

*Ходжаева С.А., Пардаева У.Д.,
Аджаблаева Д.Н., Маматова Н.Т.,
Саидова М.А., Мавланова У.Н.,
Анисимова Т.П., Надырова М.Б.*

ДАННЫЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

СамМИ (ректор - проф. Шамсиев А.М.)

Среди методов функционального исследования больных туберкулёзом большое значение имеет электрокардиография (ЭКГ). Учитывая, что бронхо-лёгочная и сердечнососудистая системы - это одно целое малого круга кровообращения, функциональное состояние сердечно - сосудистой системы является одним из наиболее чутких индикаторов состояния больного с бронхо-лёгочной патологией и наоборот.

Цель исследования: изучить характер изменений на ЭКГ при туберкулезе органов дыхания.

Материалы и методы. Проанализированы результаты 3100 электрокардиографических исследований за 2 года (2010-2011 гг.) у пациентов, находившихся на лечении в Самаркандском областном противотуберкулезном диспансере. Регистрацию ЭКГ проводили на одноканальном миниатюрном электрокардиографе ЭК-3Т-01-«Р-Д» (НЛП «Монитор», Ростов-на-Дону, Россия), синхронно в 12 стандартных отведениях ($V=50$ мм/с), в положении лёжа, после 10-минутного пребывания в покое.

Результаты и обсуждения. Были проанализированы 3900 электрокардиограммы у 2936 больных, находившихся на лечении. Из них было 1850 женщин и 2050 мужчин.

Возрастные группы больных: от 16 до 18 лет - 8 (0,2%), больные от 18 до 30 лет - 583 (20%), от 31 до 43 лет - 649 (22%), от 44 до 56 лет - 677 (23%), от 57 до 69 лет - 618 (21%), от 70 до 82 лет - 401 (13,8%).

У больных наблюдались следующие клинические формы туберкулёза: инфильтративный - 1733 (59%), очаговый - 65 (2,2%), диссеминированный - 427 (14,5%), кавернозный - 4 (0,1%), фиброзно-кавернозный - 310 (10,5%), цирротический туберкулёз - 76 (2,6%), плеврит - 208 (7,1%), спонтанный пневмоторакс - 9 (0,3%). Клиническое излечение наблюдалось в 104 (3,7%) случаях.

Часто наблюдалось нарушение функции автоматизма в миокарде в виде синусовой тахикардии (ритм свыше 90 в минуту) - в 67% и значительно реже - синусовой брадикардии (ритм менее 60 в минуту) - у 14% больных. Ещё чаще наблюдалась синусовая и дыхательная аритмия (колебания ритма по электрокардиограмме, превышающие 12-15 ударов в минуту). Синусовые тахикардии и аритмии отмечались в начальном периоде заболевания и при обострении туберкулёзного процесса. При длительно текущих хронических процессах имела место синусовая брадикардия. Нарушения функции возбудимости миокарда наблюдались в виде экстрасистол, главным образом желудочкового

типа, у 8% больных и реже предсердной (у 1,2% больных) и атриовентрикулярной (у 0,2% больных). Нарушение проводимости выявлялись довольно часто в виде замедления атриовентрикулярной проводимости - частичной атриовентрикулярной блокады (увеличение PQ до 0,20 и больше) у 12% больных. Нарушение проводимости по правой ножке пучка Гиса наблюдалось у 440 (15%) больных, из них полная блокада - у 32 больных. Также довольно частым явлением были резко выраженные диффузно - дистрофические изменения в миокарде - у 109 (3,7%), метаболические изменения в миокарде - у 726 (24,7%), ишемии миокарда - у 147 (5%), гипоксии миокарда - у 102 больных (3,4%). Очаговые нарушения внутрижелудочковой проводимости встречались в 16% случаев. Право-грамма проявлялась как отклонение электрической оси ЭКГ за счёт смещения сердца и реже - ГПЖ. напряжения правых отделов сердца (правое предсердие и правый желудочек) или хронического лёгочного сердца. ГПЖ встретилась у 1644 (58%) больных. Тип С ГПЖ отмечен у 35% больных в виде комплекса типа rS или rSr с глубоким зубцом S в левых грудных отведениях. Изменения предсердного зубца P наблюдались довольно часто - у 34% больных, P-pulmonale - у 51, P-mitrale - у 16 больных. Они выражались в увеличении его амплитуды большей частью в II и III отведениях у 562 (19%) больных, реже - в снижении или расщеплении и отрицательном его характере. Вентрикулярная перегрузка правого желудочка наблюдалась при правых ЭКГ в 318 (11%) случаев. Редко наблюдалось сочетание легочного зубца P и правого типа ЭКГ у больных туберкулёзом без ХОБЛ - у 56 (2%). Туберкулёз лёгких влиял на левое сердце умеренно, в основном при деструктивных процессах левого лёгкого, сопровождающихся фибрознополостными и цирротическими изменениями. Рубцовые изменения миокарда и постинфарктные аневризмы отмечены у 29 больных. При достижении эффекта в лечении (снятия син-

дрома интоксикации, положительной динамике в клинических показателях, рентгенологической картине) наблюдалось значительное улучшение всех электрокардиографических показателей: нормализовался ритм, повышался суммарный вольтаж зубцов R и T. исчезла перегрузка правых отделов сердца и другие патологические изменения электрокардиограммы.

Заключение. При туберкулёзе органов дыхания на ЭКГ относительно часто наблюдались отклонения от нормы. Чаще всего они проявлялись нарушениями ритма и проводимости. Правограмма встречалась существенно чаще.

изменений на ЭКГ возрастала с увеличением распространенности туберкулёзного процесса, таких как обширные инфильтраты, диссеминированные и прогрессирующие деструктивные процессы. В свою очередь, на фоне положительной динамики в течение туберкулёза при его эффективном лечении наблюдалось значительное улучшение показателей ЭКГ. Таким образом, ЭКГ помогает более полно оценить состояние больного туберкулёзом, а также своевременно назначать и проводить коррекцию в лечении патологии сердечно-сосудистой системы, что в свою очередь значительно улучшит прогноз и исход туберкулёзного процесса.

Литература

1. чем левограмма. Степень выраженности Белоусова Н.С., Беликова А.Я. // Материалы IX съезда фтизиатров России, «Туберкулёз и болезни лёгких», 2011 г
2. Окорочков А.Н. «Дифференциальная диагностика внутренних болезней» М.2005 г.
3. Мурашко В.В. «Электрокардиография» М.1987 г.
4. Фогельсон Л.И., Незлин В.Е., Карпай С.Е. Нарушения метаболизма миокарда при хронических интоксикациях. Материалы IX съезда фтизиатров России, «Туберкулёз и болезни лёгких», 2011 г
5. Зудбинов Ю.И. «Азбука ЭКГ и Боли в сердце». Ростов-на-Дону, Изд «Феникс», 2006 г.

Худаибеганов М.Р.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Проблема нозокомиальных инфекций (НИ) актуальна для здравоохранения всего мира в связи с высоким уровнем заболеваемости и летальности, а также значительным социально экономическим ущербом, причиняемым ими. НИ развиваются у 20-30% госпитализированных больных. Летальность при различных нозологических формах колеблется от 3,5 до 60 [1,2,3,4,5,6].

Следует отметить, что из-за полиэтиологичности НИ до настоящего времени отсутствуют достаточно эффективные меры профилактики, способные ограничить эпидемический процесс, снизить заболеваемость этими инфекциями и смертность от них, что подчеркивает необходимость изучения этой патологии и выявления эпидемической ситуации по этим инфекциям с учетом распространенности их в лечебно-профилактических учреждениях [6,7,8].

Проблема нозокомиальных инфекций не потеряла своей актуальности из-за высокой заболеваемости и летальности, увеличения длительности нахождения больных в отделениях реанимации и интенсивной терапии и соответственно высокой стоимости их лечения, грудностей при выделении возбудителя, отсутствия четких диагностических критериев и т.[1,4,5,7].

В среднем частота НИ составляет 5-10 случаев заболевания на 1000 госпитализированных пациентов, однако у больных, находящихся на искусственной вентиляции легких, этот показатель возрастает в 20 раз и более. Летальность при ГП несмотря на достижения в антимикробной химиотерапии, сегодня составляет 33-71% [8,9. 10. 17].

ГП значительно увеличивают срок пребывания больных в стационарах. По данным американских авторов [Martone W. et al., 1992], ущерб от таких пневмоний в год составляет от 5 до 10 млрд. долларов США. Таким образом, ГП - это не только медицинская, но и серьезная экономическая проблема [8,9,10].

Предрасположенность пациента или риск развития у него ГП связаны с наличием внутренних и внешних факторов риска. Среди факторов, влияющих на развитие госпитальной инфекции, большинство специалистов в области инфекционного контроля первое место, в настоящее время, отводят широкому использованию антибактериальных препаратов в стационарах, шаблонному бесконтрольному применению антибиотиков в амбулаторных условиях[7, 8,14,15].

По оценкам зарубежных специалистов приблизительно 25-30% госпитализированных пациентов получают системные антибиотики. Каждый большой класс микроорганизмов демонстрирует в настоящее время способность к развитию резистентности к одному или нескольким широко используемым антибиотикам. Использование антимикробных средств ведет к селекции резистентных