

не: під епікардом, в товщі міокарда та ендокарді спостерігалися дифузні зливні точкові і лінійні крововиливи – геморагічний панкардит. Ознак атеросклерозу у вінцевих артеріях виявлено не було. При патогістологічному дослідженні міокарда (фрагменти лівих та правих відділів серця) виявлені ознаки геморагічного панкардиту із дифузним мікроангіотромбозом – множинні обтуруючі фібринові мікротромби в просвітах більшості судин мікроциркуляторного русла, множинні некоронарогенні некрози міокарда із перифокальними діapedезними крововиливами та дрібновогнищевою запальною інфільтрацією. Аналогічні зміни різного ступеня вираженості було виявлено в інших внутрішніх органах.

Висновки. Демонструється випадок рідкісного домінуючого ураження серця при ТТП, що проявилось тотальним геморагічним панкардитом із множинними некоронарогенними некрозами міокарда. Ураження серця при ТТГ діагностується крайнє рідко. Цей випадок свідчить про можливе ураження серця при ТТП, що повинно враховуватися в процесі встановлення діагнозу та проведенні диференційної діагностики. Хвороба Мошковица та її клініко-патоморфологічні прояви на сьогоднішній день вивчені мало, тому цей випадок становить практичний інтерес для лікарів різних спеціальностей.

Резервні можливості міокарда у хворих з холецистокоронарними проявами: лікувальні аспекти

Н.В. Бачук-Понич, Т.О. Ілащук

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці

Поліморбідність захворювань у сучасному світі набуває дедалі більшого значення. Нерідко поєднання ішемічної хвороби серця (ІХС) та хронічного холециститу (ХХ) характеризується взаємообтяжувачим перебігом, що зумовлює необхідність оптимізації шляхів діагностики і в подальшому обґрунтування концепції лікування таких хворих.

Мета – вивчити коронарний резерв міокарда у хворих із поєднаним перебігом ІХС та ХХ при проведенні велоергометрії (ВЕМ) та особливості лікувальної дії екстракту гінґко білоба (ЕГБ) в комплексній терапії зазначеної мікст-патології.

Матеріал і методи. Обстежено 90 хворих на ІХС, стабільну стенокардію напруги II–III функціонального класу, віком від 30 до 56 років, із них контрольну групу склали 27 осіб (30 %) з ізольованою ІХС, основну – 63 (70 %) пацієнти із ІХС в поєднанні з хронічним некалькульозним холециститом (ХХ). Всім хворим проводили ВЕМ на діагностичному комплексі «Кардіо+» (Україна) в першій половині доби до вживання їжі та лікарських засобів та після додаткового застосування в базовій терапії ЕГБ в дозі 80 мг двічі на добу впродовж 16–18 днів із визначенням таких показників: відсоток досягнутого навантаження до розрахункового, кількісні показники ішемії (сумарне зміщення сегмента ST (EST, мм), кількість відведень з ознаками ішемії (NST), середнє зміщення сегмента ST (AST)), толерантність до фізичного навантаження (ТФН, %).

Результати. Аналіз отриманих даних свідчить про суттєве зростання частоти реєстрації позитивної проби у контрольній групі порівняно з основною групою ((75±6,5) % та (56±5,9) %, $p<0,05$). Аналогічна тенденція спостерігалась і для показника відсотка досягнутого навантаження до роз-

рахункового, який був вірогідно нижчим у пацієнтів основної групи ((52,56±3,28) %) порівняно з групою контролю ((72,41±3,19) %, $p<0,05$), порогове навантаження становило відповідно (65,32±2,74) та (83,26±3,59) Вт. При зіставленні показника ТФН слід відзначити, що він був значно меншим у хворих із супутнім ХХ порівняно з групою пацієнтів без нього (цей показник становив відповідно (45±4,12) % та (61,5±6,01) %, $p<0,05$). Аналіз показав, що величина показника EST була достовірно більшою у пацієнтів із СС та супутнім МС ((8,43±0,87) мм) порівняно з хворими з ізольованою СС ((6,12±0,41) мм, $p<0,05$), значення NST було також достовірно більшим у пацієнтів основної групи порівняно з контрольною (8,13±0,42 відведень проти 4,94±0,31 відведень, $p<0,01$). Показник AST, за аналогією з попередніми показниками, був достовірно більшим у хворих на СС та МС ((1,54±0,13) мм) порівняно з таким у пацієнтів з ізольованою СС ((1,26±0,08) мм, $p<0,05$).

Згідно з аналізом результатів ВЕМ після курсового лікування вдалося досягти вірогідного зростання показників порогового навантаження, ТФН у пацієнтів із ІХС без ХХ (відповідно до (76,21±2,96) Вт і (56,34±4,74) %, $p<0,05$ порівняно з вихідними даними). У хворих на ІХС та ХХ динаміка ішемічних змін після лікування була менш вираженою без достовірної міжгрупової різниці, що можливо, потребує збільшення тривалості прийому ЕГБ та корекції його дозування у цього контингенту хворих.

Висновки. При поєднаному перебігу ІХС та ХХ відбувається зменшення толерантності до фізичного навантаження та зростання кількісних показників ішемії за даними ВЕМ, що ймовірно, є наслідком спільних факторів ризику обох нозологій, поглибленням гемодинамічних змін в організмі. Тому своєчасна діагностика і терапевтична корекція ХХ є важливим профілактичним напрямком, що дозволить попередити розвиток і подальшу дестабілізацію ІХС. Включення екстракту гінґко білоба в комплексну терапію ІХС із супутніми ХХ справляє позитивний вплив на коронарний резерв міокарда шляхом зменшення ішемічних змін та підвищення функціональної здатності міокарда, а також зменшує клінічні прояви зазначеної мікст-патології.

Особливості інвалідності при хворобах системи кровообігу в учасників антитерористичної операції

Н.М. Беляєва, І.В. Куриленко, О.Г. Яворовенко, О.Ю. Галютіна

НДІ реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

За час проведення антитерористичної операції (АТО) в Україні – держава зіштовхнулась з проблемою необхідності надання соціальної допомоги особам, які постраждали від військових дій, в т.ч. пенсія у зв'язку з інвалідністю та проведення медико-соціальної реабілітації.

Сучасні військові технології призводять до вкрай важких медичних та соціальних наслідків, подолати або пом'якшити які можливо тільки комплексними зусиллями. В процесі військової операції виникають не тільки вогнепальні травматичні ураження різних органів та систем, які мають пріоритетне значення в структурі патології в учасників АТО, але й захво-

рювання, в т.ч. органів системи кровообігу, які виникли вперше або загострилися та потребували медичної допомоги.

Мета – на підставі дослідження медико-експертної документації визначити структуру патології серцево-судинної системи, її значення в інвалідизації учасників АТО.

Матеріал і методи. Дослідження проведено в 20 областях України, проаналізовані дані 167 учасників АТО, які мали захворювання серцево-судинної системи та проходили освідження на МСЕК у 2015 р. Використані методи: статистичний, аналітичний, метааналіз за даними медико-експертної документації.

Результати. Отримані дані свідчать про те, що ці захворювання в структурі загальної патології учасників АТО – 5,4%. За даними МСЕК, у 89,22 % хворих встановлена інвалідність, 10,78 % інвалідами визнані не були, їм визначені страхові відсотки. В числі терапевтичної патології найбільше значення мала ішемічна хвороба серця (ІХС), на другому місці – гіпертонічна хвороба (ГХ), на третьому – ревматичні хвороби серця (РХС). Визнані інвалідами з числа осіб з ІХС – 95,9 %, з ГХ – 92,69 %, з числа РХС – 100 %. В структурі тяжкості інвалідності переважала ІІІ група інвалідності, так при ІХС її питома вага була 74,5 %, при ГХ – 68,0 %, при РХС – 83,3 %, друга група інвалідності була визначена відповідно 25,5; 28,0 та 16,67%, в окремому випадку при ГХ визначена ІА група інвалідності. Серед причин інвалідності: «при проходженні військової служби» – 62,2–83,3 % відповідно у інвалідів І та ІІ груп, а «при захисті Батьківщини» – 26,7–16,7 %. Причини інвалідності відповідно до чинного законодавства визначають ступінь соціального захисту інваліда. В останніх найбільше часто серцево-судинна патологія поєднувалась з патологією шлунково-кишкового тракту, множинними осколковими ураженнями м'яких тканин.

Висновки. Отримані дані свідчать про те, що патологія системи кровообігу займає відповідне місце в структурі загальної патології учасників АТО, має високий рівень інвалідизації та потребує реабілітаційних заходів.

До питання оптимізації системи медико-соціальної реабілітації інвалідів із захворюваннями органів кровообігу

Н.М. Беляєва, І.В. Куриленко, О.Б. Яворовенко, Л.В. Кульчевич, В.В. Бойко

НДІ реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

Соціальна політика держави відносно інвалідів спрямована на побудову для них «рівних можливостей» в різних сферах життєдіяльності. Основним інструментом для здійснення цього є реабілітація інвалідів. Не дивлячись на деякі позитивні кроки в плані побудови медико-соціальної реабілітації інвалідів в Україні, на сьогодні відсутня єдина система реабілітації інвалідів, в т.ч. інвалідів з патологією серцево-судинної системи, що координує та спрямовує діяльність різних відомств та закладів, які відповідають за виконання заходів медичної, психологічної, професійно-трудова, педагогічної, соціально-побутової, соціально-середовищної реабілітації, забезпечення засобами медичної та технічної реабілітації, не розроблений порядок взаємодії закладів різної відомчої підпорядкованості, немає послідовності та спадковості у проведенні реабілітаційних заходів.

Мета – оцінка ефективності системи медико-соціальної реабілітації інвалідів з захворюваннями органів кровообігу.

Матеріал і методи. Дослідження проведено на підставі матеріалів кардіо МСЕК 22 областей України. Аналізувалась структура закладів, куди були спрямовані інваліди, результати реабілітації. Використані методи: статистичний, аналітичний, математичного моделювання з використанням багатфакторного лінійного дискримінантного аналізу Фішера.

Результати. Отримані результати свідчать, що існуюча структура призводить до «не відновлення» обмежень життєдіяльності (у 52 %), або ж до «наростання» обмежень життєдіяльності (у 48 %). Нагальним на сьогодні є питання зміни маршруту інваліда за рахунок активізації та розширення зон впливу закладів саме «реабілітаційного», а не лише «загальнолікувального» профілю. А саме, з метою підвищення ефективності реабілітації інвалідів з патологією органів кровообігу потребують удосконалення та оптимізації такі структурні реабілітаційні підрозділи, як лікарні відновного лікування, реабілітаційно-оздоровчі центри, центри здоров'я, реабілітаційні відділення санаторіїв, центри соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями, спеціальні загальноосвітні школи-інтернати, центри фізичної культури та спорту інвалідів, центри та відділення медико-соціальної реабілітації, лікувально-фізкультурні диспансери, центри та відділення професійної та соціально-трудова реабілітації інвалідів, центри зайнятості, громадські організації інвалідів та інші недержавні організації.

Висновки. Отже, отримані дані дозволили визначити вагомий вплив на ефективність відновлення здоров'я інвалідів реабілітаційної спрямованості та необхідність удосконалення системи медико-соціальної реабілітації інвалідів.

Хвороба Кавасакі: аналіз трьох клінічних спостережень та аутопсійного випадку з дослідженням патоморфологічних змін коронарних артерій

О.І. Бойко, О.Ф. Кіндрат, О.Р. Макар

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Хвороба Кавасакі (ХК) – це системний васкуліт невідомої етіології, що виникає в ранньому дитячому віці та є основною причиною коронаритів у дітей. Коронарит внаслідок ХК є основною причиною формування ішемічної хвороби серця в дитячому та молодому віці. Дилатація та аневризми коронарних артерій виникають у 20–25 % нелікованих хворих. Внутрішньовенне введення імуноглобуліну зменшує ризик розвитку аневризми до менше, ніж 5 %. Летальність при хворобі Кавасакі становить 0,1–0,2 %. В Україні відомі лише поодинокі випадки ХК. В Японії, Північній Америці та Європі ХК стає все поширенішим варіантом набуті патології серцево-судинної системи у дитячому віці, витісняючи гостру ревматичну лихоманку.

Матеріал і методи. Проаналізовано три клінічні спостереження ХК у пацієнтів віком від 11 місяців до 28 років; три особи чоловічої та одна жіночої статі. Досліджений аутопсійний випадок смерті хлопчика у віці чотирьох років. Патоморфологічні зміни коронарних артерій вивчені з використанням стандартних гістологічних та гістохімічних методик.