

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

Таблиця 4. Частота зустрічаємості основних аускультативних феноменів у дітей з первинним ПМК в залежності від наявності мітральної регургітації.

Аускультативний феномен	Частота зустрічаємості					
	Група без МР, n=61		Група з МР, n=45		Всього, n=106	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Мезосистолічний щиглик	6	9,8	6	13,3	12	11,3
Пізньюсистоличний шум	25	41	19	42,2	44	41,6
Мезосистолічний щиглик та пізньюсистоличний шум	2	3,3	5	11,1	7	6,6
Мезосистолічний шум	13	21,3	11	24,4	24	22,6
Пансистоличний шум	1	1,6	4	9	5	4,7
Відсутність шумів	14	23	-	-	14	13,2
Всього	61	100	45	100	106	100

регургітації у дітей з ПМК частіше зустрічається пізньюсистоличний та мезосистолічний шуми, що склало 42,2 та 24,4% відповідно. Але майже подібні результати присутні в групі дітей без МР (41 та 21,3% відповідно). Проте тенденція до збільшення зазначених аускультативних феноменів з невеликим відривом переважає в групі дітей з МР (табл. 4.).

Привертає увагу виявлена більша частота зустрічаємості пансистоличного шуму у підгрупі дітей з мітральною регургітацією. Так серед дітей з первинним ПМК він вислуховувався тільки у одній дитини, коли у дітей з МР - у 9% дітей відповідно. Поєднання мезосистолічного щиглика та пізньюсистоличного шуму виявлено у 7 дітей (6,6%) з ПМК, серед них в групі з МР вказані фе-

номени звиявлені у 11,1 та у дітей без МР - у 3,3% дітей відповідно).

Відсутність шумів не була зареєстрована серед підгрупи дітей з мітральною регургітацією. Це було очікувано так як мітральна регургітація, яка супроводжується зворотним кровоплином з порожнини лівого шлуночка до лівого передсердя і складає патогенетичну сутність систолічних шумів при ПМК.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. У дітей з малими серцевими аномаліями перкурторно характерні нормальні межі серця, аускультативно частіше зустрічались пізньюсистоличний та мезосистолічний шуми.

2. Поєднання мезосистолічного щиглика та пізньюсистоличного шуму вислуховувалось тільки у дітей з ПМК.

3. У останніх відмічено, що частіше при II ступені мезосистолічний та пізньюсистоличний шуми та їх одночасне поєднання зустрічаються частіше ніж при I ступені.

4. При аналізі залежності цих аускультативних феноменів від МР було відзначено, що пізньюсистоличний шум та мезодіастолічний шум і відповідний щиглик майже не залежать від наявності, або відсутності МР, проте поєднання обоз шумів дещо більше характерно для дітей з наявністю МР.

Результати даного дослідження можуть у перспективі використовуватись для покращення діагностики малих серцевих аномалій у дітей на першому етапі їх обстеження та потребують більш ретельного подальшого вивчення.

Список літератури

- Гнусаев С.Ф. Клиническое значение малых аномалий сердца у детей. /С.Ф. Гнусаев, Ю.М. Белозеров, А.Ф. Виноградов // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2008. - Т.2. - С.32-43.
- Клініко-ехокардіографічна діагностика походження пролапсу мітрального клапана в дітей. /В.О. Кондратьев, Н.І. Абатурова, Н.Г. Порохня, О.В. Кунак // Здоровье ребенка. - 2014. - Т.1(52). - С.55-59.
- Оптимизация диагностики пролапса митрального клапана и особенностей его течения в детском возрасте / Г.М. Кульнязова, С.Г. Давидович, А.Н. Сейпенова, Ф.С. Саулеева // Архив внутренней медицины. - 2015. - Т.3(23) - С. 14-17.
- Осовська Н.Ю. Клінічне значення аномальних хорд лівого шлуночка / Експериментальна і клінічна медицина. - 2017. - Т.3(60). - С.56-63.
- Шишко В.И. Аномально расположенные хорды: история, эпидемиология, классификация, патогенез основных клинических синдромов / Журнал ГрГМУ, 2007. - Т.1. - С.30-34.

Кулешов А.В.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С МАЛЫМИ СЕРДЕЧНЫМИ АНОМАЛИЯМИ

Резюме. Обследовано 106 детей с первичным пролапсом митрального клапана (ПМК) и 64 ребенка с аномально прикрепленными хордами (АПХ). Среди детей с ПМК доминировала I степень, что составило 84,9% и II степень - 15,1%, соответственно. Изучались аускультативные феномены у детей с данными видами малых аномалий сердца (МАС). Установлено, что для большинства детей с АПХ и ПМК наиболее часто встречались позднесистолический и мезосистолический шумы. Сочетание мезосистолического щелчка и позднесистолического шума выслушивалось только у детей с ПМК. У последних отмечено, что наиболее часто при II-й степени мезосистолический и позднесистолический шумы и ихнее одновременное сочетание встречаются чаще, чем при I-й степени. При анализе зависимости данных аускультативных феноменов от митральной регургитации (МР) было отмечено, что позднесистолический и мезодиастоліческий шумы и соответствующий щелчок практически не зависят от наличия или отсутствия МР, однако сочетание обеих шумов несколько более характерно для детей с МР.

Ключевые слова: аускультация, дети, малые сердечные аномалии.

Kuleshov A.V.

CLINICAL EXAMINATION FEATURES OF CHILDREN WITH SMALL CARDIAC ABNORMALITIES

Resume. We examined 106 children with primary mitral valve prolapse (MVP) and 64 children with false tendon (FT) in the left

cardiac ventricular. Among the children with MVP, was dominated I degree, which was 84,9% and II degree - 15.1%, respectively. The auscultative phenomena in children with these types of small heart anomalies (SHA) were studied. It was found that for most children with MVP and FT, late systolic and mesosystolic murmurs were most common. The combination of mesosystolic clicks and late systolic murmurs was only heard in children with MVP. In last, it was noted that, most often, at the second degree, mesosystolic and late systolic murmurs and their simultaneous combination are more frequent than in the I degree. When analyzing the dependence of these auscultatory phenomena on mitral regurgitation (MR), it was noted that late systolic and mesodiastolic murmur and the corresponding click are practically independent of the presence or absence of MR, but the combination of both noises is somewhat more characteristic for children with MR.

Key words: Auscultation, children, small cardiac abnormalities.

Рецензент - д.мед.н., проф. Булат Л.М.

Стаття надійшла до редакції 27.12.2016р.

Кулешов Олександр Вячеславович - к.мед.н., доцент кафедри пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми ВНМУ ім. М.І. Пирогова; alex81kuleshov@gmail.com; +38(097)4412586

© Булавенко О.В., Мунтян О.А.

УДК: 618.39-037

Булавенко О.В., Мунтян О.А.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, кафедра акушерства і гінекології №2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК ІЗ ЗВИЧНИМ НЕВИНОШУВАННЯМ В АНАМНЕЗІ

Резюме. Невиношування вагітності є однією з провідних акушерських проблем в зв'язку із прямим зв'язком із перинатальною захворюваністю і смертністю та потребує детального вивчення з метою профілактики самовільних викиднів, передчасних пологів. Прогнозування ризику переривання вагітності, виявлення предикторів та формування груп ризику по звичному невиношуванню дозволить проводити моніторинг перебігу таких вагітностей та знизити частоту ранніх репродуктивних втрат.

Ключові слова: звичне невиношування вагітності, прогнозування, переривання вагітності.

Вступ

Невиношування вагітності (НВ) є актуальною проблемою сучасного акушерства, гінекології та репродуктології. Частота цього ускладнення залишається стабільною і високою протягом багатьох років, складаючи 15-30% від загального числа всіх бажаних вагітностей. За світовими даними 50% мимовільних переривань вагітності відбувається в 1 триместрі, а 25% з них припадає на звичне невиношування вагітності [5]. Актуальність проблеми невиношування вагітності обумовлена також критичною демографічною ситуацією в Україні.

Звичне невиношування вагітності являє собою поліетіологічний симптомокомплекс, в основі розвитку якого часто лежать структурні зміни ендометрію, інфекційні, ендокринні, імунологічні та генетичні фактори у різних поєднаннях та співвідношеннях. Майже у 50% жінок причину звичного невиношування вагітності вивчити не вдається. З однієї сторони, такі труднощі можна пояснити поліетіологічністю цього симптомокомплексу. З іншої сторони, важливу роль у формуванні звичного невиношування вагітності відіграють зміни в органах та системах організму, що формуються в результаті дії первинного етіологічного фактору. На думку багатьох авторів основними причинами ранніх репродуктивних втрат є: інфекційно-запальні захворювання статевих органів, генетичні, ендокринні порушення, імунологічні механізми і порушення згортання крові. З генетичних

факторів найбільше значення надається структурним змінам хромосом подружньої пари, які при вагітності, що завмерла, складають 3-6% [1]. Ендокринна патологія серед причин переривання вагітності за даними деяких авторів становить від 30% до 78,2%, що в залежності від свого походження, реалізується структурно-функціональною недостатністю жовтого тіла яєчника. Вона спостерігається при гіпотиреозі, полікістозі яєчників, ожирінні, дефіциті маси тіла, ендометріозі, хронічному ендометриті, сальпінгоофориті, вадах розвитку матки та генітальному інфантілізмі. Ще однією з причин переривання вагітності на ранніх термінах є інфекційно-запальні захворювання, зумовлені умовно-патогенними мікроорганізмами, які виявлені у 20% пацієнток і вірусно-бактерійні асоціації - у 70% [1]. При наявних хронічних запальних процесах у жінок, за даними ряду авторів виявляються: стафілокок (15%); стафілокок в асоціації з кишковою паличкою (11,7%); ентерококи (7,2%); вірус простого герпесу (ВПГ) (20,5%); хламідії (15%); мікоплазми (6,1%); уреоплазми (6,6%); гарднерели (12,5%) [1, 2, 3]. Також важливу роль відіграють імунологічні механізми, які діляться на аутоімунні та аліімунні [3].

Одним з механізмів, що призводять до ранніх репродуктивних втрат, є порушення процесів імплантації та плаценталії. Основними змінами, що відбуваються в