

АТЕРОСКЛЕРОЗ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ**З.А.ИВАНОВА, В.А. КОШЕЧКИН**

Курс туберкулёза РУДН, 117198 Москва, ул. Миклухо-Маклая, д.8.

*Медицинский факультет***В.Г.ТОПОЛЬНИЦКИЙ**

20 противотуберкулёзный диспансер. 121108. Москва, ул. Тарутинская, д.2

Как показали эпидемиологические исследования среди контингентов противотуберкулёзных диспансеров наблюдается рост сопутствующих хронических заболеваний (неспецифические болезни органов дыхания, заболевания желудочно-кишечного тракта, печени и почек, атеросклероз), обусловленный ростом продолжительности жизни населения и среднего возраста больных туберкулезом легких. Туберкулезу легких сопутствуют и заболевания сердечно-сосудистой системы, причем наибольший удельный вес имеет атеросклероз коронарных сосудов. Атеросклеротические и дегенеративные болезни сердца, по данным ВОЗ, - одна из причин смертности мужчин (53% смертельных исходов от сердечно-сосудистых заболеваний). Опасное проявление атеросклероза - коронарная (ишемическая) болезнь сердца. В силу своей большой распространенности ИБС требует пристального внимания как с лечебной, так и с профилактической точек зрения. Осмысление масштабов распространенности ИБС и природы факторов риска позволяет разработать необходимые научно обоснованные лечебные и профилактические меры. Целенаправленные эпидемиологические исследования по изучению ИБС дают ценную информацию о распространении факторов риска этого заболевания.

Среди обследованных нами 100 больных туберкулезом мужчин старше 40 лет, стоящих на учете в одном из противотуберкулёзных диспансеров г. Москвы, обнаружено 38% больных ИБС. Таким образом, туберкулез легких со свойственными ему чертами - длительной интоксикацией, нарушением функций внешнего дыхания - способствует развитию ИБС. С длительностью болезни свыше 10 лет количество больных увеличивается вдвое. По протяженности патологических изменений в легких у больных туберкулезом и ИБС специфические изменения носили более распространенный характер (занимали более 2-х сегментов легких) по сравнению с контрольной группой больных. Кроме того, распространенные формы процесса наблюдались вдвое чаще у больных с ИБС, чем у больных с меньшей продолжительностью заболевания. Следовательно, туберкулез с длительным хроническим течением не является антагонистом для развития атеросклероза. Наоборот, тенденция развития ИБС у этой категории больных характерна при продолжительности заболевания туберкулезом и большей распространенности туберкулезного процесса. Характер взаимоотношений между ИБС и туберкулезом связан с влиянием ИБС на течение туберкулезного процесса. Здесь возможны два варианта: либо ИБС вообще не влияет на течение туберкулеза легких, либо при сочетании этих двух заболеваний процесс в легких обостряется. Мы чаще наблюдали у больных с сочетанием этих двух заболеваний снижение защитной реакции организма и возникновение условий для обострения специфического туберкулёзного процесса.

Выявление таких факторов риска, как гиперхолестеринемия, артериальная гипертония, курение, нарушение толерантности к углеводам, позволило определить их взаимоотношения, взаимозависимость и влияние на частоту заболеваемости ИБС. Исследования Института кардиологии им. А.Л. Мясникова показали, что лица в возрасте 55 - 59 лет с факторами риска умирают от осложнений ИБС чаще, чем больные без этих факторов. Наиболее подвержены летальным исходам больные с артериальной гипертонией, гиперхолестеринемией и нарушенной толерантностью к углеводам. Установлено также, что мужчин 30 - 59 лет с факторами риска (гипертоническая болезнь, гиперхолестеринемия, курение) инфаркт миокарда поражает в 8 раз чаще. Факторы риска или их сочетание, не будучи причиной заболевания, увеличивают опасность возникновения атеросклероза венечных сосудов, хотя и не делают это фатально неизбежным.

Наряду с такими факторами риска, как гиперхолестеринемия, артериальная гипертония, нарушенная толерантность к углеводам, курение, избыточный вес, к факторам риска ИБС можно также отнести возраст, принадлежность к мужскому полу, сахарный диабет, употребление алкоголя. Сочетание нескольких факторов увеличивает частоту ИБС. Одним из ведущих факторов риска ИБС остается артериальная гипертония, которая в 1,5-3 раза увеличивает возможность развития ИБС. Эпидемиологические исследования мужчин в возрасте 50-59 лет, проведенные В.А. Кошечкиным, показали, что ИБС наблюдается в два раза чаще у лиц, страдающих гипертонической болезнью. Артериальная гипертония была выявлена у 27% больных туберкулезом с большими специфическими изменениями легочной ткани одного или обоих лёгких. Из других факторов риска выявлены: гиперхолестеринемия – 41%, нарушение толерантности к углеводам – 28%, избыточный вес – 16%, курение – у 60% больных. Таким образом, назрела необходимость разработать научную основу для профилактики и лечения ИБС у данного контингента больных.

Антибактериальные препараты, особенно стрептомицин и изониазид, могут вызывать побочное влияние на сердечно-сосудистую систему (А.Е.Рабухин, З.А.Иванова, В.А.Кошечкин, Г.А.Сумбатов, Б.П.Ященко и др.). При лечении стрептомицином возникают боли в области сердца, повышение артериального давления, также и при назначении изониазида, особенно у лиц пожилого возраста. Побочное действие на функцию сердца и периферического кровообращения наблюдается у 30% больных. Это выражается в нарушении ритма сердечной деятельности, в изменении электрокардиограммы (смещение сегмента ST вниз, переход зубца Т в отрицательный или двухфазный, снижение вольтажа и др.). Отрицательные действия, в частности стрептомицина и изониазида, на сердечно-сосудистую систему отмечается в основном у больных туберкулезом и кардиосклерозом, высоким артериальным давлением, хронической коронарной недостаточностью. У больных туберкулезом в сочетании с ИБС на фоне антибактериальной терапии учащались приступы стенокардии. Наши материалы подтверждают, что туберкулопатии могут ухудшать функцию миокарда, снижать коронарное кровообращение, повышать тонус периферических сосудов, провоцировать возникновение повторных инфарктов миокарда. Поэтому больным с сочетанной патологией (туберкулез и ИБС) необходим индивидуальный подбор туберкулопатиков, здесь не приемлемо назначение стандартных схем лечения, которые мы назначали при различных клинических формах туберкулеза легких. Лечение туберкулеза должно проводиться комплексно в сочетании с лечением ИБС, артериальной гипертонии и другой сердечной патологии. При возникновении осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы показана отмена химиопрепарата, давшего побочный эффект с заменой его на другой препарат. Назрела необходимость научно подходить к лечению данного контингента больных с использованием всех достижений клинической практики и науки.

CORONARY VESSELS ATHEROSCLEROSIS AT PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS.

Z.A.IVANOVA, V.A.KOSHECHKIN

Course of tuberculosis RUDN. Moscow 117198 M-Maklaya st.8 Medical faculty

V.G.TOPOLNITSKIY

20th Antituberculosis dispensary. 121108. Moscow Tarutinskaya st.2

We have observed 100 patients with tuberculosis (men after 40 years). 38% of this patients have coronary cardiac disease. We have found that growth of diseases duration and spreading of pathologic process in lungs increase amount of patients with combined pathology. Successful treatment patients with tuberculosis depend on welltimed diagnosis vasculocardiac pathology.