

PSEUDOTUBERCULOSIS IN HUMAN*G.P. Somov,¹ Isaak Salmover,² V.P. Maliy³*Institute of epidemiology and microbiology SD RAMN, Vladivostok,¹ Jerusalem,² Kharkov medical academy of postgraduate education³**SUMMARY**

The pseudotuberculous infection contamination is widespread everywhere, clinic is characterized by a considerable polymorphism. More often disease shows representative (94,3 %) flow with a lesion of different organs and systems. The pseudotuberculosis called by serovar III of *Y. pseudotuberculosis*, flows past roughly as contrasted to by forms called by serovar I of the agent.

KEYWORDS: pseudotuberculosis, clinic, classification, diagnostic

УДК 616.1

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ДИФТЕРИЙНЫМ МИОКАРДИТОМ*Н.Ф. Шустваль, В.П. Малый, А.К. Полукчи, Д.Э. Рыспаева, В.М.Дмитренко*

Харьковская медицинская академия последипломного образования

РЕЗЮМЕ

У 146 больных дифтерийным миокардитом изучены в динамике электрокардиографические изменения. Наиболее часто при этом выявлялись синусовая брадикардия у 48,7%, синусовая тахикардия у 32,3%, предсердная экстрасистолия у 23,5%, желудочковая экстрасистолия у 38,7%, предсердная пароксизмальная тахикардия у 9%, желудочковая пароксизмальная тахикардия у 5%, атриовентрикулярная блокада I степени – у 19%, II степени – у 8,5%, III степени – у 5,4%, блокада правой ножки пучка Гиса – у 13,2%, левой ножки – у 22,6% больных. Блокада левой ножки пучка Гиса сопровождалась кардиомегалией со значительными нарушениями гемодинамики. Электрокардиографическое исследование является достаточно информативным методом в диагностике осложнений со стороны сердечной мышцы у больных дифтерией.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дифтерийный миокардит, диагностика, электрокардиография

Изучение закономерностей течения значительно распространенной в последние годы дифтерийной инфекции показало, что она нередко сопровождается тяжелыми осложнениями со стороны сердечно-сосудистой системы, в частности миокардита, который заметно ухудшает течение и прогноз дифтерии [1, 2, 3]. Тяжелые сердечно-сосудистые нарушения, приводящие к смерти больного, связаны с токсическим поражением сердечной мышцы и развитием в ней воспалительных и дегенеративных изменений [1,6], которые могут оказывать существенное влияние на динамику процессов деполяризации и реполяризации миокарда. Учитывая значимость и актуальность возникшей проблемы, а также принимая во внимание, что закономерности изменений сердечно-сосудистой системы при дифтерии у взрослых из-за редкости заболевания в предыдущие годы детально не анализировались, представлялось целесообразным провести комплексное изучение клинко-электрокардиографических изменений у больных острым дифтерийным миокардитом в зависимости от степени тяжести заболевания.

В исследование были включены 146 больных дифтерийным миокардитом (66 мужчин и 80 женщин, в возрасте от 16 до 69

лет). Диагноз дифтерийного миокардита формировался на основании критериев Нью-Йоркской ассоциации сердца (1980). Тяжесть течения миокардита определялась исходя из принятых клинко-инструментальных критериев [5]. В зависимости от тяжести течения миокардита были выделены три группы больных: первая группа с легким течением (37 больных), вторая со среднетяжелым течением (49 больных), третья с тяжелым течением (60 больных).

Всем больным наряду с общеклиническими методами обследования регистрировали в динамике электрокардиограммы (ЭКГ) в 12-ти стандартных отведениях. У обследованных детально анализировались жалобы, данные анамнеза, объективного и электрокардиографического исследования, а также клинко-биохимические показатели крови.

Ведущими симптомами дифтерийного миокардита были:

- а) сердечная недостаточность;
- б) сосудистая недостаточность;
- в) нарушения ритма и проводимости;
- г) болевой (коронарный) синдром;
- д) псевдоклапанные проявления;
- е) малосимптомный вариант;
- ж) смешанный вариант.

В связи с тем, что дифтерийный миокардит может протекать с минимальными клиническими проявлениями большое значение в его выявлении имеют инструментальные методы исследования, главным образом электрокардиография. Это относится в первую очередь к миокардитам со стертой клинической картиной (бессимптомный и малосимптомный варианты). Изменения электрической активности сердца могут быть кратковременными или более стойкими. При этом даже существенные изменения ЭКГ могут иметь тенденцию к спонтанному восстановлению, особенно в начальный период заболевания. Нередко изменения ЭКГ, прослеженные в динамике, являются единственным достоверным признаком поражения миокарда.

С миокардитом могут быть связаны изменения процессов деполяризации, реполяризации предсердий и желудочков, различные расстройства ритма и проводимости. Изменения в миокарде диффузного характера регистрируются у 64% больных, очаговоподобные – у 16%. Необходимо иметь в виду, что в ряде наблюдений, даже при диффузных или обширных миокардитах, данные ЭКГ могут быть в норме или незначительно изменены.

При анализе ЭКГ установлено, что наиболее рано претерпевает изменения зубец Т в виде его уплощения и трансформацией в двухфазный или отрицательный. Сегмент S-T у 38% больных оставался на изолинии, у 52,8% больных смещался ниже изолинии на 1,5-3 мм, у 9,7% был дугообразно смещен кверху от изолинии на 1,5-2 мм и переходил в отрицательный, заостренный или двухфазный зубец Т. При миоперикардитах наблюдалось конкордантное смещение сегмента S-T в I, II и III стандартных, AVL, AVF, V1-6 отведениях.

Комплекс QRS при миокардитах с легким и среднетяжелым течением меняется мало. У больных с тяжелым миокардитом отмечается снижение вольтажа комплекса QRS, уширение, зазубривание или расщепление его зубцов, формирование комплекса Q-S, блокад ножек пучка Гиса.

Нарушение ритма сердца наблюдались часто, причем нередко имело место сложное нарушение ритма и проводимости. Стойкая синусовая тахикардия выявлена у 32,3% больных, синусовая брадикардия – у 48,7%. В 6 случаях наблюдалась миграция источника автоматизма по предсердиям. Предсердная экстрасистолия зарегистрирована у 23,5% больных, желудочковая экстрасистолия – у 38,7%; нередко экстрасистолы имели характер R на T, у некоторых больных они

были политопными или групповыми, аллоритмия по типу бигеминии и тригеминии. Мерцательная аритмия определена у 18% обследованных, трепетание предсердий – у 5%. Пароксизмы предсердной тахикардии наблюдались у 9% больных, пароксизмы желудочковой тахикардии – у 5%.

Атриовентрикулярная блокада I степени выявлена у 19% больных, II степени – у 8,5%, III степени – у 5,4%. Блокада правой ножки пучка Гиса была у 13,2%, левой ножки – у 22,6% больных. Блокада левой ножки пучка Гиса сопровождалась, как правило, кардиомегалией со значительными проявлениями недостаточности кровообращения.

Отмечено более легкое клиническое течение дифтерийного миокардита у больных с наджелудочковыми экстрасистолами, в то время как желудочковые, особенно политопные, экстрасистолы чаще выявлялись у больных с кардиомегалией и сопровождалась выраженной сердечной недостаточностью.

Мерцание и трепетание предсердий возникают главным образом у лиц страдавших ранее заболеваниями сердца (пороки сердца, алкогольная, диабетическая, атеросклеротическая миокардиопатии, гипертоническое сердце и др.).

Миокардиты могут вызывать стойкие отклонения на ЭКГ в течение 2-4, иногда 6-12 месяцев; изменения, обусловленные постмиокардитическим кардиосклерозом, необратимы.

Для интерпретации электрокардиографических изменений у больных дифтерией следует иметь в виду, что они могут быть связаны с рядом причин, обусловленных инфекционным процессом, а не миокардитом как таковым – нервными влияниями, биохимическими отклонениями (ацидоз, алкалоз, электролитные нарушения), фармакологическим действием лекарств. Изменения ЭКГ при миокардитах неспецифичны и не всегда являются неоспоримым доказательством диагноза, поэтому их необходимо интерпретировать с учетом клинико-биохимических, бактериологических и иммунологических данных.

В заключение важно отметить, что для легкой формы дифтерийного миокардита характерны очаговые поражения миокарда, малая выраженность клинических проявлений, нормальные границы сердца, отсутствие недостаточности кровообращения, благоприятное течение, преходящие электрокардиографические изменения, которые сохраняются до 1-1,5 месяца.

Среднетяжелая форма миокардита про-

являється кардіомегалією, відсутністю застойної недостаточності кровообігу, вираженістю клінічних даних, по даним ЕКГ багатоочаговим характером ураження міокарда з порушеннями автоматизма, збудимості і провідності серця. ЕКГ зміни зберігаються в теченні 1,5-3 місяців, а в деяких випадках і більш тривале час.

Для важкої форми міокардиту характерне важке течення, кардіомегалія,

вираженість всіх клінічних проявів, прогресуюча недостаточність кровообігу, по даним ЕКГ дифузне ураження міокарда з порушеннями автоматизма, збудимості і провідності серця. Електрокардіографічні зміни зберігаються від 3-6 до 12 місяців.

Електрокардіографічне дослідження є достатньо інформативним методом в діагностиці ускладнень з боку серцевої м'язи у хворих дифтерією.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амосова Е.Н., Ткаченко Л.А., Дуда А.К. //Український кардіологічний журнал 1997. №4. С. 48-52.
2. Анікін В.О. // Кардіологія. 1998. №8. С. 50-52.
3. Возіанова Ж.И., Дуда А.К., Амосова Е.Н. // Вречебне дело. 1999. №4. С. 22-27.
4. Турьянов М.Х., Беляева Н.М., Царгородцев А.Д. Дифтерія. -М.: 1996. 252 с.
5. Шульдяков А.А., Зайцев И.А., Цена Ю.С. Сб. научных трудов. Махачкала. 1996. С. 78-80.
6. Юшук Н.Д., Филиппов П.Г. // Тер. арх. 1997. №11. С.10-14.

ЕЛЕКТРОКАРДИОГРАФІЧНІ ЗМІНИ У ХВОРИХ ГОСТРИМ ДИФТЕРІЙНИМ МІОКАРДИТОМ

Н.Ф. Шустваль, В.П. Малій, О.К. Полукчі, Д.Э. Риспаєва, В.М. Дмитренко
Харківська медична академія післядипломної освіти

РЕЗЮМЕ

У 146 хворих дифтерією міокардитом вивчені в динаміці електрокардіографічні зміни. Найбільше часто при цьому виявлялися синусова брадикардія в 48,7%, синусова тахікардія в 32,3%, предсердна екстрасистоля в 23,5%, желудочкова екстрасистоля в 38,7%, предсердна пароксизмальна тахікардія в 9%, желудочкова пароксизмальна тахікардія в 5%, аtriоventрикулярна блокада I ступеня – у 19%, II ступеня – у 8,5%, III ступеня – у 5,4%, блокада правої ніжки пучка Гіса – у 13,2%, лівої ніжки – у 22,6% хворих. Блокада лівої ніжки пучка Гіса супроводжувалася кардіомегалією зі значними порушеннями гемодинаміки. Електрокардіографічне дослідження є досить інформативним методом у діагностиці ускладнень з боку серцевого м'язу в хворих дифтерією.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: дифтерієвий міокардит, діагностика, електрокардіографія

ELECTROCARDIOGRAPHY CHANGES IN PATIENTS WITH ACUTE DIPHTEHERIC MYOCARDITIS

N.F. Shystval, V.P. Maliy, A.K. Polykchi, D.E. Ryspaeva, V.M. Dmitrenko
Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education

SUMMARY

Electrocardiography changes in dynamics in 146 patients with diphtheritic myocarditis have been studied. The most often pathology was: sinus bradycardia for 48,7 %, sinus tachycardia for 32,3 %, atrial extrasystolia for 23,5 %, ventricular extrasystolia for 38,7 %, atrial Bouveret's disease for 9 %, ventricular Bouveret's disease for 5 %, atrioventricular blockage I degree - for 19 %, II degree - for 8,5 %, III degree - for 5,4 %, blockage of a dextral leg of a ventriculonector - for 13,2 %, left-hand leg - for 22,6 %. The blockage of the left-hand leg of a ventriculonector was accompanied by a cardiomegaly with considerable violations of hemodynamics. Electrocardiography investigation is a quite informative method in diagnostic of complications on the part of a cardiac muscle in patients with diphtheria.

KEYWORDS: diphtheric myocarditis, diagnostic, electrocardiography