

лук, які безпосередньо беруть участь у процесах детоксикації в організмі людини і можуть виявляти властивості гепатопротекторів-детоксикантів.

Література

1. Балаболкин М.И., Креминская В.М., Клебанова Е.М. Роль окислительного стресса в патогенезе диабетической нейропатии и возможность его коррекции препаратами α -липоевой кислоты // Проблемы эндокринологии. – 2005. – Т.51, №3. – С.22 – 33.
2. Корякина Е.В. Молекулы средней массы как интегральный показатель метаболических нарушений (обзор литературы) / Е.В. Корякина, С.В. Белова // Клини. лаб. диагностика. – 2004. – №3. – С. 3 – 8.
3. Корякина Е.В. Особенности патогенетических механизмов эндогенной интоксикации у больных ревматоидным артритом / Е.В. Корякина, С.В. Белова // Науч.-практ. ревматология. – 2001. – №2. – С.21 – 26.
4. Кротенко Н.В., Алифирова В.М., Иванова С.А. Нарушение биохимических показателей периферической крови у пациентов

с рассеянным склерозом // Бюлл. сибирской мед. – 2008. – Прилож. 1. – С.238 – 244

5. Механизмы развития эндоинтоксикации при псориазе и методы ее коррекции / Н.К. Никулин, Т.В. Копытова, Л.Н. Химкина, Г.А. Пантелева // Нижегородский мед. журн. – 2006 – №1. – С.60 – 64.

6. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Ендокринологія»: наказ Міністерства Охорони Здоров'я від 22. 05. 2009 № 356. – К., 2009. – 55 с.

7. Скрининговый метод определения средних молекул в биологических жидкостях: Метод. рекомендации / Габриэлян Н.И., Левицкий Э.Р., Дмитриев А.А. и др. – М., 1985. – 18с.

8. Хухліна О.С., Коломоець М.Ю. Неалкогольна жирова хвороба печінки та інсулінорезистентність: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування глутаргіном. – Чернівці, 2008. – 320с.

9. Heller G. The frequency of lower limb amputations in Germany / Heller G., Gunster C., Swart E. // Dtsch. Med. Wochenschr. – 2005. – Vol. 28-29. – P. 1689-1690.

Одержано 29.01.2010 року.

УДК 616-007.43+616-053.2/.5+616.126.42

СЕРЦЕВІ ПРОЯВИ СИНДРОМУ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ

А.Б.Волосянко, О.Б.Синоверська, Л.Я.Іванишин, О.О.Цицюра, О.В.Серний
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

СЕРДЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ

А.Б.Волосянко, О.Б.Синоверская, Л.Я.Иванишин, О.О.Цицюра, О.В.Серный
ГВУЗ "Ивано-Франковский национальный медицинский университет"

CARDIAC MANIFESTATIONS OF SYNDROME OF UNDIFFERENTIATED DISPLASIA OF THE CONNECTING TISSUE IN CHILDREN

А.В.Волосыанко, О.В.Сыноверская, Л.Я.Иванышин, О.О.Тсыциура, О.В.Серный
Ivano-Frankivsk National Medical University

Резюме. Проаналізовано основні клінічні синдроми у дітей із мікроаномаліями розвитку серця. Здійснено диференціацію клінічної симптоматики в залежності від клінічної форми серцевої мікроаномалії. Встановлено, що максимальною частотою кардіального синдрому була у дітей з пролапсом мітрального клапана та міксоматозною дегенерацією мітрального клапана і склала 95,6% та 90,2%, відповідно, прояви аритмічного синдрому, який у 62,5% обстежених проявлявся відчуттям серцебиття, у 47,4% – перебоями в роботі серця, найчастіше спостерігалися у дітей із аномальними хордами лівого шлуночка, пролапсом трикуспідального клапана та ідіопатичною дилатацією легеневої артерії. Одним із домінуючих був вегетативний синдром, який включав скарги на головний біль (у 66,8% дітей), задишку в стані спокою чи при незначному фізичному навантаженні (у 77,3% пацієнтів). Максимальною частотою цефалгій спостерігалась у дітей із пролапсом мітрального клапана та міксоматозною дегенерацією мітрального клапана (у 82,4% та 84,3%, відповідно). Відзначено наявність скарг на головокружіння – у 55,1%, схильність до артеріальної гіпертензії – у 28,1%, артеріальної гіпотензії – у 48,3%, прояви вегетативних кризів – у 30,7%, синкопальних станів – у 30,1% дітей. Показано, що основними проявами геморагічного синдрому у дітей з малими аномаліями розвитку серця були носові кровотечі та кровоточивість ясен (у 15,6% та 20,2% пацієнтів, відповідно). Прояви психоемоційної лабільності визначили у 34,4%, підвищеної тривожності – у 25,6% обстежених.

Ключові слова: діти, дисплазія сполучної тканини серця, мікроаномалії розвитку серця, клініка.

Резюме. Проанализированы основные клинические синдромы у детей с микроаномалиями развития сердца. Проведена дифференциация клинической симптоматики в зависимости от клинической формы сердечной микроаномалии. Установлено, что максимальной частота кардиального синдрома была у детей с пролапсом митрального клапана и миксоматозной дегенерацией митрального клапана и составила 95,6% и 90,2%, соответственно. Проявления аритмического синдрома, который у 62,5% обследованных проявлялся ощущением сердцебиения, у 47,4% – перебоями в работе сердца, чаще всего встречались у детей с аномальными хордами левого желудочка, пролапсом трехстворчатого клапана и идиопатической дилатацией легочной артерии. Одним из доминирующих был вегетативный синдром, который характеризовался жалобами на головную боль (у 66,8% детей), одышку в состоянии покоя или при незначительной физической нагрузке (у 77,3% пациентов). Максимальной частота цефалгий была у детей с пролапсом митрального клапана и миксоматозной дегенерацией митрального клапана (у 82,4% и 84,3%, соответственно). Отмечено наличие жалоб на головокружение – у 55,1%, склонности к артериальной гипертензии – у 28,1%, артериальной гипотензии – у 48,3%, проявления вегетативных кризисов – у 30,7%, синкопальных состояний – у 30,1% детей. Показано, что основными проявлениями геморагического синдрома у детей с малыми аномалиями развития сердца были носовые кровотечения и кровотечения из десен (у 15,6% и 20,2% пациентов, соответственно). Проявления психоэмоциональной лабильности определяли у 34,4%, повышенной тревожности – у 25,6% обследованных.

Ключевые слова: дети, дисплазия соединительной ткани сердца, микроаномалии развития сердца, клиника.

Summary. It was determined, that a clinical picture within the framework of different morphological variants of small cardiac anomalies consists of kardialgical, unrhythmical, vegetative, vascular, gemoragical, psychopathy syndromes and their combinations. Differentiation of clinical is carried out depending on the clinical form of cardiac microabnormalities. It is set, that maximal frequency of cardiac pain syndrome was at children with prolapse of valve mitrale and miksomatoze degeneration of valve mitrale and was 95,6% and 90,2%, accordingly. Displays of arrhythmical syndrome which at 62,5% of inspected showed up feeling of palpitation, at 47,4% – by interruptions in work of heart, more frequent than all met at children with the abnormalities chords of left ventricle, prolapse of right atrioventricular valve and idiopathic dilatation of pulmonary artery. One of dominant was a vegetative syndrome, which contain by complaints about head pain (at 66,8% children), shortness of breath in a state of rest or at the insignificant physical loading (at 77,3% patients). Maximal frequency of headache was at children with prolapse of mitral valve and miksomatoze degeneration of mitral valve (at 82,4% and 84,3%, accordingly). The presence of complaints is marked about dizziness – at 55,1%, propensity to arterial hypertension – at 28,1%, arterial hypotension – at 48,3%, displays of vegetative crises – at 30,7%, loss of consciousness being – at 30,1% children. It is shown, that the nose-bleeds and bleeding from gums were the basic displays of haemorrhagic syndrome at children with the small anomalies of development of heart (at 15,6% and 20,2% patients, accordingly). The displays of psychoemotional status were determined at 34,4%, promoted anxiety – at 25,6% of inspected.

Key words: children, displasia of connecting tissue of heart, microabnormalities of heart development, clinic.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Сполучнотканинні дисплазії розглядаються як самостійний синдром мультифакторіальної природи, що проявляється зовнішніми ознаками в поєднанні з дисплазією сполучної тканини із клінічно значимою дисфункцією одного чи кількох органів [4]. Чільне місце серед сполучнотканинних дисплазій займають малі аномалії розвитку серця (МАРС), що стали сьогодні актуальною проблемою дитячої кардіології. Це детерміновано не лише значною поширеністю МАРС в дитячій популяції, що сягає до 18 %, але й варіабельною клінічною симптоматикою, що визначає часту госпіталізацію пацієнтів.

Одним із параметрів, що визначають ступінь адаптації організму дитини, є клінічні особливості перебігу захворювання [6]. Порушення, що виникають в процесі морфогенезу та притаманні МАРС, можуть бути причинними факторами багатьох проявів клінічного неблагополуччя і пограничних станів у дітей, а при органічних ураженнях – погіршити їх прогноз [1, 7].

На сьогодні актуальним є вивчення особливостей клінічного перебігу МАРС в залежності від їх морфологічного варіанту, що дозволить розробити чіткі діагностичні критерії кожної із форм та визначити клінічну тактику їх вчасної верифікації та адекватної корекції.

Мета роботи: встановити особливості розвитку та перебігу клінічних і функціональних змін серцево-судинної системи у дітей з різними формами МАРС.

Матеріал і методи

Провели аналіз клінічних особливостей перебігу захворювання у 352 дітей віком від 5 до 18 років із різними морфологічними варіантами МАРС, в тому числі із пролапсом митрального клапана (ПМК) – 68, із миксоматозною дегенерацією стулок митрального клапана (МДМК) – 51, із аномальними хордами лівого шлуночка (АХЛШ) – 78, із пролапсом трикуспідального клапана (ПТК) – 36, із ідіопатичною дилатацією легеневої артерії (ІДЛА) – 38, із незначною

дилатацією кореня аорти (ДКА) – 36, із невеликою аневризмою синусів Вальсальви (АнаСВ) – 17, із невеликою аневризмою міжшлуночкової перетинки (АМШП) у поєднанні із ПМК чи МДМК – 28 дітей. Наявність певного виду МАРС діагностували за даними стандартного ЕхоКС та доплер-ЕхоКС дослідження при локації із чотирьохкамерної апікальної проекції. У формуванні клінічних груп за варіантами МАРС користувалися класифікацією С.Ф. Гнусаєва (1996) [2].

Результати та їх обговорення

Клінічна картина у дітей із МАРС складалася із певного комплексу скарг і ряду об'єктивних симптомів. Незважаючи на різноманітність морфологічних варіантів МАРС, клінічна картина в рамках кожного із них складалася із кардіалгічного, аритмічного, вегетативного, судинного, геморагічного та психопатичного синдромів та їх поєднань.

Провідним у дітей із дисплазією сполучної тканини серця (ДСТС) був кардіалгічний синдром, що зустрічався у 78,4% хворих (табл. 1). У 43,6% із них біль, як правило, локалізувався в прекардіальній ділянці, 32,3% обстежених локалізували біль в ділянці верхівки. Частина пацієнтів скаржилася на за грудиною біль та біль із ірадіацією в міжлопаткову ділянку; у 16,7% дітей больові відчуття мали мігруючий характер. Біль в ділянці серця найчастіше мав колючий, рідше стискаючий характер, виникав спонтанно чи провокувався фізичним навантаженням. Виникнення болі у 49,8% обстежених пов'язували із хвилюванням чи перенесенням психоемоційним стресом. Тривалість кардіалгій – від кількох секунд до кількох годин і навіть днів. У більшості обстежених больовий синдром зникав самостійно (в спокої чи при дотриманні щадячого режиму). Близько третини дітей для полегшення болю застосовували медикаментозні засоби (в основному заспокійливі). Максимальною частотою кардіалгічного синдрому була у дітей із ПМК та МДМК і склала 95,6% та 90,2%, відповідно. Деяко рідше кардіалгічний синдром констатували у дітей із АХЛШ, ПТК та АнаСВ.

Таблиця 1. Частота основних клінічних синдромів та скарг у дітей із різними варіантами мікроаномалій розвитку серця (у абс. числах та %)

Клінічний синдром, скарги	Варіант мікроаномалій розвитку серця								
	ПМК (n=68)	МДМК (n=51)	АХЛШ (n=78)	ПТК (n=36)	ІДЛА (n=38)	ДКА (n=36)	AnaCB (n=17)	АМШП (n=28)	Всього (n=352)
Кардіалгічний синдром	65 (95,6)	46 (90,2)	64 (82,1)	28 (77,8)	26 (68,4)	19 (52,8)	12 (70,6)	16 (57,1)	276 (78,4)
Аритмічний синдром:									
- серцебиття	42 (61,8)	31 (60,8)	63 (80,8)	26 (72,2)	29 (76,3)	17 (47,2)	5 (29,4)	7 (25,0)	220 (62,5)
- перебоїв в роботі серця	25 (36,8)	21 (41,2)	56 (71,8)	16 (44,4)	13 (34,2)	24 (66,7)	6 (35,3)	6 (21,4)	167 (47,4)
Вегетативний синдром:									
- головний біль	56 (82,4)	43 (84,3)	50 (64,1)	23 (63,9)	17 (44,7)	26 (72,2)	11 (64,7)	9 (32,1)	235 (66,8)
- незадоволення вдихом	24 (35,3)	25 (49,0)	38 (48,7)	19 (52,8)	21 (55,3)	14 (38,9)	10 (58,8)	8 (28,6)	159 (45,2)
- неперенос. транспорту	23 (33,8)	18 (35,3)	24 (30,8)	10 (27,8)	14 (36,8)	16 (44,4)	8 (47,1)	8 (28,6)	121 (34,4)
- задишка (фіз. навантаж.)	61 (89,7)	47 (92,2)	47 (60,3)	27 (75,0)	35 (92,1)	23 (63,9)	12 (70,6)	20 (71,4)	272 (77,3)
- підвищена втомлював.	53 (77,9)	40 (78,4)	39 (50,0)	15 (41,7)	19 (50,0)	25 (69,4)	11 (64,7)	18 (64,3)	220 (62,5)
- вегетативні кризи	16 (23,5)	13 (25,5)	26 (33,3)	16 (44,4)	15 (39,5)	12 (33,3)	5 (29,4)	5 (17,9)	108 (30,7)
Судинний синдром:									
- головокружіння	26 (38,2)	38 (74,5)	35 (44,9)	17 (47,2)	20 (52,6)	32 (88,9)	14 (82,4)	12 (42,9)	194 (55,1)
- шум і пульсація в голові	19 (27,9)	15 (29,4)	12 (15,4)	11 (30,6)	14 (36,8)	24 (66,7)	11 (64,7)	8 (28,6)	114 (32,4)
- мігрені	14 (20,6)	12 (23,5)	14 (17,9)	7 (19,4)	5 (13,2)	13 (36,1)	6 (35,3)	3 (10,7)	74 (21,0)
- мерзлякуватість кінцівок	6 (8,8)	3 (5,9)	5 (6,4)	2 (5,6)	4 (10,5)	5 (13,9)	3 (17,6)	1 (3,6)	29 (8,2)
- пастозність	8 (11,8)	5 (9,8)	8 (10,2)	4 (11,1)	5 (13,2)	5 (13,9)	2 (11,8)	-	37 (10,5)
- підвищене потовиділення	21 (30,9)	26 (50,9)	30 (38,5)	15 (41,7)	15 (39,5)	17 (47,2)	11 (64,7)	13 (46,4)	148 (42,0)
- відчуття парестезій	9 (13,2)	12 (23,5)	12 (15,4)	11 (30,6)	6 (15,8)	11 (30,6)	7 (41,2)	7 (25,0)	75 (21,3)
- артеріальна гіпотензія	26 (38,2)	17 (33,3)	49 (62,8)	14 (38,9)	15 (39,5)	28 (77,8)	13 (76,4)	8 (28,6)	170 (48,3)
- артеріальна гіпертензія	27 (39,7)	21 (41,2)	17 (21,8)	14 (38,9)	10 (26,3)	3 (8,3)	3 (17,6)	4 (14,3)	99 (28,1)
лабільність АТ	21 (30,9)	22 (43,1)	19 (24,4)	12 (33,3)	15 (39,5)	13 (36,1)	6 (35,3)	6 (21,4)	114 (32,4)
- ліпотімія	28 (41,2)	38 (74,5)	51 (65,4)	15 (41,7)	25 (65,8)	30 (83,3)	13 (76,4)	15 (53,6)	215 (61,1)
- синкопальні стани	10 (14,7)	24 (47,1)	28 (35,9)	7 (19,4)	4 (10,5)	14 (38,9)	7 (41,2)	12 (42,9)	106 (30,1)
Геморагічний синдром:									
- носові кровотечі	9 (13,2)	11 (21,6)	8 (10,2)	4 (11,1)	10 (26,3)	7 (19,4)	3 (17,6)	3 (10,7)	55 (15,6)
- кровоточивість ясен	14 (20,6)	12 (23,5)	14 (17,9)	7 (19,4)	13 (34,2)	5 (13,9)	2 (11,8)	4 (14,3)	71 (20,2)
Психопатичний синдром:									
- психоемоційна лабільн.	21 (30,9)	25 (49,0)	29 (37,2)	22 (61,1)	9 (23,7)	7 (19,4)	4 (23,5)	4 (14,3)	121 (34,4)
- підвищена тривожність	16 (23,5)	14 (27,5)	21 (26,9)	13 (36,1)	10 (26,3)	6 (16,7)	4 (23,5)	6 (21,4)	90 (25,6)
- нічні сновидіння (жахи)	14 (20,6)	13 (25,5)	17 (21,8)	17 (47,2)	13 (34,2)	12 (33,3)	5 (29,4)	8 (28,6)	99 (28,1)
- надмірна відповідальн.	11 (16,2)	12 (23,5)	10 (12,8)	15 (41,7)	8 (21,1)	11 (30,6)	7 (41,2)	9 (32,1)	83 (23,6)

Примітки: 1. Всі дані наведено у абсолютних числах. 2. В дужках подано відсоток дітей із певною скаргою серед обстежених із визначеним варіантом МАРС та у загальній когорті

Доволі часто у дітей із МАРС виявляли аритмічний синдром, який у 62,5% обстежених проявлявся відчуттям серцебиття, а у 47,4% - перебоями в роботі серця. Суб'єктивні відчуття посиленого або частішого серцебиття, в основному, спостерігалися не постійно, а лише у відповідь на різноманітні подразники: фізичні чи психоемоційні навантаження, хвилювання, переміщення із горизонтального у вертикальне положення, гіпервентиляцію. Відчуття перебоїв у роботі серця найчастіше виникало в спокої, супроводжувалося відчуттям дискомфорту в прекардіальній зоні, іноді головокружінням та страхом смерті. У більшості обстежених відчуття перебоїв в роботі серця зменшувалося або повністю зникало після фізичного навантаження. Найчастіше прояви аритмічного синдрому спостерігалися у дітей із АХЛШ, ПТК та ІДЛА, дещо рідше - у обстежених із ПМК та МДМК.

Одним із домінуючих у обстежених нами дітей був вегетативний синдром, що характеризувався вираженою поліморфністю суб'єктивних відчуттів. Найчастішими проявами вегетативного дискомфорту у дітей були головний біль та задишка в спокої чи при незначному фізичному навантаженні. Такі скарги мали 66,8% та 77,3% обстежених із МАРС, відповідно. У 30,5% дітей головний біль мав, в основному, періодичний, як правило, дифузний характер (охоплював тім'яну, скроневу та потиличну ділянки), переважно давлячий чи стискаючий, провокувався розумовим чи фізичним перевантаженням, зменшувався самовільно впродовж 1,5-2 годин у стані спокою. В 21,6% випадків головний біль найчастіше з'являвся в другій половині дня,

тривав 2-4 години і вимагав для свого купування прийому медикаментів. У деяких обстежених інтенсивні цефалгії виникали на тлі підвищення АТ. Частина дітей, навпаки, відзначала супутнє головокружіння, відчуття запаморочення та потемніння в очах на тлі пониженого АТ. Типовим для цефалгій у дітей із МАРС було посилення їх при зміні метеоумов, фізичному чи психо-емоційному навантаженні. У 21,3% обстежених були мігреноподібні пароксизми, у 10,2% - головний біль супроводжувався носовими кровотечами. Головний біль найчастіше виникав у обстежених із ПМК та МДМК, дещо рідше - у пацієнтів із ДКА та AnaCB. Мінімальною частотою цефалгій виявилася у дітей із АМШП і становила 32,1% обстежених із цим варіантом МАРС.

Скарги на задишку в спокої чи помірному фізичному навантаженні подавали 77,3% обстежених із МАРС. Доволі часто задишку діти описували як відчуття нестачі повітря, неможливість зробити глибокий вдих чи потребу в повторному вдиху. У більшості обстежених респіраторні скарги супроводжувалися вираженою тривожністю, страхом, виникали у відповідь на психотравмуючу ситуацію чи при незначному фізичному навантаженні. Характерною особливістю задишки було її зменшення при зміні психологічної домінантності чи при виконанні відповідного дозованого фізичного навантаження. Втім, близько третини обстежених вказували на задишку при фізичному навантаженні переважно середньої інтенсивності (підйом по сходах, біг чи швидка хода), яка супроводжувалася відчуттям серцебиття, кардіалгіями, загальною слабкістю. Домінуючими скарги на задишку були у обстежених із ПМК, МДМК та ІДЛА

Характерною особливістю суб'єктивних проявів у дітей із МАРС було те, що більшість із них скаржилися на підвищену втомлюваність, зниження працездатності, непереносимість спеки, транспорту, задушливих (багатолюдних) приміщень. Такі скарги практично з однаковою частотою виникали у обстежених із усіма варіантами ДСТС. Більше того, в більшості випадків вони супроводжувалися вираженими периферичними розладами чи розладами судинного тону. Прояви судинного синдрому були і локальними, і поширеними та проявлялися як спазмом судин і підвищенням периферичного судинного опору, так і їх неадекватним розширенням. Клінічно відзначено почервоніння шкіри обличчя, шиї і верхньої частини тулуба, пастозність обличчя і кінцівок, головокружіння, транзиторні порушення зору, мигтіння "мушок" перед очима, відчуття пульсації в голові, пульсуючий шум у вухах, м'язове тремтіння, парестезії, загальне озноблення чи мерзлякуватість кінцівок, субфебрильна температура тіла, підвищене потовиділення. Головокружіння спостерігалось у 55,1% пацієнтів і мало періодичний несистемний характер. Найчастіше головокружіння проковувалося різкою зміною положення тіла та супроводжувалося нудотою, мигтінням "темних мушок" перед очима, шумом у вухах. Найчастіше на головокружіння скаржилися діти із ДКА, АнаСВ та МДМК.

У 30,7% обстежених із МАРС перебіг вегетативного синдрому був пароксизмальним і характеризувався наявністю на тлі помірних чи виражених вегетативних проявів вегетативних кризів. Спостерігали наявність як симпато-адреналових, вагоінсулярних, так і змішаних вегетативних кризів, що, вочевидь, залежало від переважання у дітей певного із відділів ВНС. Найчастіше вегетативні кризи перебігали у вигляді нападів з явищами різкої слабкості, відчуттям жару, чи, навпаки, ознобу, приливами, задишкою, емоційним збудженням, зблідненням чи почервонінням шкірних покривів, пітливістю, серцебиттям тривалістю від кількох хвилин до 1-2 годин. Схильність до кризів була практично рівномірною серед обстежених із усіма варіантами МАРС і лише дещо вищою у пацієнтів із ПТК та ДДІА.

До важливих ознак МАРС слід віднести і зміни АТ, які були у переважній більшості обстежених дітей. Так, 28,1% пацієнтів властивою була схильність до артеріальної гіпертензії. Підвищення АТ могло бути спонтанним, але частіше проявлялося у вигляді неадекватної реакції на емоційне чи фізичне навантаження, гіпервентиляцію і перехід із горизонтального положення у вертикальне. В основному АТ у пацієнтів із МАРС підвищувався до рівня, що відповідав віковій граничній артеріальній гіпертензії, втім мали місце й короточасні підйоми АТ до більш високих величин. Схильність до артеріальної гіпертензії відзначалися, в основному, діти із МДМК, ПМК та ПТК. У 48,3% обстежених із МАРС, навпаки, відзначали схильність до артеріальної гіпотензії. Вона визначалася у спокої, але максимально клінічно проявляла себе при навантаженні, зміні метеоумов чи при переході з горизонтального в ортоположення. Зниження АТ найчастіше супроводжувалося відчуттям головокружіння, серцебиттям, шумом у вухах, вираженою загальною слабкістю, ліпогімією чи, навіть, втратою свідомості. В розвитку цих порушень при МАРС значна роль належить зниженню тону периферійних вен, що призводить до депонування в них крові та зменшення повороту венозної крові до серця. Найбільшу схильність до артеріальної гіпотензії відзначали у дітей із ДКА та АнаСВ. Вони становили 77,8% та 76,4% серед обстежених цих груп, відповідно. Для 32,4% дітей властивою була виражена лабільність АТ впродовж доби. У 61,1% пацієнтів із МАРС у анамнезі спостерігалась

ліпогімія, а у 30,1% - синкопальні стани. Найчастіше вказані стани виникали у дітей із ДКА, АнаСВ, МДМК та АХЛШ.

Серед проявів геморагічного синдрому у дітей із МАРС найчастіше зустрічалися носові кровотечі та кровоточивість ясен, які спостерігалися у 15,6% та 20,2% обстежених, відповідно. При цьому слід вказати, що носові кровотечі у 10,2% пацієнтів виникали на висоті головного болю, у інших - мали спонтанний характер і вочевидь могли бути пов'язані з підвищенням АТ чи підвищенням проникливості судинної стінки. Розподіл вказаних скарг щодо варіантів МАРС не мав виражених особливостей.

Доволі поширеним і поліморфним серед обстежених був психопатичний синдром. І хоча яскраві прояви психоемоційної лабільності визначили лише у 34,4%, а підвищеної тривожності - у 25,6% дітей із МАРС, все ж в тій чи іншій мірі такі зміни були притаманні практично всім пацієнтам. Діти скаржилися на швидку зміну настрою, немотивовану плаксивість, підвищену подразливість, відчуття роздратування (часто неадекватне ситуації). Поряд з цим у дітей виникало відчуття постійної тривоги, немотивоване передчуття нещастя, що часто супроводжувалося нічними сновидіннями, порушенням засипання, частим пробудженням. Як правило, такі діти скаржилися на погіршення настрою та працездатності, порушення уваги, швидку втомлюваність, апатичність, погіршення шкільної успішності. Частині пацієнтів, навпаки, властивим було надмірне відчуття відповідальності, потреба в лідерстві, що поєднувалися із вираженими переживаннями (щодо ситуації в школі, стосунків у сім'ї та із друзями). Зміни в психологічному статусі були однаково притаманні пацієнтам із усіма варіантами МАРС.

Таким чином, ДСТС - це патологія, при якій успадковуються не тільки структурні, але й метаболічні та функціональні особливості сполучної тканини [5], які, в основному, й визначають поліморфізм клінічної картини. Поряд з цим, вагома роль у розвитку клінічних синдромів належить супутній вегетативній дисфункції, порушенням нейрогуморальної регуляції і т.д. Так, високу частоту кардіалгій пов'язують зі зростанням тону симпатоадреналової системи та, відповідно, зниженням парасимпатичного тону. Прояви з боку нервової системи (головокружіння, головний біль, ліпогімія і т.д.) пояснюють наявність гіпервентиляційного синдрому та порушеннями серцевого ритму, що призводять до гіперкапнії, зниження артеріального тиску та величини церебрального кровоплину [3]. За даними більшості дослідників, пацієнти із МАРС мають знижені можливості кардіомеханіки і малу переносимість фізичних навантажень [10]. І хоча, в основному, клінічні прояви, притаманні різним варіантам МАРС є подібними, все ж частота та вираженість їх у дітей різних клінічних груп варіює.

Гіпотези аритмогенезу при МАРС включають подовження електричної систоли, розвиток вогнищевої кардіоміопатії в ділянці пролабуєчих клапанів, зростання ектопічної активності шлуночків внаслідок механічної стимуляції пролабуєчими стулками клапанів, наявність додаткових шляхів проведення [8]. Деякі дослідники вважають АХЛШ додатковими шляхами проведення збудження, так як вони можуть містити волокна Пуркінє. Існує і версія про зміну електрофізіологічних властивостей гладком'язових клітин, що виникає внаслідок деформації хорд турбулентним током крові через їх аномальне розміщення на шляху відтоку крові [9]. Зважаючи на наявність особливостей структури і функції позаклітинного матриксу міокарда та наявності при кожному варіанті ДСТС різноманітних анатомічних відхилень, у дітей із МАРС ці теорії видаються доволі вірогідними.

Не остання роль у розвитку клінічної симптоматики

МАРС належить і ендотеліальній дисфункції на тлі ремоделювання судин, детермінованого структурно-функціональними особливостями їх сполучнотканинного матриксу. Вивчення цих процесів та їх значення за умов певного варіанту МАРС, на нашу думку, є доволі перспективним.

Висновки

1. Клінічні прояви МАРС у дітей характеризуються вираженою варіабельністю, детермінованою видом ДСТС. Кардіалгічний синдром найбільш притаманний дітям із ПМК та МДМК, аритмічний - із АХЛШ, ПТК та ІДЛА, вегетативний - властивий в тій чи іншій мірі всім обстеженим із МАРС.

2. Особливості клініки різних видів МАРС у дітей визначають необхідність диференційованої діагностичної тактики з метою верифікації відхилень та подальшої ефективної корекції.

Перспективи подальших досліджень

Проведення подальших досліджень передбачає верифікацію інших клініко-параклінічних особливостей різних варіантів ДСТС та підбір оптимальних діагностично-лікувальних алгоритмів.

Література

1. Белозеров Ю.М. Детская кардиология / Ю.М.Белозеров / М.: МЕДпресс-информ, 2004.- 600 с.
2. Гнусаев С.Ф. Эхокардиографические критерии диагностики и классификации малых аномалий сердца у детей / С.Ф.

Гнусаев, Ю.М. Белозеров // Ультразвуковая диагностика. – 1997. – №3. – С. 21 – 27.

3. Евтушенко С.К. Особенности церебральной вегето-сосудистой дистонии у больных с пролапсом митрального клапана / С.К. Евтушенко, А.В. Сергиенко, Л.Ф. Евтушенко // Лік. справа. – 2001. – №2. – С. 42 – 46.

4. Земцовский Э.В. Соединительнотканые дисплазии сердца / Э.В. Земцовский // С.-Пб., 1999. – 256 с.

5. Кашкалда Д.А. Деякі показники метаболізму колагену та еластину у підлітків із дисплазією сполучної тканини / Д.А. Кашкалда, В.Л. Кашина // ПАГ-2000. – №4. – С. 99.

6. Меньшикова Л.И. Значение малых аномалий развития сердца в формировании патологии сердечно-сосудистой системы у детей / Л.И. Меньшикова, В.И. Макарова, О.Б. Сурова // Росс. вестник перинатол. и педиатр. – 2001. – №5. – С. 39 – 42.

7. Меньшикова Л.И. Малые аномалии развития сердца в генезе кардиоваскулярной патологии у детей / Л.И. Меньшикова, О.Б. Сурова, В.И. Макарова // Росс. вестник перинатол. и педиатрии. – 2001. – №2. – С. 24 – 26.

8. Немцова В.Д. Комплексне лабораторно-радіоімунотичне дослідження нейрогуморальних змін при ідіопатичному пролапсі митрального клапана / В.Д. Немцова // Укр. радіол. журнал. – 2000. – №1. – С. 52 – 54.

9. Олесин А.И. Избранные вопросы практической кардиологии / А.И. Олесин, А.В. Шабров, В.И. Синенко // СПб.: СПбГМА им.И.И.Мечникова, 2001. – 229 с.

10. Тарасова А.А. Кардиальные проявления дисплазий соединительной ткани у детей / А.А. Тарасова, Л.П. Гавришова, Н.А. Коровина // Педиатрия. – 2000. – №5. – С. 42 – 46.

Одержано 15.02.2010 року.

УДК 616-079.6+340.64+771.534.58+611.718

ВСТАНОВЛЕННЯ ВІКУ ЗА РЕНТГЕНДЕНСИТОМЕТРИЧНИМИ ПАРАМЕТРАМИ КІСТОК СТОПИ ЛЮДИНИ

В.М.Волошинович, З.Я.Витвицький, Я.С.Дзюбинський

Івано-Франківський національний медичний університет

УСТАНОВЛЕНИЕ ВОЗРАСТА ЗА РЕНТГЕНДЕНСИТОМЕТРИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ КОСТЕЙ СТОПЫ ЧЕЛОВЕКА

В.М.Волошинович, З.Я.Витвицкий, Я.С.Дзюбинский

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

AGE DETERMINATION ACCORDING TO ROENTGENDENSITOMETRIC PARAMETERS OF HUMAN FOOT BONES

V.M.Voloshynovych, Z.Ya.Vytyvtskiy, Ya.S.Dzubynskiy

Ivano-Frankivsk National Medical University

Резюме. Використовуючи метод непрямой еталонной рентгеновської денситометрії, проаналізовано 210 рентгенограм кісток стопи осіб чоловічої (105) та жіночої статі (105) у віці від 1 до 21 року. При дослідженні враховували рентгенограми без ознак системних захворювань, хвороб м'язово-кісткової системи та травм. Матеріал ґрунтується на дослідженні осіб, що проживають на території Івано-Франківської області. Вимірювали інтенсивність почорніння в чотирьох точках і визначали середній відносний показник оптичної щільності рентгенограм II плеснових кісток, а також розраховували середні величини цих значень. Отримані при цьому середні величини показників рентгеноденситометрії вивчені і проаналізовані в 6 вікових групах чоловіків і жінок. Для визначення