



VIII МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

# РСЦ 2026:

ЧЕЛОВЕКОЦЕНТРИЧНОСТЬ  
И ИННОВАЦИИ

# ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

24.01.2026 | Г. ДЗЕРЖИНСК, БИЗНЕС-ЦЕНТР «ЧАЙКА»

## **ОРГАНИЗАТОРЫ:**

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №13»

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава  
России

Нижегородское отделение Российского кардиологического общества

Нижегородское отделение Всероссийского общества неврологов

МРОО «Ассоциация врачей»

**Регистрация**

09:00 – 09:30

**Пленарное заседание**

09:30 – 10:30

**Постерная секция**

10:30 – 10:55

**Неврологическая  
и нейрохирургическая  
секция**

11:00 – 15:15



**Кардиологическая  
секция**

11:00 – 16:15

**Сестринская секция**

14:30 – 16:00

**Круглый стол  
рентгенохирургов**

14:00 – 16:00

## Уважаемые коллеги,

от лица большого коллектива Регионального сосудистого центра на базе ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №13» разрешите поприветствовать вас на 8-ой научно-практической конференции **«РСЦ-2026: человекоцентричность и инновации»**

Прошло уже 15 лет с момента, когда в рамках проводимого правительством Российской Федерации реформирования медицинской помощи при острых сердечно-сосудистых заболеваниях были открыты первые в Нижегородской области первичные сосудистые отделения и Региональный сосудистый центр. За прошедшие годы коллективы РСЦ и ПСО проделали путь от первого столь необходимого опыта до хорошо необходимого опыта до хорошо отлаженной и надежно работающей системы, оказывающей современную и качественную помощь при лечении сосудистых катастроф. Те первые результаты которые нас радовали и впечатляли в 2011 году, уже давно стали частью повседневной практики и воспринимаются как должное. Реперфузионные технологии – тромболитическая терапия и эндоваскулярные вмешательства стали неотъемлемой частью медицинской помощи не только при остром коронарном синдроме, но и при ишемическом инсульте. Важно, что несмотря на очевидные вызовы нашего времени, система сосудистых центров продолжает развиваться. Открываются новые ЧКВ-центры, в Нижегородской области увеличивается доступность внутрисосудистых вмешательств, нарастает количество выполненных имплантаций коронарных стентов и тромбозэкстракций из церебральных артерий. Нам еще многому предстоит научиться и многое сделать для того, чтобы в новых экономических и социальных реалиях наши пациенты получали самую современную медицинскую помощь. Уверен, что проведение нашей конференции является важным шагом в этом направлении.

Неслучайно в подзаголовке данной конференции мы использовали словосочетание «чело́векоцентри́чность и инновации», подчеркивая тем самым ценность личности пациента, важность соблюдения его интересов, потребностей, безопасности и благополучия, что в современном мире достичь невозможно без развития новых медицинских технологий. Мы постарались сделать научную программу конференции интересной, охватывающей наиболее актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации при острых сердечно-сосудистых заболеваниях. К нам приехали ведущие специалисты в данной области из разных регионов России. Желаю плодотворной работы на конференции и успехов в вашей профессиональной деятельности.



Главный врач ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №13»  
**БУХВАЛОВ С.А.**

## **ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ:**

### **Председатель организационного комитета**

**Бухвалов Сергей Анатольевич** – к.м.н., главный врач ГБУЗ НО «ГКБ №13 Автозаводского района Нижнего Новгорода»

### **Рабочая группа организационного комитета**

**Ботова Светлана Николаевна** – к.м.н., доцент кафедры эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ НО «ГКБ №13 Автозаводского района Нижнего Новгорода»

**Грантковский Андрей Сергеевич** – руководитель Регионального сосудистого центра №1 на базе ГБУЗ НО «ГКБ №13 Автозаводского района Нижнего Новгорода»

**Дроздова Екатерина Александровна** – к.м.н., заведующая отделением неврологии для больных ОНМК ГБУЗ «ГКБ №13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»

**Зубов Андрей Абуевич** - заместитель главного врача по хирургии ГБУЗ НО «ГКБ №13 Автозаводского района Нижнего Новгорода»

**Ростова Любовь Васильевна** – заведующий кардиологическим отделением №2 ГБУЗ НО «ГКБ №13 Автозаводского района Нижнего Новгорода»

**Починка Илья Григорьевич** – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, заведующий кардиологическим отделением №1 ГБУЗ НО «ГКБ №13 Автозаводского района Нижнего Новгорода»

**Савенков Анатолий Геннадьевич** – заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ НО «ГКБ №13 Автозаводского района Нижнего Новгорода».

**Ступак Юрий Аркадьевич** – заведующий нейрохирургическим отделением ГБУЗ НО «ГКБ №13 Автозаводского района Нижнего Новгорода»

**Шарабрин Евгений Георгиевич** - д.м.н., профессор кафедры рентгеноэндovasкулярной диагностики и лечения ФДПО ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России.

**Фролов Алексей Александрович** - к.м.н., заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ НО «Борская ЦРБ», доцент кафедры госпитальной хирургии им. Б. А. Королева ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

### **Почетные члены организационного комитета**

**Боровкова Наталья Юрьевна** - д.м.н., профессор, первый заместитель директора Института терапии, заведующий кафедрой терапии и общей врачебной практики ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, председатель Нижегородского отделения Российского кардиологического общества (РКО), член Правления РКО, член Центрального Совета Российского научного медицинского общества терапевтов

**Григорьева Вера Наумовна** – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой нервных болезней ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, председатель Нижегородского отделения Всероссийского общества неврологов

**Тарловская Екатерина Иосифовна** - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапии и кардиологии, заместитель по научной работе директора Института терапии ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

## СОДЕРЖАНИЕ

|  |    |
|--|----|
| Программа конференции .....                | 6  |
| Итоги работы РСЦ по направлению ОКС .....  | 19 |
| Итоги работы РСЦ по направлению ОНМК ..... | 29 |
| Тезисы докладов постерной секции .....     | 37 |

## ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

09:00 - 09:30

**РЕГИСТРАЦИЯ**  
Коммерческая выставка

### ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ

09:30 - 10:30

#### **Президиум:**

**Михайлова Галина Васильевна** - министр здравоохранения Нижегородской области

**Бухвалов Сергей Анатольевич** - к.м.н., главный врач ГБУЗ НО «ГКБ № 13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»

**Боровкова Наталья Юрьевна** - д.м.н., профессор, первый заместитель директора Института терапии, заведующий кафедрой терапии и общей врачебной практики ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, председатель Нижегородского отделения Российского кардиологического общества (РКО), член Правления РКО, член Центрального Совета Российского научного медицинского общества терапевтов

**Грантковский Андрей Сергеевич** - руководитель РСЦ №1 на базе ГБУЗ НО «ГКБ № 13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»

09:30 - 09:35

### ТОРЖЕСТВЕННОЕ ОТКРЫТИЕ. ПРИВЕТСТВИЯ

09:35 - 09:50

**Грантковский Андрей Сергеевич** (Нижний Новгород)  
руководитель РСЦ № 1 на базе ГБУЗ НО «ГКБ № 13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»

**Результаты работы Регионального сосудистого центра: достижения, проблемы и перспективы**

### 1-АЯ ПЛЕНАРНАЯ ЛЕКЦИЯ

09:50 - 10:10

**Хасанова Дина Рустемовна** (Казань)  
д.м.н., главный внештатный специалист невролог ПФО Минздрава России, профессор кафедры неврологии и нейрохирургии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО «КГМУ» Минздрава России

**Рестарт ПОАК у пациентов с ишемическим инсультом и фибрилляцией предсердий**

### 2-АЯ ПЛЕНАРНАЯ ЛЕКЦИЯ

10:10 - 10:30

**Арутюнян Гоар Кимовна** (Москва)  
к.м.н., научный сотрудник отдела рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения ФГБУ «НМИЦК им. ак. Е.И. Чазова» Минздрава России

**Современные технологии, улучшающие прогноз пациентов: настоящее и будущее внутрисосудистого ультразвука**

10:30 - 11:00

### ПЕРЕРЫВ

Коммерческая выставка

**ПОСТЕРНАЯ СЕКЦИЯ (10:30 - 10:55)**

11:00 – 16:15

**КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ**

11:00 - 12:15

**Заседание «Многогранный ОКС: от постановки диагноза до вторичной профилактики»**

**Боровкова Наталья Юрьевна** - д.м.н., профессор, первый заместитель директора Института терапии, заведующий кафедрой терапии и общей врачебной практики ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, председатель Нижегородского отделения Российского кардиологического общества (РКО), член Правления РКО, член Центрального Совета Российского научного медицинского общества терапевтов

**Тимошенко Елена Сергеевна** - заведующий областным кардиологическим диспансером и ревматологическим центром ГБУЗ НО «ГКБ № 5 Нижегородского района г. Нижнего Новгорода», член Правления Российского кардиологического общества, ассистент кафедры терапии и общей врачебной практики, ассистент кафедры факультетской терапии им. А.И. Гефтера ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, главный внештатный специалист кардиолог Минздрава Нижегородской области

**Починка Илья Григорьевич** - д.м.н., доцент, заведующий кафедрой эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, заведующий кардиологическим отделением №1 ГБУЗ НО «ГКБ № 13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»

11:00 - 11:15

**Бушуева Александра Владимировна** (Нижний Новгород)  
к.м.н., доцент кафедры эндокринологии и внутренних болезней ФБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

**Флаг Южноафриканской республики и другие «красные флаги» окклюзивного инфаркта миокарда**

11:15 - 11:30

**Макаров Евгений Львович** (Нижний Новгород)  
заведующий диспетчерским-координационным центром ГБУЗ НО ССМП

**Догоспитальная тромболитическая терапия: все ли вопросы решены?**

*Доклад при поддержке компании «Евросервис», не аккредитован по системе НМО*

11:30 - 11:45

**Фролов Алексей Александрович** (Нижний Новгород)  
к.м.н., заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ НО «Борская ЦРБ», доцент кафедры госпитальной хирургии им. Б. А. Королева ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

**Шарабрин Евгений Георгиевич** (Нижний Новгород)  
д.м.н., профессор кафедры рентгеноэндоваскулярной диагностики и лечения ФДПО ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

**Риск no-reflow при выполнении ЧКВ у пациентов после системной тромболитической терапии на догоспитальном этапе**

*Доклад при поддержке компании «Евросервис», не аккредитован по системе НМО*

11:45 - 12:00

**Тимощенко Елена Сергеевна** (Нижний Новгород)  
заведующий областным кардиологическим диспансером и ревматологическим центром ГБУЗ НО «ГКБ № 5 Нижегородского района г. Нижнего Новгорода», член Правления Российского кардиологического общества, ассистент кафедры терапии и общей врачебной практики, ассистент кафедры факультетской терапии им. А.И. Гефтера ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, главный внештатный специалист кардиолог Минздрава Нижегородской области

**Ранняя интенсификация липидснижающей терапии после ОКС для улучшения прогноза пациента**

*Доклад при поддержке компании «Санофи», не аккредитован по системе НМО*

12:00 - 12:15

**Боровкова Наталья Юрьевна** (Нижний Новгород)  
д.м.н., профессор, первый заместитель директора Института терапии, заведующий кафедрой терапии и общей врачебной практики ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, председатель Нижегородского отделения Российского кардиологического общества (РКО), член Правления РКО, член Центрального Совета Российского научного медицинского общества терапевтов

**Кардио-рено-гепато-метаболический синдром: современное значение для практики**

12:15 - 12:25

**ПЕРЕРЫВ**

12:25 - 13:25

**Заседание «Инфаркт позади. Жизнь продолжается»**

**Тарловская Екатерина Иосифовна** - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапии и кардиологии, заместитель по научной работе директора Института терапии ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России  
**Починка Илья Григорьевич** - д.м.н., доцент, заведующий кафедрой эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, заведующий кардиологическим отделением №1 ГБУЗ НО «ГКБ № 13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»

12:25 - 12:40

**Кузьмичев Кирилл Владимирович** (Нижний Новгород)  
ассистент кафедры эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ «ПИМУ» Минздрава России, врач-кардиолог ГБУЗ НО «ГКБ № 13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»

**Постинфарктное ремоделирование левого желудочка: основные закономерности и генетические особенности**

12:40 - 12:55

**Починка Илья Григорьевич** (Нижний Новгород)  
д.м.н., доцент, заведующий кафедрой эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, заведующий кардиологическим отделением №1 «ГКБ № 13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»

**Профилактика и лечение сердечной недостаточности после перенесенного инфаркта миокарда – когда начинать?**

*Доклад при поддержке компании «Р-фарм», не аккредитован по системе НМО*

12:55 - 13:10

**Некрасов Алексей Анатольевич** (Нижний Новгород)  
д.м.н., доцент, заведующий кафедрой факультетской терапии им. А.И. Гефтера ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, заместитель главного внештатного специалиста кардиолога Минздрава Нижегородской области

#### **Пациент с хронической ИБС и ФП: снижаем ключевые риски**

*Доклад при поддержке компании «Эгис», не аккредитован по системе НМО*

13:10 - 13:25

**Тарловская Екатерина Иосифовна** (Нижний Новгород)  
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапии и кардиологии, заместитель по научной работе директора Института терапии ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

#### **Особенности лечения артериальной гипертензии у пациентов с ИБС**

*Доклад при поддержке компании «Берлин Хем/А. Менарини», не аккредитован по системе НМО*

13:25 - 13:40

**Матюшин Павел Алексеевич** (Павлово)  
заместитель директора по медицинской части, заведующий отделением сердечно-сосудистой хирургии с палатой реанимации и интенсивной терапии ООО «КатЛаб-НН»

#### **Совершенствование методов неинвазивной диагностики сердца: опыт внедрения стресс-эхокардиографии**

*Доклад при поддержке ООО «КатЛаб-Нижний Новгород», не аккредитован по системе НМО*

13:40 - 13:50

### **ПЕРЕРЫВ**

13:50 - 14:50

#### **Заседание «Венозная эмболия: как избежать ХТЭЛГ и как ее лечить»**

**Некрасов Алексей Анатольевич** - д.м.н., заведующий кафедрой факультетской терапии им. А.И. Гефтера ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, заместитель главного внештатного специалиста кардиолога Минздрава Нижегородской области

**Ботова Светлана Николаевна** - к.м.н., заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ НО «ГКБ № 13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода», доцент кафедры эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

13:50 - 14:05

**Ботова Светлана Николаевна** (Нижний Новгород)  
к.м.н., заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ НО «ГКБ № 13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода», доцент кафедры эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

#### **Пациентоцентричность в лечении ТЭЛА. Обзор последних клинических рекомендаций и реальная практика**

14:05 - 14:20

**Федоров Сергей Андреевич** (Нижний Новгород)  
д.м.н., ученый секретарь, врач-кардиохирург ГБУЗ НО «НИИ – СККБ им. Б.А. Королева»

#### **Современные подходы к хирургическому лечению массивной ТЭЛА**

14:20 - 14:35

**Закревский Антон Валерьевич** (Нижний Новгород)  
врач по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению ГБУЗ НО «НИИ – СККБ им. Б.А. Королева»

**Повторные баллонные ангиопластики при рестенозах в ветвях легочной артерии**

14:35 - 14:50

**Данковцева Елена Николаевна** (Москва)  
заведующая кардиологическим отделением для больных ХСН и легочной гипертензией ГБУЗ «ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана ДЗ г. Москвы», доцент кафедры терапии, кардиологии и функциональной диагностики с курсом нефрологии ФГБУ «ЦГМА» УДП РФ

**Так ли редки «редкие» пациенты с ХТЭЛГ? Путь от ТЭЛА к ХТЭЛГ, актуальные подходы к терапии**

14:50 - 15:00

**ПЕРЕРЫВ**

15:00 - 16:15

**Заседание «Кардиохирург у микрофона»**

**Боровкова Наталья Юрьевна** - д.м.н., профессор, первый заместитель директора Института терапии, заведующий кафедрой терапии и общей врачебной практики ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, председатель Нижегородского отделения Российского кардиологического общества (РКО), член Правления РКО, член Центрального Совета Российского научного медицинского общества терапевтов

**Ростова Любовь Васильевна** - заведующий кардиологическим отделением № 2 ГБУЗ НО «ГКБ № 13 Автозаводского района Нижнего Новгорода»

15:00 - 15:15

**Гамзаев Алишир Баги оглы** (Нижний Новгород)  
д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии им. Б. А. Королева ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, врач-кардиохирург ГБУЗ НО «НИИ – СККБ им. Б.А. Королева»

**Хирургическое лечение обструктивной ГКМП**

15:15 - 15:30

**Журко Сергей Александрович** (Нижний Новгород)  
к.м.н., заведующий отделением приобретенных пороков сердца ГБУЗ НО «НИИ – СККБ им. Б.А. Королева»

**Инфекционный эндокардит: когда время имеет значение**

15:30 - 15:45

**Айвазьян Сергей Артемович** (Нижний Новгород)  
врач по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению отделения рентгенхирургических методов диагностики и лечения Клинической больницы № 1 ФБУЗ «ПОМЦ» ФМБА России

**Интервенционное лечение ЖТ, связанных с органической патологией сердца**

15:45 - 16:00

**Шаматольский Александр Николаевич** (Нижний Новгород)  
врач-кардиохирург ГБУЗ НО «НИИ – СККБ им. Б.А. Королева»

**Профилактика внезапной смерти – новые возможности**

16:00 - 16:15

**Сорокин Илья Николаевич** (Нижний Новгород)

врач по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения Клинической больницы № 1 ФБУЗ «ПОМЦ» ФМБА России

**Риски коронарных осложнений при интервенционном лечении ФП**

## НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ И НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

11:00 - 15:15

**Григорьева Вера Наумовна** - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой нервных болезней ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России  
**Дроздова Екатерина Александровна** - к.м.н., заведующая отделением неврологии для больных ОНМК ГБУЗ «ГКБ № 13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»

11:00 - 11:10

**Грантковский Андрей Сергеевич** (Нижний Новгород)  
руководитель РСЦ № 1 ГБУЗ НО «ГКБ № 13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»

**Будни и праздники службы помощи больным с инсультами. Герои нашего городка: награждение**

11:10 - 11:30

**Плотников Денис Маркович** (Томск)  
к.м.н., доцент кафедры неврологии и нейрохирургии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, руководитель кабинета эпидемиологического мониторинга РСЦ ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница»

**Тромбозы церебральных венозных синусов**

11:30 - 11:50

**Грязнов Семен Николаевич** (Иваново)  
к.м.н., врач-нейрохирург ОБУЗ «Ивановская ОКБ»

**Хирургическая профилактика ишемического инсульта в условиях регионального здравоохранения. Как мы это делаем**

11:50 - 12:10

**Григорьева Вера Наумовна** (Нижний Новгород)  
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой нервных болезней ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

**Экстрапирамидные расстройства при инсульте: недооцененный клинический феномен**

12:10 - 12:30

**Хасанова Дина Рустемовна** (Казань)  
д.м.н., главный внештатный специалист невролог ПФО Минздрава России, профессор кафедры неврологии и нейрохирургии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО «КГМУ» Минздрава России

**Реперфузионная терапия и цитопротекция. Современное состояние вопроса**

12:30 - 12:40

**ПЕРЕРЫВ**

12:40 - 13:00

**Пилипенко Юрий Викторович** (Москва)  
д.м.н., ведущий научный сотрудник, врач-нейрохирург ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, профессор кафедры нейрохирургии ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

**Клинические рекомендации «Геморрагический инсульт», 2025г: взгляд нейрохирурга**

13:00 - 13:20

**Дроздова Екатерина Александровна** (Нижний Новгород)  
к.м.н., заведующая отделением неврологии для больных ОНМК ГБУЗ  
«ГКБ № 13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»

**Дисфагия: очевидное и невидимое**

13:20 - 13:40

**Нестерова Валентина Николаевна** (Нижний Новгород)  
к.м.н., главный внештатный специалист ангионевролог Минздрава  
Нижегородской области, заместитель главного врача по РСЦ, заведующая  
отделением для больных ОНМК ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко»

**Тромболитическая терапия при ишемическом инсульте – стратегия  
повышения частоты и эффективности**

*Доклад при поддержке компании «Евросервис», не аккредитован  
по системе НМО*

13:40 - 14:00

**Шумаков Илья Владимирович** (Арзамас)  
врач-специалист по рентгенэндоваскулярным методам диагностики и  
лечения, заведующий отделением РХМДиЛ ГБУЗ НО «ЦГБ г. Арзамаса»

**Стволовой ишемический инсульт в молодом возрасте: когда счёт идёт  
на минуты**

14:00 - 14:10

**ПЕРЕРЫВ**

14:10 - 14:25

**Руина Екатерина Андреевна** (Нижний Новгород)  
к.м.н., доцент кафедры неврологии, психиатрии и наркологии ФДПО  
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

**Васкулиты ЦНС как причина инсульта: ведение пациента в остром и  
раннем восстановительном периоде**

*Доклад при поддержке компании «Берлин Хемии/А. Менарини»,  
не аккредитован по системе НМО*

14:25 - 14:45

**Бакка Максим Сергеевич** (Нижний Новгород)  
врач-рентгенолог, заместитель главного врача по КЭР МРТ-центра  
МИБС НН

**Возможности МРТ- диагностики в определении этиологии  
ишемического инсульта**

14:45 - 15:00

**Уланова Нина Дмитриевна** (Нижний Новгород)  
ассистент кафедры эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО  
«ПИМУ» Минздрава России

**Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при  
ишемическом инсульте**

15:00 - 15:15

**Жарикова Елена Владимировна** (Нижний Новгород)  
врач-кардиолог Университетской клиники ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

**Антонова Виктория Антоновна** (Нижний Новгород)  
к.м.н., врач физической и реабилитационной медицины, врач-невролог, ботулинотерапевт, заведующий отделением медицинской реабилитации пациентов с нарушениями функций центральной нервной системы Университетской клиники ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

**Оценка эффективности механотерапии с помощью моторизированных циклических тренажеров в процессе реабилитации после ишемического инсульта**

## СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

- 14:30 - 16:00 **Кабанова Светлана Васильевна** - старшая медицинская сестра отделения ОНМК ГБУЗ «ГКБ № 13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»
- 14:30 - 14:45 **Гузанова Елена Владимировна** (Нижний Новгород)  
к.м.н., доцент кафедры нервных болезней ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России
- Социализация пожилого человека как фактор продления когнитивного долголетия**
- 14:45 - 15:00 **Чудакова Ирина Владимировна** (Нижний Новгород)  
к.м.н., заведующая отделением ранней медицинской реабилитации ГБУЗ НО «НОКБ им. Н. А. Семашко»
- Работа мультидисциплинарной реабилитационной команды с родственниками пациента для повышения реабилитационного прогноза**
- 15:00 - 16:00 **Фомина Наталья Вячеславовна** (Нижний Новгород)  
к.п.н., доцент кафедры общей и клинической психологии ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России
- Трудный пациент? Давайте учиться общаться**  
(мастер-класс/игра)

## КРУГЛЫЙ СТОЛ РЕНТГЕНОХИРУРГОВ

Оптимальные тактические подходы и нестандартные технические решения при выполнении эндоваскулярных вмешательств у пациентов с острой сосудистой патологией

14:00 - 16:00

**Шахов Борис Евгеньевич** - д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой рентгеноэндоваскулярной диагностики и лечения ФДПО ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России  
**Чеботарь Евгений Викторович** - д.м.н., заслуженный врач России, главный внештатный специалист по рентгеноэндоваскулярным диагностике и лечению Минздрава Нижегородской области, заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ НО «НИИ — СККБ им. академика Б. А. Королева»  
**Шарабрин Евгений Георгиевич** - д.м.н., профессор кафедры рентгеноэндоваскулярной диагностики и лечения ФДПО ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России  
**Фролов Алексей Александрович** - к.м.н., заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ НО «Борская ЦРБ», доцент кафедры госпитальной хирургии им. Б. А. Королева ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России  
**Шахов Евгений Борисович** - д.м.н., доцент, профессор кафедры рентгеноэндоваскулярной диагностики и лечения ФДПО ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, врач по рентгеноэндоваскулярным диагностике и лечению отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ НО «НИИ — СККБ им. академика Б. А. Королева»  
**Сорокин Илья Николаевич** - врач по рентгеноэндоваскулярным диагностике и лечению отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения Клинической больницы № 1 ФБУЗ «ПОМЦ» ФМБА России

14:00 - 14:20

**Фролов Алексей Александрович** (Нижегород) к.м.н., заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ НО «Борская ЦРБ», доцент кафедры госпитальной хирургии им. Б. А. Королева ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

**Лучевой доступ при эндоваскулярных интервенциях: как достичь оптимального результата?**

*Доклад при поддержке компании «Терумо», не аккредитован по системе НМО*

14:20 - 14:40

**Шахов Евгений Борисович** (Нижегород) д.м.н., доцент, профессор кафедры рентгеноэндоваскулярной диагностики и лечения ФДПО ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, врач по рентгеноэндоваскулярным диагностике и лечению отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ НО «НИИ — СККБ им. академика Б. А. Королева»

**Технические аспекты и особенности выполнения внутрисосудистой визуализации при эндоваскулярных вмешательствах**

14:40 - 15:00

**Чеботарь Евгений Викторович** (Нижегород) д.м.н., заслуженный врач России, главный внештатный специалист по рентгеноэндоваскулярным диагностике и лечению Минздрава Нижегородской области, заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ НО «НИИ — СККБ им. академика Б. А. Королева»

**Критерии и способы оптимальной подготовки тяжелого кальцинированного поражения коронарных артерий**

15:00 - 15:20

**Сорокин Илья Николаевич** (Нижний Новгород)

врач по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению отделения рентгенхирургических методов диагностики и лечения Клинической больницы №1 ФБУЗ «ПОМЦ» ФМБА России

**Оптимальные подходы к стентированию сложных бифуркационных поражений**

*Доклад при поддержке компании «Здоровье человека», не аккредитован по системе НМО*

15:20 - 15:40

**Починка Илья Григорьевич** (Нижний Новгород)

д.м.н., доцент, заведующий кафедрой эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, заведующий кардиологическим отделением №1 ГБУЗ НО «ГКБ №13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»

**Сопутствующая антитромботическая терапия при выполнении эндоваскулярных вмешательств у пациентов с ишемическим инсультом**

15:40 - 16:00

**Ласточкин Андрей Валерьевич** (Нижний Новгород)

врач отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ НО «ГКБ №5»

*Содокладчики: Петров Д.В., Волков Д.В., Новиков А.С., Серебряков А.Ю.*

**Сложные коронарные вмешательства у больных с острым коронарным синдромом**

10:30-10:55

**ДОКЛАДЫ ПОСТЕРНОЙ СЕКЦИИ**

*Модераторы: д.м.н. Боровкова Н.Ю., д.м.н.  
Тарловская Е.И., д.м.н. Починка И.Г.*

Ланец Д.Р.  
Втюрина А.А.

Использование тромболитической терапии при ТЭЛА  
промежуточно-высокого риска (анализ реальной практики)

Железнова Д.Д.

Клинические особенности больных ишемическим инсультом,  
имеющие фибрилляцию предсердий

Медведева Е.А.,  
Сенникова Д.С.,  
Шмагина Е.Е.

Микроальбуминурия у мужчин с хронической сердечной  
недостаточностью

Салимжанова Г.С.

Факторы развития феномена нон-диппинга у больных сахарным  
диабетом

## ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА ПО НАПРАВЛЕНИЮ ОКС В 2024-25 годах

*Бухвалов С.А., Ботова С.Н., Грантковский А.С., Гамаюнова Л.В., Савенков А.Г., Седов В.В.,  
Починка И.Г., Ростова Л.В., Караметдинов Р.И., Идрисова Н.С.*

**ГБУЗ НО Городская клиническая больница №13 Автозаводского района  
г. Нижнего Новгорода**

### **Введение**

Придерживаясь установленной ранее традиции, публикуем данные по итогам работы кардиологической службы в материалах научно-практической конференции, которая регулярно проводится региональным сосудистым центром (РСЦ) по четным годам, начиная с 2012 г.

Система оказания медицинской помощи при остром коронарном синдроме (ОКС) в Нижегородской области в течение последних двух лет продолжала развиваться - увеличилось количество запланированных чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ), открылись новые ЧКВ-центры в областных ПСО, в реперфузионной терапии сохранен акцент на снижение количества случаев тромболитической терапии в районах области с коротким плечом доставки до РСЦ за счет прямого направления на первичное ЧКВ больных инфарктом миокарда с подъемом ST (ИМсПСТ). Стали доступны методы внутрисосудистой визуализации в ходе выполнения селективной коронарографии и ЧКВ, а также методы внутрисосудистой роторной атерэктомии.

Наряду с позитивными тенденциями, в течение последних двух лет обсуждаемая система оказания помощи при сосудистых катастрофах начала испытывать системные трудности. Изменились условия финансирования при лечении ОКС в рамках обязательного медицинского страхования - случаи ЧКВ при ИМсПСТ переведены из высокотехнологической медицинской помощи в систему оплаты по клинико-статистическим группам. Тяжелое оборудование (томографы, ангиографы), установленное более 10 лет назад, стало регулярно выходить из строя. Учреждения здравоохранения в условиях ограниченного финансирования и повышения стоимости обслуживания медицинской техники зачастую не в состоянии быстро устранять неисправности. В результате участились случаи длительного простоя тяжелой техники и перераспределения потоков пациентов. Кадровый дефицит в некоторых учреждениях Нижегородской области стал причиной закрытия нескольких отделений в системе ПСО, а в ряде случаев привел к переносу функции ПСО в другие лечебные учреждения.

К сожалению, наше учреждение не стало исключением и череда перечисленных проблем не прошла стороной. С августа 2025 года из-за неисправности ангиографа выполнение внутрисосудистых манипуляций при ОКС стало невозможно. Поток пациентов с ОКС был перераспределен между другими учреждениями (ГБУЗ НО ГКБ№5, ГБУЗ НО НИИ СКБ им. Б.А. Королева). Впервые за 15 лет с момента организации РСЦ Городская клиническая больница №13 вынужденно ограничила оказание медицинской помощи при ОКС. Поэтому данные 2025 года представлены только за 7 месяцев.

### **1. РСЦ: функция и зона ответственности.**

Региональный сосудистый центр базе ГБУЗ НО Городская клиническая больница №13 сочетает функцию Первичного сосудистого отделения, оказывающего медицинскую помощь



### 3. Основные показатели работы РСЦН№1 по направлению ОКС в 2024 и 7 месяцев 2025 г.

Основные показатели работы РСЦН№1 в 2023-2025 представлены в таблицах 1-9.

Таблица-1. Структура ОКС и демографические показатели

| Показатель   | 2023        | 2024        | 01-07/<br>2025 |
|--|-------------|-------------|----------------|
| Общее количество пациентов с подозрением на ОКС  | 3175        | 3076        | 1897           |
| из них:  |             |             |                |
| ○ Диагноз ОКС не подтвержден   | 48          | 113         | 104            |
| ○ Диагноз <b>ОКС подтвержден</b>   | 3127        | 2963        | 1793           |
| из них:  |             |             |                |
| ○ с инфарктом миокарда <b>с подъемом ST</b>  | 1340        | 1251        | 720            |
| ○ с ОКС <b>без подъема ST</b>  | 1787        | 1712        | 1073           |
| ○ общее число больных с окончательным диагнозом <b>«Инфаркт миокарда»</b> (включая «Q ИМ», «не-Q ИМ» и «повторный ИМ») | 2112        | 1897        | 1146           |
| ○ общее число больных с окончательным диагнозом <b>«Нестабильная стенокардия»</b>                                      | 1015        | 1066        | 647            |
| ○ в том числе GRACE > 140  | 541         | 564         | 227            |
| Средний возраст больных с ОКС, года  | 65,6 ± 11,7 | 66,0 ± 11,4 | 67,4 ± 11,3    |
| Доля женщин среди больных с подтвержденным ОКС   | 38 %        | 39 %        | 40 %           |
| Доля больных с ОКС, страдающих сахарным диабетом   | 27 %        | 29 %        | 31 %           |
| Доля больных с ОКС, имеющих фибрилляцию или трепетание предсердий  | 15 %        | 17 %        | 17 %           |
| Среднее пребывание на койке больного с ОКС, дни  | 9,9 ± 4,8   | 9,4 ± 4,5   | 9,1 ± 4,8      |

Таблица-2. Исходы ОКС

| Показатель   | 2023 | 2024 | 01-07/<br>2025 |
|--|------|------|----------------|
| Всего больных с подтвержденным ОКС                           | 3127 | 2963 | 1793           |
| Выписаны   | 2973 | 2740 | 1673           |
| в том числе:   |      |      |                |
| ○ переведены в отделения реабилитации загородных санаториев  | 461  | 318  | 188            |
| ○ переведены в СККБ для кардиохирургической реваскуляризации | 46   | 47   | 43             |
| ○ переведены Ковид-госпиталь                                 | 13   | 5    | 1              |
| Умерли, из числа поступивших с подтвержденным ОКС            | 202  | 223  | 120            |

Таблица-3. Летальные исходы при инфаркте миокарда

| Показатель  | 2023      | 2024      | 01-07/<br>2025 |
|---|-----------|-----------|----------------|
| Количество умерших больных с окончательным диагнозом «Инфаркт миокарда»   | 201       | 223       | 120            |
| в том числе:  |           |           |                |
| ○ ИМсПСТ  | 141       | 167       | 77             |
| ○ ИМбезПСТ  | 60        | 56        | 43             |
| ○ Количество и доля умерших в течение первых суток от момента поступления | 107 (53%) | 127 (57%) | 72 (60 %)      |
| ○ количество умерших, подвергнутых ЧКВ                                    | 110       | 103       | 63             |
| ○ в том числе при ИМсПСТ  | 85        | 84        | 47             |
| ○ в том числе при ИМбезПСТ  | 25        | 19        | 16             |
| Летальность при ИМ  | 9,5 %     | 11,8 %    | 10,5 %         |
| ○ Летальность при ИМсПСТ  | 10,5 %    | 13,3 %    | 10,7 %         |
| ○ Летальность при ЧКВ у больных ИМ  | 5,2 %     | 7,2 %     | 7,2 %          |

Таблица-4. Пути поступления больных с подозрением на ОКС

| Показатель   | 2023        | 2024        | 01-07/<br>2025 |
|--|-------------|-------------|----------------|
| Доставлены бригадой Скорой медицинской помощи (СМП)                        | 1748 (55 %) | 1639 (53 %) | 1064 (56 %)    |
| Переведены из ПСО и ЛПУ  | 745 (24 %)  | 953 (31 %)  | 542 (29 %)     |
| Доставлены с приема в поликлинике  | 252 (8 %)   | 269 (9 %)   | 172 (9%)       |
| Самообращение в приемное отделение   | 155 (5 %)   | 193 (6 %)   | 102 (5 %)      |
| Переведены из других отделений ГБУЗ НО Городская клиническая больница № 13 | 30 (1 %)    | 22 (1 %)    | 17 (1 %)       |

Таблица-5. Время от начала симптомов до прибытия в стационар у больных инфарктом миокарда с подъемом ST, доставленных бригадой СМП

| Показатель   | 2023 |            | 2024 |            | 01-07/<br>2025 |            |
|--|------|------------|------|------------|----------------|------------|
| Общее количество больных ИМсПСТ, доставленных бригадой СМП | 933  |            | 895  |            | 548            |            |
| Доставлены в течение 1 часа (доля)                         | 3 %  | <b>83%</b> | 6 %  | <b>85%</b> | 9 %            | <b>83%</b> |
| Доставлены с 1 по 2 час (доля)                             | 17 % |            | 12 % |            | 8 %            |            |
| Доставлены с 2 по 3 час (доля)                             | 22 % |            | 16 % |            | 19 %           |            |
| Доставлены с 3 по 4 час (доля)                             | 15 % |            | 18 % |            | 18 %           |            |
| Доставлены с 4 по 6 час (доля)                             | 15 % |            | 18 % |            | 17 %           |            |
| Доставлены с 6 по 12 час (доля)                            | 11 % |            | 15 % |            | 12 %           |            |
| Доставлены с 12 по 24 час (доля)                           | 6 %  |            | 5 %  |            | 8 %            |            |
| Доставлены с 24 по 48 часов (доля)                         | 9 %  |            | 10 % |            | 8 %            |            |
| Доставлены позднее 48 часов                                | 1 %  |            | 0 %  |            | 1 %            |            |

Таблица-6. Реперфузионная терапия инфаркта миокарда с подъемом ST

| Показатель  | 2023                            |                                |             | 2024                            |                                |             | 01-07/<br>2025                  |                                |             |
|---|---------------------------------|--------------------------------|-------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------|
|   | Общее количество случаев и доля | Количество смертельных исходов | Летальность | Общее количество случаев и доля | Количество смертельных исходов | Летальность | Общее количество случаев и доля | Количество смертельных исходов | Летальность |
| <b>Общее число случаев</b> инфаркта миокарда с элевацией ST           | 1340                            | 141                            | 10,5 %      | 1251                            | 167                            | 13,3 %      | 720                             | 77                             | 10,7 %      |
| <b>Не получили реперфузионную терапию</b> в силу разных обстоятельств | 222 (17 %)                      | 49                             | 22,1 %      | 213 (17 %)                      | 75                             | 35,2 %      | 111 (15 %)                      | 29                             | 26,1 %      |
| В том числе:<br>неудачная попытка ЧКВ                                 | 22                              | 11                             | 50,0 %      | 13                              | 6                              | 46,1 %      | 10                              | 0                              | 0           |
| <b>Изолированная ТЛТ</b>  | 22 (2 %)                        | 5                              | 22,7 %      | 23 (2 %)                        | 7                              | 30,4 %      | 13 (2 %)                        | 1                              | 7,7 %       |
| <b>Фармако-инвазивная реперфузионная терапия</b> (ТЛТ + ЧКВ)          | 123 (9 %)                       | 14                             | 11,4 %      | 140 (11 %)                      | 11                             | 7,8 %       | 91 (13 %)                       | 7                              | 7,7 %       |
| <b>Первичное ЧКВ</b>  | 973 (73 %)                      | 58                             | 6,0 %       | 875 (70 %)                      | 74                             | 8,5 %       | 505 (70 %)                      | 40                             | 7,9         |

Таблица-7. Эндovasкулярная диагностика и лечение при подозрении на ОКС

| Показатель  | 2023   | 2024  | 01-07/<br>2025                                  |
|---|--|---|---|
| Общее число СКГ, выполненных больным с подозрением на ОКС в экстренном порядке  | 2906<br>(92 %)                                 | 2742<br>(89 %)                                    | 1670<br>(88 %)                                  |
| Общее количество ЧКВ, выполненных больным с ОКС в том числе:  | 1921<br>(61 % всех случаев ОКС)                | 1779<br>(61 % всех случаев ОКС)                   | 1123<br>(63 % всех случаев ОКС)                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ при ИМсПСТ</li> <li>○ при ИМбезПСТ</li> <li>○ при нестабильной стенокардии</li> </ul>  | 1096<br>444<br>381                             | 1014<br>364<br>401                                | 596<br>258<br>269                               |
| Время «дверь-баллон» при ИМсПСТ:  |  |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ до 30 минут</li> <li>○ 30 – 60 минут</li> <li>○ 60 – 120 минут</li> <li>○ более 120 минут</li> </ul>   | 339 (31%)<br>529 (48%)<br>161 (15%)<br>67 (6%) | 444 (44 %)<br>368 (36 %)<br>138 (14%)<br>64 (6 %) | 237 (40 %)<br>260 (44 %)<br>61 (10%)<br>38 (6%) |
| Характеристика ЧКВ:   |  |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ выполнение мануальной тромбoаспирации</li> <li>○ изолированная ангиопластика без имплантации стентов</li> <li>○ имплантация 1 стента</li> <li>○ имплантация 2 стентов</li> <li>○ имплантация 3 и более стентов</li> <li>○ среднее количество стентов на один случай ЧКВ</li> <li>○ доля DES</li> </ul> | 202<br>42<br>1188<br>525<br>162<br>1,4<br>51 % | 170<br>64<br>1216<br>396<br>103<br>1,3<br>19 %    | 132<br>51<br>739<br>287<br>46<br>1,3<br>44 %    |
| Количество случаев неудачной попытки ЧКВ  | 41   | 32  | 28  |
| Количество случаев отказа пациента от экстренной СКГ  | 57   | 70  | 48  |
| Невозможность выполнить СКГ по технической причине  | 9  | 15  | 23  |

Таблица-8. Лечение ОКС у пациентов старше 80 лет

|   | 2023           | 2024           | 01-07/<br>2025 |
|---|----------------|----------------|----------------|
| Всего пациентов   | 381            | 321            | 219            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ из них летальные исходы</li> </ul> | 63<br>(16,5 %) | 64<br>(19,9 %) | 37<br>(16,9 %) |
| ЧКВ   | 190<br>(50 %)  | 147<br>(46 %)  | 111<br>(51 %)  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ из них летальные исходы</li> </ul> | 30<br>(15,7 %) | 28<br>(19,0 %) | 13<br>(11,7 %) |

Таблица-9. Кардиогенный шок при инфаркте миокарда с подъемом ST

|  | 2023         | 2024         | 01-07/<br>2025 |
|--|--------------|--------------|----------------|
| Количество больных с истинным кардиогенным шоком и доля от всех случаев ИМсПST | 80<br>(6 %)  | 108<br>(9 %) | 47<br>(7 %)    |
| Количество летальных исходов   | 53           | 74           | 32             |
| o в том числе – в первые сутки   | 38           | 63           | 24             |
| Летальность при шоке   | 66 %         | 69 %         | 68 %           |
| Количество случаев ЧКВ и попыток ЧКВ при кардиогенном шоке                     | 50<br>(63 %) | 56<br>(52 %) | 25<br>(53 %)   |
| Количество случаев использования внутриаортальной баллонной контрпульсации     | 4            | 1            | 0              |

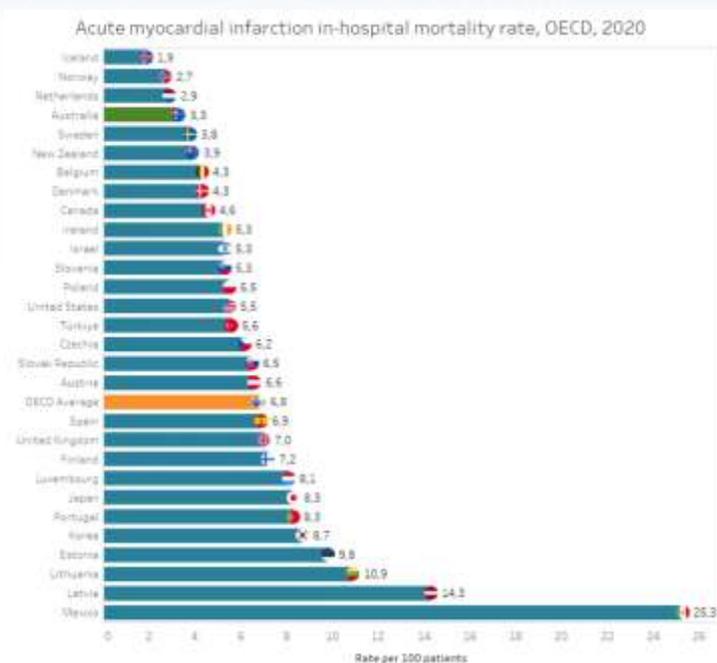
#### 4. Летальность при инфаркте миокарда в РСЦ

Восстановление кровотока в инфаркт-связанной артерии является важнейшим аспектом лечения ИМсПST, определяющим ближайший и отдаленный прогноз. Внедрение современных методов реперфузионной терапии во всем мире ассоциировалось с радикальным снижением летальности и улучшением клинических исходов инфаркта миокарда. В этом контексте показатели летальности от ИМ в РСЦ (рисунок-2) выглядят достаточно неожиданными.



Рисунок-2. Летальность при инфаркте миокарда в РСЦ №1

Обсудим два аспекта – уровень летальности и динамику этого показателя в течение последних лет. Первое, что обращает на себя внимание - уровень летальности значительно превышает показатели, представленные в регистрах различных стран. Для сравнения - средняя летальность при остром ИМ в странах Организации по экономическому сотрудничеству и развитию составляет 6,8 % (рисунок-3, <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance>).



**Рисунок-3. Летальность при инфаркте миокарда в странах ОЭСР**

В качестве объяснения столь высокого уровня летальности приведем следующие аргументы. Во-первых, представленные цифры летальности в РСЦ, получаемые из госпитального регистра ОКС, являются «непричесанными», т.е. отражают общее количество умерших пациентов с диагнозом инфаркт миокарда без учета особенностей кодирования причин смерти. Так, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, причиной смерти при инфаркте миокарда должно выставляться заболевание, приведшее к развитию инфаркта миокарда, в частности – сахарный диабет. Если принять во внимание, что около 30% больных ИМ страдают сахарным диабетом, а также то, что летальность от ИМ при наличии сахарного диабета выше, то списывание случаев смерти на сахарный диабет может привести к почти к двукратному снижению показателя летальности от ИМ. Во-вторых, важным аспектом при расчете летальности от ИМ являются критерии постановки диагноза инфаркта миокарда. Напомним, что в соответствии с четвертым универсальным определением инфаркта миокарда (2018, doi:10.15829/1560-4071-2019-3-107-138) для постановки диагноза достаточно выявления повышения и/или снижения значений сердечного тропонина (предпочтительно высокочувствительного — hs-cTn, при этом хотя бы один результат должен превышать 99-й процентиль верхнего предела нормы) в сочетании с симптомами ишемии. Такой подход открывает широчайшие возможности для диагностики инфаркта миокарда в случаях ОКС без подъема ST с минимальной реакцией сердечных тропонинов. Разумеется, такие случаи характеризуются относительно благоприятным течением, а их включение в расчет летальности при ИМ будет сопровождаться снижением этого показателя. Следует признать, что вплоть до настоящего времени кардиологи РСЦ придерживались более консервативного подхода к диагностике ИМ (к примеру, у используемого в стационаре hs-cTn 99-й процентиль).

верхнего предела нормы составляет 47,3 пг/мл, однако ИМ обычно выставляется при уровне более 1000 пк/мл, при менее значительном повышении тропонина в большинстве случаев выставляется диагноз нестабильной стенокардии). Такой консервативный подход к выставлению диагноза инфаркта миокарда обусловлен как социальными факторами (перенесенный ИМ нередко является ограничением для некоторых видов работы), так и традицией, от которой, возможно, следует отказаться в дальнейшей работе

Теперь обратимся к тренду летальности в РСЦ. Начиная с 2015 года, летальность при ИМ неуклонно снижалась, достигнув в 2018-2019 годах уровня 7,7-7,8%, что в то время воспринималось закономерным результатом внедрения реперфузионных технологий. Дальнейший всплеск летальности в 2020-2022 годах традиционно объяснялся влиянием пандемии COVID-19. В 2023 мы констатировали снижение летальности и предполагали, что выход из пандемии будет сопровождаться ее дальнейшим снижением и возвращением в доковидному уровню. Однако результаты 2024 побили все рекорды. Есть ли рациональное объяснение такого повышения? Попробуем наложить графики летальности от ИМ в РСЦ и общего коэффициента смертности в России (количество умерших на 1000 населения, данные Росстата), см. рисунок-4. Поразительно, насколько летальность от ИМ в отдельном учреждении повторяет тренд общего коэффициента смертности, отражающий частоту смерти от всех заболеваний в России.



*Рисунок-4. Тренды летальности при инфаркте миокарда в РСЦ (%) и общего коэффициента смертности в России (‰)*

Необходимо признать, что проведение современного реперфузионного лечения с использованием эндоваскулярных вмешательств при инфаркте миокарда в первую очередь оказывает влияние на судьбу конкретного пациента. Влияние современной системы оказания медицинской помощи при ОКС на показатели здоровья населения всегда менее заметно.

Показатели летальности при ИМ и тем более смертности населения зависят от множества факторов социальной жизни, циркулирующих в популяции инфекций и других неучтенных механизмов. И не всегда низкий уровень летальности при ИМ может отражать хорошую организацию медицинской помощи – скорее напротив низкая летальность может свидетельствовать о наличии входящей селекции пациентов. В тоже время сохранение летальности при ИМ на уровне 10,5 % заставляет искать организационные и лечебные ресурсы для снижения данного показателя. На сегодняшний день пути к решению этой задачи хорошо известны – это и повышение частоты проведения ЧКВ у больных ОКС, и применение современных методов лечения кардиогенного шока для снижения досуточной летальности, и ранняя выписка для предотвращения внутрибольничного инфицирования. Для реализации этих мероприятий требуется не только героизм врачей на дежурствах, но и административные решения, обеспечивающие рабочее состояние медицинского оборудования, регулярное фокусное обучение врачей, а также соблюдение стандартных операционных процедур и текущих клинических рекомендаций. Нам всем есть над чем работать.

# ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА ПО НАПРАВЛЕНИЮ ОНМК В 2024-25 годах

*Бухвалов С.А., Ботова С.Н., Грантковский А.С., Гамаюнова Л.В.,  
Савенков А.Г., Губов М. Ю., Дроздова Е. А., Идрисова Н.С.*

**ГБУЗ НО Городская клиническая больница № 13 Автозаводского района  
г. Нижнего Новгорода**

## **Введение**

Впервые публикуем данные по итогам работы РСЦ по направлению острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в материалах научно-практической конференции. Это стало возможным в связи с началом ведения госпитального регистра ОНМК с 2024 года.

Система оказания медицинской помощи при ОНМК в Нижегородской области в течение последних двух лет продолжает развиваться. Увеличивается количество пациентов, которым выполнена тромболитическая терапия (ТЛТ) при ишемическом инсульте (ИИ). Расширяются показания к проведению внутрисосудистой тромбэкстракции (ВСТЭ) для пациентов с окклюзией церебральных сосудов за счет проведения на этапе приемного отделения КТ-перфузии или МРТ исследований головного мозга (mismatch DWI/FLAIR). Увеличивается количество оперативных вмешательств при стенозах брахиоцефальных артерий (БЦА), как мера первичной профилактики повторных ОНМК, в том числе в раннем периоде инсульта.

Как для направления кардиологии, так и для направления неврологии система оказания помощи при острых состояниях испытывает системные трудности. Тяжелое оборудование (томографы, ангиографы), установленное более 10 лет назад, стало регулярно выходить из строя. Учреждения здравоохранения в условиях ограниченного финансирования и повышения стоимости обслуживания медицинской техники зачастую не в состоянии быстро устранять неисправности. В результате участились случаи длительного простоя тяжелой техники и перераспределения потоков пациентов. Кадровый дефицит в некоторых учреждениях Нижегородской области стал причиной закрытия нескольких отделений в системе ПСО, а в ряде случаев привел к переносу функции ПСО в другие лечебные учреждения. Так же меняются условия финансирования при лечении пациентов с ОНМК (например, при применении ВСТЭ).

К сожалению, наше учреждение не стало исключением и череда перечисленных проблем не прошла стороной. С августа 2025 года из-за неисправности ангиографа выполнение ВСТЭ при ИИ и эндоваскулярного лечения при геморрагическом инсульте (ГИ) стало невозможно. Учреждение также столкнулось с кадровым дефицитом, периодически расширявшейся зоной ответственности по ОНМК. Однако, год закончен, и мы представляем его итоги.

## **1. РСЦ: функция и зона ответственности.**

Региональный сосудистый центр базе ГБУЗ НО Городская клиническая больница №13 сочетает функцию Первичного сосудистого отделения, оказывающего медицинскую помощь при ОНМК жителям Автозаводского и Ленинского районов Нижнего Новгорода (380 тыс. взрослого населения), и функцию Регионального сосудистого центра, в зону ответственности которого входят ПСО на базе ГБУЗ НО Городская клиническая больница № 39 (Нижний Новгород), ПСО г. Дзержинска (до 2025 - на базе ГБУЗ НО Дзержинский госпиталь ветеранов войн им. А.М. Самарина, с 2025 года – на базе ГБУЗ НО «Больница скорой ральная районная больница (Балахна). Общая зона ответственности РСЦ составляет

**«PCЦ-2026: человекоцентричность и инновации»**

медицинской помощи г. Дзержинска»), ПСО на базе ГБУЗ НО Окский ММЦ (Павлово), ПСО на базе Филиала №1 ГБУЗ НО Городецкая центральная районная больница (Заволжье), ПСО на базе ГБУЗ НО Выксунская центральная районная больница (Выкса) и ГБУЗ НО Балахнинская центральная районная больница (Балахна). Общая зона ответственности РСЦ составляет около 1 300 тыс. взрослого населения Нижнего Новгорода и Нижегородской области. На РСЦ возложена не только лечебная работа, но и организационно-методическая помощь, координация взаимодействия с первичными отделениями, входящими в зону ответственности РСЦ №1.

**2. Госпитальный регистр ОНМК**

С 2024 года в РСЦ №1 ведется госпитальный регистр ОНМК, включающий все случаи госпитализации по поводу этой патологии (см. рисунок 1). Анализ результатов работы РСЦ № 1, представленный ниже, базируется на данных госпитального регистра. Необходимо отметить, что некоторые количественные показатели, получаемые из регистра, могут незначительно отличаться от показателей официальных отчетов стационара в связи с особенностями получения данных и из-за неточности при заполнении форм. Кроме того, могут быть отличия в показателях летальности в силу особенностей кодирования причин смерти при наличии сахарного диабета или злокачественного новообразования.

The image shows a complex medical form titled "Листок учета ОНМК" (OHMK accounting sheet). It is divided into several sections for data entry, including:

- Demographics:** Patient name, sex, date of birth, and date of registration.
- Medical History:** Sections for "История болезни" (History of illness) and "Семейный анамнез" (Family history) with checkboxes for various conditions like hypertension, diabetes, and heart disease.
- Current Condition:** "Состояние при поступлении" (Condition on admission) and "Состояние при выписке" (Condition on discharge) with checkboxes for symptoms like chest pain, shortness of breath, and edema.
- Diagnosis and Treatment:** "Диагноз" (Diagnosis) and "Лечение" (Treatment) sections with checkboxes for specific medical interventions.
- Outcomes and Mortality:** "Исход" (Outcome) section with checkboxes for recovery, death, or other outcomes, and a "Причина смерти" (Cause of death) section.
- Administrative Data:** "Место жительства" (Place of residence) and "Место работы" (Place of work) sections.

Рисунок-1. Учетная форма госпитального регистра ОНМК

**3. Основные показатели работы РСЦ № 1 по направлению ОНМК в 2024 и 2025 г.г.**

Основные показатели работы РСЦ № 1 по направлению ОНМК в 2024-2025 представлены в таблицах 1-12.

Таблица-1. Структура ОНМК и демографические показатели

| Показатель   | 2024         | 2025         |
|--|--------------|--------------|
| Общее количество пациентов с ОНМК из них:                          | 2309         | 2497         |
| ТИА, человек   | 234          | 213          |
| ИИ, человек  | 1822         | 2010         |
| САК/венстрикулярное кровоизлияние, человек                         | 57           | 69           |
| ВМК, человек   | 182          | 197          |
| Тромбоз венозных синусов   | 11           | 6            |
| Недифференцированный   | 2            | 0            |
| Средний возраст больных с ОНМК, года                               | 68           | 68,9         |
| Доля женщин среди больных с подтвержденным ОНМК                    | 53%          | 50%          |
| Поступило больных до 4,5 часов от всех больных с ИИ, количество, % | 278<br>15 %  | 279<br>14 %  |
| Тромболитическая терапия, количество, % от всех ИИ                 | 130<br>7 %   | 185<br>9,0 % |
| ВСТЭ, количество, % от всех ИИ                                     | 47<br>2,6 %  | 41<br>2,0 %  |
| Этапная реперфузия (ТЛТ+ВСТЭ), количество                          | 5            | 4            |
| Летальность общая ОНМК, количество, %                              | 412<br>17,8% | 458<br>18,3% |

#### 4. Основные показатели работы РСЦ№1 по лечению ишемического инсульта в 2024 и 2025 г.г.

Таблица-2. Структура и демографические показатели пациентов с ишемическим инсультом

| Показатель  | 2024     | 2025     |
|---|----------|----------|
| Общее количество пациентов с ИИ                             | 1823     | 2010     |
| Средний возраст больных с ИИ, года                          | 68,8     | 69       |
| Пациентов моложе 45 лет, количество, %                      | 52<br>3% | 57<br>3% |
| Доля женщин среди больных с ИИ                              | 53 %     | 50 %     |
| Доля больных с ИИ, страдающих сахарным диабетом             | 31 %     | 30 %     |
| Доля больных с ИИ, имеющих ФП                               | 31 %     | 29 %     |
| Доля больных с ИИ + ФП, принимающих оральные антикоагулянты | 30%      | 32%      |
| Доля больных с ИИ, имеющих стеноз БЦА >70%                  | 4 %      | 6 %      |
| Подтип ИИ   |          |          |
| ○ Лакунарный  | 184      | 231      |
| ○ Атеротромботический                                       | 217      | 247      |
| ○ Кардиоэмболический  | 557      | 624      |
| ○ Иной известный  | 6        | 6        |
| ○ Неуточненной этиологии                                    | 851      | 888      |
| ○ Не указан   | 8        | 14       |

Таблица-3. Пути поступления больных с ИИ

| Показатель  | 2024 | 2025 |
|---|------|------|
| Доставлены бригадой Скорой медицинской помощи (СМП)                           | 1490 | 1652 |
| Переведены из ПСО   | 2    | 1    |
| Переведены из других МО   | 237  | 259  |
| Самообращение в приемное отделение  | 58   | 57   |
| Переведены из других отделений ГБУЗ НО<br>Городская клиническая больница № 13 | 45   | 45   |

Таблица-4. Исходы ИИ

| Показатель  | 2024          | 2025         |
|---|---------------|--------------|
| Всего больных с ИИ                                  | 1823          | 2010         |
| Выписаны<br>в том числе:                            |               |              |
| ○ переведены в санаторий                            | 69<br>3,7 %   | 101<br>5 %   |
| ○ переведены в отделения<br>реабилитации            | 276<br>15 %   | 204<br>10 %  |
| ○ переведены в другие<br>отделения/стационары       | 28<br>1,5 %   | 29<br>1,4 %  |
| ○ выписаны домой/на амбулаторное<br>лечение         | 1136<br>62 %  | 1331<br>66 % |
| Умерли, из числа поступивших с<br>подтвержденным ИИ | 316<br>17,1 % | 343<br>17 %  |

Таблица-5. Летальные исходы при ИИ

| Показатель                                      | 2024            | 2025            |
|---|-----------------|-----------------|
| Летальность при ИИ<br>в том числе: число и доля |                 |                 |
| ○ лакунарный                                    | 4/184<br>2 %    | 7/231<br>3%     |
| ○ атеротромботический                           | 82/217<br>38 %  | 80/247<br>32 %  |
| ○ кардиоэмболический                            | 148/557<br>27 % | 169/624<br>27 % |
| ○ иной известный                                | 3/6<br>50 %     | 1/8<br>13 %     |
| ○ неуточненной этиологии                        | 79/851<br>9 %   | 83/889<br>9 %   |
| Досуточная летальность при ИИ                   | 41<br>2,2%      | 47<br>2,3%      |

Таблица-6. Время от начала симптомов до прибытия в стационар у больных ИИ, доставленных бригадой СМП

| Показатель  | 2024         | 2025          |
|---|--------------|---------------|
| До 4,5 часов, количество пациентов, доля                | 278<br>15 %  | 279<br>13,8 % |
| Доставлены с 4,5 до 6 часов, количество пациентов, доля | 136<br>7,4 % | 152<br>7,5 %  |
| Доставлены с 6 до 24 часов, количество пациентов, доля  | 520<br>29 %  | 644<br>32 %   |
| Доставлены позже 24 часов, количество пациентов, доля   | 721<br>39 %  | 818<br>40,6 % |
| Неизвестно, количество пациентов, доля                  | 178<br>9,7 % | 121<br>6%     |

Таблица-7. Реперфузионная терапия ИИ и летальные исходы

| Показатель                          | 2024                            |                                |             | 2025                            |                                |             |
|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------|
|                                     | Общее количество случаев и доля | Количество смертельных исходов | Летальность | Общее количество случаев и доля | Количество смертельных исходов | Летальность |
| Общее число случаев ИИ              | 1823                            | 316                            | 17,1 %      | 2014                            | 343                            | 17%         |
| Доставлены в «терапевтическом окне» | 278                             | 56                             | 20 %        | 279                             | 38                             | 13,6 %      |
| Проведена ТЛТ                       | 128                             | 27                             | 21 %        | 185                             | 27                             | 14,6 %      |
| Проведена ВСТЭ                      | 47                              | 9                              | 19,1 %      | 41                              | 6                              | 14,6 %      |

## 5. Основные показатели работы РСЦ № 1 по лечению геморрагического инсульта в 2024 и 2025 г.г.

Таблица-8. Структура и демографические показатели пациентов с геморрагическим

| Показатель                         | 2024 | 2025 |
|------------------------------------|------|------|
| Общее количество пациентов с ГИ    | 237  | 266  |
| В том числе:                       |      |      |
| ○ САК                              | 57   | 69   |
| ○ Паренхиматозное кровоизлияние    | 182  | 197  |
| Средний возраст больных с ГИ, года | 69   | 69   |
| Доля женщин среди больных с ГИ     | 46 % | 48 % |

Таблица-9. Пути поступления больных с ГИ по видам

| Показатель  | 2024 | 2025 |
|---|------|------|
| Доставлены бригадой Скорой медицинской помощи (СМП)                           | 176  | 210  |
| Переведены из ПСО   | 26   | 25   |
| Переведены из других МО   | 27   | 23   |
| Самообращение в приемное отделение  | 5    | 4    |
| Переведены из других отделений ГБУЗ НО<br>Городская клиническая больница № 13 | 3    | 3    |

Таблица-10. Исходы ГИ

| Показатель  | 2024         | 2025          |
|---|--------------|---------------|
| Всего больных ГИ                                      | 237          | 266           |
| Выписаны<br>в том числе:                              |              |               |
| ○ переведены в санаторий                              | 6<br>2,5 %   | 8<br>3 %      |
| ○ переведены в отделения<br>реабилитации              | 32<br>13,5 % | 30<br>11 %    |
| ○ переведены в другие<br>отделения/стационары         | 5<br>2 %     | 3<br>1 %      |
| ○ выписаны домой/на амбулаторное<br>лечение           | 99<br>42 %   | 112<br>42 %   |
| Умерли, из числа поступивших с<br>подтвержденным ОНМК | 95<br>40 %   | 113<br>42,5 % |

Таблица-11. Летальные исходы при ГИ

| Показатель                         | 2024         | 2025         |
|------------------------------------|--------------|--------------|
| Летальность при ГИ<br>в том числе: |              |              |
| ○ САК                              | 20<br>8,4 %  | 23<br>8,7 %  |
| ○ Паренхиматозное кровоизлияние    | 75<br>31,6 % | 90<br>33,9 % |
| Досуточная летальность при ГИ      | 26<br>11 %   | 24<br>9 %    |

**6. Основные показатели работы РСЦ№1 по хирургическому лечению при острой цереброваскулярной патологии в 2024 и 2025 г.г.**

Таблица-12. Оперативные вмешательства

| Показатель   | 2024 | 2025   |
|--|------|--------|
| <b>Оперативные вмешательства, выполненные в РСЦ</b>                                      | 156  | 216    |
| при ВМГ, количество  | 35   | 31     |
| при САК – аневризмы экстренные (открыто/эндоваскулярно), количество                      | 30   | 33     |
| Аневризмы плановые (открыто/эндоваскулярно)  | 9    | 8/1    |
| АВМ (открыто/эндоваскулярно), количество, %  | 0    | 3/1(4) |
| Декомпрессивная трепанация при ИИ  | 0    | 1      |
| КЭАЭ, количество   | 91   | 135    |
| КЭАЭ, количество (выполненные ранее 14 дней от момента инсульта)                         | 18   | 44     |
| Плановые КЭ, количество (выполненные позднее 14 дней от момента инсульта)                | 73   | 91     |
| Плановые стентирования БЦА, количество (выполненные позднее 14 дней от момента инсульта) | 0    | 0      |
| Экстренные стентирования БЦА, количество   | 5    | 4      |

## 5. Заключение

Минувший год, кроме разочарования от поломки ангиографа, периодического выхода из строя КТ и МРТ, принес долгожданный рост реперфузионной терапии при ишемическом инсульте (рисунок 2). К концу года удалось достичь показателя 9% ТЛТ при ИИ, а в декабре 2025 года этот показатель стал 15%, что дает надежду на достижение целевого показателя по доле тромболитической терапии (более 10 %) в 2026 году. Это стало возможно в результате слаженной командной работы всех специалистов РСЦ, планомерному обучению и организованному контролю.

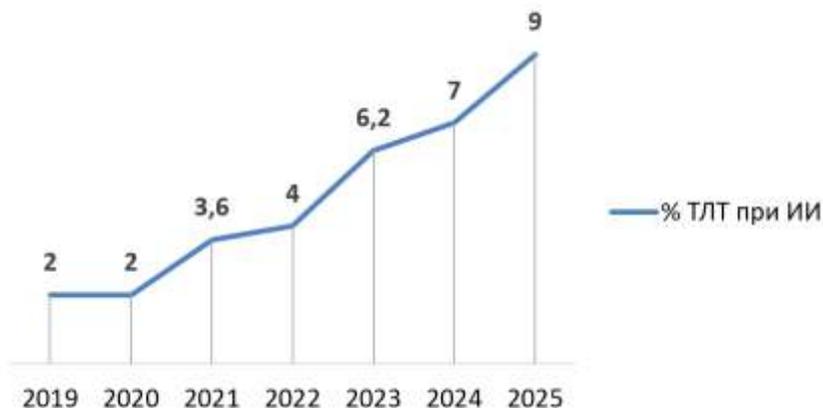


Рисунок-2. Динамика выполнения ТЛТ при ИИ в РСЦ № 1 в 2019-2025 гг

Поломка ангиографа остановила операции ВСТЭ, но даже выполненные за 7 месяцев позволили достичь планового показателя 2% от ИИ (рис 3).

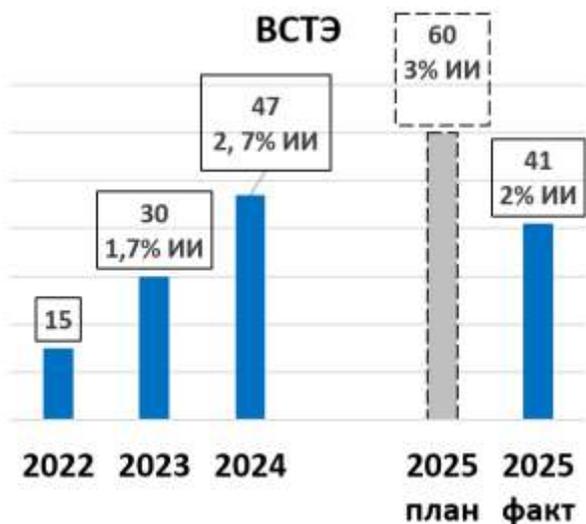


Рисунок 3. Динамика выполнения механической тромбэкстракции при ИИ в РСЦ № 1

Коллектив РСЦ продолжает свою работу, с надеждой смотрит в будущее, надеясь на стабилизацию технической составляющей работы, сохранение коллектива, приход врачей и медицинских сестер.

# **ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ ПОСТЕРНОЙ СЕКЦИИ**

## ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ФЕНОМЕНА НОН-ДИППИНГА У БОЛЬШИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Г.З. Салимжанова, А.В. Бушуева

ФГБОУ ВО «ПМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород

**Цель:** проанализировать факторы, ассоциированные с феноменом нон-диппинга у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2).

**Материалы и методы:** в исследование включено 39 пациентов с СД 2 в возрасте от 44 до 76 лет, находящихся на лечении в эндокринологическом отделении ГБУЗ НО ГКБ №13 г. Проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и непрерывный мониторинг гликемии (НМГ), диагностика кардиоваскулярной автономной нейропатии (КАН) с помощью 5 кардиоваскулярных проб по Ewing, оценка риска синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) по шкале STOP-BANG. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.11.0 (разработчик - ООО "Статтех", Россия).

**Результаты:** у 22 пациентов был выявлено отсутствие снижения или повышение артериального давления (АД) в ночное время, что определялось в рамках нашего исследования, как профиль нон-диппер. Нон-дипперы были достоверно старше ( $68,1 \pm 7,3$  против  $58,9 \pm 8,9$  года;  $p = 0,001$ ) и имели большую длительность сахарного диабета ( $17,0 \pm 8,6$  против  $10,5 \pm 8,3$  года;  $p = 0,02$ ). Анализ данных непрерывного мониторинга глюкозы показал, что пациенты с профилем нон-диппер характеризовались более высокими средними значениями гликемии ( $9,1 [7,8; 9,7]$  против  $7,25 [6,45; 8,55]$  ммоль/л;  $p = 0,03$ ) и большей долей времени пребывания выше целевого диапазона (TAR  $30,6\% [14; 46]$  против  $15,9\% [2; 15]$ ;  $p = 0,009$ ). Напротив, время нахождения в целевом диапазоне (TIR) у non-dippers было статистически значимо ниже и составило  $69\% [53; 79]$  по сравнению с  $80,8\% [73; 89]$  у дипперов ( $p = 0,01$ ). Вариабельность гликемии ( $26,7\% [19,8; 35,6]$  против  $25,7\% [18,8; 31,6]$ ;  $p = 0,7$ ) и время гипогликемий (TBR  $0\% [0; 1]$  против  $0\% [0; 6]$ ;  $p = 0,23$ ) между группами не различались. Кардиоваскулярная автономная нейропатия (КАН) выявлялась у нон-дипперов существенно чаще, чем у дипперов ( $64\%$  против  $12\%$ ;  $p = 0,001$ ). Показатели парасимпатических функциональных тестов были достоверно ниже в группе нон-дипперов: коэффициент в пробе 30:15 составил  $1,06 \pm 0,06$  против  $1,12 \pm 0,09$  ( $p = 0,007$ ), коэффициент дыхательной пробы —  $1,08 \pm 0,07$  против  $1,14 \pm 0,09$  ( $p = 0,01$ ), коэффициент пробы Вальсальвы —  $1,16 \pm 0,13$  против  $1,28 \pm 0,14$  ( $p = 0,007$ ). Частота ортостатической гипотензии между группами существенно не различалась ( $9\%$  и  $18\%$  соответственно;  $p = 0,37$ ), что указывает на преимущественно субклинический характер автономной дисфункции. По данным корреляционного анализа по Спирмену степень ночного снижения систолического артериального давления отрицательно коррелировала с возрастом ( $r = -0,403$ ;  $p < 0,05$ ) и длительностью сахарного диабета ( $r = -0,395$ ;  $p < 0,05$ ). Аналогичная зависимость была выявлена и для диастолического артериального давления, хотя её выраженность была несколько ниже ( $r = -0,284$  для возраста и  $r = -0,360$  для стажа заболевания). В то же время показатели парасимпатических тестов демонстрировали положительную корреляцию со степенью ночного снижения артериального давления: для пробы Вальсальвы  $r = 0,336$ , для дыхательной пробы  $r = 0,354$ , для коэффициента 30:15  $r = 0,316$  ( $p < 0,05$  для всех показателей), что подчёркивает ключевую роль сохранённой вагусной активности в формировании физиологического диппинга. Доля пациентов с высоким риском СОАС имела тенденцию к увеличению в группе нон-дипперов ( $59\%$  против  $29\%$ ;  $p = 0,06$ ), также была выявлена обратная связь между степенью ночного снижения артериального давления и суммарным баллом по шкале STOP-BANG ( $r = -0,248$  для САД).

**Вывод:** нон-диппинг у пациентов с СД2 ассоциирован с более старшим возрастом, большей длительностью заболевания, хронической гипергликемией и выраженной парасимпатической дисфункцией. Среди потенциальных факторов инверсии циркадного профиля АД можно рассматривать СОАС, однако имеется ограничение данного исследования в виде отсутствия инструментальной диагностики СОАС.

# ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТЭЛА ПРОМЕЖУТОЧНО-ВЫСОКОГО РИСКА (АНАЛИЗ РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКИ)

*Ланец Д. Р., Втюрина А. А., Ботова С.Н.*

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород

**Цель:** оценить практику использования тромболитической терапии (ТЛТ) у больных с тромбоемболией легочной артерии (ТЭЛА) промежуточно-высокого риска.

**Материал и методы:** проведено ретроспективное исследование. Анализировались данные госпитального регистра ТЭЛА ГКБ № 13 за 2015-2025 годы. Регистр ТЭЛА содержит информацию о 1396 пациентах (754 женщин и 642 мужчин), средний возраст 65 [52; 72] лет. У 154 (11%) ТЭЛА была повторной. 246 пациентов (18%) относились к группе высокого риска, 480 (34%) к группе промежуточно-высокого риска, 525 пациентов с ТЭЛА имели промежуточно-низкий риск (38%), 76 (5%) -низкий риск, у 69 больных риск в регистре не указан (5%). Летальность при ТЭЛА за 2025-2025 г.г. в целом составила 10 %. ТЛТ проведена 244 пациентам (17%). Осложнения после ТЛТ развились у 8 пациентов 3,3% (у 2 пациентов- внутрисерпное кровоизлияние, у 1- желудочно-кишечное кровотечение, у 5- иные кровотечения; все пациенты выжили, переливание крови не требовалось). В группе пациентов высокого риска ТЛТ применялась у 133 больных (53%), в группе промежуточно-низкого риска- у 125 пациентов (29%).

Проанализированы истории болезни 182 пациентов с ТЭЛА, госпитализированные в 2024 году. Промежуточно-высокий риск имели 61 пациент, средний возраст 66 [50; 73] лет; (36 женщин и 25 мужчин). Изучалась практика применения ТЛТ у данной когорты пациентов, оценивалась соответствие реперфузионной терапии текущим клиническим рекомендациям. Оценены осложнения ТЛТ, исходы госпитализации у пациентов с ТЭЛА. Всем больным рассчитана тяжесть состояния по шкале NEWS. Медиана баллов по шкале NEWS составила 4 балла интерквартильный интервал - [2; 6,5] баллов.

**Результаты:** ТЛТ проведена 8 пациентам (13%). Реперфузионная терапия проводилась по показаниям из клинических рекомендаций (дестабилизация состояния несмотря на начало лечения антикоагулянтами). Использовался препарат актилизе. Осложнение ТЛТ отмечено у 1 пациента в виде желудочно-кишечного кровотечения. В целом за госпитализацию умерли 7 пациентов, выписано 54 пациента. Летальность составила 11%. Среди пациентов, которым была проведена ТЛТ летальных исходов не было. Группы умерших и выживших не отличались по возрасту (66 [56; 82] лет среди летальных против 66 [49; 51] лет среди выживших,  $p = 0,16$ ), по полу (женщины составили 86 % среди умерших и 55% среди выживших,  $p = 0,11$ ), уровню тропонина (0,37 [0,1; 0,65] нг/мл в группе летальных против 0 [0; 0,12] нг/мл в группе живых,  $p = 0,82$ ). Получены достоверные и статистически значимые различия по количеству баллов по шкале NEWS. Так в группе умерших пациентов медиана баллов по шкале NEWS составила 6,5 баллов интерквартильный интервал - [6; 8] баллов, а в группе выживших 3 [2; 6] балла,  $p = 0,03$ .

**Выводы:** в анализируемом стационаре реперфузионная терапия при ТЭЛА соответствовала клиническим рекомендациям. Целесообразно оценивать состояние пациентов с ТЭЛА по шкале NEWS для дополнительного определения показаний к ТЛТ.

## МИКРОАЛЬБУМИУРИЯ У МУЖЧИН С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*Медведева Е.А., Сенникова Д.С., Шмагина Е.Е., Поляков Д.С.,  
Вайсберг А.Р., Иванченко Е.Ю.*

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород

ФГАОУ ВО Национальный исследовательский ННГУ им. Н.И. Лобачевского,  
г. Нижний Новгород

**Введение:** микроальбуминурия (МАУ) наряду со снижением скорости клубочковой фильтрации (СКФ) относится к факторам сердечно-сосудистого риска. У пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) распространённость МАУ достигает 50%. В ряде исследований выявлено, что наличие и выраженность альбуминурии связаны с риском прогрессирования ХСН независимо от СКФ. Однако вопрос о распространённости и особенностях микроальбуминурии у пациентов с ХСН в зависимости от пола остаётся недостаточно изученным

**Цель исследования:** изучить распространённость МАУ и оценить влияние МАУ на прогноз у пациентов ХСН мужского пола.

**Материалы и методы:** Создана выборка из 168 пациентов хронической сердечной недостаточностью, госпитализированных с 04.2023 г. по 04.2024 г. в кардиологические отделения одного из стационаров г. Нижнего Новгорода. Диагноз ХСН был подтвержден наличием признаков и симптомов сердечной недостаточности, инструментальными и лабораторными методами. У всех пациентов был определен уровень МАУ при помощи чувствительных тест-полосок micral-test. Медиана возраста пациентов составила 73.1 [66.0;80.1] года, 40.5% составили мужчины. Практически все пациенты (95,8%) имели в анамнезе артериальную гипертонию, 24.7% пациентов перенесли инфаркт миокарда, 12.5% стентирование коронарных сосудов, 10.6% ОНМК. Фибрилляция предсердий была у 46,7% пациентов. Более 2/3 пациентов (70.2%) имели легкую СН (1-2 ФК). 4.76% имели НК I стадии, 65.5% НК IIА, и только у 29,3% пациентов была НК 2Б-3 стадии. 3/4 пациентов (75.2%) составили пациенты ХСН с сохраненной фракцией выброса (ХСНсФВ), у 10.3% фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ) была менее 40%. Большинство пациентов были полиморбидны: хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) или бронхиальная астма (БА) встречались в 21.8% случаев, онкологические заболевания – в 7,6%, заболевания суставов – в 9.52%, неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБ) - в 21.0%. Медиана индекса массы тела (ИМТ) составила 30.0 [26.0;34.0] кг/м<sup>2</sup>, ожирение было у половины пациентов (55.4%), сахарный диабет 2 типа (СД2) у 41.6%, из них получали инсулинотерапию 55.9%. 46.7% пациентов ХСН имели микроальбуминурию. Исследуемые были разделены на группу с альбуминурией (Гр1), в которую вошли 78 пациентов (60.3% мужчины) и без нее (Гр2), которую составили 89 пациентов (23.6% мужчины).

**Результаты:** мужчины с МАУ (Гр1) составили 69.1% наблюдений в выборке, только 30.8% мужчин не имели МАУ (Гр2). Медиана возраста мужчин Гр1 составила 72.7 [64.7;76.8] лет по сравнению с Гр2 66.5 [63.6;71.6] лет ( $p=0.268$ ). СД встречался более, чем в два раза реже у пациентов Гр1 (20.5% и 52.4%,  $p=0.020$ ), Пациенты Гр1 имели более низкий ИМТ (27.4[24.8;31.2] кг/м<sup>2</sup> и 31.4 [29.7;33.7] кг/м<sup>2</sup>,  $p=0.047$ ), ожирение в Гр1 было у 38.7% по сравнению с 75.0% в Гр2, однако статистически значимы различия не достигнуты,  $p=0.073$ .

В Гр1 вторичная дилатация камер сердца (ВДКС) встречалось в 6 раз чаще, чем в Гр 2 (43.8% против 7.69%,  $p=0.034$ ). У пациентов Гр1 и Гр 2 частота тяжелой СН статистически значимо не различалась (34.0% и 19.0%,  $p=0.334$ ). Медиана числа сердечных сокращений (ЧСС) оказалась выше в Гр1 (93.0 [85.0;100] в минуту) против Гр 2 (76.5 [66.0;87.8] в минуту,  $p=0.001$ ). ФВЛЖ в Гр 1 была ниже 54.0 [41.0;65.0]% против 65.0 [57.5;67.0]% в Гр 2 ( $p=0.117$ ). В Гр 1 статистически значимо выше оказались величины конечно-диастолического размера (КДР) 54.0 [49.0;60.0] и 47.0 [45.0;49.0],  $p=0.007$  и и конечно-систолического размера (КСР) 38.0 [31.5;49.0] и 30.0 [28.8;32.5],  $p=0.007$  левого желудочка (ЛЖ). Большую выраженность дилатации миокарда ЛЖ у пациентов Гр1 подтверждает снижение у них толщины задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ): 11.0 [10.0;12.0] и 13.0 [12.0;14.0] в Гр1 и Гр 2 соответственно,  $p=0.005$ . У пациентов Гр 1 имело место более высокое среднее давление в легочной артерии (СрДЛА) 32.0 [23.0;43.0] мм рт. ст. и 22.0 [16.0;22.0] мм рт. ст., ( $p=0.003$ ), что не может быть объяснено коморбидной патологией, т.к. частота ХОБЛ и БА в Гр 1 и Гр 2 составили 20.0% и 38.9% соответственно ( $p=0.194$ ). Уровень креатинина при выписке в Гр 1 оказался статистически значимо выше (112 [93.9;141] мкмоль/л против 89.1 [75.9;97.3] мкмоль/л,  $p=0.033$ ), что является отражением более тяжелой почечной дисфункции. Блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) получали 70.2%, ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (иНГЛТ-2) 27.7% мужчин в Гр 1. У мужчин Гр 1 уровень мочевины оказался выше (7.65 [5.86;10.2] ммоль/л и 6.36 [5.06;7.43] ммоль/л,  $p=0.044$ ), но отмечались более низкие уровни общего холестерина (ОХ) и холестерина липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП), что может быть объяснено как дисфункцией печени, так и более агрессивной терапией статинами у лиц мужского пола. СКФ более 60 мл/мин была выявлена у 83,0% мужчин с МАУ, что подчеркивает роль МАУ как самостоятельного маркера поражения почек. Математическая модель, построенная для пациентов ХСН без учета пола методом логит-регрессии с пошаговым отбором ковариат, где в качестве зависимой переменной использовался факт смерти пациента по любой причине, продемонстрировала статистически значимое влияние МАУ на риски формирования данной конечной точки (показатель отношения шансов (ОШ) и его 95% доверительный интервал (ДИ) составил 9.86 [2.56–54.07],  $p=0.003$ ). Однако наличие МАУ не оказало статистически значимого влияния на прогноз мужчин с ХСН: умерло 27.7% и 9.52% пациентов Гр 1 и Гр 2 соответственно ( $p=0.122$ ), хотя это может быть связано с малым размером анализируемой выборки. Блокаторы РААС получали 70.2%, иНГЛТ-2 27.7% мужчин Гр 1. Таким образом несмотря на высокую распространенность МАУ, частота использования нефропротективных препаратов не является оптимальной

**Выводы:** микроальбуминурия выявляется более чем у 2/3 пациентов с ХСН мужского пола. Этим пациентам целесообразно исследование уровня МАУ наряду с определением СКФ и своевременное назначение нефропротективной терапии. Роль МАУ у мужчин с ХСН как фактора риска неблагоприятного прогноза требует дальнейшего изучения.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Железнова Д.Д., Починка И.Г.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород

**Актуальность:** ишемический инсульт (ИИ) остаётся одной из ведущих причин смертности и инвалидизации в мире. В Российской Федерации заболеваемость острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) составляет около 500 случаев на 100 тыс. населения. Согласно классификации ИИ SSS-TOAST, выделяют атеротромботический, кардиоэмболический (преимущественно ассоциированный с фибрилляцией предсердий), лакунарный, инсульт неустановленной этиологии и инсульт другой установленной этиологии. Важной проблемой современной цереброваскулярной неврологии является высокая частота (до 25 %) эмболических инсультов из неустановленного источника эмболии (ESUS, embolic stroke of undetermined source). Существенную долю среди них, как предполагается, составляют пациенты с недиагностированной пароксизмальной ФП, что определяет ошибочную тактику вторичной профилактики. Это диктует необходимость разработки эффективных инструментов для стратификации пациентов с высокой вероятностью скрытой ФП.

**Цель:** выявить клинические особенности пациентов больных ишемическим инсультом, имеющих фибрилляцию предсердий.

**Материалы и методы:** проведено ретроспективное регистровое исследование, анализировался госпитальный регистр ОНМК ГБУЗ НО «ГКБ13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода», включающий 2309 случаев ОНМК.

**Результаты исследования:** из 1 813 больных ИИ, включенных в регистр, 569 (31,4 %) пациентов с установленной ФП составили группу «ФП+», 1244 (68,6 %) пациентов с синусовым ритмом без выявленной ФП составили группу «ФП-». При сравнении групп выявлены статистически значимые различия по ряду клинических параметров. Пациенты «ФП+» оказались достоверно старше: средний возраст составил 75,0 [±10,0] лет vs 67,8 [±12,0] лет, ( $p < 0,001$ ). В группе «ФП+» преобладали женщины (63,6 %), в отличие от группы «ФП-» (47,6 %),  $p < 0,001$ . Пациенты «ФП+» поступали в стационар статистически значимо раньше: доля поступивших в первые 4,5 часа от начала симптомов в группе с ФП была почти в 2 раза выше (21,6 % vs 12,1 %,  $p < 0,001$ ), а в окно 4,5–6 часов — почти в 4 раза выше (26,8 % vs 6,9 %,  $p < 0,001$ ). Геморрагическая трансформация очага инфаркта развивалась у пациентов «ФП+» чаще (9,5 % vs 3,6 %,  $p < 0,001$ ). По данным нейровизуализации (КТ), признаки поражения более одного сосудистого бассейна встречались в группе «ФП+» в 2 раза чаще (28,5 % vs 13,9 %),  $p < 0,001$ . Снижение фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ  $\leq 50$  %) регистрировалось у пациентов «ФП+» чаще (24,6 % vs 6,4 %),  $p < 0,001$ . Для пациентов «ФП+» характерно более тяжелое течение ИИ: количество баллов по шкале NIHSS составило 10[5;19] vs 6[3;18] в группе «ФП-» ( $p < 0,001$ ), индекс Ривермида у больных «ФП+» оказался статистически значимо ниже по сравнению с группой «ФП-» (3[0;6] vs 4[2;10] соответственно,  $p < 0,001$ ). Речевые нарушения наблюдались у пациентов «ФП+» чаще 37,1 % vs 34,3 % в группе «ФП-» ( $p < 0,001$ ). В отношении лечебных мероприятий отмечено, что доля пациентов, которым была проведена тромболитическая терапия, была выше в группе «ФП+» (9,1 % vs 5,6 %,  $p < 0,001$ ). Среди госпитальных осложнений у пациентов «ФП+» статистически значимо чаще развивались пневмония (9,1 % vs 4,9 %,  $p = 0,002$ ) и тромбоемболия лёгочной артерии (4,2 % vs 2,0 %,  $p = 0,026$ ). Кроме того, пациенты с ФП достоверно чаще нуждались в установке назогастрального зонда для питания (4,4 % vs 2,7 %,  $p < 0,001$ ). Летальность в группе пациентов «ФП+» также оказалась выше, чем в группе «ФП-» 20,4 % vs 12,6 %, ( $p < 0,001$ ).

**Выводы:** на основании проведенного исследования выявлены существенные клинико-демографические различия между больными ишемическим инсультом, ассоциированным с фибрилляцией предсердий, и пациентами без ФП. Выявленные особенности могут стать основой для разработки предиктивной модели, позволяющей оценивать вероятность наличия ФП у пациентов с ESUS инсультом.

## ПАРТНЁРЫ



 **ТЕРРАИНКОГНИТА**



603024, Нижний Новгород, Невзоровых, 83

8(831) 421 0006

office@nn-terra.ru | www.nn-terra.ru

