

Пролапс митрального клапана: ошибки диагностики, экспертные подходы.

Кафедра военно-полевой терапии
военно-медицинского факультета в УО «БГМУ»

Пролапс митрального клапана (ПМК) — синдром, обозначающий прогибание (выгибание, провисание) створок клапана в полость левого предсердия во время систолы левого желудочка при наличии или в отсутствие митральной регуляции

Несмотря на то, что частота ПМК в детской популяции по последним данным не превышает 2,4%, данный диагноз у лиц призывного возраста продолжает выставляться с гораздо большей частотой. Результаты медицинского освидетельствования граждан с патологией клапанного аппарата сердца, зачисленных в запас по состоянию здоровья показали: среди данной патологии наиболее часто выявлялся ПМК – в 2009 году — 3902 случая, в 2008 — 3463, в 2007 — 4284 случая. При этом из них признаны негодными к военной службе по состоянию здоровья в 2009 году — 429, в 2008 году – 395, в 2007 году – 405 граждан. Из них ПМК с нарушением внутрисердечной гемодинамики в 2009 году диагностирован в 1009, в 2008 году – 1091 и в 2007 году – в 822 случаях.

Результаты медицинского освидетельствования граждан при приписке к призывным участкам, показали, что частота выявления ПМК в течение 2007 – 2009 гг. колебалась в пределах 4,9 % – 5,6 %, составляя в среднем 5,3 %. Это почти в 2 раза больше, чем данная патология встречается в популяции.

Обращает внимание, что несмотря на то, что повышается качество диагностической ультразвуковой аппаратуры, в нашей стране до сих пор существует гипердиагностика ПМК у детей и подростков. Часто нормальный вариант ошибочно принимают за синдром ПМК, что, безусловно, отражается на психическом здоровье, качестве жизни детей и подростков, приводит к необоснованным ограничениям и терапевтическим мероприятиям и в конечном итоге — ятрогенному заболеванию.

Согласно Фрамингемскому исследованию диагноз ПМК может быть поставлен только при наличии 2 диагностических признаков: аускультативных и эхокардиографических.

К аускультативным признакам относят:

- изолированные щелчки (клики);
- сочетание щелчков с позднесистолическим шумом;
- изолированный позднесистолический шум.

Эхокардиографические признаки:

— Диагностика ПМК основана на визуализации прогибания одной или обеих створок МК более 2 мм за линию фиброзного кольца в парастернальной проекции длинной оси левого желудочка. Изолированное прогибание створок только в проекции 4 камер с верхушки не является эхокардиографическим критерием ПМК поскольку представляет вариант нормального движения клапана.

— Толщина створок, превышающая 3 мм, служит признаком миксоматозной пролиферации клапана.

При анализе данных по освидетельствованию граждан обращает внимание, что при призыве на срочную военную службу и службу в резерве, в отличие от граждан при приписке к призывным участкам, резко меняется в сторону увеличения коэффициент соотношения ПМК с нарушением и без нарушения внутрисердечной гемодинамики (приблизительно $\frac{3}{4}$ и $\frac{1}{4}$ соответственно), что в первом случае служит основанием для признания военнообязанных временно и/или негодными к военной службе.

Анализ литературных данных показывает, что первичный (идиопатический) ПМК, как и ПМК при недифференцированной дисплазии МК, представляют собой варианты фенотипического континуума переходных состояний. Важно, что в отличие от взрослых, у детей и подростков ПМК обычно протекает без миксоматозной трансформации створок. Довольно часто встречаются ПМК как вариант астенической конституции. Частота его достигает >26% среди всех с верифицированным ПМК, он носит благоприятный прогноз. ПМК выявляется у детей астенического телосложения без признаков заболевания сердца. У детей с астеническим типом телосложения продольные размеры преобладают над поперечными; конечности длинные, шея длинная, тонкая, мышцы развиты слабо; реберный угол острый (меньше 90°). Дети не имеют жалоб, активно занимаются спортом. У детей данной группы частота выявления соединительнотканых аномалий не превышает условно порогового значения.

Оценка гипермобильности суставов по шкале Beighton составляет от 0 до 4 баллов. При аускультации определяется характерная звуковая симптоматика, чаще в виде изолированных щелчков или в сочетании с позднесистолическим шумом. Щелчки и шум лучше выслушиваются в положении пациента стоя или после небольшой физической нагрузки. На ЭКГ отсутствуют нарушения ритма сердца и проводимости. При ЭхоКГ выявляется прогибание створок соответствующее I и очень редко — II степени (пролабирование створок МК на 3-6 мм). При этом суммарный показатель толщины митральных створок у мальчиков не превышает $23,1 \pm 1,55$ мм. Митральная регуляция отсутствует. В >17% диагностируется трабекула в левом желудочке. С возрастом ПМК в силу биохимических изменений коллагена створок исчезает.

Причины гипердинамики ПМК:

- несоблюдение протокола ЭхоКГ исследования;
- выставление диагноза по данным ЭхоКГ без аускультативного подтверждения;

— нарушение подклапанного аппарата МК (эктопическое крепление хорд, нарушение их распределения, аномальное расположение трабекул левого желудочка);

— аускультативные признаки сходные с ПМК:

а) изолированные систолические щелчки (при аневризме МПП, МЖП; пролапс трикуспидального клапана, плевроперекардиальные спайки;

б) аортальные щелчки изгнания (при клапанном стенозе аорты, дилатации корня аорты, артериальной гипертензии);

в) легочные щелчки изгнания (при клапанном стенозе легочной артерии, легочной гипертензии);

г) средне- и позднесистолические шумы (при стенозе полулунных клапанов: клапанном стенозе аорты или легочной артерии; дилатация аорты или легочной артерии выше клапана; увеличение левожелудочкового выброса: брадикардия, А-V блокада, лихорадка, анемия, тиреотоксикоз, физическая нагрузка у здоровых детей).

За последние 10 лет трижды пересматривались правовые акты по военно-врачебной экспертизе (ВВЭ).

Позиции для согласования и уточнения. Для определения единого экспертного подхода возникла необходимость дополнительного изучения и согласования позиций в отношении:

1. определения единой и наиболее приемлемой методики оценки степени митральной регургитации и степени миксоматозной дегенерации створок;
2. формулировки и обоснованности диагноза «Недостаточность митрального клапана (или других клапанов сердца, кроме аортального)» при выявлении митральной регургитации I степени на фоне *незначительно* измененной створки (створок), т.е. описываемые по данным ЭхоКГ как «*уплотнение* передней створки митрального клапана (МК)», «*фиброз* у основания задней створки МК», «*уплотнение кольца и передней створки* МК». Необходимость уточнения данной позиции связана с тем, что иногда при выявлении митральной регургитации I степени на фоне *незначительно* измененной створки (створок) митрального клапана указывается об относительной недостаточности митрального клапана, которая не относится к собственно порокам сердца;