

*Є.Х. Заремба, О.В. Заремба-Федчишин, О.В. Заремба, Н.О. Рак, О.В. Смалюх, М.М. Вірна*

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ВАЖКОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРОЇ З МІТРАЛЬНО-АОРТАЛЬНОЮ ВАДОЮ СЕРЦЯ (клінічний випадок)

### Резюме

У статті описано клінічний перебіг хронічної ревматичної хвороби серця, ускладненої міокардитом вірусної етіології, важкий ступінь, важка мітрально-аортальна недостатність, сучасні методи діагностики та лікування.

### Ключові слова

Хронічна ревматична хвороба серця, вірусний міокардит, важка мітрально-аортальна вада, гепатопротектори.

Хвора О., 1967 р.н., надійшла до кардіологічного відділення КМКЛШМД м. Львова 11.05.2016 р. зі скаргами на різку задишку в стані спокою та під час незначного фізичного та психоемоційного навантаження, відчуття прискороеного серцебиття, набряки на нижніх кінцівках, запаморочення, потемніння в очах, сухий кашель, різку загальну слабкість, втому, зниження працездатності.

Вважає себе хворою протягом останніх 3,5 років, коли після перенесеного грипу почала відмічати різку задишку в стані спокою, сухий кашель, підвищення температури тіла до 38 °С, відчуття прискороеного серцебиття, перебої в роботі серця, набряки на нижніх кінцівках, загальну слабкість та зниження працездатності. Лікувалася в стаціонарі, на цей час стан хворої був важким. Після встановленого діагнозу, проведеного лікування та стабілізації загального стану хвора постійно 2-3 рази на рік лікувалася амбулаторно та стаціонарно. Після останнього стаціонарного лікування (01.03.2016), враховуючи дані ехо-КГ (29.02.2016): дилатація лівих камер серця. Товщина стінок лівого шлуночка — норма. Недостатність МК +4. Недостатність АК +1. Скоротливість міокарда лівого шлуночка знижена: ФВ — 25%. Легенева гіпертензія. Рідина в порожнині перикарда +0,3 см. Рідина в плевральній порожнині не візуалізується.

Хвора в задовільному стані була виписана та скерована на консультацію щодо можливого проведення протезування на клапанах серця. Після огляду пацієнтки було призначено оперативне втручання, до якого її готували. З невідомих причин оперативне втручання не відбулося. Хворій запропонована пересадка серця. Загальний стан хворої після проведеної медикаментозної терапії погіршувався, 11.05.2016 р. хвора у важкому стані була виписана зі стаціонару з діагнозом: виражена мітральна недостатність. Виражена тристулкова недостатність. Виражена легенева гіпертензія. Стан після перенесеного міокардиту (2012 р.), хронічний перебіг. ХРХС. СН ІІБ із різко зниженою функцією лівого шлуночка. NYHA IV. Хвора госпіталізована в кардіологічне відділення КМКЛШМД для подальшого продовження лікування.

Зростала та розвивалася в задовільних соціально-побутових умовах. Спадковий та алергологічний і професійний анамнез не обтяжений. Перенесені захворювання: часті ГРВІ, ангіни, пневмонія (2012 р.). Вірусний гепатит, венеричні захворювання, алкоголь, куріння, туберкульоз заперечує.

Стан хворої важкий. Свідомість ясна. Положення активне. Будова тіла правильна, конституція нормостенічна. Шкірні покриви та видимі слизові блідого кольору, чисті, вологі. Підшкірно-жирова клітковина розвинена помірно. Кістково-суглобова система — без видимих деформацій. Набряки

на нижніх кінцівках. Лімфатичні вузли не збільшені. Температура тіла 36,8 °С.

Дихання носом вільне, не утруднене. Грудна клітка нормостенічної форми. Обидві половини грудної клітки симетричні, рівномірно беруть участь в акті дихання. При пальпації грудна клітка неболюча. Голосове тремтіння проводиться з обох боків. Перкуторно над легенями ясний легеновий звук, аускультативно дихання різко ослаблене в нижніх відділах легень, частота дихання — 28 уд/хв.

Ділянка серця без деформації. Патологічної пульсації судин шиї не виявлено. Верхівковий поштовх пальпується в 5 міжребер'ї на 1,5 см уліво від середньоключичної лінії. Межі серця зміщені на 1,5 см. Аускультативно: тони серця різко ослаблені, ритмічні, систолічний шум над верхівкою. Частота серцевих скорочень — 108 уд/хв, пульс — 108 уд/хв, задовільного наповнення та напруження. Артеріальний тиск (АТ) — 85/60 мм рт. ст.

Язик обкладений білим нальотом. Слизова рота блідо-рожева. Зів гіперемований. Мигдалики атрофовані. Живіт не збільшений у розмірах, доступний поверхневий і глибокий пальпації, неболючий. При аускультативній вислуховуються перистальтичні шуми. Печінка виступає на 3 см із-під краю реберної дуги, нижній край при пальпації заокруглений, болючий. Селезінка не пальпується. Стілець без патології.

Ділянка нирок не змінена, при пальпації нирки неболючі. Симптом Пастернацького (±) з обох боків. Сечовипускання вільне, діурез знижений.

Загальний аналіз крові 12.05.2016 р.: гемоглобін — 102 г/л, лейкоцити —  $6,5 \times 10^9$ /л (e — 0%, п — 1%, с — 75%, л — 19%, м — 5%), ШОЕ — 20 мм/год; біохімічні показники крові: АлАТ — 1084 Од/л, АсАТ — 260 Од/л, білірубін загальний — 77,72 мкмоль/л, білірубін прямий — 39,51 мкмоль/л, креатинін — 127 мкмоль/л, сечовина — 14,89 мкмоль/л, тимолова проба — 2,25 од., сечова кислота — 878 мкмоль/л; ревмопроби: СРБ — 24 мг/мл, АСЛО — 200 МО/мл, ревмофактор негативний, серомукоїди — 0,571 ум.од.; загальний аналіз сечі: білок — 0,198 г/л, лейкоцити — 40-50 у полі зору, епітелій — 1-2 в полі зору; ліпідограма: загальний холестерин — 2,79 мМ/л, ХС ЛПВЩ — 0,62 мМ/л, ХС ЛПНЩ — 1,76 мМ/л, ХС ЛПДНЩ — 0,41 мМ/л, тригліцериди — 0,90 мМ/л, коефіцієнт атерогенності — 3,5; коагулограма: протромбіновий час — 23", протромбіновий індекс — 65,2%, фібриноген плазми — 5,4 г/л, β-нафтоловий тест негативний.

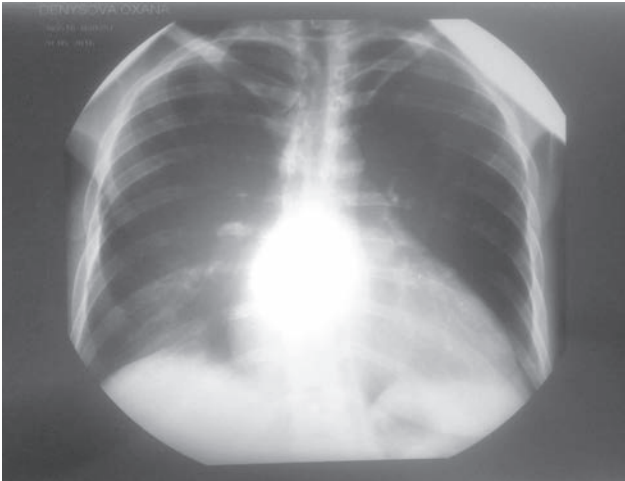
Проведене лікування: ампіцилін (1,0 в/м 4 рази на день), преднізолон (30 мг в/м 1 раз на день), сульфоксамфокан (в/м 2,0), гідрокортизон (50 мг в/м 1 раз на день), клексан (0,4 п/ш 1 раз на день), аспірин-кардіо (100 мг 1 раз увечері), дигоксин (0,5 в/в стр. пов. 1 раз на день), гепа-мерц (10,0 в/в крап. 1 раз на день), гепа-мерц (1 паке-

тик 1 раз на день), поляризуюча суміш (глюкоза 5% 200,0 + інсулін 4 Од + аспаркам 10,0 + рибоксин 10,0 в/в 1 раз на день), корвітин (0,5 в/в крап. 2 рази на день), нейрорубін (2,0 в/м 2 рази на день), проспан (1 таб. 3 рази на день), хофітол (2 таб. 2 рази на день).

16.05.2016 р. стан середньої важкості, задишка під час мінімального фізичного навантаження, відчуття прискореного серцебиття, різкої загальної слабкості. Дихання через ніс вільне. ЧД — 22/хв. При аускультативній легень — дихання жорстке, ослаблене в нижніх відділах легень. Судини шиї не візуалізуються. Ділянка серця без змін, верхівковий поштовх у 5 міжребер'ї, на 1 см уліво від середньоключичної лінії. Тони ослаблені, ритмічні, систолічний шум над верхівкою, ЧСС — 75 уд/хв. АТ — 90/60 мм рт. ст. Язик вологий, обкладений білим нальотом, живіт не збільшений, округлої форми, бере участь в акті дихання, неболючий. Печінка виступає з-під реберної дуги на 1,5 см, селезінка не пальпується. Стілець — один раз на добу. Ділянки нирок та сечового міхура не змінні, нирки не пальпуються, симптом Пастернацького — негативний з обох боків, діурез достатній. Набряки відсутні. Відмічена позитивна динаміка змін лабораторних показників: біохімічний аналіз крові: АлАТ — 490 Од/л, АсАТ — 109 Од/л, білірубін загальний — 31,61 мкмоль/л, білірубін прямий — 16,92 мкмоль/л, креатинін — 98 мкмоль/л, сечовина — 9,48 мкмоль/л, сечова кислота — 340 мкмоль/л, білок — 68 г/л, альбумін — 38,4 г/л; СРБ — 24 мг/мл, АСЛО — до 200 МО/мл, ревмофактор негативний, серомукоїди — 0,494 ум. од.; загальний аналіз сечі: білок — 0,033 г/л, лейкоцити — 10-12 у полі зору, епітелій — 3-4 в полі зору, циліндри гіалінові — 3-4 в полі зору. До лікування додано: гептрал (400,0 в/в крап.), верошпірон (25 мг 1 раз на день), панангін (1 таб. 3 рази на день), квертин (40 мг 1 таб. 3 рази на день), нітроколін (0,005 мг 1 таб. 3 рази на день).

20.05.2016 р. рентгенологічне дослідження органів грудної клітки (рис. 1). Справа, у середній частці наявне гомогенне, середньої інтенсивності, без чітких контурів інфільтративне затемнення. Правий корінь інфільтрований. Контури склепіння діафрагми чіткі, синуси вільні. Сog — дещо поширене вліво. Висновок: рентгенкартина характерна для правобічної пневмонії з локалізацією в середній частці. Доцільно рентгенконтроль після антибіотикотерапії.

Загальний аналіз крові: гемоглобін — 107 г/л, еритроцити —  $3,2 \times 10^{12}$ /л, тромбоцити —  $224,0 \times 10^9$ /л, лейкоцити —  $12,4 \times 10^9$ /л (e — 0%, п — 3%, с — 76%, л — 13%, м — 8%), ШОЕ — 16 мм/год, цукор крові — 6,3 ммоль/л. У лікування внесено корективи: ампіцилін замінено на цефтриаксон (1,0 в/м 2 рази на день), лазолван (4,0 в/в пов. стр. 1 раз на день), фуросемід (40 мг 1 раз на день).

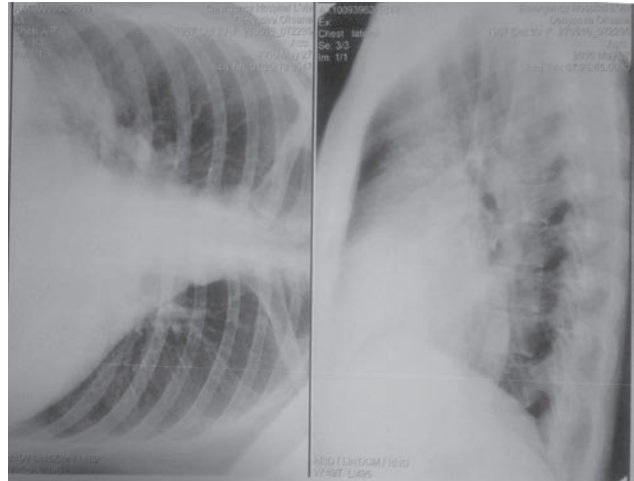


**Рис. 1. Правобічна пневмонія з локалізацією в середній частці**

24.05.2016 р.: АлАТ — 39 Од/л, АсАТ — 41 Од/л, білірубін загальний — 16,89 мкмоль/л, білірубін прямий — 11,47 мкмоль/л, креатинін — 87 мкмоль/л, сечовина — 8,23 мкмоль/л, сечова кислота — 160 мкмоль/л; СРБ — до 6 мг/мл, АСЛО — до 200 МО/мл, ревмофактор негативний, серомукоїди — 0,271 ум. од.; загальний аналіз сечі: білок — 0,165 г/л, лейкоцити — 40-45 у полі зору, епітелій — 3-5 у полі зору.

Ехо-КГ. Виражена дилатація лівих камер серця. Товщина стінок лівого шлуночка — норма. Виражена недостатність МК +4 за рахунок систолічної рестрикції стулок. Недостатність АК — до +1. Скоротливість міокарда лівого шлуночка знижена: ФВ — 18%. Діастолічна дисфункція: III тип. Легенева гіпертензія помірна. Гідроперикард — 0,5 см. Рідина в плевральній порожнині справа в синусі.

УЗД органів черевної порожнини та щитоподібної залози. Печінка 155 мм, збільшена, структура зерниста, зниженої ехогенності, жовчні протоки не розширені, судини розширені, об'ємних утворів не виявлено. Холедох не розширений. Жовчний міхур скорочений. Підшлункова залоза — норма, структура зерниста, підвищеної ехогенності, об'ємних утворів не виявлено. Нирки розміщені типово. Права нирка: розміри — норма, кірковий шар не потовщений — 19 мм, ехогенність знижена. ЧМС не розширена, без затримки сечі, конкременти — 5,3 мм. Ліва: розміри — норма, кірковий шар не потовщений — 18 мм, ехогенність знижена. ЧМС не розширена, без затримки сечі, солі. Об'ємних утворів не виявлено. Селезінка — 140×62 мм. У правій плевральній порожнині в синусах виявлена рідина. Щитоподібна залоза: локалізація типова. Перешийок: 4,9 мм; права частка — 16, 16, 48, V=6,3 мм; ліва частка — 18, 15, 47, V=6,6 мм. Неоднорідна. У правій частці гіпоехогенний вузол 6,7 мм. Ехогенність знижена. Васкуляризація незначно підвищена. Висновок: гепатоспленомега-



**Рис. 2. Затемнення в середній частці (середньочастковий синдром?)**

лія. Застійна печінка. Сечокам'яна хвороба. Дрібновузловий зоб.

До лікування додано: метилпред (4 мг за схемою), дигоксин (0,25 мг 2 рази на добу, 2 дні вихідних), супрастин (1 таб. 2 рази на день), кальцію глюконат (10,0 в/в пов. стр.).

Повторне рентгенологічне дослідження органів грудної клітки 27.05.2016 р. (рис. 2). Рентгенкартина без динаміки порівняно з попереднім рентгендослідженням (20.05.2016 р.). Затемнення в середній частці утримується (середньочастковий синдром?). Доцільно КТ-обстеження ОГК.

30.05.2016 р. хвору надалі турбує задишка під час мінімального фізичного навантаження, загальна слабкість. При аускультатії легень — дихання жорстке, ослаблене в нижніх відділах легень. ЧД — 22/хв. Тони серця — ослаблені, ритмічні, систолічний шум над верхівкою. АТ — 90/60 мм рт. ст. ЧСС — 79 уд/хв. Живіт при пальпації м'який, неболючий. Печінка виступає з-під реберної дуги на 1,5 см, діурез достатній. Набряки відсутні. Біохімічний аналіз крові: АлАТ — 60,9 Од/л, АсАТ — 22,9 Од/л, білірубін загальний — 23,08 мкмоль/л, білірубін прямий — 11,83 мкмоль/л, креатинін — 102 мкмоль/л, сечовина — 8,62 мкмоль/л, сечова кислота — 290 мкмоль/л, білок — 65,1 г/л, альбумін — 37,5 г/л, цукор крові — 3,3 ммоль/л; загальний аналіз крові: гемоглобін — 82 г/л, еритроцити —  $2,5 \times 10^{12}/л$ , тромбоцити —  $224,0 \times 10^9/л$ , лейкоцити —  $7,5 \times 10^9/л$  (e — 3%, п — 0%, с — 59%, л — 33%, м — 5%), ШОЕ — 20 мм/год. Загальний аналіз сечі: білок — 0,033 г/л, лейкоцити — 8-12 у полі зору, епітелій — 4-6 у полі зору.

Комп'ютерна томографія органів грудної порожнини 31.05.2016 р. (рис. 3). Консолідація легеневої тканини 4-го сегмента правої легеневої кліноподібної форми розмірами 56×35 мм, на тлі консолідації визначаються розширені, деформовані просвіти бронхів, ліва легенева без видимих об'ємних утворів, незначна кількість рідинного

вмісту в правому плевральному синусі, в паратрахеальній зоні визначаються лімфатичні вузли до 10 мм, деструктивних змін хребців у зоні обстеження не виявлено. Висновок: інфільтративні зміни 4-го сегмента правої легені. Медіастинальна лімфаденопатія. Доцільно бронхоскопія, консультація фтизіатра.

Консультація проф. Сахелашвілі М.І. 01.06.2016 р. Для уточнення етіології процесу справа взяте харкотиння на МБТ. Після одержання результатів бакобстеження повторна консультація.

При виписці зі стаціонару (01.06.2016 р.) стан хворої з покращенням. Об'єктивно: шкіра звичайної вологості, чиста, температура тіла — 36,6 °С, у легенях при аускультатії — жорстке дихання, ЧД — 18/хв. Тони серця — ритмічні, звучні, систолічний шум над верхівкою, пульс — 73 уд/хв, АТ — 100/70 мм рт. ст. Живіт — м'який, неболючий, печінка — по краю реберної дуги, діурез достатній, набряки відсутні. Виписана з діагнозом: хронічна ревматична хвороба серця, активна фаза, активність III. Стан після перенесеного міокардиту (2012 р.), важкий ступінь, хронічний перебіг. Мітральна недостатність (МК +4). Аортальна недостатність (АоК +1). Синусова тахікардія (від 11.05.2016 р.). Ексудативний перикардит. Правобічний ексудативний плеврит. Помірна легенева гіпертензія. СН III ст., ФК IV зі зниженою систолічною функцією ЛШ (ФВ — 18%). Діастолічна дисфункція лівого шлуночка III тип. Дрібно-вузловий зоб. Хронічний декомпенсований тонзиліт. Інфільтративні зміни 4-го сегмента правої легені. Медіастинальна лімфаденопатія. ДН III ст. Гепатоспленомегалія. Сечокислий діатез. Хронічний

калькульозний пієлонефрит у стадії загострення. ХХН II ступеня. Анемія середнього ступеня важкості. Порушення толерантності до глюкози. Надано такі рекомендації: дотримання умов праці та відпочинку, контроль АТ, ЧСС, дієтотерапія з обмеження рідини та солі, збагачена вітаміном С, санація хронічних вогнищ інфекції, полоскання горла перекисом водню, шалфеєм, ромашкою, біциліннопрофілактика, біцилін-5 1,5 млн 1 раз на місяць постійно, метипред 4 мг, платогрил (75 мг 1 таб. 1 раз на день), аспірин-кардіо (100 мг 1 таб. 1 раз на день), дигоксин (0,25 мг 1 таб. 1 раз на день, окрім вихідних), торсид (20 мг 1 таб. 1 раз на три дні), панангін (по 1 таб. 3 рази на день), еплетор (25 мг по 1 таб. 1 раз на день зранку), гепа-мерц (по 1 пак. 1 раз на день), нітроксолін (0,005 по 1 таб. 3 рази на день протягом двох тижнів), збір трав нирковий, повторна консультація фтизіатра з можливою госпіталізацією в спеціалізоване відділення, спостереження сімейним лікарем, кардіологом, пульмонологом.

Після стаціонарного лікування у фтизіопульмонологічному центрі діагноз туберкульозу не підтвердився. Хвора виписана в задовільному стані: задишка в стані спокою та набряки на нижніх кінцівках відсутні, відчуття прискореного серцебиття не турбувало, подальше продовження амбулаторного лікування.

Через 7 місяців стан хворої — з покращенням, задишки, серцебиття не відмічає. Лабораторні показники покращилися. Біохімічний аналіз крові: АлАТ — 17 Од/л, АсАТ — 24 Од/л, білірубін загальний — 23,38 мкмоль/л, білірубін прямий — 8,72 мкмоль/л, креатинін — 85 мкмоль/л,

сечовина — 4,75 мкмоль/л; цукор крові — 4,2 ммоль/л; загальний аналіз крові: гемоглобін — 121 г/л, лейкоцити —  $5,3 \times 10^9$ /л (е — 3%, п — 0%, с — 56%, л — 32%, м — 9%), ШОЕ — 8 мм/год; СРБ — до 6 мг/мл, АСЛО — до 200 МО/мл, ревмофактор негативний, серомукоїди — 0,209 ум. од.; коагулограма: протромбіновий час — 19", протромбіновий індекс — 79,9%, фібриноген плазми — 4,9 г/л. На ехо-КГ: дилатація лівих камер серця. Товщина стінок ЛШ — норма. Важка недостатність МК — +3+4, систолічна рестрикція стулок. Недостатність АК — +1, скоротливість міокарда ЛШ знижена: ФВ — 25%. Помірна легенева гіпертензія. Хворій рекомендована повторна консультація кардіохірурга з приводу корекції вади серця.

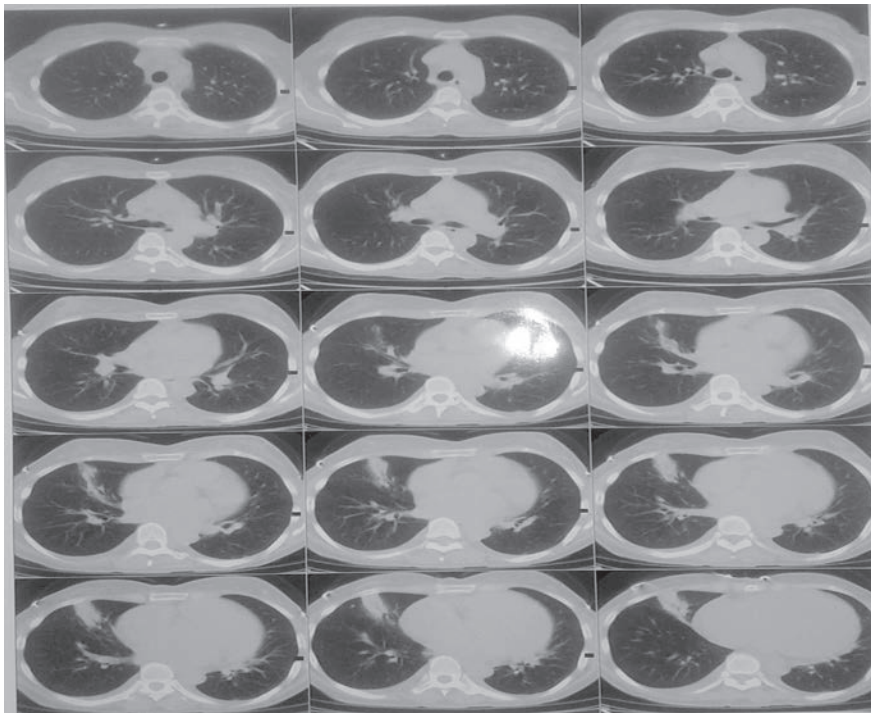


Рис. 3. Інфільтративні зміни 4-го сегмента правої легені

Гепатопротектори (новолат. hepatoprotectoria, від латин. *hepar* — печінка і *protect* — захищати) — група лікарських засобів природного (тваринного і рослинного) та синтетичного походження, які підвищують стійкість клітин печінки до патологічних впливів, посилюють їх антитоксичну функцію і сприяють відновленню порушених функцій гепатоцитів. За анатомо-терапевтично-хімічною класифікацією належать до групи А05 — засоби для лікування захворювань печінки і жовчовивідних шляхів [2, 4].

У нашої пацієнтки спостерігалося порушення функції печінки. Завдяки застосування гепатопротекторів було відмічено досить швидку нормалізацію біохімічних показників крові та покращення стану хворої. Так, було відмічено позитивний досвід у застосуванні гепа-мерцу та гептралу. Гепамерц (L-орнітин-L-аспартат) складається з двох амінокислот, що беруть участь у метаболізмі аміаку та його перетворенні в сечовину, в метаболізмі глутаміну. Синтез сечовини відбувається в навколопортальних гепатоцитах, де орнітин аспартат виступає як активатор двох ферментів: орнітин кар-

бамоїлтрансферази і карбамоїлфосфат синтази, а також як субстрат для синтезу сечовини. Синтез глутаміну відбувається в навколівенозних гепатоцитах. За несприятливих умов аспартат і дикарбоксилат, включаючи продукти метаболізму орнітину аспартату, адсорбуються в клітинах і використовуються для зв'язування аміаку у формі глутаміну. Глутамат — амінокислота, що зв'язує аміак як у фізіологічних, так і в патологічних умовах. Отримана амінокислота глутамін не тільки нетоксична форма для виведення аміаку, але й активує важливий цикл сечовини (внутрішньоклітинний обмін глутаміну). Вважають, що стабілізація функції гепатоцитів та усунення реактивних холестатичних станів виникає внаслідок зниження токсичного впливу на паренхіму печінки. З огляду на це гепа-мерц розглядають як ефективний детоксикант. Гептрал (S-аденозилметіонін) — головний донор метильної групи, що бере участь у більшості біологічних реакцій і забезпечує баланс азоту в організмі. Недостатність адеметіоніну при холестази сприяє цитолізу гепатоцитів. Є природним антиоксидантом та антидепресантом [2, 13].

### Список використаної літератури

1. Актуальні питання кардіології і ревматології / В.Г. Бідний, К.М. Амосова, О.Б. Яременко, Н.О. Карел. — К.: Навчальна книга, 2003. — 106 с.
2. Грицько Р.Ю. Клінічне застосування гепатопротекторів / Р.Ю. Грицько, А.М. Задорожний [та ін.] // Гепатологія. — 2012. — № 4. — С. 4-14.
3. Иммуные нарушения и иммунорегулирующая терапия при ревматических болезнях / А.А. Матулис, Д.И. Станкайтене. — Вильнюс: Мокслас, 1982. — 156 с.
4. Крамарев С.А. Современные гепатопротекторы в гепатологии / С.А. Крамарев // Дитячий лікар. — 2011. — № 1. — С. 5-9.
5. Клиническая ревматология. Пер. с англ. / Под ред. Х.Л.Ф. Каррея. — М.: Медицина, 1990. — 448 с.
6. Національний підручник з ревматології / В.М. Коваленко, Н.М. Шуба, В.К. Казимирко [та ін.]; за ред. В.М. Коваленка, Н.М. Шуби. — К.: МОРИОН, 2013. — 671 с.
7. Особливості субклінічного перебігу хронічної ревматичної хвороби серця / О.Р. Боярчук // Український ревматологічний журнал. — 2012. — 48 (2). — С. 28-32.
8. Патогенетическая терапия ревматических заболеваний / В.А. Насонова, Я.А. Сигидин. — М.: Медицина, 1985. — 288 с.
9. Ревматичні хвороби та синдроми / А.С. Свінцицький, О.Б. Яременко, О.Г. Пузанова, Н.І. Хомченко. — К., 2006. — 680 с.
10. Ревматические болезни: критерии диагностики и программы лечения / В.Н. Коваленко. — К.: КомПолиС, 1999. — 123 с.
11. Ревматические болезни: номенклатура, классификация, стандарты диагностики и лечения / В.Н. Коваленко, Н.М. Шуба. — К.: ООО «Катран груп», 2002. — 214 с.
12. Секреты ревматологии. Пер. с англ. / С. Дж. Вест. — М. — СПб: Издательство БИНОМ — Невский Диалект, 1999. — 768 с.
13. Щербинина М.Б. Гепатопротекторы: рациональный выбор препарата / М.Б. Щербинина // Здоров'я України. — 2016. — С. 51-53.
14. Bhaia M., Panwar S., Beniwal R. et al. High prevalence of rheumatic heart disease detected by echocardiography in school children // Echocardiography. — 2010. — 27. — P. 448-453.
15. Guilherme L., Kohler K.F., Postol E. et al. Genes, autoimmunity and pathogenesis of rheumatic heart disease // Ann. Pediatric Rheumatology. — 2011. — 4 (1). — P. 13-21.
16. Sabat R., Grutz G., Warszawska K. et al. Biology of interleukin-10 // Cytokine Growth Factor Rev. — 2010. — 21. — P. 331-344.

Надійшла до редакції 15.09.2017

### EFFECTIVENESS OF HEPATOPROTECTORS IN THE TREATMENT OF SEVERE HEART FAILURE IN A PATIENT WITH MITRAL-AORTIC HEART DISEASE (CLINICAL CASE)

Zaremba Ye.Kh., Zaremba-Fedchyshyn O.V., Zaremba O.V., Rak N.O., Smaliukh O.V., Virna M.M.

#### Abstract

The article describes the clinical course of chronic rheumatic heart disease, complicated by myocarditis of viral etiology, severe degree, severe mitral-aortic insufficiency, modern methods of diagnosis and treatment.

**Keywords:** chronic rheumatic heart disease, viral myocarditis, severe mitral-aortic defect, hepatoprotectors.