

лактики артеріальної гіпертензії. — К., 2004. — 83 с.

4. *Guidelines for the management of arterial hypertension 2007* // *European Heart Journal*. — 2007. — Vol. 28, N 12. — P. 1462-1536.

5. *Флетчер Р.* Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / Р. Флетчер, С. Флетчер,

Э. Вагнер. — М. : Медиа-сфера, 2004. — 352 с.

6. *Бабич П. Н.* Применение современных статистических методов в практике клинических исследований. Сообщение третье. Отношение шансов: понятие, вычисление и интерпретация / П. Н. Бабич, А. В. Чубенко, С. Н. Лапач // *Український ме-*

*дичний часопис*. — 2005. — Т. 46, № 2. — С. 113-119.

7. *Linstedt K.* Proteolysis of pericellular matrix: a process linking inflammation to plaque destabilization and rupture / K. Linstedt, P. Kovanen // *Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology*. — 2004. — Vol. 24. — P. 2205-2206.

УДК 616-002.72-071/.074

О. О. Якименко, Л. В. Закатова, В. В. Тбілелі,  
Н. М. Антіпова, А. А. Серебрякова, Н. С. Тихончук

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РЕВМАТИЗМУ ЗА ДАНИМИ РЕВМАТОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ МКЛ № 9 ім. проф. О. І. МІНАКОВА

Одеський державний медичний університет,  
Міська клінічна лікарня № 9 ім. проф. О. І. Мінакова

За даними Центру статистики МОЗ України, поширеність усіх форм ревматизму (Р), тобто гострої ревматичної гарячки (ГРГ) і хронічних ревматичних хвороб серця (ХРХС), за останні 10 років зменшилася на 17,5 %, захворюваність — на 60 %, тимчасом як смертність зросла на 78,2 % [1–3].

Моніторинг поширеності й захворюваності на ГРГ і ХРХС серед населення України за останні 5 років також виявив відносне й абсолютне зменшення усіх форм Р. Показники захворюваності ГРГ і ХРХС відповідно у 6 і 41 раз нижчі за показники поширеності. Отже, відбувається нагромадження ХРХС і зростання медико-соціального навантаження даної патології на суспільство, тобто кількості ускладнень, випадків інвалідності, передчасної смертності [4–6].

Водночас із 2000 до 2004 рр. в Україні зросла питома вага захворюваності на ГРГ працездатного населення на 14,9 %, а непрацездатного (людей старших вікових груп) — на 9,7 %; збільшення поширеності відповідно — на 4,9 і 11,8 % [5; 7; 8].

Наведені дані свідчать, що ГРГ і ХРХС неможливо вважати вже розв'язаними медико-соціальними проблемами, а виявлені тенденції захворюваності та смертності необхідно враховувати у повсякденній клінічній практиці.

### Матеріали та методи дослідження

Нами проведено аналіз 101 історії хвороби пацієнтів із ХРХС, які лікувалися в ревматологічному відділенні МКЛ № 9 ім. проф. О. І. Мінакова у 2007 р.

### Результати дослідження та їх обговорення

Серед хворих на ХРХС переважали жінки — 70,3 %, чоловіків — 29,7 %.

Віковий діапазон хворих широкий — 23–82 роки (середній вік — (54,1±1,2) року). Із них осіб працездатного віку (23–59 років) було 67,3 % (68 хворих), непрацездатного (понад 60 років) — 32,7 % (33 хворих).

Перші прояви хвороби були виявлені у віці 3–16 років у 45,5 % (46 хворих), 17–20 років — у 13,9 % (14 хворих), 21–44 ро-

ки — у 26,7 % (27 хворих), 45–59 років — у 13,9 % (14 хворих).

Тривалість захворювання у спостережуваних хворих становила від 1 до 62 років (у середньому — (30,9±1,3) року).

Серед хворих реєстрували великий відсоток інвалідів — 76 %, у т. ч. I групи — 8,9 %, II групи — 53,5 %, III групи — 9,9 %.

Активність Р у переважній більшості хворих була мінімальною (I ст.) у 73,3 % (74 хворих), II ст. — у 5,9 % (6 хворих); у 20,8 % (21 хворого) — неактивна фаза Р.

Частота виявлених вад серця була такою: поєднані мітрально-аортальні — 51,5 % (52 особи), у т. ч. із переважанням мітральної вади — 33,7 %; ізольовані мітральні вади — 19,8 %, у т. ч. комбіновані — 7,9 %; ізольовані аортальні вади — 16,8 %, у т. ч. комбіновані — 10,9 %; поєднані мітрально-аортально-трикуспідальні вади — 11,9 %. Отже, переважали поєднані вади — 63,4 % проти 36,6 % ізольованих.

Вторинна легенева гіпертензія за даними ехокардіографії (ЕХО-КГ) була визначена у



73,3 % хворих, із них I ст. — у 24,8 %, II ст. — у 39,6 %, III ст. — у 8,9 %.

У 52,5 % (53 осіб) була фібриляція передсердь, переважно хронічна форма; у 38,6 % (39 осіб) — ознаки коронарної недостатності. Серцева недостатність (СН) у переважній більшості пацієнтів (64,4 %) була ІІА ст., у 29,7 % — ІІБ ст.

За даними ЕХО-КГ, у 35,6 % хворих була знижена фракція викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ) (менше 55 % — до 34 %). Відзначався фіброз мітрального клапана (МК) різного ступеня у 58,4 % хворих (59 осіб), кальциноз — у 35,6 % (36 осіб); фіброз аортального клапана (АК) — у 55,4 % (56 осіб), кальциноз АК — у 36,6 % (37 осіб). У 9,9 % (10 хворих) у порожнині перикарда була незначна кількість рідини.

У 46,5 % хворих (47 осіб) ХРХС поєднувалася з іншими захворюваннями, що потребувало відповідної терапевтичної корекції: з гіпертонічною хворобою — у 18,8 %, нефрогенною артеріальною гіпертензією — у 4 %, ішемічною хворобою серця — у 18,8 %, цукровим діабетом — у 4 %, аутоімунним тиреоїдитом — у 6,9 %, хронічним гепатитом — у 3 %.

Значній кількості хворих (43,6 %) виконана хірургічна корекція вад у термін захворювання від 1 до 62 років.

Хірургічне лікування пацієнтів проводилось у віці 14–67 років (середній вік —  $(43,8 \pm 1,8)$  року), із них у віці 14–17 років — 2 (4,6 %) особи, 21–44 роки — 22 (50 %) особи, 45–59 років — 16 (16 %) осіб, 60–67 років — 4 (9,1 %) особи.

Операції на МК становили 35,6 % (із них комісуротомія — 22,8 %, протезування МК — 12,9 %); на АК — протезування — 9,9 %; на двох клапанах (протезування МК і АК) — 6,9 %; пластика МК, трикуспідального клапана (ТК) — 4 %; повторні операції — 6,9 %.

Інтервал після хірургічної корекції становив від 1 до 35 років (у середньому —  $(10,1 \pm 1,2)$  року).

Наводимо кілька клінічних прикладів.

1. Хвора Д., 66 років, інвалід II гр. Хворіє на Р із 5 років.

Діагноз: ХРХС, а/ф, акт. I ст. Поєднана мітрально-аортальна вада з переважанням мітрального стенозу. Мітральна комісуротомія (1986). Рестеноз II ст. Відносна недостатність ТК II ст. Хронічна фібриляція передсердь. Легенева гіпертензія II ст. СН ІІА ст. ФК ІІ.

ЕХО-КГ: ФВ ЛШ 63 %; МК — фіброз + 2–3 ст., рестеноз (площа мітрального отвору (МО) —  $2-2,1 \text{ см}^2$ ); АК — фіброз + 2 ст., кальциноз + 1 ст.

Стан хворої у цілому задовільний, працює.

2. Хвора Б., 58 років, інвалід I гр. Хворіє з 19 років.

Діагноз: ХРХС, н/фаза. Поєднана мітрально-аортальна вада з переважанням мітрального стенозу. Мітральна комісуротомія (1984, 1990). Операція протезування МК (1999). Недостатність АК II ст. Відносна недостатність ТК II ст. Хронічна фібриляція передсердь. Легенева гіпертензія I ст. СН ІІА ст. ФК ІІ.

Прооперована на серці тричі: мітральна комісуротомія у віці 34 та 41 рік, протезування МК у 50 років.

ЕХО-КГ: ФВ ЛШ 50 %.

Стан хворої відносно задовільний.

3. Хвора Ш., 82 років, інвалід II гр. Хворіє з 32 років.

Діагноз: ХРХС, а/ф, акт. I ст. Ізольована мітральна вада з переважанням стенозу. Мітральна комісуротомія (1983). Рестеноз IV ст. Відносна недостатність ТК II ст. Хронічна фібриляція передсердь. Легенева гіпертензія II ст.

ІХС. Дифузний кардіосклероз. СН ІІБ ст. ФК ІІІ.

ЕХО-КГ: ФВ ЛШ 40 %; МК — фіброз + 2 ст., кальциноз + 1 ст., площа МО —  $0,8 \text{ см}^2$ ; АК — фіброз + 2 ст.

Стан хворої середньої тяжкості, неоперабельна.

## Висновки

Наведені дані свідчать про велику медико-соціальну значущість ХРХС, яка характерна

для широкого вікового діапазону. Вона перебігає переважно з мінімальною активністю, з переважанням поєднаних вад серця, а також значним відсотком інвалідизації та питомою вагою хірургічної корекції, але спостерігається поліпшення якості й тривалості життя хворих.

Вищевикладене свідчить також про необхідність довічної диспансеризації хворих на ХРХС, удосконалення кардіоревматологічної служби, у т. ч. сімейної медицини, комплексного етіопатогенетичного лікування, а на певному етапі — своєчасної хірургічної корекції вад.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Коваленко В. М. Ревматологія в Україні: підсумки і перспективи / В. М. Коваленко // Український ревматологічний журнал. — 2005. — № 3. — С. 3-11.

2. Коваленко В. М. Динаміка показників стану здоров'я населення України за 1995–2005 роки: аналітично-статистичний посібник / В. М. Коваленко. — К.: ВІПОЛ, 2006. — 72 с.

3. Коваленко В. М. Ревматичні хвороби в Україні: медико-соціальна актуальність, напрямки вдосконалення діагностики та лікування / В. М. Коваленко // Пленум правління ревматологів України: тези наукових доповідей. — К., 2006. — 84 с.

4. Сучасний стан здоров'я народу та напрямки його покращання в Україні: аналітично-статистичний посібник / В. М. Коваленко, В. М. Корнацький, Т. С. Манойленко [та ін.]. — К., 2005. — 140 с.

5. Дорогой А. П. Динаміка показників поширеності гострої ревматичної гарячки і хронічних ревматичних хвороб серця серед населення України / А. П. Дорогой // Матеріали IV Національного конгресу ревматологів України. — Полтава, 2005. — С. 151-152.

6. Дорогой А. П. Тривалість життя населення України, померлого від гострої ревматичної гарячки і хронічних ревматичних хвороб серця / А. П. Дорогой. — Там же. — С. 153-154.

7. Дорогой А. П. Динаміка смертності населення України від гострої ревматичної гарячки і хронічних ревматичних хвороб серця / А. П. Дорогой. — Там же. — С. 155-156.

8. Бенца Т. М. Острая ревматическая лихорадка: диагностика и лечение / Т. М. Бенца. — Клінічна імунологія, алергологія, інфектологія. — 2008. — № 3. — С. 42-48.

