

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

В.В. Кочмашева, В.В. Базарный

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИКАРДИТОВ НА СРЕДНЕМ УРАЛЕ

Уральская государственная медицинская академия, ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1»

Последние десятилетия явились периодом накопления в медицинской литературе обширной информации по проблеме перикардитов [1,8]. Однако современные данные по заболеваемости перикардитами и их особенностям в Свердловской области отсутствуют. Между тем подобные сведения необходимы для разработки системы оказания медицинской помощи пациентам с данной патологией. Это и определило актуальность данного исследования.

Материалы и методы

В работе проведен анализ клинико-лабораторных данных 195 больных перикардитом (99 мужчин, 96 женщин; средний возраст – $46,3 \pm 4,8$ года), обследовавшихся и получавших консервативную терапию с 1995 по 2005 годы в кардиологических отделениях ГУЗ «СОКБ №1» (зав. отделением А.И. Иофин) и МУЗ «ЦГБ № 7» г. Екатеринбурга (зав. отделением Е.С. Барац). Изучение распространенности перикардита в Свердловской области проведено с использованием статистического материала, предоставленного ГОУЗ «Медицинский информационно-вычислительный центр» МЗ Свердловской области (директор А.А. Лутков). Из исследования были исключены пациенты с постперикардитомными, уремическими перикардитами с обычным течением и поражениями перикарда при установленной ранее онкологической патологии.

Диагноз перикардита основывался на стандартных критериях Европейского общества кардиологов [5, 6].

Инструментальные методы исследования включали стандартную ЭКГ, трансторакальную ЭхоКГ, при необходимости – другие исследования. Трансторакальная ЭхоКГ (Toshiba SSA-270A, Vivid-7, Ultramark-9-MDI) выполнялась по стандартной методике, согласно рекомендациям по стандартизации эхокардиографических исследований Американской ассоциации эхокардиографистов [7].

Комплекс лабораторных тестов включал общеклинический анализ крови (Cell Duple 1700, Abbot); содержание С-реактивного белка (СРБ полуколичественный латекс-тест, «Олвекс»), сывороточных иммуноглобулинов, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) и фагоцитарную активность в тесте восстановления нитросинего тетразола (НСТ-тест) [2]. Для подтверждения диагноза инфекционного перикардита использовали бактериологические исследования (ВаСТ/ALERT ©SA и ВаСТ/ALERT ©SN (Biomerieux inc, Франция), полимеразную цепную реакцию и гетерогенный твердофазный иммуноферментный анализ. Исследования проводились в лабо-

раторном отделении ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница №1» (зав. В.В. Беспалова).

Контрольную группу составили 30 практически здоровых доноров, которые по поло-возрастным характеристикам не отличались от основной группы.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием общепринятых параметрических и непараметрических методов статистического анализа (Statistica 6). Для сравнения величин при их нормальном распределении использовали критерии Стьюдента, для величин, распределение которых значительно отличалось от нормального, – непараметрический критерий Манна – Уитни [3].

Результаты исследования и их обсуждение

Перикардит относится к заболеваниям, распространенность которых до последнего времени оставалась малоизученной по целому ряду причин, что ограничивает организацию системы медицинской помощи данной категории пациентов. Распространенность перикардитов среди детей была нами оценена по результатам диспансеризации детского населения Свердловской области в 2002 году. Она составила 4,3 на 10 000 и 0,08% от общего числа болезней системы кровообращения у детей. Смертность от перикардита взрослых жителей Свердловской области в период 2002-2005гг. составила 0,005-0,007 на 100 000 населения. Среди умерших преобладали мужчины трудоспособного возраста. Показатели смертности от перикардита населения Свердловской области сопоставимы с таковыми при заболеваниях крови и кроветворных органов.

Мы провели сравнительный анализ этиологического спектра перикардитов согласно Маргбургскому регистру (таблица 1). Наиболее частыми причинами заболевания в нашем регионе были вирусные и бактериальные агенты.

Среди бактериальных факторов обращает внимание высокая доля туберкулезного поражения перикарда, составившая 39% (32 наблюдения из 82) от всех инфекционных перикардитов и 16,4% от всей изучаемой группы. Существенное влияние туберкулезной инфекции на этиологическую структуру перикардитов у жителей Свердловской области вызвано неблагоприятной эпидемиологической обстановкой [1].

Другой многочисленной этиологической группой являются травматические перикардиты. В Маргбургском регистре заболеваемость травмами перикарда характеризуется как низкая, в нашем исследовании травматические поражения перикарда составили 14,4% от всей группы перикардитов и 41,8% от числа неинфекционных перикардитов. Травма перикарда вызвала хронический перикардит в 82,1% наблюдений в виде отдаленной перикардиальной реакции на травму, имеющей черты аутоиммунного процесса, и в виде субклинически протекающего адгезивного перикардита с исходом в констриктивный процесс. Перикардиты, вызванные сочетанием этиологических факторов, найдены в 48 наблюдениях, составивших более четверти случаев хронического перикардита (25,4%).

Таблица 1

Этиологическая характеристика перикардита

Этиология	Данные Маргбургского регистра, %	Свердловская область, %
I. Инфекционные перикардиты	30-50	21,0
1. Вирусный	5-10	20,0
2. Бактериальный (в т.ч. туберкулезный)	Низкая заболеваемость	1
3. Грибковые и паразитарные		
Всего:	35-60	42,0
II. Неинфекционные перикардиты	58,10	34,4
III. Идиопатический перикардит	3,5-50	23,6

Таблица 2

Сердечная недостаточность у больных перикардитом (по классификации NYHA)

Класс	Количество больных	%
I	18	9,2
II	86	44,1
III	62	31,8
IV	29	14,9

Таблица 3

Толщина листков перикарда в зависимости от характера течения процесса

Течение	n	Толщина перикарда, мм	Толщина эпикарда, мм	Разница по толщине перикарда и эпикарда, мм
Острое	3	2,50 ± 0,76	2,40 ± 0,54	0,38 ± 0,25
Подострое	11	5,02 ± 1,62	6,18 ± 1,34	1,01 ± 0,67*
Хроническое	32	5,46 ± 0,97	6,82 ± 1,12	2,18 ± 0,54*

Таблица 4

Показатели крови у больных перикардитом

Показатель (единицы измерения)	Контроль	Перикардит
Лейкоциты, ($\times 10^9/l$)	5,50 ± 0,35	6,92 ± 0,15
СОЭ, мм/час	12,15 ± 2,05	24,38 ± 1,02 *
Общий белок, г/л	71,30 ± 0,85	68,46 ± 0,49
С-РБ, мг/л	6,50 ± 4,70	42,48 ± 13,24 *
НСТ-тест, %	15,40 ± 3,50	28,00 ± 1,57
Иммуноглобулин А, г/л	2,05 ± 0,50	2,28 ± 0,14
Иммуноглобулин М, г/л	1,30 ± 0,09	1,44 ± 0,07
Иммуноглобулин G, г/л	11,85 ± 0,95	10,76 ± 0,45
ЦИК	98,15 ± 9,50	110,47 ± 7,01

* - $p < 0,05$ в сравнении с контрольной группой.

Существование группы идиопатических перикардитов свидетельствует о недостатках наших знаний по проблеме перикардита.

Таким образом, этиологическая структура рассмотренной группы перикардитов отличается от Маргбургского регистра перикардитов, отражая местные особенности причин заболевания сердечной сорочки: большая доля туберкулезных перикардитов среди инфекционных и травматических среди неинфекционных заболеваний перикарда.

Клинико-морфологические формы перикардитов распределились следующим образом: сухой – 1,5%, экссудативный – 39%, адгезивный – 32,8%, экссудативно-адгезивный – 26,7%.

Клиническая симптоматика сдавления сердца, проявляющаяся признаками сердечной недостаточности,

была выражена в различной степени независимо от этиологии. Тяжесть сердечной недостаточности зависела от характера течения и клинкоморфологического варианта заболевания. Выраженность признаков сердечной недостаточности у больных перикардитом (таблица 2) отражает существенное снижение качества жизни пациентов, страдающих перикардитом. Только у 9,2% отсутствовали ограничения физической активности. Большинство пациентов испытывало либо незначительное (44,1%), либо заметное (31,8%) ограничение физической активности. Существенную группу (14,9%) составили больные, имевшие симптомы сердечной недостаточности в покое и не способные выполнять какую-либо нагрузку. Почти все – пациенты IV класса и нуждались

в оперативном лечении с целью устранения констрикции сердца.

ЭхоКГ-исследование больных перикардитом в нашем наблюдении проводилось с целью оценки толщины перикардиальных листов. У пациентов с интактными листками сердечной сорочки перикард имел толщину от 1,5 до 1,9 мм, эпикард задней стенки от 1,3 до 2,0 мм. Таким образом, толщина неизменных перикардиальных листов не превышала 2 мм, и разница между их толщинами ни у одного пациента не была существенной. В группе больных перикардитом как перикард, так и эпикард были статистически достоверно утолщены ($p < 0,00001$) по сравнению со здоровыми пациентами (таблица 3). Толщина перикарда у разных больных колебалась от 3,5 до 13,1 мм, эпикарда – от 5,8 до 16,2 мм. Но во всех случаях толщина эпикарда каждого больного превышала толщину его перикарда. Разность толщин перикардиальных листов в группе больных колебалась от 1,2 до 3,1 мм.

В целом, в нашем исследовании мы не выявили зависимости клинико-морфологического варианта перикардита и характера его течения от этиологии заболевания.

Согласно Рекомендациям Европейского общества кардиологов по диагностике и лечению перикардитов предлагается использовать две группы показателей крови, одна из которых относится к маркерам воспаления (лейкоциты, СОЭ, С-РБ и др.), а другая характеризует повреждение (тропонин, МВ-фракция КФК и др.). В данной работе нами сделан акцент на анализе лабораторных показателей активности воспалительного процесса.

Как нами установлено, средние значения большинства показателей у больных с перикардитами не отличались от нормы. Исключение составили СОЭ, С-РБ, НСТ-тест (таблица 4). Наиболее выраженные сдвиги данных параметров имели больные с перикардитами герпетической и цитомегаловирусной этиологии. Кроме того, у части пациентов был повышен уровень ЦИК: до $275,36 \pm 16,64$ ($p < 0,001$) у больных инфекционными перикардитами (туберкулезным и вирусным) и при перикардите, протекавшем на фоне ревматоидного артрита. Высокие показатели ЦИК, как правило, сопровождали подострое или хроническое течение перикардита с выраженными клиническими проявлениями в дебюте заболевания и тяжелом течении во время рецидивов.

Анализ результатов исследования общего анализа крови, иммунного статуса и острофазовых реактантов у больных перикардитом не выявил статистически значимых различий между перикардитами различных этиологических групп – инфекционными, неинфекционными, идиопатическими и сочетанной этиологии. Отсутствие статистически значимых различий в анализах крови объясняется тем, что каждая из этиологических групп объединяет заболевания, имеющие сходный патогенез, но различающиеся по степени выраженности воспалительной реакции. Полученные результаты подтвердили отсутствие зависимости формирования хронического перикардита от вызвавшей его причины.

Заключение

Особенности структуры этиологических факторов перикардита у жителей Свердловской области заключаются в большой доле туберкулезных перикардитов среди инфекционных и травматических – среди неинфекционных причин.

Диагностируемое при ЭхоКГ-исследовании утолщение перикарда является результатом суммарного отражения ультразвука от тканей, включающих воспаленный перикард, инфильтрированные и отечные слои жировой клетчатки и субэпикардиальные слои миокарда. Измерение толщин листов перикарда по задней стенке сердца при ЭхоКГ позволяет диагностировать продуктивное воспаление при перикардите. Развитие констриктивного перикардита проявляется преобладающим утолщением эпикарда в сравнении с перикардом, при этом разность толщин колеблется в пределах от 1,2 до 3,1 мм. Лабораторные показатели крови при перикардитах достаточно неспецифичны и отражают активность системного воспалительного ответа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нечаева О.Б., Скачкова Е.И., Подымова А.С. // Проблемы туберкулеза и болезней лёгких. - 2005. - №5. - С.16-18.
2. Оценка иммунного статуса человека при массовых обследованиях: Методические рекомендации для научных работников и врачей практического здравоохранения / Р.В. Петров, Р.М. Хантов, Б.В. Пинегин, И.В. Орадовская, О.Ф. Еремина, М.З. Саидов; Институт иммунологии Минздрава РФ // Иммунология. – 1992. – № 6 – С.51-62.
3. Сергисенко В.И. Математическая статистика в клинических исследованиях [Текст] / В.И. Сергисенко, И.Б. Бондарева. – М.: Гэотар-мед., 2001. – 256 с.
4. Шевченко Ю.Л. Перикардит. Лечение, диагностика, профилактика [Текст] / Ю.Л. Шевченко. – СПб. Наука, 1999. – 192 с.
5. Guidelines on the diagnosis and management of pericardial diseases. Executive summary [Text] / B. Maisch, P.M. Severovic, A.D. Ristic, R. Erbel, R. Rcinmuller, Y. Adler, W.Z. Tomkowsky, G. Thiene, M.H. Yacoub // Rev. Esp. Cardiol. – 2004. – V. 57, N 11 – P. 1090-1114.
6. Guidelines on the diagnosis and management of pericardial disease executive summary; The Task force on the diagnosis and management of pericardial disease European society of cardiology [Text] / B. Maisch, P.M. Severovic, A.D. Ristic, R. Erbel, R. Rienmuller, V. Adler, W.Z. Tomkowsky, G. Thiene, M.N. Yacobs // Eur. Heart J. - 2004. - V. 25, N 7 – P. 587-561.
7. Recommendations for quantitation of the left ventricle by two-dimensional echocardiography American Society of Echocardiography Committee on Quantitation on Standarts Subcommittee on Two-Dimensional Echocardiograms [Text] / N.B. Schiller, P.M. Shan, M. Grawford, a. De Maria, R. Devereux, H. Feigenbaum, H.Gutgesell, N. Reichk, D. Sahn, I. Schnittqer // J. Am. Soc. Echocardiogr. – 1989. – N 2 – P.358.
8. Zanettini M.T., Zanettini J.O., Zanettini J.P. // Arg. Bras. Cardiol. 2004. – V. 82, N 4 – P.360-369.