

ВАРИАНТЫ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПРОЛАПСЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА, ВЫЯВЛЕННЫХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Медведева В.Н., Курицина С.И., Медведев В.Н., Бикина Н.А.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

ОГУЗ «Владимирская областная клиническая больница»

Первичный пролапс митрального клапана (ПМК) является одним из проявлений дисплазии соединительной ткани. Ведущим вариантом течения ПМК является аритмогенный вариант (50—90%), определяющий тактику ведения пациентов и прогноз больных. Изменения, выявляющиеся на электрокардиограмме (ЭКГ), касаются не только нарушений ритма сердца (НРС) и проводимости, но и нарушений процессов реполяризации, других наследственных синдромов.

Цель исследования — выявить варианты и частоту электрокардиографических изменений при дисплазии соединительной ткани, проявляющейся первичным ПМК.

Обследовано 83 больных с первичным ПМК с пролабированием передней створки митрального клапана 1 и 2 степени, митральной регургитацией 1-2 степени (62 больных), 3 степени (4 больных), без митральной регургитации (17 больных). Возраст пациентов колебался от 16 до 42 лет; мужской пол составил — 46 человек, женский — 37. Проводилось общеклиническое обследование, регистрация и суточное мониторирование ЭКГ, УЗИ сердца.

Контрольная группа составила 20 практически здоровых лиц аналогичного пола и возраста.

Установлено, что при регистрации ЭКГ НРС и проводимости выявлены у 47 пациентов (46,6%).

Суточное мониторирование ЭКГ чаще констатировало НРС и проводимости — у 72 пациентов (86,7%). Общее число желудочковых аритмий составило 49,4% (в контроле 15%), желудочковых экстрасистол высоких градаций (ЖЭВГ) — 22,9% (в контроле 5%), неустойчивой желудочковой пароксизмальной тахикардией (НЖПТ) — 12,0% (в контроле не было); одиночных желудочковых экстрасистол — 48,2% (в контроле 15%).

Суправентрикулярные аритмии выявлены в 67,5% случаев (в контроле 35%). Эпизоды фибрилляции предсердий наблюдались в 8,4% (в контроле не было). Часто регистрировалась синусовая тахикардия (48,7%), частота ее не отличалась от контроля (41,5%). Синусовая брадикардия в контроле не отмечена, а у больных ПМК составила 20,5%. Довольно часто имела миграция водителя ритма и сочеталась с экстрасистолией (16,9% против 1,2% в контроле).

Нарушения проводимости определялись только при ПМК и чаще была синоаурикулярная блокада (6,0%) и атриовентрикулярная блокада (3,6%).

Синдромы WPW и ранней реполяризации желудочков выявлены только при ПМК 6,0% и 7,2% соответственно.

Частота НРС достоверно зависела от степени ПМК и митральной регургитации ($p < 0,05$).

Таким образом, при ПМК достоверно чаще по сравнению с контролем выявлены желудочковые и суправентрикулярные аритмии, кроме синусовой тахикардии, а наиболее опасные для жизни желудочковые аритмии имелись у 34,9% больных: ЖЭВГ — у 22,9%, НЖПТ — у 12%.

Удлинение скорректированного интервала QT и дисперсии интервала QT найдены в 12% случаев, что может быть причиной опасных для жизни желудочковых аритмий и синкопальных состояний.

Важно отметить, что у 3 пациентов (3,6%) зарегистрированы на ЭКГ первичные нарушения процессов реполяризации, что требует дифференциальной диагностики со всеми заболеваниями, при которых наблюдаются подобные изменения.

Клинический пример: больная М., 17 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на боли в области сердца типа кардиалгий. Причиной госпитализации явилось выявление в амбулаторных условиях снижения сегмента ST ниже изолинии на 1 мм и отрицательного, равнобедренного, островершинного зубца Т в отведениях I, AVI, V₂—V₅. Больная астенической конституции; ЧСС — 72 уд/мин; АД — 110/70 мм рт. ст.; тоны сердца сохранены, шумов нет. ЭКГ по сравнению со старой и при повторной регистрации в стационаре динамики не выявило. УЗИ сердца — пролапс передней створки митрального клапана без регургитации. Проведенная дифференциальная диагностика с миокардитом, миокардиодистрофией, кардиомиопатией, ИБС позволила объяснить первичные нарушения процессов реполяризации наличием ПМК, которые могут быть связаны с ишемией папиллярных мышц и прилежащих отделов левого желудочка, вызванной увеличением нагрузки на эти отделы из-за пролабирования створки МК, либо, возможно, врожденной аномалией мелких коронарных артерий.

Выводы

1. При первичном ПМК суточное мониторирование ЭКГ выявило НРС и проводимости в 86,7% случаев.
2. Наиболее опасные для жизни желудочковые аритмии зарегистрированы в 34,9%: ЖЭВГ — у 22,9%, НЖПТ — у 12%.

3. Частота НРС достоверно превышала контрольные значения и зависела от степеней ПМК и митральной регургитации.
4. Удлинение скорректированного интервала QT и дисперсия интервала QT наблюдались в 12% случаев, синдром WPW — в 6,0%, первичные нарушения процессов реполяризации — в 3,6%, синдром ранней реполяризации желудочков — в 2,4%.
5. Проведение суточного мониторинга ЭКГ является доступным и информативным методом обследования пациентов с НРС в амбулаторных условиях, улучшающих качество ведения больных, что требует более широкого его внедрения в поликлиническую службу.

ОРГАНИЗАЦИЯ СВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Медведева О.А., Вязкова Н.Н., Чеботарева Т.В., Митюнина Л.И., Андреева О.В.
ОГУЗ «Ивановский областной противотуберкулезный диспансер им. М.Б. Стоюнина»
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Одним из наиболее серьезных последствий перенесенного туберкулеза является развитие рецидива. Под рецидивом понимают: появление признаков активного туберкулеза у лиц, ранее перенесших специфический процесс и излеченных от него, наблюдающихся в III группе или снятых с учета в связи с выздоровлением (приказ МЗ РФ № 109 от 21.03.2003).

Больные с клиническим излечением туберкулеза наблюдаются в противотуберкулезном диспансере по III группе диспансерного учета, лица снятые с учета — в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Длительность наблюдения зависит от характера остаточных изменений (малые, большие), или их полного отсутствия, а также от наличия отягощающих факторов. К отягощающим факторам относят состояния, способствующие снижению иммунитета к туберкулезной инфекции, утяжелению течения туберкулеза и замедлению излечения.

Важным разделом работы врача-фтизиатра и терапевта, которые наблюдают пациентов перенесших туберкулез, является своевременная диагностика рецидива туберкулеза органов дыхания, поскольку это состояние требует пересмотра группы диспансерного учета и соответствующей противотуберкулезной терапии. Поэтому для оптимизации работы по своевременному выявлению рецидивов туберкулеза в поликлиниках первичной медико-санитарной помощи разработан следующий алгоритм работы:

1. В течение 3 лет после снятия с учета противотуберкулезного диспансера пациенты должны проходить плановые медицинские осмотры 2 раза в год, а затем 1 раз в год. Целесообразно выделить больных, перенесших туберкулез, в отдельную группу наблюдения.
2. Медицинские осмотры включают: осмотр терапевта (сбор жалоб, изучение данных анамнеза, физикальное обследование пациента), клиничко-лабораторное обследование (общий анализ крови, общий анализ мочи), флюорографическое обследование органов грудной клетки.
3. При наличии у пациента «грудных» жалоб, кроме выше перечисленного, необходимо исследование 3 проб мокроты 2 дня подряд ме-

тодом микроскопии мазка с окраской по Цилю-Нельсену в клинической лаборатории поликлиники. При обнаружении в патологическом материале кислотоустойчивых микобактерий (КУМ) больного срочно направить на консультацию фтизиатра для исключения рецидива процесса. Если КУМ в мокроте не обнаружено, но выявлены изменения при флюорографическом обследовании, то проводится курс неспецифической терапии в течение 7—10 дней (при лечении антибиотиками широкого спектра не следует использовать обладающие противотуберкулезным действием препараты, в том числе стрептомицин, рифампицин, фторхинолоны), после чего обследование повторяют. При отсутствии положительной клиничко-рентгенологической динамики, пациент также подлежит консультации фтизиатра для уточнения активности туберкулезного процесса в легких.

4. Кроме того, 1 раз в год необходимо направлять на консультацию фтизиатра, излеченных от туберкулеза лиц, имеющих в анамнезе отягощающие факторы (медицинские, социальные, профессиональные). По показаниям таким больным возможно проведение общеукрепляющего лечения в условиях туберкулезного санатория «Плес».

В поликлинике ОПТД для раннего выявления рецидива туберкулеза органов дыхания из III группы диспансерного учета и проведения дифференцированных профилактических мероприятий по предупреждению его развития разработан следующий алгоритм действий:

1. Добиваться 100% диспансеризации пациентов, наблюдаемых в III группе учета, с клиничко-рентгенологическим обследованием 2 раза в год.
2. Проведение профилактических мероприятий (включающих противорецидивные и общеукрепляющие курсы лечения) в первую очередь пациентам, имеющим сочетание более 4 существенно значимых факторов риска, предпочтительно в условиях туберкулезного санатория «Плес», или в дневном стационаре ОПТД.