ таңертеңгі қарау кезінде) ЖСЖ тыныштықта 65-тен 155-ке дейін өзгерді, бір рет ЖСЖ минутына 130 соғыс тіркелді, ЭКГ-кабинетіне жіберілді, 15 минуттан кейін түсірілген ЭКГ-да ЖСЖ 73 соғыс минутына болды. Гемодинамикасы тұрақты 100/70 мм сын бағ.

Анықталған синкопальдіалды жағдаймен жүрген 2 дәрежелі АВБ-ны постмиокардиялық кардиосклерозбен түсіндіру қиын болды. Әдеби деректер бойынша, басынан өткен миокардиттің ЭКГ-да қарыншалық ритм бұзылулармен (көбінесе бигиминиямен жүретін экстрасистолия) көрінетіні бұрыннан белгілі [4, 5]. Өткізгіштік бұзылыстары көбірек жедел миокардит түріне сәйкес, бірақ біздің науқасымызда жедел миокардит белгілері жоқ. Анамнезінде жиі болған баспаға байланысты ревматикалық генезді екіншілік МҚ пролапсының ықтималдығын жою керек болды. Түпкілікті жиналған анамнез, ЭхоКГ-зерттеу қорытындылары жүрек ритмінің ревматикалық себебін ойлауға мүмкіндік бермейді. Дамудың кішігірім аномалиялық белгілері (туғандағы оң жақ сақина саусағының туғаннан қысқа және тырнақ орны толық қалыптаспағаны, кеуде сүйегінің семсер тәрізді өсінді аймағындағы терең емес ойық), вегетативті жүйке жүйесінің тұрақсыздығы және ЭхоКГ-дағы митральді регургитациямен жүретін МҚ алдыңғы жапырақшасының пролапсы сияқты белгілер науқасқа мына диагнозды шығаруға мүмкіндік берді: Митральді регургитациямен жүретін МҚ алдыңғы жапырақшасының біріншілік, 1 дәрежелі пролапсы. Өтпелі 1 дәрежелі АВБ түрлі ритм бұзылуы, 2 дәрежелі АВБ, 2 түрлі (Мобитц 2). Пресинкопе. Дәнекер тін дисплазиясының кіші белгілері.

Авторлардың пікірі бойынша [6], МҚП гипердиагностикасын алдын алу үшін, жүйелі дәнекер тін зақымдануы жоқ 1 дәрежелі митральді регургитация кезіндегі жапырақшалар пролапсы 2 мм-ден кем және олардың қалындауы 4 мм-ден кем болғанда біріншілік МҚП диагнозын қоюға ойлану керек. Біздің клиникалық жағдайымызда С. науқастағы дәнекер тін дисплазиясының кіші белгілерінің болуы МҚП диагнозын қоюға мүмкіндік берді.

Науқасқа ұсынылды: физикалық және психоэмоционалды жүктемелерден аулақ болу; жарты жыл бойы магний дәрілерін қабылдау; жылына 1 рет ЭхоКГ өту; жағдайы нашарласа ХМ ЭКГ қайта өтіп, аритмолог кеңесін алу; кардиологтың қатаң қаралуында болу.

2013 жылғы 29 қаңтардағы ҚР Ішкі істер министрінің «ҚР қарулы күштерінде, басқа да әскерлері мен әскери құрылымдарында қызмет ету үшін адамдар денсаулық жағдайының сәйкес келуіне қойылатын талаптарды бекіту туралы» №37 бұйрығы негізінде қатардағы жауынгер С. 1 дәрежелі регургитациямен 1 дәрежелі МҚП диагнозымен Б категориясына жатады (яғни болмашы шектеумен әскери қызметке жарамды (Қарулы күштер түріне сәйкес, ҚР басқа да әскер және әскер жасақтарына, сонымен қоса әскери (ерекше) оқу орындарына, Кадет корпусына түсуіне мүмкіндік бар). Бірақ осы жағдайдың асқинуларымен – ЭКГ-да 2-3 секундты іркілісі бар (соның ішінде тәуліктік

ЭКГ карауының нәтижесі бойынша) ритм және өткізгіштік бұзылыстары және клиникалық белгілермен қоса жүретін (басының айналуы, синкопальді жағдайлар және басқасы), егер олар медикаментозды индуцирленбеген болса Д категориясына жатады (тыныштық жағдайында әскерлік қызметке жарамсыз, соғыс уақытында шектеулі жарамды). Сондықтан стационардан шығарғаннан кейін динамикада наукас С. жарамсыз деп танылды [7].

Келтірілген клиникалық жағдай физикалық жүктеме аясындағы I дәрежелі МР-мен I дәрежелі МҚП жүрек ритмінің қауіпті бұзылыстарымен асқину мүмкіндігін көрсетеді. Келешекте жиналған клиникалық тәжірибе осы патологияның көп жақтылығын ашуға мүмкіндік береді деп ойлаймыз. Мүмкін жастарды әскерге шақыруда жасалатын зерттеулерге ЭКГ-ге қоса, ЭХОКГ де жасау керек. Симптомсыз МҚП анықталған жағдайда, қосымша физикалық жүктемелік ХМ ЭКГ тағайындау. Осы зерттеулерді өткізу әскерге шақырылғандардың арасында «жарамсыз таңылу» пайызын барынша төмендетуге мүмкіндік берер еді.

#### **Зерттеу мәлдірлігі**

*Зерттеуге демеушілік қолдау көрсетілген жоқ. Авторлар басапаға ұсынылған қолжазбаның түпкілікті версиясы үшін толық жауап береді.*

#### **Қаржылық және басқа да қарым-қатынастар туралы декларация**

*Бүкіл авторлар мақаланың концепциясын дайындауға және қолжазбаны жазуға қатысты. Қолжазбаның түпкілікті версиясын бүкіл авторлар мақұлдады. Авторлар мақала үшін қаламақы алған жоқ.*

#### **ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР**

1 Коваленко В.Н., Несукай Е.Г. Некоронарогенные болезни сердца. Практическое руководство/Под ред. В.Н. Коваленко. - Киев: Морион, 2001. - 480 с.

2 Манак Н.А., Альхимович В.М., Гайдук В.Н. и др. Руководство по кардиологии. - Минск: Беларусь, 2003 - 624 с.

3 Амелина Т.Н., Ташук В.К., Турубарова-Леунова Н.А. Актуальные аспекты пролапса митрального клапана у спортсменов // Ученые записки Университета имени П.Ф. Лесгафта. - 2013. - №7(101). - С. 141-145

4 Носкова М.В., Ревিশвили А.Ш., Александрова С.А. Возможные подходы к диагностике постмиокардитического кардиосклероза и латентных миокардитов неревматической этиологии у пациентов с желудочковыми нарушениями ритма // Вестник аритмологии. - 2004. - №34. - С. 18-23

5 Лебедев Д.С., Грохотова В.В., Татарский Р.Б., Митрофанова Л.Б., Митрофанов Н.А., Пахомов А.В., Игнатъева Е.С., Маликов К.Н., Панкова И.А., Белякова Л.А. Миокардит как причина желудочковых нарушений ритма сердца // Артериальная гипертензия. - 2013. - Т. 19, №4. - С. 334-342

6 Абдрахманова А.И., Абдульянов И.В. Пролапс митрального клапана в практике врача // Практическая медицина. - 2015. - №3-2(88). - С. 17-24

7 Приказ №37 Министра обороны Республики Казахстан от 29 января 2013 года «Об утверждении требований, предъявляемых к соответствию состояния здоровья лиц для службы в Вооруженных Силах, других войсках и воинских формированиях Республики Казахстан». <https://online.zakon.kz>

#### **REFERENCES**

1 Kovalenko VN, Nesukai YeG. *Nekoronarogennyye bolezni serdtsa. Prakticheskoye rukovodstvo. Pod red. V.N. Kovalenko* [Non-coronary heart disease. Practical guidance. Ed. V.N. Kovalenko]. Kiev: Morion; 2001. P. 480

2 Manak NA, Alkhimovich VM, Gayduk VN, et al. *Rukovodstvo po kardiologii* [Guide to Cardiology]. Minsk: Belarus; 2003. P. 624

3 Amelina TN, Tashchuk VK, Turubarova-Leunova NA. Actual aspects of mitral valve prolapse in athletes. *Uchenyye zapiski Universiteta imeni P.F. Lesgafta = Scientific notes of the University named after P.F. Lesgaft.* 2013;7(101):141-5 (In Russ.)

4 Noskova MV, Revishvili ASH, Aleksandrova SA. Possible approaches to the diagnosis of postmiocardic cardiosclerosis and latent myocarditis non-rheumatic etiology in patients with ventricular arrhythmias. *Vestnik aritmologii = Vestnik aritmologii.* 2004;34:18-23 (In Russ.)

5 Lebedev DS, Grokhotova VV, Tatarsky RB, Mitrofanova LB, Mitrofanov NA, Pakhomov AV, Ignatieva ES, Malikov KN, Pankova IA, Belyakova LA. Myocarditis as the cause of ventricular arrhythmias. *Arterialnaya gipertenziya = Arterial hypertension.* 2013;19(4):334-42 (In Russ.)

6 Abdrakhmanova AI, Abduljanov IV. Mitral valve prolapse in physician practice. *Prakticheskaya meditsina = Practical medicine.* 2015;3-2(88):17-24 (In Russ.)

7 Prikaz №37 Ministra oborony Respubliki Kazakhstan ot 29 yanvarya 2013 goda «Ob utverzhdenii trebovaniy, pred'yavlyayemykh k sootvetstviyu sostoyaniya zdorov'ya lits dlya sluzhby v Vooruzhennykh Silakh, drugikh voyskakh i voinskikh formirovaniyakh Respubliki Kazakhstan» [Order No. 37 of the Minister of Defense of the Republic of Kazakhstan dated January 29, 2013 "On approval of the requirements for conformity of the health status of persons for service in the Armed Forces, other troops and military formations of the Republic of Kazakhstan"]. Available from: <https://online.zakon.kz>

#### **РЕЗЮМЕ**

##### **Г.К. НУРГАЗИНА, Т.О. ТОЛЫБАЕВА**

*Казахский медицинский университет непрерывного образования, г. Алматы, Республика Казахстан*

#### **НАРУШЕНИЕ РИТМА ПЕРВИЧНОГО ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА**

Осложнения первичного пролапса митрального клапана в практике врача встречаются гораздо больше, чем мы предполагали. Согласно литературным данным, пролапс митрального клапана (ПМК) бывает в детском или молодом возрасте, иногда случайно на ЭхоКГ. Прогноз сравнительно благоприятный. Но со временем эта патология у некоторых больных начинает прогрессировать, развивается митральная регургитация (МР), которая приводит к недостаточности сердца, появляется миксоматозная дегенерация митрального клапана, возможен риск тромбоэмболического осложнения, появляются опасные нарушения сердечного ритма. Предлагаемый клинический случай интересен тем, что у молодого человека МР 1-й степени осложнен ПМК, из-за физической нагрузки проведена Ав-блокада 2-й степени, были пресинкопальные явления Мобитц 11. Клинические случаи позволяют увидеть различные пути развития врожденных заболеваний, таких как митральный клапан. Практикующие врачи при лечении больных ПМК должны быть предельно осторожны.

**Ключевые слова:** первичный пролапс митрального клапана, нарушение ритма.

## SUMMARY

**G.K. NURGAZINA, T.O. TOLYBAYEVA***Kazakh Medical University of Continuing Education, Almaty c.,  
Republic of Kazakhstan***RHYTHM DISTURBANCE OF PRIMARY MITRAL VALVE  
PROLAPSE**

The complications of the primary mitral valve prolapse in the physician's practice are met more than we thought. According to the literature data, mitral valve prolapse (MVP) can be in the childhood and juvenile age, sometimes in echocardiography. The prognosis is comparatively favorable. However, in time this pathology at some

patients could progress, mitral regurgitation (MR) develops, which leads to heart disease, mucoid degeneration of the mitral valve appears, it can be a risk of tromboembolic episode, dangerous heart beat disorders appear. The proposed clinical case is interesting as MR Id at a person is complicated by MVP, AV block IId is don due to a physical exercise, were the pre-syncope phenomena of Mobitz of type I. The clinical cases allows to see different ways of congenital diseases development such as mitral valve. The practicing physicians must be very careful during the treatment of patients with MVP.

**Key words:** *primary mitral valve prolaps, dysrhythmia.*

---

**Для ссылки:** Нұрғазина Г.К., Толыбаева Т.О. Митральды қақпақшаның біріншілік пролапсындағы ритмнің бұзылуы // *Medicine (Almaty)*. – 2017. – No 6 (180). – P. 2-5

*Статья поступила в редакцию 12.04.2017 г.*

*Статья принята в печать 12.06.2017 г.*