

нефронах іонів кальцію, що свідчить про раннє ушкодження нирок, яке може передувати розвитку гестозів. Варто зазначити, що застосування 0,5%-ного за об'ємом навантаження 0,25%-ним розчином натрію хлориду виявилось досить інформаційним способом визначення ранніх порушень функції нирок у вагітних із ФПН.

Висновок. Критеріями діагностики ранніх порушень функціонального стану нирок в умовах водно-сольового навантаження у вагітних із ФПН є зниження інтенсивності процесів концентрування і ацидифікації сечі, що супроводжується підвищенням екскреції іонів кальцію.

Література. 1. Дикусаров В.В., Гоженко А.И. Состояние осморегулирующей функции почек при позднем токсикозе беременных // Вопросы охраны материнства и детства. – 1984. – № 10. – С.52-56. 2. Глазу С. Медико-биологическая статистика. - М.:Практика, 1999. – 459 с. 3. Гоженко А.И. Энергетическое обеспечение основных почечных функций и процессов в норме и при повреждении почек: Дис... д.мед.п. – Черновцы, 1987. – 368 с. 4. Запорожан В.М., Свирський О.О., Гоженко А.І. та ін. Ренін-ангіотензин-альдостеронова система у вагітних з гестозом // Медична хімія. – 2001. – Т.3, № 2. – С.55-57. 5. Parsons P.P., Garland H.O., Haipur E.S. Assessment of the dose response relationship and nephron rate of gentamicin-induced acute hypercalciuria in the anesthetized rats // Hum. and Exp. Toxicol. – 1994. – V.13, № 4. – P.284. 6. Salas S.P., Rosso P.A. A longitudinal study of plasma volume and hormonal changes in women with preeclampsia // Hypertension. – 1995. – V.25, № 6. – P.1363.

CHARACTERISTIC OF CHANGES OF RENAL FUNCTIONS IN GRAVIDAS WITH FETOPLACENTAL INSUFFICIENCY

T.Ya.Moscalenko, L.V.Yakymenko, O.V.Ambrosiichuk, O.A.Gozhenko

Abstract. For the purpose of determining the diagnostic criteria of early disturbances of the functional renal state in 15 pregnant women with fetoplacental insufficiency (FPI) the authors have carried out a water-salt loading. The results of the studies indicate that under FPI conditions not only the renal concentrating capacity and acidifying urinary processes, but also the transport of the nephron calcium ions are disturbed. The use of 0,5% according to the loading volume of 0,25% sodium chloride solution turns out to be an informative way of determining early renal function disorders in gravidas with FPI.

Key words: pregnancy, fetoplacental insufficiency, kidneys, function, diagnosis.

State Medical University (Odesa)

Надійшла до редакції 21.12.2001 року

УДК 616.9 – 073.97

В.Д.Москалюк, Н.А.Богачик, А.Г.Трефаненко, Ю.Р.Білейчук

ФОНОКАРДІОГРАФІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ДИФТЕРІЮ, АНГІНИ, КІР, ІНФЕКЦІЙНИЙ МОНОНУКЛЕОЗ ТА ЕПІДЕМІЧНИЙ ПАРОТИТ

Кафедра інфекційних хвороб (зав. – проф. А.М.Сокол)
Буковинської державної медичної академії.

Резюме. У роботі представлені результати фонокардіографічного обстеження хворих на дифтерію, ангіни, кір, інфекційний мононуклеоз та епідемічний паротит у періоді розпалу та одужання. Встановлено, що найбільш суттєвими відхиленнями були при дифтерії, менш значними – при лакунарній ангіні, ускладненій паратонзиллярним абсцесом та кору і проявлялися змінами амплітуди та тривалості I та II тонів, появою систолічного шуму на верхівці серця та V точці, додаткового III та IV тонів у хворих на дифтерію.

Ключові слова: інфекційні хвороби, фонокардіографія.

Вступ. Ураження серцево-судинної системи характерно для багатьох інфекційних захворювань і є компонентом його патогенезу [1,4]. Виявлені зміни часто носять функціональний тимчасовий характер і зникають із зменшенням клінічних ознак хвороби, однак у багатьох випадках виникають міокардит, дилатаційна кардіоміопатія, гостра серцево-судинна недостатність.

Фонокардіографія, як об'єктивний метод, дозволяє проводити динамічне спостереження, що є важливим в діагностиці, прогнозі і визначенні ефективності лікування [2]. Він дає можливість більш точно аналізувати характер звуків, які виникають при роботі серця, встановити їх силу і частоту, визначити час і співвідношення між ними, реєструвати коливання, які не сприймаються аскультативно [3].

Мета дослідження. Вивчити та провести порівняльний аналіз змін фонокардіограми при різних інфекційних хворобах у динаміці.

Матеріал і методи. Проведено обстеження 81 хворого на дифтерію, 70 – на ангіни, 18 – на кір, 20 – на інфекційний мононуклеоз та 22 – на епідемічний паротит методом полікардіографії на апараті "Мінгограф-81" фірми "Siemens-Elementa" в період розпаду та одужання. Вік хворих на дифтерію в середньому становив $45,6 \pm 5,3$ року, ангіну – $39,8 \pm 6,1$, інфекційний мононуклеоз $36,0 \pm 7,4$, кір – $23,1 \pm 3,7$, епідемічний паротит – $27,1 \pm 6,7$ року.

Реєстрація фонокардіограми проводилася з двох точок: верхівки серця і п'ятої точки (III міжребер'я зліва біля краю груднини) одночасно на двох каналах з різними частотними діапазонами (150 та 50 Гц). Мікрофон встановлювався у відповідній точці грудної клітки строго перпендикулярно до її поверхні і закріплювався за допомогою спеціальної гумової стрічки, чим досягався однакового ступеня притискання його при всіх обстеженнях.

Аналіз фонокардіограми складався з визначення: тривалості та амплітуди тонів; наявності шумів; наявності додаткових тонів; розщеплення тонів.

Отримані результати статистично оброблялись на персональному комп'ютері IBM PC 586 за допомогою програми "Microsoft Excel" [5].

Результати дослідження та їх обговорення. Проведене фонокардіографічне обстеження у хворих на дифтерію, лакунарну ангіну, ускладнену паратонзиллярним абсцесом, катаральну та фолікулярну ангіни, ангіну Симановського-Венсана, кір, інфекційний мононуклеоз і епідемічний паротит у період розпаду та реконвалесценції показало зменшення амплітуди I тону в гострому періоді хвороби у 76 (40,2%) пацієнтів, з них у 48 (63,1%) – на дифтерію, у 8 (10,5%) – на кір, у 7 (9,2%) – на лакунарну ангіну, ускладнену паратонзиллярним абсцесом, у 4 (5,2%) – на фолікулярну ангіну, у 3 (3,9%) – на катаральну ангіну, у 3 (3,9%) – на інфекційний мононуклеоз та у 1 (1,3%) хворого на епідемічний паротит.

У період одужання вказані зміни зберігались у 32 осіб, з них у 21 (25,9%) реконвалесцента після дифтерії, у 4 (18,1%) – після лакунарної ангіни, ускладненої паратонзиллярним абсцесом, у 3 (16,6%) – після кору, у 1 (5,8%) – після фолікулярної ангіни, у 1 (6,2%) – після ангіни Симановського-Венсана, у 1 (5,0%) – після інфекційного мононуклеозу та у 1 (4,5%) реконвалесцента після епідемічного паротиту.

Зареєстровано також зменшення амплітуди II тону в період розпаду у 48 (59,2%) хворих на дифтерію, у 9 (40,9%) – на лакунарну ангіну, ускладнену паратонзиллярним абсцесом, у 4 (22,2%) – на кір, у 2 (10,0%) – на інфекційний мононуклеоз, у 3 (13,6%) – на епідемічний паротит, у 2 (12,5%) – на ангіну Симановського-Венсана, у 5 (29,4%) – на фолікулярну ангіну, у 3 (20,0%) – на катаральну ангіну.

У період одужання вказані зміни зберігались у 15 (18,5%) реконвалесцентів після дифтерії, у 2 (11,1%) – після кору, у 4 (18,1%) – після лакунарної ангіни, ускладненої паратонзиллярним абсцесом, у 2 (10,0%) – після інфекційного мононуклеозу, у 1 (5,8%) – після фолікулярної ангіни, у 1 (6,2%) – після ангіни Симановського-Венсана, у 1 (4,5%) – після епідемічного паротиту, у 1 (6,6%) – після катаральної ангіни.

Зменшення амплітуди I та II тонів пов'язано зі зниженням скоротливої здатності міокарда, яке виникає внаслідок запально-дистрофічних змін у міокарді.

Зареєстровано також зменшення тривалості I тону у 36 (44,4%) хворих на дифтерію, у 4 (22,2%) – на кір, у 2 (9,0%) – на епідемічний паротит, у 9 (40,9%) – на лакунарну ангіну, ускладнену паратонзиллярним абсцесом, у 2 (13,3%) – на катаральну ангіну, у 3 (15,0%) – на інфекційний мононуклеоз, у 1 (6,2%) – на ангіну Симановського-Венсана, у 2 (11,7%) – на фолікулярну ангіну (рис.1). У період одужання ці зміни зберігались у 6 (7,4%) реконвалесцентів після дифтерії, у 2 (9,0%) – після лакунарної ангіни, ускладненої паратонзиллярним абсцесом, у 1 (5,8%) – після фолікулярної ангіни, у 1 (5,5%) – після кору, у 1 (5,0%) – після інфекційного мононуклеозу. У реконвалесцентів після катаральної ангіни, ангіни Симановського-Венсана та епідемічного паротиту тривалість II тону була в межах норми.

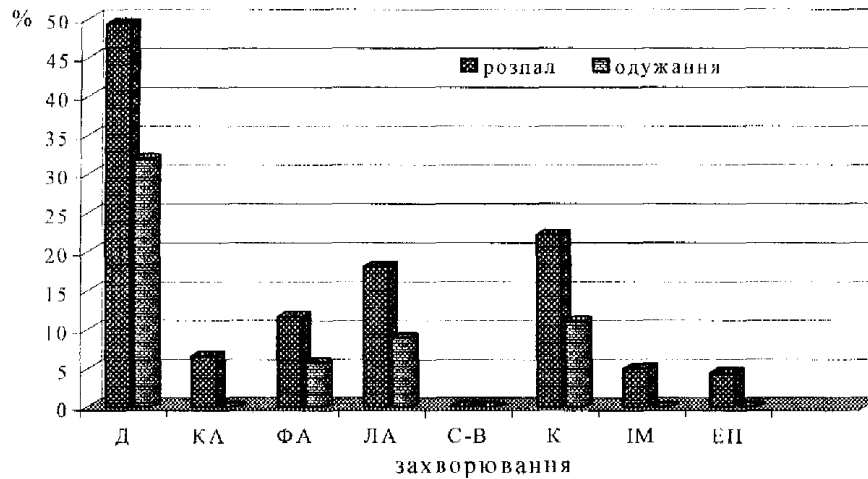


Рис.1. Частота зменшення тривалості II тону ФКГ у обстежених хворих в динаміці хвороби.

Д- дифтерія; КА - катаральна ангіна; ФА - фолікулярна ангіна; ЛА - лакунарна ангіна, паратонзиллярний абсцес; С-В - ангіна Симановського-Венсана; К - кір; ІМ - інфекційний мононуклеоз; ЕП - епідемічний паротит.

Зареєстровано також і зменшення тривалості II тону в період розпаду у 40 (49,3%) хворих на дифтерію, у 4 (18,1%) – на лакунарну ангіну, ускладнену паратонзиллярним абсцесом, у 4 (22,2%) – на кір, у 2 (11,7%) – на фолікулярну ангіну, у 1 (6,6%) – на катаральну ангіну, у 1 (5,0%) – на інфекційний мононуклеоз та у 1 (4,5%) – на епідемічний паротит. У хворих на ангіну Симановського-Венсана тривалість II тону не зменшувалась.

У період одужання тривалість II тону залишалася зменшеною у 26 (32,0%) реконвалесцентів після дифтерії, у 2 (9,0%) – після лакунарної ангіни, ускладненої паратонзиллярним абсцесом, у 2 (11,1%) – після кору, у 1 (5,8%) – після фолікулярної ангіни. У реконвалесцентів після катаральної ангіни, інфекційного мононуклеозу і епідемічного паротиту тривалість II тону нормалізувалась.

Зареєстровано систолічний шум на верхівці серця у 42 (51,8%) хворих на дифтерію, у 3 (16,6%) – на кір, у 2 (13,3%) – на катаральну ангіну, у 2 (11,7%) – на фолікулярну ангіну, у 4 (18,8%) – на лакунарну ангіну, ускладнену паратонзиллярним абсцесом, у 1 (5,0%) – на інфекційний мононуклеоз.

У період одужання вказані зміни зберігались у 13 (16,0%) реконвалесцентів після дифтерії, у 2 (9,0%) – після лакунарної ангіни, ускладненої паратонзиллярним абсцесом, у 1 (5,9%) – після фолікулярної ангіни, у 1 (5,5%) – після кору.

У період розпаду зареєстровано систолічний шум у V точці у 26 (32,0%) хворих на дифтерію, у 5 (22,7%) – на лакунарну ангіну, ускладнену паратонзиллярним абсцесом, у 2 (11,1%) – на кір, у 1 (5,8%) – на фолікулярну ангіну.

При одужанні вказані зміни реєструвались у 10 (12,3%) реконвалесцентів після дифтерії та у 1 (5,5%) – після кору.

У період розпаду хвороби зареєстровано додатковий III тон високої амплітуди у 10 (12,3%) хворих на дифтерію, у 2 (9,0%) – на лакунарну ангіну, ускладнену паратонзиллярним абсцесом, у 1 (5,5%) – на кір.

Виявлені зміни зберігались у 4 (4,9%) реконвалесцентів після дифтерії та у 1 (4,5%) – після лакунарної ангіни, ускладненої паратонзиллярним абсцесом.

У 4 (2,1%) хворих на дифтерію зареєстрований додатковий IV тон у період розпаду хвороби, з них у 3 (75,0%) він був також високої амплітуди.

Після проведеного лікування виявлені зміни продовжували зберігатись у 2 (1,1%) реконвалесцентів після дифтерії, в тому числі у одного він був високої амплітуди.

На рисунку 2. представлена полікардіограма хворого П., 42 років, який знаходився на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні з діагнозом "Дифтерія мигдаликів, поширена форма, середньої тяжкості. Інфекційно-токсичний міокардит". На ФКГ зареєстровано зменшення амплітуди I та II тонів, роздвоєння амплітуди II тону.

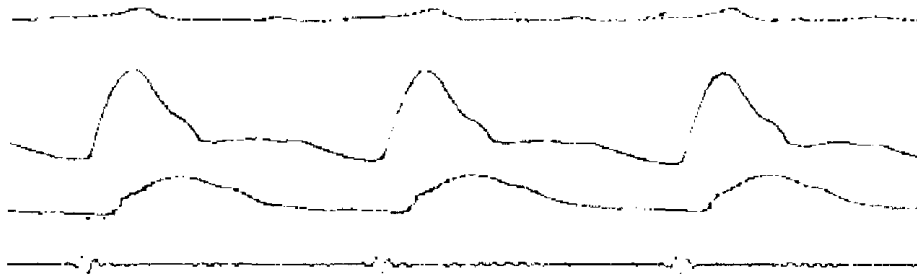


Рис.2. Полікардіограма хворого П., 42 років. Діагноз – дифтерія мигдаликів, поширена форма, середньої тяжкості. Інфекційно-токсичний міокардит.

Висновки.

1. Дифтерія, ангіни, кір, інфекційний мононуклеоз та епідемічний паротит супроводжуються змінами показників фонокардіограми як у періоді розпалу, так і одужання.
2. Найбільш суттєвими вони були у хворих на дифтерію, лакунарну ангіну, ускладнену паратонзиллярним абсцесом та кір і проявлялись змінами тривалості та амплітуди I та II тонів, появою систолічного шуму на верхівці серця та V точці, додаткового III тону, у хворих на дифтерію – додаткового IV тону.
3. Виявлені відхилення виникають внаслідок зниження скоротливої здатності міокарда.
4. Враховуючи отримані результати, рекомендуємо в комплексне обстеження інфекційних хворих ширше включати метод фонокардіографії.

Література. 1. Барштейн Ю.А., Кононенко В.В., Боброва И.А. Поражение миокарда при инфекционных заболеваниях // Укр. кардиол. журнал. – 1996. №2. – С.8-12. 2. Витрук С.К. Пособие по функциональным методам исследования сердечно-сосудистой системы. – К.: Здоров'я, 1990. – 223 с. 3. Марушко Ю.В., Десятник Д.Г., Таринська О.Л. та ін. Дослідження вегетативного гомеостазу у хворих на вогнищеву стафілококову інфекцію, тонзилітні кардіоміопатії // Укр. кардіол. журнал. – 1998. – №4. – С.29-30. 4. Москалюк В.Д. Функціональний стан серцево-судинної системи у хворих на кір, інфекційний мононуклеоз та епідемічний паротит // Бук. мед. вісник. – 1998. – Т.2, №4. – С. 59-62. 5. Пакет прикладних програм Statgraphics на персональному комп'ютері // Григорьев С.Т., Левандовский В.В., Перфилов А.М. и др., – СПб. – 1992. – 105 с.

PHONOCARDIOGRAPHIC INDICES IN PATIENTS WITH DIPHTHERIA, ANGINAS, MEASLES, INFECTIONS MONONUCLEOSIS AND MUMPS

V.D.Moskaliuk, N.A.Bogachyk, A.G.Trefanenko, Iu.R.Bileichuk

Abstract. The results of a phonocardiographic examination of patients with diphtheria, anginas, measles, infectious mononucleosis and mumps are presented in the research. It has been established that the most sufficient deviations were observed in case of diphtheria, less considerable in lacunar tonsillitis, complicated by a paratonsillar abscess and measles and were manifested by changes of the amplitude and duration of the first and second sounds, the emergence of the systolic murmur at the apex of the heart at point V of additional sounds in III and IV diphtheria patients.

Key words: infectious diseases, phonocardiography.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 27.11.2001 року