

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) неуточненої 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, неуточненої 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 розпалу 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 загальноприйнятною методикою [7].

Наявність порушень ритму і провідності та зміни зубців і сегментів ЕКГ аналізувалися в період розпаду та реконвалесценції, які визначалися за клінічними ознаками. Зміни сегмента ST та зубця Т оцінювалися за їх кількісними показниками, при цьому визначалися: сумарна депресія сегмента ST, зубця Т (EST, ET), кількість відведень із депресією або елевациєю 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 внутрішньошлуночкової 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 I 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 розпаду 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 розпаду 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 розпаду захворювання сумарна амплітуда негативного зубця Т виявилася найбільшою в групі хворих на грип ($12,25 \pm 2,14$ мм), що вірогідно переважало показник ET 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 у всіх 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 розпаду 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 // Клин. 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-syncitial 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 grippe A and grippe B, less evident in patients with adenovirus and respiratory-syncitial 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