

СИНДРОМ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СЕРДЦА У СПОРТСМЕНОВ

Е.С. Варнель¹, В.Н. Кемежук¹, Т.А. Лашковская²,
И.Е. Маркевич¹, В.М. Анина¹, Л.П. Сытько¹

¹Областной диспансер спортивной медицины, Гродно, Республика Беларусь

²Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Республика Беларусь

Введение. Проблема синдрома дисплазии соединительной ткани сердца (ДСТС) у спортсменов в настоящее время привлекает к себе внимание в связи с риском таких осложнений, как нарушения ритма сердца, тромбоэмболия различных сосудов и внезапная сердечная смерть [2,3]. Частота диспластического сердца составляет 86% среди лиц с первичной недифференцированной дисплазией соединительной ткани [1]. По современным представлениям к синдрому ДСТС относят пролапсы клапанов сердца, аневризмы межпредсердной перегородки и синусов Вальсальвы, открытое овальное окно, эктопически крепящиеся хорды, повышенная трабекулярность левого желудочка и другие [1,3].

Международная федерация спортивной медицины рекомендует спортсменам с пролапсом митрального клапана (ПМК) после тщательного сбора и анализа семейного анамнеза проводить клинические и эхокардиографические исследования, а также холтеровское мониторирование и максимальное нагрузочное тестирование в динамике. Течение ПМК у спортсменов, как правило, носит благоприятный характер [4]. Однако, есть вероятность, что высоко интенсивные спортивные нагрузки могут усугублять течение данного состояния [5].

Целью работы явилось выявление влияния физических нагрузок на динамику ПМК у спортсменов.

Методы исследования. Всего выбран для обследования 101 спортсмен с пролапсом митрального клапана I степени (29 девушек - 28,7% и 72 юношей - 71,3%) в возрасте от 12 до 25 лет различной квалификации: мастера спорта – 16 человек (15,8%); кандидаты в мастера спорта – 24 человека (23,8%); I взрослый спортивный разряд – 15 человек (14,9%); II взрослый спортивный разряд – 12 человек (11,2%); III взрослый спортивный разряд – 15 человек (15,8%); без разряда – 18 человек (17,8%). Пролапс митрального клапана был выявлен при проведении плановых углубленных медицинских осмотрах.

У наблюдаемых спортсменов было различное количество тренировок в неделю: 3–4 тренировки в неделю – у 22 человек (21,8%); 5–7 тренировок в неделю – у 41 человека (40,6%); 8–10 тренировок в неделю – у 38 человек (37,6%). Длительность каждой тренировки – 1,5–2 часа. Жалоб со стороны сердечно–сосудистой системы обследуемые спортсмены не предъявляли.

Всем спортсменам в динамике наблюдения проведено эхокардиографическое исследование ультразвуковым аппаратом HDI-1500 (Philips, USA) кардиологическим датчиком с частотой 2-4 МГц по общепринятой методике с использованием доплеровского картирования, импульсного и непрерывного доплеров. При оценке наличия пролапса митрального клапана учитывалась регистрация провисания одной или обеих створок на 4 мм и более в двух эхокардиографических позициях: апикальной четырёхкамерной и парастернальной по длинной оси. При оценке митральной регургитации учитывалась площадь и скорость регургитирующей струи. Всем обследованным спортсменам регистрировалась электрокардиограмма, оценивалось физическое развитие, анализировалась сопутствующая патология.

Результаты исследования и их обсуждение. При выполнении эхокардиографии у всех обследованных спортсменов выявлен ПМК I степени в сочетании с дополнительными хордами в полости левого желудочка (от одной до нескольких). У 60 человек с ПМК (59,4%) была зарегистрирована митральная регургитация I степени; у 41 человека (41,6%) – митральная регургитация не определялась.

Размеры камер сердца у 93 человек (92%) были в пределах возрастной нормы, у 8 человек (8%) наблюдалась незначительная дилатация левого желудочка. При оценке физического развития установлено, что выше среднего физическое развитие имели 23 человека (23%); среднее – 76 человек (75%); ниже среднего – 2 спортсмена.

Изменения на ЭКГ выявлены у 40 спортсменов (39,6%) с ПМК: неполная блокада правой ножки пучка Гиса – у 14 человек (35%); предсердный ритм – у 10 (25%); укорочение интервала PR – у 3 человек (7,5%); АВ-блокада I степени – у 5 человек (12,5%); парциальный феномен предвозбуждения желудочков – у 3 человек (7,5%); синдром ранней реполяризации желудочков – у 5 человек (12,5%). Изменения на ЭКГ выявлялись чаще у спортсменов с ПМК I степени и наличием митральной регургитации I степени – 29 человек (72,5%).

У 71 спортсмена (70,3%) с ПМК имелась сопутствующая патология: сколиотическая осанка у 25 человек (24,8%); плоскостопие I-II степени у 18 чел (17,8%); миопия слабой степени у 8 человек (7,9%); хронический тонзиллит у 7 чел (6,9%); сколиоз I степени у 5 человек (7%); искривление носовой перегородки у 5 человек (7%); хронический гастрит в стадии стойкой клинико-лабораторной ремиссии у 3 человек (4,2%); деформация грудной клетки у 2 человек (2,8%); юношеский остеохондроз, сочетающийся с грыжами Шморля и спондилезом у 2 человек (2,8%), варикоцеле у одного спортсмена (1,4%). У 5 спортсменов (7%) имело место сочетание нескольких сопутствующих заболеваний.

С профилактической целью 89 спортсменам с ПМК I степени и /или имеющим изменения на ЭКГ назначалось курсовое лечение с использованием препаратов магния, милдроната, рибоксина, поливитаминов с микроэлементами в течение месяца – 2 раза в год, с контролем ЭКГ после проведенного лечения.

Контрольное эхокардиографическое исследование проводилось всем спортсменам с ПМК ежегодно.

При повторном эхокардиографическом исследовании было выявлено, что у 69 спортсменов (68,3%) с ПМК I степени, ультразвуковая картина сердца не изменилась. У 17 человек (16,8%) ЭХО-картина улучшилась - данных за ПМК не выявлено.

У 15 спортсменов с ПМК (14,9%), у которых ранее диагностирован ПМК I степени без митральной регургитации, при повторном эхокардиографическом исследовании степень ПМК не изменилась, но появилась митральная регургитация I степени (отрицательная динамика). Из 15 человек с отрицательной динамикой на УЗИ 13 спортсменов имели различную степень интенсивности тренировочных нагрузок (от 3 до 10 раз в неделю) и разный уровень спортивной квалификации, а также у них выявлено наличие других признаков дисплазии соединительной ткани: сколиотическая осанка (8 человек), сколиоз (3 человека), юношеский остеохондроз, сочетающийся с грыжами Шморля и спондилезом (2 человека), плоскостопие I-II степени (3 человека), варикоцеле (1 человек), и только 2 спортсмена имели высокоинтенсивные нагрузки (тренировки 10 раз в неделю по 2 часа) и разряд мастера спорта. У 4 спортсменов этой группы отмечалось сочетание различных маркеров дисплазии соединительной ткани. Все 15 (100%) спортсменов имели среднее физическое развитие.

Выводы:

1. Занятия спортом у подавляющего большинства спортсменов (85,1%) не оказывают отрицательного воздействия на степень пролабирования митрального клапана. Течение пролапса мит-

рального клапана у спортсменов, в том числе имеющих интенсивные физические нагрузки, носит благоприятный характер.

2. Отрицательная динамика пролапса митрального клапана (присоединение митральной регургитации I степени), определяется у спортсменов, имеющих другие маркёры дисплазии соединительной ткани.

3. Спортсменам, имеющим пролапс митрального клапана, а также изменения на ЭКГ, показано профилактическое курсовое назначение кардиометаболических препаратов, витаминно-минеральных комплексов, препаратов магния не реже двух раз в год продолжительностью не менее месяца.

Литература:

1. Верещагина Г.Н. Системная дисплазия соединительной ткани. Клинические синдромы, диагностика, подходы к лечению: методическое пособие для врачей / Г.Н.Верещагина. – Новосибирск, 2008. – 37 с.
2. Гнусаев С.Ф. Клиническое значение малых аномалий сердца у детей / С.Ф. Гнусаев [и др].- Российский вестник перинатологии и педиатрии.-2006.-№4.- с.20-24.
3. Нечаева Г.И. Дисплазия соединительной ткани: терминология, диагностика, тактика ведения пациентов / Г.И.Нечаева. И.А.Викторова. – Омск: Типография Бланком, 2007. – 2007. – 188 с.
4. Особенности врачебного контроля за спортсменами с пролапсом митрального клапана: методические рекомендации. / А.Г. Мрочек [и др]; под ред. А.Г. Мрочека. – Минск: ГУ «РУМЦ ФВН», 2007. – 32с.
5. Спортивная медицина / Г.А. Макарова [и др]; под ред. Г.А. Макаровой. – Москва: Советский спорт, 2008. – 480 с.