

*Мойдунова Н.К., Адамбекова А.Д.*

## РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПЕРИКАРДИТА

*N.K. Moidunova, A.D. Adambekova*

### THE ROLE OF ULTRASOUND IN THE DIAGNOSIS OF TUBERCULOUS PERICARDITIS

УДК:616.11-002-073.43

*Эпидемиологическая ситуация с внелегочными формами туберкулеза остается напряженной. При экссудативном перикардите информативно использование рентгенологического и ультразвукового исследования.*

**Ключевые слова:** туберкулез, внелегочной туберкулез, туберкулезный перикардит.

*On the current stage, epidemiological situation on extra-pulmonary tuberculosis still remains concerning. Usage of the ultrasonic investigation for diagnosis of pericarditis is informative.*

**Key words:** tuberculosis, extra-pulmonary tuberculosis, pericarditis.

**Введение.** В последние годы распространенность внелегочных форм туберкулеза растет, причем это наблюдается повсеместно. Очень информативно при экссудативном перикардите рентгенологическое и ультразвуковое исследование.

**Цель исследования** – определить роль и место ультразвукового исследования в диагностике туберкулезного перикардита.

#### **Материалы и методы**

С января 2007 г. по август 2010 г. в Национальном Центре Фтизиатрии Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики было обследовано 224 пациентов туберкулезом органов дыхания. Патология перикарда при комплексном обследовании выявлена у 17 (7,5% общего количества больных), из них у 6 был диагностирован туберкулезный перикардит (35%). С 2007 г. у больных туберкулезом легких отмечена тенденция роста числа перикардитов: 2007 г. - 3,9%, 2008 г. - 5,4%, 2009 г. - 7,6%.

Перикардит туберкулезной этиологии наблюдался при первичном туберкулезе в 1 (16,6%) и при вторичных его формах в 5 (83,4%) случаях. При первичном туберкулезе течение перикардита имело острый характер: в 4 случаях (67%) был сухой и в 2 случаях (33%) - экссудативный перикардит. При вторичных формах туберкулеза клиническое течение перикардита имело хронический характер: в 4 случаях (80%) экссудативный и 1 (2%) конструктивный перикардит.

При первичном туберкулезе перикардит, исходящий из лимфофеллезистого компонента первичного комплекса, возникал в случае прогрессирования течения процесса в период генерализации. Перикардит поражался преимущественно лимфогенным путем, причем в генезе перикардита имел значение не только инфекционный, но и аллергический фактор

(поражение серозных оболочек по типу полисерозита).

При вторичных формах туберкулеза перикардит развивался как токсико-аллергический (серозно-фибринозный или серозный) в большинстве случаев в период экссудативно-казеозного обострения процесса. У больных с эмпиемой плевры поражение перикарда происходило контактным путем.

Основными методами лучевой диагностики перикардита были ультразвуковые и рентгенологические.

#### **Результаты исследований**

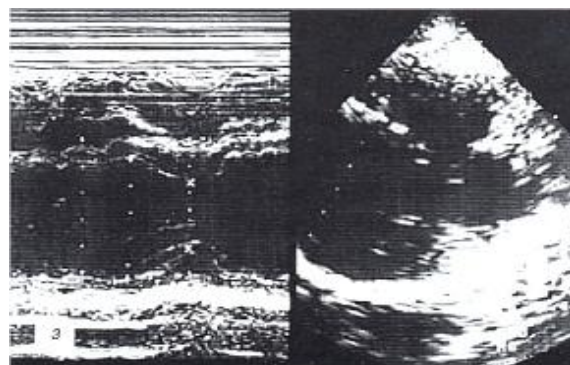
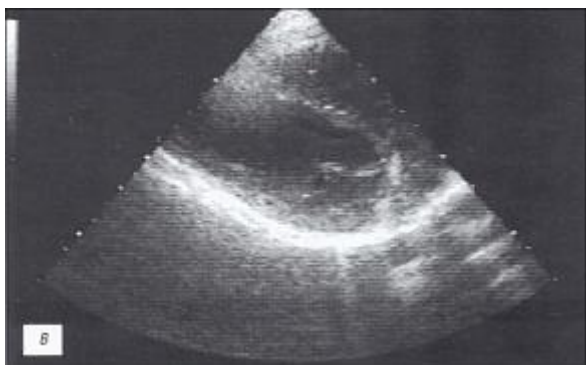
Анализ результатов показал, что каждый случай туберкулезного перикардита представляет большие диагностические трудности, особенно если туберкулезное поражение ограничивается только перикардом, а выпот остается малым.

Так, у больного К., 35 лет, мужчина имелись явления острого сухого перикардита на фоне туберкулезом периферических и внутригрудных лимфатических узлов. Мужчина лет находился на амбулаторном лечении в консультационном отделении в течение 2-х месяцев. В последние 2 дня появились жалобы на тупую, давящую боль в области сердца, усиливающуюся на вдохе и при движении; одышку. При обследовании выявлен систоло-диастолический, не связанный с тонами сердца, шум трения перикарда, который выслушивался во втором и четвертом межреберье слева. Границы относительной сердечной тупости не изменены.

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено, корни структурны, тень сердца была не изменена.

Данные электрокардиограммы (ЭКГ) также оказались малоинформативными. Так определялись только умеренно выраженные диффузные изменения миокарда левого желудочка (зубец Т был уплощен и сглажен во всех отведениях).

При эхокардиографическом исследовании были выявлены гиперэхогенные включения на внутренних поверхностях листков перикарда, отсутствие эхонегативного пространства за передней стенкой правого желудочка, за задней стенкой левого желудочка и верхушкой; параллельное переднезаднее движение листков перикарда; нарушение диастолической функции миокарда левого желудочка.



Иммуноферментный анализ крови дал слабоположительную реакцию, а по результатам НСТ-теста (по модификации М.П. Грачевой, 1986) получены данные об активном специфическом воспалении.

Таким образом, по данным ЭХОКГ исследования больному был поставлен диагноз острого сухого перикардита с наличием скрытой сердечной недостаточности.

В другом случае, у пациента С., 47 лет были обнаружены следующие признаки перикардита туберкулезной этиологии. Мужчина поступил в отделение с жалобами на нарастание одышки, сердцебиение, давящие боли в области сердца. Лицо одутловатое, кожные покровы бледные, определялось набухание шейных вен. Из анамнеза было известно, что больной находился на лечении в противотуберкулезном диспансере в течение 3-х недель и направлен в клинику для уточнения диагноза и лечения.

Обзорная рентгенограмма органов грудной полости больного отражает классические признаки экссудативного перикардита: все размеры сердечной тени увеличены до очень значительных, контуры ее закруглены в форме "графина", тень сосудов укорочена, наблюдается ателектаз нижней доли левого легкого (симптом Эверта).

При экссудативном перикардите на ЭКГ отмечено тотальное снижение вольтажа комплексов QRS во всех отведениях, перегрузка предсердий, аритмия (желудочковая экстрасистола), однако эти признаки не являются специфическими.

При ЭХОКГ исследовании выявлено 1,5 л жидкости в полости перикарда (рис. г), отмечено уплотнение и утолщение листков перикарда до 8 мм, сепарация листков за передней стенкой правого желудочка до 26 мм и задней стенкой левого желудочка до 12 мм (рис. 2 д,е), наличие включений фибрина и тромбоцитов в перикардальной жидкости; присутствовали колабирование передней стенкой правого желудочка и передней стенки правого предсердия в диастолу, снижение систолической и нарушение диастолической функции миокарда правого и левого желудочков, регургитирующие потоки в нижней полой вене и печеночных венах.

При посеве плевральной жидкости выявлены микобактерии туберкулеза (++) при иммуноферментном анализе крови и по результатам НСТ-теста получены данные о специфическом воспалении.

Таким образом, диагноз острого экссудативного перикардита с признаками тампонады и выраженной сердечной недостаточности был поставлен по данным рентгенологического исследования, ЭХОКГ. Достаточно убедительными признаками перикардита туберкулезной этиологии явились кожные туберкулиновые пробы, а так же иммуноферментные анализы крови и плевральной жидкости.

Анализируя вышеприведенные клинические наблюдения, хотелось бы заметить, что из всего комплекса методов лучевых исследований - ведущим в диагностике перикардитов явился ультразвуковой. Нельзя не отметить, что тщательный анализ клинических данных, дополненный такими лучевыми, функциональными и лабораторными методами исследования, как рентгенография, ЭКГ, кардиоинтервалографическое исследование, кожные туберкулиновые пробы, иммуноферментные анализы крови и плевральной жидкости, позволил избежать серьезных диагностических ошибок и лишней раз подтвердил известный тезис отечественного клинициста проф. И. А. Кассирского: "Технике да, техницизму нет".

#### Заключение

Развитие медицины неразрывно связано с совершенствованием инструментальных методов функциональной, ультразвуковой и рентгенологической диагностики и углублением знаний по этим дисциплинам.

Однако правильное толкование инструментальных данных и получение общего представления о патологии невозможно без предварительного клинического и лабораторного обследования больного. Только в руках клинициста имеется возможность правильно оценить данные анамнеза, жалоб и объективного статуса в каждом конкретном случае, сопоставить с ними сведения, полученные с помощью инструментальных методов. Последние дают наиболее полную информацию о заболевании.

**Литература:**

1. Диагностика и лечение внутренних болезней / Под.ред. Е.Е. Гогина. М.: Медицина, 1991. Т. I. С. 383, 388-390.
2. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. Т. 5. М.: Видар, 1998.
3. Малая Л.Т. Диагностика и лечение болезней сердца и сосудов, обусловленных туберкулезом. Киев, 1969. С. 43.
4. Ратобильский Г. В., Овчинников В.И. Рентгенодиагностика перикардита у больных в терминальной стадии хронической почечной недостаточности с использованием компьютерной томографии и цветовой дешифровки//Терапевтический архив. Т. 61. 1989. N 6. С. 102-105.
5. Сумароков А.В., Моисеев В.С. Клиническая кардиология: Руководство для врачей. М., 1995. С.127.
6. Хоменко А.Г. Туберкулез: Руководство по внутренним болезням. М.: Медицина, 1996.
7. Фейгенбаум Х. Эхокардиография. М.: Видар, 1999.

**Рецензент: д.м.н. Китаев М.И.**

---