

Анализ ассоциаций факторов риска и тяжести COVID-19 в исследуемой группе пациентов проведен как унивариантным, так и мультивариантным регрессионным анализом с учетом возраста и пола. Оценка отдельных факторов риска позволила выявить статистически значимую связь тяжелого течения COVID-19 с возрастом, наличием сахарного диабета 2 типа в анамнезе, уровнем триглицеридов, окружностью талии (табл. 2).

Заключение. Более тяжелое течение перенесенной коронавирусной инфекции встречалось в 4,9 раза чаще при уровне ТГ более 150 мг/дл (1,7 ммоль/л), ОТ ≥ 102 см у мужчин и ≥ 88 см у женщин, наличии сахарного диабета.

Финансирование. Работа проведена при поддержке стипендии президента РФ СП-2974. 2022.4.

Литература

1. WHO. Country & Technical Guidance – Coronavirus disease (COVID-19). URL: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/>

2. Каштанова Е.В., Шахтштейн Е.В., Кручинина М.В., Логвиненко И.И., Стрюкова Е.В., Рагино Ю.И. Биохимические, молекулярно-генетические и клинические аспекты COVID-2019. *Бюллетень сибирской медицины*, 2021; 20 (1): 147–157. doi: 10.20538/1682-0363-2021-1-147-157
3. Ciceri F., Castagna A., Rovere-Querini P., de Cobelli F., Ruggeri A., Galli L., Conte C., de Lorenzo R., Poli A., Ambrosio A., Signorelli C., Bossi E., Fazio M., Tresoldi C., Colombo S., Monti G., Fominский E., Franchini S., Spessot M., Martinenghi C., Carlucci M., Beretta L., Scandroglio A.M., Clementi M., Locatelli M., Tresoldi M., Scarpellini P., Martino G., Bosi E., Dagna L., Lazzarin A., Landoni G., Zangrillo A. Early predictors of clinical outcomes of COVID-19 outbreak in Milan, Italy. *Clin. Immunol.*, 2020; 217: 108509. doi: 10.1016/j.clim.2020.108509
4. Zhou F., Yu T., Du R., Fan G., Liu Y., Liu Z., Xiang J., Wang Y., Song B., Gu X., Guan L., Wei Y., Li H., Wu X., Xu J., Tu S., Zhang Y., Chen H., Cao B. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*, 2020; 395 (10229): 1054–1062. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30566-3

DOI 10.52727/2078-256X-2022-18-3-280-281

Клинико-гемодинамические особенности и частота осложнений у пациентов с инфарктом миокарда без обструктивного поражения коронарных артерий

И.Н. Суспицына, И.А. Сукманова

КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», г. Барнаул, Россия

В основе развития инфаркта миокарда (ИМ) чаще лежит атеросклеротическое поражение коронарного русла, тем не менее у части лиц с подтвержденным ИМ по данным коронароангиографии выявляются стенозы коронарных артерий (КА) менее 50 %. Клинико-гемодинамические особенности течения заболевания у пациентов с ИМ без обструктивного поражения КА остаются недостаточно изученными в настоящее время и переставляют интерес для современной кардиологии.

Материал и методы. Проанализировано 7930 историй болезни пациентов с подтвержденным ИМ. В исследование включены 158 человек без обструктивного поражения КА по данным коронароангиографии (ИМ типа MINOCA – основная группа) и 150 лиц с ИМ и обструктивным поражением коронарного русла (группа сравнения). У всех пациентов оценивались анамнез, показатели углеводного, липидного обмена, уровень тропонина, проводилась ЭхоКГ, коронароангиография, ЭКГ.

Результаты. Частота встречаемости ИМ типа MINOCA в целом соответствует общемировым данным – 1,9 %. Пациенты с ИМ и обструктивным поражением коронарного русла были старше лиц основной группы ($58,9 \pm 0,63$ и $55,2 \pm 1,1$ года соответственно, $p = 0,003$). ИМ с подъемом сегмента ST (ИМпST) диагностирован чаще у пациентов с обструктивным поражением КА ($p = 0,009$). ИМ с формированием зубца Q также подтвержден у большей части пациентов с обструктивным поражением КА – 103 (69 %), тогда как в группе без обструктивного коронарного атеросклероза больных с Q-ИМ было значительно меньше – 53 (34 %) ($p = 0,000$). Уровень тропонина I при поступлении у пациентов основной группы составил $0,88 \pm 0,14$ нг/мл, в динамике – $5,67 \pm 0,9$ нг/мл; в группе сравнения – соответственно $2,95 \pm 0,36$ нг/мл ($p = 0,000$) и $17,7 \pm 1,6$ нг/мл ($p = 0,000$). Фракция выброса левого желудочка (ЛЖ) в основной группе была $61,1 \pm 0,8$ %, у пациентов с обструктивным поражением КА –

56,2 ± 0,7 % ($p = 0,000$). При этом у статистически значимого большинства пациентов с ИМ и обструктивным поражением КА выявлено 3 и более зоны гипокинезов ЛЖ ($p = 0,000$). У 32 (20,3 %) пациентов основной группы и 47 (31,3 %) группы сравнения ($p = 0,026$) течение заболевания осложнилось нарушениями ритма сердца. Острая сердечная недостаточность диагностирована у 20 (12,7 %) больных с ИМ без обструктивного поражения КА, в группе сравнения — у 57 (38 %) ($p < 0,001$). Острая сердечная недостаточность (ОСН) стадии Killip II выявлена у 14 (9 %) пациентов основной группы, Killip III — у 5 (3 %), кардиогенный шок диагностирован у одного (0,6 %) больного. В группе сравнения пациентов с ОСН было значительно больше: кардиогенный шок выявлен у 8 (5,3 %) ($p = 0,042$) пациентов, отек легких у 15 (10 %) ($p = 0,037$), ОСН на стадии Killip II — у 34 (22,7 %) ($p = 0,0003$). Постинфарктную стенокардию чаще имели пациенты с ИМ и обструктивным атеросклерозом — 40 (26,7 %),

в основной группе — 9 (5,7 %) ($p < 0,001$). Течение заболевания осложнилось формированием острой аневризмы ЛЖ у 11 (6,96 %) пациентов основной группы и у 28 (18,7 %) лиц группы сравнения ($p = 0,002$).

Заключение. Частота встречаемости ИМ без обструктивного поражения составляет 1,9 % случаев. Пациенты с ИМ без обструктивного поражения оказались моложе больных с обструктивным атеросклерозом, у них реже диагностирован ИМпST, ИМ с зубцом Q. У больных с обструктивным поражением оказалось более высоким содержание тропонина I при поступлении и в динамике. Уровень ФВ ЛЖ был сохраненным в обеих группах с более низким показателем у пациентов группы сравнения. Наиболее частыми осложнениями у пациентов с ИМ без обструктивного поражения коронарных артерий были острая сердечная недостаточность (12,7 %), аневризма левого желудочка (6,69 %) и нарушения ритма сердца (20,3 %).

DOI 10.52727/2078-256X-2022-18-3-281-282

Телемедицинские консультации при остром коронарном синдроме: опыт работы центра в Алтайском крае

И.Н. Суспицына, И.А. Сукманова

КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», г. Барнаул, Россия

Заболевания сердечно-сосудистой системы остаются в числе самых распространенных и занимают лидирующее место в общей статистике смертности как в нашей стране в целом, так и в Алтайском крае в частности. С целью увеличения доступности высококвалифицированной узкоспециализированной помощи пациентам нашего региона в Алтайском краевом кардиологическом диспансере (АККД) используют телемедицинские технологии.

Материал и методы. В целях совершенствования медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС) с декабря 2018 г. на базе АККД начал свою работу консультативно-диагностический центр. За это время установлены правила взаимодействия медицинских организаций при оказании помощи пациентам с ОКС, определена схема прикрепления районов края к сосудистым центрам и межрайонным кардиологическим отделениям, разработан алгоритм ведения пациентов с ОКС без подъема и с подъемом сегмента ST на догоспитальном и госпитальном этапах. Кроме того, с 2020 г. все бригады скорой медицинской помощи Алтайского края оснащены устройствами

для записи и дистанционной передачи кардиограммы — кардиометрами, которые автоматически передают ЭКГ на сервер АККД, где в режиме 24/7 работают врачи-консультанты.

Результаты. Уже за первый год работы консультативного центра количество переданных электрокардиограмм и проведенных консультаций выросло практически в 3 раза (с 4295 до 12434 ЭКГ и с 5012 до 14 217 консультаций). Увеличился поток пациентов, переведенных в стационары третьего уровня, на 876 человек (с 1932 до 2808). Соответственно снизился процент непрофильной госпитализации пациентов с ОКС с 13,8 до 5,4 %. Благодаря согласованной работе врачей-консультантов и бригад скорой медицинской помощи увеличилось число пациентов с ОКС, госпитализированных напрямую (без госпитализации в ЦРБ) в стационары третьего уровня (с 63 до 117). Увеличилось и число проведенных тромболитических терапий (ТЛТ) для лиц с ОКС с подъемом сегмента ST на 43,5 % (с 579 до 825), прежде всего за счет увеличения догоспитальной ТЛТ (на 57,5 %; с 306 до 475). Повысилось количество выполненных первичных чрескожных коронарных