

5. Топольницький В.С., Гебеш В.В., Дегтяренко О.М., Галузинський В.П., Сухов Ю.О. Діагностичне значення антитіл різного класу до ядерних антигенів вірусу гепатиту С у вагітних // Матер. наук.-практ. конф. і пленуму Асоціації інфекціоністів України. – Тернопіль: Укрмед-книга. – 2004. – С. 213-214.
6. Харченко Н.В., Порохницький В.І., Гопольницький В.С. Вірусні гепатити – К.: Фенікс, 2002. – 296 с.
7. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: Триада, 2003. – 816 с.
8. Paternoster D.M., Fabris F., Palu G., Santarossa C. et al. Intra-hepatic cholestasis of pregnancy in hepatitis C virus infection // Acta Obstet Gynecol Scand. -2002. - № 81(2). - P. 99-103.
9. Iushchuk N.D., Kuz'min V.N. Viral Hepatitis C and pregnancy // Ter Arkh. -2000. - № 72(10). - P. 46-9.
10. Hillemanns P., Dannecker C., Kimmig R., Hasbargen U. Obstetric risks and vertical transmission of hepatitis C virus infection in pregnancy // Acta Obstet Gynecol Scand. -2000.- № 79. - P. 543-547.
11. Latt N.C., Spencer J.D., Beeby P.J., McCaughan G.W., Saunders J.B., Collins E., Cossart Y.E. Hepatitis C in injecting drug-using women during and after pregnancy // J Gastroenterol Hepatol. - 2000.- № 15(2). - P. 175-181.

PREGNANCY COURSE IN WOMEN WHO SUFFERED FROM CHRONIC HCV-INFECTION

R.M.Mitsoda

Abstract. The paper deals with the course of pregnancy in women who suffered from chronic HCV-infection. An analysis of the course of 64 pregnancies in women with chronic HCV-infection and 100 pregnancies in women, parturiting in the future at the physiological unit with the use of clinical, laboratory, statistical and instrumental methods of investigation, has been carried out.

Key words: pregnancy, chronic HCV-infection, complications.

National University (Uzhorod)

Buk. Med. Herald. – 2006. – Vol.10, №2.- P.40-43

Надійшла до редакції 7.02.2006 року

УДК 616.98 : 616.12 – 073.97

В.Д.Москалюк

ЗМІНИ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ

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

Резюме. Вивчено електрокардіографічні зміни у хворих на грип А, грип В, аденовірусну і респіраторно-синцитіальну інфекції та гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) неуточної етіології, які проявлялися порушеннями ритму та провідності, зміною фази реполяризації у вигляді депресії сегмента ST та/або інверсії

зубця Т. Встановлено, що найбільш суттєві зміни реєструвалися у хворих на грип А та грип В, менш виражені – у хворих на аденовірусну і респіраторно-синцитіальну інфекції та ГРВІ, неуточної етіології.

Ключові слова: гострі респіраторні вірусні інфекції, електрокардіографія.

Вступ. На теперішній час спостерігається високий рівень захворюваності населення України на інфекційні хвороби [1,2]. Найбільшу питому вагу серед них займають гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ), завдяки яким держава несе значні економічні збитки, та які мають суттєвий вплив на здоров'я людей [3,4,6]. Значну частину ускладнень ГРВІ становлять ураження серцево-судинної системи, що є однією з головних причин летальних наслідків та інвалідизації інфекційних хворих [3,5].

Вивченню електрокардіографічних ознак ураження серцево-судинної системи у хворих на ГРВІ останнім часом присвячено поодинокі роботи, і оцінка змін проводилась переважно за однією нозологічною формою (зокрема при грипі) тільки в період розпаду хвороби [2].

Мета дослідження. Провести порівняльний аналіз змін електрокардіограм у хворих на грип А, грип В, аденовірусну і респіраторно-синцитіальну інфекції та ГРВІ, нез'ясованої етіології в динаміці [5].

Матеріал і методи. Обстежено 320 військовослужбовців строкової служби в динаміці, які перебували на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні базового військового госпіталю м. Чернівці, віком від 18 до 22 років, з них – 76 (23,7%) – на грип А, 64 (20,1%) – на грип В; у 65 (20,3%) пацієнтів діагностовано аденовірусну інфекцію, у 58 (18,1%) – респіраторно-синцитіальну інфекцію, у 57 (17,8%) – ГРВІ, нез'ясованої етіології. Діагноз встановлювався за загальноприйнятими критеріями з урахуванням клінічних, епідеміологічних, лабораторних і серологічних даних.

Під час госпіталізації та впродовж систематичного перебування в стаціонарі у хворих записувалась ЕКГ на електрокардіографі "ІТ-03М2". Оцінку стану гемодинаміки проводили за допомогою клінічного обстеження, підрахунку пульсу, вимірювання артеріального тиску (максимального та мінімального); ЕКГ.

Аналіз ЕКГ здійснювався за загальноприйнятою методикою [7].

Наявність порушень ритму і провідності та зміни зубців і сегментів ЕКГ аналізувалися в період розпалу та реконвалесценції, які визначалися за клінічними ознаками. Зміни сегмента ST та зубця Т оцінювалися за їх кількісними показниками, при цьому визначались: сумарна депресія сегмента ST, зубця Т (EST, ET), кількість відведень із депресією або елевацією сегмента ST, негативного зубця Т (NST, NT) та середнє зміщення сегмента ST і середня амплітуда негативного зубця Т (AST, AT).

Отримані результати статистично оброблялися на РС IBM 586 за програмою "Statgraphics" (США) [7].

Результати дослідження та їх обговорення.

Артеріальний тиск у всіх хворих був у межах норми. Порушення ритму і провідності (за винятком синусової тахікардії) зафіксовано у 84 хворих, що становило 26,2% від загальної кількості обстежених; найчастіше реєструвалися екстрасистолія – 65 (77,3%), рідше – блокади ніжок пучка Гіса та порушення внутрішньощуночкової провідності – 12 (14,3%). У 4 (4,8%) пацієнтів зареєстровані пароксизмальні порушення ритму у вигляді надшлуночкової тахікардії та миготливої аритмії, у 3 (3,6%) – атріовентрикулярна блокада І ступеня. Переважну кількість пацієнтів із порушенням ритму та провідності становили хворі на грип – 52 (61,9%), рідше – порушення ритму і провідності, причому лише у вигляді екстрасистолії траплялися у хворих на аденовірусну інфекцію – 15 (17,8%), респіраторно-синцитіальну інфекцію – 10 (12,0%) та ГРВІ, нез'ясованої етіології – 7 (8,3%) пацієнтів.

Зміни фази реполяризації у вигляді депресії сегмента ST та/або інверсії зубця Т у період розпалу захворювань зафіксовано в 42 (13,1%) хворих. У пацієнтів із депресією сегмента ST розподіл за діагнозами був таким: грип – 28 (66,7%), аденовірусна інфекція – 6 (14,3%), респіраторно-синцитіальна інфекція – 6 (14,2%) та ГРВІ, нез'ясованої етіології, – 2 (4,8%) особи. Майже аналогічні зміни характерні і для появи негативного зубця Т – переважали хворі на грип – 22 (73,4%), рідше – на аденовірусну інфекцію – 5 (16,6%), респіраторно-синцитіальну інфекцію – 1 (3,3%) та ГРВІ, неуточної етіології, – 2 (6,7%) особи.

Встановлено, що рівень сумарної депресії сегмента ST у період розпалу захворювання був максимальним у хворих на грип А – $5,73 \pm 0,62$ мм, у пацієнтів на грип В – $4,96 \pm 0,88$, аденовірусну інфекцію – $3,42 \pm 0,23$ мм, респіраторно-синцитіальну інфекцію – $3,34 \pm 0,67$ та ГРВІ, неуточної етіології, – $2,84 \pm 0,88$ мм.

Як правило, зміни сегмента ST носили короточасний характер і зникали із зменшенням ознак інтоксикації. Однак у трьох хворих на грип вони реєструвалися і в період реконвалесценції, становлячи, у середньому, $2,17 \pm 0,82$ мм.

У всіх решти реконвалесцентів вказані зміни зникали.

Результати власних спостережень та дані інших авторів [1,2,4] свідчать, що ЕКГ-ознаки ураження міокарда при інфекційних захворюваннях пов'язані з інверсією зубця Т.

У період розпалу захворювання сумарна амплітуда негативного зубця Т виявилась найбільшою в групі хворих на грип ($12,25 \pm 2,14$ мм), що вірогідно переважало показник ЕТ при аденовірусній інфекції ($8,53 \pm 1,34$ мм) та респіраторно-синцитіальній інфекції ($7,13 \pm 1,58$ мм).

Кількість відведень із негативним зубцем Т була майже однаковою ($3,16 \pm 0,76$) при грипі, $2,71 \pm 0,81$ – аденовірусній інфекції, $2,62 \pm 0,64$ – респіраторно-синцитіальній інфекції, $2,52 \pm 0,58$ – ГРВІ, неуточної етіології, проте середнє значення негативного зубця Т було більшим у хворих на грип ($3,82 \pm 0,64$ мм) порівняно з іншими групами хворих.

У період реконвалесценції в усіх підгрупах встановлено чітку тенденцію до зменшення змін кількісних показників фази реполяризації, аж до повної нормалізації їх у реконвалесцентів після респіраторно-синцитіальної інфекції та ГРВІ, неуточної етіології. Проте в трьох реконвалесцентів після грипу та в одного – після аденовірусної інфекції продовжували реєструватися відхилення показників фази реполяризації. Хворі перебували під наглядом кардіолога для подальшого дообстеження та спостереження і при необхідності вирішення питання про можливість продовження перебування на військовій службі.

Висновки

1. У хворих на грип А, грип В, аденовірусну і респіраторно-синцитіальну інфекції та ГРВІ, неуточної етіології як у період розпалу хвороби, так і в період реконвалесценції спостерігалися ЕКГ-ознаки ураження міокарда.

2. Найчастіше вони реєструвалися у хворих на грип і проявлялися порушенням ритму та провідності, зміною фази реполяризації у вигляді депресії сегмента ST та/або інверсії зубця Т.

3. ЕКГ-обстеження хворих на гострі інфекційні хвороби в перші дні захворювання, на нашу думку, є обов'язковим з метою виявлення ранніх змін з боку серцево-судинної системи та проведення відповідної медикаментозної корекції.

Перспективи подальших досліджень. Буде вивчатися динаміка цитокінів під впливом аерозольного застосування лаферону в дозі 500 тис. МО у хворих на аденовірусну інфекцію.

Література

1. Андрейчин М.А. Гострі респіраторні хвороби: Лекції. – Тернопіль, 1999. – 38 с.

2. Москалюк В.Д. Зміни серцево-судинної системи у хворих на респіраторно-синцитіальну інфекцію // Інф. хвороби. – 2005. – №2. – С. 28-30.
3. Богомолов Б.П., Молькова Т.Н., Девяткин А.В. Об изменениях сердечно-сосудистой системы у больных респираторно-синцитиальной инфекцией // Клини. мед. – 2001. – №6. – С. 28-30.
4. Возианова Ж.И., Ковалева Н.М. Острые респираторные заболевания (клиника, диагностика, лечение) // Сучасні інфекції. – 1999. – №1. – С. 16-22.
5. Камышенцев М.В., Стефанов В.Е. Грипп: путь решения проблемы. – СПб: “ЭЛБИ-СПб”, 2002. – 240 с.
6. Карпухин Г.И., Карпухина О.Г. Диагностика, профилактика и лечение острых респираторных заболеваний. – СПб.: Гиппократ, 2000. – 180 с.
7. Тащук В.К., Полянська О.С., Пішак О.В. Основи електрокардіографії. – Чернівці: Прут, 1998. – 55 с.

CHANGES OF ELECTROCARDIOGRAPHIC IN PATIENTS WITH ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS

V.D.Moskaliuk

Abstract. The author has studied electrocardiographic changes in patients with influenza A and B, adenovirus and respiratory-syncytial infections, as well as acute respiratory viral infections (ARVI) of unspecified ethiology that were manifested by disturbances of the rate and conduction, a change of the repolarization phase in the form of segment ST depression an/or wave T inversion. It has been established that the most essential changes were registered in patients with griппe A and griппe B, less evident in patients with adenovirus and respiratory-syncytial infections and ARVI of unspecified ethiology.

Key word: ARVI, ECG.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2006. – Vol.10, №2. – P.43-45

Надійшла до редакції 31.01.2006 року

УДК 616-053.2-08:616.155.194.8

Ю.М.Нечитайло¹, В.В.Безрук¹, С.Є.Фокіна¹, Л.В.Мельничук¹, О.Г.Долженко²

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ГЛОБІРОН У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, НАРОДЖЕНИХ МАТЕРЯМИ ІЗ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ ВПРОДОВЖ ВАГІТНОСТІ

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб (зав. – проф. Ю.М.Нечитайло)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці¹
міська дитяча клінічна лікарня № 1, м. Чернівці²

Резюме. Залізодефіцитна анемія у матері впродовж вагітності може бути одним із чинників, що призводить до розвитку залізодефіцитної анемії в дітей раннього віку. Препарат Глобінон є ефективним, патогенетично обґрунтованим пероральним засобом для лікування залізодефіцитної анемії в дітей раннього

віку. Його застосування дає змогу ліквідувати дефіцит заліза в організмі дитини в стислі терміни, не викликаючи побічних ефектів.

Ключові слова: залізодефіцитна анемія, вагітність, діти.

Вступ. Зміцнення здоров'я дітей, зниження захворюваності серед дитячого населення – важливе медичне та соціально-економічне завдання сьогодення. На планеті більше 2 млрд. людей мають прояви дефіциту заліза (ДЗ), серед яких 1,2 млрд. страждають на залізодефіцитну анемію (ЗДА). Враховуючи глобальність проблеми, під егідою ВООЗ розроблено та затверджено програму гемоглобінового оздоровлення населення земної кулі до 2000 року. Але, незважаючи на здійснені заходи, розповсюдженість та захворюваність на залізодефіцитні стани у світі залишаються надзвичайно високими. В Україні ДЗ серед дитячого населення сягає 65% [5,7,8].

Головні постулати лікування залізодефіцитних станів сформульовані Л.І.Ідельсоном (1981) та не втратили своєї актуальності на сьогоднішній час. Сучасні залізовмісні препарати (ЗП) діляться на дві великі групи: сольові, або іонні ЗП, що містять, як правило, двовалентне закисне залізо, і неіонні ЗП – їх основу складає гідроксид-полімальтозний комплекс тривалентного заліза [1,6]. Критеріями відбору ЗП для дітей є: висока біодоступність, хороша переносимість, безпечність, оптимальні органолептичні властивості, комплаєнтність (compliance – добре сприйняття хворим самого лікування).