

НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

З.А. ИВАНОВА, В.А. КОШЕЧКИН

Курс туберкулеза РУДН. Москва. 117198. ул. Миклухо-Маклая д. 8. Медицинский факультет.

Распространенность ИБС у больных туберкулезом легких диктует необходимость выявления диагностических критериев сочетанных заболеваний с целью своевременного лечения. Исследованы изменения ЭКГ, которые у больных туберкулезом с факторами риска коронарного профиля предполагают скрытую ИБС.

Ключевые слова: электрокардиография, нарушения реполяризации, нарушения проводимости, гипертрофия миокарда.

Основным общепризнанным методом обследования кардиологических больных, не утратившим своего значения, является электрокардиографическое исследование в 12-ти стандартных отведениях.

На протяжении 30-летнего периода наблюдения 5 127 участников Фрамингамского исследования установлен высокий риск проявления клинических признаков ИБС, связанный с обнаруживаемыми ЭКГ-нарушениями.

Kannel и Abbott (1984) установили, что неспецифические расстройства реполяризации, нарушения внутрижелудочковой проводимости и гипертрофия миокарда левого желудочка, выявленные у лиц без кардиальных симптомов, сопровождалась повышенным риском клинических проявлений недостаточности коронарного кровообращения. Кроме того, авторами выявлено значительное число больных с немой инфарктом миокарда. Из 708 инфарктов миокарда, зарегистрированных в течение 30 лет среди участников Фрамингамского исследования, более 25% были распознаны только при профилактических ЭКГ-исследованиях, которые проводились дважды в год [1,2].

В.А. Кошечкин (1975) с помощью стандартной оценки данных электрокардиографического обследования обнаружил дополнительные 5,5% случаев ИБС, помимо группы больных с клиническими проявлениями ИБС. Автором были обнаружены только электрокардиографические изменения, указывающие на наличие ишемической болезни сердца. Обычное электрокардиографическое обследование может показать, что у больных имеется ишемическая болезнь сердца при отсутствии клинических симптомов [4,5]. В литературе имеются сведения о том, что признаки немой ишемии при отсутствии кардиальных симптомов обнаружены у трети больных, перенесших инфаркт миокарда.

По мнению Kannel (1987), нарушения внутрижелудочковой проводимости и гипертрофия миокарда левого желудочка сопровождается таким же риском летальных исходов, как и клинически выраженная ИБС. Автор полагает, что лица с электрокардиографически выраженной гипертрофией левого желудочка более склонны к развитию инфаркта миокарда, так же как перенесенный инфаркт миокарда нередко сочетается с гипертрофией левого желудочка.

Выявление данных ЭКГ-нарушений у лиц с факторами риска коронарного профиля часто служат маркером ишемического повреждения миокарда. Можно предполагать, что такие ЭКГ-изменения указывают на нарушения коронарного кровообращения, несмотря на отсутствие кардиальных жалоб [3]. Однако следует учитывать, что электрокардиография имеет свои ограничения в выявлении ишемической болезни сердца. W.Kannel, M.Constantinanu (1970) установили, что в период 6-летнего наблюдения 88 мужчин, у которых развился инфаркт миокарда, у 15 больных (17%) не было изменений на ЭКГ перед инфарктом миокарда.

Всего в нашем исследовании электрокардиографические изменения в группе больных с ИБС были обнаружены у 21 больного туберкулезом легких в возрасте 40 лет и старше. Из них у 18 больных электрокардиографические изменения сопровождалось клиническими проявлениями ишемической болезни сердца, а у 3 больных были обнаружены только электрокардиографические изменения.

Рассматриваемая группа больных по формам туберкулезного процесса распределялась следующим образом: очаговый туберкулез легких – 6, инфильтративный туберкулез легких – 2, туберкулома легкого – 1, цирроз легкого – 6, диссеминированный туберкулез легких – 3, фиброзно-кавернозный туберкулез легких – 3 больных. Среди этого числа больных туберкулез легких был в активной фазе у 17 и у 4 он расценивался как неактивным. С продолжительностью заболевания туберкулезом до одного года наблюдался 1 больной, 2 года – 5 больных, 3–5 лет – 7 больных, 6–10 лет – 2 больных, и свыше 10 лет – 6 больных туберкулезом легких.

Приводим клинические наблюдения, где ишемическая болезнь сердца подтверждена только на основании электрокардиографических данных. Больной К-ев, 47 лет. Состоит на учете диспансера 6 лет, когда впервые был выявлен очаговый туберкулез легких в фазе распада с бацилловыделением. Проводилось длительное антибактериальное лечение: стационарное и санаторное, с хорошим результатом: прекратилось бацилловыделение, закрылась полость распада. Диагноз на момент обследования: очаговый туберкулез легких в фазе уплотнения, МБТ (-). Рентгено-томографически: в правом легком в S1+2 немногочисленные мелкие, четко очерченные очаговые тени, средней интенсивности, фиброзные изменения вокруг в легочной ткани, левое легкое без патологии.

При стандартном опросе больной отрицательно ответил на вопросы раздела: «Стенокардия напряжения». Из жалоб: отмечает периодические боли в области кишки, по поводу которой лечился гастропептином, де-нолом, диетой. Последняя гастроскопия выявила рубцовые изменения на месте язвенного процесса. В анамнезе отсутствуют данные о перенесенном инфаркте миокарда. Больной правильного телосложения, аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс ритмичен, 76 ударов в минуту, артериальное давление 145/90 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Функция внешнего дыхания: некоторое снижение ЖЕЛ (85% должной величины), снижение МВЛ (65% должной величины), небольшая гипервентиляция (145% должной величины).

Электрокардиографическое обследование: синусовый ритм, 75 ударов в минуту; R – R = 0,78; PQ = 0,08; QRST = 0,35, (N = 0,33). Электрическая ось сердца горизонтальная, нарушение проводимости в левой ножке пучка Гиса: комплекс QRS расширен и расщеплен, зубец T1 – обращен вниз, T3 – вверх; в грудных отведениях V5 – V6 зубец T – отрицательный.

В приведенном наблюдении блокада левой ножки пучка Гиса возникла в результате нарушения питания проводящей системы сердца на почве коронаросклероза.

Таким образом, проявление расстройств реполяризации, левожелудочковые блокады и гипертрофия миокарда левого желудочка при отсутствии субъективных симптомов заболевания у пациентов заставляет предполагать скрытую ИБС. В настоящее время наибольшее распространение в диагностике ИБС получил метод длительного амбулаторного ЭКГ-мониторирования.

Литература

1. Kannel W., Constantimanu M. Somme lessons in cardiovascular epidemiology from Framingham. Am. J. Cardiol. 1970. V.37/N2.:269.
2. Jordan O., Kannel W. An epidemiological investigation of cardiovascular disease. Washington: Gov. print. OFF, 1971.:27-208.
3. Chon T. et al. Spatial vectorcardiography. New York. 1987.
4. Martinez-Rios M.A. Nonnal electrocardiogram in the presence of severe coronary artery disease. Amer. J. Cardiol. 1970; 25(3): 320-324.
5. Burns-Cox C, J. The occurrence of a normal electrocardiogram after myocardial infarction. Amer. Heart J. 1968;75(4): 572-574.
6. Кошечкин В.А. Ишемическая болезнь сердца среди больных туберкулезом легких в возрасте 50-59 лет. М., 1972.

**NOT INVASIVE DIAGNOSTIC OF ISCHEMIC HEART DUSEASE AMONG THE CONNSUPTION PA-
TIENTS**

Z.A.IVANOV, V.A. KOSCHECHKIN

Course of tuberculosis of PFUR. Moscow. 117198. Mikluho-Maklaya str.8Medical faculty.

The spreading of ischemic heart disease among the pulmonary tubercular patients dictates the necessity of diagnostic of the combinative diseases with the sole purpose of the timely treatment.

The electrocardiogram violation assumes the latent ischemic heart disease of persons with factors of the risk of the coronary profile.

Key words: an electrocardiography, infringement repolarization, infringement of conduction, hypertrophy of a myocardium.