



VII МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ

РСЦ 2024

**КРУГЛОСУТОЧНО
НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ**

**РАБОТА СИСТЕМЫ ПСО-РСЦ
В ЭПОХУ ПЕРЕМЕН**

**МАТЕРИАЛЫ
КОНФЕРЕНЦИИ**

27.01.2024 | г. НИЖНИЙ НОВГОРОД

VII межрегиональная
научно-практическая конференция
Регионального сосудистого центра
«РСЦ-2024: круглосуточно на страже здоровья»

Министерство здравоохранения Нижегородской области,
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

Нижегородское региональное отделение Российского
кардиологического общества

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №13»

Место проведения:

Нижегородская область, Володарский район,
пос. Желнино, Бизнес-центр «Чайка»

Регистрация

09:00 - 09:30

Пленарное заседание

09:30 - 10:45

Постерная секция

10:50 - 11:10

Неврологическая секция	Кардиологическая секция
-----------------------------------	------------------------------------

11:15 - 14:45

**Кардиологическая
секция**

11:15 - 14:45

Сестринское дело	Кейс-секция Кардиоваскулярная патология при беременности	Круглый стол рентгено- хирургов
-----------------------------	---	--

15:00 - 16:40

**Кейс-секция
Кардиоваскулярная
патология при
беременности**

15:15 - 16:40

**Круглый стол
рентгено-
хирургов**

15:00 - 17:00

Уважаемые коллеги,

от лица большого коллектива Регионального сосудистого центра на базе ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №13» разрешите поприветствовать вас на 7-ой научно-практической конференции **«РСЦ 2024: круглосуточно на страже здоровья».**



Прошло уже 13 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 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. Менялись не только мы, менялся и мир вокруг нас. Пандемия коронавирусной инфекции, об окончании которой было объявлено только в 2023, создавала особые проблемы при оказании медицинской помощи, с которыми нам не приходилось встречаться раньше. Важно, что несмотря на очевидные трудности система сосудистых центров продолжает развиваться. Открываются новые ЧКВ-центры, 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 эпидемических, экономических и социальных реалиях наши пациенты получали самую современную медицинскую помощь. Уверен, что проведение нашей конференции является важным шагом в этом направлении.

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.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'S.A. Bukhvalov', written in a cursive style.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ:

Председатель оргкомитета

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

Рабочая группа оргкомитета

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»

Вереш Максим Михайлович – руководитель Регионального сосудистого центра, заведующий организационно-методическим отделом ГБУЗ НО «ГКБ №13 Автозаводского района Нижнего Новгорода»

Дроздова Екатерина Александровна – к.м.н., ассистент кафедры медицинской реабилитации ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, ГБУЗ НО «ГКБ №13 Автозаводского района 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»

Фролов Алексей Александрович – к.м.н., ассистент кафедры госпитальной хирургии им. Б.А. Королева ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России врач отделения рентгенэндоваскулярных диагностики и лечения РСЦ ГБУЗ, НО «ГКБ №13 Автозаводского района» г. Нижний Новгород

Почетные члены оргкомитета

Боровкова Наталья Юрьевна – д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии и общей врачебной практики им. В.Г. Вогралика ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, председатель Нижегородского отделения, член Правления Российского кардиологического общества

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, заведующая кафедрой терапии и кардиологии ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

Научный комитет конференции

Аверина Екатерина Владимировна (Нижний Новгород)

Айвазьян Сергей Артемович (Нижний Новгород)

Бакка Максим Сергеевич (Нижний Новгород)

Будкина Мария Львовна (Нижний Новгород)

Вайкин Виктор Евгеньевич (Нижний Новгород)

Володюхин Михаил Юрьевич (Казань)

Гарькина Светлана Витальевна (Санкт-Петербург)

Гузанова Елена Владимировна (Нижний Новгород)

Дроздецкий Сергей Ильич (Нижний Новгород)

Кабанова Светлана Васильевна (Нижний Новгород)

Каткова Надежда Юрьевна (Нижний Новгород)

Киров Михаил Юрьевич (Архангельск)

Колобова Светлана Олеговна (Нижний Новгород)

Косоногов Константин Алексеевич (Нижний Новгород)

Лебедева Елена Разумовна (Екатеринбург)

Матюшин Павел Алексеевич (Павлово)

Некрасов Алексей Анатольевич (Нижний Новгород)

Нестерова Валентина Николаевна (Нижний Новгород)

Панова Ирина Владимировна (Нижний Новгород)

Пасечник Игорь Николаевич (Москва)

Петров Андрей Евгеньевич (Санкт-Петербург)

Плотников Денис Маркович (Томск)

Сорокин Илья Николаевич (Санкт-Петербург)

Стокич Елизавета Дмитриевна (Нижний Новгород)

Тимощенко Елена Сергеевна (Нижний Новгород)

Уланова Нина Дмитриевна (Нижний Новгород)

Чараева Алла Тиграновна (Нижний Новгород)

Чеботарь Евгений Викторович (Санкт-Петербург)

Чудакова Ирина Владимировна (Нижний Новгород)

Шарабрин Евгений Георгиевич (Санкт-Петербург)

Шахов Борис Евгеньевич (Санкт-Петербург)

Широкова Ольга Ростиславовна (Нижний Новгород)

Щукин Иван Александрович (Москва)

Яковлев Алексей Николаевич (Санкт-Петербург)

СОДЕРЖАНИЕ

Программа конференции.....	7
Итоги работы РСЦ по направлению ОКС.....	21
Тезисы докладов постерной секции.....	31

ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

09:00 – 09:30 **РЕГИСТРАЦИЯ**
Коммерческая выставка

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ

Президиум:

Михайлова Галина Васильевна, министр здравоохранения Нижегородской области

Бухвалов Сергей Александрович, к.м.н., главный врач ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»

Боровкова Наталья Юрьевна, д.м.н., первый заместитель директора института терапии, профессор кафедры госпитальной терапии и общей врачебной практики им. В.Г. Вогралика, председатель регионального отделения и член правления Российского кардиологического общества.

09:30 – 10:45

Тимощенко Елена Сергеевна, главный кардиолог Министерства здравоохранения Нижегородской области, заведующая городским кардиологическим диспансером и ревматологическим центром ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 5 Нижегородского района г. Нижнего Новгорода»

09:30 – 09:45

Тимощенко Елена Сергеевна (Нижний Новгород) главный кардиолог Министерства здравоохранения Нижегородской области, заведующая городским кардиологическим диспансером и ревматологическим центром ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №5»
«ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ 2023 И ПЕРСПЕКТИВЫ 2024»

09:45 – 10:05

онлайн

1-АЯ ПЛЕНАРНАЯ ЛЕКЦИЯ

Яковлев Алексей Николаевич (Санкт-Петербург) к.м.н., начальник службы по развитию регионального здравоохранения, доцент кафедры факультетской терапии ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
«ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ: РЕГИОНАЛЬНЫЙ СОСУДИСТЫЙ ЦЕНТР В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ»

10:05 – 10:25 **2-АЯ ПЛЕНАРНАЯ ЛЕКЦИЯ**
Ботова Светлана Николаевна (Нижний Новгород)
к.м.н., заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Городская клиническая больница № 13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода», доцент кафедры эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России
«ОБЗОР КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ОКС ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ 2023»

10:25 – 10:45 **3-Я ПЛЕНАРНАЯ ЛЕКЦИЯ**
онлайн **Киров Михаил Юрьевич** (Архангельск)
д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ФГБОУ ВО «СГМУ» Минздрава России, ученый секретарь Президиума Федерации анестезиологов-реаниматологов
«ДЕЛИРИЙ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ– ЧТО НОВОГО?»

10:45 – 11:15 **Перерыв**
Коммерческая выставка
ПОСТЕРНАЯ СЕКЦИЯ (10:50 - 11:10)

11:15 – 14:45 **КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ**

Заседание «Главное ребята, сердцем не стареть – все оттенки современной кардиологии»

Президиум:

11:15 – 13:15 **Боровкова Наталья Юрьевна**, д.м.н., первый заместитель директора института терапии, профессор кафедры госпитальной терапии и общей врачебной практики им. В.Г. Вогралика, председатель регионального отделения и член правления Российского кардиологического общества

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

- 11:15 – 11:30 **Фролов Алексей Александрович** (Нижний Новгород)
к.м.н., врач по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению ГБУЗ «Городская клиническая больница №13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»
«ПЕРСониФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА NO-REFLOW ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЧКВ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА»
(Доклад подготовлен при поддержке компании «Евросервис». Не аккредитован по системе НМО)
- 11:30 – 11:45 **Матюшин Павел Алексеевич** (Павлово)
заместитель директора по медицинской части, заведующий отделением сердечно-сосудистой хирургии с палатой реанимации и интенсивной терапии ООО «КатЛаб-НН»
«КАТЛАБ – НИЖНИЙ НОВГОРОД В СТРУКТУРЕ РСЦ-ПСО: КАЧЕСТВО, ПРЕИМУЩЕСТВЕННОСТЬ, ДОСТУПНОСТЬ»
(Доклад подготовлен при поддержке компании ООО «КатЛаб-Нижний Новгород». Не аккредитован по системе НМО)
- 11:45 – 12:00 **Некрасов Алексей Анатольевич** (Нижний Новгород)
д.м.н., заведующий кафедрой факультетской и поликлинической терапии ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России
«СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ В ЛЕЧЕНИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА — ПЕРЕХОДИМ К КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ»
(Доклад подготовлен при поддержке компании «Эгис». Не аккредитован по системе НМО)
- 12:00 – 12:15 **Боровкова Наталья Юрьевна** (Нижний Новгород)
д.м.н., первый заместитель директора института терапии, профессор кафедры госпитальной терапии и общей врачебной практики им. В.Г. Вогралика, председатель регионального отделения и член правления Российского кардиологического общества.
«ПОЗИЦИИ СОВРЕМЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ЛЕЧЕНИЮ АГ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА»
(Доклад подготовлен при поддержке компании «Штада». Не аккредитован по системе НМО)

- 12:15 – 12:30 **Дроздецкий Сергей Ильич** (Нижний Новгород)
д.м.н., профессор, профессор кафедры факультетской и поликлинической терапии ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России
«БОЛЬНОЙ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА: НА ЧТО ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ»
(Доклад подготовлен при поддержке компании «Берлин Хеми/А.Менарини». Не аккредитован по системе НМО)
- 12:30 – 12:45 **Широкова Ольга Ростиславовна** (Нижний Новгород)
к.м.н., врач сердечно-сосудистый хирург НИИ-СККБ им. Академика Б.А. Королева
«АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ: ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПОКАЗАНИЯ К НИМ»
- 12:45 – 13:00 **Будкина Мария Львовна** (Нижний Новгород)
к.м.н., доцент кафедры эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России
«ТЕНДЕНЦИИ В СОВРЕМЕННОЙ ЭХО-КАРДИОГРАФИИ: ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОДОЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ И ФОКУСНЫЕ ПРОТОКОЛЫ»
- 13:00 – 13:15 **Перерыв кардиологической секции**

**Заседание «Сердце моё стучать не устанет –
медицинская помощь при нарушениях
сердечного ритма»**

Президиум:

- 13:15 – 14:45 **Тарловская Екатерина Иосифовна**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой кардиологии и терапии ФГБОУ «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 «Городская клиническая больница № 13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»

- 13:15 – 13:30 **Тарловская Екатерина Иосифовна** (Нижний Новгород)
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой кардиологии и терапии ФГБОУ «ПИМУ» Минздрава России
«ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ: ВОЗМОЖНОСТИ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА»
- 13:30 – 13:45 **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 «Городская клиническая больница № 13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»
«ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПРЕХОДЯЩИХ ФОРМАХ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ЭТАПЕ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ»
(Доклад подготовлен при поддержке компании АО «Р-фарм». Не аккредитован по системе НМО)
- 13:45 – 14:00 **Гарькина Светлана Витальевна** (Санкт-Петербург)
к.м.н., старший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории клинической аритмологии, врач-кардиолог отделения РХА и ЭКС ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
«ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КАРДИОВЕРСИИ В ХОДЕ ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ»
(Доклад подготовлен при поддержке компании АО «Р-фарм». Не аккредитован по системе НМО)
- 14:00 – 14:15 **Айвазьян Сергей Артемович** (Нижний Новгород)
к.м.н., врач по рентгенэндоваскулярным методам диагностики и лечения ПОМЦ ФМБА России
«ПАРОКСИЗМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ КУПИРОВАН – ЧТО ДАЛЬШЕ?»
- 14:15 – 14:30 **Вайкин Виктор Евгеньевич** (Нижний Новгород)
врач сердечно-сосудистый хирург НИИ-СККБ им. Академика Б.А. Королева
«ПЕРСИСТИРУЮЩАЯ ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ: КРИОБАЛЛОННАЯ ИЗОЛЯЦИЯ ИЛИ ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ АБЛАЦИЯ?»

14:30 – 14:45 **Косоногов Константин Алексеевич** (Нижний Новгород)
врач сердечно-сосудистый хирург ГБУЗ НО «ГКБ № 5»
**«КАРДИОСТИМУЛЯЦИЯ. КОГДА ВРЕМЕННОЕ ДОЛЖНО
СТАТЬ ПОСТОЯННЫМ?»**

НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Президиум:

11:15 – 14:45 **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
«Городская клиническая больница № 13 Автозаводского
района г. Нижнего Новгорода»

11:15 – 11:35
онлайн **Лебедева Елена Разумовна** (Екатеринбург)
д.м.н., профессор, руководитель курса неотложной
неврологии Уральского государственного медицинского
университета, руководитель Международного
медицинского центра «Европа-Азия»
«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ МИГРЕНИ И ТИА»

11:35 – 11:55 **Чудакова Ирина Владимировна** (Нижний Новгород)
к.м.н., заведующая отделением ранней медицинской
реабилитации ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко»
**«МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ СИАЛОРЕИ И РАННЕЙ
СПАСТИЧНОСТИ РУКИ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ
ПАЦИЕНТОВ С ОНМК»**

11:55 – 12:05 **Дроздова Екатерина Александровна** (Нижний Новгород)
к.м.н., заведующая отделением неврологии для больных
ОНМК ГБУЗ «Городская клиническая больница № 13
Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»
**«ВИСОЧНЫЕ АФАЗИИ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ
И ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ»**

12:05 – 12:25
онлайн **Плотников Денис Маркович** (Томск)
к.м.н., доцент кафедры неврологии и нейрохирургии ГБОУ
ВПО «СибГМУ», ОГАУЗ «Томская областная клиническая
больница»
**«ПРАВИЛА ФОРМУЛИРОВКИ И КОДИРОВАНИЯ
ПО МКБ-10 ДИАГНОЗА И ПРИЧИН СМЕРТИ ПРИ
ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ»**

- 12:25 – 12:45 **Обсуждение, ответы на вопросы**
12:45 – 13:00 **Перерыв**
- 13:00 – 13:20 **Григорьева Вера Наумовна** (Нижний Новгород)
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой нервных болезней ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России
«ПРИКРОВАТНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНСУЛЬТА С ИЗОЛИРОВАННЫМ ВЕСТИБУЛЯРНЫМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ»
(Доклад подготовлен при поддержке компании «Берлин Хеми/А.Менарини». Не аккредитован по системе НМО)
- 13:20 – 13:40 **Щукин Иван Александрович** (Москва)
к.м.н., доцент кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ЛФ ФГБОУ ВО «РНМУ им. Н.И. Пирогова»
«ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТОМ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ»
- 13:40 – 14:00 **Бакка Максим Сергеевич** (Нижний Новгород)
врач-рентгенолог, ведущий специалист МРТ-диагностики МИБС-НН
«ЗРИ В КОРЕНЬ! САКРАЛЬНОЕ ЗНАНИЕ ОТ РАДИОЛОГА НЕВРОЛОГУ»
- 14:00 – 14:20 **Нестерова Валентина Николаевна** (Нижний Новгород)
к.м.н., заместитель главного врача, руководитель регионального сосудистого центра ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко»
«ПРОБЛЕМЫ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ РЕПЕРFUЗИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ»
(Доклад подготовлен при поддержке компании «Евросервис». Не аккредитован по системе НМО)
- 14:20 – 14:40 **Пасечник Игорь Николаевич** (Москва)
онлайн
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ФГБУ ДПО «ЦГМА» УД Президента РФ, главный внештатный специалист по анестезиологии-реаниматологии ГМУ УД Президента РФ
«ОСОБЕННОСТИ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ БОЛЬНЫХ ОРИТ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ»
- 14:40 – 14:45 **Обсуждение, ответы на вопросы**

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

*«Стало сердцу радостно, не скрою:
Этой темной ночью у огня
Показалась мне она сестрою,
А сестер ведь нету у меня...»*

15:00 – 16:40

Президиум:

Снегова Ирина Вячеславовна, главная медицинская сестра ГБУЗ «Городская клиническая больница № 13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»

15:00 – 15:20

Ботова Светлана Николаевна (Нижний Новгород)
к.м.н., заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода», доцент кафедры эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России
«ФИКСАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ В РЕАНИМАЦИИ. СПОРНЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ»

15:20 – 15:40

Уланова Нина Дмитриевна (Нижний Новгород)
аспирант кафедры эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, врач-терапевт ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»
«ДЛЯ ЧЕГО НАМ ГОЛУБЫЕ САПОЖКИ? ПЕРЕМЕЖАЮЩАЯ ПНЕВМОКОМПРЕССИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОНМК»

15:40 – 16:00

Панова Ирина Владимировна (Нижний Новгород)
к.м.н., ассистент кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России
«ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ: СТРАТЕГИЯ ЭФФЕКТИВНОГО ОБЩЕНИЯ»

16:00 – 16:20

Дроздова Екатерина Александровна (Нижний Новгород)
к.м.н., заведующая отделением неврологии для больных ОНМК ГБУЗ «Городская клиническая больница № 13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»
Кабанова Светлана Васильевна (Нижний Новгород)
старшая медицинская сестра неврологического отделения для больных ОНМК ГБУЗ «Городская клиническая больница № 13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»

«ОПЫТ ЦЕНОЙ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ СУДЕБ. ПОДДЕРЖКА И ОБУЧЕНИЕ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ В СТАЦИОНАРЕ И НА ДОМУ»

- 16:20 – 16:40 **Гузанова Елена Владимировна** (Нижний Новгород)
к.м.н., доцент кафедры нервных болезней ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России
«ПСИХОМОТОРНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ»

**КЕЙС-СЕКЦИЯ
КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ
БЕРЕМЕННОСТИ**

- 15:15 – 16:40
*«То не ветер ветку клонит,
Не дубравушка шумит, -
То мое, мое сердечко стонет,
Как осенний лист, дрожит...»*

Модераторы:

Каткова Надежда Юрьевна, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФДПО 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 «Городская клиническая больница № 13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»

- 15:15 – 15:30 **Каткова Надежда Юрьевна** д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФДПО ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России
«ЖЕНСКОЕ СЕРДЦЕ И ГОРМОНЫ: ЗА И ПРОТИВ»

- 15:30 – 15:45 **Колобова Светлана Олеговна** (Нижний Новгород)
к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России
Тимощенко Елена Сергеевна (Нижний Новгород)
главный кардиолог Министерства здравоохранения Нижегородской области, заведующая городским кардиологическим диспансером и ревматологическим

центром ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 5»
Некрасов Алексей Анатольевич (Нижний Новгород)
д.м.н., заведующий кафедрой факультетской и поликлинической терапии ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России
«ЭССЕНЦИАЛЬНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БЕРЕМЕННЫХ: ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА И КАРДИОЛОГА»

15:45 – 16:00 **Чараева Алла Тиграновна** (Нижний Новгород)
врач-кардиолог ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»
«ТРОМБОЛИЗИС ПРИ УГРОЖАЮЩЕЙ ЖИЗНИ ТЭЛА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ»

16:00 – 16:15 **Аверина Екатерина Владимировна, Стокич Елизавета Дмитриевна** (Нижний Новгород)
ординаторы ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России
«ИНСУЛЬТ У БЕРЕМЕННЫХ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ»

16:15 – 16:30 **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 «Городская клиническая больница № 13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»
«ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИЕ ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ АРИТМИИ У БЕРЕМЕННЫХ»

16:30 – 16:40 **Дискуссия**

КРУГЛЫЙ СТОЛ РЕНТГЕНОХИРУРГОВ

«Вечные, спорные и нерешенные вопросы в работе рентгенохирурга сосудистого центра»

Президиум:

Шахов Борис Евгеньевич, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой рентгеноэндovasкулярной диагностики и лечения ФДПО ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, президент Научно-практического общества специалистов по рентгеноэндovasкулярной диагностике и лечению Приволжского федерального округа

Чеботарь Евгений Викторович, д.м.н., заслуженный врач России, главный внештатный специалист по рентгеноэндovasкулярным диагностике и лечению Министерства здравоохранения 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 рентгеноэндovasкулярной диагностики и лечения ФДПО, профессор кафедры лучевой диагностики ФДПО ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

Модераторы:

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

Фролов Алексей Александрович, к.м.н., врач отделения РХМДЛГБУЗ НО «ГКБ № 13 Автозаводского района», ассистент кафедры госпитальной хирургии им. Б.А. Королева ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

Сорокин Илья Николаевич, врач отделения РХМДЛ Клинической больницы № 1 ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России

Участники круглого стола:

Артемьев Владислав Николаевич (ДКБ на ст. Нижний Новгород ЧУЗ «РЖД-Медицина»)

Володюхин Михаил Юрьевич (д.м.н., ГАУЗ «МКДЦ», г. Казань)

Гусев Кирилл Алексеевич (ООО «КатЛаб-Нижний Новгород», г. Павлово)

Кузьменко Евгений Александрович (к.м.н., ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко»)

Матюшин Павел Алексеевич (ООО «КатЛаб-Нижний Новгород», г. Павлово)

Петров Андрей Евгеньевич (к.м.н., «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург)

Петров Денис Владимирович (ГБУЗ НО «ГКБ № 5»)

Савенков Анатолий Геннадьевич (ГБУЗ НО «ГКБ № 13 Автозаводского района»)

Серегин Андрей Анатольевич (ФБУЗ «ПОМЦ» ФМБА России)

Шахов Евгений Борисович (д.м.н., ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России)

Шульц Антон Алексеевич (к.м.н., ДКБ на ст. Нижний Новгород ЧУЗ «РЖД-Медицина»)

Шумаков Илья Владимирович (ГБУЗ НО «ЦГБ г. Арзамаса»)

СЕКЦИЯ «ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ»

15:00 – 15:20 **Фролов Алексей Александрович** (Нижний Новгород)
к.м.н., врач отделения РХМДЛ ГБУЗ НО «ГКБ № 13 Автозаводского района», ассистент кафедры госпитальной хирургии им. Б.А. Королева ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

«ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ ДВОЙНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ»

(Доклад подготовлен при поддержке компании «Терумо». Не аккредитован по системе НМО)

15:20 – 16:00 **Вопросы, предлагаемые для обсуждения на секции «Острый коронарный синдром»:**

1. Объем реваскуляризации при многососудистом поражении коронарных артерий у пациентов с инфарктом миокарда: как, когда, кому?

2. Нужны ли нам новые эндоваскулярные технологий при лечении пациентов с ОКС (роторная атерозектомия,

внутрисосудистая визуализация и оценка коронарной физиологии). И если да, то как ускорить их внедрение в реальную клиническую практику?

3. Определение показаний к селективной коронарографии в условиях реальной клинической практики сосудистых центров и отделений Нижегородской области. Как найти «золотую середину» между инвазивным и консервативным подходами с позиций клинической пользы и экономической эффективности?

СЕКЦИЯ «НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ»

16:00 – 16:20 **Петров Андрей Евгеньевич** (Санкт-Петербург)
к.м.н., заведующий нейрохирургическим отделением № 3, ведущий научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории хирургии сосудов головного и спинного мозга ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
«ЭНДОКВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ»

16:20 – 17:00 **Вопросы, предлагаемые для обсуждения на секции «Нарушения мозгового кровообращения»:**

1. Минимизация риска геморрагической трансформации у пациентов с ишемическим инсультом. Как выполнить тромбэкстракцию безопасно?

2. Эндоваскулярное лечение ишемического инсульта у пациентов с тандемными поражениями внутренней сонной артерии.

3. Дополнительные КТ-опции у пациентов с ишемическим инсультом до тромбэкстракции. Когда нам нужны или не нужны КТ-перфузия и ангиография брахицефальных артерий?

4. Общая анестезия при выполнении тромбэкстракции у пациентов с ишемическим инсультом: за и против

ДОКЛАДЫ ПОСТЕРНОЙ СЕКЦИИ

10:50 – 11:10

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

Цветкова Д. И., Ботова С. Н.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ И ПРОГНОЗ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Зарубина Д.Г., Соколова Т.С., Починка И.Г.

ГЛИКЕМИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ВО ВРЕМЯ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Конторщиков М.М., Тушинская Л.А., Байрамова С.О., Малкина А.С., Курашин В.К., Токарева А.С., Миронов М.А.

ВЧ-СРБ И ДИСЛИПИДЕМИЯ НА ПРИМЕРЕ ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Галкина Е.И., Починка И.Г.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, КОТОРЫЕ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО ИМЕЛИ ДО РАЗВИТИЯ ОНМК 0-1 БАЛЛ ПО ШКАЛЕ CHADS-VASC

Томилов В.О., Грачева А.А., Курашин В.К., Лазарев Д.К., Токарева А.С.

ГИПЕРУРИКЕМИЯ У ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Сазанова Н.М., Корнева К.Г., Починка И.Г.

ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ И ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ НЕЙРОПАТИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ КАК ПРЕДИКТОРЫ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА ПО НАПРАВЛЕНИЮ ОКС В 2022-23 годах

Бухвалов С.А., Ботова С.Н., Вереш М.М., 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

Стало хорошей традицией публиковать 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. Прошедшие два года с момента проведения предыдущей конференции были разными. Начинаясь 2022 год в разгар пандемии новой коронавирусной инфекции, в период, когда менялась маршрутизация пациентов, когда на базе РСЦ и первичных сосудистых отделений (ПСО) развертывались ковид-госпитали и когда внутрибольничное инфицирование пациентов определяло исходы. И хотя заболеваемость COVID19 в 2023 году оставалась высокой, циркуляция вируса в популяции перестала быть доминирующим фактором, влияние коронавирусной инфекции на организацию медицинской помощи существенно уменьшилось. Система оказания медицинской помощи при ОКС в Нижегородской области в течение последних двух лет также продолжала развиваться - увеличивалось количество запланированных чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ), открывались новые ЧКВ-центры в областных ПСО, в реперфузионной терапии сделан 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 (ИМсПST). В результате реализации перечисленных мероприятий высокотехнологическая медицинская помощь при ОКС для жителей региона стала еще доступнее.

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 остром коронарном синдроме (ОКС) 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 на базе ГБУЗ НО Дзержинский госпиталь ветеранов войн им. А.М. Самарина

3. Основные показатели работы РСЦН^{№1} по направлению ОКС в 2023 году

Госпитальный регистр за 2023 год включает 3175 случаев госпитализации с подозрением на ОКС. Основные показатели работы РСЦН^{№1} в 2023 и предшествующих годах представлены в таблицах 1-9.

Таблица-1. Структура ОКС и демографические показатели

Показатель	2021	2022	2023
Общее количество пациентов с подозрением на ОКС	2706	3164	3175
из них:			
• Диагноз ОКС не подтвержден	73	125	48
• Диагноз ОКС подтвержден	2633	3009	3127
из них:			
○ с инфарктом миокарда с подъемом ST	1266	1253	1340
○ с ОКС без подъема ST	1440	1756	1787
○ общее число больных с окончательным диагнозом «Инфаркт миокарда» (включая «Q ИМ», «не-Q ИМ» и «повторный ИМ»)	1850	1971	2112
○ общее число больных с окончательным диагнозом «Нестабильная стенокардия»	783	1109	1015
▪ в том числе GRACE > 140	380	520	541
Средний возраст больных с ОКС, года	65,4 ± 11,5	65,7 ± 11,7	65,6 ± 11,7
Доля женщин среди больных с подтвержденным ОКС	38 %	40 %	38 %
Доля больных с ОКС, страдающих сахарным диабетом	28 %	29 %	27 %
Доля больных с ОКС, имеющих фибрилляцию или трепетание предсердий	13%	15%	15 %
Среднее пребывание на койке больного с ОКС, дни	9,2 ± 4,1	9,5 ± 4,4	9,9 ± 4,8

Таблица-2. Исходы ОКС

Показатель	2021	2022	2023
Всего больных с подтвержденным ОКС	2633	3009	3127
Выписаны	2431	2920	2973
в том числе:			
○ переведены в отделения реабилитации загородных санаториев	392	421	461
○ переведены в СККБ для кардиохирургической реваскуляризации	81	66	46

○ переведены Ковид-госпиталь	134 (5%)	87 (2,8%)	13 (0,4%)
Умерли, из числа поступивших с подтвержденным ОКС	202	214	202

Таблица-3. Летальные исходы при инфаркте миокарда

Показатель	2021	2022	2023
Количество умерших больных с окончательным диагнозом «Инфаркт миокарда»	202	214	201
в том числе:			
○ ИМсПСТ	147	158	141
○ ИМбезПСТ	55	56	60
○ количество умерших в течение первых суток от момента поступления	113	116	107
○ количество умерших, подвергнутых ЧКВ	82	108	110
▪ в том числе при ИМсПСТ	69	95	85
▪ в том числе при ИМбезПСТ	13	13	25
Летальность при ИМ	10,9 %	10,8 %	9,5 %
• Летальность при ИМсПСТ	11,6 %	12,6 %	10,5 %
• Летальность при ЧКВ у больных ИМ	6,1 %	7,3 %	5,2 %

Таблица-4. Пути поступления больных с подозрением на ОКС

Показатель	2021	2022	2023
Доставлены бригадой Скорой медицинской помощи (СМП)	1555 (57 %)	1745 (55 %)	1748 (55 %)
Переведены из ПСО и ЛПУ	815 (30 %)	952 (30 %)	745 (24 %)
Доставлены с приема в поликлинике	221 (8 %)	261 (8 %)	252 (8 %)
Самообращение в приемное отделение	99 (4 %)	154 (5 %)	155 (5 %)
Переведены из других отделений ГБУЗ НО Городская клиническая больница № 13	16 (1 %)	22 (1 %)	30 (1 %)

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

Показатель	2021		2022		2023	
Общее количество больных ИМсПСТ, доставленных бригадой СМП	810		845		933	
Доставлены в течение 1 часа (доля)	3 %	84%	4 %	85%	3 %	83%
Доставлены с 1 по 2 час (доля)	13 %		19 %		17 %	
Доставлены с 2 по 3 час (доля)	21 %		21%		22 %	
Доставлены с 3 по 4 час (доля)	18 %		15 %		15 %	

Доставлены с 4 по 6 час (доля)	17 %		13 %		15 %
Доставлены с 6 по 12 час (доля)	12 %		13 %		11 %
Доставлены с 12 по 24 час (доля)	9 %		8 %		6 %
Доставлены с 24 по 48 часов (доля)	8 %		5 %		9 %
Доставлены позднее 48 часов			3 %		1 %

Таблица-6. Реперфузионная терапия инфаркта миокарда с подъемом ST

Показатель	2021			2022			2023		
	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
Общее число случаев инфаркта миокарда с элевацией ST	1266	147	11,6 %	1253	158	12,6 %	1340	141	10,5 %
Не получили реперфузионную терапию в силу разных обстоятельств	208 (16 %)	75	36,0 %	188 (15 %)	63	33,5 %	222 (17 %)	49	22,1 %
В том числе: неудачная попытка ЧКВ	15	5	33,0 %	28	11	39,2 %	22	11	50,0 %
Изолированная ТЛТ	33	3	9,0 %	12 (1%)	0	0	22 (2 %)	5	22,7 %
Фармако-инвазивная реперфузионная терапия (ТЛТ + ЧКВ)	132	6	4,5 %	71 (6%)	10	14,1 %	123 (9 %)	14	11,4 %
Первичное ЧКВ	894	63	7,0 %	982	85	8,7 %	973 (73 %)	58	6,0 %

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

Показатель	2021	2022	2023
Общее число СКГ, выполненных больным с подозрением на ОКС в экстренном порядке	2337 (86 %)	2885 (91%)	2906 (92 %)
Общее количество ЧКВ, выполненных больным с ОКС в том числе:	1623 (62 % всех случаев ОКС)	1848 (61 % всех случаев ОКС)	1921 (61 % всех случаев ОКС)
<ul style="list-style-type: none"> • при ИМсПСТ • при ИМбезПСТ • при нестабильной стенокардии 	1023 286 314	1053 375 423	1096 444 381

Время «дверь-баллон» при ИМСПСТ:			
• до 30 минут	182 (17 %)	294 (28 %)	339 (31%)
• 30 – 60 минут	564 (55%)	466 (44%)	529 (48%)
• 60 – 120 минут	179 (17%)	187 (18%)	161 (15%)
• более 120 минут	111 (11%)	106 (10%)	67 (6%)
Характеристика ЧКВ:			
• выполнение мануальной тромбоаспирации	109	136	202
• изолированная ангиопластика без имплантации стентов	48	61	42
• имплантация 1 стента	1000	1124	1188
• имплантация 2 стентов	442	539	525
• имплантация 3 и более стентов	133	145	162
• среднее количество стентов на один случай ЧКВ	1,5	1,5	1,4
• доля DES	48 %	44 %	51 %
Количество случаев неудачной попытки ЧКВ	21	53	41
Количество случаев отказа пациента от экстренной СКГ	66	57	57
Невозможность выполнить СКГ по технической причине	120	19	9

Таблица-8. Лечение ОКС у пациентов старше 80 лет

	2021	2022	2023
Всего пациентов	358	403	381
• из них летальные исходы	76 (21,2 %)	66 (16,4 %)	63 (16,5 %)
ЧКВ	146 (41%)	209 (52 %)	190 (50 %)
• из них летальные исходы	19 (13,0 %)	28 (13,3%)	30 (15,7 %)

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

	2021	2022	2023
Количество больных с истинным кардиогенным шоком и доля от всех случаев ИМСПСТ	97 (8%)	88 (7 %)	80 (6 %)
Количество летальных исходов	70	64	53
• в том числе – в первые сутки	56	49	38
Летальность при шоке	72%	72%	66 %
Количество случаев ЧКВ и попыток ЧКВ при кардиогенном шоке	43 (44 %)	46 (52 %)	50 (63 %)
Количество случаев использования внутриаортальной баллонной контрпульсации	1	2	4

4. Взаимодействие с ПСО

В рамках анализа регистра ОКС обычно мы предоставляли сравнительную характеристику переводов из ПСО в РСЦ. Данные рассчитывались на 100 тыс населения, это позволяло оценить взаимодействие с ПСО и сравнивать подходы к направлению больных на эндоваскулярное обследование и лечение в различных ПСО региона. В данном сборнике мы решили не отходить от сложившейся традиции, хотя на фоне изменившейся маршрутизации пациентов и меняющихся подходов к лечению сравнительная оценка работы различных ПСО стала невозможной. Как видно из таблицы-10, КатЛаб практически полностью обеспечивает рентгенохирургической помощью Выксунское и Павловское ПСО, переводы в РСЦ единичные, только в редкие дни неисправности оборудования в КатЛаб. Представленные данные свидетельствуют, что больные ИМСПСТ в зоне ответственности ГКБ№39, а также существенная доля таких пациентов из Володарского и Балахнинского районов направляются в РСЦ на первичное ЧКВ, не заезжая в ПСО. Неудивительно, что ПСО г. Заволжье, плечо доставки от которого является наиболее длинным, демонстрирует наибольшую интенсивность переводов больных ИМСПСТ (100 случаев на 100 тыс населения). Здесь уместно напомнить, что, заболеваемость ИМСПСТ по данным шведского регистра составляет 55 случаев на 100 тыс. населения в год (Jernberg T., 2016), в различных европейских странах этот показатель находится в диапазоне 43–143 случаев на 100 тыс. (Widimsky P, 2010). Следует обратить внимание, что в среднем 75% больных ИМСПСТ, доставленных в ПСО, прибывают в РСЦ в течение первых 24 часов от начала симптомов (из числа больных, доставленных бригадами Скорой медицинской помощи непосредственно в РСЦ, доля таких пациентов составляет 89%, см. таблицу-5). Это означает, что подавляющее большинство доставленных в ПСО больных с ИМСПСТ фактически в ПСО не задерживается и сразу направляется в РСЦ для эндоваскулярной реперфузии.

Таблица-10. Переводы из ПСО в РСЦ№1 в 2023

1	2	3	4	5	6	7	8
ПСО	Взрослое население	Число переводов в РСЦ	Частота переводов в РСЦ на 100 000 населения	Число переводов в РСЦ больных ИМСПСТ	Частота переводов в РСЦ больных ИМСПСТ на 100 000 населения	Число переводов в РСЦ больных ИМСПСТ в течение <u>первых 24 часов от начала симптомов</u>	Доля больных, направленных в РСЦ в течение <u>первых 24 часов от начала симптомов</u> от числа переведенных пациентов с ИМСПСТ

ПСО в черте Нижнего Новгорода в зоне ответственности РСЦ№1							
ПСО ГКБ №39	193125	184	95	42	22	27	64 %
ПСО Нижегородской области в зоне ответственности РСЦ№1							
ПСО г. Дзержинск	257849	290	112	103	40	84	82 %
ПСО г. Балахна	62446	111	179	41	66	32	78 %
ПСО г. Заволжье	118366	284	240	118	100	100	72 %
ПСО Нижегородской области в зоне ответственности КатЛаб							
ПСО г. Павлово	153838	15	10	8	5	5	62 %
ПСО г. Выкса	128397	18	14	8	6	7	87 %

5. Летальность при инфаркте миокарда в РСЦ

При ИМсПСТ достижение реперфузии является фактором, определяющим ближайший и отдаленный прогноз. Мировой опыт демонстрирует, что внедрение современных методов реперфузионной терапии сопровождается радикальным снижением госпитальной летальности и улучшением клинических исходов инфаркта миокарда. Система оказания медицинской помощи при ОКС в Российской Федерации организована таким образом, чтобы у максимального числа больных ИМсПСТ в регионах имелась возможность проведения ЧКВ в кратчайшие сроки от начала симптомов. Рисунок-2 демонстрирует, что количество пациентов ИМсПСТ, доставленных в РСЦ, с каждым годом увеличивалось. Даже в период пандемии (выделено цветом) снижение частоты госпитализации больных ИМсПСТ оказалось незначительным (около 4%). Любопытно, что в 2023 году число больных ИМсПСТ в РСЦ оказалось выше, чем в доковидном 2019, несмотря на изменение маршрутизации, связанной с началом работы КатЛаб (в предшествующие годы Павловское и Выксунское ПСО совокупно переводили порядка 200 пациентов ИМсПСТ ежегодно).

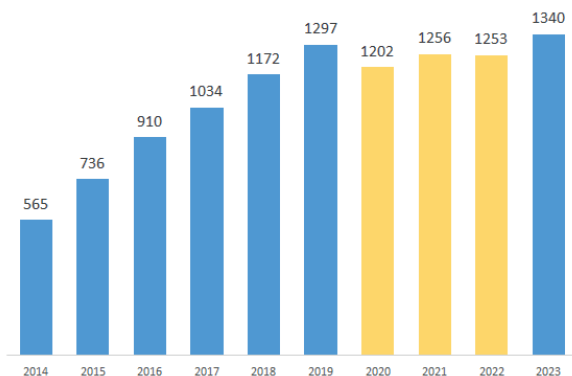


Рисунок-2. Количество пациентов, госпитализированных в РСЦ с инфарктом миокарда с элевацией ST

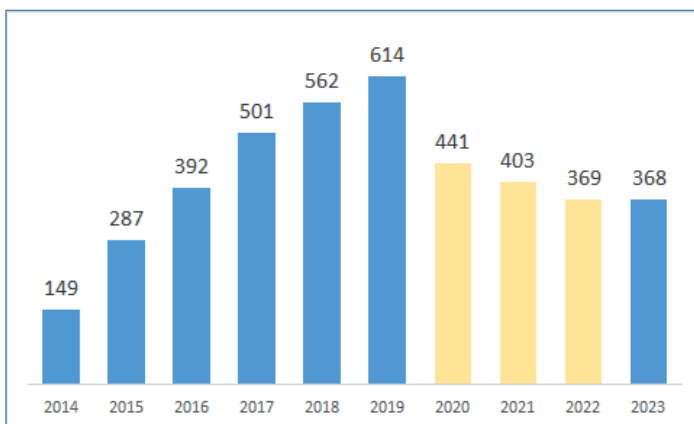


Рисунок-3. Количество больных с инфарктом миокарда с подъемом ST, переведенных из ПСО и других лечебных учреждений в РСЦН⁹⁷

Можно заметить, что количество больных ИМСПСТ, переведенных из ПСО, существенно уменьшилось в течение последних четырех лет, что отражает изменение подхода к реперфузионной терапии – как уже обсуждалось выше, сделан акцент на выполнении первичного ЧКВ, больные Волдарского и Балахнинского районов, доставляются бригадами СМП непосредственно в РСЦ, не заезжая в ПСО. Таким образом, число случаев проведения первичного ЧКВ при ИМСПСТ значительно возросло (рисунок-4) и составило в 2023 году 73 % от всех случаев госпитализации с ИМСПСТ.

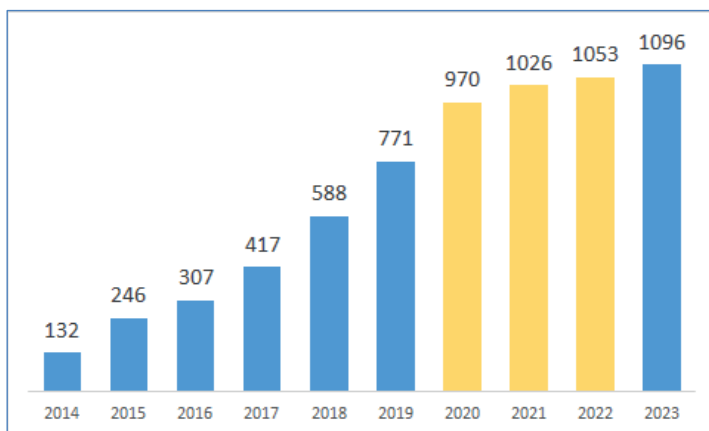


Рисунок-4. Количество случаев первичного ЧКВ при инфаркте миокарда с подъемом ST

Казалось бы, повышение доступности ЧКВ больным ИМСПСТ, должно было сопровождаться значимым снижением летальности при инфаркте

миокарда. Данные многолетнего наблюдения предоставлены на рисунке-5. В доковидные 2018-2019, когда система оказания медицинской помощи при ОКС уже сформировалась и работала полноценно, удалось достичь снижение уровня летальности при ИМ до 7,7-7,8 %. В период пандемии летальность значительно выросла, что вполне закономерно – влияние COVID19 на течение ОКС широко отражено в научных публикациях. Летальность при ИМ в 2023 году по данным регистра составила 9,5%, что соответствует уровню 10-летней давности, когда частота первичного ЧКВ была существенно ниже. Эти данные позволяют предполагать, что, хотя официально ВОЗ 5 мая 2023 года объявила о завершении пандемии COVID19, а продолжающие циркулировать в популяции штаммы вируса принято считать неопасными для жизни, реальное влияние коронавирусной инфекции на течение ОКС еще сохраняется.

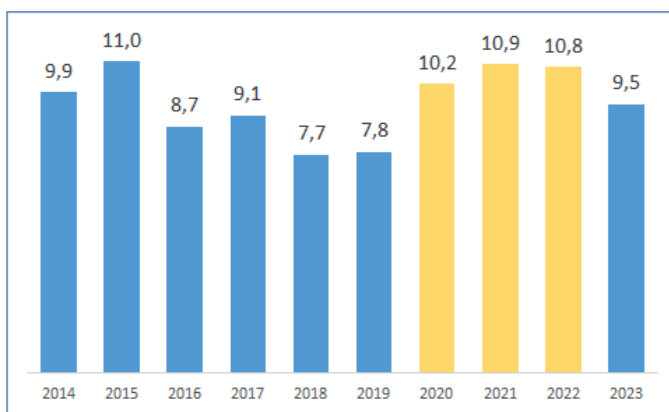
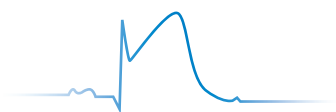


Рисунок-5. Летальность при инфаркте миокарда в РСЦН^{№1}

Необходимо признать, что проведение современного реперфузионного лечения с использованием эндоваскулярных вмешательств при инфаркте миокарда в первую очередь оказывает влияние на судьбу конкретного пациента. Влияние созданной 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. 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 9,5% заставляет искать организационные и лечебные ресурсы для снижения данного показателя.

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ ПОСТЕРНОЙ СЕКЦИИ



КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ И ПРОГНОЗ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Цветкова Д. И., Ботова С. Н.

ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, Нижний Новгород

Актуальность: ишемический инсульт (ИИ) входит в тройку ведущих причин смертности среди населения и является ведущей причиной инвалидности.

Цель: оценить клинический профиль и исходы через 1 год молодых пациентов с ИИ, госпитализированных в ГКБ № 13 в 2022 г.

Материалы и методы: проведено ретроспективное исследование. Анализировались данные госпитального регистра Городской клинической больницы №13 за 2022 г., в который включались все пациенты с диагнозом острого нарушения мозгового кровообращения. Регистр содержит информацию о 1590 пациенте с ИИ, из них 46 пациентов 45 лет и моложе (1 группа) и 1544 пациента старше 45 лет (2 группа). Проведено сравнение характеристик групп пациентов. Больным 1 группы через 12 месяцев после выписки из стационара проведен телефонный визит и получены данные из единой государственной информационной системы (ЕГИС).

Результаты: медиана среднего возраста в 1 группе составила 40 [38; 43], во 2 - 71 [64; 80] лет. Доля мужчин в 1 группе была достоверно выше и составила 72% против 46% во 2 группе ($p < 0,001$, χ^2 Pearson). Выявлены достоверные различия по подтипам ИИ между группами. У молодых пациентов более часто определялся подтип ИИ неуточненной этиологии (65% против 42 %, $p = 0,002$, χ^2 Pearson). Кардиоэмболический подтип встречается реже в 1 группе (7% против 29%, $p = 0,002$ χ^2 Pearson). 11% молодых пациентов и 25% больных старше 45 лет поступили уже с повторным ИИ, $p = 0,08$, χ^2 Pearson). В 1 группе все повторные ИИ относились к подтипу с неуточненной этиологией. Получены достоверные различия по факторам риска ИИ. Так, среди молодых было больше курильщиков (52% против 11%, $p < 0,001$ χ^2 Pearson), пациенты 1 группы достоверно реже имели сахарный диабет (13% против 28%, $p = 0,02$ χ^2 Pearson), гипертоническую болезнь (69% против 98%, $p < 0,001$ χ^2 Pearson), никто не перенес ранее инфаркт миокарда (во 2 группе - 10%). Фибрилляция предсердий была у 7 % в 1 группе и у 29% во второй, $p = 0,005$ χ^2 Pearson. Атеросклероз брахиоцефальных артерий при ультразвуковом исследовании реже выявлялся у пациентов 1 группы (12% против 80% $p < 0,001$ χ^2 Pearson). Среди молодых пациентов с неуточненной этиологией

ИИ холтеровское мониторирование электрокардиограммы проведено лишь 13 из 30 человек (43%). Различия летальности в группах не достигли статистической достоверности (6,5 % против 15%, $p = 0,092$ χ^2 Pearson). Через год информация получена о всех 43 выписанных пациентах 1 группы (лично от пациента в 25 случаях, в 6 – от родственников, 12 – из ЕГИС). У 10 (21%) больных зарегистрированы большие сосудистые события: смерть в 4 случаях (все из группы с неуточненной этиологией ИИ), повторный нефатальный ИИ в 6 случаях (5 из группы с неуточненной этиологией ИИ).

Выводы: у больных ИИ молодого возраста реже выявляются традиционные факторы риска кардиоваскулярных заболеваний, такие пациенты характеризуются относительно низкой летальностью (7%). Однако уже в течение ближайших 12 месяцев у каждого пятого выписанного больного с ИИ пациента молодого возраста развивается большое сосудистое событие (повторный ИИ или смерть). Самой уязвимой является группа молодых пациентов с подтипом с неуточненной этиологией ИИ. Молодые пациенты с неуточненным генезом ИИ нуждаются в более строгом медицинском наблюдении после выписки из стационара, дополнительных диагностических мероприятиях и применении дифференцированных подходов к вторичной профилактике.

ГЛИКЕМИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ВО ВРЕМЯ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Зарубина Д.Г., Соколова Т.С., Починка И.Г.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород

Актуальность: ишемический инсульт (ИИ) является распространенным цереброваскулярным заболеванием, занимающим ведущие позиции в структуре инвалидизации и смертности населения. Известно, что наличие сахарного диабета 2 типа (СД2) не только сопровождается увеличением частоты развития ИИ, но и повышает риск летального исхода. Значение гликемического контроля на течение ИИ требует дополнительного изучения.

Цель: охарактеризовать состояние гликемического контроля у больных СД2 во время стационарного лечения по поводу ишемического инсульта.

Материалы и методы: проведено ретроспективное исследование по данным первичной медицинской документации. В исследуемую группу включались больные СД2, последовательно госпитализированные с ИИ в региональный сосудистый центр на базе ГБУЗ НО ГКБ№13 Нижнего Новгорода в течение июня-августа 2022 года. Всего включено 103 пациента. Наличие ИИ подтверждалось данными компьютерной томографии головного мозга, диагноз СД2 устанавливался на основании критериев ВОЗ. Анализировались демографические данные, тип ИИ, тяжесть ИИ по NIHSS и летальность, длительность СД2, количество исследований уровня гликемии, среднее значение гликемии и ее вариабельность (стандартное отклонение уровня гликемии, SD), количество зарегистрированных гипогликемических состояний (глюкоза крови менее 3,9 ммоль/л), время пребывания в целевом диапазоне во время стационарного лечения (hTIR 6,1-10,0 ммоль/л).

Результаты: исследуемую группу составили 32 мужчины и 71 женщина, средний возраст больных 72,6±9,7 лет. Индекс массы тела составили 29,4 ± 5,1 кг. Прибыли в стационар от момента начала симптомов в пределах первых 4,5 часов 5 пациентов (5%). Медиана и интерквартильный интервал NIHSS составили 9 [4;20] баллов. В 28 случаях (27%) выявлена фибрилляция предсердий и ИИ расценен как кардиоэмболический. Тромболитическая терапия ИИ проведена 5 пациентам. Смерть в стационаре в исследуемой группе зарегистрирована в 25 случаях

(летальность составила 24%). Уровень гликированного гемоглобина исследовался во время стационарного лечения только у 3 пациентов. Медиана и интерквартильный интервал количества исследований гликемии составили 17 [11; 24] измерений, в том числе 4 [4; 5] измерений в течение первых суток. Медиана и интерквартильный интервал средней гликемии за время стационарного лечения составили 10,4 [8,3; 12,7] ммоль/л, SD гликемии 2,9 [1,9; 3,9] ммоль/л. Гипогликемия регистрировалась у 5 пациентов, причем у 1 из них выявлено 3 эпизода гипогликемии. У 54 пациентов (52 %) во время госпитализации регистрировались эпизоды гликемии $\leq 6,0$ ммоль/л. У 96 пациентов (93%) во время госпитализации регистрировались эпизоды гликемии $\leq 6,0$ ммоль/л. Медиана и интерквартильный интервал hTIR составили 47 [22; 67]%. Не выявлено достоверных отличий параметров гликемического контроля у выживших пациентов по сравнению с пациентами со смертельным исходом. Детерминирующим фактором летального исхода оказалась исходная тяжесть инсульта: каждый дополнительный балл по NIHSS увеличивал риск летального исхода на 8 процентов – отношение рисков и 95% доверительный интервал составили 1,08 (1,05; 1,11), $p < 0.001$ (регрессионный анализ по Cox). Медиана и интерквартильный интервал NIHSS у выживших составили 6 [3; 12] баллов vs 23 [12; 30] у больных со смертельным исходом ($p < 0,001$, Mann-Whitney).

Выводы: более половины времени пребывания в стационаре больные ИИ, страдающие СД2, находятся за пределами целевого уровня гликемии, в первую очередь за счет гипергликемии. Гипогликемия регистрируется у 5% больных. Не выявлено достоверных отличий параметров гликемического контроля у выживших пациентов по сравнению с пациентами со смертельным исходом. Детерминирующим фактором летального исхода оказалась исходная тяжесть инсульта. Для изучения возможного влияния гликемии на течение ИИ целесообразно исследовать больных с нетяжелым инсультом.

ВЧ-СРБ И ДИСЛИПИДЕМИЯ НА ПРИМЕРЕ ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Конторщиков М.М., Тушинская Л.А., Байрамова С.О., Малкина А.С.,
Курашин В.К., Токарева А.С., Миронов М.А.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород

Актуальность: известно, что дислипидемия (ДЛП) является общепризнанным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе атеросклероза. При этом все большее внимание в современной концепции атерогенеза уделяется воспалительному процессу в стенке кровеносных сосудов [1]. Доказано, что высокочувствительный С-реактивный белок (вч-СРБ) является лучшим предиктором будущих сердечно-сосудистых осложнений, чем ХС-ЛПНП [2]. Таким образом, гиперхолестеринемия (уровень ОХС $\geq 5,0$ ммоль/л) и воспаление связаны порочным кругом, в котором конечным этапом является накопление в артериальной стенке избыточного количества холестерина [3]. При этом широко известно, что важным фактором риска в развитии сердечно-сосудистых патологий является и мужской пол, что доказало множество исследований, а женский пол, как фактор риска, так и остается на данный момент неизученным. В нашей же работе мы хотим показать взаимосвязь этих параметров на примере женской популяции Нижегородской области.

Цель: изучить связь вч-СРБ и ДЛП на примере женской популяции Нижегородского региона.

Материалы и методы: в рамках исследования ЭССЭ-РФ 3 было обследовано 2501 респондентов в возрасте 35–74 года, случайно отобранных из сельского и городского населения Нижегородского региона методом многоступенчатой стратифицированной случайной выборки. Все обследуемые пациенты проходили анкетирование, с целью выявления сердечно-сосудистых заболеваний и факторов риска их развития, в том числе уточнялась информация о регулярном приеме гиполипидемических препаратов. Это позволило исключить из всей выборки 276 респондентов, принимающих гиполипидемическую терапию. Для достоверности исследуемых связей из выборки также была исключена одна беременная женщина. В конечном итоге число представителей женского пола, описанное в данной работе, составило 1136 человек. Всем исследуемым были проведены лабораторные тесты, включавшее определение уровня высокочувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ), общего холестерина (ОХС), липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП), липопротеидов низкой

плотности (ХС ЛНП), триглицеридов (ТГ). Гиперхолестеринемия (ГХС) определялась при уровне ОХС $\geq 5,0$ ммоль/л, повышенный уровень ХС ЛНП (ПУЛНП) – при уровне ХС ЛНП $\geq 3,0$ ммоль/л, сниженный уровень ХС ЛВП (СУЛВП) – при уровне ХС ЛВП у лиц мужского пола $\leq 1,0$ ммоль/л, у женщин $\leq 1,2$ ммоль/л, гипертриглицеридемия (ГТГ) – при уровне ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л. Для обработки материала использовали программу «IBM SPSS Statistics 26.0» (США). Результаты представлены в процентном соотношении. При сравнении групп использовался U-критерий Манна-Уитни. Различия считались значимыми при уровне p менее 0,05.

Результаты: среди 1136 обследованных респондентов распространенность дислипидемии составила 65,1%. Частота ГХС у женщин в разных возрастных стратах оказалась следующей: в возрасте 35-44 – 59,5%; 45-54 – 63%; 55-64 – 65%; 65-74 – 57,2%. Частота сниженных показателей ХС ЛПВП в возрасте 35-44 – 34,8%; 45-54 – 34,2%; 55-64 – 37,6%; 65-74 – 34,2%. Распространенность гиперлипидемии по показателю ХС ЛПНП в возрасте 35-44 – 55%; 45-54 – 69,8%; 55-64 – 66,6%; 65-74 – 56,2%. Гипертриглицеридемия: в возрасте 35-44 – 48,1%; 45-54 – 79,5%; 55-64 – 81,8%; 65-74 – 79,6%. Уровень вч-СРБ в возрасте 35-44 – 61,1%; 45-54 – 79,5%; 55-64 – 81,8%; 65-74 – 79,6%. Становится заметно, что распространенность ГХС была значительно выше в когорте среднего возраста (45-54 и 55-64) и составила 63% и 65% соответственно. Распространенность пика повышенного уровня ХС ЛНП составила 69,8% в когорте 45-55 лет. Уровень пониженного ХС ЛВП в разных возрастных группах среди лиц женского населения остается на одном уровне и составляет 34,8% \pm 0,6%. Пик данного вида дислипидемии приходится на возраст 55-64 и составляет 37,6%. Пик распространенности ГТГ выявлен в возрасте 55-64 года и равен 54,1%. Наибольшая распространенность вч-СРБ составляет 81,8% в возрасте 55-64 года.

Выводы: по результатам проводимого исследования была выявлена высокая распространенность различных типов дислипидемий и повышения уровня вч-СРБ в разных возрастных группах среди женского населения. Это определяет наличие высокого сердечно-сосудистого риска среди всех групп женского населения. Данное исследование заставляет задуматься о совершенствовании мер профилактики и терапии нарушения обмена веществ.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, КОТОРЫЕ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО ИМЕЛИ ДО РАЗВИТИЯ ОНМК 0-1 БАЛЛ ПО ШКАЛЕ CHADS-VASC

Галкина Е.И., Починка И.Г.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород

Введение: ишемический инсульт (ИИ) является одним из самых грозных и наиболее распространенным эмболическим осложнением фибрилляции предсердий (ФП). В клинической практике для оценки риска развития инсульта используется шкала CHADS-VASc. В соответствии с клиническими рекомендациями пациенты, имеющие по данной шкале 2 и более баллов, расцениваются как больные высоко риска, таким пациентам показано назначение оральные антикоагулянтов (ОАК). Если количество баллов равно 1 – вопрос о назначении ОАК решается индивидуально. Если пациент не имеет факторов риска (0 баллов) – считается, что риск развития инсульта низкий и ОАК не показаны. В то же время, частота инсульта и системных эмболий у пациентов мужского пола, имеющих 1 балл по шкале CHADS-VASc, значительно варьирует и составляет от 0,5 до 2,8% в год. В потоке пациентов с ИИ встречаются больные с ФП, которые по клинικο-демографическим параметрам предположительно имели до развития инсульта 0 или 1 балл по шкале CHADS-VASc. Клиническая характеристика таких пациентов представляет научный интерес с точки зрения выявления дополнительных факторов риска инсульта, неучтенных в шкале CHADS-VASc.

Цель работы: дать клиническую характеристику больных с ФП, по клинικο-демографическим параметрам предположительно имевших 0 или 1 балл по шкале CHADS-VASc до развития ИИ.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ случаев госпитализаций больных с ИИ и ФП по данным госпитального регистра ГБУЗ НО ГКБ №13 за 2022 год и первичной медицинской документации. Учитывались пол, возраст, наличие в анамнезе артериальной гипертензии, хронической сердечной недостаточности, сахарного диабета, предшествующего острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и поражения периферических артерий. В группу исследования включались пациенты, которые предположительно по шкале CHADS-VASc до развития ИИ имели 0 или 1 балл. Из первичной документации получены данные лабораторных и инструментальных исследования, не отраженные в регистре.

Результаты: по данным регистра в 2022 в ГКБ №13 проходили лечение 2120 больных с ОНМК, в том числе 1590 больных с ИИ. Из числа последних в 463 случаях (29 %) у больных выявлялась фибрилляция или трепетание предсердий. В группу изучения включались пациенты, которые по клинико-демографическим характеристикам, учтенным в регистре, предположительно могли иметь 0 или 1 балл по шкале CHADS-VASc до развития ОНМК. Таким образом искомую группу составили 12 пациентов. Их клиническая характеристика оказалась следующей: вся группа был представлена мужчинами, их возраст составил 58 [55;62] лет. Уровень глюкозы составил 6,1 [5,3; 6,5] ммоль/л, креатинина 81 [73; 88] мкмоль/л, общего холестерина 4,5 [3,9; 5,1] ммоль/л. Курильщики составили 58% (7 пациентов). У всех пациентов имелась артериальная гипертензия, наличие которой составило 1 балл по шкале CHADS-VASc, что и было отражено в первичной документации. В то же время при инструментальном обследовании больных выявились следующие изменения: атеросклеротические бляшки в брахиоцефальных артериях при ультразвуковом дуплексном сканировании обнаружены у 7 пациентов (58 %), по результатам эхокардиографии у 7 пациентов (58%) имелось снижение фракции выброса левого желудочка менее 50 %, у всех больных выявлена легочная гипертензия (среднее давление в легочной артерии составило 42 ± 12 мм рт ст). Таким образом, только у 2 пациентов при инструментальном обследовании не было выявлено патологических изменений, добавляющих баллы по шкале CHADS-VASc. В 10 случаях (83%) реальное количество баллов по CHADS-VASc до развития ИИ превышало 2 балла, т.е. имелись показания к назначению ОАК.

Выводы: у больных ФП для корректной оценки количества баллов по шкале CHADS-VASc необходимо проведение ультразвукового исследования сосудов и сердца с целью выявления бессимптомных патологических изменений. Это особенно принципиально у пациентов, имеющих при первичной оценке CHADS-VASc менее 2-х баллов, т.к. выявление дополнительных патологических изменений в таких случаях предопределяет наличие показаний к назначению ОАК.

ГИПЕРУРИКЕМИЯ У ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Томилов В.О., Грачева А.А., Курашин В.К., Лазарев Д.К., Токарева А.С.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород

Актуальность: эпидемиологические исследования показывают, что распространенность гиперурикемии (ГУ) в Российской Федерации составляет в среднем 16,6%. При этом ГУ напрямую коррелирует с индексом массы тела (ИМТ), достоверно встречается чаще среди мужчин, а частота ее увеличивается с возрастом. Также в многочисленных исследованиях доказана положительная корреляционная зависимость между риском развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и избыточной массой тела, а также дислипидемией (ДЛП). В связи с этим требуется дальнейшая работа, направленная на изучение патогенетической роли ГУ в развитии метаболических нарушений с целью совершенствования мер их профилактики.

Цель: оценить распространенность ГУ у лиц с избыточной массой тела и дислипидемией

Материал и методы: было обследовано 2501 человек в возрасте 35–74 лет, отобранных из городского и сельского населения Нижегородского региона методом многоступенчатой стратифицированной случайной выборки. Выполнялось антропометрическое исследование: измерение роста, массы тела. Проводилось лабораторное исследование, включавшее следующие показатели: общий холестерин (ОХС), липопротеины низкой плотности (ЛПНП), липопротеины высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ), МК. ГУ регистрировалась в случае, если уровень мочевой кислоты у мужчин был выше ≥ 420 мкмоль/л, ≥ 360 мкмоль/л у женщин. Избыточная масса тела регистрировалась при значении ИМТ ≥ 25 кг/м². Повышенный уровень ОХС отмечался при уровне ОХС ≥ 5 ммоль/л, повышенный уровень ЛПНП – ≥ 3 ммоль/л), повышенный уровень ТГ – $\geq 1,7$ ммоль/л. Полученные данные обработаны с использованием пакета прикладных программ IBM SPSS Statistics 26 (США).

Результаты: в исследовании ГУ с избыточной массой тела и ДЛП была зарегистрирована у 577 из 2501 респондентов, что составило 23,01%. Средний уровень МК в данной группе оказался 446,25 [410,55; 493,85] мкмоль/л, (в группе без ГУ 297,50 [255,85; 345,10] мкмоль/л). Средний показатель ИМТ был 30,75 [27,60; 34,58] кг/м², (в группе без ГУ 27,35

[24,44; 30,86] кг/м². В ходе проведенного анализа были обнаружены статистически значимые корреляция между уровнем МК и ТГ (2,01 [1,43; 2,81], $p < 0,0001$), а также МК и ЛПВП (1,30 [1,12; 1,55], $p < 0,0001$).

Выводы:

- 1) ГУ тесно связана с основными показателями липидного спектра, такими как ЛПВП и ТГ,
- 2) так же выявляется четкая связь между ГУ и увеличением показателей ИМТ,
- 3) понимание ГУ как метаболического нарушения, для которого характерен высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний, ее сочетание с избыточной массой тела и дислипидемией делает необходимым разработку комплексного подхода для ранней диагностики нарушений обмена МК среди данной категории пациентов.

ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ И ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ НЕЙРОПАТИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ КАК ПРЕДИКТОРЫ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Сазанова Н.М., Корнева К.Г., Починка И.Г.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород

Актуальность: атеросклероз артерий нижних конечностей является распространенной патологией у больных сахарным диабетом и может рассматриваться как проявление макроангиопатии. Другим распространенным осложнением сахарного диабета является диабетическая периферическая нейропатия (ДПН) нижних конечностей. Известно значение периферического атеросклероза и ДПН как факторов риска ампутации нижних конечностей. В данной работе изучалось влияние поражения периферических артерий и ДПН на отдаленный прогноз больных сахарным диабетом.

Цель: оценить влияние атеросклероза артерий нижних конечностей и периферической нейропатии у больных сахарным диабетом 2 типа частоту смерти при многолетнем наблюдении.

Материалы и методы: проведено когортное исследование. Группу наблюдения составили 67 больных сахарным диабетом 2 типа, госпитализированных в эндокринологическое отделение ГБУЗ НО ГКБ№13 для коррекции сахароснижающей терапии в период с октября 2016 до апреля 2018 г. У всех пациентов определялись: гликированный гемоглобин (HbA1c), уровни гликемии натощак и постпрандиальной гликемии стандартное отклонение суточной гликемии (SD гликемии), уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП), триглицеридов, креатинина и мочево́й кислоты, индекс массы тела (ИМТ). Проводилось определение лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) под контролем дуплексного сканирования артерий и вибрационной чувствительности на 1 пальцах обеих стоп с помощью градуированного камертона. Оценка отдаленных исходов проводилась в декабре 2023 года. Медиана наблюдения составила 2002 дня.

Результаты: группу составили 25 мужчин и 42 женщины, средний возраст пациентов 65 ± 8 лет, длительность сахарного диабета 14 ± 7 лет. Медианы и интерквартильные интервалы следующих параметров составили: HbA1c 9,1 [8,1; 10,2] %, среднесуточная гликемия 8,4 [7,3; 10,1] ммоль/л, SD гликемии 1,9 [1,2; 2,5] ммоль/л, ХС-ЛПНП 3,5 [2,6; 4,2] ммоль/л, триглицериды 2,5 [1,4; 3,0] ммоль/л, мочево́я кислота 333 [296; 408] мкмоль/л, ИМТ 34 [30; 38] кг/м², ЛПИ 0,66 [0,45; 1,00]. ЛПИ < 0,7

как минимум с одной стороны определялся у 35 пациентов (52 %) Нарушения вибрационной чувствительности выявлены у 32 больных (48 %). Всего за время наблюдения в когорте зарегистрировано 26 смертельных исходов, из них 22 от болезней системы кровообращения и по 1 случаю смерти от сахарного диабета, коронавирусной инфекции, заболеваний органов пищеварения и онкологического заболевания. В подгруппе с ЛПИ < 0,7 зарегистрировано 19 случаев смерти (54 %) vs 7 случаев смерти (22 %) подгруппе пациентов с ЛПИ $\geq 0,7$, $p = 0,006$ (χ^2 Pearson). Кривые выживаемости больных с ЛПИ < 0,7 и $\geq 0,7$ расходятся достоверно ($p = 0,004$, тест Gehan's Wilcoxon). В подгруппе больных с нарушением вибрационной чувствительности зарегистрировано 17 случаев смерти (53 %) по сравнению 9 случаями (26 %) у больных без ДПН, $p = 0,021$ (χ^2 Pearson). Диаграммы Венна демонстрируют, что больные с ЛПИ < 0,7 лишь частично перекрывают группу больных с ДПН, всего в когорте имелось 18 больных без поражения нижних конечностей (1 случай смерти, что составило 6 %), 14 пациентов с изолированным нарушением вибрационной чувствительности (6 смертельных исходов, 43 %), 17 больных с ЛПИ < 0,7 (8 смертей, 47 %) и 18 больных с комбинированным поражением нижних конечностей (11 случаев смерти, 61 %), $p = 0,005$ (χ^2 Pearson). При многофакторном анализе (регрессия по Cox) наличие атеросклероза и ДПН нижних конечностей продемонстрировали независимое влияние на риск развития смерти в течение 5 лет наблюдения: отношения рисков и 95% доверительные интервалы для наличия ЛПИ < 0,7 составили 3,2 (1,3 – 7,6), $p = 0,009$, для наличия ДПН - 2,6 (1,1 – 5,8), $p = 0,023$.

Выводы: атеросклероз артерий нижних конечностей и ДПН являются предикторами смерти больных сахарным диабетом 2 типа в течение 5 лет. Наихудший прогноз имеют больные с комбинированным поражением нижних конечностей.

СПОНСОРЫ МЕРОПРИЯТИЯ



Если Вы хотите организовать мероприятие, обращайтесь по телефонам:

Руководитель проектов
Бедрединова Екатерина +7-930-802-03-32
Заместитель директора
Мартынова Юлия +7-952-760-67-43

г. Нижний Новгород, ул. Невзоровых, 83
тел.: 8(831) 421-000-6
e-mail: office@nn-terra.ru, сайт: www.nn-terra.ru

vk.com/nnterra



Откройте для себя
неизвестную землю!

ПОИСК И ПОДБОР ТУРОВ
(ГРУППОВЫЕ И ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ)
БРОНИРОВАНИЕ ОТЕЛЕЙ ПО ВСЕМУ МИРУ
ОФОРМЛЕНИЕ Ж/Д И АВИА БИЛЕТОВ

(831) 421-00-06

г. Нижний Новгород, ул. Невзоровых, 83

vk.com/terraincognitann

