



КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ
СЛУЖБЕ ЮГРЫ

МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ УРАЛЬСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

**«КАРДИОЛОГИЯ 2023:
ПРАКТИКА, НАУКА И ИННОВАЦИИ»**,
посвященная 25-летию кардиохирургической
службы Ханты-Мансийского автономного
округа – Югры

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

28 – 29 сентября 2023 года
г. Сургут



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ХМАО - ЮГРЫ



БУ «ОКРУЖНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ
ДИСПАНСЕР «ЦЕНТР ДИАГНОСТИКИ
И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ»



БУ ВО "СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ", МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ,
КАФЕДРА КАРДИОЛОГИИ

«КАРДИОЛОГИЯ 2023: ПРАКТИКА, НАУКА И ИННОВАЦИИ»

СБОРНИК ТЕЗИСОВ



Члены редакционной коллегии:

Косенок Сергей Михайлович, ректор БУ ВО «Сургутский государственный университет», д-р пед. наук, профессор.

Коваленко Людмила Васильевна, директор Медицинского института БУ ВО «Сургутский государственный университет», заведующая кафедрой патофизиологии и общей патологии, д.м.н., профессор.

Урванцева Ирина Александровна, главный внештатный кардиолог Депздрава Югры, главный врач БУ «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», заведующая кафедрой кардиологии Медицинского института БУ ВО «Сургутский государственный университет», Заслуженный врач РФ, к.м.н., доцент кафедры кардиологии Медицинского института БУ ВО «Сургутский государственный университет».

Воробьев Антон Сергеевич, врач-кардиолог БУ «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», к.м.н., доцент кафедры кардиологии Медицинского института БУ ВО «Сургутский государственный университет».

Баишев Сергей Николаевич, врач – анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации с ПРИИТ №1 БУ «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», к.м.н.

Ибрагимов Олег Ринатович, заведующий операционным блоком, врач – сердечно-сосудистый хирург БУ «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», к.м.н.

Кудрявцева Ольга Валерьевна, заведующая консультативным отделением, врач-кардиолог БУ «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», к.м.н.

Мамедова Сабина Исмаиловна, заведующая амбулаторным отделением медицинской реабилитации, врач-кардиолог БУ «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», к.м.н.

Франц Мария Валерьевна, заместитель главного врача по терапии, врач-кардиолог БУ «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», к.м.н.

СОДЕРЖАНИЕ

СЕКЦИЯ «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ»

АНАЛИЗ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ ИЗОЛЯЦИИ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН <i>Четвериков С.Ю., Запрягаев Ю.В., Шариков Н.Л., Шелепова Е.Ю.</i>	7
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ <i>Золотенкова О.М., Абайдулина О.Р., Рагимова Э.Ф., Евченко И.В.</i>	8
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОДНОМОМЕНТНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА, ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА, ДУГИ И ЧАСТИ НИСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ С РЕИМПЛАНТАЦИЕЙ УСТЬЕВ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ, ПРОТЕЗИРОВАНИЕМ СОСУДОВ БРАХИОЦЕФАЛЬНОГО РУСЛА КЛАПАНСОДЕРЖАЩИМ ГОМОГРАФТОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РАССЛОЕНИИ АОРТЫ II ТИПА ПО ДЕВЕКЕУ <i>Пустовойтов А.В., Ерахтин П.Е., Утьманова И.В., Ефремова В.Г.</i>	9
ОПЫТ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА В ХМАО-ЮГРЕ <i>Климова М.О., Акинина С.А., Стефанов С.А., Матюгин М.П., Урусов Д.А., Абакумова А.С.</i>	11
ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ЯТРОГЕННОЙ ДИССЕКЦИИ СТВОЛА ЛКА С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НА ОВ ЛКА, ВТК И ЛЕВЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНУС АОРТЫ <i>Новиков П.В., Ветошкин А.Е., Белоусов А.О., Пасхин П.В., Шабалина Л.А., Юмакулова А.Р., Майорова О.В.</i>	12
ОПЫТ ОПЕРАЦИИ «COMMANDO» В РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ <i>Стефанов С.А., Ковальчук Д.Н.</i>	14
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБСТРУКТИВНОЙ ФОРМЫ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ <i>Чугунов В.В., Ковальчук Д.Н., Чирков А.Д., Ибрагимов О.Р., Захаров Д.С., Медведев А.В., Симонян Т.О., Самигуллина И.И.</i>	15
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ТОРАКОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДОМ <i>Ибрагимов О.Р., Ковальчук Д.Н., Чирков А.Д., Симонян Т.О., Самигуллина И.И., Чугунов В.В., Захаров Д.С.</i>	17
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИМПЛАНТАЦИИ СИСТЕМЫ OPTIMIZER SMART В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Гребенникова Е.В.</i>	19

СЕКЦИЯ «АНЕСТЕЗИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ»

ГЕМОФАГОЦИТАРНЫЙ СИНДРОМ В ЭПОХУ ПАНДЕМИИ COVID-19 <i>Минович П.И.</i>	21
---	----

ДЛИТЕЛЬНАЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ МЕМБРАННАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ: ОРГАНИЗАЦИЯ, ТРУДНОСТИ, ПУТИ РЕШЕНИЯ <i>Никитин Д. Ю., Хохрев Д. И., Урусов Д.А.</i>	22
ЗНАЧЕНИЕ ПОСТНАГРУЗКИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ <i>Баишев С.Н., Урванцева И.А.</i>	24
КРИТИЧЕСКИЕ ТОЧКИ СОВРЕМЕННЫХ АСПЕКТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО СЕПСИСА <i>Миночкин П.И.</i>	25
НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВОБРАЩЕНИЯ <i>Батуев С.С., Можанова Г.А.</i>	27
ОПЫТ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ <i>Шашмулин Е.Д., Сатинов А.В., Брюхов А.Н.</i>	29
ОСТРЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ВЗРОСЛЫХ <i>Яллыев М.Б., Можанова Г.А.</i>	30
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА <i>Смертина Л.П., Мовсумов В.З.</i>	32
ПЕРВЫЙ ОПЫТ АНЕСТЕЗИОЛОГО-РЕАНИМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА В ХМАО – ЮГРЕ <i>Урусов Д.А., Никитин Д.Ю., Показаньев П.Ю.</i>	33
ПОСТОЯННЫЕ ПЛЕВРАЛЬНЫЕ КАТЕТЕРЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПЛЕВРАЛЬНЫХ ВЫПОТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Сивков О.Г., Силин И.А.</i>	35

СЕКЦИЯ «КАРДИОЛОГИЯ»

АКТУАЛЬНОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПЕРИОД РЕАБИЛИТАЦИИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА <i>Евченко И.В., Золотенкова О.М., Абайдулина О.Р., Рагимова Э.Ф.</i>	37
АНАЛИЗ РЕГИСТРА ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ: ФОКУС НА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ <i>Бадамшина Л.Ф., Воробьев А.С., Кашталап В.В., Кудрявцева О.В., Астраханцева И.Д., Урванцева И.А.</i>	39
БУДНИ РЕГИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА УПРАВЛЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ РИСКАМИ <i>Кудрявцева О.В., Руденко А.В., Поджаров Н.Н., Бродская М.С., Капаклы В.В., Варданян Р.А., Абдулвахабова И.В., Плесовских А.Л., Бадамшина Л.Ф., Сулейманов Р.Р.</i>	40
ВОЗМОЖНОСТИ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЛЬЦИНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ РЕТРОСПЕКТИВНОМ АНАЛИЗЕ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ <i>Мельников Н.Н., Давыдов А.В.</i>	41

ДИАГНОСТИКА ОДНОГО ДНЯ – ИНСТРУМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ <i>Кудрявцева О.В., Ратушная Е.А., Бродская М.С., Капаклы В.В., Кашапова Т.А., Ахметова И.М., Гунченко Н.Д., Григорян Е.Г., Федорова Т.В., Сулейманов Р.Р.</i>	42
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МСКТ-КАГ КАК МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ СТЕНОЗОВ КА У ПАЦИЕНТОВ С ОКС И НИЗКИМ РИСКОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА <i>Затолицкая Ю.И., Сеитов А.А., Османова Н.Б., Беляева Е.Э.</i>	44
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ДИАГНОСТИКА СТЕНОЗА ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ, ВЫЗВАННОГО ФИБРОМУСКУЛЯРНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ <i>Злобина М.В., Соколов А.А.</i>	45
ЛЕЧЕНИЕ ГИПОНАТРИЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ <i>Сивков О.Г., Франц М.В.</i>	47
ЛЕГочная эмболия в Ханты-Мансийской окружной клинической больнице <i>Акинина С.А., Сайтаджиев Б.Р.</i>	48
НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА В ВЫЯВЛЕНИИ ПЕРВИЧНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ <i>Казакбаев А.В., Скрипкина Н.В., Урванцева И.А., Франц М.В.</i>	49
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА НА ФОНЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПО ДАННЫМ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА №1 Г. НОВОСИБИРСК <i>Ложкина Н.Г., Гущина О.И.</i>	50
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА РЕФРАЛОН У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Секисова В.Е.</i>	52
ОПЫТ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА В ХМАО-ЮГРЕ <i>Франц М.В., Абакумова А.С., Урванцева И.А.</i>	54
ПОКАЗАТЕЛИ ТЕСТА ШЕСТИМИНУТНОЙ ХОДЬБЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ <i>Мамедова С.И., Котелкина О.С., Урванцева И.А.</i>	55
ПРОБЛЕМА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ: ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ АНАЛИЗ РЕГИСТРА ХСН <i>Рахметова И.Ю., Медведева Е.В., Франц М.В.</i>	56
ПРЕДИКТОРЫ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, ПОДВЕРГШИХСЯ ЧРЕСКОЖНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ 5-ЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ <i>Шадрин А.А., Сапожников С.С., Каштанов М.Г., Бессонов И.С.</i>	57
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ <i>Османова Н.Б., Сеитов А.А., Малкова А.Б.</i>	58

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТИПА ЛИЧНОСТИ Д СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПЕРВОГО И ВТОРОГО ТИПА В ХМАО-ЮГРЕ <i>Кинаш В.И., Воробьев А.С., Кашталап В.В.</i>	60
СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА <i>Максименко А.В., Урванцева И.А., Горьков А.И.</i>	62
СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В СУРГУТСКОМ ОКРУЖНОМ КАРДИОЦЕНТРЕ <i>Рахметова И.Ю., Чернышева Г.Н., Сухарева И.В.</i>	63
ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ И КОМОРБИДНОСТЬ: ТРУДНОСТИ ВЕДЕНИЯ <i>Алиева К.Г., Скрипкина Н.В., Рыбка Д.А., Урванцева И.А., Франц М.В.</i>	64
ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА <i>Магомедова З.М., Скрипкина Н.В., Урванцева И.А., Франц М.В.</i>	66
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА 2 ТИПА В СУБАРКТИЧЕСКОМ РЕГИОНЕ <i>Кинаш В.И., Воробьев А.С., Кашталап В.В.</i>	67

СЕКЦИЯ «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ»

АНАЛИЗ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ ИЗОЛЯЦИИ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН

Четвериков С.Ю., Запрягаев Ю.В., Шариков Н.Л., Шелепова Е.Ю.
БУ ХМАО-Югры «Окружная клиническая больница», Ханты-Мансийск

Цель. Оценка непосредственных результатов интервенционного лечения фибрилляции предсердий (ФП) на основе анализа повторных операций после первичной изоляции легочных вен.

Материал и методы. В период с января 2011 по май 2023 года в отделении хирургического лечения сложных нарушений ритма и ЭКС Ханты-Мансийской Окружной клинической больницы было прооперировано 939 пациентов, которым выполнена процедура катетерной изоляции легочных вен (ИЛВ) при ФП. В исследование включен 141 пациент в возрасте от 33 до 76 лет (мужчин – 72 лица, средний возраст $59,3 \pm 9,3$ лет; женщин 69 – лиц, средний возраст $64,3 \pm 5,8$ лет), которым выполнена повторная операция, что составило 15% от общего числа прооперированных пациентов с ФП. При поступлении эти пациенты имели диагноз: персистирующая ФП 44,0% (62 пациента); пароксизмальная ФП 38,3% (54 пациента); длительно персистирующая ФП 9,9% (14 пациентов); трепетание предсердий 5,7% (8 пациентов); предсердная тахикардия 2,1% (3 пациента). Им выполнено в различных сочетаниях 67 радиочастотных (РЧ) сегментарных ИЛВ, 32 РЧ блокады каватрикуспидального перешейка, 22 РЧ антральных ре-ИЛВ, 20 РЧ линейных воздействий в ЛП и ПП при атипичном трепетании предсердий, 15 РЧ блокад митрального перешейка, 14 РЧ «box lesion», 12 РЧ ре-изоляции правого антрума, 8 РЧ абляций дисперсионных полей в ЛП и ПП, 5 РЧ абляций фокусных предсердных тахикардий, 2 РЧ ре-изоляции левого антрума.

Результаты. Учитывая то, что основным критерием эффективности операции ИЛВ является создание блокады антрума, у 103 (73%) пациентов во время второй операции было выявлено восстановление проводимости антрума. Также причиной повторных операций являются нарушения сердечного ритма, не связанные напрямую с первичной ИЛВ. Так у 38 (27%) пациентов были устранены типичное трепетание предсердий, дисперсионные поля и фокусные тахикардии. Операции были завершены на фоне синусового ритма у 74 пациентов. Синусовый ритм был восстановлен - электрической кардиоверсией (29);

блокадой петли трепетания предсердий [22]; блокадой левого или правого антрума (8); блокадой фокуса тахикардии [3]; медикаментозной кардиоверсией [3]. Двоим пациентам восстановить синусовый ритм не удалось.

Заключение. Чаще всего рецидивы ФП, трепетание предсердий и предсердная тахикардия после изоляции ЛВ связаны с возвратом потенциалов в устьях ЛВ. В нашем исследовании мы наблюдали 73% возврата спайковой активности внутри и в устьях ЛВ у повторных пациентов. Анализ зон прорывов выявил наиболее уязвимые места, где чаще всего возникает восстановление проведения. В правом антруме это зона соустья и передней стенки верхней легочной вены. В левом антруме - передняя стенка верхней легочной вены и соустье спереди. Именно эти зоны сложны для создания трансмурального повреждения из-за их анатомических особенностей.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Золотенкова О.М., Абайдулина О.Р., Рагимова Э.Ф., Евченко И.В.
БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер
«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», г. Сургут

Цель. Выявление факторов риска у лиц, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования.

Материал и методы. Проведено обследование пациентов, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования, в возрасте от 45 до 75 лет. В группу вошли 125 человек (100%): 31 женщина (24,8%) и 94 мужчин (75,2%). Клиническое обследование включало физикальный скрининг, сбор анамнеза, интервью.

Результаты. При обследовании семейный анамнез артериальной гипертензии имели все 125 (100%) пациентов. Семейный анамнез дислипидемии отмечали 44 (25,2%) человека - у 8 женщин (6,4%) и 36 мужчин (28,8%), личный анамнез дислипидемии выявлен у 125(100%) пациентов: у 31 женщины (24,8%) и 94 мужчин (75,2%). Курящих – 78 человек (62,4%): 29 женщин (23,2%) и 49 мужчин (39,2%). Ожирение (ИМТ более 30кг/м²) имели 52 человека (41,6%): 22 женщины (17,6%) и 30 мужчин (24%), из них абдоминальный тип – 33 человека (26,4%). Низкую физическую активность отмечали 63 человека (50,4%): 24 женщины (19,2%) и 39 мужчин (31,2%).

Заключение. По данным обследования пациентов, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования, выявлена высокая распространенность факторов риска. Обращает на себя внимание выявление отягощенного наследственного анамнеза у 100% обследованных пациентов. Также отмечена низкая приверженность пациентов к снижению массы тела, отказу от курения и регулярной физической активности.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОДНОМОМЕНТНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА, ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА, ДУГИ И ЧАСТИ НИСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ С РЕИМПЛАНТАЦИЕЙ УСТЬЕВ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ, ПРОТЕЗИРОВАНИЕМ СОСУДОВ БРАХИОЦЕФАЛЬНОГО РУСЛА КЛАПАНСОДЕРЖАЩИМ ГОМОГРАФТОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РАССЛОЕНИИ АОРТЫ II ТИПА ПО ДЕВЕКЕУ

Пустовойтов А.В., Ерахтин П.Е., Утьманова И.В., Ефремова В.Г.
КГБУЗ «Краевая клиническая больница», Красноярск

Введение: Криоконсервированные сосудистые клапансодержащие гомографты показывают хорошие непосредственные и отдаленные результаты при пороках сердца, требующих замены нативного аортального клапана и аорты. У пациентов старше 18 лет в течении 10 лет замена гомографта потребовалась у 6%. Применение криоконсервированного гомографта такого типа, по данным В.А. Балсуновского, проводит лишь 2 центра в России, РНЦХ им. Академика Б.В. Петровского (г. Москва) и Клиника аортальной и сердечно-сосудистой хирургии первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (г. Москва). В Красноярском крае Краевая клиническая больница - единственная клиника применяющая гомографт такого типа.

Цель. Представление клинического случая хирургического лечения пациента с хроническим расслоением аорты II типа по DeVekey и выраженными дегенеративными изменениями дуги и нисходящей аорты. Учитывая планируемый объем операции, в качестве кондуита был выбран криоконсервированный сосудистый клапансодержащий гомографт всей аорты.

Материал и методы. Больной Б., 62 года, поступил в ККБ с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, повышение АД максимально до 200 мм рт. ст., колющую боль в области сердца. В анамнезе в апреле 2022 года находился на

стационарном лечении в г. Абакан с клиникой отека легких, выписан с улучшением, направлен в ККБ для дообследования и дальнейшего лечения. По данным ЭхоКГ при поступлении: восходящий отдел аорты 5,7 см. Градиент давления, максимальный: 10 мм рт. ст. Регургитация: 3 ст. СДЛА 49 мм рт. ст. Выполнена МСКТ – аортография: Определяется расслоение корня аорты в области коронарных синусов и восходящего отдела проксимальнее устья БЦС - II тип по Де Бейки (DeBaakey). Восходящий отдел аорты аневризматически расширен от 4,73 см до 5,63 см. Диаметр перед устьем БЦС - 5,8 см, левой ОСА - 3,9 см, левой подключичной артерии - 3,4 см. Устья БЦА не изменены. Нисходящая аорта - 2,7-3,6 см, на уровне чревного ствола - 2,9 см. На основании проведенных исследований был выставлен диагноз: Хроническое расслоение аорты II типа по DeBaakey. Выраженная аортальная недостаточность. Показано оперативное лечение в объеме протезирование аортального клапана, восходящего отдела, дуги аорты и части нисходящей аорты. Учитывая планируемый объем операции, нами было принято решение, выполнить черездвуплевральную торакотомию для наилучшей визуализации и интродвуплевральной мобильности. Время ИК 250 мин Время окклюзии аорты 158 мин Время антеградной перфузии головного мозга 60 мин. Пациент переведен в отделение реанимации, на фоне кардиотропной поддержки.

Результаты. Экстубация через 22 часа. Реанимационный койко-день составил 4 суток. Общий объем кровопотери по дренажам за время пребывания в реанимации составил 1850 мл. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. МСКТ-ангиопульмонография (динамика): Участков экстравазации контрастного препарата не выявлено. Пациент был выписан из стационара на 11 сутки после операции без признаков недостаточности кровообращения и предшествующих жалоб. На контрольной трансторакальной ЭхоКГ Градиенты на АоК 31/12 мм рт. ст. Аортальная недостаточность 1 ст. КДР ЛЖ - 5,3 см, ФВ - 49%. Митральная недостаточность 1-2 ст. Полости сердца прежних размеров. Недостаточность ТК 1-2 ст. СДЛА 30 мм рт. ст. Перикардального выпота нет. Выводы. Применение криоконсервированного клапан-содержащего гомографта аорты является эффективной и безопасной методикой, за счет анатомической идентичности, которая исключает наложение дополнительных межпротезных анастомозов, снижая риск послеоперационного кровотечения.

ОПЫТ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА В ХМАО-ЮГРЕ

Климова М.О., Акинина С.А., Стефанов С.А., Матюгин М.П., Урусов Д.А., Абакумова А.С.

БУ ХМАО-Югры «Окружная клиническая больница», Ханты-Мансийск

Введение. В настоящее время, несмотря на совершенствование фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний и внедрение современных методов лечения, сохраняется высокая распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) как в РФ, так и в мире в целом. Число больных с ХСН в 2019г. составляло более 12млн. человек, и с каждым годом это число растет. Общеизвестным золотым стандартом помощи пациентам с терминальной ХСН в настоящее время является трансплантация сердца (ТС).

Цель. Оценка первого опыта ТС в ХМАО-Югре: отбор пациентов с терминальной сердечной недостаточностью в лист ожидания (ЛО) ТС, оказание высокотехнологичной помощи в объеме трансплантации сердца, диспансерное наблюдение пациентов после операции.

Материал и методы: Программа ТС в ХМАО-Югре успешно начата в БУ ОКБ в 2021г. Так, 24 марта 2022 года на базе ОКБ был открыт региональный центр ХСН с амбулаторным кабинетом. К приписным территориям данного центра относятся Ханты-Мансийский, Белоярский, Кондинский районы, г.Урай, п. Мулымья. На начало 2023 года в регистре РЦ ХСН состояло 594 человека. Из этого количества - 115 человек с фракцией выброса левого желудочка сердца (ФВлж) $\leq 50\%$. Из них 2 пациента находится в листе ожидания трансплантации сердца (ЛО ТС).

Критерии включения в ЛО ТС: наличие терминальной ХСН с ФВлж менее 30%, возраст менее 65 лет. Критерии исключения: тяжелые сопутствующие заболевания, злокачественные новообразования, гемотрансмиссивные инфекции, ожирение 2 ст. и выше, необратимая высокая легочная гипертензия.

В основном ЛО ТС в настоящее время находится 12 потенциальных реципиентов (все мужчины). В предварительном списке на ТС – 28 человек (также все мужчины). Причиной ХСН в ЛО ТС явилась: ИКМП – 75% (9 человек), ДКМП – 16,6% (2 человека), ГКМП – 8,3% (1 человек). Возраст пациентов варьирует от 49 лет до 61 года. По месту проживания - 1 человек – житель г. Ханты-Мансийска, остальные 11 – из ХМАО (3-Нижневартовск, 2-Радужный, 1-Новооганск, 2- Нягань, 1- Урай, 1-Югорск, 1- пгт. Октябрьское). У 1-го

пациента АКШ в анамнезе, 4 человека с ФП (принимают антикоагулянты), 11 человек с имплантированным КВД, у 3 пациентов СД 2.

В период с 2021 по настоящее время на базе КХО ОКБ выполнено 3 ортотопические ТС. Период наблюдения составил от 9 до 30 мес. Критерийные точки наблюдения: ЭхоКГ – через 3, 6, 12 месяцев, далее ежегодно, ЭМБ – через 3, 6, 12 месяцев, далее ежегодно, КАГ – ежегодно, концентрация иммуносупрессивных препаратов – через 1, 2 недели, далее ежемесячно. Осложнения в посттрансплантационном периоде: У одного реципиента сердца наблюдались признаки легкого клеточного отторжения трансплантата со снижением сократительной функции, требующего проведения пульс-терапии ГКС. У него же через 2 года после ТС развилась болезнь коронарных артерий пересаженного сердца (БКАПС), потребовавшая ЧКВ. У другого реципиента сердца посттрансплантационный период протекал с явлениями ОН, развитием острой ишемии правой нижней конечности (в месте стояния венозной канюли ВА ЭКМО), ОПН на фоне предсуществующей ХБП и развившейся пигментной нефропатии. Результаты: повышение функциональной активности, увеличение ФВ ЛЖ, значимое снижение концентрации кардиомаркеров [NT-proBNP].

Реципиенты сердца по настоящее время находятся под наблюдением кардиологов БУ ОКБ, они получают иммуносупрессивную терапию, проходят плановые обследования (в частности, ЭМБ, КАГ) согласно клиническим рекомендациям, их самочувствие расценивается, как удовлетворительное.

Всего в ХМАО-Югре на Д-учете после ТС состоит 20 человек (11 человек наблюдается кардиологами ОКБ, 9 человек – СОКД).

Заключение. Трансплантация сердца является эффективным методом лечения пациентов с терминальной ХСН и доступна в условиях ХМАО-Югры. Формирование листа ожидания на ТС во многом зависит от эффективности работы региональных центров ХСН и своевременного направления пациентов.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ЯТРОГЕННОЙ ДИССЕКЦИИ СТВОЛА ЛКА С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НА ОВ ЛКА, ВТК И ЛЕВЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНУС АОРТЫ

Новиков П.В., Ветошкин А.Е., Белоусов А.О., Пасхин П.В., Шабалина Л.А., Юмакулова А.Р., Майорова О.В.

БУ ХМАО-Югры «Няганская Округная Больница», Нягань

Введение. Диссекция ствола левой коронарной артерии (ЛКА) с переходом на аорту - редкое осложнение, большинство сообщений посвящено описанию отдельных наблюдений. Однако имеются публикации, описывающие достаточно большие группы больных с частотой случаев диссекции от 0,02 до 0,3 %.

Цель. Описание клинического случая лица с диссекцией ствола ЛКА (стЛКА).

Материал и методы. Пациент К., 50 лет, доставлен в экстренном порядке в Няганскую окружную больницу с диагнозом «ОКС с подъемом сегмента ST». Выполнена ЭКГ – ишемические изменения в передне-перегородочной области. Тропониновый тест отрицательный. Из анамнеза – пациент курит в течение многих лет, имеет избыточную массу тела (ИМТ=27), страдает ГБ, антигипертензивные препараты принимает нерегулярно. Кардиомаркеры: тропонин 0,04 нг/мл. Лечащим врачом принято решение о выполнении срочной коронароангиографии (КАГ). Нагрузочная доза клопидогреля 300мг. Пациент подан в рентгеноперационную. Трансрадиальным дистальным доступом справа выполнена коронароангиография билатеральным катетером TRAN 3,5: локальный стеноз пр/3 ПМЖВ до 95 % с сохраненным антеградным кровотоком, протяженный стеноз ПКА до 75% при правом типе кровоснабжения миокарда. После КАГ переход на ЧКВ: ТБКА и стентировании пр/3 ПМЖВ. В устье СтЛКА без технических трудностей установлен операционный катетер EBU3.5 6F. После преддилатации выполнена имплантация стента 3,0x23 мм с последующей его постдилатацией некомплаенсным баллонным катетером 3,25x20 мм при давлении 18 атм. На контрольной АГ - остаточного стеноза нет, антеградный кровоток TIMI III. Однако, отмечено появление массивной протяженной диссекции ОВ ЛКА от устья с распространением на ВТК до ср/3 (диссекция типа D), антеградный кровоток по ОВ ЛКА и ВТК не лимитирован. После реконструкции пораженных артерий в объеме стентирования ОВ ЛКА и ВТК по методике Coulotte явления диссекции в ОВ ЛКА и ВТК полностью купированы, однако отмечается распространение диссекции на Ствол ЛКА и левый коронарный синус (диссекция типа D-E). Принято решение об экстренной реконструкции ствола ЛКА по жизненным показаниям. Пациент переведен на ЭТН. Конверсия доступа на трансфеморальный. СтЛКА полуселективно катетеризирован. Без технических трудностей удалось провести гидрофильный коронарный проводник через щелевидный истинный просвет ствола ЛКА в дистальные отделы ПМЖВ. В зону диссекции ствола ЛКА имплантирован 4,0x18мм в последующим дебалкингом страт стента в направлении ОВ ЛКА.

Результаты и выводы. На контрольной АГ просвет ствола ЛКА полностью восстановлен, дистальный кровоток по артериям TIMI III, сохраняется небольшой затек под интиму ствола ЛКА по «верхнему» контуру с распространением на левый коронарный синус и начальный отдел восходящей аорты. Пациент в стабильном состоянии транспортирован в отделение реанимации. При просмотре серий КАГ установлено, что при катетеризации СтЛКА диагностическим катетером произошло повреждение интимы с появлением диссекции типа А в области бифуркации СтЛКА. Однако этот факт замечен не был, а во время стентирования ПМЖВ произошло увеличение и распространение диссекции на ОВ ЛКА и ВТК. На ЭХО-КГ в послеоперационном периоде отмечено снижение ФВ до 46% без формирования гематомы левого коронарного синуса и диссекции корня аорты, а клинически – явления энцефалопатии, которые постепенно регрессировали. Пациент выписан на 15 сутки в относительно удовлетворительном состоянии.

ОПЫТ ОПЕРАЦИИ «COMMANDO» В РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ

Стефанов С.А.¹, Ковальчук Д.Н.²

¹БУ ХМАО – Югры «Окружная клиническая больница», Ханты-Мансийск

²БУ ХМАО – Югры «Окружной кардиологический диспансер

«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут

Введение. Операция «Commando» подразумевает митрально-аортальное протезирование с реконструкцией межклапанного фиброзного тела (МФТ) и может быть применена при инфекционном эндокардите (ИЭ) с разрушением МФТ, а также при двухклапанном протезировании на фоне узкого корня аорты или выраженного кальциноза. Это казуистически выполняемое вмешательство с высокой летальностью, что обусловлено его технической сложностью и тяжестью патологии.

Цель исследования. Оценить ближайшие и отдалённые результаты операции «Commando» при различных нозологиях.

Материал и методы. С 2016 по 2023 г. операция «Commando» выполнена 10 пациентам (6 мужчин). Средний возраст 53,2 года. Показанием к операции в 5 случаях был ИЭ; выраженный кальциноз и узкий корень аорты у 4; протезно-пациентное несоответствие (ППН) и дисфункция аортального протеза при показаниях к протезированию митрального кла-

пана в 1. Из 5 пациентов без ИЭ у 4 этиологией порока была ХРБС, у 1 дегенеративные изменения клапанов. ИЭ нативных клапанов был у 2 больных, протезный у 3. 5 операций были повторными, 5 экстренными. 2 пациента с ИЭ поступили в состоянии шока смешанной этиологии, 3 в состоянии отёка лёгких, у 2 имелся эмболический синдром. Средний риск операции по Euroscore II составил 32,4%. Для реконструкции МФТ использовалась ксеноперикардальная заплата. У 3 пациентов в связи с циркулярным абсцессом корня аорты потребовалось полное замещение корня аорты клапаносодержащим кондуитом по модифицированной методике с «эластичным проксимальным анастомозом». Длительность операции составила 428 ± 11 мин, время искусственного кровообращения 255 ± 13 мин, пережатия аорты 197 ± 12 мин. Длительность наблюдения в послеоперационном периоде составила от 3 до 84 месяцев (медиана – 37 месяцев).

Результаты. Повторное подключение ИК потребовалось в 2 случаях. Послеоперационная кровопотеря в 1-е сутки составила 545 ± 250 мл, длительность ИВЛ 26 ± 11 часов, пребывания в реанимации $4,5 \pm 2,8$ сут., в стационаре после операции $20,5 \pm 4,2$. Послеоперационные осложнения: фибрилляция предсердий – 2, полная АВ-блокада – 1, острая сердечная недостаточность – 4, острая почечная недостаточность – 1, СПОН – 2, гидроперикард – 1, пневмония – 2, медиастенит – 1, ложная аневризма проксимального анастомоза – 1, острая дыхательная недостаточность. Летальный исход 1 (10%) в результате геморрагического инсульта. Все осложнения и летальный исход встретились в группе экстренных вмешательств. В отдалённом периоде результаты отслежены у всех пациентов. Зафиксирован 1 летальный исход через 2 года после операции вследствие желудочно-кишечного кровотечения на фоне передозировки варфарина. Остальные пациенты находятся в ФК I-II по NYHA, по данным контрольных эхокардиографических исследований дисфункции протезов не выявлено, клапанзависимых осложнений не зарегистрировано.

Выводы. Операция «Commando» является методом выбора при ИЭ левых камер с вовлечением МФТ, необходимости протезирования обоих клапанов при узком корне аорты, выраженном кальцинозе МФТ, повторных операциях при наличии ППН. Несмотря на техническую сложность операции и исходную тяжесть пациентов, данное вмешательство обеспечивает удовлетворительные ближайшие и хорошие отдалённые результаты.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБСТРУКТИВНОЙ ФОРМЫ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Чугунов В.В., Ковальчук Д.Н., Чирков А.Д., Ибрагимов О.Р., Захаров Д.С.,

Медведев А.В., Симонян Т.О., Самигуллина И.И.

БУ ХМАО – Югры «Окружной кардиологический диспансер

«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут

Введение. Лечение гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП) является одной из важнейших медицинских и социальных проблем. Клинические проявления ГКМП зависят от выраженности нарушения внутрисердечной гемодинамики и без адекватного лечения прогрессируют до развития терминальной сердечной недостаточности и внезапной смерти. Частота встречаемости ГКМП у взрослых составляет 0,02%, при этом летальность может достигать 1-2% в год. «Золотым стандартом» хирургического лечения обструктивной формы кардиомиопатии в настоящее время остается миозэктомия.

Цель. Оценить ближайшие результаты хирургического лечения пациентов с обструктивной гипертрофической кардиомиопатией.

Материал и методы. В период с 2015 г. по 2023 г. хирургическое лечение по поводу ОГКМП выполнено у 35 пациентов, мужчин 24- (68,5 %), женщин – 11 (31,5 %). Средний возраст – 54 года. Сопутствующая патология: 83% гипертоническая болезнь (ГБ), 17 % имели клинически значимую ИБС. У 63% пациентов диагностирована гемодинамически значимая митральная регургитации (2 ст. и более). В большинстве случаев объем оперативного лечения включал трансортальную септальную миозэктомию по Morrow с коррекцией недостаточности митрального клапана (84 %), расширенную миозэктомию левого желудочка с протезированием МК (10%), изолированную трансортальную миозэктомию по Morrow без коррекции МК (6%). Проводилась оценка размеров межжелудочковой перегородки (МЖП), пикового и среднего градиента давления и скорости кровотока в ВТЛЖ и на аортальном клапане, фракции выброса до операции и после оперативного лечения.

Результаты. На дооперационном этапе по результатам эхокардиографии (ЭхоКГ) размер МЖП в базальном отделе составил 23 ± 3 мм (в среднем 21 ± 4 мм), в верхушечном 17 ± 3 мм. Подавляющее большинство пациентов имели т.н. переднесистолическое движение митральной створки (SAM – синдром) с гемодинамически значимой регур-

гитацией МК и участием в обструкции ВТЛЖ. Пиковый градиент давления в ВТЛЖ в среднем составлял $115,7 \pm 44,7$ мм рт.ст., скорость кровотока $4,9 \pm 1,0$ м/с. В проекции аортального клапана пиковый трансортальный градиент составлял $30,8 \pm 16,1$ мм рт.ст., скорость кровотока $2,7 \pm 0,8$ м/с. Фракция выброса левого желудочка (ЛЖ) составляла в среднем $65,9 \pm 4,46\%$. Перед выпиской из стационара отмечалось статистически значимое уменьшение всех показателей. Размер МЖП в базальном отделе 15 ± 3 мм., в среднем отделе 17 ± 3 мм., в верхушечном 15 ± 2 мм. Пиковый градиент давления в ВТЛЖ $13,6 \pm 5,7$ мм рт.ст., скорость кровотока $1,7 \pm 0,4$ м/с. Пиковый трансортальный градиент давления составил $13,8 \pm 4,2$ мм рт.ст., скорость кровотока $1,8 \pm 0,3$ м/с соответственно. Фракция выброса ЛЖ $57,5 \pm 3,7\%$. В раннем послеоперационном периоде (по данным ЭхоКГ) регургитация на МК составляла не более 1 степени. **Осложнения:** в ходе оперативного лечения у 2 пациентов при интраоперационном ЧПЭхоКГ выявлен дефект межжелудочковой перегородки (выполнена коррекция инцизионного ДМЖП заплатой из ксеноперикарда). Нарушения проводимости в раннем послеоперационном периоде зафиксированы у 12 пациентов: транзиторная АВ-блокада 3 ст., с последующим восстановлением синусового ритма на 1-3 сутки у 8, у 4-х определены показания для имплантации постоянного электрокардиостимулятора.

Заключение. Хирургическое лечение гипертрофической кардиомиопатии позволяет значительно снизить градиент и уменьшить симптоматику сердечной недостаточности, что в отдалённом периоде значимо увеличивает выживаемость пациентов по сравнению с медикаментозной терапией. **В настоящее время очевидно, что для выбора стратегии лечения конкретного пациента необходим мультидисциплинарный подход с участием кардиолога, кардиохирурга, интервенционного кардиолога, специалиста по функциональной диагностике для достижения лучших результатов.**

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ТОРАКОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

Ибрагимов О.Р., Ковальчук Д.Н., Чирков А.Д., Симонян Т.О., Самигуллина И.И., Чугунов В.В., Захаров Д.С.

БУ ХМАО – Югры «Окружной кардиологический диспансер

«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут

Введение. Частота встречаемости фибрилляции предсердий среди населения колеблется от 0,4 до 1,5%. Наличие фибрилляции предсердий ассоциируется с

увеличением общей смертности в 1,9 раз, риском развития ишемического инсульта – в 5 раз, а также с развитием аритмогенной кардиомиопатии и сердечной недостаточности. Торакоскопическая радиочастотная абляция левого предсердия и резекции ушка левого предсердия позволяет улучшить клиническое состояние пациента, восстановить и удержать синусовый ритм, а также предотвратить кардио-эмболический инсульт.

Цель. Оценить непосредственный результат торакоскопической абляции в сочетании с резекцией ушка левого предсердия у пациентов с фибрилляцией предсердий.

Материал и методы. В период с декабря 2021г. по июль 2023г. было обследовано 36 пациентов (средний возраст – 63 года, мужчин – 29 (80,5%), женщин – 7 (19,5%)) с различными формами фибрилляции предсердий (ФП). Ранее катетерная изоляция левого предсердия (ЛП) проводилась 6 (16,6%) пациентам. В зависимости от методики проведения операции, пациенты были разделены на две группы. 1 группа – 12 пациентов, у которых оперативное вмешательство проведено с использованием устройства Medtronic Cardioblate Gemini-S. 2 группа – 24 пациента, которым операция проведена с применением устройства Atri-Sure. Ушивание ушка левого предсердия выполнялось устройством EndoGia. Больные в группах были сопоставимы по возрасту, тяжести состояния, клинике заболевания, сопутствующей патологии, типу ФП. **Результаты.** На дооперационном этапе в группе 1 средний размер ЛП составил $6,0 \pm 1,6$ см, в группе 2 – $6,1 \pm 2,1$ см; ПП в группе 1 – $4,2 \pm 0,5$ см, в группе 2 – $4,04 \pm 0,2$ см; объем левого предсердия (ОЛП) в группе 1 – $106,2 \pm 36,1$ мл/м², в группе 2 – $105,3 \pm 21,2$ мл/м². Перед выпиской из стационара отмечалось статистически значимое уменьшение всех показателей в обеих группах. В группе 1 размер ЛП уменьшился до $5,7 \pm 0,6$ см; ПП – $4,1 \pm 0,6$ см и ОЛП – $100 \pm 40,6$ мл/м². В группе 2 размер ЛП уменьшился до $5,5 \pm 2,0$ см; ПП – $4,01 \pm 0,2$ см и ОЛП – $101 \pm 19,5$ мл/м². В группе 1 пациентов конверсий доступа и летальных осложнений не зафиксировано. В группе 2 зафиксировано две конверсии, одна – в стернотомию по причине повреждения стенки правого предсердия, вторая – в левостороннюю боковую торакотомию по причине неполного прошивания ушка левого предсердия сшивающим аппаратом. В группе 2 зафиксирован один летальный исход по причине легочного осложнения. Послеоперационный койко-день составил 9 дней. На момент выписки синусовый ритм отмечен у всех пациентов. Имплантация ЭКС в связи с СССУ не требовалось.

Заключение. Торакоскопическая абляция стенки левого предсердия и легочных вен с ампутацией ушка является методом выбора лечения пациентов с фибрилляцией пред-

сердий, позволяющим добиться восстановления синусового ритма и снижения риска тромбоэмболических осложнений. Несмотря на хороший непосредственный результат в нашем исследовании, работа требует набора большего количества пациентов и продолжительного наблюдения в отдаленном периоде.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИМПЛАНТАЦИИ СИСТЕМЫ OPTIMIZER SMART В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Гребенникова Е.В.

БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер

«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут

Цель. Представить клинический случай имплантации Optimizer Smart в лечении хронической сердечной недостаточности (ХСН) на примере 2 пациентов, которым имплантировали аппараты в условиях БУ ОКД ЦД иССХ г.Сургута за 2022 год. Основным механизмом системы Optimizer является нанесение электрических импульсов в межжелудочковую перегородку в абсолютно рефрактерный период сокращения, что приводит к положительному инотропному эффекту без увеличения потребности миокарда в кислороде.

Материал и методы. Пациент 1, мужчина 48 лет. Их анамнеза: 26.02.2020 выполнена радиочастотная абляция (РЧА) ганглионарных сплетений правого и левого предсердий, изоляция устьев легочных вен отдельными коллекторами. В 2022 г проходил стационарное лечение в ОКД с пароксизмом фибрилляции предсердий (ФП), декомпенсацией хронической сердечной недостаточности (ХСН), на фоне медикаментозной кардиоверсии амиодароном в первые сутки восстановил синусовый ритм. На фоне лечения динамика положительная, выписан с улучшением. Учитывая молодой возраст пациента, сохраняющуюся низкую фракцию выброса левого желудочка – 43% (ФВЛЖ), 2 функциональный класс ХСН, узкие комплексы QRS по данным ЭКГ, пациенту было имплантировано устройство Optimizer. Пациент 2, женщина 50 лет. Из анамнеза: считает себя больной с апреля 2020г, когда постепенно начала нарастать одышка при физической нагрузке, в связи с чем обратилась в поликлинику по месту жительства. При дообследовании: по данным эхокардиографии (ЭХОКГ) - ФВЛЖ 45%, диффузный гипокинез стенок ЛЖ. Для доследования направлена к кардиологу ОКД, исключен ишемический генез ХСН, по данным МРТ сердца - данные за

дилатационную кардиомиопатию. Пациенту показана имплантация устройства Optimizer.

Результаты. Пациент 1. 07.06.2023 года выполнено оперативное лечение - **Имплантация кардиомодулирующего устройства Optimizer Smart.** После операции отмечал ощущения подергивания в области установки кардиомодулирующего устройства. При программировании нарушений в работе не зарегистрировано, скорректированы параметры стимуляции (отключена стимуляция LS). После выписки у пациента произошел срыв ритма по типу ТП, выполнено оперативное лечение - РЧА кава-трикуспидального перешейка (КТП). Рекомендованную медикаментозную терапию принимал в полном объеме, регулярно наблюдался у кардиолога кабинета ХСН. Контрольный осмотр от 04.2023г. - пациент субъективно отмечал увеличение ТФН. По данным ЭХОКГ: Левый желудочек: КДР: 5,7 см.; КСР: 4,3 см.; КДО: 163 мл.; КСО: 82 мл.; УО: 81 мл.; ФВ: 50 % МЖП: 1,0 см ; нормокинез Задняя стенка: 1,0 см.; нормокинез СДЛА по потоку TR 34 мм. рт. ст. Диффузный гипокинез стенок ЛЖ. Пациент 2. 07.06.2023 года выполнено оперативное лечение - **имплантация кардиомодулирующего устройства Optimizer Smart.** **Послеоперационный период без осложнений, при программировании - нарушений в работе аппарата не зарегистрировано. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.** Рекомендованную медикаментозную терапию принимала в полном объеме, регулярно наблюдалась у кардиолога по месту жительства. При крайнем осмотре кардиологом ОКД от 07.2023 года отмечает повышение ТФН, пациентка ведет активный образ жизни, работает. По результату ЭХОКГ от 14.07.2023: **Левый желудочек:** КДР: 4,6 см.; КСР: 3,0 см.; КДО: 98 мл.; КСО: 36 мл.; УО: 62 мл.; ФВ: 63 % **МЖП:** 1,1 см ; нормокинез **Задняя стенка:** 0,9 см.; нормокинез СДЛА по потоку TR 32 мм. рт. ст. Камеры сердца не увеличены.

Заключение: Представленный клинический случай убедительно демонстрирует эффективность системы Optimizer в лечении ХСН.

СЕКЦИЯ «АНЕСТЕЗИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ»

ГЕМОФАГОЦИТАРНЫЙ СИНДРОМ В ЭПОХУ ПАНДЕМИИ COVID-19

Миночкин П.И.

БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», Сургут

Введение. Гемофагоцитарный лимфогистиоцитоз (ГФ) является синонимом синдрома активации макрофагов, приводит к развитию **гиперцитокинемии, вызванной гиперстимулированной, но неэффективной иммунной реакцией** (Gritta E. Janka, 2014), в результате которой развивается СПОН (Barry Mizock, 2009) с достаточно мрачным прогнозом (Helena Trottestam, 2014). **Гемофагоцитоз не есть болезнь сама по себе, это скорее последствия неспособности иммунной системы (врожденной или приобретенной) справиться с триггером, которым в большинстве случаев является инфекционный агент** (Gritta E. Janka, 2014). Этиология синдрома связана с системными болезнями соединительной ткани, тяжелыми онкологическими заболеваниями, с широким спектром вирусных, бактериальных, грибковых, микобактериальных, рикетсиозных и протозойных инфекций, а также имеют большое значение иммунодефицитные состояния. ГФ обнаруживается во всех возрастных группах (Gritta E. Janka, 2014). Генетические формы ГФ развиваются в результате гомозиготных мутаций большого числа генов, ответственных за перфорин-опосредованный цитолитический путь вовлекаемых NK клеток и цитотоксических CD8 Т лимфоцитов (Grant S. Schulert, 2020). В последние годы первичный ГФ вышел за пределы детского возраста и с нарастающей частотой встречается у взрослых. (Gritta E. Janka, 2014). У больных с вторичным ГФ могут быть обнаружены гетерозиготные мутации в 40% случаев (Courtney Craune, 2019). Инфекционные триггеры ГФ включают бактериальные, грибковые и вирусные, среди последних отмечают COVID-19 (Violetta Opoka-Winiarska, 2020). Во время пандемии COVID-19 около 10% - 20% госпитализированных больных нуждались в переводе в отделение реанимации, в проведении ИВЛ нуждались от 3% до 10%. Летальные исходы отмечались от 2% до 5% (International Pulmonologist's consensus on COVID-19, 2020).

Цель. Изучение роли ГФ в танатогенезе больных с COVID-19.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование выраженности данного синдрома у умерших пациентов с COVID-19. Путем рандомизации методом

«последовательных номеров» с использованием генератора случайных чисел программы Matlab (версия 6.1) больные, проходившие лечение в СОКБ по поводу подтвержденной инфекции COVID-19 СОКБ, были распределены на 2 равные группы по 49 пациентов в каждой, группа выживших и группа умерших пациентов. Оценка ГФ проводилась по on-line шкале HScore (<https://www.mdcalc.com/calc/10089/hscore-reactive-hemophagocytic-syndrome>). Статистическая обработка материала проведена с использованием лицензионного пакета прикладных программ «STATISTICA – 13» (Stat Soft, США).

Результаты проведенного исследования показали, что медиана шкалы HScore в группе умерших пациентов составила 159 (123 – 178) баллов, что статистически значимо больше ($p < 0,05$), чем в группе выживших пациентов 105 (73 – 126) баллов. Сравнимые группы были сопоставимы по гендерному и возрастному составу, и параметрическим показателям. ROC анализ показал, что пороговым значением шкалы указывающим на высокую вероятность летального исхода является значение превышающее 134 балла, площадь под кривой AUC = 0,912, $p < 0,001$, чувствительность предиктора 75,5, специфичность 90,0, положительная предикативная ценность 88,1, отрицательная предикативная ценность 78,9.

Заключение. Степень выраженности ГФ является надежным предиктором летального исхода у пациентов с тяжелой инфекцией COVID-19.

ДЛИТЕЛЬНАЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ МЕМБРАННАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ: ОРГАНИЗАЦИЯ, ТРУДНОСТИ, ПУТИ РЕШЕНИЯ

Никитин Д. Ю., Хохрев Д. И., Урусов Д.А.

БУ ХМАО – Югры «Окружная клиническая больница», Ханты-Мансийск

Введение. Необходимость применения методики экстракорпоральной мембранной оксигенации (далее - ЭКМО) при рефрактерных обратимых гипоксемических состояниях приобретает в последние годы всё большую актуальность. Пиком востребованности методики можно считать период пандемии COVID-19. В это время отмечается увеличение количества процедур, расширение подразделений, где осуществлялась ЭКМО. Представлен клинический случай оказания комплекса терапии при выраженной ДН, рефрактерной гипоксемии, сепсиса у пациентки акушерского профиля с COVID-19. Случай позволяет распространять опыт введения больных с тяжёлыми и длительными формами

гипоксемии, проведения этапности респираторной терапии, особенности проведения продолжительной ЭКМО, и поэтапное отлучение от ИВЛ.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ комплекса интенсивной терапии, включая длительное ЭКМО, у акушерской пациентки с рефрактерной гипоксемией на фоне тяжелой вирусно-бактериальной пневмонии в многопрофильной клинической больнице. Пациентка «П», 31 года поступила в инфекционный госпиталь 24.10.2021. Длительность лечения в условиях «красной зоны» составила 138 суток, 135 в условиях реанимации. В итоге диагноз был сформирован следующим образом (представлен в «усечённом» виде): COVID-19, вирус идентифицирован ПЦР + 20.10.21, реинфекция ПЦР+ 28.02.2022 крайне-тяжелое течение. Осложнение: Внебольничная двусторонняя вирусно-бактериальная пневмония, тяжелое лечение. КТ 4, ОРДС. ОДН. Сепсис. Тромб НПВ. Тромбофлебит подкожной вены области локтевого сгиба справа. ТЭЛА промежуточно - низкого риска от 08.11.2021г. Острое легочное сердце. Высокая ЛГ. Пневмомедиастинум. Геморрагический цистит. Мочепузырное, почечное кровотечение. Постгеморрагическая анемия. ДВС-синдром. Гепарининдуцированная тромбоцитопения. Гемолиз, ассоциированный с ЭКМО? Правосторонний гемоторакс. Сопутствующий: Беременность 33 недель 6 дней. Внутриутробная гипоксии плода. Преждевременные оперативные 3 роды в сроке 33 недели по средством кесарева сечения. 24.10.2021 Сахарный диабет беременных. Послеродовый метроэндометрит. Операции и манипуляции: 24.10.2021 Кесарево сечение. 28.10.2021 ИВЛ. 28.10, 06.12.2021; 05.01.2022 Катетеризации центральных вен. 11.11.2021 Интубация трахеи. ИВЛ. 12.11.2021 Трахеостомия. 12.11.2021 Вено-венозное ЭКМО (89 суток). 13.11.2021 Гемодиафильтрация. 21-22.12.2021 Плазмаобмен. 17.01.2021 дренирование плевральной полости справа.

Результаты. В течении всей госпитализации проводился большой комплекс диагностических процедур. Осуществлялась этиотропная терапия, акушерско-гинекологическая тактика, антицитокиновая программа, терапия бактериальных осложнений, респираторная поддержка и ЭКМО, гемостаз и трансфузия, нутритивная поддержка, реабилитация, психологические аспекты и т.д. Длительность ЭКМО составила 89 суток. Это требовало проведения организации процесса в условиях «красной зоны», обучение персонала, проведения диагностики и коррекции осложнений. Были отмечены высокие материальные затраты.

Заключение. Необходим мультидисциплинарный подход и коллегиальность решений.

Требуется широкий диагностический поиск, готовность к осложнениям, их лечение. Время должно быть минимальное, чтоб избежать тяжелой гипоксии органов и тем самым профилактировать СПОН. Прогноз по длительности и исходу данной процедуры является неопределенным.

ЗНАЧЕНИЕ ПОСТНАГРУЗКИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ

Баишев С.Н., Урванцева И.А.

БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер
«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут

Цель. Обратить внимание клиницистов на взаимосвязь между постнагрузкой сердца и сердечным выбросом (СВ) у пациентов с кардиогенным шоком (КШ) для улучшения результатов лечения данной группы пациентов.

Материал и методы. Выполнен анализ литературы по вопросам регуляции сердечного выброса и лечения кардиогенного шока.

Результаты. С позиции клинической физиологии кровообращения выделяют следующие факторы, определяющие СВ: преднагрузка (длина мышечного волокна в конце диастолы, конечно-диастолический объем), сократимость миокарда (внутренний инотропизм), постнагрузка (напряжение миокарда при сокращении желудочка, системное и легочное сосудистое сопротивление). Взаимосвязь между преднагрузкой и СВ выражается законом Франка-Старлинга: чем больше степень растяжения миокарда притекающей кровью, тем больше сила сокращения. Изгнание крови интактным желудочком практически не страдает при умеренном изменении постнагрузки. При систолической сердечной недостаточности рост постнагрузки сопровождается выраженным снижением СВ. Как правило, постнагрузка зависит от тонуса артерий и артериол. У пациентов с КШ отмечают клинические признаки периферической вазоконстрикции, олигурию и системную артериальную гипотензию. При исследовании гемодинамического профиля наблюдают снижение СВ, повышение давления заклинивания легочной артерии и общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС). Существуют рекомендации, что применение вазопрессоров (предпочтительно норэпинефрина) может рассматриваться у пациентов с КШ, сохраняющимся на фоне

внутривенной инфузии негликозидных инотропных препаратов, для повышения АД и улучшения перфузии жизненно важных органов. Не вызывает сомнения поддержание адекватного среднего АД у пациентов с КШ, которое наилучшим образом характеризует перфузионное давление органного кровотока. Среднее АД является производным от СВ и ОПСС и может рассматриваться по аналогии с законом Ома ($V=I \times R$): $AD_{\text{сред}} \sim СВ \times ОПСС$. Следует иметь в виду, что снижение СВ будет сопровождаться уменьшением среднего АД. При этом АД может поддерживаться компенсаторным ростом ОПСС за счет вазоконстрикции артериол. Неверно уравнивать понятия АД и объем кровотока, и ориентироваться на одни лишь показатели АД: гипоперфузия тканей, проявляющаяся снижением объемного кровотока, может наблюдаться и при нормальных показателях АД на фоне вазоспазма и повышенного сопротивления сосудистого русла. При нулевом правопредсердном давлении СВ практически не связан с величиной ОПСС. По мере роста преднагрузки, в пределах нормальных величин, более высокие значения ОПСС соответствуют все более низким значениям СВ. Если при низком ОПСС увеличение преднагрузки вызывает увеличение СВ, то сочетание высокой преднагрузки с высоким ОПСС сопряжено с низким СВ на фоне декомпенсации сократительной функции.

Заключение. Для улучшения насосной функции сердца у пациентов с КШ нужно нормализовать преднагрузку, снизить постнагрузку и повысить инотропную функцию сердца. Неэффективность комбинации инотропных препаратов в терапевтических дозах не является показанием к назначению вазоконстрикторов с целью повышения среднего АД, у таких пациентов нужно рассмотреть механическую поддержку кровообращения. Повышение постнагрузки сердца вазоконстрикторами у пациентов с КШ неизбежно приведет к декомпенсации состояния.

КРИТИЧЕСКИЕ ТОЧКИ СОВРЕМЕННЫХ АСПЕКТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО СЕПСИСА

Миночкин П.И.

БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», Сургут

Введение. Ежегодно в мире 49 миллионов человек заболевает сепсисом, из них 11 миллионов умирает, это значительно превышает число смертей от онкологических или сердечно-сосудистых заболеваний (The Global Burden of Disease Report, 2020). Наиболь-

шая частота сепсиса отмечается среди детей до 5 лет. (Rudd KE and others, 2020). Педиатрический сепсис имеет частоту возникновения 2,8% среди стационарных пациентов в США и развивается как внутрибольничная инфекция до 0,7%. В Европе распространенность педиатрического сепсиса составляет 48 на 100 тыс. детского населения в год (Лекманов А.У. и др., 2021). Частота сепсиса в педиатрических отделениях реанимации составляет 8% (Cruz A.T. and others, 2020) и он способствует развитию одного летального исхода из каждых четырех (Schlapbach LJ, 2015). **Задержка в назначении антибактериальной терапии на 3 часа и более ассоциируется с повышением риска смерти почти в 4 раза** (Weiss SL and others, 2014), каждый час персистирования инфекционно-токсического шока связан с повышением шансов смерти в 2 раза и более (Davis AL and others, 2017). В настоящее время, в связи с развитием концепции «сепсис-3», педиатрический сепсис определяется как **«подозрение или уточненная инфекция и сепсис ассоциированная органная дисфункция или септический шок»** (Cruz AT and others, 2020).

Цель. Изучение протоколов педиатрического сепсиса.

Материал и методы. Поиск литературы производили в базах данных РИНЦ, Web of Science, Scopus, MedLine, The Cochrane Library, PubMed, Global Health, EMBASE, Clinicaltrials.gov по ключевым словам (сепсис, педиатрический, клинические рекомендации), было найдено 68 публикаций.

Результаты. Обнаружено, **3 протокола по педиатрическому сепсису, наиболее признаваемых специалистами во всем мире, это:** 2020 the Society of Critical Care Medicine and the European Society of Intensive Care Medicine (<https://www.sccm.org/SurvivingSepsisCampaign/Home>), American Academy of Pediatrics (AAP) и National Institute for Health and Care Excellence (NICE). **Протокол 2020 года включает весь педиатрический возраст, в том числе и период новорожденности. Протокол AAP включает недоношенных с гестационным возрастом ≤ 34 недель и новорожденных с гестационным возрастом ≥ 35 недель, в том числе доношенных. Протокол NICE рассматривает недоношенных до 37 недель как красный флажок. В остальном протоколы совпадают. В педиатрических септических протоколах имеется 2 критических точки – это подозрение на сепсис (эмпирическая антибактериальная терапия (ЭАБТ) назначается в течении 3 часов) и септический шок (ЭАБТ назначается в течении часа + стабилизация гемодинамики).** Связано это с тем, что, несмотря на определение сепсиса как сепсис ассоциированной органной дисфункции, критерии этих дисфункций остаются пока неопределенными.

С целью раннего распознавания педиатрического сепсиса используются различные шкалы раннего реагирования: PEWS (Cruz AT and others, 2020), у новорожденных NEWTT (www.barnsleyhospital.nhs.uk), в России, за исключением новорожденных, РОСРИКС (Копытова Е.В., 2018).

Заключение. У новорожденных детей имеют значение факторы риска неонатального сепсиса, к ним относят: амнионит, ПИОВ, гнилостный запах от ОПВ, длительный безводный промежуток > 24 часа (у недоношенных > 18 часов), лихорадка у матери > 38 °С, ИМВП у матери, стрептококк группы В (СГВ) в вагинальном мазке или в моче, подтвержденная инфекция СГВ у предыдущих детей (Hayes R. et al., 2023). Фактор риска в сочетании со шкалой NEWTT являются основанием для назначения ЭАБТ.

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВОБРАЩЕНИЯ

Батуев С.С., Можанова Г.А.

БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», Сургут

Введение: Широкая распространённость церебрального инсульта, высокий процент инвалидизации и смертности обуславливают высокую медицинскую и социальную значимость данного заболевания. Современные подходы к ведению больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) предусматривают широкий комплекс терапевтических и хирургических направлений терапии, включая проведение нутриционной поддержки. Одним из факторов, ухудшающих реабилитационный потенциал после инсульта, является нутритивный дефицит, который повышает риск возникновения неблагоприятных исходов у пациентов с инсультом, в связи с чем вопросы питания должны находиться в центре внимания специалистов, участвующих в проведении восстановительного лечения. Нутритивный дефицит оказывает следующее негативное влияние непосредственно на процесс восстановления пациента после инсульта: снижение степени восстановления двигательных и когнитивных функций, низкий уровень социально-бытовой адаптации и качества жизни. 50% пациентов, перенесших инсульт, имеют недостаточность питания при поступлении в реабилитационные центры. Проведение парентерального питания более трех дней чревато серьезными осложнениями вследствие отсутствия стимулирующего воздействия пищи. Во всех случаях, когда это

возможно, выбор способа нутритивной поддержки должен склоняться в сторону энтерального питания. Энтеральное питание в течение восстановительного периода инсульта преследует решение задач профилактики развития недостаточности питания и обусловленных данной недостаточностью осложнений, лечебное питание является компонентом терапии с целью улучшения ее переносимости, оказывает психологическое благоприятное воздействие – ускорение социализации и возможности возвращения к нормальному питанию.

Цель: улучшить результаты лечения больных ишемическим инсультом путем адекватной коррекции белково-энергетических потерь с помощью нутриционной терапии.

Материал и методы: исследование выполнено на основе анализа отечественных и зарубежных официальных рекомендаций, клинических исследований и других литературных источников, а также анализа пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, проходивших лечение в отделении анестезиологии и реанимации №1 в БУ «Сургутская окружная клиническая больница».

Результаты: в отделении анестезиологии и реанимации №1 Сургутской окружной клинической больницы всем пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения в первые сутки проводится скрининг питательного статуса по шкале NRS 2002. При суммарном показателе по шкале NRS 2002 менее 3 баллов определяется выраженность дисфагии. Если показатель 3 балла и более, то проводится оценка критериев питательной недостаточности. Также в первые сутки нахождения больного в стационаре оценивается глотание. В случае низкого риска аспирации решается вопрос о выборе метода нутритивной поддержки. В случае высокого риска аспирации проводится тест оценки глотания с продуктами различной плотности и объема. Когда способ нутритивной поддержки определен, рассчитывается величина основного обмена по формуле Харриса–Бенедикта или используются усредненные показатели объема субстратного обеспечения больных в зависимости от тяжести состояния. Так же проводится оценка эффективности выбранного метода и объема поддержки. Применение указанного алгоритма позволило практически полностью избежать такого осложнения инсульта, как аспирационная пневмония. Таким образом, в настоящее время имеются все возможности для проведения своевременной дифференциальной нутритивной поддержки, которая становится залогом ранней успешной реабилитации пациентов, перенесших ОНМК.

Заключение: приведены практические рекомендации по диагностике и коррекции нутритивной недостаточности пациентов с ОНМК, согласно отечественным и зарубежным данным, а также опыта лечения пациентов в отделении анестезиологии и реанимации №1 в БУ «Сургутская окружная клиническая больница».

ОПЫТ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Шашмулин Е.Д., Сатинов А.В., Брюхов А.Н.

БУ ХМАО-Югры «Нижневартовская окружная клиническая больница», Нижневартовск

Цель: проанализировать и обобщить опыт анестезиологического обеспечения пациентов, оперированных по поводу морбидного ожирения.

Материал и методы: анализ историй болезни, анестезиологических карт, протоколов течения общей анестезии у 271 пациента, которым были проведены бариатрические операции. Ожирение – хроническое заболевание, гетерогенное по этиологии и клиническим проявлениям, прогрессирующее в естественном течении, характеризующееся избыточным отложением жировой массы в организме. Морбидное ожирение – избыточное отложение жировой массы с ИМТ ≥ 40 кг/м² или с ИМТ ≥ 35 кг/м² при наличии серьезных осложнений, связанных с ожирением. Один из эффективных методов лечения – бариатрическая хирургия. В Нижневартовске данным видом оперативного лечения занимается хирургическое отделение №3 НОКБ. Проанализирован 271 клинический случай, где большую часть составили продольные резекции желудка (81%) и операции минигастрошунтирования 14%. Выведен портрет «среднего пациента», с учетом возраста, пола, степени ожирения, наличия сопутствующей патологии и имеющихся осложнений. Возрастная структура такова: большая часть пациентов – это люди трудоспособного возраста до 60 лет, при том большее количество пациентов в возрастной группе 31-40 лет. Исходный ИМТ 35 – 50 кг/м². Структура имеющихся у пациентов до операции заболеваний: у 26% пациентов уже был диагностирован ИМ 2 типа, у 46% диагностирована ГБ. Предоперационные анестезиологические риски рассчитывались по шкале ASA, основная группа пациентов соответствовала II (71%) и III (20%) классам. Трудность интубации оценивалась по шкале Mallampati, большая часть пациентов имела предикторы трудной интубации, III класс 49%, IV класс 10%. Итак, «средний

пациент», оперировавшийся у нас по поводу ожирения, был трудоспособного возраста, имел ИМТ 35-50 кг/м², в 50% случаев имел осложнения, связанные с ожирением, и имел «трудный дыхательный путь». Большая часть анестезий была проведена ингаляционными анестетиками Севофлюран 71% и Десфлюран 5%, значительное количество анестезий было проведено внутривенными анестетиками: Пропофол 27% и Мидазолам 7%.

Результаты: проанализировано среднее время пробуждения пациента после операции в зависимости от использования различных анестетиков, где наглядно видно, что использование ингаляционной анестезии Севофлюраном (11 минут до пробуждения), Десфлюраном (6 минут до пробуждения) дает возможность ранней активизации пациента, в то время как применение внутривенных Пропофола (26 минут до пробуждения), Мидазолама (58 минут до пробуждения) сопровождалось большей частотой госпитализаций данных пациентов в ОАР для «пробуждения» и необходимостью наблюдения.

Заключение: выводы, к которым мы пришли в нашей небольшой аналитической работе, не отличаются от таковых, принятых во всем мире. Пациенты данной группы требуют все-стороннего мультидисциплинарного подхода перед операцией. Переход на ингаляционные анестетики свел к минимуму госпитализации данных пациентов в ОАР, а соответственно и уменьшился риск перекрестного инфицирования, инфекционных осложнений. Новый ингаляционный анестетик Десфлюран должен стать «стандартом анестезии» у данной группы больных, в силу своих положительных качеств в плане скорости выхода из наркоза, ранней активизации пациентов.

ОСТРЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ВЗРОСЛЫХ

Яллыев М.Б., Можанова Г.А.

БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», Сургут

Введение: по последним данным, численность больных сахарным диабетом (СД) в мире за последние 10 лет увеличилась более, чем в 2 раза, и к концу 2021 года превысила 537 млн человек. Согласно прогнозам Международной диабетической федерации к 2030 году СД будет страдать 643 млн человек, а к 2045 году - 783 млн человек. Острые осложнения сахарного диабета остаются важными причинами заболеваемости и смертности среди пациентов с диабетом, несмотря на хорошо разработанные диагностические критерии и протоколы лечения.

Наиболее распространенным видом среди острых осложнений сахарного диабета (СД) является диабетический кетоацидоз (ДКА), который характеризуется гипергликемией и накоплением кетоновых тел. Намного реже встречается гиперосмолярное гипергликемическое состояние (ГГС) с показателями гликемии более 35 ммоль/л, высокой осмолярностью плазмы и резко выраженной дегидратацией в отсутствии кетоновых тел. В клинической практике чаще всего встречается сочетание данных видов осложнений в виде ДКА с гиперосмолярным синдромом, так же может встречаться лактоацидоз изолированно или в сочетании с другими острыми осложнениями СД.

Цель: изучить особенности введения пациентов с острыми осложнениями СД.

Материал и методы: исследование выполнено на основе анализа отечественных и зарубежных официальных рекомендаций, клинических исследований и других литературных источников, а также анализа пациентов с острыми осложнениями СД, проходивших лечение в отделении анестезиологии и реанимации №1 в БУ «Сургутская окружная клиническая больница».

Результаты: Своевременная диагностика, всесторонняя клиническая и биохимическая оценка и эффективное лечение являются ключом к успешному разрешению острых осложнений СД. Основные компоненты лечения включают: адекватную инфузионную терапию, инсулинотерапию, коррекцию метаболических и водно-электролитных нарушений наряду с непрерывным мониторингом параметров пациента с использованием доступных лабораторных и инструментальных методов исследования для прогнозирования возможных осложнений, а также разрешения неотложного состояния при СД. Понимание и быстрое осознание потенциальных особых ситуаций, таких как проявление ДКА или ГГС в коматозном состоянии, возможность смешанных кислотно-щелочных расстройств, затрудняющих диагностику ДКА, и риск отека мозга во время терапии важны для снижения риска осложнений. Выявление факторов, провоцирующих острые осложнения СД во время госпитализации, позволит предотвратить последующие эпизоды.

Заключение: приведены практические рекомендации ведения пациентов с острыми осложнениями СД, согласно отечественной и зарубежной литературе, а также опыта лечения пациентов в отделении анестезиологии и реанимации №1 в БУ «Сургутская окружная клиническая больница».

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВотоКА В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА (ИИ)

Смертина Л.П., Мовсумов В.З.

БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», Сургут

Цель: оценить эффективность ультразвуковых методов исследования церебрального кровотока в острый период ишемического инсульта (ИИ).

Материал и методы. Проанализировано 176 истории болезней пациентов неврологического отделения с острым нарушением мозгового кровообращения Сургутской окружной клинической больницы, из них лично осмотрено 97 пациентов.

Результаты. ТКДГ удалось применить только у 18% (33 пациента). В 82% случаев (143 пациента) ТКДГ не удалось провести, в связи с непроницаемостью височного «УЗ-окна» из-за повышенной плотности костной ткани. ТКДГ информативно в 10,2%, у 18 пациентов кровотока в СМА не был обнаружен. ЦДК БЦС используется для подтверждения достоверного атеротромботического подтипа ИИ случаях, при исключении факторов риска кардиогенной эмболии. Из 7 пациентов с полушарной симптоматикой в рамки «24 часового «терапевтического окна» попало 5 пациентов, им была проведена КТ-ангиография сосудов головного мозга. По данным КТ-ангиография сосудов головного, окклюзия проксимального (M1) сегмента средней мозговой артерии была обнаружена у 3 пациентов. Был поставлен вопрос о возможном проведении тромбоэкстракции, проведена консультация с рентгенхирургами отделения рентген-эндоваскулярной диагностики и лечения. Тромбоэкстракция проведена 3 пациентам. Системный тромболизис не проводился, т.к. все пациенты на этапе приемного отделения СОКБ находились за рамками 4,5 часового «терапевтического окна»

Заключение. ТКДГ информативно в 10,2% случаев, у 18 пациентов кровотока в СМА не был обнаружен. ЦДК БЦС в 32,9% случаях (58 пациентов) выявило гемодинамически значимый стеноз БЦА более 50%; ТКДГ и ЦДК БЦС взаимодополняют друг друга: у 72,2% (13 из 18) пациентов с отсутствующим кровотоком в СМА, по ЦДК БЦС был выявлен гемодинамически значимый стеноз ВСА и ОСА; клинико-диагностическое значение ТКДГ: пациентам с отсутствующим кровотоком в СМА, необходимо провести КТ-ангиографию сосудов головного мозга для решения вопроса о проведении тромбоэкстракции.

Клинико-диагностическое значение ЦДК БЦС: можно определить достоверный атеротромботический подтип ишемического инсульта, а также позволяет определить показания для проведения эндартерэктомии или стентирования БЦА по результатам консультации сосудистого хирурга.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ АНЕСТЕЗИОЛОГО-РЕАНИМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА В ХМАО – ЮГРЕ

Урусов Д.А., Никитин Д.Ю., Показаньев П.Ю.

БУ ХМАО – Югры «Окружная клиническая больница», Ханты-Мансийск

Введение. Начало развития службы трансплантации органов в ХМАО-Югре, как и во многих других Центрах РФ происходило через становление родственной трансплантации почек, затем – кадаверных печени и сердца. Этому предшествовало обучение специалистов на базе отечественных и зарубежных клиник. Все потенциальные доноры и реципиенты сердца на всех этапах лечения обсуждались с коллегами из ФГБУ НМИЦ ТИО им. В.И. Шумакова.

Цель. Представление клинического опыта анестезиологического обеспечения операций по трансплантации сердца.

Материал и методы. Собраны, проанализированы и представленные клинические, анамнестические, инструментальные и лабораторные данные пациентов, перенесших трансплантацию сердца.

Результаты. Первая в ХМАО-Югре ортотопическая пересадка сердца была выполнена 12 февраля 2021 года, а 22 мая 2021 года и 28 декабря 2022 года – две последующие трансплантации. Возраст реципиентов 59, 49 и 64 года соответственно. Два пациента имели кардиомиопатию вследствие перенесенных инфарктов миокарда, один – дилатационную кардиомиопатию на фоне гипертонической болезни и нарушений ритма. Фракция выброса левого желудочка исходно у всех пациентов колебалась от 24 до 13%. Все трое пациентов принимали антикоагулянтную и антитромбоцитарную терапию (тикагре-лор, ривароксабан и клопидогрел соответственно) непосредственно накануне операции. Характеристики трансплантатов: в двух случаях имел место диффузный гипокинез с фракцией выброса левого желудочка 44% (кардиомиопатия Такоцубо) и гипертрофией левого желудочка с толщиной МЖП 14 мм, в одном случае – фракция выброса левого

желудочка составляла 52% и толщина МЖП 15 мм. Выбор анестезиологического пособия в пользу сбалансированной анестезии (севофлуран + фентанил) с искусственной вентиляцией легких. Осуществлялся мониторинг ЭКГ, SpO₂, иАД, иЦВД, ДЛА, температуры. Искусственное кровообращение проводилось в режиме умеренной гипотермии 32°C в течении 129, 157 и 130 минут соответственно. Ишемия трансплантата составила 97, 105 и 290 минут. Во всех случаях интраоперационно начиналась иммуносупрессивная терапия базиликсимаб + метилпреднизолон. Инотропная и вазопрессорная поддержка осуществлялась добутамином, эпинефрином и норэпинефрином. Средний инотропный индекс к окончанию операции составил 23, 70 и 90 соответственно. У всех пациентов осуществлялся тщательный хирургический гемостаз, с учетом приема антитромбоцитарной терапии, проводилась трансфузия тромбоконцентрата и криопреципитата, назначались антифибринолитики, контроль гемостаза проводился тромбоэластографией. Продолжительность анестезии 365, 340 и 295 минут. В отделении реанимации была продолжена интенсивная терапия. Экстубация через 18, 32 и 96 часов соответственно. Продолжительность инотропной поддержки 3-5 суток, в последнем случае потребовалось подключение вено-артериальной экстракорпоральной мембранной оксигенации вследствие выраженной сердечной недостаточности. Время нахождения в палате реанимации – 3,5, 4,5 и 10 суток соответственно. На вторые сутки нахождения в реанимации все пациенты были осмотрены физиотерапевтом, определен реабилитационный потенциал и назначены реабилитационные мероприятия и индивидуальные занятия лечебной физкультурой.

Заключение. Таким образом, пациенты после трансплантации сердца являются категорией серьезных и тяжелых больных, имеющих экстренный характер (операции проводятся зачастую ночью, прием антикоагулянтов и антиагрегантов за короткий промежуток перед операцией, «полный желудок» и т.п), требующих пристального внимания и специальной подготовки анестезиолога-реаниматолога. Также хочется отметить, что необходима постоянная готовность к любому развитию событий, возникновению осложнений, их профилактике и устранению. Мультидисциплинарный подход к лечению данной категории пациентов оправдан и способствует минимизации количества осложнений, их своевременному выявлению и устранению.

ПОСТОЯННЫЕ ПЛЕВРАЛЬНЫЕ КАТЕТЕРЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПЛЕВРАЛЬНЫХ ВЫПОТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Сивков О.Г., Силин И.А.

БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер
«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут

Введение. Наиболее частой причиной рефрактерных плевральных выпотов (ПВ) является хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Основным методом лечения таких ПВ является торакоцентез, однако у значительного количества пациентов ПВ очень быстро возвращается. Поиск оптимальных методов долгосрочной коррекции ПВ является актуальной проблемой.

Цель. Оптимизация методов коррекции ПВ при ХСН.

Материал и методы. Проведен поиск литературы посвященной тематике лечения ПВ при ХСН в поисковых системах PubMed, Scopus и Web of Science. Результаты. ХСН осложняется ПВ примерно в 70% случаев. Развитие ПВ указывает на то, что произошло резкое изменение в клиническом статусе пациента, или на то, что программа лечения ХСН требует пересмотра. ПВ чаще развивается в правой плевральной полости, но может быть и в левой, и двухсторонним. Патогенез развития ПВ при ХСН определяется повышенным перемещением жидкости из париетальных плевральных капилляров в плевральную полость за счет повышения капиллярного давления вследствие повышенного давления венозного возврата, которое так же препятствует оттоку жидкости из плевральной полости по лимфатической системе. Большинство ПВ, связанных с ХСН, представляют собой транссудаты, но в 20–25% случаев наблюдаются повышенные уровни белка и лактатдегидрогеназы, что позволяет предположить экссудативный процесс. Расчета градиента альбумина сыворотки крови к альбумину плевральной жидкости или измерения NT-proBNP в плевральной жидкости позволяют провести дифференциальную диагностику между ними. Градиент альбумина более 1,2 г/дл предполагает, что жидкость представляет собой транссудат. Небольшое количество ПВ становятся рефрактерными к терапии по некоторым данным время дожития у таких пациентов от 3,5 месяцев до 1 года. Введение талька или его суспензии с помощью торакоскопии в плевральную полость в настоящее время является стандартным методом лечения злокачественного ПВ. Альтернативой

этому лечению является использование постоянных плевральных катетеров (ППК) с целью ограничения дальнейшего поражения органов мишеней и смягчения симптомов, связанных с гидротораксом, и, в некоторых случаях, достижения устойчивой ремиссии с удалением плеврального дренажа (спонтанного плевродеза). Прогнозируемый высокий риск инфекционных осложнений при ППК у пациентов с ХСН, особенно у пациентов, потенциально пригодных для трансплантации сердца не оправдался. В одном из исследований, сравнивающих эти два метода говорится о том, что уровень смертности в группе с введением талька был 5%, а в когорте ППС - 0%, хотя результаты не достигли статистической значимости. В целом в существующих исследованиях говорится о том, что нет никакой разницы по частоте повторных хирургических вмешательств, а общая частота спонтанного плевродеза составила 44%. Среднее время до удаления катетера было значительно короче в группе с тальковой пудрой по сравнению с группой ППС (11,5 против 66 дней). Существуют единичные сообщения о развитии инфекционных осложнениях у пациентов с ППС, которые были успешно купированы назначением антибиотиков.

Заключение. ППС хорошо переносится пациентом и является вариантом лечения пациентов с ХСН с рефрактерным ПВ. Опасения по поводу инфекции плевральной полости не подтверждены в самых последних опубликованных данных по этой теме, хотя следует проявлять осторожность у пациентов, потенциально подходящих для трансплантации сердца.

СЕКЦИЯ «КАРДИОЛОГИЯ»

АКТУАЛЬНОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПЕРИОД РЕАБИЛИТАЦИИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Евченко И.В., Золотенкова О.М., Абайдулина О.Р., Рагимова Э.Ф.

БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер
«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут

Введение. Факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний достаточно много, но в последние годы на первое место выдвинуты психоэмоциональный и психосоциальный стресс. Длительное сохранение тревожно-депрессивного состояния, доказано, способствует развитию сердечно-сосудистых заболеваний. Также одновременно с этим можно наблюдать и появление психоэмоциональных расстройств, развившихся на фоне сердечно-сосудистых заболеваний, которые не только осложняют течение и терапию этого заболевания, но и сокращают продолжительность жизни пациентов.

Цель – своевременное определение наличия психогенных реакций. Это, с одной стороны, дает возможность учитывать полученные результаты при разработке программ реабилитации пациентов, в частности для адекватной коррекции психоэмоциональных нарушений, с другой стороны помогает в выстраивании продуктивных отношений врач-пациент.

Материалы и методы. В Окружном кардиологическом диспансере «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» города Сургута, в стационарном отделении медицинской реабилитации взрослых для пациентов с соматическими заболеваниями активно используются методы медико-психологического сопровождения пациентов, находившихся на реабилитации после оперативной коррекции патологии сердечно-сосудистой системы. Со всеми пациентами при поступлении в отделение проводились первичные клинические беседы с медицинским психологом в рамках кризисной интервенции. Их целью являлось определение психоэмоционального и когнитивного статуса пациента, а также склонности пациентов к тревожно-депрессивным состояниям личности, диагностики приверженности к лечению, исследование внутренней картины болезни (ВКБ). Также по запросу пациентов

и лечащих докторов проводились психологические консультации как с пациентами, так и с родственниками с целью стабилизации психоэмоционального состояния, переосмысления опыта боления и формирования экологичного, здоровьесберегающего отношения к собственному здоровью как жизненной ценности. В ходе психологической работы нами были выделены психологические и психосоциальные факторы, которые значительно снижали мотивацию к лечению и восстановлению: переживание утраты здоровья, склонность к танатофобии (страх смерти), состояния острого горя, отсроченного горя, утрата отношений (в т.ч. развод), утрата финансово-экономической стабильности, нарушение базовой потребности в безопасности (политическая обстановка в стране и в мире), утрата работы, выход на пенсию, рабочие стрессы и пр. Целью психологических консультаций являлось снижение остроты эмоционального реагирования на травматическое событие, обретение контроля над ситуацией, обращение к своим внутренним и внешним ресурсам, переосмысление отношения к здоровью, болезни.

Результат психологической деятельности – повышение мотивации к достижению успешных результатов восстановительного лечения. Выстраивая таким образом послеоперационный реабилитационный этап, пациент совершает существенные шаги по приближению к новой жизненной реальности не борьбы с болезнью «до победного конца», а гармоничного сосуществования с хроническим заболеванием.

АНАЛИЗ РЕГИСТРА ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ: ФОКУС НА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Бадамшина Л.Ф.¹, Воробьев А.С.², Кашталап В.В.³, Кудрявцева О.В.¹, Астраханцева И.Д.¹, Урванцева И.А.²

¹БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер

«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут

²БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», Сургут

³ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем

сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово

Цель. Оценить клиничко-anamnesticheskie показатели, эффективность липидснижающей терапии и приверженность к гиполипидемической терапии у пациентов, имеющих высокий и очень высокий СС-риск по данным локального липидного регистра кабинета нарушений липидного обмена (НЛО).

Материал и методы. в исследование были включены 151 пациент, которые в зависимости от сердечно-сосудистого риска распределены в два регистра: регистр пациентов с высоким СС-риском (семейной гиперхолестеринемией (СГХС)) 44 пациента, в регистр пациентов с очень высоким СС-риском (**АССЗ**- атеросклеротическое сердечно-сосудистое заболевание) 107 человек. Вышеуказанные данные представлены по результатам амбулаторного приема кардиолога-липидолога, аналитического исследования («локальный липидный регистр»), проведенного в период с февраля 2021 по октябрь 2022г на базе консультативного отделения ОКД, Сургут, Россия.

Результаты. Гиперлипидемия наблюдается преимущественно у мужчин, в возрасте 48 [41; 56] лет в группе СГХС и 60 [54; 65] лет в группе АССЗ. Гипертоническую болезнь (ГБ) имели 96% в группе АССЗ и 55% в группе с СГХС, ожирение у 50% в группе с СГХС, 80% в группе АССЗ. На первичном приеме значительные НЛО имели пациенты с СГХС, средний показатель холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛНП) на момент обращения в липидный кабинет составлял 6 ммоль/л, а триглицеридов 3,5 ммоль/л. 90% пациентов принимали терапию статинами в максимально переносимой дозе, из них комбинированная высокоинтенсивная терапия была рекомендована 49% пациентам очень высокого ССР, 25% пациентам высокого ССР. Достижение целевых значений ХС-ЛНП наблюдалось у 29% пациентов в группе СГХС, у 21% пациентов в группе АССЗ. Лечение пациентов с добавлением высокоэффективного иPCSK9 позволило уменьшить уровни ХС-ЛНП на 57% от исходного, достижение целевых показателей ХС-ЛНП наблюдалось у 57% пациентов.

Заключение. Таким образом, проанализировав клиничко-anamнестические данные пациентов из двух регистров, установлено, что гиперлипидемия с распространенными факторами риска ССЗ наблюдалась преимущественно у мужчин в среднего возраста. Выраженные НЛО встречались у пациентов, находящихся в регистре СГХС. Комплаентность пациентов к терапии статинами сохраняется на низком уровне, пациенты самостоятельно меняли режимы терапии, заменяли высокоэффективный розувастатин на аторвастатин в меньшей дозе, отказывались от приема эзетимиба (по финансовым соображениям). Назначение гиполипидемических препаратов из группы иPCSK9 позволяло высокоэффективно, безопасно, в короткие сроки достичь целевых значений ХС-ЛНП.

БУДНИ РЕГИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА УПРАВЛЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ РИСКАМИ

Кудрявцева О.В., Руденко А.В., Поджаров Н.Н., Бродская М.С., Капаклы В.В., Варданян Р.А.,

Абдулвахабова И.В., Плесовских А.Л., Бадамшина Л.Ф., Сулейманов Р.Р.

БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер

«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут

Введение. С 2019 года в Российской Федерации взят курс на новую модель специализированной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях (далее – ССЗ) – систему управления сердечно-сосудистыми рисками – с целью мобилизации ресурсов для снижения темпов сердечно-сосудистой смертности в стране. Приказом Департамента здравоохранения Югры №1664 от 19 ноября 2020 года утверждены Положение, структура и зоны ответственности Центров управления рисками в Югре. Центр управления рисками №1 (далее – ЦУР) базируется в кардиодиспансере г. Сургут.

Материал и методы. На функциональной основе в консультативном отделении в составе ЦУР работают 5 специализированных кабинетов для пациентов с дислипидемиями, хронической сердечной недостаточностью (далее – ХСН), резистентной артериальной гипертензией, антикоагулянтный кабинет и кабинет диагностики одного дня для пациентов высокого сердечно-сосудистого риска. Фактически упорядочены исторически сложившиеся направления деятельности: кабинет липидного обмена с 2003 года; ангионеврологический кабинет с 2010 года; липидный центр с 2016 года; кабинет ХСН с 2019 года.

Результаты. В реальной практике массовый поток пациентов сосредоточен в кабинете ХСН, липидном центре и в кабинете диагностики одного дня.

В кабинете ХСН работает 3 врача, 2 медицинские сестры. Практикуем преемственность – принимаем больных с ХСН после выписки; консультируем по внешним направлениям. Наиболее тяжелых больных обследуем по диагностике одного дня. Регистр ХСН насчитывает 429 записей, из них 128 исключено из наблюдения (по причине смерти – 78 человек). Под наблюдением 301 больной, преобладает ХСНнФВ (81%). Из группы с ХСНнФВ Юперии получают 84%, Форсига 82%, бета-блокаторы 90%, АМКР 86%. На квадротерапии 80% больных.

В антикоагулянтном кабинете на учете 106 человек (с клапанными протезами, окклюдерами ушка левого предсердия), из них 50 – после гибридных и торакоскопических операций.

Таблица 1 – Итоги работы основных кабинетов ЦУР в период 2021-2023гг.

Основные потоки больных в ЦУР	Консультации
Кабинет ХСН	2925
Липидный центр, в т.ч.	25228
– консультации липидолога	9575
– консультации ангионевролога	15653
Кабинет диагностики одного дня, в т.ч.	5919
– иногородние пациенты	3083
– пациенты приемного отделения	1747
– пациенты ХСН по диагностике одного дня	1089
ИТОГО	34072

В кабинете резистентной АГ в регистре состоит 56 человек. Протестирована пилотная программа МТС-контроль АД: у 47% изменили лечение, 32% получили неотложную помощь.

В липидном центре ведем 3 регистра (семейной гиперхолестеринемии, пациентов высокориска с недостижением ЦУЛПНП, регистр динамического ангионеврологического наблюдения пациентов со стенозами внутренних сонных артерий >40%). Общее число наблюдаемых в регистрах липидного центра 650 человек.

Выводы. В период 2021-7 мес 2023 года в ЦУР кардиодиспансера осмотрено более 34 тысяч человек, из них под диспансерным наблюдением находятся 1113 пациентов. Оказана методическая помощь в организации двух новых кабинетов ХСН в округе. Новая система ЦУР стала будничной для кардиодиспансера, позволяет оптимизировать доступность, качество и преемственность оказания медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях населению.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЛЬЦИНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ РЕТРОСПЕКТИВНОМ АНАЛИЗЕ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Мельников Н.Н., Давыдов А.В.

ГАОУ ТО «Областная Больница № 19», Тюмень

Цель. Изучить возможности искусственного интеллекта (ИИ) в отборе пациентов для коронарографии по средствам компьютерной томографии (КТ) на основе ретроспективного анализа КТ органов грудной клетки (ОГК).

Материал и методы. Исследование включало 197 пациентов прошедших КТ ОГК, исследование выполнялось по программе скрининга рака легкого. Для выявления и оценки коронарного кальциноза был произведен ретроспективный анализ КТ ОГК с помощью ИИ. Пациенты были разделены на группы в зависимости от степени выраженности кальциноза по шкале CAC-DRS. Далее больным с высокими значениями кальциноза коронарных артерий на амбулаторном этапе проводилась КТ коронарография с оценкой степени стеноза коронарных артерий.

Результаты. У 57 человека были выявленные высокие показатели кальциноза коронарных артерий. 27 пациентов имели умеренные значения кальциноза. У 43 пациентов коронарный кальциноз оценен как незначительный. У 68 человек ИИ не выявил кальциноза коронарных артерий. Двое обследуемых стентированы – у них оценка кальциноза не производилась. 15 пациентам вторым этапом была проведена КТ коронарография и у 13 человек из них были подтверждены значимые стенозы коронарных артерий (более 50%). 2 пациента имели атеросклеротическое поражение без значимого сужения просвета коронарных артерий.

Заключение. ИИ при ретроспективном анализе КТ органов грудной клетки позволяет провести оценку кальциноза коронарных артерий. Кальциноз коронарных артерий чаще всего коррелирует с наличием атеросклероза коронарных артерий. Количественная оценка индекса коронарного кальция по данным CAC-DRS проста в использовании и позволяет провести отбор на коронарографию.

ДИАГНОСТИКА ОДНОГО ДНЯ – ИНСТРУМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ

Кудрявцева О.В., Ратушная Е.А., Бродская М.С., Капаклы В.В., Кашапова Т.А.,

Ахметова И.М., Гунченко Н.Д., Григорян Е.Г., Федорова Т.В., Сулейманов Р.Р.

БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер

«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут

Введение. В структуре общей заболеваемости населения автономного округа болезни системы кровообращения (далее – БСК) в 2022 году на 1 месте – 15,6%. Смертность от БСК пока выше целевого показателя регионального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» на 6,8% (255,2 и 238,9 на 100 тыс. населения, соответственно). В связи с этим представляется актуальной бережливая практика

быстрой и доступной консультативно-диагностической помощи целевым группам пациентов с БСК, реализованная в кардиодиспансере г. Сургут.

Цель. Показать результаты проекта диагностики одного дня (далее – ДОД) регионального центра управления рисками кардиодиспансера г. Сургут как инструмента, приближающего специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь (далее – ВМП) к жителям отдаленных территорий округа и больным высокого сердечно-сосудистого риска.

Материал и методы. Проект диагностики одного дня (консультации специалистов и функциональная диагностика) работает в кардиодиспансере с 2011 года. С 2022 года к ДОД добавили пациентов по направлению приемного отделения (в случае отсутствия показаний к экстренной госпитализации) и кабинета хронической сердечной недостаточности. Региональный охват расширили до 13-ти муниципальных образований.

Результаты. Ежегодно ДОД проходят более 1900 пациентов. На примере 7 месяцев 2023 года иллюстрируем структуру ДОД по БСК и показаниям к плановой специализированной и высокотехнологичной стационарной медицинской помощи (таблица 1). В соответствии с данными таблицы №1 прослеживается очевидное преобладание пациентов с ХСН – 47%, АГ – 18%, ИБС – 11%, нарушениями ритма сердца (далее – НРС) – 8%. В это же время в структуре госпитализаций лидирует ИБС – 4% от общего количества пациентов ДОД, на втором месте НРС и ХСН – по 1%. Нозологические группы с наибольшей выборкой для стационарного этапа – пациенты с приобретенными пороками сердца (далее – ППС) – 39% от осмотренных больных с ППС, ИБС – 32%, болезни сосудов (стенозирующий атеросклероз брахиоцефальных артерий) – 29%, ВПС – 25% и НРС – 8% от всего числа осмотренных с данной патологией.

Таблица 1 - Нозологическая структура пациентов ДОД за 7 мес. 2023 года

Нозология	ДОД округ	ДОД каб. ХСН	ДОД приемное отделение	Госпитализации	Уд. вес госпитализаций
ИБС	207	–	53	83	32%
АГ	338	–	68	1	0%
Приобретенные пороки	17	–	1	7	39%
ВПС у взрослых	9	–	3	3	25%
Нарушения ритма	146	–	143	22	8%

Болезни сосудов	5	-	2	2	29%
КМП и болезни перикарда	8	-	1	-	-
Дислипидемии	14	-	-	-	0%
ХСН	7	889	12	24	3%
ИТОГО	751	889	283	142	7%

Заключение. За 12-летнюю историю проекта диагностику одного дня провели для 12301 пациента, на стационарный этап и ВМП направили 1639 человек – 13% (каждый 7-й). Сохраняя практику ДОД, мы исходим из уверенности, что доступность специализированной медицинской помощи способствует управлению рисками сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, поддерживает статус округа как субъекта с низким уровнем смертности от БСК.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МСКТ-КАГ КАК МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ СТЕНОЗОВ КА У ПАЦИЕНТОВ С ОКС И НИЗКИМ РИСКОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА

Затолоцкая Ю.И., Сеитов А.А., Османова Н.Б., Беляева Е.Э.

БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер

«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут

Введение. В основе развития ИБС в большинстве случаев лежит атеросклеротическое поражение коронарных артерий. Обычно ИБС клинически проявляется при наличии не менее 50% стенозирования коронарных артерий. Только у 50-75% больных за несколько дней или недель до развития инфаркта миокарда отмечаются нестабильная стенокардия либо неопределенный дискомфорт в грудной клетке, чувство нехватки воздуха, слабость. У оставшихся 25-50% больных инфаркт миокарда является дебютом заболевания. У пациентов с ОКС и низким риском неблагоприятного исхода (молодые пациенты без значимых изменений на ЭКГ, без сопутствующей патологии) МСКТ-КАГ играет роль в диф. диагностики болевого синдрома и в дальнейшем решении вопроса о целесообразности проведения КАГ.

Цель. Анализ данных МСКТ-КАГ у больных с ОКС и низким риском неблагоприятного исхода.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 154 историй болезни пациентов, которые поступили в КО с ПРИТ для лечения больных с ОКС (ПСО) №1 с ОКС и

низким риском неблагоприятного исхода. Всем пациентам была выполнена МСКТ-КАГ и в дальнейшем определены показания для проведения КАГ.

Результаты. Из 154 пациентов, которым была проведена МСКТ-КАГ, у 62 (40,3%) были выявлены значимые стенозы коронарных артерий (более 70%). В последующем данным пациентам была проведена КАГ, по результатам которой в 100% случае выполнено ЧКВ КА.

Заключение. МСКТ-КАГ является методом диагностики коронарной недостаточности, обладающим высокой достоверностью и информативностью, незначительной лучевой нагрузкой, малоинвазивной техникой выполнения. Также с помощью данного метода проводится отбор пациентов для проведения КАГ и решения вопроса о реваскуляризации миокарда, что в свою очередь, сокращает время нахождения в стационаре пациентов без значимых стенозов, уменьшает нагрузку на отделение ОРМХДил.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ДИАГНОСТИКА СТЕНОЗА ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ, ВЫЗВАННОГО ФИБРОМУСКУЛЯРНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ

Злобина М.В., Соколов А.А.

НИИ кардиологии Томского НИМЦ РАН, Томск

Введение. Фибромускулярная дисплазия (ФМД) представляет собой идиопатическое, не атеросклеротическое, не воспалительное поражение артерий, выявляемое преимущественно у молодых женщин. Наиболее распространенная локализация – почечные артерии и экстракраниальные отделы сонных и позвоночных артерий. Артериальная гипертензия является наиболее распространенным проявлением ФМД почечной артерии.

Цель. Представление клинического случая ФМД.

Результаты. У 21-летней пациентки без отягощенного семейного анамнеза с 2017 г. развилась артериальная гипертензия (АГ) с максимальным АД до 170/100 мм рт. ст., молодая женщина адаптирована к 120/80 мм рт. ст. Пациентка наблюдалась в поликлинике по месту жительства. Было проведено УЗИ почек, Эхо-КГ и ЭКГ без патологии. В 2020г поступила в НИИ кардиологии с жалобами на повышения АД до 180/110 мм рт. ст. Учитывая молодой возраст и недостаточную эффективность консервативной терапии, проводилось обследование для выявления причин данной патологии. Эндокринный генез АГ исключен.

По данным Эхо-КГ патологии не выявлено. При проведении УЗДГ почечных артерий был выявлен гемодинамически значимый стеноз (более 75 %) правой почечной артерии, прямые и периферические признаки стеноза. По сцинтиграфии от 2020 г. обнаружено снижение секреторно-экскреторной функции правой почки, функция левой почки сохранена, кист и конкрементов не выявлено. Была выполнена ангиография почечных артерий, при которой отмечалось сужение правой почечной артерии до 90%, типичное для фиброзно-мышечной дисплазии. При обследовании артерий других бассейнов (УЗИ брахиоцефальных артерий, чревного ствола и верхней брыжеечной артерии, магнитно-резонансная томография головного мозга и интракраниальных артерий) патологии не выявлено. Больной проведена транслюминальная баллонная ангиопластика (ТБА) правой ПА. Вмешательство прошло без осложнений. Больной назначена антиагрегантная терапия. По данным УЗДГ почечных артерий – картина восстановленного кровотока в правой ПА. При нефросцинтиграфии почек отмечалась положительная динамика в виде улучшения параметров почечного кровотока правой почки и ее фильтрационной и экскреторной функции. Больной рекомендованы контроль АД, наблюдение кардиолога, нефролога, контроль уровня креатинина крови, проведение УЗИ почек и ПА 1 раз в 6 месяцев в течение 2 лет, далее ежегодно. В течение 3 лет у пациентки уровень АД сохраняется в пределах нормальных значений. Длительная диагностика заболевания может привести к ухудшению качества жизни и неблагоприятным исходам, таким как плохо контролируемая гипертензия и ее последствия, ТИА, инсульт, диссекция или разрыв аневризмы. Следует отметить, что ФМД может быть обнаружена случайно, когда визуализация выполняется по другим причинам или когда слышен систолический шум при аускультации артерий у бессимптомного пациента без классических факторов риска атеросклероза. По современным рекомендациям пациентам со стенозом почечных артерий при ФМД для лечения гипертонии показано эндоваскулярное лечение, которое дает хороший эффект в улучшении качества жизни.

Заключение. Эндоваскулярный метод лечения имеет большую практическую значимость при лечении ФМД. Также успех лечения ФМД зависит от ранней диагностики заболевания.

ЛЕЧЕНИЕ ГИПОНАТРИЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Сивков О.Г., Франц М.В.

БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер
«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут

Введение. Гипонатриемия (ГН) (натрий крови < 135 ммоль/л) обычно возникает при декомпенсации хронической сердечной недостаточности (ХСН), особенно у пациентов с гипергидротацией. Симптомы обычно слабо выражены, но при резком снижении уровня натрия в сыворотке может развиваться ГН энцефалопатия. Крайне важно различать дилуционную ГН, при которой необходимо стимулировать выделение свободной воды, и истощающую гипонатриемию ГН, при которой необходимо введение физиологического раствора. Неправильная коррекция ГН может привести к синдрому осмотической демиелинизации (СОД), который может вызвать тяжелые неврологические симптомы.

Цель. Оптимизация методов коррекции ГН.

Материал и методы. Проведен поиск литературы посвященной тематике лечения ГН при ХСН в поисковых системах (PubMed, Scopus и Web of Science).

Результаты. ГН разведения или дилуционная ГН у пациентов с ХСН представляет собой клинический синдром и характеризуется снижением уровня сывороточного натрия, увеличением внеклеточного объема жидкости, наличием гидроторакса, асцита и/или периферических отеков. Обычно это происходит у пациентов с далеко зашедшей ХСН (ФВ $< 35\%$). Это является результатом синергетического взаимодействия между повышенной секрецией аргинин-вазопрессина, повышенной активностью ренин-ангиотензин-альдостероновой и симпатической нервной систем. Истощающая ГН может возникнуть в следствие желудочно-кишечных потерь, потерь в третье пространство, осмотического диуреза, вызванного гипергликемией при тяжелом неконтролируемом диабете, диеты с ограничением соли, которой придерживаются пациенты с ХСН, и приема диуретиков. Терапия диуретиками представляет собой наиболее частую причину истощающей ГН. ГН, вызванная диуретиками, в меньшей вероятности будет вызвана петлевыми диуретиками, чем всеми остальными. На современном этапе очень сложно дифференцировать механизм развития ГН. Неправильная коррекция ГН может привести к СОД - невоспалительной демиелинизации в центральном мосту, таламусах, гиппокампе,

базальных ганглиях и периферической коре. С учетом этого суточный предел коррекции уровня натрия в сыворотке, рекомендованный Европейским руководством по клинической практике, составляет 10 ммоль/л в первые 24 часа и 8 ммоль/л в течение каждых последующих 24 часов. Однако Tandukar et al., сделали вывод, что СОД может возникать даже в случае соблюдения действующих рекомендаций. Они рекомендуют повышать уровень натрия в сыворотке < 8 ммоль/л в сутки. Петлевые диуретики – это первая линия лечения ХСН с дилуционной ГН и гипергидратацией, так как они увеличивают кровоток в дистальных отделах нефрона и снижают тонус в почечном интерстиции, способствуя экскреции свободной воды. Гипертонический раствор натрия хлорида (150 мл 3% NaCl) – вторая линия лечения. Tuttolomondo A. et al. отметили, что введение высоких доз фуросемида в сочетании с гипертоническим солевым раствором приводит к снижению уровней натрийуретического пептида и цитокинов в плазме. Третья линия - антагонисты вазопрессина, ваптаны (толваптан и ликсиваптан), которые вызывают выведение воды без потери электролитов, что отличает их от диуретиков. К вспомогательным методам относят ограничение жидкости и в случае выраженной ГН гипергидратации устойчивой к диуретику – ультрафильтрацию.

Заключение. Знание механизма развития ГН у пациентов с ХСН и особенности ее лечения позволяют эффективно и безопасно проводить ее коррекцию.

ЛЕГОЧНАЯ ЭМБОЛИЯ В ХАНТЫ-МАНСИЙСКОЙ ОКРУЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Акинина С.А., Сайтаджиев Б.Р.

БУ ХМАО - Югры «Окружная клиническая больница», Ханты-Мансийск

Введение. Легочная эмболия остается мировой мультидисциплинарной проблемой. В статье отражена актуальность данной проблемы во всем мире, и как пример, представлены аналитические данные ретроспективного анализа профилактики и диагностики венозных тромбоэмболических осложнений с акцентом на легочные эмболии в окружной многопрофильной больнице 3-го уровня. Изложены показатели своевременности выявления и оценки факторов риска, назначения антикоагулянтной терапии, диагностики легочной эмболии. Выделены основные профили по заболеваниям. Затронуты вопросы COVID-19 и венозных тромбоэмболических осложнений.

Цель. Провести анализ профилактики, диагностики, лечения венозных тромбоэмболических осложнений и показателей летальности от легочной эмболии в окружной клинической больнице, в том числе в период пандемии COVID-19.

Материал и методы. Представлен детальный анализ летальных случаев, в структуре диагноза которых вынесено данное осложнение. Основной акцент уделялся госпитальным легочным эмболиям.

Результаты. Системная стандартизованная работа по профилактике венозных тромбоэмболических осложнений с использованием современных шкал оценки рисков, качественная диагностика с использованием, в том числе КТ – ангиопульмонографии, своевременность и правильность профилактики приводят к улучшению выявляемости грозных осложнений и улучшают исходы заболевания.

НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА В ВЫЯВЛЕНИИ ПЕРВИЧНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Казакбаев А.В., Скрипкина Н.В., Урванцева И.А., Франц М.В.

БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер

«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут

Введение. По данным долгосрочного проспективного исследования, проводящегося при поддержке Национального института здоровья США (НИН), нулевое значение индекса коронарного кальция (ИКК) дает не менее чем 15-летнюю «гарантию» от ишемической болезни сердца (ИБС), поскольку в течение этого периода риск смерти от этой болезни остается менее 1% и у мужчин, и у женщин. В настоящее время согласно Российским клиническим рекомендациям по кардиоваскулярной профилактике (2017 год) основными методами оценки коронарного кальция являются электронно-лучевая компьютерная томография и мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ). Большинство авторов рекомендуют использовать шкалу Agatston для подсчета величины включения кальция.

Цель. Провести скрининговый тест определения коронарного кальция у пациентов, поступающих в экстренное приемное отделение при сомнительной клинике острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST (ОКСбпST).

Материал и методы. Обследовано 60 пациентов поступающих в экстренное приемное отделение за 2021 год с диагнозом ОКСбпST при наличии отсутствия ангинозных болей,

ишемических изменений на ЭКГ и отрицательным тропониновым тестом. Средний возраст $48,0 \pm 0,6$ лет, мужчин 35 человек (58,3%) и женщин 25 человек (41,7%). Всем пациентам проведено КТ-сердца, обследование проводилось на аппарате «Revolution CT, 512» GE Medical System, толщина среза реконструкции 2,5мм.

Результаты. Из 60 обследованных пациентов, у 42 человек (70%) выявлен ИКК 0 единиц по шкале Agatston и ИКК от 1-10 ед. выявлен у 5 пациентов (8,3%), данные пациенты направлены на амбулаторное наблюдение с коррекцией модифицированных факторов риска. ИКК в диапазоне от 11-100 ед. не выявлено. ИКК в диапазоне от 101-400 ед. составил 4 человека (6,6%) данные пациенты были госпитализированы и всем проведена коронароангиография (КАГ) по данным которой выявлены гемодинамически незначимые стенозы от 32 до 43%. ИКК в диапазоне более 400 ед. выявлен у 4 человек (6,6%), всем пациентам проведена госпитальная КАГ и выявлены гемодинамически значимые стенозы более 60% с последующей реваскуляризацией миокарда.

Заключение. Скрининговый тест определения коронарного кальция позволил отсортировать пациентов по группе риска на этапе экстренного приемного отделения и подтвердить диагноз ИБС у 12,1% пациентов высокого и очень высокого риска, а также исключить ИБС у 87,9% и скорректировать модифицируемые факторы риска у пациентов, направленных на амбулаторный этап низкого и умеренного риска.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА НА ФОНЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПО ДАННЫМ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА №1 Г. НОВОСИБИРСК

Ложкина Н.Г.^{1,2} Гущина О.И.^{1,2}

¹Городская клиническая больница №1, Новосибирск

²ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр
фундаментальной и трансляционной медицины», Новосибирск

Введение. Влияние пандемии COVID-19 остается на данный момент одной из значимых повесток в медицинском сообществе.

Целью исследования было оценить особенности течения, клинико-лабораторных показателей и прогнозы у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) и SARS-CoV-2 инфекцией.

Материал и методы. Проведено обследование и лечение 200 пациентов с ОКС и COVID-19 инфекцией в клинике ГБУЗ НСО ГКБ№1. Всем пациентам проводилась оценка общих лабораторных показателей, гемостазиограмма, эхокардиография (ЭХО-КГ), коронароангиография. Группой контроля послужили 40 пациентов с инфарктом миокарда, без перенесенной НКИ в анамнезе. Произведены повторные контакты для оценки качества жизни и отдаленных прогнозов (телефонное интервью через 3 и 6 месяцев).

Результаты. Группы были сопоставимы по возрасту, средний возраст в основной группе составил $68,7 \pm 10,23$ лет. В группе контроля $69,8 \pm 13,0$ лет ($p < 0,2161$) и не имели гендерных различий. Среди пациентов из основной группы ОКС с подъемом ST составил 98%, у 190 человек был верифицирован инфаркта миокарда. У 61% (122 человек) были выявлены признаки интерстициальной пневмонии по результатам МСКТ. Течение НКИ по степени тяжести распределилось следующим образом: 15% бессимптомной течение, у 24% легкая степень тяжести, у 46% среднетяжелое течение, у 10% тяжелое и крайне тяжелое 5%. Уровень С-реактивного белка при поступлении в основной группе составил в среднем 19,8 мг/л [4,9; 58,0], а в группе контроля – 5,6 мг/л [0,4; 21,8] ($p=0,0007$). Максимальный уровень СРБ в основной группе $62,24 \pm 52,05$. В 25% случаев отмечалось повышение уровней СРБ свыше 100 мг/л. Средний уровень тропонина I в основной группе составил 3,8 нг/мл [1,3; 8,0], в контрольной группе – 2,1 нг/мл [0,8; 5,5] ($p=0,0191$). У пациентов основной группы показатели креатинина значимо выше, а клиренс креатинина значимо ниже, чем в контрольной группе Креатинин, мкмоль/л в основной группе 98,8 [81,2; 158,0] В группе контроля 82,4 [71,5; 101,6] ($p= 0,0247$) Клиренс креатинина, 74,3 мл/мин в основной группе [51,2; 95,8] В группе контроля 91,2 [72,4; 120,1] ($p= 0,00321$). У пациентов с НКИ, регистрировались более низкая фракция выброса левого желудочка и высокие значения СДЛА в сравнении с группой контроля по данным ЭХО-КГ. Результаты проведенной КАГ показали, что по тяжести гемодинамически значимого поражения КА обе группы были также относительно сопоставимы. Отмечено значительное повышение срока госпитализации пациентов с сопутствующей НКИ, среднее количество КД составило 23,3 [1; 60] в основной группе и 17,4 [10; 30] в группе контроля ($p=0,0187$). В течение госпитализации смертность среди пациентов с острыми коронарными событиями и НКИ составила 20% (40 человек), 6% (12 человек) скончались в течение 6 месяцев после выписки из стационара. Эти данные соотносятся с общей статистикой регионального сосудистого центра №1, на базе которого осуществлялось исследование.

Заключение. В ходе проведенного анализа установлен ряд различий между пациентами с ОКС, болевшими и не болевшими COVID-19. Пациенты, с COVID-19, имели более высокий уровень креатинина и мочевины, что вероятно является следствием возрастанием кумулятивной тяжести состояния. Кроме того, для перенесших COVID-19 был характерен более высокий уровень СРБ, чем у пациентов без COVID-19 в анамнезе. Более высокий уровень тропонина I в основной группе может не только указывать на объем ишемизированного миокарда, но и на признаки продолжающегося ковидного стрессорного миокардита. Наличие сопутствующей НКИ ассоциировалось с возросшей смертностью среди пациентов с острым коронарным синдромом.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА РЕФРАЛОН У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИМЗАЛЬНОЙ И ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Секисова В.Е.

БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер
«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут

Введение. Фибрилляция предсердий (ФП) и трепетание предсердий (ТП) в настоящее время являются одними из наиболее распространенных нарушений ритма сердца, и характеризуются наличием серьезных осложнений, в том числе тромбоэмболических. С целью снижения частоты осложнений и улучшения качества жизни с целью восстановления синусового ритма, пациентам проводится кардиоверсия. Одним из медикаментозных для кардиоверсии является Рефралон.

Цель данного исследования оценить эффективность и безопасность рефралона на основе опыта его применения на базе БУ «Окружного кардиологического диспансера «Центра диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» за период с августа 2022 по август 2023г.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование, в которое были включены 33 пациента, которым была проведена кардиоверсия препаратом Рефралон. Всем пациентам проводилось обследование, которое включало в себя клинический и биохимический анализ крови, клинический анализ мочи, электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография, холтеровское мониторирование ЭКГ, чреспищеводная эхокардиография. Все пациенты получали адекватную антикоагулянтную терапию до и

после кардиоверсии. Перед процедурой были отменены все антиаритмические препараты не менее чем за 5 периодов их полувыведения. Введение препарата проводилось по схеме, рекомендованной в инструкции по применению, в три этапа. Введение препарата прекращалось на любом из этапов в случае: восстановления синусового ритма, урежения частоты сердечных сокращений (ЧСС) менее 50 уд/мин, увеличения интервала QT более 500 мс, развития проаритмических эффектов.

Результаты. В исследование было включено 33 человека, средний возраст составил $59,8 \pm 10,3$ года. Преимущественно регистрировалась персистирующая форма ФП/ТП – 26 пациентов, так же в исследование было включено 6 пациентов с пароксизмальной формой ФП/ТП. Средняя длительность пароксизма ФП/ТП составила 96 суток (от 1 суток до 2 лет 9 месяцев). У 5 пациентов ранее была проведена катетерная абляция, 16 пациентам ранее проводились неуспешные попытки кардиоверсии амиодароном. Средний размер левого предсердия (ЛП) составил $4,37 \pm 0,6$ см, атриомегалия была выявлена у 30,3% пациентов. Восстановление синусового ритма после первого этапа введения рефралона (суммарная доза 10 мкг/кг) достигнуто у 20 пациентов, после 2-го этапа введения (суммарная доза 20 мкг/кг) у 7 пациентов, после 3-го этапа введения (суммарная доза 30 мкг/кг) у 4 пациентов. У 2 пациентов восстановления синусового ритма не произошло, синусовый ритм восстановлен через 6 часов электроимпульсной терапией. У 2-х пациентов восстановление синусового ритма произошло в течение суток после введения рефралона. Значимого удлинения интервала QT (>500 мс) не регистрировалось, так же не было зафиксировано значимых желудочковых нарушений ритма сердца. У 2 пациентов отмечалась брадикардия со снижением ЧСС до 35 уд/мин, которая была купирована введением атропина, в дальнейшем в течение 6 часов у данных пациентов восстановился синусовый ритм.

Заключение. Эффективность кардиоверсии рефралоном составила 93,9%. У большинства пациентов синусовый ритм был восстановлен после первого введения рефралона в суммарной дозе 10 мкг/кг массы тела. Размер ЛП и длительность пароксизма ФП существенно не влияли на восстановление синусового ритма. Применение рефралона в качестве медикаментозной кардиоверсии не вызвало нежелательных побочных эффектов у большинства пациентов.

ОПЫТ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА В ХМАО-ЮГРЕ

Франц М.В.¹, Абакумова А.С.², Урванцева И.А.¹

¹БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер

«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут

²БУ ХМАО-Югры «Окружная клиническая больница», Ханты-Мансийск

Введение. По данным исследования ЭПОХА-ХСН распространенность сердечной недостаточности (СН) в России составляет среди мужчин 14,2%, среди женщин 9,9%, при этом с возрастом распространенность СН возрастает. За последние 20 лет в России число пациентов с СН увеличилось в 2 раза, а число пациентов с высоким функциональным классом (ФК) 3-4 – в 3,5 раза. Частота повторных госпитализаций пациентов с СН со сниженной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка в течение 5 лет составляет 82%, а медиана выживаемости у пациентов с СН прогрессивно снижается после каждой госпитализации. Несмотря на появление в последние годы инновационных препаратов для лечения СН, трансплантация сердца не теряет актуальности, а наоборот ежегодно появляются новые центры в различных регионах России, которые успешно внедряют трансплантацию сердца. Растет число таких пациентов в регионах, тем самым особенности диспансерного наблюдения становятся актуальными.

Материал и методы. На данный момент в округе наблюдаются 23 пациента после ТС – 18 мужчин и 5 женщин. Средний возраст пациентов составляет 49 лет. Возраст, в котором была выполнена ТС минимальный 19 лет, максимальный 64 года. Средний период наблюдения составляет 31 месяц. По этиологии СН до ТС 14 пациентов с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП), 8 пациентов с ишемической кардиомиопатией (ИКМП) и 1 пациент после перенесенного миокардита. 15 человек имели сопутствующую патологию: артериальную гипертонию (АГ) – 9 человек, сахарный диабет (СД) 2 типа – 2 человека, хроническую болезнь почек (ХБП) – 2 человека и 2 пациента перенесли в анамнезе острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК).

Результаты. Все пациенты очно или дистанционно наблюдаются у врачей кардиологов, прошедших тематическое усовершенствование по «Клинической трансплантации сердца» в НИИЦ ТИО им. В.И. Шумакова г. Москвы. За время наблюдения 3 человека (13,1%) умерли: 1 через 17 мес после ТС – внезапная сердечная смерть, 1 через 7 мес

после ТС – пневмония, молниеносный сепсис и 1 через 14 мес после ТС – причина не установлена. У 1 пациента ровно через 6 лет развилась дисфункция трансплантата и была выполнена ретрансплантация сердца. 7 пациентам по поводу слабости синусового узла были имплантированы постоянные ЭКС, а 1 пациенту имплантирован монитор для длительного мониторинга ЭКГ (Reveal). У 5 человек был диагностирован коронарный атеросклероз трансплантата, что потребовало выполнения ТБКА со стентированием. У 2 пациентов выявлена ЖКБ – холецистэктомия (через 1 г и 2 г после ТС). У 1 пациентки была цитомегаловирусная инфекция, которая требовала длительной противовирусной терапии.

Заключение. Несмотря на достижения в области фармакотерапии сердечной недостаточности, трансплантация сердца является общепризнанным золотым стандартом лечения терминальной СН. Необходимо продолжать развивать службу по оказанию помощи пациентам с ХСН в Югре, а также обучать врачей первичного звена особенностям диспансерного наблюдения за пациентами после ТС.

ПОКАЗАТЕЛИ ТЕСТА ШЕСТИМИНУТНОЙ ХОДЬБЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ

Мамедова С.И., Котелкина О.С., Урванцева И.А.

БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер

«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут

Цель. Оценить показатели теста шестиминутной ходьбы у пациентов с ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования на амбулаторно-поликлиническом этапе кардиологической реабилитации.

Материал и методы. В исследовании включили 95 пациентов (70 мужчин, 25 женщины) с ишемической болезнью сердца (ИБС) после коронарного шунтирования, направленных на третий (амбулаторно-поликлинический) этап комплексной кардиологической реабилитации (КР) в БУ ХМАО – Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии (ОКД «ЦД и ССХ»). Средний возраст обследованных составил 58 ± 5 лет. Все пациенты находились на регулярной базисной медикаментозной терапии, рекомендованной при выписке из стационара. Комплексная

программа кардиореабилитации включала лечебную гимнастику, преформированное физическое воздействие, консультирование у клинического психолога и посещение школы здоровья. Тест шестиминутной ходьбы (ТШХ) проводили в коридоре отделения длиной 30 метров. Перед пациентом ставилась задача пройти как можно большую дистанцию за 6 минут в собственном темпе. Во время ходьбы, за время тестирования, регистрировалось пройденное расстояние в метрах, выраженность одышки и мышечной усталости в баллах по шкале Борга. Значение теста более 550 м соответствовало 0 функциональному классу хронической сердечной недостаточности (ФК ХСН), 550-426 м – I ФК ХСН, 425-301 – II ФК ХСН, 300-151 – III ФК ХСН, менее 150 м – IV ФК ХСН.

Результаты. Пройденное пациентами во время ТШХ расстояние до начала амбулаторной программы ФР составляло от 165 до 496 м, в среднем $497 \pm 76,1$ м. Исходно у 10 пациентов (10,5%) выявлен I ФК ХСН, у 62 человек (65,3%) выявлен II ФК, у 21 (22,1%) III ФК, у 2 (2,1%) – IV ФК ХСН. После завершения программы ФР в группе наблюдения пациентов с III и IV ФК не было, у 16 (17%) пациентов дистанция ТШХ после программы КР соответствовала норме, у 77 (81%) II ФК, у 2 (12%) III ФК. Прирост дистанции составил $42,6 \pm 28,4$ м, или $25,0 \pm 30,3\%$ от исходного значения. 53% больных перешли в более высокий функциональный класс, у 20% дистанция ходьбы увеличилась на 60 м и более.

Выводы. Таким образом, тест шестиминутной ходьбы является простым и надежным инструментом для оценки эффективности комплексной кардиологической реабилитации у пациентов с ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования на амбулаторно-поликлиническом этапе.

ПРОБЛЕМА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ: ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ АНАЛИЗ РЕГИСТРА ХСН

Рахметова И.Ю., Медведева Е.В., Франц М.В.

БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер

«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут

Введение: Данные ключевых мировых и российских исследований по хронической сердечной недостаточности (ХСН) (EMPEROR-Reduced, Dapa-HF, ЭПОХА-ХСН и пр.) показывают, что распространенность почечной дисфункции составляет от 32% до 50%, а ухудшение функции почек наблюдается примерно у 30% пациентов с ХСН. Кроме того, ХБП

является фактором риска как развития сердечно-сосудистых осложнений, так и смерти у данной категории пациентов. По мере утяжеления стадии ХБП увеличивается и распространенность сердечной недостаточности. По данным экспертов 44% пациентов, находящихся на гемодиализе, имеют сердечную недостаточность: 10% ХСНнФВ, 13% ХСНсФВ, 21% с неуточненной ФВ. Имеется тесная и специфичная взаимосвязь между физиологией сердца и почек. В большинстве случаев факторы риска ССЗ и болезней почек оказываются схожими. Цепь взаимосвязанных изменений от воздействия факторов риска и прогрессирования атеросклероза до появления ассоциированных клинических состояний нашла отражение в термине «кардиоренальный континуум».

Цель исследования. Определить клинические особенности дисфункции почек у пациентов, включенных в регистр ХСН.

Материал и методы. Проведен анализ регистра пациентов с ХСН. Регистр пациентов с хронической сердечной недостаточностью БУ "Окружное кардиологический диспансер" ведется с 2019 г. На декабрь 2022 г в регистр включено 383 пациента.

Результаты. По стадии ХСН 1,8% пациентов имеют I стадию, 41,5% IIa стадию, 56,5% имеют стадию IIб. При анализе фенотипов ХСН: с сохраненной ФВ 21%, умеренно сниженная ФВ 39%, низкая ФВ 43,8%. В общей популяции пациентов, включенных в регистр, ХБП наблюдается у 63,2%, из них стадия с3а 58,5%, с3б 27%, с4 13%, с5 0,8%.

Выводы. Нарушение функции почек является независимым предиктором неблагоприятного исхода сердечной недостаточности. Интерпретация изменений функции почек необходима для оптимальной терапии ХСН, в т.ч. и инновационной.

ПРЕДИКТОРЫ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, ПОДВЕРГШИХСЯ ЧРЕСКОЖНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ 5-ЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Шадрин А.А., Сапожников С.С., Каштанов М.Г., Бессонов И.С.

Тюменский кардиологический научный центр, Тюмень

Томский НМИЦ РАН, Томск

Введение. Улучшение динамики доступности эндоваскулярной помощи, использование современных реперфузионных стратегий лечения пациентов с острым инфарктом

миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) позволило значительно снизить частоту летальности на госпитальном этапе. Несмотря на достигнутые успехи, отдаленные результаты лечения пациентов с острым ИМпST остаются недостаточно изучены. На сегодняшний день лишь отдельные исследования были посвящены оценке прогноза лечения при наблюдении продолжительностью 5 лет и более.

Цель. Определить предикторы летального исхода у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST), подвергшихся ЧКВ по результатам 5-летнего проспективного наблюдения.

Материал и методы. В исследование было включено 194 пациента, вошедших в «Проспективный регистр чрескожных коронарных вмешательств» в период с октября 2012 г. по ноябрь 2013 г. Всем пациентам выполнялись чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) по поводу острого ИМпST. Анализировались результаты лечения на госпитальном этапе и по данным 5-летнего проспективного наблюдения. При анализе результатов лечения оценивали частоту летальности, рецидива ИМ, тромбоза стента, комбинированный показатель MACE (смерть, повторный нефатальный ИМ, повторное ЧКВ, рестеноз и/или тромбоз стента, коронарное шунтирование (КШ), инсульт).

Результаты. Из 194 пациентов, включенных в «Проспективный регистр чрескожных коронарных вмешательств», результаты лечения за 5-летний период наблюдения были оценены у 170 (87,6%) больных. Медианное значение продолжительности наблюдения составило 62 [59,8;65] месяца. Частота возникновения основных неблагоприятных кардиocereбральных событий (MACE) на госпитальном этапе составила 7,1%, по результатам 1-летнего наблюдения – 17,1%, 5-летнего наблюдения – 36,4%. При анализе результатов лечения было установлено, что частота смерти от всех причин на госпитальном этапе составила 4,7%, по результатам 1-летнего наблюдения – 9,4%, 5-летнего наблюдения – 20%. Следует отметить, что по результатам 5-летнего наблюдения в 73,5% случаев смерть наступила от сердечно-сосудистых причин. Возникновение рецидива\повторного инфаркта миокарда на госпитальном этапе составило 2,4%, по результатам 1-летнего наблюдения – 8,8%, 5-летнего наблюдения – 9,4%. Тромбоз имплантированного стента на госпитальном этапе наблюдался в 0,6% случаев, по данным 1-летнего наблюдения – 1,2% случаев, 5-летнего наблюдения – 1,8% случаев. По результатам мультивариантного анализа предикторами летального исхода по данным 5-летнего наблюдения явились возраст (OR=1,06, 95% ДИ 1,03-1,10, p=0,001), фракция выброса левого желудочка при

выписке из стационара (ОР=0,93, 95% ДИ 0,87-0,99, $p=0,021$) и неуспешное ЧКВ (ОР=2,78, 95% ДИ 1,16-6,71, $p=0,023$). Отдельно была проанализирована динамика фракции выброса левого желудочка за период наблюдения. Было определено, что в группе с низкой фракцией выброса ЛЖ при выписке (<40%), ее восстановление до нормальных значений (>50%) определялось лишь в 8,7% случаев. При этом в группе пациентов с промежуточной фракцией выброса левого желудочка (40-49%), ее восстановление до нормальных значений (>50%) определялось в 76,3% случаев.

Заключение. Через 5 лет наблюдения у пациентов определялись высокие показатели летальности и развития основных неблагоприятных кардио-церебральных событий (МАССЕ). Высокая частота таких осложнений была обусловлена развитием повторных инфарктов миокарда, инсультов, проведением повторной реваскуляризации коронарного русла вследствие рестеноза и прогрессирования атеросклероза. Основными предикторами летального исхода были возраст, низкая фракция выброса левого желудочка после ЧКВ и неуспешное ЧКВ. У пациентов с сохраненной (>50%) и промежуточной (40-49%) ФВ ЛЖ после ЧКВ, показатель кумулятивной выживаемости за 5-летний период наблюдения не различался. При этом в группе пациентов с низкой ФВ ЛЖ кумулятивная выживаемость была статистически значимо ниже в сравнении с больными с сохраненной и промежуточной ФВ ЛЖ.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

Османова Н.Б., Сеитов А.А., Малкова А.Б.

БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер

«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут

Введение: Смертность от ИБС в популяции лиц, страдающих сахарным диабетом 2 типа (СД 2), продолжает расти во всем мире, несмотря на постоянное увеличение расходов на лечение и профилактику.

Цель. Изучить распространенность СД 2 типа у пациентов с ИБС, пролеченных в кардиологическом отделении с ПРИИТ для лечения больных с ОКС (ПСО) N^o1 (КО N^o1) за 2022г.

Методы исследования. Проведен анализ 1497 историй болезни пациентов, проходивших стационарное лечение в КО №1 за 2022г. Включались пациенты с ОКС (острый инфаркт миокарда (ОИМ) и нестабильная стенокардия (НС)), со стабильными формами ИБС (перенесенный инфаркт миокарда и стенокардия напряжения).

Полученные результаты. Из 1497 пациентов пролеченных в КО №1 за 2022г СД 2 типа был выявлен у 593 пациентов (39,6%). Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа ОКС 682 (45,5%) пациентов с ОКС. В данной группе СД 2 типа был выявлен у 336 пациент (49,2 %), среди них ИМ–219 пациентов (65,2 %) и НС-117 пациентов (34,8%); 2 группа 815 пациентов (54,5 %) со стабильной формой ИБС. СД 2 типа был выявлен у 257 пациентов (31,5 %), из них 168 пациента (65,4 %) со стенокардией напряжения, 89 пациентов (34,6 %) с диагнозом перенесенный инфаркт миокарда. При анализе данных случаев было выявлено, что среди пациентов с установленным диагнозом ИБС и СД 2 типа, целевой уровень гликозилированного гемоглобина не был достигнут у 374 пациентов (63,0%). Из них 219 пациентов (58,6%) были из 1 группы (ОКС), 155 пациентов (41,4%) из 2 группы (стабильные формы ИБС). Гликозилированный гемоглобин колебался в диапазоне от 7,6 до 13,8 %.

Заключение. Отмечается высокая частота встречаемости декомпенсированного сахарного диабета у пациентов с ИБС. Больные СД и ИБС нуждаются в более тщательном обследовании на догоспитальном этапе при первичном контакте, а также в проведения регулярной диспансеризации, поскольку поражение сердца у данной категории больных может протекать со стертой клинической картиной, что приводит к более позднему выявлению заболевания.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТИПА ЛИЧНОСТИ Д СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПЕРВОГО И ВТОРОГО ТИПА В ХМАО-ЮГРЕ

Кинаш В.И.^{1,2}, Воробьев А.С.^{1,2}, Кашталап В.В.^{2,3}

¹БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер

«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут

²БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», Сургут

³ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных

проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово

Введение. Тип личности Д, или дистрессорный тип поведения, является установленным фактором риска у больных ишемической болезнью сердца (ИБС). В 2012 году эксперты

Европейского общества кардиологов включили тип Д в руководство по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в качестве фактора сердечно-сосудистого риска (ССР) для скринингового выявления. Распространенность типа личности по данным различных источников составляет от 24% до 37%, а у пациентов с ИБС – около 33,5%.

Цель. Анализ распространенности типа личности Д в популяции пациентов с острым коронарным синдромом, госпитализированных в БУ «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»» с января по ноябрь 2021 года, г. Сургута.

Материал и методы. Из 1325 госпитализированных пациентов с клиникой дискомфорта за грудиной, диагноз «острый коронарный синдром» (ОКС) был определен у 1239 (97,5%) человек. Общая группа пациентов с инфарктом миокарда составила 277 (21,4%) больных. Инфаркт миокарда первого типа (ИМ1) составил 194 (15,0%) человека, инфаркт миокарда второго типа (ИМ2) – 60 (6,4%) пациентов. Для определения типа личности Д использовалась русскоязычная версия опросника «The Type D Scale» (DS-14), который включает 14 вопросов и 5 вариантов ответов на них («неверно», «скорее неверно», «трудно сказать», «пожалуй верно», «совершенно верно») и состоит из двух подшкал: «негативная возбудимость» (НВ) и «социальное подавление» (СП). Подсчет баллов производился по оценке двух компонентов типа Д – НВ и СП. Если испытуемый набирает 10 баллов и более по каждой из характеристик, у него диагностируют этот тип личности.

Результаты. В общей группе пациентов с инфарктом миокарда, дистрессорный тип личности был выявлен у 85 (30,6%) человек. В группе инфаркта миокарда первого типа, тип личности Д был выявлен у 55 (28,3%) пациентов, в группе инфаркта миокарда второго типа – у 30 (36,1%) больных.

Выводы. Распространенность типа личности Д в популяции пациентов с ОКС региона Севера России (ХМАО-Югра) составила 30,6%. В группе пациентов с ИМ1 – 28,3%, а в группе ИМ2 – 36,1%.

СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Максименко А.В., Урванцева И.А., Горьков А.И.

БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер

«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут

Введение. Коронароангиография (КАГ) - инвазивное диагностическое исследование, проводимое для оценки состояния коронарных артерий и коронарного кровотока, выявление патологических изменений артерий, качественной и количественной характеристики поражённых сегментов.

Цель. Оценить эффективность и безопасность инвазивного исследования при проведении амбулаторной коронароангиографии.

Материал и методы. Всего с 2016 по 2022 гг. на базе кардиологического дневного стационара (КДС) было выполнено 2742 амбулаторных КАГ. В 2022г. всего выполнено 738 амбулаторных КАГ, что в 27 раз превысило число КАГ за 2016г. (всего 12) и связано с высокой востребованностью данной методики. Преимущественной особенностью в выполнении амбулаторных КАГ является использование лучевого доступа, что способствует быстрой активизации пациентов и сокращает сроки госпитализации.

Результаты. В 2022г. всего проведено 738 амбулаторных КАГ, из них у 202 (27%) пациентов выявлено гемодинамически значимое поражение коронарного русла, эти пациенты были направлены на плановую госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) в круглосуточный стационар. Из общего числа госпитализированных пациентов для оказания ВМП у 59 (29%) проведена реваскуляризация миокарда в объеме аортокоронарного шунтирования (АКШ), у 143 (71%) пациентов выполнено чрескожное коронарное вмешательство со стентированием (ЧКВ), что в 1,7 раза больше в сравнении с 2021г. У 224 (30%) пациентов ангиографических признаков стенотического поражения коронарного русла не выявлено, у 312 (42%) пациентов выявлены гемодинамически незначимые стенозы. Тяжелые осложнения для амбулаторной КАГ нетипичны, в 2022г. 0,4% составили местные сосудистые осложнения. Оклюзия лучевой артерии зарегистрирована в 1-м случае, подтверждена по данным УЗДГ сосудов верхних конечностей, на фоне проводимой консервативной терапии, в динамике по данным контрольного УЗДГ достигнута полная реканализация, в 2-х случаях проведение

процедуры оказалось технически невозможным из-за спазма лучевой артерии, в связи с чем все 3 пациента были направлены в круглосуточный стационар для проведения КАГ путем феморального доступа.

Заключение. Проведение КАГ в амбулаторных условиях через лучевой артериальный доступ является безопасной и эффективной методикой с низким риском осложнений, позволяет снизить сроки ожидания госпитализации с целью проведения КАГ, улучшить раннюю диагностику ИБС и позволяет планировать госпитализацию в круглосуточный стационар пациентов, непосредственно нуждающихся в оказании ВМП. Через некоторое время после завершения процедуры пациент может идти домой, не ограничивая себя постельным режимом.

СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В СУРГУТСКОМ ОКРУЖНОМ КАРДИОЦЕНТРЕ

Рахметова И.Ю., Чернышева Г.Н., Сухарева И.В.

БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер

«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут

Введение. Проблема своевременной диагностики и выбора стратегии лечения ТЭЛА – одна из важнейших проблем современной медицины, учитывая ее большую распространенность и высокую смертность от данной нозологии. ТЭЛА занимает второе место среди причин внезапной смерти, после остановки кровообращения на фоне сердечно-сосудистых заболеваний, а также третье место среди причин смерти от сердечно-сосудистых заболеваний после острого инфаркта миокарда и ОНМК. ТЭЛА на сегодняшний день причина смерти 1% всех пациентов, поступивших в стационар. 10-15% всех смертей в стационаре связаны именно с этой патологией. Распространенность ТЭЛА варьируется по данным разных авторов от 23 до 250 случаев на 100 000 населения в год, среди лиц старше 75 лет – 1 случай на 100 человек.

Цель. Определить клинические особенности пациентов, госпитализированных с ТЭЛА, влияние стратегии лечения на смертность

Материал и методы: Проведен ретроспективный анализ историй болезни с заключительным диагнозом ТЭЛА, выписанных из кардиологического отделения №2 за 2021 и 2022 г (всего 67 историй болезни).

Результаты. Заболеваемость ТЭЛА среди пациентов, госпитализированных в 2021 г составила 1,49% от числа госпитализированных в отделение, и 1,2% в 2022г. При этом смертность составила 8,5% от числа госпитализированных в 2021 г, и 3,125% от числа госпитализированных в 2022г. При этом пациенты высокого риска составили 5,71% в 2021 г, и 6,25% в 2022 г, пациенты промежуточно-высокого риска составили 51% в 2021 г, и 37,5% от числа госпитализированных в 2022 г. В группе пациентов высокого риска в 2021 г ТЛТ не выполнялась из-за имевшихся противопоказаний к ТЛТ (1 случай – образование лобной доли головного мозга, 2 случай – проведение травматичной СЛР). Смертность в данной группе 100% за 2021 и 2022гг. В группе пациентов промежуточно-высокого риска ТЛТ выполнено у 20% пациентов в 2021 г, у 25% пациентов в 2022 г (динамика +5% к инвазивной стратегии лечения). Кардиохирургическое лечение за оба года не проводилось. Также при анализе историй болезни обращает внимание то, что при стратификации риска ТЭЛА и выборе стратегии лечения в 2021 г была использована шкала PESi, в 2022 г помимо шкалы PESi учитывались признаки правожелудочковой недостаточности (данные ЭХО КГ, уровень тропонин и NT-proBNP).

Заключение. Таким образом выбор стратегии тромболитической терапии снижает смертность у пациентов промежуточно высокого риска (при отсутствии противопоказаний к проведению ТЛТ), увеличение числа проведенных ТЛТ ассоциировано с лучшей стратификацией риска и определением стратегии лечения в зависимости от группы риска (анализ не только шкалы 30-дневной летальности, но и лабораторно-инструментальных признаков повреждения ПЖ).

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ И КОМОРБИДНОСТЬ: ТРУДНОСТИ ВЕДЕНИЯ

Алиева К.Г., Скрипкина Н.В., Рыбка Д.А., Урванцева И.А., Франц М.В.

БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер

«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут

Введение. Согласно Российским клиническим рекомендациям по фибрилляции предсердий (ФП) от 2020 года, хроническая болезнь почек (ХБП) является часто встречающейся сопутствующей патологией у пациентов с ФП; частота ХБП во всем мире продолжает нарастать. Примерно у одного из пяти пациентов с ХБП имеется впервые ди-

агностированная ФП, а у 50% пациентов с ФП имеются разной степени выраженности нарушения фильтрационной функции почек. По сравнению с пациентами только с наличием ФП или ХБП, у пациентов с их сочетанием имеется повышенный риск инсульта и смертности из-за чрезмерного риска развития как тромбоэмболических осложнений, так и тяжелых кровотечений, что делает стратификацию риска и лечение сложными задачами. Анемия и хроническая почечная недостаточность (ХПН) независимо ассоциируются с риском возникновения новых случаев ФП.

Цель – изучить распространенность и тактику ведения у пациентов с фибрилляцией предсердий, ХБП и анемией на этапе экстренного приемного отделения.

Материал и методы. Проанализировано 70 случаев обращения пациентов в экстренное приемное отделение БУ ХМАО-Югры ОКД «ЦД и ССХ» за 2021 год с различными формами фибрилляции предсердий и с наличием коморбидной патологии (в анамнезе ХБП, анемия). Диагноз ХБП выставлялся согласно критериям KDIGO 2012 и СКФ по формуле СКD-EPI, а диагноз анемии согласно классификации ВОЗ.

Результаты. Из 70 обследованных пациентов на догоспитальном этапе в экстренном приемном отделении, мужчин 37 человек (47%) и женщин 33 человека (53%). Средний возраст составил $63 \pm 1,2$ лет. Среди всех обследованных ХБП 1 стадии – 11 (16%), ХБП 2 стадии – 31 (44%), ХБП 3А стадии – 19 (27%), ХБП 3Б стадии – 7 (10%), ХБП 4 стадии – 2 (3%), ХБП 5 стадии не выявлены. Наиболее часто анемия легкой степени тяжести встречалась у 48 человек (68,6%) с ХБП 1 и 2 стадии, анемия средней степени тяжести 19 человек (27,1%) с ХБП 3А стадии, тяжелая анемия 3 человека (4,9%) у пациентов с ХБП 3Б и 4 стадии.

Заключение. Пациенты с фибрилляцией предсердий имеющие сопутствующие заболевания ХБП 1, 2, 3А стадии и анемией легкой и средней степени тяжести не представляли трудности в назначении таблетированной антикоагулянтной терапии и могли продолжить амбулаторное наблюдение, наоборот же пациенты с ХБП 3Б, 4 стадии и анемией тяжелой степени требовалась госпитализация в ОАР для более детального исследования генеза анемии, динамического наблюдения, назначения подкожного введения низкомолекулярного гепарина, с дальнейшим добавлением таблетированных антикоагулянтов по результатам СКФ и купирования тяжелой анемии.

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Магомедова З.М., Скрипкина Н.В., Урванцева И.А., Франц М.В.

БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер

«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут

Введение: одним из самых распространённых спутников сахарного диабета второго типа (СД2 типа) является хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Высокий уровень глюкозы в крови в сочетании с другими обменными нарушениями приводит к тому, что со временем сердце перестаёт справляться со своей функцией: кислород не поступает в нужном количестве в ткани, что приводит к задержке жидкости, и ведет к появлению отеков и застойных явлений в легких.

Цель. Изучить модель пациента с ХСН и СД 2 типа госпитализированных по экстренным показаниям в отделения кардиологии БУ ОКД «ЦД и ССХ».

Материал и методы. Проанализировано 53 истории болезни пациентов, поступающих по экстренным показаниям в отделения кардиологии с диагнозом ХСН и СД 2 типа в период с июня по декабрь 2021 года. Средний возраст составил $63 \pm 0,7$ лет. Из всех исследованных было мужчин 26 (49%) и женщин 27 (51%). Пациенты были разделены на 4 группы согласно классификации возраста по ВОЗ: 1 группа – молодой возраст (18-44 года), 2 группа – средний возраст (45-59 лет), 3 группа – пожилой возраст (60-74 года), 4 группа – старческий возраст (75-90 лет).

Результаты. В первой группе – 1 пациент (1,8%), во второй группе – 16 (30,2%), в третьей группе – 29 (54,7%), в четвертой группе – 7 (13,3%). Стадии ХСН проанализированы по возрасту: 1 группа – ХСН IIB – 100%, 2 группа ХСН IIA – 16,9% и ХСН 2Б – 83,1%, 3 группа ХСН IIA – 31,8% и ХСН 2Б – 68,2%, 4 группа ХСН 2Б – 100%. У всех обследуемых пациентов гипертоническая болезнь отмечалась у 96,2%, ишемическая болезнь сердца у 60,3%, постинфарктный кардиосклероз у 26,4%. По данным ЭХОКГ из всех обследованных средняя фракция выброса (ФВ) составила $49 \pm 0,3\%$, в 1 группе преобладали пациенты с ХСН с низкой ФВ, во 2-4 группе ХСН с промежуточной ФВ. Вторичная дилатация полостей сердца отмечалась из всех обследуемых у 17 человек (32,1%), тахикардия у 14 человек (26,4), а средняя ЧСС составила $82 \pm 0,3$ уд в минуту. У всех пациентов по данным КТ органов грудной полости отмечались застойные явления в легких от умеренных до выражен-

ных, что и служило одним из поводов для экстренной госпитализации.

Заключение. Из всех обследуемых групп возрастов преобладает ХСН IIБ стадии, клинически сердечная недостаточность сопровождается застойными явлениями в легких и тахикардией, но следует отметить при этом пациенты молодого возраста имеют низкую ФВ, а пациенты других возрастных групп промежуточную ФВ. Реже всего у пациентов данных групп встречаются постинфарктные кардиосклерозы, а чаще гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА 2 ТИПА В СУБАРКТИЧЕСКОМ РЕГИОНЕ

Кинаш В.И.^{1,2}, Воробьев А.С.^{1,2}, Кашталап В.В.^{2,3}

¹БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер

«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут

²БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», Сургут

³ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем
сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово

Введение. Эпидемиология инфаркта миокарда 2 типа (ИМ 2) типа довольно вариабельна и данные научных исследований разнятся, от 10% до 20%, по данным других источников – от 2% до 58%. Данные ретроспективных исследований отечественных авторов, в различных регионах, демонстрируют распространенность ИМ 2 типа от 7,8% до 38,9%.

Цель. Характеристика эпидемиологии инфаркта миокарда 2 типа в популяции пациентов, госпитализированных в БУ «Окружной кардиологический диспансер центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» г. Сургута, проживающих в Субарктическом регионе свыше 20 лет.

Материал и методы. Критериями диагноза инфаркт миокарда 1 типа (ИМ 1) являлся коронарный тромбоз и кровоток ТІМІ-0, либо на уровне ТІМІ-III, вследствие нарушения целостности атеросклеротической бляшки. Критериями ИМ 2, отсутствие коронарного тромбоза по данным коронарографии (КАГ) и наличии ИБС, наличии четко доказанного пускового фактора (триггера), коронарного спазма, эмболии, спонтанной диссекции коронарной артерии, микроциркуляторной дисфункции, а также наличии очагов острой ишемии миокарда подтвержденном данными МРТ, при отсутствии гемодинамически зна-

чимых поражений коронарных артерий. Для подтверждения диагноза двум пациентам с ИМ 2 (2,41%) выполнили внутрисосудистое ультразвуковое исследование (ВСУЗИ) коронарных артерий, еще 10 (12,04%) пациентам – магнитно-резонансную томографию (МРТ) сердца. По результатам проведенных КАГ, ВСУЗИ и МРТ пациентов с ИМ разделили на группы: ИМ 1 и ИМ 2. Диагностика проводилась согласно IV универсальному определению инфаркта миокарда (УОИМ) и определения высокочувствительного тропонина Т при поступлении в стационар. КАГ была выполнена 194 (100%) пациентам с ИМ 1 и у 60 (72,3%) с ИМ 2. Дополнительным критерием включения являлось проживание в Субарктическом регионе свыше 20 лет.

Результаты. Острый коронарный синдром был диагностирован у 1293 из 1325 пациентов (97,5%), которые поступили с клиникой загрудинных болей в отделение неотложной помощи БУ «Окружной кардиологический диспансер центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» г. Сургута (ХМАО-Югра) с января по ноябрь 2021 года. Общее количество пациентов с подтвержденным ИМ составило 277 (21,4%) человек, среди которых на долю ИМ 1, пришлось 194 (15,0%) пациента, а ИМ 2 83 (6,4%) больных.

Заключение. Таким образом, согласно проведенному исследованию, распространенность ИМ 2 типа в популяции пациентов Субарктического региона, составила 6,4%. Пациенты характеризуются преобладанием лиц женского пола, старшим возрастом, большей частотой атипичных клинических проявлений заболевания, а также сердечно-сосудистой и соматической коморбидности в сравнении с пациентами из группы ИМ 1. При этом у пациентов с ИМ 1 чаще отмечались осложнения, в том числе более высокая частота летального исхода в остром периоде заболевания.