

У большинства больных данные анализа спинномозговой жидкости укладывались в типичные для туберкулезного менингита сдвиги. Наблюдались некоторые отличия состава ликвора у больных, лечившихся в последнее пятилетие. Ксантохромное окрашивание жидкости встретилось только у 3 больных, опалесценция — у 2, у остальных ликвор был прозрачным. Клеточные элементы у больных, лечившихся пункционным методом, чаще были в пределах 1000/3, преобладали лимфоциты, количество белка достигало 2%. Число клеточных элементов в ликворе 3 больных, которых лечили беспункционным методом, в последние 3 года превышало 2000/3, количество белка в этих же порциях превышало 2%; мы не могли выделить особенностей течения туберкулезного менингита у этих больных, нарушения циркуляции спинномозговой жидкости; не было и резкого повышения внутричерепного давления. При первичной пункции, проведенной в стационаре, паутинообразная пленка не была определена в ликворе 2 больных. У всех 56 больных выявлено умеренное снижение хлоридов и сахара в ликворе. Микобактерии туберкулеза в ликворе обнаружены у 7 больных.

Следует отметить, что у больных, поступивших после 1960 г., изменения гемограммы были менее выражены, чем до этого. При сочетанных поражениях мозговых оболочек с легочным и внелегочным туберкулезом определялся умеренный лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг и лимфопения.

Для выздоровевших средний срок пребывания в стационаре равнялся 8 месяцам при минимуме в 4 месяца и максимуме в 14 месяцев.

Продолжительность пребывания больных с летальным исходом была равна 3—44 дням. 2 из 14 умерших находились в стационаре 7 месяцев, туберкулезный менингит протекал у них на фоне прогрессирующего легочного процесса.

Наилучшие результаты лечения больных были достигнуты в 1966, 1967 и 1968 гг., когда все поступившие в стационар больные выздоровели, и остаточные изменения были наименьшими. Больные, лечившиеся в этот период, от момента поступления до выписки из стационара непрерывно получали стрептомицин (до 120,0), ГИНК (до 300,0) и ПАСК (до 1700,0) с включением гормонотерапии и всего комплекса лечения больных туберкулезным менингитом.

Применение туберкулостатической терапии значительно повлияло на исходы туберкулезного менингита. Если в доантибактериальный период смертность больных приближалась к 100%, в настоящее время, при своевременной диагностике и правильном лечении, она должна быть в дальнейшем сведена к нулю.

Исходы лечения таковы: за 1947—1949 гг. поступило 7 больных, все они погибли (в этот период туберкулостатическая терапия еще не применялась); с 1950 по 1960 г. в стационаре находилось 24 больных, умерло из них 5. В этот период туберкулостатическая терапия применялась короткими курсами с введением стрептомицина эндолумбально; с 1961 по 1969 г. в стационар поступило 25 больных, умерло 2. Все больные получали комплексное лечение с включением туберкулостатической терапии, и только 2 больным стрептомицин вводили эндолумбально (при поздней диагностике и безуспешном лечении в первые дни после поступления).

Наш сравнительно малочисленный материал не мог подтвердить указываемой многими авторами сезонности заболевания туберкулезным менингитом, не удалось выявить и уменьшения частоты рвоты у больных более старшего возраста. Невыясненной остается и причина более высокого клеточного сдвига у больных, лечение которых проводилось беспункционным методом; не было обнаружено особенностей течения или нарушения циркуляции спинномозговой жидкости.

В последние годы результаты лечения больных туберкулезным менингитом улучшились, хотя еще наблюдаются и летальные исходы, особенно если менингит протекает на фоне прогрессирующего легочного туберкулеза.

Знакомство врачей общей лечебной сети с ранними проявлениями туберкулезного менингита, с особенностями его течения в настоящий период позволит своевременно выявлять это грозное заболевание и более эффективно проводить лечение.

УДК 616.12—007.2—616—073.7

ВЕКТОРКАРДИОГРАММА ПРИ АОРТАЛЬНЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА

В. В. Осипов

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. — проф. С. В. Шестаков) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова

Для выяснения ценности ВКГ в дифференциальной диагностике аортальных пороков нами было обследовано 80 больных приобретенными пороками сердца (42 женщины и 38 мужчин в возрасте от 17 до 60 лет).

У 35 из них преобладала недостаточность полулунных клапанов аорты в сочетанном аортальном или аортально-митральном пороках (1-я группа) и у 45 — сужение устья аорты в указанных пороках (2-я группа). У всех больных пороки сердца были ревматической этиологии.

ВКГ регистрировали векторкардиографом ВЭК-01 (чувствительность аппарата — $1 \text{ мв} = 20 \text{ мм}$, диапазон частот — от 0 до 250 гц) по методике И. Т. Акулиничева. ЭКГ снимали в 10 отведениях (3 стандартных, avF , 6 грудных). Кроме того, проводили полное клиническое обследование (фонокардиографию, электрокимографию, поликардиографию, верхушечную кардиографию, рентгеноскопию грудной клетки).

Анализ ВКГ обеих групп показал, прежде всего, увеличение площади петли QRS у 30 из 35 больных 1-й гр. и у 38 из 45 больных 2-й гр.

У больных с преобладанием недостаточности полулунных клапанов площадь петли QRS колебалась от 6 до $35,5 \text{ см}^2$, составляя в среднем $10,4 \pm 0,99 \text{ см}^2$.

У больных со стенозом устья аорты площадь петли QRS в среднем равнялась $9,7 \text{ см}^2$, а у 1 достигала $32,5 \text{ см}^2$. Максимальный вектор QRS был увеличен (3—8 мв) у 32 больных недостаточностью аортальных клапанов. На ВКГ 37 больных 2-й гр. максимальный вектор QRS колебался от 3 до $6,8 \text{ мв}$, т. е. также был увеличен.

Петля QRS ВКГ у 54 из 80 больных была довольно длинной, относительно узкой. Максимальный вектор QRS у этих больных был направлен влево и назад и в ряде случаев достигал $100\text{--}160 \text{ мм}$, а в среднем равнялся $84,6 \pm 0,99 \text{ мм}$ (рис. 1). На ВКГ 43 больных дуга центростремительного колена петли QRS была выпячена назад и влево.

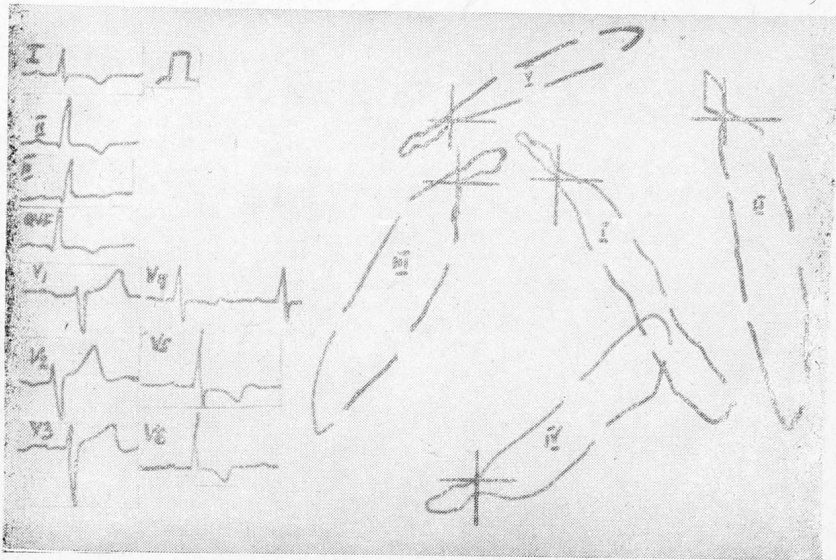


Рис. 1.

У 4 больных площадь петли QRS не превышала 5 см^2 , а максимальный вектор QRS колебался от $1,3$ до 2 мв . На ЭКГ этих же больных амплитуда зубца Rv_6 была выше, чем $\text{Rv}_4\text{--}5$, но не превышала нормы. Интервал S — T был несколько ниже изоэлектрической линии, а зубец T был двухфазным (— +).

На 21 ВКГ петля QRS_I записывалась по часовой стрелке, у 25 больных петля QRS_V записывалась против часовой стрелки. Во II, III и IV проекциях направление записи изменялось не часто.

Незамкнутость петли QRS наблюдалась у 63 из 80 больных. Дискордантность петли T по отношению к петле QRS определялась у 65 больных, что проявлялось в увеличении угла между максимальными векторами QRS и T ($75\text{--}177^\circ$). На ЭКГ этих же больных интервал S — T ниже изоэлектрической линии и отрицательный или двухфазный зубец T был зарегистрирован у 55 больных, а у 10 интервал S — T был на изоэлектрической линии и зубец T положительный. У 10 больных была увеличена площадь петли QRS до $30,2 \text{ см}^2$, угол расхождения между максимальными векторами QRS и T колебался от 40 до 70° , отмечалось незамыкание петли QRS, в то время как на ЭКГ не было данных, которые бы свидетельствовали о выраженной гипертрофии левого желудочка (рис. 2). Петля T на ВКГ 48 больных была увеличена и удлинена, максимальный вектор иногда достигал 22 мм .

Величина площади петли QRS соответствует увеличению ЭДС миокарда. Л. И. Фогельсон указывает, что величина ЭДС пропорциональна массе сердечной мышцы. При

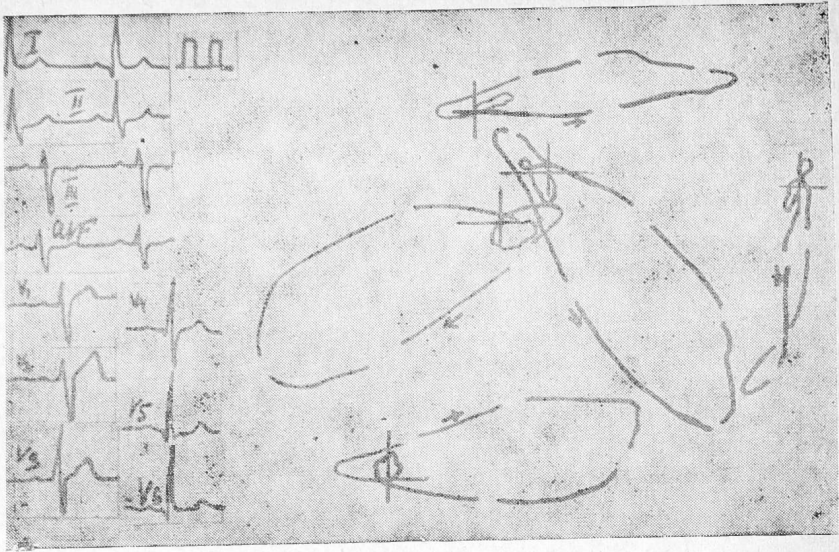


Рис. 2.

стенозе устья аорты или недостаточности аортальных клапанов развивается гипертрофия левого желудочка, что в свою очередь приводит к увеличению ЭДС миокарда и, следовательно, к увеличению векторов, отражающих повышенные электрические потенциалы гипертрофированных мышечных волокон. Чем обширнее гипертрофированный отдел сердца, тем больше площадь петли QRS.

В. С. Гасилин отмечает, что на поражение полулунных клапанов аорты указывает значительное увеличение и уширение петли QRS ВКГ вследствие гипертрофии левого желудочка при малоизмененных формах и пространственном расположении петлей QRS и образование выпуклой дуги центростремительного ее колена, ориентированной назад и влево, характерными особенностями ВКГ при гипертрофии левого желудочка, что подтверждается и нашими данными. По М. И. Кечкер, у больных с хронической сердечной недостаточностью II или III ст. площадь петли QRS ВКГ не превышала $5,2 \text{ см}^2$. У части наших больных с площадью петли QRS до 5 см^2 была хроническая сердечная недостаточность I ст., и такая небольшая площадь петли QRS, очевидно, связана с развившимся кардиосклерозом, что привело к уменьшению ЭДС миокарда.

Запись петли QRS по часовой стрелке в I проекции и против часовой стрелки в V проекции, удлиненная петля QRS при гипертрофии левого желудочка [5] являются характерной чертой порока клапанов аорты. Данные наших исследований соответствуют вышеуказанному.

М. Б. Тартаковский считает, что незамкнутость петли QRS наблюдается у здоровых лиц только в I и III проекциях, тогда как при развитии гипертрофии левого желудочка она может встретиться во всех проекциях. У части больных при незамкнутой петле QRS ЭКГ-метод в обычных отведениях не выявил снижения сегмента S—T. Следовательно, на ВКГ признаки нарушения реполяризации могут обнаруживаться раньше, чем на ЭКГ, на что указывали Вольф и соавт., Венгер, М. И. Кечкер, М. Б. Тартаковский, В. Г. Попов и В. И. Маколкин. Изменение положения петли T встречается почти одинаково часто как при сужении аортального отверстия, так и при недостаточности полулунных клапанов аорты, что приводит к увеличению угла между максимальными векторами QRS и T.

ВЫВОДЫ

1. На поражение полулунных клапанов аорты и устья аорты указывает значительное увеличение площади петли QRS ВКГ вследствие гипертрофии левого желудочка.
2. При пороке клапанов аорты довольно часто наблюдается выбухание центростремительного колена петли QRS влево и назад.
3. Наиболее характерным для аортальных пороков, кроме увеличения площади петли QRS, является незамыкание петли QRS и увеличение угла расхождения между максимальными векторами QRS и T.

4. ВКГ чаще, чем ЭКГ, способствует диагностике гипертрофии левого желудочка, особенно на ранних стадиях ее развития, но не дает достоверной информации для дифференциальной диагностики недостаточности полудунных клапанов аорты и стеноза устья аорты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акулиничев И. Т. Практические вопросы векторкардиоскопии. Медгиз, 1960.—
2. Гасилин В. С. В кн.: Тр. Куйбышевского мед. ин-та, т. 20, 1962; Векторкардиография. Куйбышев, 1963.—3. Гасилин В. С. и Миронова Ю. П. Клин. мед., 1960, 6.—
4. Кечкер М. И. Там же, 1960, 6; Тер. арх., 1962, 10.—5. Кечкер М. И. и Шургай Ш. И. Клин. мед., 1958, 8.—6. Кянджунцева Э. А., Маколкин В. И. Там же, 1960, 6.—7. Попов В. Г. и Маколкин В. И. Кардиология, 1969, 6.—8. Тартаковский М. Б. Однополюсная электрокардиография. Медгиз, Л., 1958; Основы клинической векторкардиографии. Медицина, Л., 1964; Тер. арх., 1960, 7.—9. Фогельсон Л. И. Клиническая электрокардиография. Медгиз, М., 1957.—10. Wengler R. Klinische Vectorcardiographie. Darmstadt, 1956.—11. Wolff L., Richman J. L., Soffe A. M. Amer. Heart J., 1954, 47, 2, 161—173.

УДК 616.24—002—616.24—002.5

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПНЕВМОНИИ И ТУБЕРКУЛЕЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Б. Д. Гиршов, И. Л. Баркан

Противотуберкулезное объединение № 6 Ленинского района г. Ленинграда (главврач — В. Н. Рижинашвили)

Необходимость дифференциации пневмонии и туберкулеза легких в практической работе врача встречается довольно часто. В последние годы диагностика этих заболеваний стала более трудной. Это связано с тем, что различие в клиническом течении пневмонии и туберкулеза сгладилось. С одной стороны, участились случаи вяло текущих пневмоний, с другой — увеличилось число лиц с малыми формами туберкулеза. Образованию затяжных и хронических форм пневмоний способствует ряд факторов, из которых главными являются изменение микрофлоры и беспорядочный прием антибиотиков. Установлено, что наиболее частыми возбудителями пневмоний в настоящее время являются стафилококк и стрептококк, а не пневмококк.

На нашем материале у 92% больных пневмониями выявлена устойчивость к одному или нескольким наиболее часто употребляемым антибиотикам (пенициллин, стрептомицин, биомидин, тетрациклин).

Раннее применение антибиотиков приводит к неравномерности развертывания воспалительного процесса. Вследствие этого рентгенологическая картина пневмонии становится нетипичной, что создает дополнительные диагностические затруднения.

Атипичность клинической картины туберкулеза связана, по-видимому, с изменением реактивности организма под влиянием вакцинации и ревакцинации БЦЖ; иной стала и структура выявляемых больных благодаря массовым осмотрам по раннему выявлению.

Сближение клинико-рентгенологической картины пневмоний и туберкулеза ведет к ошибкам в диагностике, а следовательно, к зачислению больных с атипичным течением пневмоний в группу туберкулезных больных и назначению им ненужного и дорогостоящего лечения.

Особые трудности возникают при заболевании неспецифической пневмонией больных со старым туберкулезом легких. В этих случаях необходимо исключить обострение туберкулезного процесса.

Мы поставили перед собой задачу выяснить, что является наиболее важным при проведении дифференциальной диагностики пневмоний и туберкулеза в таких трудных случаях. В этом отношении наш материал представляет определенный интерес, так как у подавляющего числа больных с пневмониями при направлении в стационар подозревался туберкулез легких. Подозрение основывалось на следующем: 1) затяжное течение болезни, несмотря на лечение антибиотиками; 2) верхнедолевая локализация процесса; 3) бессимптомное течение болезни, выявляемое при профилактической флюорографии.

Для сравнительной оценки клинического течения пневмоний и туберкулеза мы подвергли анализу 252 больных, находившихся на обследовании и лечении в стационаре тубообъединения Ленинского района Ленинграда. У 104 больных были пневмонии и у 148 — впервые выявленный очаговый и инфильтративный туберкулез легких. Больных с пневмониями в возрасте до 30 лет было 29, от 30 до 50 лет — 21 и старше — 44; больных с туберкулезом — соответственно 74, 53 и 21 чел.

Клиническое течение. Для пневмоний характерно острое начало с высокой температурой и значительным количеством жалоб (60,5%); у туберкулезных больных