СОПОСТАВЛЕНИЕ АВТОМАТИЧЕСКОГО И ВРАЧЕБНОГО ЗАКЛЮЧЕНИЙ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИСТЕМЫ ИНТЕРНЕТ-ЭКГ

Тимофеев Е.В., Абдалиева Ч.А., Земцовский Э.В.
ФГБОУВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава РФ, Санкт-Петербург, Россия
darrieux@mail.ru

В настоящее время активно развиваются системы автоматического анализа ЭКГ, в том числе с использованием облачных технологий и хранением записей на удаленных серверах. Широко используются такие системы в стационарах и поликлиниках, а также для самоконтроля пациентами. Корректность автоматического анализа при выявлении нарушений ритма и морфологии предсердно-желудочкового комплекса освещена в литературе недостаточно.

Цель. Сопоставление результатов автоматического и врачебного заключений ЭКГ.

Материалы и Методы. Исследование проведено на базе городской поликлиники Санкт-Петербурга, выполнено 8863 записи ЭКГ с применением («Кардиометр», «МИКАРД-ЛАНА», Санкт-Петербург). Оценивались чувствительность (Ч) и специфичность (С) автоматического заключения.

Результаты. Основные ЭКГ-синдромы, выявленные у обследованных пациентов: синусовый ритм (Ч 99%, С 80%), фибрилляция / трепетание предсердий (Ч 93%, С 99%), наджелудочковые экстрасистолы (Ч 94%, С 98%), желудочковые экстрасистолы (Ч 94%, С 98%), АВ-блокада I степени (Ч 94%, С 98%), полная блокада правой ножки пучка Гиса (Ч 96%, С 99%), полная блокада левой ножки пучка Гиса (Ч 92%, С 99%), гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ, Ч 75%, С 76%), нарушения процессов реполяризации (Ч 80%, С 91%), очаговые изменения ЭКГ разной степени давности — острые, подострые, рубцовые (Ч 84%; С 99%).

Выводы.

1. Результаты сопоставления ЭКГ заключений по анализу сердечного ритма и выявлению очаговых изменений ЭКГ показали удовлетворительные С и Ч автоматического анализатора.
2. Несколько хуже автоматическое заключение совпадало с врачебным по выявлению ГЛЖ и нарушений процессов реполяризации, что связано с субъективизмом врачей в оценке этих состояний, большим числом диагностических критериев и различной трактовкой этих изменений в зависимости от клинической ситуации.

МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ПУНКЦИОННОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ

Авхименко В.А., Соколов С.А.
Сибирский федеральный научно-клинический центр ФМБА России, Северск

Практически все врачи ультразвуковой диагностики знакомы со способом тонкоигольной пункционной аспирационной биопсия (ПАБ) поверхностно расположенных органов под ультразвуковым контролем. Вероятность получения достоверного ответа составляет в различных клиниках от 4% до 20-30%. При проведении ПАБ выделено три сложности исполнения процедуры: 1. Определение точности хода пункционной иглы для забора материала. 2. Определение наиболее выгодного места для забора пункционного материала при пункции. 3. Регистрация достаточности по количеству забранного при ПАБ материала. В центральном руководстве по ультразвуковой диагностике от 2014 г. доктор Ма О. Дж утверждает, что при проведении контролируемых ультразвуком процедур визуализация иглы имеет первостепенное значение. Несмотря на кажущееся попадание инструмента в зону распространения ультразвукового пучка, визуализация иногда может быть на удивление трудной. Состав мягких тканей, тип иглы, ее диаметр, степень наклона, движение инструмента и угол, под которым распространяются ультразвуковые лучи — все это влияет на визуализацию.

Цель исследования: упрощение процедуры ПАБ с определением места забора клеточного материала для гистологического исследования, уточненный доступ к зоне забора материала, определение достаточности количества забранного для анализа материала в ходе проведения процедуры пункции.

Способ ПАБ осуществляется нами по стандартной схеме под контролем УЗИ методом «свободной руки» в В-режиме. Предлагаемым способом была проведена аспирационная биопсия под УЗ-контролем у 19 больных с очаговыми поражениями молочных желез. В практике стандартный способ ПАБ является относительно сложной по исполнению процедурой именно в определении момента регистрации движущегося конца пункционной