**Богослав Тетяна Вікторівна. Діагностика клінічних варіантів та консервативне лікування первинного пролапсу мітрального клапана: Дис... канд. мед. наук: 14.01.11 / Запорізький держ. ін-т удосконалення лікарів. - Запоріжжя, 2002. - 171арк. - Бібліогр.: арк. 147-171**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Богослав Т.В. Діагностика клінічних варіантів та консервативне лікування первинного пролапсу мітрального клапана. - Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.11 - кардіологія. - Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, 2002.  Дисертація присвячена виділенню клінічних варіантів перебігу первинного пролапсу мітрального клапана. Визначені його диференціальні критерії з недостатністю мітрального клапана ревматичного походження. Встановлено фактори ризику виникнення шлуночкових порушень ритму серця. Аналіз частоти і характеру шлуночкових аритмій показав залежність їх від наявності ознак дисплазії сполучної тканини, від структурно-функціональних параметрів лівого шлуночка та міксоматозної дегенерації мітрального клапана, від ступеня пролапсу мітрального клапана і мітральної регургітації, від дисперсії коригованого інтервалу QT і варіабельності серцевого ритму. Визначена необхідність і тактика лікування цих хворих в залежності від клінічного варіанта перебігу комбінацією атенололу і магніймістячого препарату Магне-В6. | |
| |  | | --- | | 1. В роботі вирішене актуальне наукове завдання кардіології – діагностика клінічних варіантів первинного пролапсу мітрального клапана та їх лікування. При встановленні діагнозу первинного пролапсу мітрального клапана необхідно виділяти клінічні варіанти перебігу: аритмічний, кардіалгічний, з перевагою серцевої недостатності і безсимптомний.  2. У хворих з первинним пролапсом мітрального клапана виявляються маркери дисплазії сполучної тканини (астенічна конституція (55,2%), сколіоз і деформація грудної клітки (15,87%), гіпермобільність суглобів (3,17%), плоскостопість (7,94%), пролапси інших клапанів (13,6%), мігрень (12,0%)).  3. Первинний пролапс мітрального клапана проявляється переважно пролабуванням передньої стулки мітрального клапана в 89,6% (першого і другого ступеня) з різним вираженням мітральної регургітації, і у третини хворих поєднується з ознаками міксоматозної дегенерації.  4. Первинний пролапс мітрального клапана в 87,9% супроводжується синдромом порушення ритму серця і провідності (суправентрикулярними: екстрасистолами і пароксизмальними тахікардіями; шлуночковими: екстрасистолами, у тому числі високих градацій, і нестійкими пароксизмальними тахікардіями; блокадами: атріо-вентрикулярною, лівої ніжки пучка Гіса), провідним методом діагностики яких є добове моніторування ЕКГ. Шлуночкові екстрасистоли високих градацій виявлені в 24,4% випадків.  5. Інформативними показниками виявлення групи ризику виникнення життевонебезпечних аритмій при первинному пролапсі мітрального клапана є наявність ознак міксоматозної дегенерації; збільшення маси міокарда лівого шлуночка і товщини міжшлуночкової перетинки; порушення процесів реполяризації, збільшення дисперсії коригованого інтервалу QT, зниження варіабельності серцевого ритму, обтяжена спадковість.  6. Диференціально - діагностичними критеріями первинного пролапсу мітрального клапана і недостатності мітрального клапана ревматичного генезу (поряд з даними клініки і анамнезу) є: при пролапсі - ознаки міксоматозної дегенерації мітрального клапана й ознаки сполучнотканинної дисплазії, при ревматизмі - потовщення, укорочення і зрощення хорд із задньою мітральною стулкою, зрощення стулок з комісурами та розвиток в товщі стулок сполучної тканини.  7. Лікування хворих із клінічно маніфестованим перебігом пролапсу мітрального клапана поєднанням атенололу і Магне-В6 має вірогідно більший клінічний і антиаритмічний ефект у порівнянні з монотерапією цими препаратами. | |