

ні, і у відповідь на неї — сплеск алкоголізму та наркоманії. Надалі відбувається зниження цих показників. Не менше 80 % від усіх померлих із ПП — померлі поза спеціалізованими психіатричними установами, без належної спеціалізованої медичної допомоги. Психічні стаціонари, що обслуговують

населення міста й області, дають невелику частку до загальної кількості померлих від ПП. У структурі летальності велику частку складають гострі алкогольні психози, причому в більшості випадків безпосередньою причиною смерті був набряк головного мозку. Це свідчить про не-

своєчасну госпіталізацію, тяжкість перебігу алкогольного делірію, і, можливо, про недостатнє лікування. З-поміж причин, що визначають підвищення смертності від ПП, слід відзначити соціально-економічні фактори, що впливають, насамперед, через захворюваність.

УДК 616.1-036.865-053.2/7

В. О. Кондратьєв, Л. В. Ващенко, Г. В. Кулікова

ШЛЯХИ ФОРМУВАННЯ ІНВАЛІДНОСТІ У ДІТЕЙ З КАРДІАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Дніпропетровська державна медична академія

Вступ

Серцево-судинні захворювання на сучасному етапі є однією з найбільш актуальних проблем медицини в більшості країн світу. В Україні рівень захворюваності і поширеності хвороб системи кровообігу за період 1997–2002 рр. зріс на 54 і 55,9 % відповідно [5]. За поширеністю в Україні хвороби системи кровообігу в 2002 р. посідали перше місце і становили 27,4 %, тобто майже кожний третій пацієнт мав серцево-судинне захворювання [5]. Патологія серцево-судинної системи часто призводить до обмеження життєвих і соціальних функцій хворого і формування інвалідності. При цьому інвалідність молодого працездатного населення, як правило, зумовлена патологією, що бере початок в дитячому віці [1; 6]. У 2003 р. в Україні нараховувалося близько 160 000 дітей-інвалідів у віці до 16 років [2]. У структурі причин дитячої інвалідності рівень захворювань органів кровообігу був достатньо високим. У

дітей перших років життя інвалідність за серцево-судинними захворюваннями частіше була пов'язана з уродженими аномаліями серця і судин, а в наступні роки — із міокардитами, кардіоміопатіями, аритміями, артеріальними гіпертензіями різного генезу [3]. Втім, структура та причини дитячої інвалідності в різних регіонах країни вивчені недостатньо. Існує потреба подальшого вивчення даного питання для проведення цілеспрямованих профілактичних і реабілітаційних заходів.

Метою нашої роботи був аналіз частоти і структури інвалідності у дітей з уродженими і набутими захворюваннями серця на сучасному етапі.

Матеріали та методи дослідження

Проведено ретроспективний аналіз 3935 історій хвороб дітей у віці 1–16 років, що перебували на обстеженні і лікуванні в кардіоревматологічному відділенні обласної дитячої клінічної лікарні Дніпропет-

ровська в 1998–2003 рр. До статистичної обробки були включені всі уперше виявлені випадки органічної патології серця. Наявність недостатності кровообігу у таких хворих відповідно до наказу МОЗ України від 08.11.2001 р. № 454/471/516 потребувала оформлення інвалідності. Статистична обробка матеріалу здійснювалася за допомогою пакета програм Excel 7.0.

Результати дослідження та їх обговорення

Під спостереженням перебували 370 дітей з уродженими вадами серця (УВС), із них у віці до 1 року — 89 (24,1 %) хворих. Хронічна недостатність кровообігу (НК), що призвела до інвалідності, в цій групі хворих була відзначена в 68,9 % випадків. При цьому перебіг УВС частіше супроводжувався НК ІА–ІБ стадії — 65,5 % хворих; НК І стадії спостерігалась у 34,5 % хворих на УВС. У 2000–2003 рр., поряд зі збільшенням кількості випадків вперше діагностованих в умовах клініки УВС, спосте-



рігалася тенденція до збільшення кількості випадків інвалідності: з 52,4 до 88,3 % таких хворих. Деякою мірою це можна було пояснити збільшенням кількості тяжких комбінованих вад серця: різноманітні поєднання перегородкових дефектів, аномалій клапанного апарата серця і великих судин, що становили 15,4 % від усіх УВС. У поєднанні з хворобою Фалло, транспозицією магістральних судин такі вади становили 33,2 % від усіх УВС і супроводжувалися швидко прогресуючою серцевою недостатністю, що визначалася у 100 % випадків.

Кількість хворих на УВС, яким своєчасно була проведена оперативна корекція вади, протягом останніх 6 років залишалася на достатньо низькому рівні і дорівнювала в середньому 29,2 % на рік від усіх хворих на УВС. Низький відсоток оперованих дітей пояснювався багатьма причинами. Найчастіше це було несвоєчасне виявлення хворих на УВС у районах і відповідно пізнє звернення по кваліфіковану медичну допомогу. Хворі часто надходили до обласної лікарні у фазі декомпенсації вади і потребували невідкладної корекції гемодинаміки для можливого транспортування в НДІ ССХ Києва.

Таким чином, зниження рівня інвалідності дітей з уродженою кардіальною патологією на сучасному етапі можливе шляхом здійснення ранньої діагностики, в тому числі за допомогою пренатального ультразвукового дослідження плода та ехокардіографічного скринінгу новонароджених в районних пологових будинках, при правильному застосуванні терапевтичної і хірургічної тактики.

До групи із запальними набутими захворюваннями серця увійшло 390 дітей, що хворіли на неревматичний кардит, ревматичну лихоманку і набуті вади серця, кардіоміо-

патії. Інвалідність у цій групі формувалася значно рідше, ніж при УВС, і становила 19,7 % ($P < 0,001$).

Найбільш численною була підгрупа з неревматичними кардитами — 226 (57,9 %) хворих. Інвалідність у таких хворих формувалася рідко — у 31 (13,7 %) випадках — і мала такі особливості структури: уроджений кардит — 22,6 %; аритмічні варіанти кардиту — 29 %; дилатаційна кардіоміопатія (ДКМП) — 41,9 %; кардіосклероз — 6,5 %. Слід зазначити, що у хворих на уроджений кардит (3,1 %) інвалідність наставала у 100 % випадків. Аритмічні варіанти відзначалися у 81 (35,8 %) хворого на неревматичний кардит і часто супроводжувалися порушенням кровообігу, що в динаміці перебігу хвороби призвело до інвалідності у 11,1 % хворих. У 100 % випадків інвалідність наставала при тяжких формах хронічних кардитів із формуванням ДКМП. У двох хворих було діагностовано кардіосклероз як наслідок тяжкого панкардиту, що перебігав з явищами коронариту.

Формуванню інвалідності при хронічних кардитах з виходом у ДКМП сприяли пізнє звернення по кваліфіковану медичну допомогу і надходження таких дітей до стаціонару з ознаками вираженої хронічної недостатності кровообігу, що тяжко піддавалася медикаментозній корекції і потребувала подальшого тривалого амбулаторного лікування.

Підгрупу з ревматичними хворобами склали 165 хворих дітей. При цьому в активній фазі ревматичної лихоманки перебували 53,4 %, у неактивній фазі процесу — 46,6 % хворих. При гострій ревматичній лихоманці ураження клапанів серця було відзначено у 36 (40,9 %) хворих. Найбільш часто активна фаза ревматичної лихоманки супроводжувалася поєднаним ураженням мітрального й аор-

тального клапанів (32,5 %). Ізольований вальвуліт мітрального клапана виявлявся в 20,5 % випадків, аортального — у 8,8 %. Ураження судин головного мозку у вигляді малої хорей діагностовано у 6,8 % хворих в активній фазі процесу.

Інвалідність у підгрупі хворих із ревматичною лихоманкою становила 27,9 % за рахунок сформованих набутих вад серця. Недостатність мітрального клапана було відзначено у 55,6 %, аортального — в 44,4 % випадків. Серед хворих в неактивній фазі ревматичної хвороби серця набуті вади серця було діагностовано в 59,7 % випадків.

Необхідно відзначити, що в активній фазі ревматичного процесу частіше відзначалося поєднане ураження мітрального й аортального клапанів, тимчасом як у неактивній фазі захворювання комбінованих вад серця не виявлялося, а траплялися лише ізольовані вади клапана.

Динаміка показників ревматичної лихоманки за роками характеризувалася тенденцією до зменшення кількості хворих на гостру ревматичну лихоманку, при цьому ураження клапанів у динаміці значно зросло. Так, якщо в 1998 і 1999 рр. ураження клапанів відзначалося у 40 і 36,8 % випадків відповідно, то в 2002 р. цей показник сягав 71,4 %, а в 2003 — 100 %.

Отримані результати узгоджуються з даними літератури, відповідно до яких в останні роки відзначається зменшення захворюваності на ревматичну лихоманку в дітей [4; 7]. Поряд із цим збільшилася кількість випадків не своєчасно розпізнаних тяжких форм ревматизму, коли захворювання маніфестувало з формування вади серця й у 30 % випадків супроводжувалося стійким порушенням функцій та інвалідизацією хворого [7].

До підгрупи з кардіоміопатіями увійшли 47 хворих дітей



віком від 1 до 8 років. При цьому в 73,9 % випадків було діагностовано дилатаційну форму захворювання. У 13 (72,3 %) хворих ця патологія сформувалася внаслідок тяжкого неревматичного кардиту. Гіпертрофічна кардіоміопатія була діагностована у 26,1 % хворих цієї групи. Незалежно від етіології і форми кардіоміопатії в усіх пацієнтів перебіг захворювання супроводжувався недостатністю кровообігу, переважно II А-Б стадії, що призвело до формування інвалідності у 100 % випадків.

Висновки

Захворювання серцево-судинної системи посідають одне з головних місць серед причин інвалідності дітей і підлітків Дніпропетровської області. Найвищий відсоток інвалідності відзначається серед дітей із УВС і кардіоміопатіями, що потребує поліпшення ранньої діагностики і проведення своєчасного оперативного лікування.

Частота формування інвалідності у дітей із неревматичними кардитами та ревматичною лихоманкою є керованим показником і може бути знижена за рахунок проведення профілактики, раціонального диспансерного спостереження і реабілітації таких хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Богданова Г. Н., Беляев С. Е. Распространенность сердечно-сосудистых заболеваний у детей школьного возраста уральского региона // Педиатрия. — 1999. — № 4. — С. 49-51.
2. Концепція медико-соціальної реабілітації дітей-інвалідів із хронічною соматичною патологією / М. М. Корень, Л. Ф. Богмат, С. Р. Толмачова, Е. А. Михайлова // Педиатрія, акушерство та гінекологія. — 2003. — № 6. — С. 37-38.
3. Механизмы формирования инвалидности у детей с патологией

системы кровообращения / Н. М. Корень, Л. Ф. Богмат, С. Р. Толмачова, Е. А. Михайлова // Матеріали наук.-практ. конференції. — Харків, 2000. — С. 3.

4. Приходько В. С. Сучасна структура захворювань серця у дітей. Термінологія. Класифікація // Педиатрія, акушерство та гінекологія. — 2000. — № 5. — С. 5-7.

5. Смертність та інвалідність населення внаслідок серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань — проблема сучасності / В. М. Коваленко, А. П. Дорогой, В. М. Корнацький та ін. // Укр. кардіол. журнал. — 2003. — № 6. — С. 9-11.

6. Толмачева С. Р. Подходы к профилактике инвалидности у детей и подростков с хроническими заболеваниями органов кровообращения // Матеріали наук.-практ. конференції. — Харків, 2000. — С. 96.

7. Школьникова М. А., Осокина Г. Г., Абдулатипова И. В. Современная структура заболеваемости, смертности и детской инвалидности от болезни сердечно-сосудистой системы // Детская кардиология 2002: Тез. Всерос. конгр. — М., 2002. — С. 253-254.

УДК 616-07:612.1/2.015.3:615.838

А. В. Паненко, Л. О. Носкін, О. П. Романчук

ПРИНЦИПИ ОЦІНКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ОРГАНІЗМУ ЗА НАПРУЖЕННЯМ ОСНОВНИХ САНОГЕНЕТИЧНИХ СИСТЕМ

Одеський державний медичний університет,
Клінічний санаторій ім. В. П. Чкалова, Одеса

Дослідження функціонування серцево-судинної, дихальної та систем метаболізму входять до переліку обов'язкових досліджень на всіх етапах медичної допомоги населенню. Вказані системи завжди реагують на вплив зовнішніх і внутрішніх чинників, що дозволяє під час дослідження не тільки вивчати їх функціональний стан, але й охарактеризувати адаптаційні можливості організму [1; 6; 11].

З розвитком нових технологій з'явилися методи, що дозволяють експресно на підставі дослідження варіативних характеристик функціонування окремих систем організму визначати їх функціональний стан, резерв функціонування, прогнозувати розвиток тих чи інших станів. Це артеріоритмографія, ритмографія, лазерна кореляційна спектроскопія (ЛКС) [1–3; 7; 10; 12; 25].

Численні наукові публікації присвячено застосуванню цих методів для донозологічної діагностики, діагностики функціонального стану серцево-судинної системи, визначення її адаптаційних можливостей, контролю впливу лікувальних заходів, реабілітації тощо. Результати досліджень вітчизняних та іноземних науковців дозволяють стверджувати, що спектральні характеристики серцевого ритму є інформа-

