

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

вмешательств (ЧКВ) для пациентов со всеми типами ОКС до 69,9 % (с 906 до 1180 случаев). Для пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST выросло число как фармакоинвазивных стратегий (ТЛТ с последующей ЧКВ) — с 30 до 35 %, так и проведенных первичных ЧКВ — на 480 случаев, до 93,1 % (с 1285 до 1765 лиц). Учитывая все вышеперечисленное, закономерно получены данные о снижении летальности у пациентов с инфарктом миокарда (для стационаров всех уровней с 12,3 до 10 %, для стационаров третьего уровня — с 6,2 до 4,4 %).

Заключение. Благодаря работе консультативного центра, прежде всего, увеличилось число

переданных ЭКГ и проконсультированных пациентов; возросло количество пациентов с ОКС, которые госпитализируются в стационары третьего уровня, минуя районные больницы. Также прослеживается динамика по увеличению числа как первичных ЧКВ для пациентов с ОКС, так и ТЛТ (в первую очередь догоспитальных), что является особенно актуальным для жителей отдаленных регионов края. Следовательно, количество лиц с ОКС в Алтайском крае, которым оказывается высокотехнологичная помощь, увеличивается, а значит, повышается доступность медицинской помощи.

DOI 10.52727/2078-256X-2022-18-3-282-283

Маркеры иммунного воспаления у бессимптомных лиц с атеросклерозом: оценка прогностического значения

А.А. Тарасов, А.Р. Бабаева

*ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»,
г. Волгоград, Россия*

Целью исследования являлась разработка алгоритма стратификации 5-летнего риска неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (ОКС, фатальный и нефатальный ИМ, мозговой инсульт, развитие фибрилляции предсердий) у лиц с подтвержденным инструментальными методами бессимптомным атеросклерозом (БАС), не имеющих сопутствующих ССЗ и не страдающих СД, на основе анализа традиционных факторов риска и маркеров иммунного воспаления.

Материал и методы. Под наблюдением находились 114 лиц с БАС. Исходно оценивались традиционные факторы риска (пол, возраст, индекс курения, уровень общего холестерина, уровень САД, наличие абдоминального ожирения (АО) и уровень вч-СРБ) и при помощи ИФА определялись циркулирующие маркеры иммунного воспаления (ИЛ-1 β , ФНО- α , ИЛ-6, суммарных антител к коллагену I и III типа, антител к сульфатированным гликозаминогликанам (сГАГ) и к гиалуроновой кислоте (ГК)). При помощи кластерного анализа определялся вклад традиционных факторов риска и маркеров иммунного воспаления в достижение большими конечными точками (ОКС, фатальный и нефатальный ИМ, мозговой инсульт, развитие фибрилляции предсердий) с последующим определением при помощи ROC-анализа наиболее эффективных показателей, вычислением дискриминационного значения и построением прогностической модели на основе профиля

традиционных ФР с включением в данную модель показателей циркулирующих маркеров ЭД и иммунного воспаления в качестве дополнительных реклассификаторов. Для сравнительной оценки эффективности использовались такие показатели, как RR, CI, HR и NNT.

Результаты. По результатам кластерного анализа при БАС наибольший вклад в развитие неблагоприятных сердечно-сосудистых событий вносили такие классические факторы риска, как возраст, индекс курения (ИК) и абдоминальное ожирение; среди циркулирующих маркеров ЭД и иммунного воспаления — уровни ИЛ-1 β , суммарных антител к коллагену I и III типов, антител к сГАГ и ГК. По результатам ROC-анализа все классические факторы риска подтвердили свою эффективность (возраст с дискриминационным значением 57 лет, индекс курения с дискриминационным значением 15 пачколет и наличие абдоминального ожирения). Среди маркеров ЭД и иммунного воспаления эффективность подтвердили уровни аутоантител к ГК (дискриминант 1,82 U), суммарных антител к коллагену I и III типов (дискриминант 0,23 мкг/мл), сывороточная концентрация антител к сГАГ (дискриминант 1,7 U) и уровень ИЛ-1 β (дискриминант 66 пг/мл). Нами установлено, что при БАС возраст старше 57 лет ассоциирован с 2,5-кратным (RR 2,53) увеличением 5-летнего риска неблагоприятных сосудистых событий при NNT 7,9; ИК более 15 пачколет — с 3,5-кратным (RR 3,50) достоверным увеличе-