

THE POTENTIALITIES OF NON-PUNCTURE TREATMENT
OF MAXILLARY SINUSITIS IN CHILDREN

S.A. Levyts'ka

Abstract. The clinical efficacy of non-puncture treatment in 142 children with purulent maxillary sinusitis has been studied. It has been established that the effectiveness of non-puncture treatment reached nearly 60% in cases with a slight clinical course, whereas a complete regress of symptoms was noted in 75% of cases if punctures were performed. In the presence of signs of a severe course of sinusitis in a patient preference should be given to performing medicative punctures of affected sinuses. The efficacy of this treatment mode made up 70%. In case of refusal to be punctured a positive result was achieved only in 39%.

Key words: maxillary sinusitis, conservative treatment, children.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2006. – Vol. 10, №3. – P.51-55

Надійшла до редакції 6.04.2006 року

УДК 618.3 – 06:616.12.07

К.С.Малиновська

РЕЗУЛЬТАТИ ТЕСТУ З 6-ХВИЛИННОЮ ХОДЬБОЮ У ВАГІТНИХ
ІЗ ВАДАМИ СЕРЦЯ: ХАРАКТЕР ПЕРЕБІГУ ОПЕРОВАНИХ ХВОРИХ

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології України, м.Київ

Резюме Вивчення перебігу вагітності у жінок із вадами серця проведене в 93 пацієнток, які склали дві групи: 1-ша група – 63 неоперовані пацієнтки і 2-га група – 33 оперовані пацієнтки в різні строки хвороби. У період максимального гемодинамічного навантаження (28-32 тижні) всім пацієнткам проводили тест з 6-хвилинною ходьбою. Встановлено, що головними

факторами сприятливого перебігу вагітності в оперованих хворих є стан гемодинаміки до операції, результати навантажувального тесту можуть бути використані для розробки тактики ведення пологів із застосуванням акушерських засобів.

Ключові слова: вагітність, оперовані і неоперовані вади серця, ходьба.

Вступ. Особливості перебігу вагітності у жінок із вадами серця визнаються усіма клініцистами, які займаються цією проблемою [1]. Доведено негативний вплив обох факторів (наявності вади серця і вагітності) на стан пацієнтки, що зумовлює додаткове гемодинамічне навантаження, яке на тлі скомпроментованого серця призводить до виникнення як терапевтичних, так і акушерських ускладнень, у тому числі з боку плода. Тому своєчасна хірургічна корекція вади серця значною мірою дозволяє в більшості пацієнток стабілізувати гемодинамічні показники й успішно пролонгувати вагітність [3,4,5]. Існуючі в літературі дані щодо ефективності хірургічного втручання, як правило, стосуються безпосередньо післяопераційного періоду та цілком закономірно демонструють значно кращі результати, ніж перед операцією [2]. У клініці екстрагенітальної патології післяопераційні строки у вагітних істотно відрізняються.

Мета дослідження. Вивчити характер перебігу вагітності в оперованих і неоперованих жінок із вадами серця та встановити особливості результатів тесту з 6-хвилинною ходьбою.

Матеріал і методи. Обстежено 96 вагітних із вадами серця, які перебували у відділенні для вагітних із патологією серцево-судинної системи Інституту педіатрії, акушерства і гінекології АМН України. Серед них набуті вади на тлі рев-

матичного захворювання виявились у 19 вагітних (5 з яких - прооперовані), уроджені – в 77 (28 після хірургічної корекції). Жінок із загрозою переривання вагітності під час госпіталізації в обстеження не включали. Середній вік вагітних становив $30,4 \pm 1,7$ року. Всім пацієнткам у період максимального гемодинамічного навантаження під час вагітності (терміни 28-32 тижні) проведено тест із дозованим фізичним навантаженням – 6-хвилинна ходьба. Враховуючи, що своєчасна та успішна хірургічна корекція вади серця в більшості хворих призводить до суттєвого покращання гемодинаміки, вагітні розподілені на дві групи – з вадами (без втручання) – 1-ша група (63 хворі) та після хірургічного лікування – 2-га група (33 пацієнтки). Пацієнтки обох груп репрезентативні за віком, строком і кратністю вагітності, тривалістю вади серця. В обох групах переважали уроджені вади серця – у 49 (77,8%) пацієнток 1-ї групи та у 28 (84,8%) – 2-ї групи, серед яких домінували септальні дефекти. Серед набутих вад у більшості хворих виявлений мітральний стеноз. Враховуючи односпрямованість гемодинамічних порушень при вказаних вадах серця (гіперволемія малого кола кровообігу), вважали за можливе проводити зіставлення даних груп хворих.

Напередодні проведення тесту з ходьбою, який полягав у проходженні максимально мож-

ливої відстані протягом 6 хвилин, всі пацієнтки були ознайомлені з методикою.

Результати дослідження та їх обговорення.

Наявність вади серця значно погіршує перебіг вагітності, проте своєчасне проведення хірургічної корекції сприяє тривалій гемодинамічній стабілізації у більшості хворих. Клінічний аналіз виконаного обстеження передбачав цілком закономірний, більш ускладнений перебіг вагітності у 63 хворих 1-ї групи (середній вік $25,5 \pm 0,7$ року, термін вагітності - $30,9 \pm 1,0$ тижня) порівняно з 33 пацієнтками 2-ї групи (середній вік $24,7 \pm 0,6$ року, термін вагітності - $29,2 \pm 1,2$ тижня). З анамнезу відомо, що 10 (15,9%) хворих 1-ї групи дізналися про ваду серця лише під час вагітності. У більшості з них (63,5%) тривалість хвороби більш ніж 10 років. Необхідно зазначити, що в частини пацієнток вагітність була протипоказана через тяжкий перебіг захворювання з наявністю серцевої недостатності, гемодинамічної нестабільності, проте бажання мати дитину пересилило докази лікарів на ранніх етапах і вагітність пролонгована. У 2-й групі тривалість захворювання більше 10 років відмічали 26 (78,8%) пацієнток, дві хворі дізналися про ваду під час вагітності та були прооперовані в період до 28 тижнів вагітності.

Вагітність розвивалася з певними терапевтичними і акушерськими ускладненнями в жінок обох груп. Скарги на серцебиття, серцевий біль, запаморочення виникали майже в однаковій кількості пацієнток обох груп (48%, 29% і 25% відповідно). Задишка у жінок 1-ї групи виникала значно частіше – 71,4% проти 14 (42,4%) пацієнток 2-ї групи. Анемія ускладнювала вагітність однаково часто в обох групах (у 23 (36,5%) пацієнток 1-ї та в 9 (27,3%) – 2-ї групи). При поступленні в клініку серцева недостатність II-III стадії діагностована в 1-й групі у 8 (12,7%) вагітних, III-IV ФК – у 18 (28,6%) відповідно у 2-й групі в однієї та у двох пацієнток.

Потенційно прооперовані вагітні за основним захворюванням можуть складати групу зіставлення відповідно до неоперованих хворих. Однак на перебіг захворювання впливають як своєчасність проведення хірургічного чи рентгеноваскулярного втручання, так і стан хворої перед операцією. Це довели отримані результати. З наведених даних видно, що за більшістю показників, які вивчалися, не встановлено відмінностей у пацієнток обох груп. Аналіз клінічного перебігу вагітних із вадами серця водночас дозволив встановити певні особливості. Так, задишка вірогідно ($p < 0,05$) частіше непокоїла вагітних 1-ї групи, так само частіше виникала слабкість (у 1-й групі 50,8% і в 2-й групі 27,2% вагітних). Високий функціональний клас (III-IV) серцевої недостатності діагностували у 28,6% хворих 1-ї групи проти 6,1% пацієнток 2-ї групи ($p < 0,05$).

Серед акушерських ускладнень певні відмінності відмічені лише стосовно загрози передчасних пологів, яка виникла в 14,3% хворих 1-ї та в 6,1% хворих 2-ї груп та преєклампсії, яка розви-

лась у 11,1% пацієнток 1-ї та в 3,0% вагітних 2-ї груп ($p < 0,05$), у той час як загроза переривання вагітності виникала однаково часто в 1-й групі (у 27 (42,9%) хворих) і в 2-й групі (у 15 (45,4%) пацієнток). Вірогідно частіше засоби в пологах застосовували за наявності терапевтичних ускладнень.

На наступному етапі здійснено аналіз результатів навантажувального тесту з 6-хвилинною ходьбою. Встановлено, що пацієнтки 1-ї групи пройшли дистанцію 384 ± 8 м, вагітні 2-ї групи подолали відстань 417 ± 8 м ($p < 0,05$). Більш ретельний розподіл хворих залежно від генезу вади серця дозволив встановити, що за наявності неоперованої набутої вади серця вагітні проходили 392 ± 8 м, неоперованої уродженої вади серця - 382 ± 8 м; оперованої набутої вади серця 388 ± 12 м, оперованої уродженої вади серця - 423 ± 8 м. Якщо дані вагітних із неоперованими вадами серця були очікуваними, то отримані результати у хворих з оперованими вадами серця вимагали подальшого поглибленого аналізу. Вдалося з'ясувати, що в підгрупі жінок з оперованими набутими вадами серця, вагітні неадекватно пройшли дистанцію через недостатню ефективність хірургічного втручання на момент вагітності, а саме - пізнє виконання операції за наявності миготливої аритмії, порушень геометрії правих і лівих відділів серця, решунтування. Дві пацієнтки в підгрупі з оперованими уродженими вадами серця проходили дистанцію повільно через акушерські ускладнення.

Отримані результати свідчать про складний взаємозв'язок і негативний взаємний вплив вагітності на перебіг захворювання і вад серця на перебіг вагітності. Встановлено, що серед оперованих внаслідок вад серця вагітних доцільно виділяти групи, залежно від стану, перед хірургічним втручанням, ефективністю операції та можливим повторним виникненням «рецидиву» - решунтування, рестенозування. Застосування 6-хвилинної ходи є фізіологічним і безпечним навантажувальним тестом у такої категорії пацієнток, а оцінка його результатів є адекватною, хоча водночас вимагає врахування багатьох факторів, що взаємно впливають на акушерський і терапевтичний перебіг захворювання.

Висновок

У вагітних з оперованими вадами серця інформативність результатів тесту з 6-хвилинною ходьбою потребує додаткового аналізу і може підвищуватися при урахуванні існуючих ускладнень до операції і виникнення повторних гемодинамічних змін відстрочено після операції. Враховуючи особливості фізичного стану під час вагітності в терміни 28-32 тижні, результати тесту з 6-хвилинною ходьбою у пацієнток із вадами серця дозволяють своєчасно виявити групи хворих підвищеного ризику, яким у пологах необхідно застосовувати корекцію в плановому порядку.

Перспективи подальших досліджень. Не викликає сумнівів необхідність подальшого вивчення особливостей перебігу вагітності при су-

путній серцево-судинній патології, що дасть змогу поліпшити перебіг вагітності, запобігти передчасним пологам та зменшити ускладнення в післяпологовому періоді.

Література

1. Медведь В.И. Хирургическое лечение болезней сердца во время беременности // Междунар. мед. ж.- 1998.- № 4.- С.16-19.
2. Кассирский Г.И. Реабилитация больных после хирургического лечения врожденных пороков сердца // Рос. кардиол. ж.- 2001.- №3.- С.73-75.
3. Кнышов Г.В., Бендет Я.А., Ситар Л.Л. с соавт. Хирургическое лечение в Украине приобретенных пороков сердца: состояние, проблемы и перспективы // Укр. ревматол. ж.- 2001.- №3-4 (5-6).- С.8-14.
4. Elkayam U. Pregnancy through a prosthetic heart valve // JACC.- 1999.-Vol.33, N6.- P.1642-1645.
5. Lao T.T., Sermer M., Colman J.M. Pregnancy following surgical correction for transposition of the great arteries // Obstet Gynecol.- 1994.- Vol.83.- P. 665-668.

RESULTS OF 6-MINUTE WALK TEST IN PREGNANT WOMEN WITH VALVULAR HEART DISEASE: THE CHARACTER OF THE COURSE AFTER OPERATION

K.S.Malynovska

Abstract. The study of the clinical course of pregnancy in women with valvular heart defects has been carried out on 93 patients who made up two groups: group 1-63 nonoperated patients and group 2 – 33 operated patients at different stages of the disease. All the patients underwent a test with a 6 minute walk during the maximum hemodynamic loading. It has been established that the chief factors of a favourable pregnancy course in the operated patients is the state of hemodynamics prior to surgery, the results of the loading test for the purpose of elaborating a policy of labor management, employing obstetric means.

Key words: pregnancy, operated and nonoperated heart defects, walking.

Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of Ukraine's AMS (Kyiv)

Buk. Med. Herald. – 2006. – Vol.10, №3.- P. 55-57

Надійшла до редакції 2.06.2006 року

УДК 616. 988.5 – 036.2

В.Д.Москалюк, М.А.Андрейчин

АДЕНОВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ: КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Кафедра інфекційних хвороб (зав. – проф. А.М. Сокол)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці
Кафедра інфекційних хвороб (зав. – проф. М.А. Андрейчин)

Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського

Резюме. Встановлено, що у 2003 році спостерігався спалах аденовірусної інфекції серед військовослужбовців строкової служби Чернівецької області. Захворювання зберігало типовий перебіг, проявлялося ураженням різних органів і систем. У хворих, які отримували базисну терапію, розвивалися ускладнення (синусит, отит, пневмонія). Застосування лаферону у

вигляді інгаляцій та в поєднанні його з КВЧ-терапією сприяє легшому перебігу захворювання, швидшому зникненню клінічних ознак порівняно з хворими, які отримували базисну терапію.

Ключові слова: аденовірусна інфекція, епідеміологія, клініка, лікування.

Вступ. У патології людини важливе місце займають гострі респіраторні вірусні інфекції, які посідають перше місце серед причин тимчасової непрацездатності [1,2]. Серед них важливе значення має аденовірусна інфекція, яку частіше більшість населення переносить у дитячому віці, однак спалахи її трапляються і в дорослих, особливо в організованих колективах, де велика скупченість людей [1,5]. Захворювання може виникати практично протягом усього року [3,4].

Дані літератури свідчать, що в дорослих і підлітків аденовірусна інфекція проходить легко, без підвищення температури тіла, з ураженням тільки слизової оболонки носа, однак можливі і тяжкі форми захворювання, які проявляються

фаринго-кон'юнктивальною гарячкою, керато-кон'юнктивітом і частенько викликають пневмонію, сприяють загостренню хронічного бронхіту тощо [3].

Мета дослідження. Проаналізувати захворюваність на аденовірусну інфекцію серед військовослужбовців, яка реєструвалася протягом 2002- 2005 рр.

Матеріал і методи. Проведено клініко-епідеміологічний аналіз захворюваності на аденовірусну інфекцію в 187 військовослужбовців строкової служби, чоловічої статі, віком від 18 до 22 років за період 2002-2005 рр.

Етіологія захворювання у 123 (65,7%) хворих підтверджена методом імуноферментного