

# Клінічні вияви вегетативної дисфункції в пацієнтів із пролапсом мітрального клапана



**М.А. Кузнецова**

**Мета роботи** — вивчити клінічні вияви вегетативної дисфункції в пацієнтів молодого віку із пролапсом мітрального клапана (ПМК).

**Матеріали та методи.** Обстежено 135 хворих із ПМК віком від 16 до 25 років. Анамнестичні дані отримували шляхом анкетування пацієнтів та аналізу медичної документації. Збір анамнезу захворювання здійснено за суб'єктивними даними на підставі скарг та анамнезу життя.

**Результати та обговорення.** Під час вивчення клінічних особливостей ПМК велику увагу приділяли аналізу скарг. Скарги, виявлені під час обстеження, як правило, були виявом вегетативної дисфункції і поділялися на клінічні та психо-вегетативні (вияви вегетосудинної дистонії).

**Висновки.** У пацієнтів із ПМК у клінічній картині достатньою мірою представлені вияви вегетативної дистонії, як психовегетативні, так і клінічні.

## Ключові слова:

пролапс мітрального клапана, вегетативна дисфункція, молодий вік, вегетосудинна дистонія, клінічні вияви.

**П**ролапс мітрального клапана (ПМК) становить собою клініко-анатомічний синдром, сутність якого полягає в систолічному провисанні однієї чи обох мітральних стулок у порожнину лівого передсердя, у низці випадків із розвитком мітральної регургітації внаслідок порушення систолічного змикання стулок.

Аналіз даних літератури за останні десятиліття показує, що ПМК досить поширений у популяції: його частота серед населення становить 5–20 %. ПМК зустрічається при різних вроджених і набутих захворюваннях, а також ізольовано [6].

Більшість дослідників вирізняють первинний (ідіопатичний) ПМК як самостійний клініко-анатомічний синдром і вторинний ПМК, що є наслідком інших захворювань серця (ишемічної хвороби серця, ревматизму, вроджених вад серця, міокардиту, кардіоміопатії та ін.) [1, 5].

Первинний ПМК розглядають як вроджену патологію з автосомно-домінантним типом успадкування, за якої успадковуються особливості структури сполучної тканини мітрального клапана й характер його вегетативного реагування, певним чином змінюючись залежно від умов зовнішнього середовища [2, 3].

Клінічні вияви первинного ПМК на сьогодні добре вивчені, до них належать астеноневротичні розлади (64–70 %), кардіалгії (до 75 %), цефалгії (51 %), порушення ритму серця (50 %, при навантаженнях до 75 %), синкопальні стани (4–26 %), вегетативні пароксизми з непритомністю (раніше їх помилково діагностували як скроневу епілепсію), а також транзиторні ішемічні атаки (зустрічаються у хворих із ПМК в 4 рази частіше, ніж у хворих без цього синдрому) й інсульти в молодому віці [4].

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

ДЗ «Дорожня клінічна лікарня станції Дніпропетровськ ДП «Придніпровська залізниця»

## КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ

**Кузнецова Марина Андріївна**  
асpirант кафедри госпітальної терапії № 2 ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

49008, м. Дніпропетровськ,  
вул. Кедріна, 55  
E-mail: anjelina.86@mail.ru

Стаття надійшла до редакції  
22 серпня 2014 р.

**Таблиця 1.** Частота зустрічальності клінічних виявів ВД у пацієнтів із ПМК

Клінічні вияви	ПМК 1 ступе- ня, n = 80 (%)	ПМК 2 ступеня, n = 55 (%)
Дизестезія	64 (80,0)	40 (72,7)
Вегеталгії	51 (63,75)	12 (21,8)
Кардіалгії	48 (60,0)	14 (25,5)
Серцебиття	50 (62,5)	29 (52,7)
Цефалгія	40 (50,0)	20 (36,4)
Геморагічний синдром	6 (7,5)	5 (9,1)
Печія	19 (23,75)	14 (25,5)
Біль у животі	31 (38,75)	3 (5,5)
Затримка випорожнення	29 (36,25)	4 (7,3)
Метеоризм	24 (30,0)	5 (9,0)
Нудота	21 (26,25)	5 (9,1)
Судинні порушення в кінцівках	18 (22,5)	5 (9,1)
Задишка	19 (23,75)	15 (27,3)
Непритомність	3 (3,75)	6 (10,9)
Відрижка	24 (30,0)	13 (23,6)
Порушення випорожнення	19 (23,75)	16 (29,1)

**Мета роботи** — вивчити клінічні вияви вегетативної дисфункції в пацієнтів молодого віку із пролапсом мітрального клапана.

### Матеріали та методи

Обстежено 135 хворих з ПМК віком від 16 до 25 років. Анамнестичні дані отримували шляхом анкетування пацієнтів та аналізу медичної документації. Збір анамнезу захворювання здійснювали і за суб'єктивними даними на підставі скарг та анамнезу життя.

Клінічна частина роботи охоплювала ретельне розпитування пацієнтів, аналіз їх скарг, відчуттів, збір сімейного анамнезу (наявність вад розвитку, конструкційних особливостей тощо) та анамнезу захворювання (вроджені порушення функції зору, дисплазії скелета, наявність операцій із приводу вроджених аномалій розвитку тощо).

Виходячи з основних клінічних виявів синдрому сполучнотканинної дисплазії (О.Б. Степура, 1995; Е.В. Земцовський, 2000), ми докладно розпитували пацієнтів за такими ознаками:

- пресинкопальні та синкопальні стани;
- мігрені, головний біль;
- вегетативні кризи;
- кардіалгії, зокрема з вегетативними виявами;
- серцебиття й перебої в роботі серця;
- задишка, відчуття нездоволеності вдихом (гіпервентиляційний синдром);
- зниження працездатності;
- судинні порушення в кінцівках (на кшталт феномену Рейно), парестезії;

- порушення терморегуляції;
- геморагічний синдром;
- порушення з боку ШКТ — біль/локалізація;
- нудота, печія, блювання, відрижка;
- метеоризм, розлади випорожнення.

### Результати та обговорення

Під час вивчення клінічних особливостей ПМК велику увагу приділяли аналізу скарг. Усі виявлені під час обстеження скарги, за всього їх різноманіття, як правило, були виявом вегетативної дисфункції (ВД) і були розділені на клінічні та психовегетативні (вияви вегетосудинної дистонії).

У табл. 1 наведено дані про частоту зустрічальності клінічних виявів ВД у молодих людей з ПМК.

Клінічні ознаки різних виявів ВД в пацієнтів із ПМК були різноманітні. У пацієнтів із ПМК як 1 ступеня, так і 2 ступеня представлено все різноманіття клінічних виявів ВД. Однак слід зазначити, що частота їх зустрічальності при різному ступені вираженості ПМК була різною.

Дослідження показало, що в пацієнтів із ПМК 1 ступеня достовірно частіше, ніж у хворих із ПМК 2 ступеня, відзначалися: вегеталгії — у 2 рази, кардіалгії — у 2 рази, біль у животі — у 7 разів, затримка випорожнення — у 4 рази, метеоризм — у 3 рази, нудота — у 2 рази, судинні порушення в кінцівках — у 2 рази (усі  $p < 0,01$ ). З однаковою частотою як в групі з ПМК 1 ступеня, так і в групі з ПМК 2 ступеня реєстрували такі клінічні вияви ВД, як дизестезія, серцебиття, цефалгія, відрижка, геморагічний синдром, печія, задишка, порушення випорожнення. Однак слід зазначити, що такі клінічні вияви, як непритомність, достовірно частіше спостерігалися у групі з ПМК 2 ступеня (у 2 рази) ( $p < 0,05$ ).

Показано, що в пацієнтів із ПМК 1 ступеня одними з найбільш частих і різноманітніх за клінічною картиною виявів були вегеталгії. Вони становили основу симптому, не тільки маскуючи органну патологію — кардіологічні, абдомінальні та церебральні більові відчуття, а й визначаючи досить виражений фон вегетативної дезадаптації, об'єктивні підтвердження якого можна було виявити як за рахунок іrrадіації по нейрогенних зонах Захар'їна—Геда, лівої половини грудної клітки, так і за рахунок болючої пальпації місць виходу окремих нервових пучків — трійчастого нерва, паравертебральних нервових закінчень, судинно-нервових пучків. У деяких хворих відзначалися більові відчуття вегеталгії: болюча пальпація великого грудного м'яза,

міжребер'я лівої половини грудної клітки, внутрішньої поверхні груднинно-ключично-соско-подібного м'яза, по ходу судинно-нервового пучка ший та передпліччя.

Виявлено, що цефалгії в осіб молодого віку з ПМК 1 ступеня були в половині випадків (58,4%). Відзначалися скарги на головний біль з переважною локалізацією в лобно-скроневих ділянках. Як правило, однією з причин головного болю стає ураження шийного відділу хребта, хребетних артерій. Саме в таких випадках постійний неінтенсивний головний біль раптово посилювався після тривалого вимушеної положення або різкого відкидання голови, фізичних навантажень. Під час пальпації хребта визначалися болючі точки в шийному та верхньогрудному відділах. Виникали цефалгії зазвичай у другій половині дня. Спостерігався локальний (частіше в лобно-тім'яній ділянці), нерідко колючий характер болю тривалістю від декількох хвилин до півгодини. Як правило, провокаційними чинниками у виникненні цефалгії були психоемоційні або фізичні перевантаження. Більше того, стрес слугував лімітаційним механізмом у виникненні цефалгії. У той же час частота виявлення цефалгії в пацієнтів із ПМК 2 ступеня становила 36,4 %. Больовий синдром розвивався зазвичай у першій половині дня («ранковий головний біль») і в метеочутливі дні. Нерідко цефалгії супроводжувалися синкопальним вертебральним синдромом, астенізацією. Слід зазначити, що локалізація в основному припадала на лобові та лобно-скроневу ділянки, рідше скроневу ділянку. Головний біль мав інтенсивний, болісний, гніточий характер із тривалістю до декількох годин. Причина виникнення подібної цефалгії може бути пов'язана із судинними або ліквородинамічними (гіпертензивно-гідроцефальний синдром) порушеннями.

Виявилося, що абдомінальний синдром достовірно частіше відмічався в пацієнтів із ПМК 1 ступеня: біль у животі (абдоміналгії) — у 7 разів, метеоризм — у 3 рази, нудота — у 2 рази, затримка випорожнення — у 4 рази (усі  $p < 0,05$ ). Абдоміналгії різної локалізації та інтенсивності, не пов'язані з прийомом їжі, нерідко супроводжувалися дисфункцією кишечника, печією, відрижкою, нудотою, гиперсалівацією або, навпаки, сухістю слизової оболонки рота, відчуттям клубка в горлі, метеоризмом. Іноді досить різноманітна, але варіантна клінічна картина абдомінального синдрому вимагала диференційної діагностики. Затримку випорожнення як вияв дискінезії фіксували в кожного 2-го пацієнта в групі із ПМК 1 ступеня (36,25 %) і лише в кожного 7-го пацієнта в групі із ПМК 2 сту-

пеня. Часто це були скарги на періодичну відсутність випорожнення протягом декількох днів, відчуття неповного випорожнення кишечника.

Слід зазначити, що такий вияв, як знепритомлення, рідко зустрічався в обох досліджуваних групах. Проте в осіб із ПМК 2 ступеня непритомність відзначалась у 2 рази частіше, ніж у групі з ПМК 1 ступеня. Непритомні стани, як правило, виникали на порожній шлунок або в задушливому приміщенні в разі вимушеної тривалого ортостатичного положення, тобто мали нейровегетативний характер.

Такі вияви вегетативного дисбалансу, як дизестезії, у групі пацієнтів із ПМК 1 ступеня й у хворих із ПМК 2 ступеня не мали достовірних відмінностей — 80,0 і 72,7 % відповідно. Больові відчуття в лівій половині грудної клітки мали колючий або ниючий, рідше гніточий характер і асоціювалися з болем серця, що накладало на дизестезію досить виражену психоневротичну картину (відчуття тривоги, страху, особливо в нічний час, безсоння тощо). Іrrадіація болю за межі ділянки серця зазвичай не спостерігалася. Тривалість больового синдрому визначалася характером болю: при колючому болю — від декількох секунд до 1–2 хв, при гніточому — досить тривалий час (до 30–60 хв). Часто при водом для звернення до лікаря-кардіолога з подальшим виявленням ПМК слугують саме кардіалгії. Варто зазначити, що в пацієнтів із ПМК 1 ступеня кардіалгії були, як правило, колючого характеру й мали невелику тривалість (від декількох секунд до 1 хв), у той час як в осіб із ПМК 2 ступеня кардіалгії були тривалішими (до 1 год й більше) з іrrадіацією у великий грудний м'яз, ліву руку. Подібна іrrадіація пояснюється широким представництвом вегетативних нервових закінчень у м'язах, окісті, зв'язках і м'яких тканинах.

Виявилося, що скарги на серцебиття досить часто реєструвалися як у групі із ПМК 1 ступеня, так і в пацієнтів із ПМК 2 ступеня — 62,5 і 52,7 % відповідно. Достовірних відмінностей у частоті зустрічальності серцебиття в досліджуваних групах не отримано. За умови ретельного розпитування щодо характеру серцебиття можна зробити висновок, що це явище також є виявом ВД, а не порушенням серцевого ритму.

У табл. 2 представлено дані про частоту зустрічальності клінічних ознак психовегетативного синдрому в молодих людей із ПМК.

Як видно з даних табл. 2, клінічні ознаки різних виявів вегетосудинної дистонії, зафіксовані в пацієнтів з ПМК, були різноманітні. Водночас частота зустрічальності виявів психовегетатив-

**Таблиця 2.** Частота клінічних ознак вегетосудинної дистонії в пацієнтів із ПМК

Синдром	ПМК 1 ступеня, n = 80 (%)	ПМК 2 ступеня, n = 55 (%)
Емоційна лабільність	58 (72,5)	14 (25,5)
Порушення сну	49 (60,0)	19 (34,5)
Відчуття слабкості	48 (60,0)	13 (23,6)
Дратівливість	43 (53,75)	12 (21,8)
Стомлюваність	42 (52,5)	40 (72,7)
Метеопатія	39 (48,75)	9 (16,4)
Гіпервентиляційний синдром	30 (37,5)	5 (9,1)

ного синдрому була різною залежно від ступеня вираженості ПМК.

Так, у людей молодого віку із ПМК 1 ступеня порівняно з пацієнтами із ПМК 2 ступеня достовірно частіше відзначалися: дратівливість — у 2 рази, відчуття слабкості — у 2,5 разу, емоційна лабільність — більш ніж у 2,5 разу, метеопатія — у 3 рази, гіпервентиляційний синдром — у 4 рази ( $p < 0,05$ ).

Найчастішим виявом психовегетативного синдрому в группі з ПМК 1 ступеня була емоційна лабільність — 72,5 % випадків, тимчасом як у группі з ПМК 2 ступеня цей симптом спостерігали тільки у 25,5 % випадків.

Порушення сну, яке пацієнти оцінювали як складність засинання (неможливість заснути протягом декількох годин), частіше відмічалось у группі з ПМК 1 ступеня — 60,0 %, тоді як у группі з ПМК 2 ступеня — 34,5 %.

Відчуття слабкості трактували як неможливість виконати звичне фізичне навантаження: прийняти душ, прибрати кімнату, дійти до пункту призначення тощо. Відчуття слабкості достовірно частіше (у 2,5 разу) спостерігалося у группі осіб із ПМК 1 ступеня ( $p < 0,05$ ).

Дослідження показало, що однією з найчастіших причин звернення до кардіолога був гіпервентиляційний синдром — відчуття неповноцінності вдиху, браку повітря, яке частіше виникає на тлі емоційного навантаження. Цю скаргу висловлювали 37,5 % пацієнтів із ПМК 1 ступеня, що в 4 рази більше, ніж у группі з ПМК 2 ступеня — 9,1 % хворих ( $p < 0,001$ ).

На відміну від інших виявів психовегетативного синдрому, стомлюваність становить собою виняток у зв'язку з тим, що її достовірно частіше

реєстрували у группі осіб із ПМК 2 ступеня — у 72,7 % випадків, у той час як у группі з ПМК 1 ступеня — у 52,5 % випадків. Стомлюваність як відповідна психовегетативна реакція на емоційне або фізичне напруження базувалася на низькій толерантності в цих пацієнтів до навколишніх факторів, зокрема до фізичного навантаження.

## Висновки

В обстежених пацієнтів у клінічній картині пролапсу мітрального клапана достатньою мірою представлені вияви вегетативної дистонії, як психовегетативні, так і клінічні.

Найчастішим виявом психовегетативного синдрому в группі пацієнтів із пролапсом мітрального клапана 1 ступеня була емоційна лабільність (72,5 % випадків). Частим виявом психовегетативних змін у пацієнтів із пролапсом мітрального клапана 1 ступеня є порушення сну. Також до частих причин звернення до терапевта й кардіолога в пацієнтів із пролапсом мітрального клапана 1 ступеня належить гіпервентиляційний синдром.

З-поміж виявів психовегетативного синдрому в группі осіб із пролапсом мітрального клапана 2 ступеня частіше реєстрували втомлюваність. Водночас у хворих із пролапсом мітрального клапана 1 ступеня порівняно з пацієнтами із пролапсом мітрального клапана 2 ступеня достовірно частіше відзначалися такі вияви психовегетативного синдрому, як дратівливість, відчуття слабкості, метеопатія.

Отже, у клінічній картині пацієнтів із пролапсом мітрального клапана 1 ступеня достовірно частіше, ніж у хворих із пролапсом мітрального клапана 2 ступеня, відзначалися такі вияви вегетативної дисфункції, як вегеталгії, цефалгії, кардіалгії, ортостатичний синдром, абдоміналгії. У той же час у хворих із пролапсом мітрального клапана 2 ступеня достовірно переважав такий вияв, як непритомність.

## Перспективи подальших досліджень

1. З'ясування особливостей клінічних виявів вегетативного дисбалансу, фізичного розвитку й фенотипічних ознак сполучнотканинної дисплазії в пацієнтів із пролапсом мітрального клапана.

2. Розроблення диференційованих підходів до диспансерного спостереження людей молодого віку із пролапсом мітрального клапана для вирішення питання експертного характеру.

## Список літератури

1. Ахенбах Ш., Акін И., Акснес 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.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.— 2289 с.
2. Гриффин Б., Тополь Э., Хук М. и др. Кардиология / Под ред. Б. Гриффина и Э. Тополя; пер. с англ. А.Н. Охотина.— М.: Практика, 2008.— 1248 с.
3. Евтушенко С.К., Лисовский Е.В., Евтушенко О.С. Дисплазия соединительной ткани в неврологии и педиатрии (клиника, диагностика, лечение): Руководство для врачей.— М.: Издатель А.Ю. Заславский, 2009.— 374 с.
4. Нечаева Г.И., Конев В.П., Друк И.В. и др. Выявление и тактика ведения пациентов с недифференцированной дисплазией соединительной ткани: практик. рук. для врачей.— Омск, 2011.— 322 с.
5. Guy T., Hill A. Mitral Valve Prolapse // Annu. Rev. Med.— 2012.— Vol. 63.— P. 277—299.
6. Shah P. Current concepts in mitral valve prolapsed-diagnosis and management // J. Cardiol.— 2010.— Vol. 56.— P. 125—133.

## М.А. Кузнецова

ГУ «Дніпропетровська медична академія МЗ України»

ГУ «Дорожна клініческа больница станції Дніпропетровськ ГП «Придніпровська желеzная дорога»

## Клініческі проявлення вегетативної дисфункції у пацієнтів з пролапсом митрального клапана

**Цель работы** — изучить клинические проявления вегетативной дисфункции у пациентов молодого возраста с пролапсом митрального клапана (ПМК).

**Материалы и методы.** Обследовано 135 больных с ПМК в возрасте от 16 до 25 лет. Анамнестические данные получали путем анкетирования пациентов и анализа медицинской документации. Сбор анамнеза заболевания проводился по субъективным данным на основании жалоб и анамнеза жизни.

**Результаты и обсуждение.** При изучении клинических особенностей ПМК большое внимание уделяли анализу жалоб. Жалобы, выявленные при обследовании, как правило, были проявлением вегетативной дисфункции и были разделены на клинические и психовегетативные (проявления вегетососудистой дистонии).

**Выводы.** У пациентов с ПМК в клинической картине были в достаточной мере представлены проявления вегетативной дистонии, как психовегетативные, так и клинические.

**Ключевые слова:** пролапс митрального клапана, вегетативная дисфункция, молодой возраст, вегетососудистая дистония, клинические проявления.

## M.A. Kuznetsova

Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine  
Road Hospital station Dnipropetrovsk SE «Dnieper railway»

## Clinical manifestations of vegetative dysfunction in patients with mitral valve prolapse

**Objective.** To investigate clinical manifestations of vegetative dysfunction in young patients with mitral valve prolapse (MVP).

**Materials and methods.** The examinations involved 135 patients with MVP aged 16 to 25 years. Anamnestic data were obtained through patients' questioning and analysis of medical documentation. The gathering of medical history was conducted based on the subjective data, grounding on the complaints and history of life.

**Results and discussion.** In the study of MVP clinical peculiarities, attention was paid to the analysis of complaints. The diversity of complaints detected during the examination, as a rule, was manifestations of vegetative dysfunction (VD) and was divided into clinical and psycho-vegetative manifestations of vegetovascular dystonia).

**Conclusions.** Patients with MVP have significant manifestations of vegetative dystonia, both in a form of psychovegetative and clinical manifestations.

**Key words:** mitral valve prolapse, autonomic dysfunction, young age, vegetovascular dystonia, clinical manifestations.