

дия III–IV ФК – 6,2%. Через 1 год после операции результаты ухудшились, отмечалось достоверное уменьшение числа больных без симптомов стенокардии с 74,6% до 48,8%, увеличение числа больных имеющих стенокардию I–II ФК с 18,7% до 38,3%, а также увеличение количества больных со стенокардией III–IV ФК с 6,3% до 13,2% ($p < 0.05$). Через год после операции не обнаружено достоверных различий в рецидиве стенокардии в зависимости от применяемого анастомоза. Через год при медикаментозном лечении только 4,5% ($p < 0.01$) не имели приступов стенокардии при привычной физической нагрузке и преобладали лица с тяжелыми функциональными классами стенокардии (III–IV ФК) – 77,2%. Годичная летальность в группе консервативного лечения была достоверно выше по сравнению с оперативным лечением – 9,6% и 0,9% ($p < 0.05$). В нашем исследовании обнаружено негативное влияние сахарного диабета, повышенного уровня общего холестерина, холестерина низкой плотности и аль-

фа-липопротеида на рецидив стенокардии в отдаленном периоде после коронарного шунтирования. При этом не выявлено негативного влияния повышенного уровня триглицеридов, липопротеидов высокой плотности, артериальной гипертензии на клинические проявления ИБС в отдаленном периоде после операции. Обнаружено негативное влияние повышенного уровня С-реактивного белка, как маркера системного воспаления, на частоту рецидива стенокардии после операции.

Выводы.

Несмотря на ухудшение результатов лечения через 1 год после операции, хирургическая реваскуляризация миокарда имеет существенные преимущества перед консервативным лечением пациентов с высоким функциональным классом стенокардии. Повышение уровня С-реактивного белка, как маркера системного воспаления является предиктором рецидива стенокардии после операции и ухудшает отдаленные результаты АКШ.

Seyidov V.G., Andryukov B.G., Zuikova I.V., Baranez A.I., Gorovaya N.N.

METABOLIC MARKERS OF RECURRENT ANGINA AFTER CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING IN CORONARY ARTERY DISEASE PATIENTS

FBU naval hospital clinical Pacific Fleet, Vladivostok, Russia.

Keywords: angina pectoris, coronary artery bypass surgery, coronary heart disease, C-reactive protein.

Сведения об авторе:

Сейидов Валерий Гамитович, доктор медицинских наук, ФГКУ «1477 военно-морской клинический госпиталь» МО РФ, заведующий кардиологическим отделением; 690005, Владивосток, ул. Ивановская, 4, ВМКГ ТОФ. Домашний адрес: 690062, Владивосток, Днепровский переулок, 2, кв. 101. д.т. (4232) 36-06-14, р.т. (4232) 998-222, факс: (423)246-77-47. E-mail: 998222@mail.ru

© Коллектив авторов, 2013 г.

УДК 616.11(075.9).

Симаков В.П., Щербакова Н.В., Валова Л.В., Толстоброва Г.В.

ТРАНСТОРАКАЛЬНАЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЯ, ДОППЛЕРОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИКАРДИТОВ В УСЛОВИЯХ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Консультативно-диагностическая поликлиника ФГКУ «1477 ВМКГ» МО РФ, г. Владивосток.

В статье предоставлены данные собственных наблюдений диагностики перикардитов в условиях отделения функциональной диагностики КДП ФГКУ «1477 ВМКГ» МО РФ за период 2007–2011 г. методами трансторакальной эхокардиографии, доплерографии, электрокардиографии. Делается вывод о диагностической ценности ультразвуковых методов исследования в диагностике перикардитов.

Ключевые слова: перикардит, ультразвуковая диагностика.

Актуальность. Перикардит-это воспаление соединительнотканной оболочки сердца, сопровождающееся отложением фибрина на листках перикарда и выпотом в полость перикарда воспалительного экссудата, которое чаще всего является осложнением перенесенной инфекции, различных заболеваний внутренних органов и их лечения.

В последние годы повышение интереса к проблеме некоронарогенных заболеваний сердца, в частности перикардитов, вызвано растущей распространённостью этой патологии, бурным развитием кардиохирургии, высокой частотой временной нетрудоспособности, определяющих социальную значимость этих заболеваний. История изучения

некоронарогенных заболеваний сердца насчитывает более 200 лет.

До внедрения ультразвуковой диагностики диагноз перикардита устанавливался только при отчётливых клинических проявлениях, характерных для наличия большего количества перикардальной жидкости, тампонады перикарда, констриктивного перикардита. Использование ультразвуковой диагностики позволило увидеть даже те 5-50 мл жидкости, которые находятся в перикардальном пространстве здоровых людей.

Доплерография является наиболее чувствительным неинвазивным методом выявления нарушений внутрисердечной гемодинамики, обусловленной скоплением патологического количества жидкости в полости перикарда.

Диагностика перикардитов проводится методами комплексного обследования, из которых ведущее место занимают методы функциональной диагностики.

Цель сообщения.

Анализ результатов обследования методами функциональной диагностики пациентов с синдромом патологического количества жидкости в полости перикарда в отделении функциональной диагностики (ОФД) консультативно-диагностической поликлиники (КДП) ФГКУ «1477 ВМКГ» МО РФ.

Материалы и методы.

Всего методами функциональной диагностики: электрокардиографией (ЭКГ), трансторакальной эхокардиографией (ТЭХОКГ), доплерэхокардиографией (доплер ЭХОКГ) в ОФД КДП ФГКУ «1477 ВМКГ» МО РФ за период 2007–2011 г. было выявлено 52 пациента с диагнозом перикардит в возрасте от 30 до 82 лет (средний возраст составил 51 г.), из них женщин – 16 (31%), мужчин – 36 (69%).

У 75% пациентов отмечались боли в области сердца, у 30% – одышка, у 12% – периферические отёки, у 2% – асцит. Продолжительность заболевания составила от месяца до 20 лет.

ЭКГ проводилась по стандартной методике (стандартные отведения по W.Einthouen, усиленные отведения от конечностей по E. Goldberger, грудные отведения по F. Wilson).

Электрокардиографические признаки синдрома патологического скопления жидкости в перикарде проявлялись в виде снижения вольтажа зубцов комплекса QRS и сглаженности, инверсии зубца Т в 68% случаев, нормальная ЭКГ в 18% случаев, элевация сегмента ST над изолинией и смещение сегмента PQ вверх в отведении aVR и его депрессия во II, Avf и в грудных отведениях в 14% случаев.

ТЭХОКГ проводилась в трёх проекциях (левой парастернальной по длинной и короткой оси, четырёхкамерных верхушечной и субкостальной) в В- и М-режимах, импульсвольновой и непре-

рывноволновой спектральной доплерографии на аппаратах «Vivid E», «Aloca 4000» секторным датчиком 2,5 МГц.

Расчет и оценка количества жидкости в полости перикарда проводился по формуле Teichgolc, по измерению расхождения листков перикарда (Рекомендации Американской ассоциации кардиологов), по измерению переднее-заднего размера перикарда.

Для оценки нарушений внутрисердечной гемодинамики применялась ДопплерЭХОКГ в непрерывноволновом и импульсном режимах.

Результаты и обсуждения.

Наибольший 34% (18 пациентов) удельный вес среди пациентов, с выявленным синдромом патологического количества жидкости в перикарде, составляют больные с перикардитами, вызванными медицинскими вмешательствами (коронарная ангиопластика, имплантация кардиостимулятора, протезирование клапанов сердца и др.).

Далее по распространённости заболевания выделяются инфекционные перикардиты – 19% (9 пациентов) бактериальной и вирусной природы, которые характеризуются наличием небольшого количества анэхогенного выпота в полости перикарда (до 200 мл), единичный случай исхода в хронический адгезивно-экссудативный перикардит (уплотнение, утолщение листков перикарда, наличие наложений фибрина на стенке правого желудочка, верхушке, стенке левого желудочка, наличие спаек в полости перикарда).

Далее следуют перикардиты, сопровождающие ишемическую болезнь сердца (постинфарктный кардиосклероз, фибрилляцию предсердий), являющихся проявлением декомпенсации хронической сердечной недостаточности – 19% (10 пациентов). Эхографически они представлены уплотнением листков перикарда, наличием незначительного эхо-негативного пространства за задней стенкой левого желудочка (до 8 мм).

А также пациенты с перикардитами, обусловленными системными аутоиммунными заболеваниями 10% (6 пациентов), обусловленные онкологическими заболеваниями – 6% (3 пациента), метаболическими нарушениями при эндокринной патологии – 10% (6 пациентов).

Наибольший интерес представляют перикардиты со значительным перикардальным выпотом (более 500 мл): в 2-х случаях это состояние связано с длительным течением нелеченной доброкачественной лимфомы (более 15 лет), в 1 случае – метастатическим перикардитом рака правой почки, в 2-х случаях появление значительного перикардального выпота связано с декомпенсацией сердечной деятельности при дилатационной кардиомиопатии, в 1 случае как проявление тяжёлого гипотиреоза в сочетании с беременностью и послеродовым периодом.

Эхокардиографическая картина этих состояний представлена уплотнением, утолщением листков перикарда, значительным перикардальным выпотом, в некоторых случаях - массивными наложениями фибрина на листках перикарда (опухолевые заболевания), синдромом «качающегося сердца» (опухолевые заболевания), расширением нижней полой и печёночных вен, нарушением внутрисердечной гемодинамики в виде патологической регургитации крови на атриовентрикулярных клапанах, нарушением диастолической функции миокарда желудочков.

Выводы.

1. Сочетание трансторакальной эхокардиографии с доплерографией является высокоинформативным, неинвазивным и общедоступным диагностическим методом раннего выявления синдрома «патологического количества жидкости в полости перикарда» на поликлиническом этапе обследования.

2. ТЭХОКГ и ДопплерЭХОКГ при динамическом обследовании позволяют следить за течением заболевания, таким образом влияя на выбор тактики лечения, оценивают исход заболевания.

3. Современное развитие кардиохирургии приводит к значительному увеличению ультразвуковых исследований сердца на поликлиническом этапе послеоперационного наблюдения перикардитов, связанных с медицинскими вмешательствами, так как данная методика является ведущей при обследовании этой патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Домницкая Т.М., Зотова А.С. Множественное абсцедирование клапанного аппарата сердца у больного с вторичным инфекционным эндокардитом // Кардиология. 2008. №7. С. 4–9.

2. Коваленко В.Н. Некоронарогенные болезни сердца. Практическое руководство, Киев, Морион, 2001.

3. Гиляревский С.Р. Диагностика и лечение заболеваний перикарда, современные подходы. М.: Медиа Сфера, 2004.

4. Новиков В.И., Маджидиан С., Новикова Т.Н. Бессимптомный перикардальный выпот у больных с ИБС на фоне синусового ритма и фибрилляции предсердий // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2007. №3. С. 54–57.

Simakov V.P., Shcherbakov N.V., Valova L.V., Tolstobrova G.V.

TRANSTHORACIC ECHOCARDIOGRAPHY, DOPPLER IN THE DIAGNOSIS OF PERICARDITIS IN THE ADVISORY DIAGNOSTIC POLYCLINICS

Consultative Diagnostic Clinic FGKU «1477 VMKG» the Defense Ministry, Vladivostok.

The article provided details of his own observations in the diagnosis of pericarditis conditions of separation of functional diagnostics KDP FGKU «VMKG 1477» Defense of the Russian Federation for the period 2007–2011, the methods of transthoracic echocardiography, Doppler ultrasound, electrocardiography. It is concluded that the diagnostic value of ultrasonic methods in the diagnosis of pericarditis.

Keywords: pericarditis, ultrasound diagnostics.

Сведения об авторах:

Симаков Валерий Павлович, заместитель заведующего КДП ФГКУ «1477 ВМКГ» МО РФ. Домашний адрес: г. Владивосток, ул. Русская, д. 111, кв. 113; e-mail: 908853@mail.ru

Щербакова Наталья Вадимовна, заведующий кабинетом УЗИ сердечно-сосудистой системы ОФД КДП ФГКУ «1477 ВМКГ» МО РФ. Домашний адрес: г. Владивосток, ул. Экипажная, д.41 кв.15. Тел. 89084536466; e-mail: 027nata027@bk.ru

Валова Лариса Саркисовна, заведующий ОФД КДП ФГКУ «1477 ВМКГ» МО РФ. Домашний адрес: г. Владивосток, ул. Светланская, 143, кв. 7. Домашний телефон 2 22 75 39.

Толстоброва Галина Васильевна, врач функциональной диагностики ОФД КДП ФГКУ «1477» ВМКГ МО РФ. Домашний адрес: г. Владивосток, ул. Толстого, 30, кв. 104; тел.: 2660654.

© Б.Г. Андрюков, Н.Ф. Тимченко, 2013 г.

УДК 519.6

*Андрюков Б.Г., Тимченко Н.Ф.

БАЗОВЫЕ МЕТОДЫ ОПИСАТЕЛЬНОЙ СТАТИСТИКИ В МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

ФГКУ «1477 Военно-морской клинический госпиталь МО РФ»;

ФГБУ «НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.П. Сомова» СО РАМН, г. Владивосток

Статистический анализ в микробиологии, как и в других медико-биологических исследованиях, не является самоцелью, а необходимым инструментом для описания и интерпретации полученных данных,