

Межрегиональная научно-практическая конференция УрФО

НАМ 30 – КАРДИОВЕКТОР К НОВЫМ ДОСТИЖЕНИЯМ



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

30 лет — двигаться вперед, сохраняя традиции

10–11 октября 2025 г.
г. Сургут



Здравоохранение
Югры



Окружной
кардиологический
диспансер

Нам 30 – кардиовектор к новым достижениям: сборник тезисов Межрегиональной научно-практической конференции УрФО, Сургут, 10-11 октября 2025 г. / Сургут. гос. ун-т. – Сургут: СурГУ, 2025. – 41 с.



Сборник содержит материалы межрегиональной научно-практической конференции, приуроченной к 30-летию Центра диагностики и сердечно-сосудистой хирургии ХМАО-Югры. Цель конференции – обсуждение фундаментальных, клинических и медико-организационных проблем сохранения здоровья человека в условиях Севера; особое внимание уделено проблемам диагностики, кардиохирургии и реабилитации больных кардиологического профиля.

Издание предназначено для специалистов, преподавателей, аспирантов, ординаторов и студентов; для всех, кого интересуют практики кардиологической реабилитации и, в целом, теоретические и прикладные проблемы медицинского обеспечения жизни и деятельности человека.

Редакционная коллегия:

Астраханцева Ирина Дмитриевна, заведующая организационно-методическим отделом, врач-кардиолог БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», канд. мед. наук;

Баишев Сергей Николаевич, врач – анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации с ПРИИТ №1 БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», канд. мед. наук;

Воробьев Антон Сергеевич, врач-кардиолог БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», канд. мед. наук, доцент кафедры кардиологии Медицинского института БУ ВО Сургутский государственный университет;

Ибрагимов Олег Ринатович, заведующий операционным блоком, врач – сердечно-сосудистый хирург БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», канд. мед. наук;

Коваленко Людмила Васильевна, директор Медицинского института БУ ВО Сургутский государственный университет, заведующая кафедрой патофизиологии и общей патологии, д-р мед. наук, профессор;

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

Кудрявцева Ольга Валерьевна, заведующая консультативным отделением, врач-кардиолог БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», канд. мед. наук;

Мамедова Сабина Исмаиловна, заведующая амбулаторным отделением медицинской реабилитации, врач-кардиолог БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», канд. мед. наук;

Урванцева Ирина Александровна, главный внештатный кардиолог Департамента здравоохранения Югры, главный врач БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», доцент, заведующая кафедрой кардиологии Медицинского института БУ ВО Сургутский государственный университет, заслуженный врач РФ, канд. мед. наук.

© БУ ВО ХМАО-Югры
Сургутский государственный университет, 2025

СОДЕРЖАНИЕ

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ КОРОНАРНОГО СТЕНТА С ПОКРЫТИЕМ СИРОЛИМУСОМ «VIVO ISAR»

*Алиев Р.Г., Горьков А.И., Кинаш В.И., Пеньковцев В.А., Игнатов Д.И.,
Бурым А.А., Ушаков М.А., Ковальчук С.С., Лемле А.Н., Косимов Д.Р.* 7

РЕГИОНАЛЬНАЯ ПРАКТИКА ВЕДЕНИЯ И ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ – ЮГРЕ

Астраханцева И.Д., Урванцева И.А, Копылова Е.Г., Цугуй В.С. 7

ВЛИЯНИЕ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕЙ ПОЛНОЙ БЛОКАДЫ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА НА ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА: ДАННЫЕ ОДНОЦЕНТРОВОГО РЕТРОСПЕКТИВНОГО РЕГИСТРА

Баранов А.А., Бадоян А.Г., Хелимский Д.А., Крестьянинов О.В. 9

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ СМЕРТНОСТИ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ ЗА 2024 ГОД

Гойнова Н.Н., Урванцева И.А., Сухарев Д.А., Астраханцева И.Д., Андреева И.А. 9

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНФОРМАТИВНЫХ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПРЕДИКТОРОВ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ И БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КАРДИООНКОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

Варданян Р.А, Урванцева И.А, Капиталов В.В, Воробьев А.С, Кудрявцева О.В. 10

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ ПОСТУПЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В СТАЦИОНАРНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВЗРОСЛЫХ С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Волошина Н.Ю. 11

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРИКАТЕТЕРНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТА С МАССИВНОЙ ТЭЛА С ПОМОЩЬЮ ТЕХНОЛОГИИ EKOS

Гаджиева Д.С., Каримов Р.Р. 12

ДВЕНАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРАНСАОРТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПРОТЕЗА АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА (TAVI)

*Горьков А.И., Пеньковцев В.А., Ушаков М.А., Ковальчук С.С., Алиев Р.Г.,
Кинаш В.И., Бурым А.А., Игнатов Д.И., Лемле А.Н., Косимов Д.Р.* 13

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ИНТЕНСИВНОСТЬ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД <i>Евченко И.В., Золотенкова О.М.</i>	14
МЕХАНИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА КРОВООБРАЩЕНИЯ (МПК): СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ <i>Жарковский В. В.</i>	15
ДЕКАТЕХОЛАМИНИЗАЦИЯ ПРИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Жимспаев Д.М., Черепнев Д.Д., Миночкин П.И.</i>	16
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ СКРИНИНГА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПРИМЕРЕ АКЦИИ «КРАСНОЕ ПЛАТЬЕ» <i>Захарова Н.Н., Кудрявцева О.В., Урванцева И.А., Приходько О.А.</i>	17
ВАЖНОСТЬ ЭНДОСКОПИИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ОНКОПАТОЛОГИИ <i>Золотенков А.В.</i>	18
ПРИМЕНЕНИЕ КРИОСОХРАНЕННЫХ ГОМОГРАФТОВ У ПАЦИЕНТОВ С КЛАПАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>Ибрагимов О.Р., Ковальчук Д.Н., Шушарина Д.Н., Медведев А.В., Сухарева И.В., Рахаткулова М.З., Дергачева А.Н., Нозимзода С.С.</i>	19
КАРДИОСКРИНИНГ РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ: ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ СУБКЛИНИЧЕСКОЙ И МАНИФЕСТНОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ <i>Иванова А.Н., Пикулина Н.Е., Приезжева Р.Ф.</i>	20
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ МЕМБРАННОЙ ОКСИГЕНАЦИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЧКВ ВЫСОКОГО РИСКА <i>Каримов Р.Р., Климова Е.В., Медведев А.В., Пеньковцев В.А., Филатов А.Н., Карлов О.Н.</i>	21
ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ИСМП), КАТЕТЕР-АССОЦИИРОВАННЫХ ИНФЕКЦИЙ КРОВОТОКА И ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННЫХ ПНЕВМОНИЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ <i>Катин С.С., Крючков А.А.</i>	22
ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ОФИСА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПОЛИКЛИНИКЕ <i>Кудрявцева О.В., Захарова Н.Н., Урванцева И.А., Приходько О.А.</i>	22

**ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ РАСШИРЕНИЯ ФИБРОЗНОГО КОЛЬЦА
АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У-РАЗРЕЗОМ ПО БО ЯНГ
(СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ)**

Лазарьков П.В., Урванцева И.А., Белов В.А., Арутюнян В.Б.

23

**МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
ВОЗРАСТНЫХ ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКИМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ
И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

*Ибрагимов О.Р., Ковальчук Д.Н., Бродская Е.А., Кузнецов М.С.,
Шушарина Д.Н., Пеньковцев В.А., Ушаков М.А., Лепихина Г.П.*

24

**ПРИМЕНЕНИЕ КРИОСОХРАНЕННЫХ ГОМОГРАФТОВ
У ПАЦИЕНТОВ С КЛАПАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

*Ибрагимов О.Р., Ковальчук Д.Н., Шушарина Д.Н., Медведев А.В.,
Сухарева И.В., Рахаткулова М.З., Дергачева А.Н., Нозимзода С.С.*

25

**РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВЗРОСЛЫХ
С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
В ПРОФИЛАКТИКЕ ПАДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ**

Максимова И.И., Чинник Е.В.

26

**СТРУКТУРА ПАЦИЕНТОВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА АМБУЛАТОРНО-
ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ СТАЦИОНАРНОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ**

*Мамедова С.И., Котелкина О.С., Тихонова Н.А., Щербина М.Ю.,
Элифханова Э.Э., Волчѣк Л.В., Костомарова М.А.*

27

**ПРАКТИКА АМБУЛАТОРНОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Мельникова Е.А., Урванцева И.А.

28

**ДВУСТВОРЧАТЫЙ АОРТАЛЬНЫЙ КЛАПАН:
СТРАТЕГИИ И ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ**

Минасян В.Н.

29

**СТЕРНОМЕДИАСТИНИТ КАК МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА.
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕКОНСТРУКТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ
НА ОСНОВЕ АЛГОРИТМИЗАЦИИ ПРЕДИКТОРОВ**

Минасян В.Н.

30

СЕПСИС-ИНДУЦИРОВАННАЯ КАРДИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ДЕТЕЙ

Миночкин П.И., Пашаев А.Н.

30

**ИНФАРКТ МИОКАРДА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ:
6-МЕСЯЧНЫЙ РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ
КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК И ФАКТОРОВ РИСКА**

Османова Н.Б., Дутова П.Е., Хаиров Э.М., Юсупхаджиева Л.М.

31

РЕАЛИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ КАНБАН В УПРАВЛЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ЗАПАСАМИ СТАЦИОНАРА КАК МЕТОД БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА <i>Родионова М.И.</i>	32
ЛП(А): РОЛЬ В КАРДИОЛОГИИ И ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ <i>Рустамова М.М., Кудрявцева О.В., Ратушная Е.А.</i>	33
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АОРТОАРТЕРИТА ТАКАЯСУ ПО ДАННЫМ МСКТ И МРТ <i>Сафонова О.В., Бурлаченко Ю.Р.</i>	34
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АНОМАЛЬНОГО ОТХОЖДЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ОТ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ – СИНДРОМ БЛАНДА-УАЙТА-ГАРЛЕНДА <i>Сафонова О.В., Беляева Е.Э., Жуков С.Ю.</i>	35
РОЛЬ МРТ В ВЫЯВЛЕНИИ АМИЛОИДОЗА СЕРДЦА <i>Сафонова О.В.</i>	36
ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИСОСУДИСТОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (ВСУЗИ) <i>Ушаков М.А., Горьков А.И., Пеньковцев В.А., Кинаш В.И., Бурым А.А., Игнатов Д.И., Алиев Р.Г., Лемле А.Н., Косимов Д.Р.</i>	37
ГИБРИДНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Чирков А.Д., Ибрагимов О.Р., Ковальчук Д.Н., Захаров Д.С., Чугунов В.В., Медведев А.В., Симонян Т.О., Царькова Е.А., Лепихина Г.П.</i>	37
ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ПРЕАНАЛИТИЧЕСКОГО ЭТАПА ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В УСЛОВИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА <i>Шепилова И.Б., Григорьева Е. С., Руссу О.С., Мухтарова Н. В., Назарова М.Г., Урванцева И.А.</i>	38
ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВАЯ СФЕРА ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, НА АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ <i>Щербина М.Ю., Мамедова С.И., Котелкина О.С., Тихонова Н.А., Элифханова Э.Э., Волчѣк Л.В., Костомарова М.А.</i>	40

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ КОРОНАРНОГО СТЕНТА С ПОКРЫТИЕМ СИРОЛИМУСОМ «VIVO ISAR»

*Алиев Р.Г., Горьков А.И., Кинаш В.И., Пеньковцев В.А., Игнатов Д.И.,
Бурым А.А., Ушаков М.А., Ковальчук С.С., Лемле А.Н., Косимов Д.Р.
БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер
«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», г. Сургут*

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность применения стента с биodeградируемым полимерным покрытием «Vivo ISAR».

Материалы и методы. Система коронарного стента с лекарственным покрытием сиролимусом «Vivo ISAR» имеет в качестве отличия замену полимера на комбинацию Пробукол (липофильный антиоксидант) + Шелак (биodeградируемая биоинертная природная смола, микропористая поверхность стента). Покрытие стента изучено в рандомизированном клиническом исследовании с 10-летним периодом наблюдения. В проспективном наблюдательном исследовании включены 8 пациентов (5 мужчин и 3 женщины, средний возраст $64 \pm 6,5$ лет) в том числе высокого хирургического риска. Подход к выбору стента (по диаметру и по протяженности поражения) подбирался индивидуально. У двоих пациентов выполнялось с использованием внутрисосудистого ультразвукового метода исследования. Все пациенты получали двойную антитромбоцитарную терапию в рамках базисного лечения в соответствии с клиническими рекомендациями. Наблюдение за пациентами выполнялось как в раннем послеоперационном периоде, так и через три месяца после операции в телефонном режиме. Запись о клиническом состоянии пациента велась в рамках клинического мониторинга, были оформлены документации с сохранением конфиденциальности каждого пациента.

Результаты. Процедурный успех составил 100%. При 3-месячном контроле в телефонном режиме показатели статистически значимо не отличались в исследуемых группах. Серьезные сердечные и цереброваскулярные события и нежелательные явления не были зарегистрированы среди 8 пациентов. В одном случае при выраженном кальцинозе и изгибе ОВ ЛКА наблюдались технические сложности проведения каркаса изделия к участку поражения. После предварительной преддилатации NCB баллоном и далее с использованием cutting-баллона стент успешно был имплантирован в зону поражения.

Заключение. Использование стента «Vivo ISAR» с двойной антиагрегантной терапией в течение 3 мес. демонстрирует не меньшие клинические эффективность и безопасность, чем другие типы стентов с двойной антиагрегантной терапией в течение 12 месяцев, при лечении пациентов с коронарным атеросклеротическим поражением.

РЕГИОНАЛЬНАЯ ПРАКТИКА ВЕДЕНИЯ И ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ХАНТЫ-МАНСКИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ – ЮГРЕ

*Астраханцева И.Д., Урванцева И.А., Копылова Е.Г., Цугуй В.С.
БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер
«Центр диагностики и сердечно – сосудистой хирургии», г. Сургут*

Введение. Легочная гипертензия (ЛГ) – это группа заболеваний, которые приводят к развитию правожелудочковой сердечной недостаточности и смерти пациентов. В организации медицинской помощи данной категории больных особую роль играет ранняя диагностика и старт специфической терапии, что значительно позволяет снизить риск прогрессирования заболевания. В Ханты-Мансийском автономном округе (ХМАО) – Югре с 2017 года функционирует региональный центр ЛГ с выстроенной системой маршрутизации и льготного лекарственного обеспечения.

Цель исследования. Проанализировать данные окружного регистра пациентов с легочной артериальной гипертензией (ЛАГ) и хронической тромбоэмболической легочной гипертензией (ХТЛГ) в организационной модели оказания медицинской помощи за 8 лет ведения пациентов с ЛГ и выявить предикторы неблагоприятного прогноза течения заболевания.

Материалы и методы. В ХМАО-Югре с 2017 года ведется окружной регистр пациентов, страдающих ЛАГ и ХТЛГ. В регистр включались пациенты с различной этиологией ЛГ, большинство из которых получали ЛАГ-специфическую терапию. Всем пациентам, включенным в регистр, выполнялись стандартные общеклинические лабораторные и инструментальные методы исследования в соответствии с клиническими рекомендациями. Статистическую обработку полученных данных проводили при помощи программ Microsoft Office Excel 16 (2015, Microsoft, США), Statistica 13.0 (TIBCO, США).

Результаты. В окружной регистр пациентов, страдающих ЛАГ и ХТЛГ, включено 72 пациента: 14 (19,4%) детей и 58 (80,6%) взрослых. Распределение лиц по полу: мужчины – 19; женщины – 53. Средний возраст в группе детей составляет $9,0 \pm 3,4$ лет, средний возраст взрослых пациентов $46,1 \pm 2,8$. Структура пациентов следующая: с ИЛАГ – 21 человек (29,2%), с ХТЭЛГ – 11 человек (15,3%), ассоциированная с ВПС – 32 человека (44,4%), на фоне системных заболеваний соединительной ткани (СЗСТ) – 2 пациентка (2,7%), на фоне ВИЧ-инфекции – 4 (5,6%), на фоне заболевания крови – 1 (1,4%), на фоне заболеваний легких – 1 (1,4%). Централизованное оформление заявки и участие в формулярной комиссии Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры позволило снизить средний срок ожидания обеспечения льготными лекарственными препаратами по льготе орфанные заболевания (ОЗ) до 1 месяца, пациентам по программе ОНЛП до 2 месяцев (связано с пролонгацией времени на получения группы инвалидности). Также в автономном округе с 2017 г. для детей с диагнозом ЛАГ, ассоциированная с ВПС, действует региональная льгота вне зависимости от освидетельствования на медико-социальной экспертизе. По данным регистра монотерапию получают 26 пациентов (36,1%) в объеме: силденафил, мацитентан, риоцигуат, бозентан. Комбинированную двойную терапию получают 32 пациента (44,4%): силденафил+бозентан, риоцигуат+мацитентан, мацитентан+силденафил, риоцигуат+селексипаг. Комбинированную тройную терапию получают 6 пациентов (8,3%): селексипаг + мацитентан + силденафил, риоцигуат + мацитентан + илопрост, мацитентан + риоцигуат + силденафил, риоцигуат + амбризентан + селексипаг. При запуске регистра ЛАГ проведено информирование врачей о проблеме ЛГ посредством проведения образовательных семинаров руководителем регионального центра ЛГ, обучение врачей-специалистов ХМАО-Югры на базах федеральных центров РФ, специализирующихся в диагностике и лечении пациентов с ЛГ на стационарном этапе. Для своевременной диагностики ЛАГ и ХТЭЛГ, а также организации маршрутизации разработан алгоритм телемедицинских консультаций с региональным центром ЛАГ. За период 2017-2025 гг. летальность сохраняется устойчиво низкой и составляет 7,3%. Независимыми предикторами неблагоприятного прогноза ЛАГ по данным много факторного анализа являются: исходное систолическое давление в легочной артерии, срок до подтверждения диагноза ЛАГ, исходно малый ударный объем левого желудочка, наличие выпота в полости перикарда, уровень NTproBNP (все $p < 0,05$).

Выводы. Успешный опыт организации медицинской помощи пациентам с ЛГ в ХМАО-Югре обусловлен созданием и последующим развитием регионального экспертного

центра ЛАГ, ведением окружного регистра пациентов с ЛАГ и ХТГЛ, выстроенной системой маршрутизации больных, в том числе с применением телемедицинских технологий и внедрением системы льготного лекарственного обеспечения, при регулярном взаимодействии с федеральными центрами РФ демонстрирует увеличение выявляемости ЛАГ / ХТЛГ в регионе и сокращение времени до инициации терапии.

ВЛИЯНИЕ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕЙ ПОЛНОЙ БЛОКАДЫ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА НА ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА: ДАННЫЕ ОДНОЦЕНТРОВОГО РЕТРОСПЕКТИВНОГО РЕГИСТРА

*Баранов А.А., Бадоян А.Г., Хелимский Д.А., Крестьянинов О.В.
ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр
им. акад. Е.Н. Мешалкина, Новосибирск, Россия*

Введение. Клиническое значение впервые возникшей полной блокады левой ножки пучка Гиса (ПБЛНПГ) после транскатетерной имплантации аортального клапана (ТИАК) остаются спорными. В представленном исследовании мы оценили влияние впервые возникшей персистирующей ПБЛНПГ на клинические исходы после ТИАК.

Цель исследования. Оценить влияние впервые возникшей ПБЛНПГ на отдаленные исходы ТИАК

Материалы и методы. В данное ретроспективное исследование были первично включены 473 пациентов, перенесших ТИАК по поводу выраженного аортального стеноза (АС) в период с марта 2015 года по октябрь 2023 года. Мы анализировали 322 пациентов, исключив лиц с исходными нарушениями внутрижелудочковой проводимости (QRS >120 мс, ПБЛНПГ, блокада правой ножки пучка Гиса), лиц с имплантацией постоянного ЭКС до или во время индексной госпитализации, а также случаи с госпитальной летальностью. Первичной конечной точкой была смерть от сердечно-сосудистых причин. Вторичная конечная точка включала смерть от всех причин, а также имплантацию постоянного ЭКС.

Результаты. В общей популяции пациентов частота развития ПБЛНПГ после процедуры ТИАК составила 20,2%. За медиану наблюдения 2,9±1,9 лет в группе пациентов с впервые возникшей ПБЛНПГ была отмечена большая частота смерти от сердечно-сосудистых причин (ОР 2,31, 95% ДИ 1,18-4,53, p=0,012). Значимых различий по частоте смерти от всех причин (ОР 0,48, 95% ДИ 0,17-1,37, p=0,16) и имплантации постоянного ЭКС (ОР 2,61, 95% ДИ 0,85-0,80, p=0,08) отмечено не было.

Выводы. Частота развития ПБЛНПГ после ТИАК составляет 20,2%. Впервые возникшая персистирующая ПБЛНПГ после процедуры ТИАК ассоциируется с увеличением частоты смерти от сердечно-сосудистых причин в отдаленном периоде.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ СМЕРТНОСТИ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ ХАНТЫ-МАНСКИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ ЗА 2024 ГОД

*Гойнова Н.Н., Урванцева И.А., Сухарев Д.А., Астраханцева И.Д., Андреева И.А.
БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер
«Центр диагностики и сердечно – сосудистой хирургии», г. Сургут*

Введение. Несмотря на достигнутые успехи в профилактике и лечении болезней системы кровообращения (далее – БСК), смертность от них продолжает занимать лидирующие позиции и оставаться высокой среди трудоспособного населения. В ХМАО-Югре за пятилетний период (2020-2024 гг.) уровень смертности от БСК снизился на 9,6% и составил в 2024г. 248,0 на 100 тысяч населения, уровень смертности трудоспособного возраста на 7,9% и составил в 2024г. 125,4 на 100 т.н. При этом доля умерших трудоспособных граждан в общей структуре смертности не изменилась – 31,0% в 2020г., 30,9% – в 2024г.

Цель исследования. Анализ структуры смертности трудоспособного населения в разрезе половозрастной структуры и нозологий.

Материалы и методы. Использовали официальные данные Росстата по смертности населения в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре за 2024г. Проанализирована смертность от БСК в разрезе пола, возраста, нозологии. К трудоспособному возрасту считались лица в соответствии с кодировками: возраст мужчины трудоспособного возраста 16-61 лет, возраст женщины 16-56 лет. Статистическую обработку полученных данных проводили при помощи программ Microsoft Office Excel 16 (2015, Microsoft, США).

Результаты. В структуре смертности от БСК в 2024г. отмечается отчетливое преобладание мужчин 84% (n=1142) над женщинами 16% (n=218). Анализ медицинских свидетельств о смерти трудоспособного возраста за 2024г., как у мужчин, так и у женщин (n=1360) продемонстрировал, что основной причиной смерти являются кардиомиопатии – 42,7% (n=581), на втором месте – ишемическая болезнь сердца (32,4%, n= 440), на третьем – цереброваскулярные болезни (13,7%, n= 186).

Анализ возрастной структуры умерших от БСК трудоспособного возраста показал, что вне зависимости от пола преобладают лица в возрасте 45-56 лет для женщин и 45-61 лет для мужчин – 75,3% (n=1024), 16-29 лет – 1,7% (n=23), 30-44 лет – 23% (n=313).

В структуре нозологий умерших от БСК в возрасте 16-29 лет в качестве основной первоначальной причины смерти на первом месте – внезапная сердечная смерть (52,2%, n=12), в возрасте 30-44 лет – кардиомиопатия (58,2%, n=182), в группе 45-56 лет для женщин и 45-61 лет для мужчин – ишемическая болезнь сердца и кардиомиопатия (39,7% и 38,3%, соответственно).

Заключение. В структуре смертности от БСК в 2024г. отмечается отчетливое преобладание мужчин (84%). Вне зависимости от пола преобладают лица трудоспособного возраста (45-61 лет) – 75,3% и в структуре нозологий в данной возрастной группе преобладает ишемическая болезнь сердца и кардиомиопатия (39,7% и 38,3%, соответственно).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНФОРМАТИВНЫХ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПРЕДИКТОРОВ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ И БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КАРДИООНКОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

Варданян Р.А, Урванцева И.А, Капиталан В.В, Воробьев А.С, Кудрявцева О.В.

*БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер
«Центр диагностики и сердечно – сосудистой хирургии», г. Сургут
БУ ВО Сургутский государственный университет, г. Сургут
ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет
Минздрава России, г. Кемерово*

Введение. В реальной клинической практике пациенты с сопутствующими заболеваниями онкологического профиля имеют риск кардиотоксичного влияния вследствие

того, что противоопухолевые препараты, лучевая терапия (ЛТ), а также таргетная терапия обладают рядом побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС). Таким пациентам требуется более эффективное наблюдение, чем это происходит в рамках рутинной практики. На базе окружного кардиодиспансера г. Сургута сформирован кабинет кардиоонкологической помощи в составе центра управления сердечно-сосудистыми рисками, что позволяет минимизировать риски кардиотоксичности на всех этапах оказания онкологической помощи.

Цель. Обзор и систематизация имеющихся данных о кардиотоксичности противоопухолевых препаратов. Рассмотрение методов диагностики, профилактики и лечения кардиотоксичности, оценка их эффективности и результатов в условиях специализированного кардиоонкологического кабинета и в условиях стандартного амбулаторного наблюдения в кардиодиспансере.

Материал и методы. Пациенты диспансерной группы кардиоонкологического кабинета 306 человек. Всем выполнена ЭхоКГ с оценкой деформации миокарда. К критериям кардиотоксичности отнесены: снижение фракции выброса сердца ($< 40\%$); снижение деформации миокарда (меньше 18%); NTproBNP более 125; тропонины I или T более 99-й перцентили.

Результаты. Все пациенты характеризовались (делились) как имеющие высокий или очень высокий сердечно-сосудистый риск. На учет в кардиоонкологическом кабинете кардиодиспансера с апреля 2024 года по июль 2025г поставлено 306 больных: мужчин – 117 (38%) и женщин – 189 (62%). Средний возраст $70 \pm 0,8$ (40 – 85) лет. Из них 101 пациент (33%) – высокого сердечно-сосудистого риска и 85 (67%) – очень высокого риска. Онкологические нозологии: рак щит железы – 16 лиц (5,2%), рак молочной железы – 69 лиц (22,5%), рак предстательной железы – 13 лиц (4,2%), рак матки и/или придатков – 55 лиц (17,9%), рак легких – 86 лиц (28,1%), рак желудка – 44 лица (41%), рак кишечника – 19 лиц (6,2%), рак кожи – 4 лица (3,3 %). Госпитализированы по плановым показаниям 95 пациентов (94%) и экстренным – 8 (6%). Из них с ХСН 35 пациентов (34,6%) (ФК 2 из 28 больных (15%) и ФК 3 из 7 пациентов (4%)), с ТЭЛА – 27 лиц (26,7%), с ИБС – 41 больной (40,5%). Учитывая результаты выполнения Стрейн-оценки у кардиоонкологических пациентов выявлена кардиотоксичность у 104 человек (33,9%), из них мужчин – 45 (42,7%), женщин – 59 (58,4%), со сниженной ФВ мужчин – 27 (8,8%), женщин – 39 (12,7%). Получают терапию по поводу кардиотоксичности 74 больных (24,2%): мужчин – 33 (10,7%), женщин – 41 (13,4%).

Заключение. Результаты исследования реальной клинической практики показали важность долгосрочного наблюдения за пациентами кардиоонкологического профиля в условиях специализированного кардиоонкологического кабинета.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ ПОСТУПЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В СТАЦИОНАРНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВЗРОСЛЫХ С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Волошина Н.Ю.

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

Цель. Определение роли медицинской сестры в организации поступления пациентов в стационарное отделение медицинской реабилитации взрослых для пациентов с соматическими заболеваниями (далее СОМедР) для проведения II этапа послеоперационного восстановления.

Материал и методы. Медицинская документация (лист сестринского наблюдения, история болезни), компьютерное обеспечение (программа МИС – пациент), тестовые шкалы (тест 6 минутной ходьбы, шкала Борга, шкала Морсе), медицинское оборудование (медицинские весы, ростомер, пульсоксиметр, тонометр, градусники, электрокардиограф).

Результаты. На этапе перехода пациентов из кардиохирургического, кардиологического отделений стационара в СОМедР медицинская сестра идентифицирует и регистрирует пациента в программе МИС-пациент. Проводит первичную оценку состояния пациента по шкале Борга, шкале Морсе, тест 6 минутной ходьбы, контролирует жизненно важные показатели, вносит данные в историю болезни, лист сестринского наблюдения. Определяет ключевые проблемы пациента медицинского, психологического и бытового плана. Выявляет факторы, которые могут ухудшить состояние пациента. Проводит разъяснительную работу, адаптирующую пациента к реабилитационным мероприятиям. А также позволяет врачу составить более детальную программу реабилитации пациента. Следит за соблюдением клинических стандартов и протоколов, что обеспечивает высокий уровень медицинской помощи (лист сестринского наблюдения, оформление истории болезни). Ведение точной медицинской документации и отчётности помогает отслеживать динамику состояния пациентов и повышает качество предоставляемых услуг.

Заключение. Роль медицинской сестры в организации поступления пациентов в СОМедР является многофункциональной и важной, обеспечивая успешное начало реабилитационного процесса и способствуя скорейшему восстановлению здоровья пациентов. Ведение точной медицинской документации и отчётности помогает отслеживать динамику состояния пациентов и повышает качество предоставляемых услуг.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРИКАТЕТЕРНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТА С МАССИВНОЙ ТЭЛА С ПОМОЩЬЮ ТЕХНОЛОГИИ ЕКОС

Гаджиева Д.С., Каримов Р.Р.

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

Цель. Представить клинический случай применения внутрикатетерного тромболиза с помощью технологии ЕКОС у пациента с массивной тромбоэмболией легочной артерии.

Материал и методы. Пациент К., 56 лет, доставлен в экстренном порядке в БУ ОКД ЦД и ССХ г. Сургута с тромбоэмболией легочной артерии. По результатам КТ-ангиографии легочных артерий в правой главной ветви легочной артерии визуализировался массивный лентовидный тромб, перекрывающий просвет на 1/2, распространяющийся на верхнедолевую, среднедолевую и нижнедолевую ветви. В левой главной ветви лентовидный тромб, распространяющийся в устье правой легочной артерии с переходом на верхнедолевую и нижнедолевую ветви; также выявлены мелкие тромбы в сегментарных ветвях с обеих сторон; определены зоны инфаркта паренхимы обоих легких. По результатам эхокардиографии выявлены признаки перегрузки правых отделов сердца: ПП 6,0 см, в длину 6,2 см, площадь - 29,0 см²; ПЖ 5,2 см, базальный диаметр ПЖ 6,1 см, TAPSE (систолическая экскурсия кольца ТК) 16 мм, ФВ ПЖ 16 %; систолическое давление в легочной артерии составило 70 мм. рт. ст. По результатам лабораторного исследования отмечалось повышение сывороточного уровня N-терминального фрагмента натрийуретического мозгового пептида в крови до 4754 пг/мл, уровня тропонина Т – 18.49 пг/мл. По данным ультразвуковой доплерографии нижних конечностей выявлены признаки тромбоза глубоких вен (дистальные отделы) правой нижней конечности, в стадии начальной реканализации. По шкале PESI пациент относился к

промежуточно-высокому риску 30-дневной летальности (86 баллов – III класс). Мультидисциплинарным консилиумом принято решение о проведении катетерной тромболитической терапии с помощью технологии EKOS по жизненным показаниям в экстренном порядке.

Результаты. Трансфеморальным доступом была произведена пункция правой и левой бедренных вен. По проводнику установлен интродьюссер 6F-11см, через который поочередно проведен диагностический катетер Pig Tail - 6F, и установлен селективно в правой и левой главных ветвях легочной артерии, после чего выполнена селективная ангиография. Выявлены ангиографические признаки массивного тромбоза правой главной ветви, правых и левых долевых ветвей легочной артерии. Через ранее установленные интродьюссеры в правой и левой бедренных венах последовательно проведены и установлены в нижнедолевых артериях катетеры для инфузии тромболитика и ультразвуковые датчики для целенаправленного тромболиза системы EKOS. Затем была начата непрерывная инфузия тромболитического препарата Актелизе через перфузор в правую и левую легочные артерии. Пациент был переведен в отделение реанимации, где в течение 6-ти часов проводилась инфузия тромболитического препарата.

Выводы. На контрольном ЭХОКГ: ПП 5,5см, в длину 4,7 см, площадь ПП 29,1 см²; ПЖ 3,9 см, базальный диаметр ПЖ 5,1см, TAPSE 17 мм, ФВ ПЖ 25%, систолическое давление в легочной артерии 55 мм. рт. ст. По данным контрольной КТ-ангиографии отмечался дефект наполнения дистальной трети правой и левой легочных артерий с переходом на долевые, сегментарные и субсегментарные ветви. Клинически пациент стал отмечать значительное уменьшение одышки, уровень сатурации кислорода составлял 97% при дыхании атмосферным воздухом. На десятые сутки пациент выписан в удовлетворительном состоянии, на амбулаторный этап лечения рекомендован прием ПОАК.

Заключение. Применения внутрикатетерного тромболиза с помощью технологии EKOS является эффективной и безопасной методикой для лечения больных с массивной тромбоэмболией легочной артерии.

ДВЕНАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРАНСАОРТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПРОТЕЗА АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА (TAVI)

*Горьков А.И., Пеньковцев В.А., Ушаков М.А., Ковальчук С.С., Алиев Р.Г.,
Кинаш В.И., Бурым А.А., Игнатов Д.И., Лемле А.Н., Косимов Д.Р.*

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

Цель. Оценить эффективность TAVI у больных с приобретенным выраженным и критическим стенозом аортального клапана.

Материал и методы. В 2012г. были выполнены первые операции TAVI пациентам с приобретенным стенозом аортального клапана. С 2012г. по 2024г. было выполнено 113 операций: женщины – 76 человек (68%), мужчины – 37 человек (32%), средний возраст пациентов составил 79±8 лет. Все пациенты имели высокий операционный риск и коморбидную патологию. По инструментальным и клиническим данным был диагностирован выраженный или критический стеноз аортального клапана с сохраненной и / или умеренно сниженной фракцией выброса левого желудочка сердца. В 112 случаях операционный доступ был феморальный, в 1 случае трансаортальный. Из 113 больных 85 лицам имплантирован клапан Evolut, 28 пациентам имплантирован клапан Acurate. В 32 случаях феморальный доступ осуществлялся путем выделения бедренной артерии и, в последующем, ушиванием, в

81 случае феморальный доступ осуществлялся пункционным методом с предохранением двумя ушивающими устройствами Perclose Proglide и финальной герметизацией ушивающим устройством AngioSeal.

Результаты. Во всех, 113 случаях был достигнут технический успех. В послеоперационном периоде отмечалось уменьшение до нормальных цифр трансаортального систолического градиента. Регрессировала сердечно-сосудистая недостаточность. Послеоперационные осложнения: АВ блокада, потребовавшая имплантации ЭКС – 2, гематома бедра, потребовавшая имплантации стент-графта – 1, Транзиторная ишемическая атака – 1, инсульт, потребовавший лечения в неврологическом стационаре – 1, забрюшинная гематома, с летальным исходом – 1, эмболический инфаркт миокарда с летальным исходом – 1, дислокация протеза клапана в восходящую аорту – 2.

Выводы. TAVI является эффективным методом лечения при выраженном и критическом стенозе аортального клапана у пациентов возрастной группы. Требуется подбор пациентов с определением этапов лечения (реваскуляризация, замена клапана), а также готовность операционного блока для перехода на открытый этап с искусственным кровообращением.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ИНТЕНСИВНОСТЬ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Евченко И.В., Золотенкова О.М.

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

Введение: Боль является одним из факторов снижения мотивации к лечению у пациентов. Принимая во внимание, что боль формируется из трех компонентов, которые находятся в постоянном взаимодействии – биологического, психологического, социокультурного, лечение боли требует комплексного подхода, задачей которого является не только «снятие симптома», но и разработки стратегических задач.

Методы исследования. Клиническая диагностическая беседа с целью определения психоэмоционального и когнитивного статуса пациента, а также склонности пациентов к тревожно-депрессивным состояниям личности (шкала госпитальной тревоги и депрессии HADS), диагностики приверженности к лечению, исследование внутренней картины болезни (ВКБ), определение интенсивности боли (краткий опросник боли Bref Pain Inventory) и влияния боли на различные сферы жизни: общую активность, настроение, способность ходить, работать, общаться с людьми, сон и удовольствие от жизни.

Результаты. В исследовании участвовало 158 пациентов с различными заболеваниями сердца и с выраженным болевым хроническим синдромом (по шкале VPI от 0-10 - отметка 6-8). Важным критерием отбора пациентов для исследования был их личный запрос на индивидуальную психологическую консультацию, которая проводилась в рамках кризисной интервенции в процессе лечения. Данная работа была направлена на изучение психологических и социокультурных составляющих болевого синдрома, стабилизацию психоэмоционального состояния, переосмысление опыта болезни и формирования экологичного, бережного отношения к собственному здоровью как жизненной ценности. Выбор пациентов был согласован с лечащим врачом. Признаки депрессии были выявлены у 64(40,5%) пациентов. Вместе с жалобами соматического характера, пациенты отмечали плаксивость, апатию, снижение мотивации к лечению, чувство безысходности, утрату

интереса к жизни и страх возвращения к повседневной жизни. Причинами указанных проявлений являлись следующие психологические и социокультурные факторы: посттравматическое стрессовое расстройство в связи с внезапно выявленным заболеванием (22%), утрата близких (17%), сложные взаимоотношения в семье (18%), утрата работы (14%), финансовой стабильности (18%), в следствии заболевания (12,5%), устойчивая модель поведения, где боль является способом получения внимания или позволяет избежать не желаемых действий (13.5%), нарушение этики медицинским персоналом (18%), высокий уровень ожидания от процесса восстановления (10%). Также на снижение психоэмоционального фона влияла не сформированная картина болезни на интеллектуальном уровне – пациенты не до конца были информированы о своем заболевании и дальнейшем прогнозе. По завершению реабилитационного периода им снова предлагалось пройти контрольное тестирование. Из 64 пациентов только у 20 сохранялись субклинически выраженные депрессивные проявления. Болевой синдром по шкале ВРІ у пациентов снизился в пределах от 1 до 4.

Выводы. Проведенное исследование показало, что хронический болевой синдром является биопсихосоциальной проблемой, которая требует интегративного подхода (медикаментозной терапии, физической реабилитации, индивидуальной психологической работы). Важными факторами, влияющими на его развитие, являются эмоциональная и когнитивная оценка боли, восприятие боли, жизненный опыт и личностные особенности пациента, а также коммуникативные навыки медицинского персонала.

МЕХАНИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА КРОВООБРАЩЕНИЯ (МПК): СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Жарковский В. В.

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

Введение. Критические состояния сердечно-сосудистой системы сопровождаются высоким риском летальности, а возможности медикаментозной терапии часто оказываются недостаточными. В этих условиях механическая поддержка кровообращения (МПК) становится ключевым методом временной или длительной стабилизации гемодинамики.

Цель. Оценить значение МПК в лечении тяжелой сердечной недостаточности и обозначить перспективные направления развития технологий.

Материалы и методы. Временные методы МПК включают внутриаортальную баллонную контрпульсацию, экстракорпоральную мембранную оксигенацию и центрифужные насосы; долговременные – левожелудочковые и правожелудочковые ассистирующие устройства, тотальные искусственные сердца. Основные показания: рефрактерная сердечная недостаточность, кардиогенный шок, посткардиотомический синдром, ожидание трансплантации. МПК позволяет улучшить выживаемость и выиграть время для восстановления миокарда или проведения радикального лечения, однако сопровождается риском осложнений (тромбоз, инфекция, гемолиз) и требует значительных ресурсов. Проведен систематический обзор современных научных публикаций (за последние 5 лет) в базах данных PubMed, Scopus и Cochrane Library. Проанализированы данные рандомизированных контролируемых исследований, реестров (например, INTERMACS) и мета-анализов, посвященных имплантируемым ВАК (лево- и бивентрикулярным, с пульсирующим и непрерывным потоком) и чрескожным системам кратковременной поддержки (таким как ВАБК (IABP), Impella, ЭКМО).

Результаты. Устройства с непрерывным потоком (роторные насосы) доказали превосходство над устройствами с пульсирующим потоком по показателям долговечности, миниатюризации и снижению частоты специфических осложнений. Чрескожные системы кратковременной поддержки (Impella, ЭКМО) значительно улучшили выживаемость пациентов с кардиогенным шоком, рефрактерными жизнеугрожающими аритмиями и как поддержка при высокорискованных интервенционных процедурах. Ключевыми проблемами, встречающимися при применении МПК, остаются коагулопатия (тромбоэмболические и геморрагические осложнения), инфекции приводов. Разрабатываемые технологии, такие как полностью имплантируемые системы с беспроводной передачей энергии и миниатюрные бивентрикулярные устройства, демонстрируют потенциал для дальнейшего снижения осложнений и улучшения качества жизни пациентов.

Выводы. МПК является одним из наиболее эффективных инструментов современной интенсивной терапии и кардиохирургии. Будущее технологии связано с повышением распространенности и доступности технологий МПК, а также миниатюризацией, повышением биосовместимости и развитием интеллектуальных систем.

ДЕКАТЕХОЛАМИНИЗАЦИЯ ПРИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Жимспаев Д.М., Черепнев Д.Д., Миночкин П.И.
БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер
«Центр диагностики и сердечно – сосудистой хирургии», г. Сургут*

Введение. Инопрессорная поддержка, являясь важным компонентом лечения пациентов с кардиогенным шоком, направлена на поддержание гемодинамики и улучшение перфузии органов. Однако, как и при любом медикаментозном лечении, применяемые с этой целью катехоламины, должны быть своевременно отменены, чтобы избежать нежелательных эффектов и осложнений.

Цель. Определить порядок отлучения от инопрессоров, а также ключевые аспекты, которые необходимо учитывать в этом процессе.

Материал и методы. Обследованы пациенты с декомпенсированной хронической сердечной недостаточностью, получившие интенсивную терапию в стационаре кардиоцентра.

Результаты. Определены показания к инопрессорной поддержке: инопрессоры применяются при лечении шоковых состояний. Основным назначением инопрессорной терапии является поддержание целевого артериального давления (АД), что позволяет обеспечить адекватную перфузию жизненно важных органов. Установлен порядок отмены вазопрессорной терапии. Оценка состояния пациента: перед деэскалацией инопрессоров необходимо провести тщательную оценку состояния пациента; важно учитывать следующие параметры: АД, частота сердечных сокращений, уровень сознания, параметры гемодинамики (центральное венозное давление, сердечный выброс и др.), клинические признаки гипоперфузии (симптом «бледного пятна», сублингвальная микроскопия, диурез), лабораторные показатели (газы крови, сатурация гемоглобина венозной крови, биомаркеры гипоперфузии и др.). Актуально постепенное снижение дозы: резкая отмена вазопрессоров может привести к ухудшению состояния пациента, поэтому рекомендуется: постепенно снижать дозу инопрессора, контролируя при этом АД и другие гемодинамические параметры, один критерий АД не может подходить для всех пациентов; необходимо искать индивидуализированный критерий АД на основе всестороннего анализа состояния пациента; уменьшать дозу на 10-20% каждые 15-30 минут, в зависимости от клинической ситуации. Мониторинг и коррекция: во время деэскалации дозы инопрессоров необходимо постоянно

мониторировать АД и другие жизненные показатели, а также быть готовым к коррекции терапии в случае ухудшения состояния пациента. Важна также оценка необходимости продолжения терапии: если после снижения дозы инопрессора АД остаётся стабильным и пациент не демонстрирует признаков ухудшения, можно рассмотреть возможность полной отмены препарата. Необходимо также оценить необходимость перехода на другие методы поддержки гемодинамики, такие как инфузия кристаллоидов, назначение системных глюкокортикоидов, обеспечивать преемственность между бригадами intensivists.

Заключение. Декатехоламинизация в условиях реанимации требует внимательного подхода и тщательной оценки состояния пациента, что может влиять на исходы заболевания и качество жизни пациентов.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ СКРИНИНГА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПРИМЕРЕ АКЦИИ «КРАСНОЕ ПЛАТЬЕ»

*Захарова Н.Н., Кудрявцева О.В., Урванцева И.А., Приходько О.А.
БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер
«Центр диагностики и сердечно – сосудистой хирургии», г. Сургут*

Введение. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) привлекает внимание, поскольку влияет на ведущую причину смертности населения, в том числе трудоспособного возраста. Крупная международная инициатива акций кардиоскрининга направлена на повышение осведомленности населения о ССЗ, побуждение заботиться о своем здоровье и здоровье своих близких. В кардиодиспансере г. Сургут первичная профилактика реализована в организации акций кардиоскрининга «Красное платье».

Цель исследования. Осветить роль и значение медицинской сестры в организации и проведении скрининга ССЗ среди населения в рамках акции «Красное платье», а также показать влияние их деятельности на эффективность и охват профилактическими мероприятиями.

Материалы и методы. На передовой линии акций традиционно находятся медицинские сестры консультативного отделения поликлиники кардиодиспансера. Они выступают ключевыми фигурами: проводят регистрацию участников акций, измерение артериального давления, анкетирование с целью выявления факторов риска (статус курения, уровень физической активности, холестерина, избыточный вес, характер питания и пр.), обеспечивают маршрутизацию на заключительный, врачебный этап кардиоскрининга. В случае нестандартных ситуаций (например, выявление высоких цифр артериального давления, плохого самочувствия) предпринимают необходимые организационные действия, обеспечивая поддержку участников.

Результаты. Этапы кардиоскрининга (сестринский, врачебный этапы) позволяют увеличить проходимость скрининговых акций. Например, в течение 4-х часов акцию проходит 50-80 человек. Выявляемость высокой степени сердечно-сосудистого риска с направлением на углубленное обследование обычно составляет около 20-30% участников. Анализ второго этапа (углубленного обследования высокорисковых пациентов в поликлинике) показал первичную выявляемость значимых ССЗ (например, ишемической болезни сердца, атеросклероза магистральных сосудов) около 5%. Активность медицинских сестер способствует увеличению количества прошедших скрининг. Медицинские сестры обеспечивают качественный сбор анамнеза и точные измерения, что приводит к увеличению числа выявленных пациентов с факторами риска ССЗ и позволяет направить их на дальнейшее

обследование и лечение. Повышение информированности участников о профилактике и здоровье сердечно-сосудистой системы в процессе беседы с медсестрой – неотъемлемый элемент процесса. Важным результатом стала высокая мотивация населения к прохождению дальнейшего обследования или поддержанию здоровья. Благодаря работе медсестер уровень информированности участников акции о ССЗ повысился, что способствует профилактике и снижению количества осложнений в будущем.

Выводы. Медицинские сестры играют важную роль в организации и проведении скрининга ССЗ, обеспечивают информирование и поддержку пациентов, что помогает раннему выявлению факторов риска и влияет на здоровье населения. Расширение роли медицинских сестёр в первичной профилактике ССЗ на примере кардиологического скрининга «Красное платье» должно стать приоритетом для любой медицинской организации.

ВАЖНОСТЬ ЭНДОСКОПИИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ОНКОПАТОЛОГИИ

Золотенков А.В.

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

Введение. Ранняя диагностика онкологических заболеваний является ключевым фактором успешного лечения. По данным ВОЗ, при выявлении рака первой стадии выживаемость пациентов достигает 90%. Чем раньше обнаружен онко-процесс, тем выше вероятность сохранить качество жизни пациента.

Материалы и методы. Ежедневно в работе используются 12 гибких эндоскопов: 8 гастроскопов и 4 колоноскопа; 8 аппаратов для обеспечения эндоскопических исследований пациентам реанимационных отделений стационара в экстренном порядке: 5 бронхоскопов, 2 гастроскопа (взрослый и детский), 1 колоноскоп.

Результаты. За период с 2022г по 2024г проведено 18365 исследований. 15613 (85%) эзофагогастродуоденоскопий, 2206 (12%) колоноскопии, 524(2,9%) бронхоскопии, 22(0,1%) ректороманоскопии. Выполнен забор биоматериала на гистологическое исследование у 571 (3%) пациента. Выявлено: 41 (7,2%) случай рака желудка, 178 (31,2%) случаев полипы желудка, 3 (0,5%) случаев рака пищевода, полипа пищевода 11 (1,9%), 18 (3,2%) случаев рак толстой кишки, 298 (52,2%) случаев полипа толстой кишки, 18 (3,2%) случаев полипа ДПК, 3 (0,5%) случая рака бронха, 1 (0,2%) случай полипа бронха 1 (0,2%). Количество онкопатологии растет с каждым годом. В сравнении с 2023 г., в 2024 г. количество выявленной онкопатологии увеличилось на 4%. Процентное соотношение патологии по нозологиям остается примерно на одном уровне за последние 3 года. Основная выявленная патология за счет доброкачественных образований ЖКТ (88,6%). Злокачественные образования выявлены в 11,4% случаев от общего количества. Все случаи рака подтверждены гистологическим исследованием. На каждый случай оформлено экстренное извещение.

Заключение. Эндоскопические исследования позволяют обнаружить изменения на ранних стадиях, определить размер и степень распространенности опухоли, а также получить образцы ткани для гистологического исследования, позволяющего точно верифицировать диагноз и назначить соответствующее лечение.

ПРИМЕНЕНИЕ КРИОСОХРАНЕННЫХ ГОМОГРАФТОВ У ПАЦИЕНТОВ С КЛАПАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Ибрагимов О.Р., Ковальчук Д.Н., Шушарина Д.Н., Медведев А.В.,
Сухарева И.В., Рахаткулова М.З., Дергачева А.Н., Нозимзода С.С.
БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер
«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»», г. Сургут.*

Введение. Использование криосохраненных гомографтов в кардиохирургии демонстрирует оптимальные результаты: резистентность к инфекции, низкий риск тромбоэмболических осложнений.

Цель. Оценить непосредственные и краткосрочные результаты использования криосохраненных гомографтов, имплантированных в ортотопическую и гетеротопическую позицию, у пациентов с клапанной патологией.

Материалы и методы. В период с 2024 по 2025 гг. проведено 13 оперативных вмешательств с использованием криосохраненных гомографтов у пациентов с поражением клапанов сердца. Аортальный гомографт имплантирован 5 пациентам, в том числе 1 пациенту с активным инфекционным эндокардитом и 4 больным молодого возраста с выраженным аортальным стенозом и расширением восходящего отдела аорты. Легочный гомографт имплантировали 2 пациентам. Показанием к использованию послужило аневризматическое расширение легочного ствола и легочных артерий. Митральный гомографт имплантировали 5 пациентам, причем у всех пациентов гомографт имплантировали в гетеротопическую позицию. У всех пациентов операцию проводили по причине инфекционного эндокардита, в 2 случаях операция была повторной. Аортально-митральный моноблок использовался у одного пациента с инфекционным клапанным эндокардитом.

Результаты. У пациентов, перенесших имплантацию аортального гомографта, длительность искусственного кровообращения (ИК) составила $246,6 \pm 36$ минут, аноксия миокарда – 147 ± 22 минуты. В раннем послеоперационном периоде летальный исход зафиксирован у 1 пациента, причиной которого явилась полиорганная недостаточность на фоне сепсиса. Длительность пребывания в реанимационном отделении составила $62,4 \pm 10$ часа, в кардиохирургическом отделении – 10 дней. У одного пациента через 3 месяца возник инфекционный эндокардит гомографта, что потребовало проведения повторной операции. У двух пациентов, которым провели имплантацию легочного гомографта, длительность ИК составила 171 ± 57 минут, пережатие аорты – $88,5 \pm 10$ минут. В раннем послеоперационном периоде летальных исходов не выявлено. Длительность пребывания в реанимационном отделении составила – $48,1 \pm 11,1$ часов, в кардиохирургическом отделении – 9 дней. У пациентов с имплантацией митрального гомографта в трикуспидальную позицию длительность ИК составила $214,2 \pm 45$ минут, пережатие аорты – $148,8 \pm 35$ минут. В сроке наблюдения через 3-6 месяцев выживаемость составила 100%. Кардиоэмболических событий не зафиксировано. По данным ЭхоКГ патологических изменений не выявлено. Клинически у всех пациентов отмечался регресс клиники сердечной недостаточности.

Заключение. Гомографты обладают хорошей биосовместимостью, оказывают высокую устойчивость к инфекции, свободу от приема антикоагулянтов и тромбоэмболических событий, однако требуют дальнейшего набора клинического материала и оценки отдаленных результатов.

КАРДИОСКРИНИНГ РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ: ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ СУБКЛИНИЧЕСКОЙ И МАНИФЕСТНОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Иванова А.Н., Пикулина Н.Е., Приезжева Р.Ф.

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

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются доминирующей причиной смертности и инвалидизации среди трудоспособного населения. Современные подходы к профилактике ССЗ предусматривают активный поиск субклинических форм патологии в организованных популяциях. Выявление факторов риска и начальных стадий ССЗ особенно важно в популяции трудоспособных лиц, поскольку позволяет своевременно внедрить меры первичной профилактики, предотвратить прогрессирование болезни и избежать тяжёлых осложнений. Комплексные скрининговые программы, включающие визуализирующие методы и очную консультацию специалиста, значительно повышают чувствительность выявления патологии по сравнению с традиционными профосмотрами.

Цель исследования. Определить структуру впервые выявленной сердечно-сосудистой патологии в ходе углублённого скрининга среди работников градообразующего предприятия.

Материалы и методы. За 6 месяцев 2025 года проведено проспективное скрининговое обследование 862 сотрудников предприятия (возраст трудоспособной категории, без предварительного отбора по жалобам). Программа обследования включала: липидный профиль, определение печёночных трансаминаз, ультразвуковую оценку брахиоцефальных артерий, кальциево-коронарное индексирование по шкале Agatston, оценка риска фатальных и нефатальных ССЗ по шкале SCORE2 и очную консультацию врача-кардиолога. Пациенты с подозрением на выраженные коронарные поражения были направлены на коронарографию.

Результаты. У 447 обследованных лиц (51,9%) впервые верифицирована сердечно-сосудистая патология. Наиболее часто диагностировались: атеросклероз гемодинамически незначимый (атеросклероз брахиоцефальных артерий (БЦА) – у 268 лиц (31,1%); атеросклероз коронарных артерий у 108 лиц (12,5%)), дислипидемия – у 268 лиц (31,1%), впервые выявлены (5,9%) критические стенозы коронарного русла, в т. ч., случаи полного стволового поражения со стенозом до 90%, подтверждённые последующей коронарографией. Медикаментозная терапия впервые назначена 270 пациентам (31,3%), у 316 ранее наблюдающихся пациентов произведена коррекция схем лечения. У 37 лиц (4,3%) признаков сердечно-сосудистой патологии не выявлено.

Заключение. Результаты скрининга продемонстрировали высокую выявляемость как манифестных, так и субклинических форм ССЗ среди сотрудников промышленного предприятия. Включение инструментальных методов (оценка коронарного кальция, УЗИ БЦА) и очной кардиологической экспертизы позволило обоснованно сформировать маршруты дальнейшего ведения. Полученные данные подтверждают эффективность комплексного скрининга, как инструмента первичной профилактики в организованных популяциях риска. Особую значимость представляют случаи бессимптомного течения ишемической болезни сердца и стволовых стенозов, выявленные исключительно за счёт диагностических методов визуализации. Это подчёркивает необходимость регулярного скрининга в группах профессионального риска и целесообразность интеграции подобных программ в систему корпоративного здравоохранения и медицинской профилактики.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ МЕМБРАННОЙ ОКСИГЕНАЦИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЧКВ ВЫСОКОГО РИСКА

*Каримов Р.Р., Климова Е.В., Медведев А.В.,
Пеньковцев В.А., Филатов А.Н., Карлов О.Н.
БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер
«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», г. Сургут*

Введение. С учетом распространения коморбидности пациентов с каждым годом значительно повышается сложность выполнения чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ). Ввиду этого повышается значимость одномоментного выполнения процедуры ЧКВ с использованием веноартериальной экстракорпоральной мембранной оксигенации для поддержания гемодинамики и адекватной перфузии органов во время оперативного вмешательства. Для данной группы вмешательств, выполняемых с использованием кратковременной механической поддержки кровообращения, был введен термин «ЧКВ высокого риска».

Цель. Проанализировать и представить клинический случай применения веноартериальной экстракорпоральной мембранной оксигенации при выполнении ЧКВ высокого риска.

Материал и методы. Больной Т., 57 лет, поступил в БУ ОКД «ЦД и ССХ» в плановом порядке с жалобами на давящие боли за грудиной при незначительной физической нагрузке, одышку при минимальной физической нагрузке. Клиника ИБС с 2012 года, когда перенес инфаркт миокарда, тогда же выполнено стентирование ПКА. В 2016г году была проведена имплантация ЭКС по поводу полной АВ-блокады. Клиника ХСН с 2023 года, когда стал отмечать нарастание одышки при привычной физической нагрузке, отеки нижних конечностей. Прогрессирование клиники ИБС с 2024 года, по поводу чего в октябре 2024 года был госпитализирован в отделение кардиологии БУ ОКД. По результатам коронарографии выявлено многорусловое гемодинамически значимое поражение коронарных артерий: тип коронарного кровообращения правый, Ствол ЛКА: кальциноз, ПМЖВ: кальциноз, стеноз в/3 от устья 70-80%; стеноз в/3 60%, ДВ: кальциноз, стенозы устья 1 и 2 ДВ до 80%, ОВ: хр. окклюзия от ствола ЛКА, ПКА: кальциноз, хр. окклюзия в/3, заполняется ретроградно за счет перетоков из ЛКА. По данным ЭХО-КГ: КДО 243 мл, КСО 149 мл, ФВ: 39%, гипокинез задней-нижней-боковой стенок, умеренный гипокинез передней стенки ЛЖ. Учитывая данные анамнеза, клиническую картину, результаты КАГ (диффузное поражение коронарных артерий, хронические окклюзии ОВ и ПКА), консилиумом принято решение о проведении реваскуляризации миокарда в объеме ЧКВ ПМЖВ, попытки реканализации хронической окклюзии ПКА с использованием ЭКМО.

Результаты. Подключено веноартериальное ЭКМО. Катетеризированы бедренная артерия слева (размер канюли 17 Fr) и бедренная вена слева (размер канюли 24 Fr). Скорость потока 2,8 л/мин, скорость насоса 6000 об/мин. Длительность процедуры ЭКМО 55 минут. Через 5 часов после процедуры пациент экстубирован, гемодинамика стабильная. Выполнено стентирование ствола ЛКА – средней трети ПМЖВ, установлено 2 стента, попытка реканализации хронической окклюзии ПКА. В отдаленном послеоперационном периоде отмечалась лимфорея, ввиду чего была проведена ревизия послеоперационной раны. В дальнейшем пациент выписан с улучшением.

Выводы. Группа пациентов группы ЧКВ высокого риска требует привлечения мультидисциплинарной команды, в задачи которой входит оптимальная предоперационная подготовка коморбидных больных, периоперационное ведение с использованием

высокотехнологичных методов лечения, адекватное ведение в постоперационном периоде. В данном случае использование ЭКМО позволило выполнить стентирование ствола ЛКА и средней трети ПМЖВ ДКА при наличии критических стенозов других крупных коронарных артерий у пациента с тяжелой коморбидной патологией.

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ИСМП), КАТЕТЕР-АССОЦИИРОВАННЫХ ИНФЕКЦИЙ КРОВОТОКА И ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННЫХ ПНЕВМОНИЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Катин С.С., Крючков А.А.

ФБУЗ Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Коми, г. Сыктывкар

Введение. В 2024 году было зарегистрировано 23 326 случаев ИСМП, с 2012 года имеется тенденция к увеличению, без учета периода пандемии COVID-19. При этом в детских стационарах и отделениях зарегистрировано 3,82% и имеется достоверная тенденция к увеличению с 2020 года по 2024 год. Так же происходит увеличение доли заболеваемости в 2024 году по сравнению с 2023 годом – ИНДП до 32,2%, ГСИ – до 8%, ИМВП – до 2,1%. Социальная значимость: летальность при ИСМП – летальность от 35 до 60%, при КАИК в среднем – 19-25%; летальность при ВАП – 30-62%.

Цель. Определение полноты профилактических мероприятий в детском кардиохирургическом отделении в отношении ИСМП в частности КАИК и ВАП.

Материалы и методы. Материалы анализировались с помощью описательно-оценочного и аналитического приемов эпидемиологического метода исследования.

Результаты. Преимущественно экзогенное происхождение ИСМП накладывает обязанности к оптимизации новых обоснованных подходов к инвазивным и профилактическим мероприятиям по отношению к детям. Основными возбудителями ИСМП в детской кардиохирургии являются *Klebsiella spp.* (20,9%), *Staphylococcus epidermidis* (15,0%), *Enterococcus spp.* (12,7%), *Pseudomonas aeruginosa* (10,9%), *Acinetobacter spp.* (10,4%), *Burkholderia spp.* (7,6%). По данным Всемирной организации здравоохранения плотность инцидентности КАИК для новорожденных составила 17.6 на 1000 катетеро-дней, что увеличивается при использовании катетера более 7 дней OR=5,48 [95% ДИ: 2,50–11,63]). Так снижение количества катетеризации центральный вен и общих анестезий с заменой на применение имплантируемых венозных порт-систем позволило снизить риск КАИК. Использование мочевых катетеров. Особенности профилактики ВАП для детей на сегодняшний день не разработано. Известно, что длительное нахождение пациента на ИВЛ увеличивает риск развития ВАП. Но также вспышки ВАП были связаны с контаминацией увлажнителей, которые создавали крупнодисперсные частицы аэрозоля – более 4 мкм.

Выводы. Профилактика ИСМП в детском кардиохирургическом отделении требует переосмысления, системного научного и законодательного подхода к этой проблеме.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ОФИСА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПОЛИКЛИНИКЕ

Кудрявцева О.В., Захарова Н.Н., Урванцева И.А., Приходько О.А.

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

Введение. В современном здравоохранении особое значение приобретает повышение качества медицинской помощи и удовлетворенности пациентов. Одним из успешных примеров является организация офиса медицинской сестры в окружном кардиологическом диспансере, направленная на повышение эффективности работы среднего медицинского персонала и улучшение взаимодействия с пациентами.

Цель. Изучить опыт организации офиса медицинской сестры в окружном кардиологическом диспансере, определить основные функции и задачи медицинской сестры, а также оценить преимущества и результаты внедрения данного подразделения.

Материал и методы. Организация функционального подразделения на базе консультативного отделения по принципу «одного окна»; обучение и повышение квалификации медицинских сестер через тренинги и семинары; координация работы офиса медицинской сестры с врачами и другими специалистами диспансера; анализ статистики консультаций и услуг за 2023-2024 гг.

Результаты. Организация офиса медицинских сестер с ноября 2015 года объединила функции консультативного отделения и медрегистратора по принципу «одного окна». Медицинские сестры обеспечивают сверку личных данных, оформление направлений, запись на обследования и приемы, консультируют по подготовке к исследованиям и помогают при госпитализации. В офисе трудятся 8 штатных медицинских сестер, что позволяет эффективно обслуживать пациентов различных профилей. В 2023 году офис сопровождал 33666 консультаций (около 100 в день), в 2024 году – 39650 консультаций (132 в день). Внедрение электронного документооборота и обучение персонала повысили эффективность работы и качество обслуживания. Координация между специалистами улучшила взаимодействие внутри диспансера и качество медицинской помощи.

Заключение. Организация офиса медицинских сестер в окружном кардиологическом диспансере стала важным шагом к повышению качества и оперативности медицинской помощи. Внедренные практики позволили систематизировать обслуживание, улучшить взаимодействие специалистов и повысить удовлетворенность пациентов, что подтверждается динамическим ростом числа сопровождаемых консультаций и улучшением процессов документооборота.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ РАСШИРЕНИЯ ФИБРОЗНОГО КОЛЬЦА АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА Y-РАЗРЕЗОМ ПО БО ЯНГ (СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ)

*Лазарьков П.В., Урванцева И.А., Белов В.А., Арутюнян В.Б.
БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер
«Центр диагностики и сердечно – сосудистой хирургии», г. Сургут
ФГБУ Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии
им. С.Г. Суханова» МЗ РФ, г. Пермь*

Введение. Хирургическое лечение патологии аортального клапана у детей комплексная проблема с множеством ограничений, и отсутствием единого подхода. Ряду пациентов может быть противопоказана операция Росса, а узкое фиброзное кольцо аортального клапана являться ограничением в протезировании. Общепризнанные методики расширения фиброзного кольца, имеют свои недостатки и послеоперационные осложнения.

Цель. Представить опыт применения альтернативной технологии расширения фиброзного кольца аортального клапана Y-разрезом с имплантации заплаты у детей.

Материал и методы. Исследование является проспективным. В 2025 г., в ФГБУ «ФЦССХ им. С.Г. Суханова» Минздрава России (г. Пермь) провели хирургическое лечение

выраженного аортального стеноза у 2 пациентов мужского пола в возрасте 13 и 16 лет с площадью поверхности тела 2,1 и 1,6 м² соответственно. По методики, описанной Бо Янгом выполнено расширение фиброзного кольца аортального клапана с последующей имплантацией механических протезов.

Результаты. У первого пациента кольцевое пространство было увеличено с 19 до 23 мм для имплантации механического протеза St. Jude № 23 мм. Послеоперационные показатели работы протеза: V- 2,5 м/с, Pg - 25 мм рт. ст., Mg -16 мм рт. ст. У второго пациента увеличено с 18 до 23 мм для имплантации механического протеза St. Jude № 23 мм. Послеоперационные показатели работы протеза: V - 2,1 м/с, Pg-18 мм рт. ст., Mg-10 мм рт. ст. Послеоперационных осложнений не зафиксировано, пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Предлагаемый подход позволил выполнить расширение фиброзного кольца аортального клапана и установить механические протезы необходимых диаметров с хорошими непосредственными результатами. Следует указать, что данное вмешательство выполнено пациентам, имеющим противопоказания к операции Росса, и являются хорошей альтернативой для персонифицированного лечения этой сложной группы пациентов. Требуется дальнейшее проспективное исследование применения данной технологии у детей.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВОЗРАСТНЫХ ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКИМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Ибрагимов О.Р., Ковальчук Д.Н., Бродская Е.А., Кузнецов М.С.,
Шушарина Д.Н., Пеньковцев В.А., Ушаков М.А., Лепихина Г.П.
БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер
«Центр диагностики и сердечно – сосудистой хирургии», г. Сургут*

Введение. Аортальный стеноз – наиболее часто встречаемый порок сердца среди всех клапанных заболеваний. Стеноз аортального клапана часто приводит к серьезным последствиям: сердечная недостаточность, внезапная смерть. «Золотым стандартом» в коррекции аортального порока является протезирование клапана в условиях искусственного кровообращения. Однако встает вопрос применения подобного подхода у пациентов старшей возрастной группы (75 лет и старше), страдающих серьезной сопутствующей патологией, относящейся к группе высокого риска открытой хирургической коррекции. Использование транскатетерной имплантации аортального клапана через боковую торакотомию слева – альтернативный метод лечения возрастных больных с тяжелой сопутствующей патологией.

Цель. Оценить непосредственные и краткосрочные результаты транскатетерной имплантации аортального клапана трансапикальным способом протезом «МедЛАБ-КТ».

Материалы и методы. В период с июня 2024 по июль 2025 года обследовано 9 пациентов (средний возраст $74,2 \pm 2,7$ года, мужчин – 3 (33%), женщин – 6 (67%)) с критическим аортальным стенозом. EuroSCORE II – $8,8 \pm 5,7\%$; STS – $11,2 \pm 0,7$. Большинство пациентов относились к III функциональному классу сердечной недостаточности по NYHA (67%). 5 пациентам проведено плановое стентирование коронарных артерий, как первый этап подготовки к коррекции АК. Средний градиент на АК перед операцией составил – $60,2 \pm 12,7$ мм рт. ст, максимальный градиент – $95,6 \pm 19,8$ мм рт. ст, пиковая скорость – $4,7 \pm 0,2$ м/с, площадь эффективного отверстия АК – $0,5 \pm 0,2$ см². Показанием для выполнения транскатетерного протезирования АК служил симптомный выраженный стеноз АК (площадь эффективного отверстия $\leq 0,7$ см, средний градиент ≥ 40 мм рт. ст.). Хирургический доступ осуществлялся через боковую торакотомию слева в 5 или 6 межреберье в проекции верхушки

левого желудочка. Электрод для желудочковой стимуляции вводили через яремную вену или общую бедренную вену справа. Через бедренную артерию устанавливали катетер 6 fr для введения контраста. На верхушку левого желудочка накладывался кисет, через который вводили катетер с установленным клапаном. Под рентгеновским контролем позиционировали протез в проекции АК и имплантировали. Контроль эффективного и правильного позиционирования клапана проводили с помощью чреспищеводной ЭхоКГ. Длительность операции – $118 \pm 30,5$ минут, нахождение в палате реанимации – 3 дня, пребывание в кардиохирургическом отделении – 10 дней.

Результаты. на госпитальном этапе отмечался 1 (11%) летальный исход по причине прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточности, операция проводилась по ургентным показаниям. Имплантация искусственного водителя ритма потребовалась в 1 (11%) случае. Не было отмечено ни одного случая инсульта, инфаркта миокарда или конверсии доступа. Средний градиент на АК после операции составил – $4,8 \pm 1,3$ мм рт. ст., пиковый градиент – $9,6 \pm 1,8$ мм рт. ст., площадь эффективного отверстия $2,3 \pm 0,8$ см²., средняя скорость $1,5 \pm 0,1$ м/с. Значимой аортальной регургитации не выявлено ни в одном случае. За период наблюдения в срок до 12 месяцев выживаемость составила 100%, отмечается регресс клиники сердечной недостаточности у всех пациентов. По данным ЭХО КГ в отдаленном периоде значимых изменений не выявлено.

Заключение: Транскатетерная имплантация аортального клапана трансапикальным способом протезом «МедЛАБ КТ» – эффективный метод лечения пациентов с критическим аортальным стенозом и сопутствующей патологией в непосредственном и 12 месячном наблюдении.

ПРИМЕНЕНИЕ КРИОСОХРАНЕННЫХ ГОМОГРАФТОВ У ПАЦИЕНТОВ С КЛАПАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Ибрагимов О.Р., Ковальчук Д.Н., Шушарина Д.Н., Медведев А.В.,
Сухарева И.В., Рахаткулова М.З., Дергачева А.Н., Нозимзода С.С.
БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер
«Центр диагностики и сердечно – сосудистой хирургии», г. Сургут*

Введение. Использование криосохраненных гомографтов в кардиохирургии демонстрирует оптимальные результаты: резистентность к инфекции, низкий риск тромбоэмболических осложнений.

Цель. Оценить непосредственные и краткосрочные результаты использования криосохраненных гомографтов, имплантированных в ортотопическую и гетеротопическую позицию, у пациентов с клапанной патологией.

Материалы и методы. В период с 2024 по 2025 гг. проведено 13 оперативных вмешательств с использованием криосохраненных гомографтов у пациентов с поражением клапанов сердца. Аортальный гомографт имплантирован 5 пациентам, в том числе 1 пациенту с активным инфекционным эндокардитом и 4 больным молодого возраста с выраженным аортальным стенозом и расширением восходящего отдела аорты. Легочный гомографт имплантировали 2 пациентам. Показанием к использованию послужило аневризматическое расширение легочного ствола и легочных артерий. Митральный гомографт имплантировали 5 пациентам, причем у всех пациентов гомографт имплантировали в гетеротопическую позицию. У всех пациентов операцию проводили по причине инфекционного эндокардита, в 2 случаях операция была повторной. Аортально-митральный моноблок использовался у одного пациента с инфекционным клапанным эндокардитом.

Результаты. У пациентов, перенесших имплантацию аортального гомографта, длительность искусственного кровообращения (ИК) составила $246,6 \pm 36$ минут, аноксия миокарда – 147 ± 22 минуты. В раннем послеоперационном периоде летальный исход зафиксирован у 1 пациента, причиной которого явилась полиорганная недостаточность на фоне сепсиса. Длительность пребывания в реанимационном отделении составила $62,4 \pm 10$ часа, в кардиохирургическом отделении – 10 дней. У одного пациента через 3 месяца возник инфекционный эндокардит гомографта, что потребовало проведения повторной операции. У двух пациентов, которым провели имплантацию легочного гомографта, длительность ИК составила 171 ± 57 минут, пережатие аорты – $88,5 \pm 10$ минут. В раннем послеоперационном периоде летальных исходов не выявлено. Длительность пребывания в реанимационном отделении составила – $48,1 \pm 11,1$ часов, в кардиохирургическом отделении – 9 дней. У пациентов с имплантацией митрального гомографта в трикуспидальную позицию длительность ИК составила $214,2 \pm 45$ минут, пережатие аорты – $148,8 \pm 35$ минут. В сроке наблюдения через 3-6 месяцев выживаемость составила 100%. Кардиоэмболических событий не зафиксировано. По данным ЭХО КГ патологических изменений не выявлено. Клинически у всех пациентов отмечался регресс клиники сердечной недостаточности.

Заключение. Гомографты обладают хорошей биосовместимостью, оказывают высокую устойчивость к инфекции, свободу от приема антикоагулянтов и тромبوэмболических событий, однако требуют дальнейшего набора клинического материала и оценки отдаленных результатов.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВЗРОСЛЫХ С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПАДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Максимова И.И., Чинник Е.В.

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

Цель. Оценка роли медицинской сестры в профилактике падений пациентов, находящихся на лечении в СОМедР.

Материалы и методы. Шкала Морсе, памятка-инструкция для «Хрупкого пациента», табличка на дверь «Хрупкий пациент», желтый браслет, желтый маркер, кнопка экстренного вызова, функциональные кровати с ограничителями. Средства передвижения – ходунки, кресло-каталки, трость. Медицинская документация – лист сестринского наблюдения, медицинская карта пациента.

Результаты. Исследование проводилось в 25 коечном стационарном отделении медицинской реабилитации. При поступлении пациента в отделение, медицинская сестра опрашивает его, определяя наличие риска падения по шкале Морсе. В случае попадания пациента в группу риска, на титульном листе медицинской карты, на штампе «Хрупкий пациент» фиксирует дату, выделяя её желтым маркером. На правое запястье пациента надевает желтый браслет. В листе сестринского наблюдения фиксирует риск падений. Ознакомляет пациента с памяткой, в которой четко и подробно описано как пациент должен вести себя в стационарных условиях, чтобы не навредить себе. Располагает пациента в палату максимально близко к посту. Идентифицирует палату пациента табличкой «Хрупкий пациент». Если есть необходимость выдаёт опорную трость или ходунки. За пределы отделения, и по необходимости по отделению, пациент перемещается в сопровождении персонала. В течение всего периода лечения «хрупкого» пациента медицинская сестра строго

соблюдает и контролирует установленный набор мероприятий по профилактике падения. Ежедневно оценивает его статус, при необходимости и по согласованию с лечащим врачом корректирует информацию. С 2022 по 2025 гг. было пролечено 1760 пациентов, из них 71,2% мужчин, 29% женщин. За данный период зафиксировано 5 фактов падения, среднее арифметический возраст пациентов 69 лет. Четыре пациента мужского пола, один женского. Причины падения – потеря равновесия при вставании.

Заключение. Правильно организованный уход за пациентом, процесс обучения, который медсестра проводит пациентам и их родственникам, способствует профилактике и минимизации частоты падений пациента в условиях стационара.

СТРУКТУРА ПАЦИЕНТОВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ СТАЦИОНАРНОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ

*Мамедова С.И., Котелкина О.С., Тихонова Н.А., Щербина М.Ю.,
Элифханова Э.Э., Волчѣк Л.В., Костомарова М.А.
БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер
«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», г. Сургут*

Введение. Несмотря на тенденцию к снижению смертности, сердечно-сосудистые заболевания остаются основной причиной смерти во всем мире. Улучшение лечения ишемической болезни сердца, более ранняя диагностика и передовые методы вмешательства привели к увеличению числа людей, выживших после ССЗ. Кардиологическая реабилитация (КР) и контроль факторов риска для этих пациентов крайне важны для восстановления функций и снижения риска повторного сердечного приступа. Имеются свидетельства того, что кардиологическая реабилитация снижает смертность, заболеваемость, незапланированные госпитализации в дополнение к повышению физической работоспособности, качества жизни и психологического благополучия, и в настоящее время она рекомендована в международных руководствах. Задачами КР являются восстановление оптимального физиологического, психологического и профессионального статуса, а также снижение риска сердечной заболеваемости и смертности. Значительная доказательная база подтверждает, что кардиологическая реабилитация является клинически эффективным и экономически выгодным вмешательством для пациентов с острым коронарным синдромом или сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса и после коронарной реваскуляризации.

Целью данной работы является изучение половозрастной и нозологической структуры пациентов, направленных на амбулаторно-поликлинический этап кардиологической реабилитации после завершения стационарного этапа лечения.

Материалы и методы. Проведен анализ работы амбулаторного отделения медицинской реабилитации за 2022-2024 гг.

Результаты. Получено, что количество пациентов, пролеченных в амбулаторном отделении медицинской реабилитации по программам кардиологической реабилитации за 2022-2024 гг. составило 2346 пациентов, из них в 2024 г. 988 пациентов. Удельный вес мужчин составил 60,2%, женщин 39,8% – больше на 32,8% по сравнению с 2023 г. Число пациентов после перенесенного инфаркта миокарда, получивших реабилитационную помощь на амбулаторном этапе кардиореабилитации в течение анализируемого периода составило 312 пациентов (87,4% мужчин, 12,6% женщин). Нозологическая структура пролеченных в отделении пациентов представлена болезнями системы кровообращения и не изменялась на протяжении ряда лет. Так, подавляющее большинство пациентов отделения составляли лица

с ишемической болезнью сердца – 81%, из них с острыми формами ишемической болезни сердца – 39,6%, с хронической ишемической болезнью сердца – 41,2%. Пациенты с аневризмой и расслоением аорты составили 2%, пациенты после коррекции врожденных пороков сердца – 1,3%. Удельный вес пациентов с нарушением ритма и проводимости составил 0,9%, с сердечной недостаточностью и кардиомиопатией – по 0,6%.

Выводы. Таким образом, установлено, что за 2022-2024 гг. в амбулаторном отделении медицинской реабилитации пролечено 2346 пациентов, большинство из которых составили мужчины (60,2%). Из них пациенты после перенесенного инфаркта миокарда – 13,3%. Подавляющее большинство пациентов отделения составляли лица с ишемической болезнью сердца – 81%, из них с острыми формами ишемической болезни сердца – 39,6%, с хронической ишемической болезнью сердца – 41,2%.

ПРАКТИКА АМБУЛАТОРНОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Мельникова Е.А, Урванцева И.А.

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

Введение. Хроническая сердечная недостаточность является прогрессирующим заболеванием с частыми эпизодами декомпенсации, требующей госпитализации в круглосуточный стационар. Амбулаторное наблюдение у кардиолога является ключевым компонентом лечения сердечной недостаточности и должно адаптироваться в зависимости от тяжести состояния пациента. Однако стратификация риска с использованием административных данных встречается редко. Так же редко встречаются данные о связи между наблюдением и прогнозом в зависимости от риска пациента. В ХМАО действует приказ Департамента здравоохранения №1157 от 30.09.2029 «О совершенствовании оказания медицинской помощи пациентам с ХСН на амбулаторном этапе», где указана стратификация пациентов с ХСН и маршрутизация пациентов в зависимости от риска. Пациенты низкого риска – наблюдение у терапевта не реже 1 раза в 6 месяцев, пациенты высокого риска наблюдение у кардиолога не менее 1 раза в месяц.

Цель исследования. Проанализировать данные регистра пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ОКД «ЦД и ССХ» и сопоставить частоту наблюдения на амбулаторном этапе с частотой госпитализации по поводу декомпенсации ХСН.

Материалы и методы. Проанализированы посещения пациентов кабинета ХСН, находящихся в регистре ХСН Окружного кардиологического диспансера «Центр диагностики и сердечно сосудистой хирургии» за 2024г.

Результаты. Всего проанализированы данные 133 пациентов. Из них пациенты с сохранной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) составили 32 чел. (24%), с низкой ФВ 53 чел. (40%), умеренно сниженной ФВ 26 лиц (20%), улучшившейся / восстановленной ФВ ЛЖ 22 пациента (16%). В течении года у 81 человека была госпитализация в ОКД «ЦД и ССХ». Структура госпитализаций:

1. экстренные госпитализации из-за декомпенсации ХСН – 32 (40%);
2. после приема кардиолога кабинета ХСН по поводу декомпенсации ХСН – 5 (6%);
3. в плановом порядке кардиологом кабинета ХСН, по поводу ХСН, – 14 (17%);
4. экстренные госпитализации в ОКД, не из-за декомпенсации ХСН – 12 (15%);
5. плановые госпитализации, не из-за ХСН (имплантация ИКД; КАГ, ЧКВ) – 18 (22%).

В среднем количество посещений – 2-3 в год.

После госпитализации стали посещать кабинет ХСН 30 больных, из них 1 раз в год осмотрены 10 (34%); 2 раза в год – 8 (27%), более 3 раз в год (от 3 до 5) – 11 (38%). У 4 больных (13%) были повторные экстренные госпитализации по поводу декомпенсации ХСН.

Остальные 103 человека наблюдались в кабинете ХСН регулярно – у них экстренных госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН было 8 (7,8%). При посещении пациента проводился контроль натрийуретического пептида НУП (в среднем 2,1 раз в год). Контроль фракции выброса оценивался на эхокардиографии (ЭхоКГ) в среднем 1,8 раз в год. Снижение НУП, улучшение ФВ по данным ЭхоКГ (у пациентов с низкой ФВ) на фоне терапии ХСН наблюдалось у 128 больных, что составило 96%. 5 пациентов, наблюдавшихся в кабинете ХСН – пациенты с терминальной ХСН, у 3 пациентов в 2024г наступил летальный исход.

Выводы. Более частые визиты пациентов к кардиологу в кабинет ХСН сопровождалось меньшим количеством экстренных госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН. Регулярное посещение кардиолога, с проведением контроля натрийуретического пептида оказывало благоприятный эффект на приверженность пациента к терапии, так как не только стабильное клиническое состояние, но и положительная лабораторно-инструментальная картина убеждает пациента в эффективности проводимой терапии.

ДВУСТВОРЧАТЫЙ АОРТАЛЬНЫЙ КЛАПАН: СТРАТЕГИИ И ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Минасян В.Н.

*ФГБУ Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии
им. С.Г. Суханова» МЗ РФ, г. Пермь*

Цель. проанализировать непосредственные и среднесрочные результаты, определить целесообразность применения того или иного хирургического вмешательства для реконструкции двустворчатого аортального клапана (ДАК) механическим, биологическим протезом и альтернативными методами у взрослых пациентов.

Материалы и методы. В исследование включены взрослые пациенты на базе ФЦССХ им. С.Г. Суханова г. Пермь с двустворчатым аортальным клапаном за период с 2019 по 2024 гг. Общее количество пациентов составило 198 человек, 85 мужчин (42,9 %), 113 женщин (57,1%). Медиана возраста составила 58 ± 9 лет. Из них протезирование аортального клапана механическим протезом выполнено 113 (57 %) пациентам, биологическим протезом 51 (25,8%), операция Ozaki при ДАК выполнено 21 (10,6%), TAVI 13 (6,6%).

Результаты. Госпитальная летальность составила 4 (2%). Причинами летальности были: синдром полиорганной недостаточности, в одном случае – перитонит. У 9 (4,5 %) – полная АВ-блокада, в связи с чем был имплантирован постоянный ЭКС. Четыре пациента (2%) были подвергнуты ревизии средостения по поводу кровотечения. Двум пациентам (1 %) был выполнен перикардиоцентез. У 8 (4%) больных развился инсульт. У одного пациента (0,5%) образовалась напряженная гематома в постпункционной зоне на бедре. Раневых осложнений не было. В периоде наблюдения повторному вмешательству на аортальном клапане подверглись 6 пациента (3 %).

Выводы. Свобода от реоперации за период наблюдения (25 месяцев) составила 192 (96,9%) пациента. Из группы реоперированных: дегенеративные изменения имплантированного биологического протеза раньше ожидаемых сроков наблюдались у 4 (2%), инфекционный эндокардит у одного пациента (0,5%), перенесшего операцию Ozaki, инфекционный эндокардит протезированного биологического клапана у 1 (0,5%) пациента, а выживаемость – 93 %, учитывая коморбидность пациентов из группы TAVI.

СТЕРНОМЕДИАСТИНИТ КАК МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕКОНСТРУКТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ НА ОСНОВЕ АЛГОРИТМИЗАЦИИ ПРЕДИКТОРОВ

Минасян В.Н.

*ФГБУ Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии
им. С.Г. Суханова МЗ РФ, г. Пермь*

Цель. Провести сравнительный анализ реконструктивных вмешательств на передней грудной стенке для определения наиболее целесообразного пути решения раневых проблем в кардиохирургии, нейтрализующих экономические потери.

Материалы и методы. В работу включены пациенты за период с 2015 по 2025 годы. Исследование проводилось на базе двух Пермских клиник: ФЦССХ им. С.Г. Суханова и Краевого кардиологического диспансера. Общее количество пациентов за весь период составил в контрольной группе 127 человек, из которых женщин было 87 (68,5%), мужчин 40 (31,5%). Средний возраст у женщин 68 ± 2 года, у мужчин $63 \pm 1,7$ лет. Далее пациенты были разделены на две группы: 1-я группа – пациенты с отсроченной реконструкцией грудины ($n = 71$), 2-я группа- пациенты с ранней реконструкцией грудной клетки на основе разработанного нами алгоритма ($n = 56$).

Результаты. Госпитальная летальность в первой группе пациентов составила 24 (33,8%), во второй – 7 (12,5%). Средняя продолжительность госпитализации в первой группе пациентов составила 83 ± 17 дней, во второй – 56 ± 9 дней. Период нахождения в отделении ОРИТ составил для первой группы 29 ± 7 дней, для второй - 11 ± 6 дней. Большой период нахождения пациентов в отделении реанимации в основном было связано с выраженной астенизацией и развитием СПОН у пациентов первой группы. Экономические убытки в первой группе пациентов составили 1,2 млн. рублей на одного пациента, а во второй группе 730 тыс. рублей на одного пациента.

Выводы. Дифференцированный подход к лечению пациентов со стерномедиастинитом имеет как медицинские, так и экономические плюсы. Предлагаемый нами алгоритм основан на большом клиническом опыте, что подтверждает целесообразность его применения в качестве методики выбора у кардиохирургических пациентов со сложным раневым процессом.

СЕПСИС-ИНДУЦИРОВАННАЯ КАРДИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ДЕТЕЙ

Миночкин П.И., Пашаев А.Н.

*БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер
«Центр диагностики и сердечно – сосудистой хирургии», г. Сургут
БУ ХМАО-Югры Сургутская окружная клиническая больница, г. Сургут*

Введение. Сепсис-индуцированная кардиальная дисфункция (СИКД) остается мало изученным синдромом. Предлагаемые критерии, учитывающие снижение фракции выброса по ЭХО-КГ, индекс Tei (эхокардиографический критерий диастолической дисфункции), содержание N-концевого прогормона мозгового натрий уретического пептида (NT-PROBNP)

в крови определяются слишком поздно, когда уже клинически развивается рефрактерный шок, в то время как логично считать кардиальные дисфункции предвестником шока.

Целью явилось изучение диагностических критериев СИКД у детей.

Материалы и методы. В качестве «золотого стандарта» использовали гемодинамические критерии септического шока, принятые международным консенсусом сообщества медицины критических состояний от 21 января 2024 года на основе использования шкалы Phoenix. Обследовано 22 ребенка в возрасте от 1 месяца до 17 лет, с подозрением на сепсис. Были сформированы 2 группы пациентов, 1 группа с СИКД – 5 пациентов и вторая группа без СИКД – 17 пациентов. Все пациенты, включенные в исследование, были оценены по следующим шкалам: РОСПИСК, Phoenix, pSOFA. Всем проведено ЭХОКГ, ЭКГ, непрерывное ЭКГ мониторирование, в том числе Гарвардский мониторинг, исследование маркеров воспаления, в качестве кардиомаркера уровень NT-PROBNP.

Результаты исследования. Выявлено, что диагностическими критериями могут быть клинические и один лабораторный критерий. К клиническим критериям относятся: устойчивая синусовая тахикардия 180-200 ударов в минуту или устойчивая брадикардия (относительный риск (ОР) 27, 95% доверительный интервал (ДИ) 1,68 – 431, $z = 2,331$, анализ числа пациентов, подвергнутых процедуре до достижения вреда (ЧПВ) 1,385, 95% ДИ (ЧПВ) 1,04 – 2,071). Лабораторный критерий – уровень N-концевого прогормона мозгового натрийуретического пептида (NT-PROBNP) в крови 2094 пг/мл (чувствительность – 100%, специфичность – 100%, площадь под кривой ROC (ROCAUC) – 1,0). Статистическая мощность исследования оказалась выше порогового критерия 0,8. Проведенное исследование указывает на то, что выявленные критерии являются достаточно точными для диагностики данного синдрома.

ИНФАРКТ МИОКАРДА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ: 6-МЕСЯЧНЫЙ РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК И ФАКТОРОВ РИСКА

*Османова Н.Б., Дутова П.Е., Хаиров Э.М., Юсупхаджиева Л.М.
БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер
«Центр диагностики и сердечно – сосудистой хирургии», г. Сургут*

Введение. В современной кардиологии отмечается тревожная тенденция к «омоложению» инфаркта миокарда (ИМ), что определяет высокую социально-экономическую значимость данной проблемы. Несмотря на обширную изученность ИМ в целом, специфика развития заболевания у пациентов молодого возраста (до 45 лет), особенности спектра и значимости факторов риска (ФР) в этой когорте требуют дальнейшего детального анализа, что и обуславливает актуальность настоящего исследования.

Цель исследования. Целью работы явился ретроспективный анализ клинико-анамнестических характеристик и факторов риска у пациентов молодого возраста, перенесших инфаркт миокарда.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 34 историй болезни пациентов в возрасте от 28 до 44 лет (средний возраст $39,2 \pm 4,5$ года) с верифицированным диагнозом инфаркта миокарда (коды I21.0, I21.1, I21.4 по МКБ-10), госпитализированных в ОКД «ЦД и ССХ» в первом полугодии 2025 года. Критерии включения: возраст ≤ 44 года, подтвержденный диагноз ИМ. Анализировались параметры липидного спектра (общий холестерин, ЛПНП), наличие курения, ожирения, данные ЭКГ, время от начала симптомов до госпитализации, вид проведенного вмешательства (чрескожное коронарное вмешательство –

ЧКВ, тромбоз, АКШ), длительность госпитализации и исход лечения. Статистическая обработка данных проводилась методами дескриптивной статистики.

Результаты. В исследуемой выборке преобладали мужчины – 30 пациентов (88,2%), женщины 4 (11,8%). У 24 пациентов (70,6%) был диагностирован ИМ с подъемом сегмента ST (ИМпST), у 10 пациентов (29,4%) ИМ без подъема сегмента ST (ИМбпST). Анализ факторов риска выявил высокую распространенность дислипидемии (средний уровень ОХС 5,56 ммоль/л, ЛПНП – 3,44 ммоль/л) и курения – 21 пациент (61,8%), ожирение зафиксировано у 14 пациентов (41,2%). По срокам доставки: 19 пациентов (55,9%) были доставлены в стационар в первые 2 часов от начала симптомов, в первые 6 часов 9 пациентов (26,5%), в течение первых 24ч -5 пациентов (14,7%), позднее 24ч был доставлен 1 пациент (2,9%), в связи с поздним обращением пациента за медицинской помощью. Преобладающей тактикой лечения стало первичное ЧКВ – 21 случай (61,8%), фармакоинвазивная тактика (ТЛТ+ЧКВ) была применена у 11 пациентов (32,4%), аортокоронарное шунтирование (АКШ) выполнено 1 пациенту (2,9%), 1 пациент (2,9%) отказался от проведения коронароангиографии, в связи с чем была выбрана консервативная тактика ведения. Наиболее часто выполнялось стентирование передней нисходящей артерии (ПМЖВ) – 16 пациентов, что составило 47,0% от всей выборки и 51,6% от числа всех выполненных ЧКВ. Среднее время госпитализации составило 7,4 койко-дня. В 100% случаев (34 пациента) зафиксирован исход «Улучшение». Случаев кардиогенного шока было отмечено минимальное количество – 1 (2,9%).

Заключение. Проведенный анализ подтверждает, что инфаркт миокарда у молодых пациентов характеризуется отчетливой гендерной предрасположенностью (мужчины) и высокой частотой ИМпST. Ключевыми модифицируемыми факторами риска в данной возрастной группе являются курение и дислипидемия, что указывает на необходимость усиления первичной и вторичной профилактики, направленной на коррекцию именно этих параметров. Преимущественно раннее поступление в стационар и активная интервенционная тактика (ЧКВ) обуславливают благоприятные исходы лечения. Полученные данные подчеркивают важность целенаправленных скрининговых программ и агрессивного управления факторами риска среди молодого населения.

РЕАЛИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ КАНБАН В УПРАВЛЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ЗАПАСАМИ СТАЦИОНАРА КАК МЕТОД БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА

Родионова М.И.

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

Введение. Метод канбан один из инструментов бережливого производства. Бережливое производство – концепция управления, основанная на постоянном стремлении к устранению всех видов потерь, предполагает вовлечение в процесс оптимизации каждого сотрудника организации. Стремление повысить эффективность производства – вполне естественный и необходимый процесс.

Цель исследования. Проанализировать сокращение запасов лекарственных препаратов в отделении; сокращение времени медицинского персонала на формирование требований; возможности создания удобного для работы пространства и упорядочивание нахождения лекарственных препаратов; формирование перечня необходимых медикаментов на будущий год, исходя из максимальных / минимальных остатков.

Материалы и методы. Для реализации системы канбан в стационаре в течении 4 месяцев велся тщательный подсчет расхода ЛП на пациентов, из чего в последствии

формировалась недельная потребность и минимальный запас (3-х дневный) каждого препарата, проводился хронометраж, тестировалась система карточек канбан, разрабатывалась их форма. Организовывалось пространство для упорядоченного нахождения медикаментов, а именно каждый препарат имеет свое место и полку в шкафу, что так же отобразилось в карточке канбан. Проведено обучение персонала методам бережливого производства. Видоизменилась документация (требование – накладная) для получения медикаментов из аптеки, на данный момент в разработке электронный документооборот. Появился курьер для доставки ЛП из аптеки в отделения стационара.

Результаты. Сократилось количество запасов лекарственных препаратов в отделении; значительно сократилось время от момента, когда препарат потребовался, до его получения в отделение; транспортировка лекарственных препаратов в отделение осуществляется курьером аптеки, что позволяет медицинскому персоналу отделения уделить высвободившееся рабочее время на решение других задач; минимизировалось количество лекарственных препаратов с истекшим сроком годности в отделении; упорядоченное хранение лекарственных препаратов в отделении «каждый ЛП на своем месте»; ежедневная доставка препаратов из аптеки в отделение «по потребности», «точно в срок»; стандартизация процесса.

Выводы. Метод канбан («kanban», с яп. «kanban» – рекламный щит, вывеска) – метод организации информационной системы, которая регулирует процессы снабжения запасами и их обработки в потоке создания ценности, выстроенном по принципу вытягивания. Использование бережливых технологий в здравоохранении способствует созданию пациентоориентированной системы оказания медицинских услуг и благоприятной производственной среды по направлениям, обеспечивающим безопасность и качество медицинской деятельности, своевременность и полноту оказываемой медицинской помощи.

ЛП(А): РОЛЬ В КАРДИОЛОГИИ И ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ

*Рустамова М.М., Кудрявцева О.В., Ратушина Е.А.
БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер
«Центр диагностики и сердечно – сосудистой хирургии», г. Сургут*

Введение. Фундаментальные понятия. Что это: Лп(а) – это независимый, генетически детерминированный патогенный липопротеин, частица, похожая на ЛНП, но с дополнительным ковалентно связанным белком-аполипопротеином(а) [апо(а)]. Структура: состоит из частицы, подобной ЛНП (содержит апоВ-100), белка апо(а), который структурно гомологичен плазминогену. Это сходство придает Лп(а) провоспалительные и прокоагулянтные свойства. Уровень Лп(а) в плазме на 90-95% определяется генетически и практически не зависит от диеты и образа жизни.

Материал и методы. Патогенное действие Лп(а) является независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний (атеросклероз, тромбоз, кальцификация клапанов). Проатеросклеротическое: способствует образованию и прогрессированию атеросклеротических бляшек, легко задерживается в интиме сосудов (как и ЛНП), вызывает воспаление сосудистой стенки, стимулирует поглощение липидов макрофагами и образование пенистых клеток. Протромботическое: белок апо(а) конкурирует с плазминогеном, подавляя фибринолиз (растворение тромбов) и повышая риск тромбообразования. Провоспалительное: увеличивает экспрессию провоспалительных медиаторов в сосудистой стенке.

Результаты. Показания к измерению уровня Лп(а): все пациенты с преждевременным атеросклерозом (инфаркт, инсульт, реваскуляризация) в анамнезе, особенно в молодом возрасте (< 55/65 лет), пациенты с семейной гиперхолестеринемией, лица с отягощенным семейным анамнезом по ССЗ или повышенному Лп(а), пациенты с рецидивирующими

сердечно-сосудистыми событиями несмотря на оптимальную терапию статинами и нормальный уровень ЛНП. Пограничный / умеренный риск по шкалам для принятия решения о более агрессивной терапии. Достаточно однократного измерения в течение жизни (уровень стабилен). Целевые значения и интерпретация результатов: измеряется в мг/дл или нмоль/л (предпочтительнее нмоль/л, так как отражает количество частиц). Норма: < 30 мг/дл или < 75 нмоль / Повышенный риск: 30-50 мг/дл (75-125 нмоль/л. Высокий / очень высокий риск: > 50 мг/дл (> 125 нмоль/л). Тактика ведения пациентов с повышенным Лп(а): контроль факторов риска, агрессивное снижение ЛНП до целевых значений с помощью статинов и эзетимиба. Нет одобренной специфической лекарственной терапии для снижения Лп(а) Перспективные методы лечения: на подходе специфические препараты, снижающие Лп(а) (например, пелигасран, олпасиран – антисмысловые олигонуклеотиды, нацеленные на синтез апо(а) в печени). Клинические исследования III фазы показывают высокую эффективность (снижение Лп(а) на 80-95%). Стратегии ведения: Более строгий контроль всех модифицируемых факторов риска. Рассмотрение возможности применения ингибиторов PCSK9 у пациентов с высоким Лп(а), которые не достигают целевого уровня ЛНП на максимальной терапии. Повышенное внимание к скринингу ишемической болезни сердца.

Выводы. Лп(а) является важным независимым генетическим фактором риска. Его выявление позволяет идентифицировать пациентов с высоким риском, которым требуется максимально агрессивное управление всеми другими факторами риска, в первую очередь – уровнем ЛНП. Специфическая терапия находится в стадии активной разработки.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АОРТОАРТЕРИИТА ТАКАЯСУ ПО ДАННЫМ МСКТ И МРТ

Сафонова О.В., Бурлаченко Ю.Р.

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

Введение. Неспецифический аортоартериит (Болезнь Такаясу) – известная, но редкая форма васкулита, представляет собой хронический воспалительный артериит, преимущественно поражающий аорту и ее основные ветви. В первую очередь воспалительный процесс локализуется в меди и адвентиции сосуда, с дальнейшим распространением на паравазальную клетчатку. Поражение интимы носит вторичный реактивно-гиперпластический характер. Воспаление приводит к утолщению стенок, фиброзу, стенозу и образованию тромбов. Симптомы отражают ишемию органов-мишеней. Более острое воспаление может разрушить артериальную стенку и привести к образованию аневризмы. Данные по эпидемиологии артериита Такаясу ограничены, вероятно, из-за редкости заболевания. Точная причина заболевания не установлена — обсуждается роль вирусов, инфекции, в частности, микобактерии туберкулеза.

Цель. Показать возможности МР-ангиографии и МСКТ-ангиографии крупных сосудов, включая аорту и ее основные ветви, при которой подтверждается сужение или окклюзии аорты и ее ветвей.

Материалы и методы. Пациент Х., 1971 года рождения, считает себя больным с 2017 года, когда после купания в проруби впервые появились боли в области шеи, обратился к терапевту по месту жительства, по результатам УЗИ мягких тканей шеи признаки атеросклероза, в терапии аторвастатин, без эффекта. Пациент самостоятельно принимал НПВС с хорошим эффектом в виде уменьшения болевого синдрома. Терапевтом направлен на консультацию к сосудистому хирургу, по результатам УЗИ сосудов шеи- атеросклеротические

изменения, также увеличение л/у, в терапии назначена антибиотикотерапия без эффекта. Также пациент консультирован отоларингологом, неврологом, стоматологом – без патологии. Сосудистым хирургом направлен на МРТ средостения, по результатам которого признаки диффузного утолщения стенок дуги грудной аорты и ее ветвей.

Результаты. При ретроспективном анализе предоставленных данных (МРТ мягких тканей шеи и МСКТ-ангиографии брахиоцефальных артерий можно сделать вывод о наличии у пациента диффузного поражения стенок дуги аорты и проксимальных сегментов брахиоцефальных артерий по типу неспецифического аортоартериит (б. Такаюсу).

Заключение. На основании клинических данных и МСКТ- и МРТ-ангиографий ревматологом выставлен диагноз болезнь Такаюсу, назначено лечение с положительным эффектом.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АНОМАЛЬНОГО ОТХОЖДЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ОТ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ – СИНДРОМ БЛАНДА-УАЙТА-ГАРЛЕНДА

Сафонова О.В., Беляева Е.Э., Жуков С.Ю.

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

Введение. Синдром Бланда-Уайта-Гарленда – клинический симптомокомплекс, в основе которого лежит врожденное anomальное отхождение коронарных артерий сердца от легочного ствола и легочных артерий.

Цель. Показать возможности МСКТ-исследования сердца и сосудов при anomальном отхождении коронарных артерий сердца от легочного ствола и легочных артерий.

Материалы и методы. Пациентка Х., 1-го года жизни, поступила в плановом порядке. Из анамнеза: ребенок от третьей беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в последнем триместре. Пациентка У., 3 мес., поступила по экстренным показаниям. Из анамнеза: ребенок от пятой беременности, протекавшей на фоне токсикоза во втором триместре. Пациент М., 3-го года жизни, поступил в плановом порядке. Известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей без особенностей. Роды первые, срочные. Всем пациентам проводились МСКТ-исследование сердца и коронарных артерий. Исследование выполнено на мультиспиральном компьютерном томографе, синхронизировано с ЭКГ, на фазе 35%, с задержкой дыхания на вдохе, выполняемой анестезиологом синхронно в момент начала сканирования ручным аппаратом для искусственной вентиляции легких. Толщина среза – 0,9 мм, с индексом реконструкции 0,45. Время сканирования 3,5-4 сек. Контрастный препарат плотностью 400мг/мл из расчета 1,0 мл на 1 кг массы тела, с последующим введением физиологического раствора 0,5 мл на 1кг массы тела. Для введения контрастного вещества и физиологического раствора использовался двуколбовый шприц, скорость введения – 1,5 мл/сек.

Результаты. МСКТ-исследования сердца и коронарных артерий, с последующей цифровой обработке и 3D-реконструкцией: У пациента Х. определяется правый тип кровоснабжения, ПКА отходит типично от синуса Вальсальвы, хорошо развита, S-образно извита. По задней стенке ствола легочной артерии выявлено устье ЛКА, которое расположено выше стоек полулунного клапана до 7,7 мм. У пациента У. отмечается правый тип кровоснабжения, артерии развиты хорошо. ПКА отходит от коронарного синуса в типичном месте. ЛКА берет начало от ЛС, устье ее расположено в легочном синусе, далее артерия расположена в типичном месте. Отмечается дефект межпредсердной перегородки до 6,0 мм. У пациента М. левый тип кровоснабжения. ПКА и ЛКА отходят типично от синусов Вальсальвы. Устье огибающей артерии (ОА) расположено по нижнему контуру средней трети

правой ЛА. От ОА отходит хорошо развитая задняя межжелудочковая ветвь. Отмечается открытый артериальный проток до 1,3 мм в диаметре.

Заключение. После комплексного клинико-диагностического обследования был выставлен диагноз ВПС, синдром Бланда-Уайта-Гарленда. При МСКТ-ангиографии сердца и КА установлена точная локализация аномального отхождения КА, что сыграло значительную роль в определении тактики и объема последующей оперативной коррекции порока.

РОЛЬ МРТ В ВЫЯВЛЕНИИ АМИЛОИДОЗА СЕРДЦА

Сафонова О.В.,

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

Введение. Амилоидоз – это инфильтративное заболевание, при котором происходит отложение фибриллярного гликопротеида амилоида в тканях. Отложение амилоида в ткани сердца приводит к развитию амилоидоза сердца. По современным представлениям, являющимися общепринятыми во всех экспертных документах и клинических рекомендациях, совокупность изменений тканей сердца при амилоидозе сердца принято называть амилоидной кардиомиопатией. Как правило, в поле зрения кардиолога попадают два типа амилоидоза: AL-амилоидоз и транстиретиновый амилоидоз (ATTR), именно при этих типах амилоидоза чаще всего происходит поражение сердца (> 95% амилоидных кардиомиопатий).

Материалы и методы. Диагностику амилоидоза сердца можно разделить на два больших этапа: диагностика (инвазивная и неинвазивная) и подтверждение непосредственно самой амилоидной кардиомиопатии – определение типа амилоидного белка. Одним из методов неинвазивной диагностики является магнитно-резонансная томография сердца с отсроченным контрастированием (МРТ сердца). В настоящее время высокая разрешающая способность МРТ сердца позволяют с большой точностью говорить о наличии амилоидоза сердца. Амилоидоз сердца можно заподозрить у любого пациента с симметричной гипертрофией миокарда ЛЖ и определенным паттерном отсроченного контрастирования, особенно при наличии диастолической дисфункции с сохранной фракцией выброса и наличием плеврального выпота. Утолщение стенок желудочков и предсердий / концентрическая гипертрофия.

Результаты. Специфическая МРТ-семиотика амилоидоза: утолщение папиллярных мышц и створок МК, ТК, нормальный или уменьшенный размер полости ЛЖ, увеличение размеров обоих предсердий, утолщение МПП, систолическая и диастолическая дисфункция, плевральный и перикардальный выпот, диффузное отсроченное контрастирование миокарда желудочков и предсердий.

Заключение. Использование неинвазивной стратегии в диагностике амилоидоза сердца снижает необходимость в проведении инвазивных и дорогостоящих процедур, тем самым сокращая время от первичного обращения пациента до постановки правильного диагноза.

ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИСОСУДИСТОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (ВСУЗИ)

*Ушаков М.А., Горьков А.И., Пеньковцев В.А., Кинаш В.И.,
Бурым А.А., Игнатов Д.И., Алиев Р.Г., Лемле А.Н., Косимов Д.Р.
БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер
«Центр диагностики и сердечно – сосудистой хирургии», г. Сургут*

Цель. Провести анализ использования внутрисосудистого ультразвукового сканирования при диагностических и лечебных процедурах в коронарных артериях.

Материал и методы. С 2020 г. по 2024 г. включительно в отделении РХМДиЛ Окружного кардиологического диспансера г. Сургут для внутрисосудистой визуализации используется автономная система iLAB Boston Scientific с интегрированной системой измерения фракционного резерва кровотока.

Результаты. Всего выполнено 787 исследований коронарных артерий. Отмечается заметная тенденция роста количества исследований с каждым годом: 2020 г.: 4 ВСУЗИ, что составляет 0,08% от общего числа выполненных исследований в данном году. 2021 г.: 10-0,2%, 2022 г.: 54-0,9%, 2023 г.: 334-6,8%, 2024 г.: 375-7,4% соответственно. За весь период не зафиксировано осложнений, связанных непосредственно с выполнением данной процедуры.

Выводы. Ультразвуковое сканирование на этапе планирования оперативного вмешательства позволяет получить наиболее качественную и количественную информацию о пораженном участке в сравнении с ангиографией, а после проведения ЧКВ объективно оценить результат. Накопленная в последние годы доказательная база указывает, что применение ВСУЗИ позволяет снизить больничную летальность, повторную реваскуляризацию целевой артерии, инфаркт миокарда и тромбоз стента, что было подтверждено в рандомизированных контролируемых исследованиях и метаанализах. Также стоит отметить, что закономерный рост числа исследований связан с присвоением класса рекомендаций для ВСУЗИ IIa с уровнем доказательности B в 2023 г. и классом рекомендаций Ia с уровнем доказательности A в 2024 г., соответственно.

ГИБРИДНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

*Чирков А.Д., Ибрагимов О.Р., Ковальчук Д.Н., Захаров Д.С.,
Чугунов В.В., Медведев А.В., Симонян Т.О., Царькова Е.А., Лепихина Г.П.
БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер
«Центр диагностики и сердечно – сосудистой хирургии», г. Сургут*

Введение. Частота распространенности фибрилляции предсердий (ФП) колеблется от 0,4 до 1,5% населения. 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 (ЛП) и резекция ушка левого предсердия (УЛП) в сочетании с катетерной аблацией позволяет улучшить клиническое состояние пациента, восстановить и удержать синусовый ритм, а также предотвратить кардиоэмболические осложнения.

Цель. Оценить эффективность катетерной абляции у пациентов с рецидивом предсердной тахикардии после торакоскопической абляции.

Материалы и методы. С 2021 по 2025 гг. проведено 74 оперативных вмешательства торакоскопическая абляция левого предсердия и резекция ушка левого предсердия у пациентов с фибрилляцией предсердий. Средний возраст – 63 года, мужчин – 55, женщин – 19. Пароксизмальная форма ФП у 12 пациентов (16,2%), персистирующая форма ФП у 24 пациентов (32,4%), длительно персистирующая форма у 32 пациентов (43,2%), хроническая форма у 6 пациентов (8,2%), 13 пациентам ранее была выполнена эндокардиальная абляция, без значимого эффекта. По данным эхокардиографии средний размер левого предсердия (ЛП) составил $6,1 \pm 2,1$ см.; размер правого предсердия (ПП) $4,2 \pm 0,5$ см.; объем левого предсердия (ОЛП) $106,2 \pm 36,1$ мл/м²; 12 (16,2%) пациентам, выполнено оперативное вмешательство с использованием устройства Medtronic Cardioblate Gemini-S. 62 (83,8%) пациентам, операция проведена с применением устройства AtriCure. Ушивание ушка левого предсердия выполнялось устройством EndoGia.

Результаты: в ходе проведения операции было 3 конверсии, 2 – в стернотомию по причине повреждения задней стенки ЛП, 1 – в левостороннюю боковую торакотомию по причине неполного прошивания УЛП сшивающим аппаратом. В раннем послеоперационном периоде на 2-3 сутки зафиксировано трепетание предсердий у 4 пациентов (5,4%), во всех случаях проведена электрическая кардиоверсия с восстановлением синусового ритма. Имплантации ЭКС не потребовалось ни одному пациенту. Все пациенты были выписаны с зарегистрированным синусовым ритмом. По данным эхокардиографии отмечилось уменьшение всех показателей. ЛП уменьшился до $5,7 \pm 0,6$ см; ПП – $4,1 \pm 0,2$ см и ОЛП – $100 \pm 40,6$ мл/м². В отдаленном периоде отслеживалось состояние у всех пациентов. За время наблюдения у 8 пациентов (10,8%) зафиксирован рецидив предсердной тахикардии, у 6 пациентов рецидив в ФП (8,1%), типичное трепетание предсердий у 2 (2,7%) пациентов. 4 (5,4%) пациента была выполнена эндокардиальной абляции. 4 пациента отказались от госпитализации. У одного пациента в отдаленном периоде был зафиксирован кардиоэмболический инсульт.

Заключение. Гибридный подход – катетерная абляция в сочетании с торакоскопической абляцией левого предсердия у пациентов с фибрилляцией предсердий позволяет улучшить клиническое состояние, восстановить и удержать синусовый ритм.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ПРЕАНАЛИТИЧЕСКОГО ЭТАПА ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В УСЛОВИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

*Шенилова И.Б., Григорьева Е. С., Руссу О.С.,
Мухтарова Н. В., Назарова М.Г., Урванцева И.А.
БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер
«Центр диагностики и сердечно – сосудистой хирургии», г. Сургут*

Введение. Основная цель преаналитического этапа – обеспечить стабильность компонентов биоматериала, взятого на исследование, и свести к минимуму влияния на результат. Получение качественных результатов лабораторных анализов – это единый процесс, начиная от составления заявки, взятия биоматериала, доставки, проведения исследований, до получения результата необходимого для качественной медицинской помощи. Этот процесс должен обеспечиваться совместными усилиями врачей, среднего медицинского персонала и специалистов лаборатории. Для того чтобы повысить качество лабораторных исследований необходимо с большим вниманием относиться ко всем этапам

этого процесса. Даже незначительные ошибки на преаналитическом этапе приводят к искажению результатов лабораторных исследований. Наиболее частыми причинами недостоверного результата являются: отсутствие подготовки пациента, неправильное взятие пробы, неверная манипуляция с полученной пробой, нарушение условий и сроков ее транспортировки и хранения. На этот этап приходится до 65 % всех лабораторных ошибок. Лаборатория в своей работе руководствуется ГОСТом Р 53079.3-2008 «Обеспечение качества клинических лабораторных исследований. Национальным стандартом РФ». Качество преаналитического этапа необходимо оценивать с позиций пациента, врача-клинициста и лаборатории. С позиции пациента критериями являются своевременная информированность об особенностях подготовки к анализам и времени взятия проб крови. С позиции медицинского персонала стационара и поликлиники критериями качества служат удобство и простота заполнения бланка на исследованиях, их информированность об исследованиях, выполняемых КДЛ, наличие рекомендаций по особенностям подготовки пациента к взятию проб крови на анализы, информации о влиянии лекарственных препаратов на результаты анализов и необходимости их отмены перед взятием проб крови. Качество и скорость проведения процедуры взятия крови медицинской сестрой.

Цель. повысить качество лабораторных исследований в оказании медицинской помощи пациентам ОКД «ЦД и ССХ».

Материалы и методы. Проанализирован биоматериал за 2024-2025 гг. в количестве 170000 пробирок, полученный от пациентов стационара и поликлиники (по 85000 проб соответственно). Критериями качества преаналитического этапа были: расхождение между данными заявки и маркировкой пробирок, отсутствие маркировки на пробирках, повреждение контейнера с биоматериалом, взятый материал находится не в той емкости (материал взят не с тем антикоагулянтом, консервантом...), сгустки в пробирках с антикоагулянтом, гемолиз, липемия, наличие пены в вакуумных емкостях, временные показатели доставки биоматериала.

Результаты. При доставке биоматериала в лабораторию производится оценка его качества и соответствия маркировки с сопроводительной документацией, время доставки и хранения исследуемого материала. Ежедневно сотрудниками лаборатории проводился мониторинг полученного биоматериала, при несоответствии критериям незамедлительно сообщалось медицинскому персоналу отделений о несоответствии качества доставляемых образцов. Для уменьшения количества ошибок на преаналитическом этапе в данном учреждении разработаны стандарты оказания медицинской помощи, согласно которым четко прописаны алгоритмы по идентификации личности пациента в поликлинике и стационаре, по взятию, хранению и транспортировке материала в лабораторию, алгоритм работы приемного отделения и экстренной лабораторной службы. На постоянной основе для процедурных медицинских сестер в виде семинаров сотрудники лаборатории проводят обучение два раза в год в каждом отделении. За период 2024-2025 гг. было проведено 27 семинаров с сотрудниками отделений, а также вводные инструктажи по забору биоматериала. В 2024 г. проведена конференция для врачей ОКД «ЦД и ССХ», в 2025 г. конференция для среднего медицинского персонала «Преаналитический этап в лабораторной диагностике».

Заключение. Благодаря мероприятиям 2024-2025 гг. мы видим улучшение качества доставляемого биоматериала в лабораторию, снижение количества недостоверных результатов и повышение качества лабораторной медицинской помощи. Для усовершенствования качества преаналитического этапа лабораторной диагностики необходима разработка стандарта операционной процедуры преаналитического этапа в силу его многоступенчатости и разнообразия функций, доработка памяток для пациентов с целью устранения ошибок, возникающих из-за неинформированности и неправильной подготовки. Необходим мониторинг на рабочих местах со стороны старшей медицинской сестры. Обученные медсестры, осуществляющие забор биоматериала, сводят к минимуму ошибки на внелабораторной части преаналитического этапа. Необходимо уделять повышенное внимание обучению вновь прибывших сотрудников ОКД «ЦД и ССХ».

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВАЯ СФЕРА ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

*Щербина М.Ю., Мамедова С.И., Котелкина О.С.,
Тихонова Н.А., Элифханова Э.Э., Волчѣк Л.В., Костомарова М.А.
БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер
«Центр диагностики и сердечно – сосудистой хирургии», г. Сургут*

Введение. Инфаркт миокарда (ИМ) является одним из наиболее тяжѣлых проявлений ишемической болезни сердца и занимает ведущее место среди причин смертности и инвалидизации населения. Помимо выраженных симптоматических нарушений, данное заболевание оказывает значительное влияние на психоэмоциональное состояние человека. Эмоционально-волевая сфера играет ключевую роль в восстановительном периоде, так как от способности пациента справляться с переживаниями, регулировать эмоциональные реакции и проявлять волевые усилия зависит эффективность лечения, приверженность медицинским рекомендациям и возможность возвращения к активной жизнедеятельности.

Целью данной работы является изучение особенностей эмоционально-волевой сферы у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, в процессе постинфарктной реабилитации амбулаторно-поликлинического этапа кардиологической реабилитации.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе амбулаторного отделения медицинской реабилитации, в котором проходили лечение пациенты, перенесшие ИМ. В исследовании приняло участие 106 пациентов (73 мужчин, 33 женщины) в возрасте от 42 до 83 лет после перенесенного ИМ. Для достижения поставленной цели применялись психодиагностические методики, направленные на оценку эмоционально-волевой сферы (шкала тревоги и депрессии HADS; методика САН (самочувствие – активность – настроение).

Результаты. В ходе исследования установлено, что у 29,2% пациентов наблюдается высокий уровень тревоги, причем мужчины страдают чаще, чем женщины. Это связано со страхом повторного сердечного события и общей неуверенности в будущем. У 16,9% из общего числа пациентов наблюдаются депрессивные реакции (пониженный фон настроения, утрата интереса к привычной деятельности, ощущение беспомощности). У 1/3 респондентов проявлялись эпизоды раздражительности и эмоциональной лабильности, что осложняло социальное взаимодействие. Характерная сниженная мотивация к активности, как физической, так и социальной, особенно в первые месяцы после заболевания наблюдается у 1/3 из общего числа пациентов, перенесших ИМ. Фиксировалась повышенная зависимость от близких, снижение самостоятельности в принятии решений у 9,4% пациентов.

В качестве способов адаптации пациентов к заболеванию в процессе кардиологической реабилитации наиболее часто использовались эмоционально-фокусированные стратегии (уход в переживания, жалобы, избегание), что затрудняло конструктивное преодоление стресса. 1/3 часть пациентов демонстрировала адаптивные формы овладения (поиск информации, следование рекомендациям врачей, развитие новых интересов).

Выводы. Изучение эмоционально-волевой сферы перенесших инфаркт миокарда показало, что на амбулаторно-поликлиническом этапе кардиологической реабилитации у 29,2% пациентов наблюдается высокий уровень тревоги, у 16,9% – депрессивные реакции и у 1/3 – эпизоды раздражительности и эмоциональной лабильности. При этом 1/3 пациентов демонстрировала адаптивные формы овладения стрессовой ситуацией.

Научное издание

НАМ 30 – КАРДИОВЕКТОР К НОВЫМ ДОСТИЖЕНИЯМ

*Сборник тезисов
Межрегиональной научно-практической конференции УрФО*

БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»
628400, Россия, Ханты-Мансийский автономный округ,
г. Сургут, пр. Ленина, 1.
Тел. (3462) 76-29-00, факс (3462) 76-29-29