

імунних реакцій та порушення кооперації імунно-компетентних клітин з персистенцією антигенів, що і призводило до формування алергічної патології.

2. У дітей з алергічними захворюваннями, які мешкали в Приморському та Бердянському районах Запорізької області, простежувалася тенденція до зниження рівня АКТГ, ТТГ та кортизолу, що свідчило про пригнічення функції гіпоталамо-гіпофізарної системи та порушення захисно-приспосувальної реакції у відповідь на алергічне запалення.

3. Регуляція гормональної активності за принципом від'ємного оборотного зв'язку у дітей з алергічними захворюваннями, незалежно від місця проживання, майже не виконувалася.

4. Показники гормонального профілю у дітей з різними клінічними формами алергічних захворювань необхідно враховувати при обґрунтуванні доз та тривалості лікування глюкокортикостероїдними препаратами, навіть інгаляційними та топічними.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аллергология и иммунология / под. ред. А.А. Баранова и Р.М. Хаитова. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Союз педиатров России, 2010. — 248с.

2. Воеводин Д.А. Цитокиногормональные взаимодействия: положение об иммуноэндокринной регуляторной системе / Д.А. Воеводин, Г.Н. Розанова // Педиатрия. — 2006. — №1. С.95-102.

3. Дедов И.И. Эндокринология / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, В.В. Фадеев. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 432с.

4. Мурадосилова Л.И. О роли нейроэндокринных нарушений и особенностей поведения при бронхиальной астме у детей / Л.И. Мурадосилова, Н.Н. Каладзе // Вестник физиотерапии и курортологии. — 2008. — №2. — С. 96-102.

5. Особенности гуморального иммунитета у детей раннего возраста с пищевой аллергией / С.Н. Денисова [и др.] // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. — 2009. — № 4. — С.79-87.

6. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных

программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. — М.: Медиа Сфера, 2006. — 312с.

7. Софронова Е.В. Показники гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничкової, тиреоїдної та гонадної систем у хворих профалергодерматозами / Е.В. Софронова // Медицина труда и пром. экология. — 2007. — № 9. — С. 11-16.

8. Brines R. Neuroendocrineimmunology today / R. Brines // J. Immunol Today. — 2009. — Vol. 15, N 11. — P. 503.

9. Chemical pollution, atopic dermatitis, respiratory allergy and asthma: a perspective / G.S. Events [et.al.] // J. Appl. Toxicol. — 2007 — Vol.28, Issue.1 — P.1-5.

10. Fluticasone furoate nasal spray: a single treatment option for the symptoms of seasonal allergic rhinitis / H.B. Kaiser [et al.] // J. Allergy Clin. Immunol. — 2007. — N 4. — P.51-52.

11. Neuroendocrine regulation of mucosal immunity / J. Bienenstock, K. Croitoru, P. Ernst, R. Stead, A. Stanisiz // Immunol Invest. — 2010. — Vol. 18, N 1-4. — P. 69-76.



УДК 616.126.42.-036.86-053.81

*М.А. Кузнецова*

### ЛІКАРСЬКА ЕКСПЕРТИЗА ЮНАКІВ ПРИЗОВНОГО ВІКУ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

*кафедра госпітальної терапії №2*

*(зав. — академік НАМН України, д. мед. н., проф. Г.В. Дзяк)*

**Ключові слова:** пролапс мітрального клапана, призовники, дисплазія сполучної тканини, лікарська експертиза

**Key words:** mitral valve prolapse, dysplasia of connective tissue, medical expertise

**Резюме.** Последнее десятилетие характеризуется резким снижением психосоматического здоровья молодых людей призывного возраста и ростом уровня сердечно-сосудистой патологии. Этому способствуют социально-экономические преобразования в стране, рост психоэмоционального напряжения, снижение уровня материальных доходов населения и неполноценное питание, алкоголизм и наркомания, разрушение системы здравоохранения. Особое место в структуре сердечно-сосу-

дистой патологии у юношей призывного возраста занимает пролапс митрального клапана (ПМК). В системе здравоохранения ПМК считается патологией молодого трудоспособного возраста и чаще всего не трактуется как патология вообще, до тех пор, пока не появляются кардиальные нарушения (нарушения ритма сердца и проводимости, клинически значимая митральная регургитация и т.д.). Данная позиция неприемлема относительно призывников, чья повседневная деятельность сопряжена с воздействием комплекса экстремальных факторов военно-профессиональной среды. В специфических условиях военной службы (строгая регламентация режима труда и отдыха, высокая степень физического и психоэмоционального напряжения, элементы гиповитаминоза и т.д.), возможности адаптации молодого человека с ПМК существенно затруднены. Любые незначительные изменения окружающей среды могут приобрести значимость экстремальных, привести к истощению резервных возможностей организма, декомпенсации органов и систем, ответственности за адаптацию. При отсутствии значимого аритмического синдрома и/или признаков сердечной недостаточности призывники с патологией сердечно-сосудистой системы (ССС), как правило, признаются годными к военной службе. Однако уровень функционального состояния организма данной категории лиц не позволяет им полноценно исполнять свои служебные обязанности. Они отстают в освоении программы учебно-боевой подготовки, отличаются сниженной работо- и боеспособностью, отсутствием мотивации на выполнение своих служебных обязанностей, постоянно предъявляют жалобы на состояние здоровья и обращаются за медицинской помощью. Все это негативно сказывается на уровне военно-профессиональной подготовки. Очевидно, что органические заболевания ССС являются распространенной патологией у военнослужащих по призыву и с ними связаны актуальные медицинские, военно-профессиональные и социально-психологические проблемы. Они требуют совершенствования методологии эффективной диагностики, профилактики и адекватной экспертной оценки степени годности к военной службе молодых лиц.

**Summary.** The last decade is characterized by a sharp decrease in psychosomatic health of young people of military age and growth of level of cardiovascular pathology. It is promoted by social and economic transformations in the country, growth of a psychoemotional pressure, decrease in level of the material income of the population, food of non-full value, alcoholism and drug addiction, health system destruction. The special place in the structure of cardiovascular pathology of young men of military age is occupied by the prolapse of the mitral valve (PMV). In health system PMV is considered as pathology of young able-bodied age and most often is not treated as pathology in general, until cardiac violations (violations of heart rhythm and conductivity, clinically significant mitral regurgitation, etc.) develop. This position is unacceptable relative to recruits, whose daily activity is entailed with influence of a complex of extreme factors of the military and professional environment. In specific conditions of military service (a strict regulation of mode of work and rest, high degree of a physical and psychoemotional pressure, elements of hypovitaminosis, etc.), possibilities of adaptation of the young man with PMV are significantly complicated. Any minor changes of the environment can gain critical importance, lead to exhaustion of reserve potential of an organism, decompensation of bodies and systems responsible for adaptation. In the absence of a significant arrhythmic syndrome and/or signs of cardiac insufficiency, recruits with pathology of cardiovascular system (CCC), as a rule, are admitted fit for military service. However level of functional condition of an organism of this category of persons does not allow them to fulfill official duties in full measure. They lag behind in the program of educational battle training, differ in lowered ability to work, absence of motivation in performance of the official duties, constant complaints on a health state and ask for medical care. All this negatively affects military vocational training level. It is obvious by that organic diseases of CCC is a widespread pathology of recruited military-personnel; actual medical, military and professional and social-psychological problems are connected with them. They require improvement of methodology of effective diagnostics, prevention and adequate expert assessment of degree of young persons validity to military service.

Пролапс мітрального клапана (ПМК) є однією з найбільш дискусійних проблем у сучасній кардіології. Первинний пролапс мітрального клапана (ПМК) є поширеною аномалією серця. Він є складовою симптомокомплексу деяких спадкових синдромів (Елерса – Данло, Марфана, Холта – Орама тощо), пов'язаних з дефектом синтезу компонентів сполучної тканини. Виділяють також недиференційовану сполучнотканинну дисплазію без повного симптомокомплексу вищевказаних синдромів, але з проявами «слабкості» сполучної тканини в будь-яких органах. Серцевими «маркерами» синдрому дисплазії сполучної тканини (СДСТ) є ПМК, аномальні хорди, вибухання кільця легеневої артерії, аневризми міжпередсердної перегородки тощо.

Окрім первинного (ідіопатичного, істинного) ПМК виділяють вторинний ПМК як ускладнення інших захворювань серця (ревматичний та інфекційний ендокардит, ішемічна хвороба серця, кальцинуюча хвороба серця, кардіоміопатії). За ревматичного ураження мітрального клапана (МК) пролабування різних його фрагментів зустрічається в 15–80% випадків [13]. Відомості про поширеність ПМК вельми неоднорідні. Так, за даними В.О. Боброва та співавторів [1], ПМК виявляють у 2–15% населення, з них у 77% — у поєднанні з пролабуванням стулок інших клапанів. П.С. Филипенко та співавтори [10] наголошують, що поширеність ПМК серед населення різних країн, зокрема Росії та України, коливається від 2 до 10%. За даними J. Barlow [12], частота ПМК варіює від 1,8 до 38% залежно від критеріїв діагностики та контингенту обстежених. Однак результати Фремінгемського дослідження довели наявність ПМК у 2,4% обстежених, частіше — у жінок [14], а за даними дослідження CARDIA (Coronary Artery Risk Development In young Adults) частота виявлення первинного ПМК серед осіб у віці 25–35 років становить лише 0,6% і не залежить від статі та раси обстежених.

У системі охорони здоров'я ПМК вважається патологією молодого працездатного віку і найчастіше не трактується як патологія взагалі, до того часу, поки не виникають кардіальні порушення (порушення серцевого ритму і провідності, клінічно значуща мітральна регургітація і т.д.). Ця позиція неприйнятна щодо призовників, чия повсякденна діяльність у подальшому пов'язана з впливом комплексу екстремальних факторів військово-професійного середовища. У специфічних умовах військової служби (чітка регламентація режиму праці й відпочинку, високий ступінь фізичного та психоемоційного

напруження, елементи гіповітамінозу і т.д.), можливості адаптації молодій людині з ПМК суттєво ускладнені. Будь-які незначні зміни навколишнього середовища можуть призвести до виснаження резервних можливостей організму, декомпенсації органів і систем, відповідальних за адаптацію. При відсутності значущого аритмічного синдрому і/або ознак серцевої недостатності призовники з патологією серцево-судинної системи (ССС), як правило, визнаються придатними до військової служби. Однак рівень функціонального стану організму цієї категорії осіб не дозволяє їм повноцінно виконувати свої службові обов'язки.

Діагностичні критерії первинного ПМК зводяться до тріади ознак:

- ультразвукові й аускультативні феномени пролапсу і клінічні еквіваленти порушення внутрішньосерцевої гемодинаміки;
- симптоми психовегетативної дисфункції;
- зовнішні та вісцеральні маркери дисплазії СТ.

Класичним аускультативним феноменом ПМК вважається систолічне клацання. Його походження пов'язане з різким натягом хорд і самої мітральної стулки в момент її набухання в порожнину лівого передсердя. Приєднання мітральної регургітації знаменується появою систолічного шуму, наростаючого до II тону. Кращому виявленню аускультативної симптоматики ПМК сприяє проведення ортостатичної проби і провокаційних тестів з фізичним навантаженням [7].

У фізикальному статусі зустрічаються маркери сполучнотканинної дисплазії - зовнішні, що виявляються при загальному огляді, та вісцеральні. У підлітків, осіб молодого віку та середнього віку можна знайти такі зовнішні ознаки, як міопія, клишоногість, астеничний тип тілобудови, високий зріст, слабкий розвиток мускулатури, підвищена гнучкість суглобів, порушення постави. Цефалгії при ПМК реєструються в 51-76% випадків, проявляються у вигляді періодичних нападів болю, провокуються психогенними факторами, змінами погоди. Біль охоплює обидві половини голови, рідше відзначаються болі за типом мігрені. До числа вісцеральних маркерів дисплазії СТ належить ряд інших «малих аномалій» серця (пролапси інших клапанів, аномально розташовані хорди, дефекти міжпередсердної перегородки), а також деформація жовчного міхура, трахеобронхіальна дискінезія, аномалії розвитку сечостатевої системи. Клінічне значення цієї патології у ряді випадків може виявитися не менш істотним, ніж зміна серця при ПМК [3].

У цей час основним методом і «золотим» стандартом діагностики ПМК є Ехо-доплерКГ. Вона дозволяє встановити факт мітрального пролабування, оцінити стан стулок і зв'язкового апарату, структурні та функціональні особливості серця, наявність міксоматозної дегенерації, ступінь мітральної регургітації, а також розпізнати деякі ускладнення ПМК.

Прийнято виділяти різні ступені ПМК, що виявляються при ЕхоКГ:

I ступінь - пролабування стулок мітрального клапана на 3-6 мм;

II ступінь - 6-9 мм;

III ступінь - понад 9 мм [4].

Окремі оцінки підлягає мітральна регургітація, оскільки її ступінь може не відповідати вираженості пролабування. За даними Ехо-доплерКГ розрізняють:

I ступінь (мінімальний) - регургітація на рівні стулок;

II ступінь (середній) – регургітуючий потік проникає в порожнину;

лівого передсердя не більше ніж на 10-15 мм;

III ступінь (виражений) - регургітація до середини передсердя;

IV ступінь (тяжкий) - регургітація по всій камері лівого передсердя [2].

Найважливішим завданням ультразвукового дослідження є виявлення ознак міксоматозної дегенерації, що представляє собою морфологічний субстрат і основний маркер первинного ПМК. Існуюча класифікація вираженості міксоматозної дегенерації виділяє:

0 ступінь - ознаки міксоматозної дегенерації відсутні;

I ступінь (мінімально виражений) - невелике (від 3 до 5мм) потовщення однієї або обох мітральних стулок без порушення їх змикання;

II ступінь (помірно виражений) - значне потовщення (5-8мм) і подовження стулок, глибина пролабування виражена, розширення мітрального кільця помірно, можливі поодинокі розриви хорд, змикання стулок порушене або відсутнє;

III ступінь (різко виражений) - потовщення мітральних стулок перевищує 8мм, глибина пролабування максимальна, розширення мітрального кільця значне, є численні розриви хорд, змикання стулок відсутнє [8].

Таким чином, діапазон клінічної картини ПМК широкий: від «німого» або малосимптомного перебігу, характерного для більшості випадків захворювання, до виражених проявів, пов'язаних з вегетативним дисбалансом або мітральною регургітацією. Відповідно підходи до лікарської експертизи та лікування ПМК не можуть бути шаблонними.

Хворі без клінічних проявів, з гемодинамічно незначущим ПМК відрізняються сприятливим прогнозом, не мають професійних обмежень, придатні до військової служби і не потребують лікування. Враховуючи можливість прогресування міксоматозної дегенерації і мітральної регургітації, таким особам необхідна динамічна ЕхоКГ раз на 2-3 роки. Регулярного лікарського спостереження і лікування вимагають хворі з мітральною регургітацією II-III ступеня, ознаками недостатності кровообігу, пароксизмальними порушеннями серцевого ритму, синкопальними станами в анамнезі. Питання медико-соціальної та військово-лікарської експертизи вирішуються індивідуально залежно від змін, виявлених у ході ретельного клініко-інструментального обстеження, поряд з обов'язковою Ехо-доплерКГ, про значення якої в діагностиці ПМК сказано вище.

## ВИСНОВКИ

1. Пролапс мітрального клапана залишається актуальною проблемою сьогодення, незважаючи на достатню кількість інформації з цієї проблеми.

2. ПМК у юнаків призовного віку не слід розглядати як нешкідливий анатомічний феномен. Подібна аномалія клапану, навіть трохи виражена, в умовах гіперфункції будь-якого походження може викликати порушення адаптації, сприяти розвитку структурно-функціональної перебудови міокарда, аритмогенних й інфекційних ускладнень.

3. Юнаки з аномалією клапанного апарату серця, навіть незначною мірою виразності, потребують стаціонарного обстеження і лікування з використанням лікувально-профілактичних програм, спрямованих на попередження декомпенсації захворювання. Вони є особливою групою ризику розвитку серцево-судинних ускладнень, що вимагає динамічного лікарського спостереження протягом усього терміну служби.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бобров В.О. Пролабування мітрального клапана: діагностика, клініка, тактика лікування / В.О. Бобров, М. О. Шликова // Укр. кардиол. журнал. – 1995. – № 1. – С. 85-88.

2. Земцовский Э.В. Соединительнотканье дисплазии сердца / Э.В. Земцовский. – СПб.: Политекс, 1998. – 272 с.

3. Клеменов А.В. Первичный пролапс митрального клапана / А.В. Клеменов. – изд. 3-е, перераб. и доп. – 2006. – С.10-21.
4. Мухарлямов Н.М. Пролабирование митрального клапана (клинические варианты) / Н.М. Мухарлямов, А.М. Норузбаева, Д.Н. Бочкова // Терапевт. архив. – 1981. – № 1. – С. 72-77.
5. Остроумова О.Д. Пролапс митрального клапана – норма или патология? / О.Д. Остроумова, О.Б. Степура, О.О. Мельник // Рус. мед. журнал. – 2002. – № 28. – С. 1314-1317.
6. Пролабирование митрального клапана как психосоматическая проблема / А.И. Мартынов, А.В. Смулевич, О.В. Степура [и др.] // Терапевт. архив. – 2000. – № 10. – С. 27-30.
7. Пролапс митрального клапана. Ч. I. Фенотипические особенности и клинические проявления / А.И. Мартынов, О.Б. Степура, О.Д. Остроумова [и др.] // Кардиология. – 1998. – № 1. – С. 72-80.
8. Строжаков Г.И. Эхокардиографическая оценка состояния митрального аппарата и осложнения пролабирования митрального клапана / Г.И. Строжаков, Г.С. Верещагина // Терапевт. архив. – 1998. – Т. 70, № 4. – С.27-32.
9. Трисветова Е.Л. Малые аномалии сердца / Е.Л. Трисветова, А.А. Бова // Клинич. медицина. – 2002. – № 1. – С. 9-14.
10. Филипенко П.С. Роль дисплазии соединительной ткани в формировании пролапса митрального клапана / П.С. Филипенко, Ю.С. Малоокая // Клинич. медицина. – 2006. – № 12. – С. 13-19.
11. Фомин В.В. Пролапс митрального клапана: диагностика, тактика ведения и лечение / В.В. Фомин // Клинич. фармакология и терапия. – 2002. – № 11. – С. 52-57.
12. Barlow J.B. Mitral valve billowing and prolapsed – an overview / J.B. Barlow // Aust. N. Z. J. Med. – 1992. – Vol. 22, N 5, Suppl. – P. 541-549.
13. Mitral valve prolapsed in patients with prior rheumatic fever / N. J. Lembo, I. J. Dell'Italia, M. N. Crawford [et. al] // Circulation. – 1988. – Vol.77. – P.830-836.
14. Prevalance and clinical Determinants of mitral, tricuspidal, and aortic regurgitation (The Framingham Heart Study) / J. Singh, J. Evans, D. Levy [et al.] // Amer. J. Cardiol. – 1999. – Vol. 83. – P. 897-902.



УДК 616.127-005.8-002.1-008.33-08:616.89-008.44-036.1-053.9

*Н.Я. Доценко,  
С.С. Боев,  
И.А. Шехунова*

## ВЛИЯНИЕ МЕЛЬДОНИЯ НА КОГНИТИВНЫЙ И КЛИНИКО- ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины»  
кафедра кардиологии  
(зав. – д. мед. н., проф. Н.Я. Доценко)*

**Ключевые слова:** инфаркт миокарда, артериальная гипертензия, когнитивные нарушения, пожилой возраст  
**Key words:** myocardial infarction, arterial hypertension, cognitive disorders, elderly age

**Резюме.** *Обстежено 40 хворих літнього віку з діагнозом «гострий інфаркт міокарда, що розвинувся на фоні АГ». Хворі були розподілені на дві групи: основну – 20 хворих (18 чоловіків, 2 жінки), вік  $70,0 \pm 1,8$  року, та контрольну – 20 хворих (19 чоловіків, 1 жінка), вік  $69,5 \pm 1,6$  року, які отримували стандартну терапію гострого інфаркту міокарда та артеріальної гіпертензії. «Стандартна терапія» включала ацетилсаліцилову кислоту і клопідогрель, статини, бета-блокатори та інгібітори АПФ, при необхідності, для контролю АГ, препарати, відповідно до рекомендацій Українського товариства кардіологів. Крім того, хворим першої групи до стандартної терапії ГІМ та АГ був доданий Вазонат<sup>®</sup> протягом 15 днів внутрішньовенно у дозі 1000 мг на добу. Проводилося вивчення впливу терапії Вазонатом<sup>®</sup> (мельдонієм) на клініко-функціональний статус, толерантність до фізичного наванта-*