

9. *Энциклопедия натуротерапии* / В.А. Малахов, А.В. Гетманенко, А.Н. Завгородняя, Т.И. Чернышова. – М.: Эксмо, 2008. – 400 с.

10. *Медицина та соціальна реабілітація: навч. посібник* / [І.Р. Мисула, Л.О. Вакуленко, М.І. Швед та ін]; за заг. ред. І.Р. Мисули. – Тернопіль: ТДМУ, 2005. – 402 с.

Резюме

Сухомлин А.Н. *Актуальные вопросы восстановительного лечения и медико-социальной реабилитации в Украине.*

В обзорно-методическом аспекте рассмотрены актуальные вопросы восстановительного лечения и медико-социальной реабилитации. Автор приходит к выводу, что роль медицинской реабилитации трудно переоценить, если учесть, что ущерб государства от временной нетрудоспособности граждан ежегодно составляет десятки процентов от внутреннего валового продукта.

Ключевые слова: реабилитация, восстановительное лечение, актуальные вопросы, методология.

Резюме

Сухомлин Г.М. *Актуальні питання відновлювального лікування та медико-соціальної реабілітації в Україні.*

В оглядово-методичному аспекті розглянуто актуальні питання відновлювального лікування та медико-соціальної реабілітації. Автор приходить до висновку, що роль медичної реабілітації важко переоцінити, враховуючи, що збитки держави від тимчасової непрацездатності громадян щорічно складають десятки відсотків від внутрішнього валового продукту.

Ключові слова: реабілітація, відновлювальне лікування, актуальні питання, методологія.

Summary

Suhomlin G.M. *Pressing questions of recovery treatment and medical-social rehabilitation in Ukraine.*

The purpose of medical rehabilitation is prevention of disability during the treatment of a disease and the help to the patient in achievement of the greatest possible physical, mental, professional, social and economic adequacy in case of disability development, i.e. return to socially useful, active labor activity according to functionality of patients and disabled people. To sum it up, it is possible to draw a conclusion that it is difficult to overestimate a role of medical rehabilitation if to consider that the damage of the state from temporary disability of citizens annually accounts for tens percents from the Gross Domestic Product.

Key words: rehabilitation, recovery treatment, pressing questions.

Рецензент: д.мед.н., проф. М.О. Пересадін

УДК 616.12-002.77-036.12-008.64-055

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПОРОКОВ И ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Г.С. Такташов

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Введение

Пороки сердца ревматического генеза достаточно широко распространены и занимают ведущее место среди приобретенных пороков сердца, характер формирования и течения клапанных поражений имеет свои особенности у мужчин и женщин, определяя клиническую картину течения сердечной недостаточности.

Цель исследования - изучить гендерные особенности развития различных пороков при хронической ревматической болезни сердца (ХРБС) с целью определения прогноза основного заболевания, течения сердечной недостаточности и оптимизации методов лечения.

Материал и методы исследования

Обследовано 105 больных ХРБС в возрасте от 15 до 60 лет (в среднем $39,7 \pm 1,17$ лет) из них 29 (27,6%) мужчин и 76 (72,4%) женщин соответственно в возрасте $35,1 \pm 2,50$ лет и $41,5 \pm 1,26$ лет. Показанием к включению в исследование являлись позитивные критерии Джонсона (модификация Американской ревматологической ассоциации, 2003 г.), верифицированная ревматическая этиология пороков сердца (митральная недостаточность (МН), митральный стеноз (МС), аортальная недостаточность (АН), аортальный стеноз (АС), комбинированные пороки сердца с преобладанием недостаточности, комбинированные пороки сердца с преобладанием стеноза, комбинированный митрально-аортальный порок), активность ревматического процесса 1-3 степени и I-III функциональный класс сердечной недостаточности (ФКСН) по NYHA. Всем пациентам выполняли стандартные клинико-лабораторные и инструментальные исследования в т.ч. эхокардиографию (аппарат "Acuson-Aspen-Siemens", Германия). Статистическая обработка полученных результатов исследований проведена с помощью

компьютерного вариационного, непараметрического, корреляционного, одно- (ANOVA) и многофакторного (ANOVA/MANOVA) дисперсионного анализа (программы "Microsoft Excel" и "Statistica-Stat-Soft", США). Оценивали средние значения (M), их стандартные ошибки (m), стандартные отклонения (SD), коэффициенты корреляции (r), критерии дисперсии (D), Стьюдента (t), Уилкоксона-Рао (WR), Макнэмара-Фишера (χ^2) и достоверность статистических показателей (p).

Полученные результаты и их обсуждение

Частота развития пороков сердца распределилась следующим образом: МН отмечалась у 101 (96,2%) больного, АН - у 66 (62,9%), МС - у 50 (47,6%), трикуспидальная недостаточность (ТН) - у 13 (12,4%), АС - у 12 (11,4%). Женщины достоверно были более старших возрастных групп ($t=2,51$, $p=0,014$). Длительность выявленного порока сердца составила от 1 года до 49 лет (в среднем $16,9 \pm 1,22$ лет), причем у мужчин и женщин мало отличалась между собой, соответственно составляя $13,2 \pm 2,06$ лет и $18,3 \pm 1,47$ лет ($t=1,91$, $p=0,060$).

Половой диморфизм отсутствовал в отношении только АС (табл. 1). У мужчин на 60% чаще выявляли АН ($\chi^2=9,36$, $p=0,002$) и в 3,1 раза ТН ($\chi^2=5,11$, $p=0,024$), а у женщин на 16% чаще диагностировали МН ($\chi^2=10,90$, $p=0,001$) и в 5,9 раз МС ($\chi^2=22,32$, $p<0,001$).

Таблица 1

Гендерные особенности частоты развития пороков сердца у обследованных больных ХРБС

Порок сердца	Группы больных				Отличия групп	
	мужчины (n=29)		женщины (n=76)			
	абс.	%	абс.	%	χ	p
МН	25	86,2	76	100,0	10,90	0,001
МС	3	10,4	47	61,8	22,32	<0,001
АН	25	86,2	41	54,0	9,36	0,002
АС	6	20,7	6	7,9	3,39	0,065
ТН	7	24,1	6	7,9	5,11	0,024

Частота комбинаций отдельных пороков сердца была следующей: изолированная АН, АН+ТН, АН+ТН+МН имели место в 1,9% наблюдений, МН и МН+МС+АН - в 21,0%, МН+АН - в 17,1%, МН+МС - в 15,2%, МН+АН+АС - в 8,6%, МН+МС+АН+ТН - в 5,7%, МН+МС+АН+АС - в 3,8%, МН+ТН и МН+АН+АС+ТН - в 1,0%, что нашло свое отражение на рис. 1

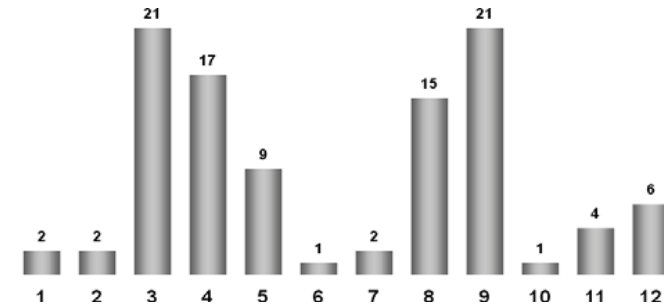


Рис. 1. Частота разнообразных вариантов пороков сердца у обследованных больных ХРБС (%).

Примечание. 1 - АН, 2 - АН+ТН, 3 - МН, 4 - МН+АН, 5 - МН+АН+АС, 6 - МН+АН+АС+ТН, 7 - МН+АН+ТН, 8 - МН+МС, 9 - МН+МС+АН, 10 - МН+ТН, 11 - МН+МС+АН+АС, 12 - МН+МС+АН+ТН.

В табл. 2 представлена частота тех или иных пороков сердца у больных ХРБС разного пола. Достоверный статистический половой диморфизм касался относительной редкости в мужской группе изолированной МН ($\chi^2=7,41$, $p=0,007$) и МН+МС+АН ($\chi^2=7,41$, $p=0,007$), а в женской - АН и АН+ТН (соответственно $\chi^2=5,34$, $p=0,021$), МН+АН ($\chi^2=21,62$, $p<0,001$), МН+АН+АС ($\chi^2=3,84$, $p=0,049$).

Таблица 2

Частота разнообразных вариантов пороков сердца у мужчин и женщин с ХРБС

Порок сердца	Группы больных				Отличия групп	
	мужчины (n=29)		женщины (n=76)			
	абс.	%	абс.	%	χ	p
АН	2	6,9	-	-	5,34	0,021
АН+ТН	2	6,9	-	-	5,34	0,021
МН	1	3,5	21	27,6	7,41	0,007
МН+АН	13	44,8	5	6,6	21,62	<0,001
МН+АН+АС	5	17,2	4	5,3	3,84	0,049
МН+АН+АС+ТН	1	3,5	-	-	2,65	0,104
МН+АН+ТН	1	3,5	1	1,3	0,51	0,475
МН+МС	2	6,9	14	18,4	2,16	0,142
МН+МС+АН	1	3,5	21	27,6	7,41	0,007
МН+ТН	1	3,5	-	-	2,65	0,104
МН+МС+АН+АС	-	-	4	5,3	1,59	0,208
МН+МС+АН+ТН	-	-	6	7,9	2,43	0,119

Относительная ТН (ОТН) установлена в 50 (47,6%) наблюдениях, в том числе у 11 (37,9%) мужчин и 39 (51,3%) женщин ($\chi^2=1,51$, $p=0,220$), а относительная пульмональная (ОПН) – у 8 (7,6%) от общего числа обследованных пациентов. Хотя относительная недостаточность клапанов легочной артерии имела место только у женщин, тем не менее гендерные отличия оказались недостоверными ($\chi^2=3,30$, $p=0,069$).

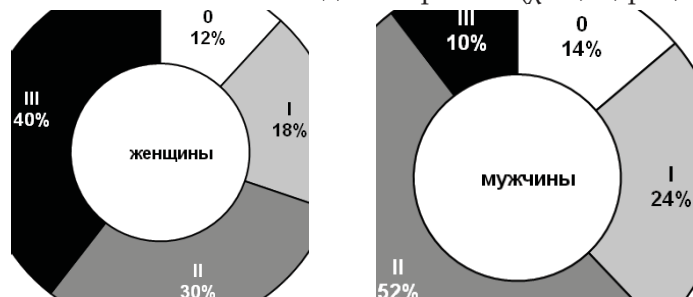


Рис. 2. Распределение пациентов с ХРБС разного пола по степени тяжести СН.

У 13 (12,4%) больных функция сердца была сохранена. ФКСН, объединив близкие показатели, условно представлено следующим образом: I класс констатирован в 21 (20,0%) случаев ХРБС, II – в 38 (36,2%), III – в 33 (31,3%). Как видно из рис. 2, тяжесть СН у женщин была значительно большей ($\chi^2=38,66$, $p<0,001$), а III класс установлен в 3,8 раза чаще, чем у мужчин.

Таблица 3

Степень влияния отдельных факторов на параметры функции сердца у больных ХРБС

Факторы	ФКСН		ИПСН		ФВ	
	D	p	D	p	D	p
1	3,06	0,032	0,58	0,562	1,68	0,032
2	42,99	<0,001	1,13	0,328	2,00	0,007
3	5,86	0,001	2,45	0,091	1,76	0,022
4	12,18	<0,001	0,08	0,922	2,71	<0,001
5	6,34	0,001	0,06	0,942	0,62	0,945
6	33,73	<0,001	1,46	0,237	2,45	0,001
7	4,94	0,003	3,08	0,048	1,94	0,009
8	1,49	0,222	0,19	0,824	2,21	0,002
9	0,71	0,550	0,21	0,809	0,88	0,661

Примечание. 1 – пол больных, 2 – возраст больных, 3 – длительность порока сердца, 4 – характер порока сердца, 5 – наличие МН, 6 – наличие МС, 7 – наличие АН, 8 – наличие АС, 9 – наличие ТН.

Индекс прогрессирования СН (ИПСН) среди всех обследованных больных составил $0,20\pm 0,029$ у.е., в группе мужчин – $0,17\pm 0,026$ у.е., у женщин – $0,21\pm 0,039$ у.е. ($t=0,66$, $p=0,512$). Соответственно фракция выброса (ФВ) крови левым желудочком сердца была $66,2\pm 1,61\%$ и $60,9\pm 1,56\%$ ($t=1,96$, $p=0,053$), а в общей группе – $62,4\pm 1,23\%$.

По результатам дисперсионного анализа, на ФКСН оказывают влияние пол и возраст больных (соответственно $D=3,06$, $p=0,032$ и $D=42,99$, $p<0,001$), манифестная длительность порока сердца ($D=5,86$, $p=0,001$), его характер ($D=12,18$, $p<0,001$), наличие МН ($D=6,34$, $p=0,001$), МС ($D=33,73$, $p<0,001$) и АН ($D=4,94$, $p=0,003$). Эти сведения отражены в табл. 3. От АН, кроме того, зависят ИПСН ($D=3,08$, $p=0,048$) и ФВ ($D=1,94$, $p=0,009$). Последняя также связана с полом и возрастом пациентов ($D=1,68$, $p=0,032$ и $D=2,00$, $p=0,007$), продолжительностью и характером порока ($D=1,76$, $p=0,022$ и $D=2,71$, $p<0,001$), наличием МС ($D=2,45$, $p=0,001$) и АС ($D=2,21$, $p=0,002$).

Таблица 4

Степень корреляционных связей параметров функции сердца с возрастом больных ХРБС и длительностью порока

Факторы	ФКСН		ИПСН		ФВ	
	r	p	r	p	r	p
Возраст больных	+0,701	<0,001	+0,254	0,009	-0,159	0,107
Длительность порока	+0,395	<0,001	-0,402	<0,001	-0,075	0,452

ФКСН и ИПСН прямо коррелируют с возрастом больных (соответственно $r=+0,701$, $p<0,001$ и $r=+0,254$, $p=0,009$), что представлено в табл. 4. В свою очередь, ФКСН позитивно соотносится с длительностью порока сердца ($r=+0,395$, $p<0,001$), а ИПСН – негативно ($r=-0,402$, $p<0,001$). Параметры ФВ с этими факторами не связаны.

Выводы

1. Установлены определенные гендерные особенности. Так, АН, АН+ТН, МН+АН+АС+ТН и МН+ТН диагностированы только у мужчин, а МН+МС+АН+АС и МН+МС+АН+ТН – исключительно у женщин.

2. При ХРБС мужской пол является фактором риска развития аортального и трикуспидального, а женский – митрального пороков сердца.

3. Тяжесть СН у женщин была значительно большей, а III класс установлен в 3,8 раза чаще, чем у мужчин.

4. На ФКСН оказывают воздействие пол и возраст больных, манифестная длительность порока сердца, его характер, наличие МН, МС и АН.

Литература

1. Боровиков В.П. *Statistika – статистический анализ и обработка данных в среде Windows* / В.П. Боровиков, И.П. Боровиков. - М.: Филинь, 1997. - 608 с.
2. Лапач С.Н. *Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel* / С.Н. Лапач, А.В. Губенко, П.Н. Бабич. - Киев: Морион, 2001. - 408 с.
3. Тюрин Ю.Н. *Статистический анализ данных на компьютере* / Ю.Н. Тюрин, А.А.Макаров. - М.: Инфра-М, 1998. - 528 с.
4. Ильях М.Г. *Ревматизм: актуальные вопросы диагностики и лечения* / М.Г. Ильях, Е.Н. Сергиенко // *Doctor*. - 2002. - № 1. - С. 19-21.
5. *Особенности поражения клапанного аппарата сердца при митральной недостаточности ревматического генеза* / И.Н. Цыба, И.А. Литвинова, А.В. Онищенко [и др.] // *Укр. ревматол. журн.* - 2001. - Т. 6, № 4 (додаток). - С. 18-19.
6. *A prospective survey of patients with valvular heart disease in Europe: The Euro Heart Survey on Valvular Heart Disease* / B. Jung, G. Baron, E.G. Butchart [et al.] // *Eur. Heart. J.* - 2003. - Vol. 24. - P. 1231-1243.
7. Шостак Н.А. *Приобретенные пороки сердца* / Н.А. Шостак, Д.А. Аничков, А.А. Клименко // *Кардиология: национальное руководство* / Под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - С. 834-864.
8. *Rheumatic fever and rheumatic heart disease* // *World Health Organ Tech. Rep. Ser.* - 2004. - Vol. 923. - P. 1-122.

Резюме

Такташов Г.С. Гендерные особенности формирования пороков и течения сердечной недостаточности у больных с хронической ревматической болезнью сердца.

Обследовано 105 больных хронической ревматической болезнью сердца в возрасте от 15 до 60 лет (в среднем 39,7±1,17 лет) из них 29 (27,6%) мужчин и 76 (72,4%) женщин соответственно в возрасте 35,1±2,50 лет и 41,5±1,26 лет. Длительность порока сердца составила в среднем 16,9±1,22 лет и мало отличалась у мужчин и женщин. Установлены гендерные особенности, отражающие характер поражения клапанного аппарата. Мужской пол является фактором риска развития аортального и трикуспидального, а женский – митрального пороков сердца. Тяжесть сердечной недостаточности у женщин была значительно большей, а III функциональный класс по NYHA установлен в 3,8 раза чаще, чем у мужчин. На функциональный класс сердечной недостаточности оказывают воздействие пол и возраст больных, характер и длительность порока сердца, наличие митральной недостаточности, митрального стеноза и аортальной недостаточности.

Ключевые слова: хроническая ревматическая болезнь сердца, пороки, гендерные особенности, функциональный класс сердечной недостаточности

Резюме

Такташов Г.С. Гендерні особливості формування вад та перебігу серцевої недостатності у хворих на хронічну ревматичну хворобу серця.

Обстежено 105 хворих на хронічну ревматичну хворобу серця у віці від 15 до 60 років (в середньому 39,7±1,17 років) з них 29 (27,6%) чоловіків і 76 (72,4%) жінок відповідно 35,1±2,50 років і 41,5±1,26 років. Тривалість пороку серця складала в середньому 16,9±1,22 років і мало відрізнялася у чоловіків і жінок. Встановлено гендерні особливості, що відображають характер ураження клапанного апарату. Чоловіча стать є фактором ризику розвитку аортального та трикуспідального, а жіноча - мітрального пороків серця. Тяжкість серцевої недостатності у жінок була значно більшою, а III функціональний клас за NYHA встановлено в 3,8 рази частіше, ніж у чоловіків. На функціональний клас серцевої недостатності впливають стать і вік хворих, характер та тривалість пороку серця, наявність мітральної недостатності і мітрального стенозу та аортальної недостатності.

Ключові слова: хронічна ревматична хвороба серця, пороки, гендерні особливості, функціональний клас серцевої недостатності

Summary

Taktashov G.S. *Gender peculiarities of valvular heart disease formation and clinical course of chronic heart failure at patients with chronic rheumatic heart disease.*

In order to study gender specification development of various defects there were examined 105 patients with chronic rheumatic heart disease of age between 15 to 60 years (mean age 39,7 ± 1,17 years) of which 29 (27.6%) men and 76 (72.4 %) women respectively, aged 35,1 ± 2,50 years and 41,5 ± 1,26 years. Duration of identified heart disease ranged from 1 year to 49 years (mean age 16,9 ± 1,22 years). Male gender is a risk factor for aortic and tricuspid and female - mitral heart defects. The severity of heart failure in women was significantly greater, class III by NYHA in women was detected 3.8 times more often than in men. According to the results of analysis of variance on the functional class of heart failure influence: the sex and age of patients, duration of symptomatic heart valvular disease, its character, the presence of mitral regurgitation, mitral stenosis and aortic insufficiency.

Key words: chronic rheumatic heart disease, valvular defects, gender peculiarities, functional class of chronic heart failure.

Рецензент: д.мед.н., проф. Л.М. Іванова