

лучшей динамикой показателей уровня контроля над ХОБЛ (среднее значение по шкале CAT выросло на 30,0%, а по шкале mMRC - на 10,3% от исходного) и уровня бронхиальной обструкции (ОФВ1 возросло в среднем на 5,3%). Также наблюдалась достоверное снижение распространенности соматопсихических синдромов (невротизации на 43,2% ( $p=0,006$ ), реактивной тревожности - на 62,2% ( $p=0,003$ ), личностной тревожности - на 46,0% ( $p=0,037$ ) и депрессивных состояний - на 24,3%) по сравнению с группой контроля. Выявленная эффективность препарата позволяет рекомендовать его к включению в схемы комплексной терапии больных ХОБЛ.

**Ключевые слова:** хроническая обструктивная болезнь легких, невротизация, тревожность, депрессивные состояния, лечение.

**Dovgan A.O., Konstantynovych T.V., Mostova O.P., Dovgan O.V.**

### FEATURES OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE WITH CONCOMITANT SOMATOPSYCHIC CHANGES

**Summary.** To evaluate the clinical, functional and psychocorrecting efficiency to treatment of COPD patients with the inclusion of nootropic drug examined 37 patients with COPD using conventional in pulmonology practice techniques and made the definition of psychological status using standardized international questionnaires determine the level of neuroticism, anxiety and depression. We studied the dynamics of clinical symptoms, indicators of lung function and patients' somatopsychic characteristics background with carrying out of complex treatment that includes medication baseline (fluticasone propionate and salmeterol) in combination with the derivative of GABA - Phenibut a dose of 250 mg twice a day for a month. Comparison group consisted of 32 patients with COPD, representative by age, sex and severity of disease to the main, who received only basic therapy. Determined that patients on combined therapy regime characterized by significantly better dynamic indicators of control of the COPD (mean on a scale CAT increased by 30,0%, and on a scale mMRC - 10,3% of the original) and the level of bronchial obstruction (FEV1 increased on average by 5,3%). Also observed probable decrease of prevalence somatopsychic syndromes (neuroticism by 43,2% ( $p=0,006$ ), state anxiety - by 62,2% ( $p=0,003$ ), trait anxiety - by 46,0% ( $p=0,037$ ) and depression - 24,3%) compared to the control group. Detected drug efficacy can recommend it for inclusion in schemes of complex therapy of patients with COPD.

**Key words:** chronic obstructive pulmonary disease, neuroticism, anxiety, depression, treatment.

Рецензент - д.мед.н., проф. Іванов В.П.

Стаття надійшла до редакції 29.12.2016

Довгань Аліна Олександрівна - аспірант кафедри пропедевтики внутрішньої медицини ВНМУ ім. М.І. Пирогова; alina88dovgan@gmail.com; +38(063)1098108

Константинович Тетяна Володимирівна - д.мед.н., професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини ВНМУ ім. М.І. Пирогова; tvkonstantinovich@yahoo.com

Мостова Ольга Петрівна - д.мед.н., каф. загальної гігієни та екології, ВНМУ ім. М.І. Пирогова, головний дитячий психіатр Вінницької області; omostovaya@gmail.com

Довгань Олександр Вікторович - к.мед.н., доцент кафедри нормальної фізіології ВНМУ ім. М.І. Пирогова; alexandr.d1980@gmail.com

© Гур'єв С.О., Танасієнко П.В., Василов В.В., Ковалишин І.В.

УДК: 614.88:629.113:614.2:658.14/.3

**Гур'єв С.О., Танасієнко П.В., Василов В.В., Ковалишин І.В.**

ДЗ "Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України" (вул. Братиславська 3, м Київ, 02166, Україна)

## КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА БІЛАТЕРАЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ СТЕГНА У ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ З ПОЛІТРАВМОЮ

**Резюме.** Найбільшу питому вагу в структурі уражень скелета складають переломи великих кісток нижніх кінцівок особливо білатеральні переломи стегна, які відзначаються у 5,5-8,2% постраждалих. Для вирішення задач та цілей дослідження по визначенню клініко-епідеміологічних складових дослідження аналізу піддано 147 випадки білатеральних переломів стегна та політравми. Як вказав аналіз статеві ознаки серед постраждалих з білатеральними переломами стегна та політравмою найчастіше зустрічаються пацієнти вікової групи 51-60 років, що не є характерним для вікової структури політравми. Серед осіб молодого віку до 30 років переважають чоловіки, які зустрічаються у 1,9 разів частіше ніж жінки, що вказує на те, що білатеральні переломи стегна зустрічаються частіше у чоловіків молодого віку. Найчастіше білатеральні переломи при політравмі зустрічаються у постраждалих середнього віку 30-60 років, що було виявлено у 55,8% випадків.

**Ключові слова:** постраждалих, політравма, білатеральні переломи стегна, стать, вік.

### Вступ

В структурі смертності населення економічно розвинених країн травматизм займає 3 і 4 місце після серцево-судинних захворювань, злоякісних новоутворень, захворювань органів дихання і інфекційних хвороб [4]. Летальність від таких травм опорно-рухового апарату

досить значна - від 5,4 до 49,6%. Це зв'язано з урбанізацією, зростаючою індустріалізацією яка сприяє збільшенню випадків важкого виробничого, побутового і дорожньо-транспортного травматизму [1]. За даними ВООЗ, щорічно від важких травм помирають

5,8 мільйона осіб, а кількість людей, які стали важкими інвалідами, перевищує цю цифру більш ніж у три рази. Важка травма є однією з серйозних проблем охорони здоров'я, щорічно забирає життя більше 5 млн. людей у світі, і, як очікується, це число буде перевищувати 8 млн. до 2020 року [6]. Причинами значної кількості незадовільних результатів політравми з пошкодженням опорно-рухової системи пов'язано з тим, що найбільшу питому вагу в структурі уражень скелета складають переломи великих кісток нижніх кінцівок особливо білатеральні переломи стегна, які відзначаються у 5,5-8,2% постраждалих [2, 3]. При наявності білатеральних переломів стегна в поєднанні з пошкодженням грудей, живота, особливо з наступною потужною кровотечею, з черепно-мозковими ушкодженнями, летальність досягає 90-100% [5, 7]. Донедавна в літературі не було наукових досліджень, які узагальнюють проблеми діагностики, перебігу та лікування травматичної хвороби у постраждалих з білатеральними переломами стегна та політравмою на великому клінічному матеріалі. Саме це і спонукало нас до виконання нашого дослідження.

*Метою* роботи було вивчення впливу клініко-епідеміологічної характеристики на результат перебігу травматичного процесу у постраждалих білатеральними переломами стегна та політравмою.

### Матеріали та методи

Для вирішення задач та цілей дослідження по визначенню клініко-епідеміологічних складових дослідження аналізу піддано 147 випадки білатеральних переломів стегна та політравми. Дані були внесені у спеціально розроблені карти, що дозволяли аналізувати типи та види переломів стегна за класифікацією АО/ASAF, функціональну та морфологічну складову політравми, тяжкість пошкоджень, тяжкість стану постраждалого, характер оперативних втручань, вид інфекційних та неінфекційних ускладнень. Чоловіків було 92, що становило 62,6% загального масиву, а жінок відповідно 55-37,4% загального масиву. Для повного та якісного аналізу матеріалу дослідження нами було проведено розподіл масиву вивчення на групи відповідно до результату перебігу травматичної хвороби, а саме: перша група - ті, що видужали (постраждали, лікування яких закінчилось одужанням), друга група померлі (постраждали, лікування яких закінчилось летальним випадком). До першої групи були віднесені 89 постраждалих, лікування яких закінчилось одужанням, що становило 60,5% загального масиву, до другої - 58 постраждалих лікування яких закінчилось летальним випадком та становило 39,5% загального масиву. Серед чоловіків, що видужали було 59, що становить 66,3%, а жінок - 30 (33,7%). В групі померлих чоловіків було 37 (63,8%), жінок - 21 (36,2%). Середній вік в першій групі становив  $40,1 \pm 1,5$  років, в другій групі  $42,2 \pm 1,6$  років. В загальному масиві чоловіків було 92, що становило 62,6% випадків, а жінок відповідно 55-37,4% групи.

### Результати. Обговорення

В останні роки в результаті науково-технічного прогресу відбулося значне зростання числа і тяжкості політравми, множинних і поєднаних пошкоджень опорно-рухової системи. Найбільш важкими з них є білатеральні переломи стегна, які досить часто є причиною смерті постраждалих. Лікування зазначених ушкоджень є однією з найбільш важких завдань травматології. Білатеральні переломи характеризуються високою летальністю, тривалою непрацездатністю і значним рівнем інвалідності. Для лікування постраждалих з білатеральними переломами стегна при політравмі потрібна чітка організація системи надання допомоги, що починається на місці події і закінчується реабілітаційними заходами в спеціалізованому центрі. Незважаючи на ряд досліджень, що з'явилися в кінці минулого століття і останнім часом, так і не вдалося створити цілісну систему надання допомоги таким постраждалим. Чисельність варіантів ушкоджень при білатеральних пошкодженнях стегна, значна важкість їх, потребує свого тактичного підходу до лікування цієї групи хворих, що значно відрізняється від такого при ізольованій травмі. Оцінити вагу ушкоджень у постраждалого і тяжкість стану самого постраждалого потребує детального вивчення й аналізу всіх клінічних даних, а також достатнього досвіду роботи з цієї проблеми. Для того, щоб систематизувати розподіл хворих з метою оцінки важкості стану, для планування оперативного і консервативного лікування й оцінки ефективності його, а також з метою прогнозування наслідків травми, була проведено оцінка клініко-епідеміологічних характеристик білатеральних переломів стегна.

Як вказав аналіз статевої ознаки, як в групах спостереження так і в загальному масиві спостерігається домінування осіб чоловічої статі, однак в групі пацієнтів, що одужали співвідношення чоловіки/жінки становить майже 2, то в групі померлих це співвідношення уже 1,8, а в загальному масиві - 1,7. Таке превалювання чоловічої статі серед постраждалих з білатеральними переломами стегна при політравмі свідчить про той факт, що чоловіки значно частіше отримують високоенергетичну травму, яка звично є причиною політравми

**Таблиця 1.** Аналіз розподілу постраждалих з білатеральними переломами стегна та політравмою за ознакою віку.

Вік	Кількість, абс.	Кількість, %	Ri
≤20	6	4,1	7
21-30	27	18,4	3
31-40	28	19,1	2
41-50	21	14,3	4
51-60	33	22,4	1
61-70	19	12,9	5
≥71	13	8,8	6
Загалом	147	100,0	-

**Таблиця 2.** Аналіз розподілу постраждалих з білатеральними переломами стегна політравмою за віковими групами по результату травматичного процесу.

Вікові групи	Кількість постраждалих								
	Одужавші			Померлі			Загал. Масив		
	абс.	%	Ri	абс.	%	Ri	абс.	%	Ri
≤20	4	4,5	7	2	3,4	7	6	4,1	7
21-30	22	24,7	1	5	8,6	6	27	18,4	3
31-40	19	21,3	2	9	15,5	3	28	19,1	2
41-50	10	11,2	5	11	19,0	2	21	14,3	4
51-60	17	19,1	3	16	27,6	1	33	22,4	1
61-70	12	13,5	4	7	12,1	5	19	12,9	5
≥71	5	5,6	6	8	13,8	4	13	8,8	6
Загалом	89	100,0	-	58	100,0	-	147	100,0	-

та білатеральних переломів стегна.

Для визначення вікової структури постраждалих з білатеральними переломами та політравмою нами проведений аналіз, результати якого наведені у таблиці 1.

Як вказав аналіз розподілу постраждалих з білатеральними переломами стегна та політравмою існують деякі особливості вікової ознаки. Так, на першому ранговому місці постраждали вікової категорії 51-60 років. Серед постраждалих з білатеральними переломами та політравмою в загальному масиві їх було зареєстровано у 22,4% випадків. На другому ранговому місці постраждали вікової групи 31-40 років, які були виявлені у 19,1% випадків. Третє рангове місце у постраждалих вікової групи 21-30 років, які реєструвались у 18,4% випадків. Трохи рідше виявлялись постраждалі вікової групи 41-50 років, які займали четверте рангове місце в розподілі. На п'ятому ранговому місці постраждали вікової групи 61-70 років, що були виявлені у 12,9% випадків. Найрідше у розподілі зустрічались постраждалі вікових груп ≥71 років та ≤20 років. Саме постраждалі цих вікових груп займають шосте і сьоме рангові місця, однак часка пацієнтів похилого віку у 2,1 рази більша.

Більш різностороння характеристика вікової ознаки у постраждалих з білатеральними переломами стегна та політравмою змусила нас провести її аналіз за результатами травматичного процесу у вікових групах. Дані аналізу наведені у таблиці 2. Дані таблиці 2 свідчать про наявні особливості розподілу масиву дослідження за ознакою віку по результату травматичного процесу виявив деякі особливості. Так, на першому ранговому місці в групі пацієнтів, що одужали постраждалі вікової групи 21-30 років. Таких постраждалих було виявлено майже четвертина. В групі померлих постраждалих цієї вікової групи виявлено менше у 2,9 разів, тому вони займають шосте рангове місце.

В групі померлих перше рангове місце у постраждалих вікової групи 51-60 років. У 27,6% випадків в групі померлих реєструвались постраждалі цієї вікової

категорії. В групі пацієнтів, що одужали, що входили у вікову групу 51-60 років було дещо менше, тому вони були розміщені на третьому ранговому місці.

Друге рангове місце в групі пацієнтів, що одужали у постраждалих вікової групи 31-40 років, які були виявлені у 21,3% випадків. В групі померлих вони виявлені у 15,5% випадків, тому розміщені на третьому ранговому місці. В групі померлих на другому ранговому місці постраждали вікової групи 41-50 років, яких було виявлено у 19,0% випадків.

Четверте рангове місце в групі пацієнтів, що одужали займають постраждалі вікової групи 61-70 років. В масиві пацієнтів, що одужали таких постраждалих виявлено 13,5% спостережень. В групі померлих постраждалих цієї вікової категорії виявлено дещо менше, тому вони знаходяться на п'ятому ранговому місці. П'яте рангове місце в масиві пацієнтів, що одужали у постраждалих вікової групи 41-50 років, що спостерігались 11,2% випадків. В групі померлих таких постраждалих було у 1,7 разів більше, тому вони знаходяться на другому ранговому місці.

Шосте рангове місце в групі пацієнтів, що одужали у постраждалих похилого віку яким виповнилось більше

**Таблиця 3.** Аналіз розподілу загального масиву за статтю по вікових групах.

Вікові групи	Стать					
	Чоловіча			Жіноча		
	абс.	%	Ri	абс.	%	Ri
≤20	5	5,4	6	1	1,8	6
21-30	20	21,8	1	7	12,7	4
31-40	19	20,6	2	9	16,4	2
41-50	15	16,4	4	6	10,9	5
51-60	18	19,5	3	15	27,3	1
61-70	11	11,9	5	8	14,5	3
≥71	4	4,3	7	9	16,4	2
Загалом	92	100,0	-	55	100,0	-

71 років. В масиві пацієнтів, що одужали їх спостерігалось лише 5,6% випадків. В групі померлих постраждалих похилого віку було у 2,5 разів, що розмістило їх на четвертому ранговому місці розподілу. Найрідше в обох масивах дослідження були представлені постраждали вікової групи до 20 років, які займають останнє сьоме рангове місце в розподілі.

Для визначення впливу вікової ознаки на перебіг травматичного процесу у постраждалих з політравмою а також достовірності наведених положень нами проведено поліхоричний аналіз.

Дані поліхоричного аналізу вказують, що між ознакою віку та результатом травматичного процесу у постраждалих з білатеральними переломами та політравмою існує прямий позитивний, помірної сили зв'язок, а вказані положення знаходяться в межах поля вірогідності ( $\chi^2 13,2 \geq \chi^2 \text{ st } 12,6$ ).

Статеві ознака та її вплив на перебіг травматичного процесу є однією з фундаментальних клініко-епідеміологічних характеристик травматичного процесу. Розглядаючи особливості впливу ознаки статі серед постраждалих з білатеральними переломами та політравмою ми встановили особливості розподілу масиву дослідження, що наведені у таблиці 3.

Дані таблиці 3 вказують на вплив ознаки статі на перебіг травматичного процесу у постраждалих з білатеральними переломами стегна та політравмою. Серед чоловіків на першому ранговому місці постраждали вікової категорії 21-30 років. В масиві чоловіків таких постраждалих було виявлено майже 22%. В той час осіб жіночої статі цієї вікової групи було виявлено у 1,7 рази менше, тому у масиві вони займали четверте рангове місце.

Серед осіб жіночої статі на першому ранговому місці постраждали вікової групи 51-60 років. Саме ця вікова категорія постраждалих жінок лідирує у розподілі. В групі чоловіків таких постраждалих виявлено у 1,4 рази менше, що відповідає третьому ранговому місцю. Друге рангове місце в обох групах спостереження займають постраждали вікової категорії 31-40 років. Варто зауважити, що в групі чоловіків постраждалих цієї вікової

категорії було дещо більше. Також друге рангове місце у осіб жіночої статі займають постраждали якім виповнилось більше 71 років. Як і постраждалих вікової групи 31-40 років їх виявлено у 16,4% випадків.

Третє рангове місце серед жінок у постраждалих вікової групи 61-70 років, яких було виявлено у 14,5% випадків. Серед чоловіків ця вікова категорія виявлялась дещо рідше, в 11,9% випадків, що і розмістило їх на п'ятому ранговому місці в розподілі. Четверте рангове місце серед чоловіків у постраждалих вікової групи 41-50 років. Таких постраждалих серед чоловіків було виявлено у 16,4% випадків. В групі жінок постраждалих цієї вікової категорії було виявлено у майже 11,0% випадків, що розмістило їх на п'ятому ранговому місці.

На шостому ранговому місці серед чоловіків постраждали молодого віку до 20 років, які спостерігались у 5,4% випадків. Серед жінок таких постраждалих виявлено у 3 рази менше, хоча вони також займають шосте рангове місце.

Результати поліхоричного аналізу, вказують, що між ознакою статі та перебігом травматичного процесу наявний прямий позитивний помірної сили зв'язок, однак виявлені положення знаходяться в межах поля вірогідності ( $\chi^2 14,3 \geq \chi^2 \text{ st } 12,6$ ).

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Серед постраждалих з білатеральними переломами стегна та політравмою найчастіше зустрічаються пацієнти вікової групи 51-60 років, що не є характерним для вікової структури політравми.

2. Серед осіб молодого віку до 30 років переважають чоловіки, які зустрічаються у 1,9 разів частіше ніж жінки, що вказує на те, що білатеральні переломи стегна зустрічаються частіше у чоловіків молодого віку.

3. Найчастіше білатеральні переломи при політравмі зустрічаються у постраждалих середнього віку 30-60 років, що було виявлено у 55,8% випадків.

В перспективі планується продовжити дослідження клініко-нозологічної структури білатеральних переломів стегна у постраждалих з політравмою.

### Список літератури

1. Анализ госпитальной летальности и качества клинической диагностики у пострадавших с политравмой / Т.В. Кравцов, С.А. Корнев, А.Н. Шаталин, А.В. Дзюбан // Политравма. - 2014. - №3. - С.24-32.
2. Березка М.І. Динаміка відновлення функції після оперативного лікування суміжних та контралатеральних переломів кісток нижніх кінцівок / М.І. Березка // Травма, - 2011, - №2(Т13), - С.44-48.
3. Бур'янов О.А. Сучасні аспекти відновного лікування постраждалих з полісегментарними переломами довгих кісток / О.А. Бур'янов, А.М. Лакша, Ю.О. Ярмолюк // Літопис травматології та ортопедії, - 2013, - №3-4, - С.94-98.
4. Гур'єв С.О. Клініко-епідеміологічна характеристика масиву постраждалих із пошкодженнями довгих кісток унаслідок дорожньо-транспортних пригод / С.О. Гур'єв, В.П. Євдошенко, С.П. Сацик // Травма. - 2014. - Т.15, №5. - С.27-30.
5. Butcher N.E. The definition of polytrauma: variable interrater versus intrarater - a prospective international study among trauma surgeons / N.E. Butcher, N. Enninghost, K. Sisak // J. Trauma Acute Care Surg. - 2013. - Vol.74. - P.884-889.
6. Epidemiology of polytrauma. In: Damage control management in the polytrauma patient / F.E. Lecky, O. Vouamra, M. Woodford, [et al]. // Eds.: Pape H.-C., Peitzman A.B., Schwab C.W. et al. - Springer. - 2010, XXIV, 463p., 90 illus.
7. Henderson C.E. Locking Plates for Distal Femur Fractures: Is There a Problem With Fracture Healing? / C.E. Henderson, L.L. Kuhl, D. Fitzpatrick. // C. Journal of Orthopaedic Trauma. - 2011. - 25(1): P.8-14.

*Гурьев С.Е., Танасиенко П.В., Василов В.В., Ковалишин И.В.*

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БИЛАТЕРАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ**

**Резюме.** Наибольший удельный вес в структуре поражений скелета составляют переломы крупных костей нижних конечностей особенно билатеральные переломы бедра, которые отмечаются в 5,5-8,2% пострадавших. Для решения задач и целей исследования по определению клинико-эпидемиологических составляющих исследования анализу подверглись 147 случая билатеральных переломов бедра и политравмы. Как указал анализ полового признака среди пострадавших с билатеральными переломами бедра и политравмой чаще всего встречаются пациенты возрастной группы 51-60 лет, не характерно для возрастной структуры политравмы. Среди лиц молодого возраста до 30 лет преобладают мужчины, которые встречаются в 1,9 раза чаще женщины, указывает на то, что билатеральные переломы бедра встречаются чаще у мужчин молодого возраста. Чаще всего билатеральные переломы при политравме встречаются в пострадавших среднего возраста 30-60 лет, было обнаружено в 55,8% случаев.

**Ключевые слова:** пострадавший, политравма, билатеральные переломы бедра, пол, возраст.

*Guriev S.Ye., Tanasienko P.V., Vasilov V.V., Kovalyshyn I.V.*

**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF BILATERAL HIP FRACTURES IN PATIENTS WITH POLYTRAUMA**

**Summary.** The greatest specific gravity in the structure of lesions of the skeleton is the fractures of large bones of the lower extremities, especially bilateral fractures of the thigh, which are noted in 5,5-8,2% of the affected. To solve the tasks and objectives of the study to determine the clinical and epidemiological components of the study, 147 cases of bilateral fractures of the femur and polytrauma were analyzed. As indicated by the analysis of the sex characteristics among the victims with bilateral fractures of the femur and polytrauma, patients of the age group of 51-60 years are most often found, it is not typical for the age structure of polytrauma. Among men younger than 30 years, men predominate, which are 1,9 times more common than women, indicates that bilateral hip fractures are more common in young men. Most often, bilateral fractures with polytrauma occur in the affected middle-aged 30-60 years, it was found in 55,8% of cases.

**Key words:** injured, polytrauma, bilateral fractures of the hip, sex, age.

*Рецензент - д.мед.н., доц. Філь А.Ю.*

*Стаття надійшла до редакції 30.12.2016*

*Гур'єв Сергій Омелянович* - д.мед.н., проф., заступник директора ДЗ "Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України"; +38(044)5185708

*Танасієнко Павло Васильович* - д.мед.н., ст. наук. співроб., провідний науковий співробітник ДЗ "Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України"; +38(044)5185708; radix.vn@ukr.net

*Василов Валентин Васильович* - пошукач ДЗ "Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України"; +38(044)5185708

*Ковалишин Іван Володимирович* - пошукач ДЗ "Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України"; +38(044)5185708

© Кулешов О.В.

**УДК:** 616.12-007.2-053

**Кулешов О.В.**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ З МАЛИМИ СЕРЦЕВИМИ АНОМАЛІЯМИ**

**Резюме.** Проведено обстеження 106 дітей з первинним пролапсом мітрального клапана (ПМК) та 64 дітей з аномально прикріпленими хордами (АПХ). Серед дітей з ПМК домінувала І ступінь, що склало 84,9% та ІІ ступінь - відповідно 15,1%. Вивчалися аускультативні феномени у дітей з даними видами малих серцевих аномалій (МАС). Встановлено, що для більшості дітей з АПХ та ПМК частіше зустрічались пізньосистолічний та мезосистолічний шуми. Поєднання мезосистолічного щиглика та пізньосистолічного шуму вислуховувалось тільки у дітей з ПМК. У останніх відмічено, що частіше при ІІ ступені мезосистолічний та пізньосистолічний шуми та їх одночасне поєднання зустрічаються частіше ніж при І ступені. При аналізі цих залежностей цих аускультативних феноменів від мітральної регургітації (МР) було відзначено, що пізньосистолічний та мезодіастолічний шуми і відповідний щиглик майже не залежать від наявності, або відсутності МР, проте поєднання обох шумів дещо більше характерно для дітей з наявністю МР.

**Ключові слова:** аускультатія, діти, малі серцеві аномалії.

**Вступ**

В останні роки проблема малих серцевих аномалій (МСА) займає актуальне місце серед проблем дитячої кардіології. Завдяки широкому впровадженню сучас-

них методів діагностики МСА можуть бути основою функціональної кардіоваскулярної патології [1].

Пролапс мітрального клапана (ПМК) та аномально

прикріплені хорди (АПХ) є найбільш вивченими проявами синдрому дисплазії сполучної тканини, проблема якої на сьогоднішній день також привертає увагу дослідників через ризик виникнення ускладнень [4]. Поширеність ПМК в популяції складає від 2,4-5 до 10-14%. У дітей із різною кардіальною патологією ПМК виявляється у 10-23% випадків, особливо часто - у дітей з дисплазією сполучної тканини (45-68%) [2].

Згідно інших даних розповсюдженість ПМК в популяції коливається від 1,8% до 38%. Це пояснюється тим, що його діагностика за клінічною картиною утруднена завдяки поліморфізму її ознак та відсутності фізикальних та, навіть, ехокардіографічних феноменів в спокої [3].

Частота виявлення АПХ складає від 0,5 до 68%. Такий високий розкид обумовлений відсутністю єдиних методичних підходів у їх виявленні [5].

Враховуючи широку актуальність даної проблеми метою роботи було виявити особливості клінічної картини дітей з МАС на початковому етапі їх обстеження.

### Матеріали та методи

Проведено обстеження 106 дітей з первинним (ідіопатичним) ПМК та 64 дітей з АПХ віці від 13 до 17 років. Обстеження проводилось на базі міської клінічної лікарні "Центр Матері та Дитини". Наявність ПМК та мітральної регургітації (МР) було підтверджено за допомогою ехокардіографії.

Діти з ПМК також розподілені на підгрупи із урахуванням ступеня пролабування та мітральної регургітації.

### Результати. Обговорення

Серед дітей з ПМК домінувала I ступінь, що склало 84,9% та II ступінь - відповідно 15,1% (табл. 1).

У всіх дітей при перкусії серця були виявлені нормальні вікові межі відносної та абсолютної серцевої тупості.

Аналіз аускультативної картини виявив, що класичне поєднання мезосистолічного щиглика та пізньосистолічного шуму зустрічалось тільки у 6,6% дітей з первинним ПМК (табл. 2). Частіше вислуховувався пізньосистолічний шум - у 41,6% дітей I групи та у 6,25% дітей II групи, дещо рідше мезосистолічний шум - тільки у 22,6% дітей з ПМК та у 7,8% з АПХ. Пансистоличний шум виявлявся з однаковою частотою в обох групах дітей. Звертає увагу, що відсутність шумів, так званий "німий" варіант ПМК зустрічався у 13,2% дітей з ПМК. АПХ дуже рідко супроводжувалось аускультативною картиною, у 81,3% дітей були відсутні будь які прояви при проведенні аускультатії.

Детальний аналіз обстежуваних дітей виявив залежність частоти зустрічаємості деяких аускультативних феноменів від ступеню ПМК серед досліджуємої групи дітей. Так, у дітей з ПМК II ступеня частота поєднання мезосистолічного щиглика та пізньосистолічного шуму достовірно частіше (р 0,05) зустрічались у дітей з ПМК II

**Таблиця 1.** Кількість дітей в залежності від типу пролабування мітрального клапана.

Ступінь ПМК	Кількість дітей з ПМК	
	Абс.	%
I ступінь	90	84,9
II ступінь	16	15,1
Всього	106	100

**Таблиця 2.** Частота зустрічаємості основних аускультативних феноменів у дітей з ПМК і АПХ в залежності від походження.

Аускультативний феномен	Частота зустрічаємості					
	ПМК, n=106		АПХ, n=64		Всього, n=170	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Мезосистолічний щиглик	12	11,3	-	-	12	7,1
Пізньосистолічний шум	44	41,6	4	6,25	48	28,2
Мезосистолічний щиглик та пізньосистолічний шум	7	6,6	-	-	7	4,1
Мезосистолічний шум	24	22,6	5	7,8	29	17,1
Пансистоличний шум	5	4,7	3	4,7	8	4,7
Відсутність щигликів та шумів	14	13,2	52	81,3	66	38,8
Всього	106	100	64	100	170	100

**Таблиця 3.** Частота зустрічаємості основних аускультативних феноменів у дітей з ПМК в залежності від ступеня.

Аускультативний феномен	Частота зустрічаємості				Всього	
	ПМК I ступінь, n=90		ПМК II ступінь, n=16		n=106	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Мезосистолічний щиглик	9	10	3	18,7	12	11,3
Пізньосистолічний шум	37	41,1	7	43,8	44	41,6
Мезосистолічний щиглик та пізньосистолічний шум	4	4,4	3	18,7	7	6,6
Мезосистолічний шум	22	24,4	2	12,5	24	22,6
Пансистоличний шум	4	4,4	1	6,3	5	4,7
Відсутність щигликів та шумів	14	15,7	-	-	14	13,2
Всього	90	100	16	100	106	100

ступеня. Важливо відмітити що як ізольований мезосистолічний щиглик та його поєднання з пізньосистолічним шумом зустрічались з однаковою частотою у дітей з II ступенем ПМК. Мезосистолічний шум зустрічався в два рази частіше у дітей з першої групи порівняно з другою (24,4 та 12,5% відповідно). Пансистоличний шум рідко зустрічався в обох групах майже з однаковою частотою (4,4 - з ПМК I ступеня та 6,3% - з II ступенем, відповідно). Пізньосистолічний шум зустрічався також майже з однаковою частотою у дітей як з I ступенем так і з II-м, з незначним домінуванням у останніх (41,1 та 43,8%, відповідно) (табл. 3).

Нами було виявлено, що при наявності мітральної