

А.С. Шарыкин^{1,2}, И.И. Трунина^{1,2}, Е.В. Карелина¹,
И.И. Дмитриев¹, Е.В. Шильковская³

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА, ВЫЯВЛЯЕМАЯ В ДЕТСКОМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ, И ВОЗМОЖНОСТИ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ

¹ГБУЗ «Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой» ДЗМ, ²ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, ³ЗАО «Абсида» (Детская поликлиника «Литфонда»), Москва, РФ



Патология митрального клапана (МК) может быть не только изолированной, но и сопровождать различные заболевания сердца у детей, влияя на прогноз, однако ее частота и факторы, способствующие прогрессированию, изучены недостаточно. Цель исследования: оценить частоту и степень митральной регургитации (МР) у детей, требующих кардиологического наблюдения, и ее влияние на состояние сердца, в т.ч. при выполнении физических нагрузок. Материалы и методы исследования: изучены частота и степень МР по данным ЭХОКГ у 1000 детей в возрасте от 2 мес до 18 лет. Степень МР оценивали планиметрически в % от площади левого предсердия (ЛП), а также по ширине струи регургитации (*vena contracta*). Диаметр митрального кольца, ЛП и левого желудочка (ЛЖ) оценивали с помощью z-фактора в соответствии с площадью поверхности тела ребенка. 13 пациентам выполнена стресс-эхокардиография (СЭХОКГ) с нагрузкой на велоэргометре в положении лежа. Результаты: всего МР выявлена у 389 (38,9%) человек, в т.ч. МР I степени – у 312 (80,2%), МР ≥ II степени – у 77 (19,8%). МР была компонентом врожденного порока сердца (ВПС) у 138 грудных детей. 251 пациент был старше 1 года. Среди них МР ≥ II степени имели 28 (11,2%) человек, в т.ч. 9 из 60 (15%) – при изолированной патологии МК (пролапс МК у 11 – 18,3%), 8 из 71 (11,3%) – при наличии нарушений ритма, 3 из 97 (3,1%) – при артериальной гипертензии и 8 из 23 (34,8%) – при кардиомиопатиях (КМП). При исключении ВПС и КМП частота МР ≥ II степени составила 8,8%. Дилатация ЛП была у 43 (17,1%), ЛЖ – у 12 (4,8%). При СЭХОКГ у 8 из 13 (61,5%) детей выявлены неблагоприятные реакции: увеличение степени МР – 4, дилатация ЛП – 5, дилатация ЛЖ – 4, снижение фракции выброса ЛЖ – 2 случая. Однако ЭХОКГ покоя не позволяла предсказать реакцию сердца на нагрузку. Заключение: у детей, требующих кардиологического наблюдения, МР ≥ II степени имеется в 19,8% случаев, в т.ч. у 8,8% без ВПС и КМП. СЭХОКГ позволяет выявлять функциональные изменения сердца в латентной стадии, прогнозировать риски и планировать индивидуальный режим безопасной физической активности.

Ключевые слова: митральная регургитация, детский возраст, эхокардиография, физические нагрузки, спорт.

Цит.: А.С. Шарыкин, И.И. Трунина, Е.В. Карелина, И.И. Дмитриев, Е.В. Шильковская. Недостаточность митрального клапана, выявляемая в детском кардиологическом стационаре, и возможности стресс-эхокардиографии. Педиатрия. 2018; 97 (1): 46–54.

Контактная информация:

Шарыкин Александр Сергеевич – д.м.н., проф.
каф. госпитальной педиатрии им. акад.
В.А. Таболина педиатрического факультета ФГБОУ
ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ,
врач-детский кардиолог ГБУЗ
«ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ»
Адрес: Россия, 117997, г. Москва,
ул. Островитянова, 1
Тел.: (916) 188-58-60, E-mail: sharykin1947@mail.ru
Статья поступила 21.04.17,
принята к печати 6.09.17.

Contact Information:

Sharikin Alexander Sergeevich – MD., prof.
of Hospital Pediatrics Department named after
Academician V.A. Tabolin, Pirogov Russian National
Research Medical University; pediatric cardiologist of
Z.A. Bashlyaeva Children City Clinical Hospital
Address: Russia, 117997, Moscow,
Ostrovityanova str., 1
Tel.: (916) 188-58-60, E-mail: sharykin1947@mail.ru
Received on Apr. 21, 2017,
submitted for publication on Sep. 6, 2017.