

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-

нием риска при NNT 5,6, а наличие АО — с более чем 6-кратным (RR 6,92) увеличением риска при NNT 6,1. Профиль традиционных факторов риска при определенных нами дискриминационных значениях достоверно выявлял лиц с RR 4,82 (CI 2,00–11,61) при NNT 3,3.

Сывороточная концентрации аутоантител к ГК, превышающая 1,82 U, была ассоциирована с более чем 7-кратным (RR 7,51) достоверным увеличением риска неблагоприятных сердечно-сосудистых событий при NNT 4,5. Концентрации суммарных антител к коллагену I и III типов более 0,23 мкг/мл была ассоциирована с более чем 8-кратным (RR 8,33) достоверным увеличением риска неблагоприятных сердечно-сосудистых событий при NNT 3,4. Концентрации аутоантител к сГАГ более 1,7 U была ассоциирована с более чем 5-кратным (RR 5,14) достоверным увеличением 5-тилетнего риска неблагоприятных сердечно-сосудистых событий при NNT 4,3. Содержание ИЛ-1 β в сыворотке, превышающее 66 пг/мл, было ассоциировано с более чем 2-кратным (RR 2,82) достоверным увеличением риска неблагоприятных сердечно-сосудистых событий при NNT 7,0. При вклю-

чении в профиль традиционных факторов риска показателя антител к ГК выявляются лица с RR 6,6 (CI 3,01–14,51), NNT 2,0 и HR 1,40. При включении в профиль традиционных факторов риска показателя суммарных антител к коллагену выявляются лица с RR 7,28, CI (3,38–15,69) при одновременном снижении показателя NNT до 1,8 и HR 2,06. При включении уровня ИЛ-1 β выявляются лица с RR 8,50, CI (3,91–18,47), показателем NNT 1,7 и HR 2,00. При включении в профиль показателя уровня аутоантител к сГАГ выявляются лица с RR 7,14, (CI 3,19–15,97), показателем NNT 2,0 и HR 0,95.

Выводы. С целью выявления пациентов экстремального риска при БАС к профилю традиционных факторов риска, включающему возраст, ИК с определенными нами дискриминационными показателями, и наличие АО с практической точки зрения в качестве рекласификаторов наиболее эффективно использовать уровень ИЛ-1 β (дискриминант 66 пг/мл; HR 2,0) и уровень суммарных а-К (дискриминант 0,23 мкг/мл; HR 2,1) как показателей с наилучшими аналитическими характеристиками.

DOI 10.52727/2078-256X-2022-18-3-283-286

Индекс массы тела как фактор риска в оценке непосредственных результатов аортокоронарного шунтирования по технике MICSCAB (собственный опыт)

У.Ш. Тешаев¹, Р.Р. Ярбеков², Г.А. Нагаева³

¹ Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара, Узбекистан

² Республиканский специализированный центр хирургии им. В.В. Вахидова, г. Ташкент, Узбекистан

³ СП ООО Многопрофильный медицинский центр «EzguNiyat», г. Ташкент, Узбекистан

Аортокоронарное шунтирование (АКШ) является самой частой кардиохирургической процедурой у взрослых пациентов [1]. Современное АКШ ориентировано на малую травматичность, в связи с чем сейчас активно проводятся исследования в направлении мини-инвазивной реваскуляризации миокарда (МИРМ). Направление МИРМ ориентировано на выполнение множественного АКШ через левую переднебоковую мини-торакотомия, одним из его подвидов является MICSCAB (Minimally Invasive Cardiac Surgery / Coronary Artery Bypass Grafting).

Согласно мнению большинства ученых, ожирение представляет собой независимый фактор риска основных коронарных событий и осложнений [2]. В связи с неуклонным ростом численности больных ИБС на фоне ожирения эти пациенты все чаще становятся кандидатами на проведение АКШ [3, 4]. Многими хирургами

ожирение рассматривается как предиктор развития неблагоприятных событий после реваскуляризации миокарда [5, 6]. По мнению других авторов, ближайшие результаты реваскуляризации больных с ожирением сопоставимы с результатами операции у больных, не страдающих ожирением [7, 8]. Неоднозначность мнений в данном вопросе способствовала проведению нашего исследования, целью которого было оценить эффективность и безопасность операции АКШ по MICSCAB у больных ИБС с многососудистым поражением коронарного русла в сравнительном аспекте в зависимости от индекса массы тела (ИМТ).

Материал и методы. В исследование включен 41 мужчина с ИБС и многососудистым поражением коронарного русла. Средний возраст обследуемых составил $62,8 \pm 6,7$ года. Всем пациентам проведены общеклинические лабо-