

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	3
Авторский коллектив.....	4

### ТЕРАПИЯ

СОЧЕТАННЫЙ НЕКОРРЕГИРОВАННЫЙ ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА: ЕДИНСТВЕННОЕ ПРЕДСЕРДИЕ, ПОЛНЫЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫЙ КАНАЛ, ДВУСТВОРЧАТЫЙ АОРТАЛЬНЫЙ КЛАПАН, ДЕФЕКТ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ С РАЗВИТИЕМ СИНДРОМА ЭЙЗЕНМЕНГЕРА <i>Богданов А.Н., Анисенкова А.Ю., Попова К.А.</i> .....	12
КАРДИОРЕНАЛЬНЫЙ АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ У ПАЦИ- ЕНТА СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА <i>Богданов А.Н., Анисенкова А.Ю., Клименко Н.В., Павлович Д.</i> .	18
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ЗАГРУДИННОЙ БОЛИ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ <i>Богданов А.Н., Анисенкова А.Ю., Пешкова Е.С., Попова К.А.</i> .....	21
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ГЕМОГЛОБИНОПАТИИ <i>Богданов А.Н., Анисенкова А.Ю., Антонова Т. В., Ломоносова Е. В.</i> .....	26
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ С ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК, ОСЛОЖНИВШИЙСЯ СЕПСИСОМ <i>Богданов А.Н., Анисенкова А.Ю., Ломоносова Е. В.</i> .....	32
ТЕРМИНАЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ПАЦИЕНТКИ С АНОРЕКСИЕЙ И ДЛИТЕЛЬНЫМ БЕСКОНТРОЛЬНЫМ ПРИЕМОМ САЛУРЕТИКОВ <i>Богданов А.Н., Анисенкова А.Ю., Антонова Т.В., Ломоносова Е.В., Давыдова А.А.</i> .....	37
МИКРОАДЕНОМА ГИПОФИЗА, ОСЛОЖНЕННАЯ АКРОМЕГАЛИЧЕСКОЙ КАРДИО- МИОПАТИЕЙ <i>Богданов А.Н., Анисенкова А.Ю., Свистов Д.А., Попова К.А.</i> .....	42
СЛУЧАЙ В-12 ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ <i>Богданов А.Н., Анисенкова А.Ю., Клименко Н.В., Попова К.А.</i> .....	46
ЛЕЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>Богданов А.Н., Анисенкова А.Ю., Власенко С.В., Попова К.А.</i> .	49

### КАРДИОЛОГИЯ

ОСТРЫЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА У СПОРТСМЕНА С АНЕВРИЗМАТИЧЕСКИ РАСШИРЕННЫМИ КОРОНАРНЫМИ АРТЕРИЯМИ <i>Канамготова Р.А., Зеленина Л.И., Хильчук А.А.</i> .....	53
СЛУЧАЙ ТРОМБОЗА СТЕНТОВ У ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>Зеленина Л.И., Кадин С.В., Михайлова А.А., Ильинский Н.С.</i> .....	56
СТЕНТИРОВАНИЕ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТКИ С РАНЕЕ ПРОВЕДЕННЫМ МАММАРОКОРОНАРНЫМ ШУНТИРОВАНИЕМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РОБОТИЗИРОВАННОЙ ТЕХНИКИ <i>Зеленина Л.И., Азарков М.В., Канамготова Р.А.</i> .....	61
УСПЕШНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИАОРТАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ ДЛЯ СТАБИЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫМ ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ВЕТВЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ <i>Зеленина Л. И., Мещерова Д. К.</i> .....	65
ОСЛОЖНЁННОЕ ТЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА <i>Зеленина Л.И., Михайлова А.А.</i> .....	72

АТИПИЧНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТКИ С ЭПИЛЕПСИЕЙ, ПОЛУЧАЮЩЕЙ ПРОТИВОСУДОРОЖНУЮ ТЕРАПИЮ Зеленина Л. И., Мещерова Д. К. ....	77
ОСТРАЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ НА ФОНЕ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТА СО ВТОРИЧНОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ Зеленина Л.И., Васильева К.Д. ....	83
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД: КАРДИОЛОГИЯ И ХИРУРГИЯ Зеленина Л. И., Мещерова Д. К. ....	89
ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ МАССИВНЫМ ТРОМБОЗОМ ПРАВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ Зеленина Л.И., Верисова Н.С. ....	94
ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА Зеленина Л. И., Мещерова Д. К. ....	99
ЗНАЧИМОСТЬ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Зеленина Л.И., Васильева К. Д. ....	104
ОСЛОЖНЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ НЕПРОНИКАЮЩЕГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТКИ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ОТСУТСТВИИ ВОЗМОЖНОСТИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ Зеленина Л.И., Кадин С.В., Аглимуллин А.Ф., Носков А.В. ....	107
РАЗВИТИЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТКИ С ТРАНЗИТОРНЫМ СИНДРОМОМ ФРЕДЕРИКА Зеленина Л.И., Агарков М. В., Канамготова Р.А. ....	111
<b>КАРДИОХИРУРГИЯ</b>	
КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ У ПАЦИЕНТА С РАННЕЙ ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ Пайвин А.А., Юрченко Д.Л., Снегирев М.А., Сичинава Л.Б. ....	114
СЛУЧАЙ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ, ОСЛОЖНИВШЕГО РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ Пайвин А.А., Юрченко Д.Л., Хван Н.Е., Денисюк Д.О., Сичинава Л.Б. ....	117
КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ У ПАЦИЕНТА МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ Пайвин А.А., Юрченко Д.Л., Снегирев М.А., Сичинава Л.Б. ....	121
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ НОВООБРАЗОВАНИЕМ ПОЧКИ Пайвин А.А., Юрченко Д.Л., Денисюк Д.О., Хван Н.Е., Сичинава Л.Б., Гарбузов Е.Ю., Ракул С.А., Жуков К.Г., Сирый С.Л., Микрюков С.Р. ....	124
ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ Пайвин А.А., Юрченко Д.Л., Денисюк Д.О., Хван Н.Е. Сичинава Л.Б., Гарбузов Е.Ю., Жуков К.Г., Сирый С.Л., Микрюков С.Р. ....	128
ОТРЫВ МАММАРОКОРОНАРНОГО ШУНТА Снегирев М.А., Пайвин А.А., Юрченко Д.Л., Денисюк Д.О., Уразов С.П., Коротков М.Е., Мельник А.Т., Власенко С.В., Агарков М.В. ....	132
АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТКИ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КЛАПАНА СЕРДЦА БИОЛОГИЧЕСКИМ ПРОТЕЗОМ С ГЕМОРАГИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ Пайвин А.А., Юрченко Д.Л., Кабанов В.О. ....	136
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Пайвин А.А., Юрченко Д.Л., Денисюк Д.О., Сичинава Л.Б., Татоян А.Г. ....	138

**ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ**

УСПЕШНАЯ КОМБИНИРОВАННАЯ РЕПЕРFUЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТКИ 80-ти ЛЕТ С ОСТРО ВОЗНИКШИМ ИНТРАГОСПИТАЛЬНЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ <i>Хильчук А.А., Власенко С.В., Зеленин А.В., Агарков М.В., Воробьевский Д.А., Попов В.В.</i> .....	143
ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, ОСЛОЖНЕННОЕ ГЕМАТОМОЙ ПРАВОЙ ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОККЛЮЗИРУЮЩЕГО УСТРОЙСТВА <i>Зеленин А.В., Власенко С.В., Хильчук А.А., Агарков М.В., Попов В.В., Воробьевский Д.А., Новикова-Еничева Е.С.</i> .....	147
ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ МЕТОДЫ РЕКАНАЛИЗАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ <i>Власенко С.В., Агарков М.В., Попов В.В., Хильчук А.А., Воробьевский Д.А., Осадчий А.М., Козлова Г.А., Мерзляков К. В., Лебедева С.В., Щербак С.Г.</i> .....	151
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИСТАЛЬНОЙ ЭМБОЛИИ ИЗ УШКА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ <i>Пайвин А.А., Юрченко Д.Л., Денисюк Д.О., Яковлев Н.Н., Хаецкий А.В., Ильин Д.А., Мельник А.Т., Смаццеров К.В.</i> .....	154
ОДНОМОМЕНТНОЕ МНОЖЕСТВЕННОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПЕРЕДНЕЙ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРТЕРИИ В СВЯЗИ СО СПИРАЛЬНОЙ ДИССЕКЦИЕЙ У ПАЦИЕНТКИ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>Воробьевский Д.А., Власенко С.В., Хильчук А.А., Агарков М.В., Попов В.В., Аминов Э.М., Новикова-Еничева Е.С.</i> .....	156
КРИТИЧЕСКИЙ АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ, ОСЛОЖНЕННЫЙ РЕЦЕДИВИРУЮЩИМ ОТЕКОМ ЛЕГКИХ <i>Агарков М.В., Власенко С.В., Воробьевский Д.А., Хильчук А.А., Попов В.В., Зеленин Л.И., Щербак С.Г.</i> .....	159
СТЕНТИРОВАНИЕ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТКИ С ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST <i>Агарков М.В., Власенко С.В., Воробьевский Д.А., Хильчук А.А., Попов В.В., Зеленин Л.И., Щербак С.Г.</i> .....	162
СЛУЧАЙ СТРЕМИТЕЛЬНОЙ ПРОГРЕССИИ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У МУЖЧИНЫ 57 ЛЕТ <i>Хильчук А.А., Власенко С.В., Зеленин А.В.</i> .....	165
ТРОМБОАСПИРАЦИЯ БЕЗ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ И СТЕНТИРОВАНИЯ КАК ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА. <i>Власенко С.В., Воробьевский Д.А., Хильчук А.А., Агарков М.В., Попов В.В., Аминов Э.М., Новикова-Еничева Е.С.</i> .....	168
ИМПЛАНТАЦИЯ ПОКРЫТОГО БИЛИАРНОГО СТЕНТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛАНГИОЛИТИАЗА <i>Попов В.В., Власенко С.В., Гладышев Д.В., Аверьянов А.А., Хильчук А.А., Агарков М.В., Воробьевский Д.А.</i> .....	171
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРОМБЭКСТРАКЦИИ У ПАЦИЕНТА С ОНМК ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ <i>Агарков М.В., Власенко С.В., Воробьевский Д.А., Хильчук А.А., Попов В.В., Зеленин Л.И., Щербак С.Г.</i> .....	175

**АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ**

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАРДИОГЕННОГО ШОКА <i>Ильин Д.А., Максименко М.И.</i> .....	178
ОСТРЫЙ Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫЙ СИНДРОМОМ МЕЛЛОРИ-ВЕЙСА <i>Ильин Д.А., Дыдымов Р.Х.</i> .....	184
СЛУЧАЙ ОСТРОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ВАЗО-СПАСТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА <i>Ильин Д.А., Максименко М.И.</i> .....	189

АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ПАЦИЕНТА СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ВЫРАЖЕННОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>Гарбузов Е.Ю., Сирый С.Л.</i> . . . . .	192
СЛУЧАЙ СПОНТАННОГО ПЕРЕРЫВА КАТЕТЕРА ПОРТ-СИСТЕМЫ (PINCH OFF-СИНДРОМ) <i>Гарбузов Е.Ю., Коцлов С.В.</i> . . . . .	196
ТУРП-СИНДРОМ ПРИ ГИСТЕРОСКОПИИ <i>Гарбузов Е.Ю., Микрюков С.Р., Сурнина М.В.</i> . . . . .	201
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СЕПСИСОМ НА ФОНЕ ТЯЖЕЛОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ <i>Базаров А.Х., Хоботников Д.Н., Дроздова О.А.</i> . . . . .	204

### ХИРУРГИЯ

ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Врублевский Н.М., Андреев М.А.</i> . . . . .	208
ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, ВЫЗВАННАЯ ФИТОБЕЗОАРОМ <i>Врублевский Н.М., Андреев М.А., Гладышев А.А.</i> . . . . .	210
ОСЛОЖНЕННЫЕ ЭХИНОКОККОВЫЕ КИСТЫ ПЕЧЕНИ <i>Врублевский Н.М., Попов К.И.</i> . . . . .	212
ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, ВЫЗВАННАЯ УЩЕМЛЕНИЕМ ГИГАНТСКОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ <i>Врублевский Н.М., Свитич В.Ю.</i> . . . . .	215
ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ПЛАНОВОГО ОПЕРАТИВНОГО ЗАКРЫТИЯ ИЛЕОСТОМЫ <i>Врублевский Н.М., Андреев М.А.</i> . . . . .	219
МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫЙ РАК РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ <i>Врублевский Н.М., Попов К.И.</i> . . . . .	222
РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Врублевский Н.М., Попов К.И.</i> . . . . .	225
ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ВЫЗВАННОЙ КАНЦЕРОМА- ТОЗОМ У ПАЦИЕНТКИ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА <i>Врублевский Н.М., Остапенко Д.А.</i> . . . . .	230
ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ ГРУБОМ РУБЦОВО-СПАЕЧНОМ ПРОЦЕССЕ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ <i>Врублевский Н.М., Аверьянов А.А.</i> . . . . .	232
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО РАКОМ ЖЕЛУДКА, ОСЛОЖНЕННОГО ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ СТЕНОЗОМ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА <i>Гладышев Д.В., Коваленко С.А., Моисеев М.Е., Гнедаш С.С., Овчинникова Ю.С.</i> . . . . .	239
ДИВЕРТИКУЛИТ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ВАРФАРИН-ИНДУЦИРОВАННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ: ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ СИСТЕМЫ ВАКУУМНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ SUPRASORB CNP. <i>Врублевский Н.М., Кузьмин А.А.</i> . . . . .	239
ТЯЖЕЛАЯ ФОРМА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА: ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ СТАЦИО- НАРЕ <i>Врублевский Н.М., Кузьмин А.А.</i> . . . . .	241
ПРОБЛЕМА РАЗВИТИЯ И ВАРИАНТ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ И СТЕНОЗОМ ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ <i>Врублевский Н.М., Андреев М.А., Маляревский И.Г.</i> . . . . .	246
МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫЙ ТРОМБОЗ <i>Врублевский Н.М., Андреев М.А.</i> . . . . .	260

**НЕВРОЛОГИЯ**

ВНУТРИГОСПИТАЛЬНЫЙ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ НА ФОНЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Козлова Г. А., Магомедова А.Г., Мерзляков К. В.</i> .....	270
КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ ВСЛЕДСТВИЕ ПСЕВДОИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА <i>Козлова Г. А., Мерзляков К.В., Нажмудинова Л.Т.</i> .....	272
ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ ЭНЦЕФАЛИТ <i>Козлова Г. А., Мерзляков К. В., Анисенкова А. Ю.</i> .....	274
НАРУШЕНИЕ РЕЧИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ <i>Спирин А.Б., Мерзляков К.В., Козлова Г.А., Мосенко С.В., Капленко О.А.</i> .....	278

**ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ**

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ЛИЦ С ТЯЖЕЛОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>Шугинов А.А., Фомичев С.В.</i> .....	285
РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНОЙ ПОСЛЕ РЕВИЗИОННОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА С ГЛУБОКОЙ ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ <i>Кожевин А.А., Лесков Н.И.</i> .....	292

**ДЕРМАТОЛОГИЯ**

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕДКОЙ ФОРМЫ САРКОМЫ КАПОШИ <i>Казаков С.В., Азаренко С.В., Остапенко Д.А., Рудаков В.В.</i> .....	298
---	-----

**ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ**

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ <i>Новиков Л.Н., Кафель Е.С.</i> .....	304
---	-----

**НЕЙРОХИРУРГИЯ**

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЫРАЖЕННОГО БОЛЬ-АССОЦИИРОВАННОГО СПАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ВОЗНИКШЕГО В РЕЗУЛЬТАТЕ МИЕЛОПАТИИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ДЕГЕНЕРАТИВНЫМ СТЕНОЗОМ <i>Шугинов А.А., Кулешов А.А., Корженевский Ю.П.</i> .....	306
--	-----

**ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

ДИАГНОСТИКА ОБРАЗОВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ПОМОЩИ ВИЗУАЛИЗИРУЮЩИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ <i>Гусева О.А., Мамаева О.П., Павлов Д.Г., Митусова Г.М., Канамготова Р.А.</i> .....	312
--	-----

**ГЕНЕТИКА**

СОЧЕТАНИЕ Х-СЦЕПЛЕННОЙ И АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНОЙ ФОРМ У ПАЦИЕНТА С ВРОЖДЕННЫМ ИХТИОЗОМ <i>Фудяков М.А., Поленникова Э.С., Иващенко Т. Э., Алавердян Д. А.</i> .....	314
---	-----

# СЛУЧАЙ ТРОМБОЗА СТЕНТОВ У ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

*Зеленина Л.И., Кадин С.В.,  
Михайлова А.А., Ильинский Н.С.*

Пациент Н., 83 лет, в 9:00 08.03.2016 года во время прогулки по улице впервые в жизни почувствовал выраженную боль сжимающего характера в левой половине грудной клетки. Вызвал бригаду скорой медицинской помощи, которая диагностировала острый трансмуральный передне-верхушечный инфаркт миокарда (ОИМ) и купировала болевой синдром.

В 10:37 08.03.2016 года доставлен в ОРИТ № 2 СПбГБУЗ «Городская больница № 40» Время от начала ангинозного приступа до поступления в стационар составило 1 час 37 минут.

На момент поступления в стационар жалоб не предъявлял.

Из анамнеза известно, что с 2006 года пациент страдает гипертонической болезнью, изредка отмечал подъемы артериального давления до 170 и 100 мм рт. ст. Однако полноценного обследования и лечения по данному поводу не проходил. Систематически никаких лекарственных средств не принимал. Сопутствующая патология представлена дисциркуляторной энцефалопатией II ст. гипертонического генеза, избыточной массой тела (ИМТ 28 кг/м<sup>2</sup>). В течение жизни не курил.

При обследовании в приемном отделении диагноз направления подтверждён.

ЭКГ: выраженный подъем сегмента ST в V<sub>1</sub>-V<sub>6</sub>; повышение уровня тропонина I до 0,729 нг/мл (норма до 0,23 нг/мл). Риск по шкале GRACE 206 баллов.

В связи с первоначальным отказом пациента от коронароангиографии (КАГ) исследование было выполнено в 11:50.

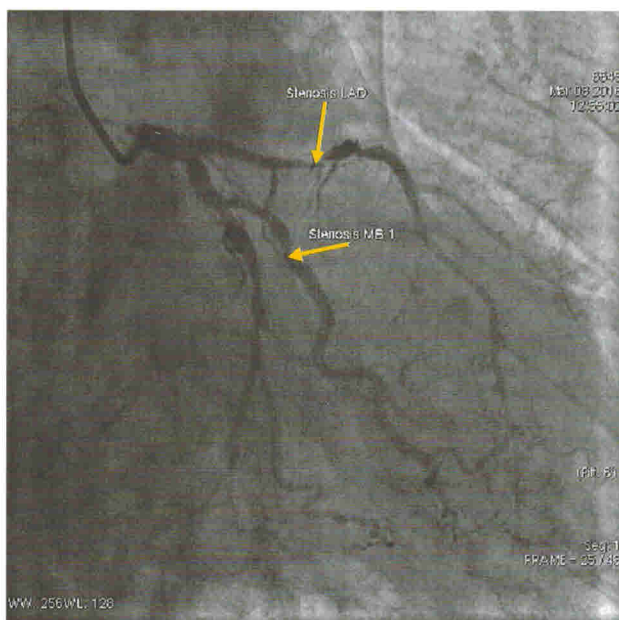
КАГ: субокклюзия передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) в проксимальной трети с признаками тромбоза, субокклюзия ветви тупого края (ВТК) (рис.1), стеноз огибающей артерии (ОА) в средней трети до 50%, множественные стенозы правой коронарной артерии (ПКА) на всем протяжении от 30% до 60%.

Проведена баллонная ангиопластика с установкой покрытого лекарственным препаратом стента в ПМЖА (Nobori 2,75 × 28 мм) и непокрытого стента в ВТК (Kaname 3,0×12 мм) (рис.2). Кровоток был восстановлен. Перед операцией пациент получил 7500 ед. раствора гепарина в/в, таб. Плавикс 300 мг per os.

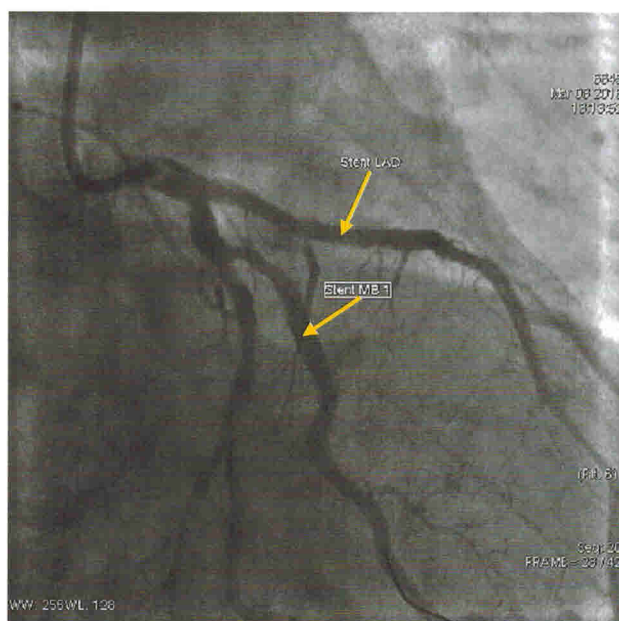
В тот же день пациент был переведен в палату интенсивной терапии отделения неотложной кардиологии, а 09.03.2016 – в общую палату отделения. Общее состояние пациента расценивалось как удовлетворительное.

По данным лабораторных исследований имел место подъем активности КК до 551 U/l (референсные значения – 29-200 U/l), КК МВ до 70 U/l (референсные значения – 0-25 U/l), показатели коагулограммы находились в пределах референсных значений, за исключением увеличенного АЧТВ до 115 с (референсные значения – 28-40 с) на фоне терапии антикоагулянтами и антиагрегантами.

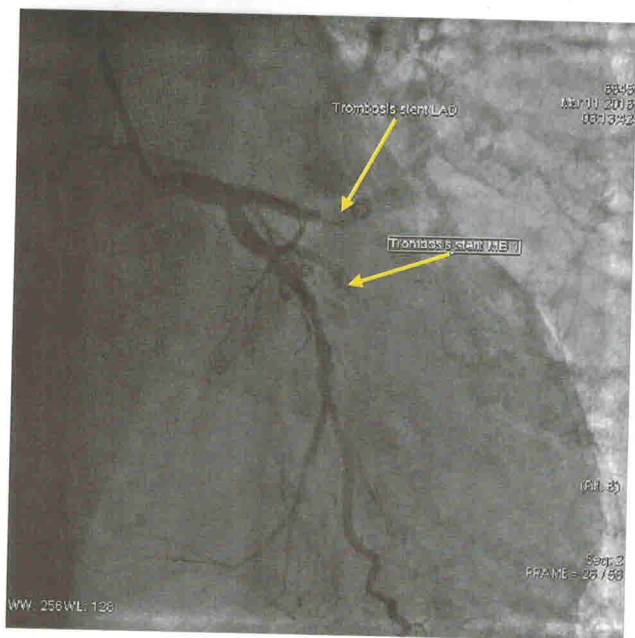
При эхокардиографии (09.03.2016) выявлены признаки очагового поражения миокарда в виде акинезии верхушки, верхушечных сегментов МЖП, передней и боковой стенок ЛЖ, срединного сегмента МЖП; легочная гипертензия I ст.



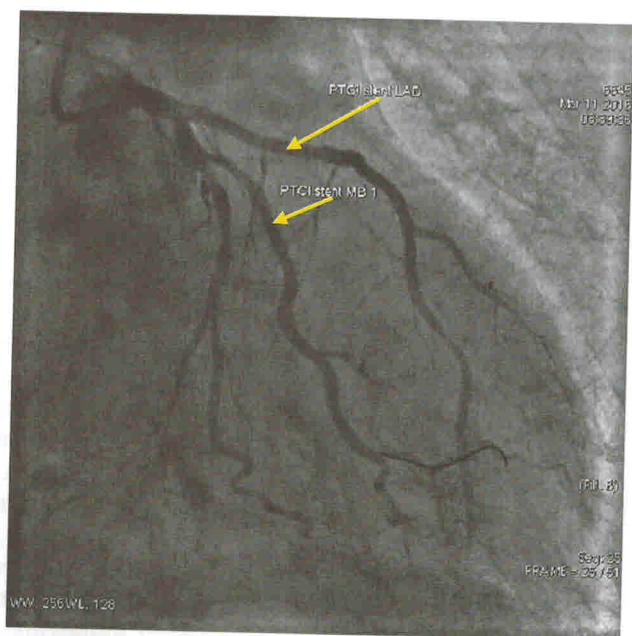
**Рис. 1** Субокклюзия передней межжелудочковой артерии в проксимальной трети с признаками тромбоза. Субокклюзия ветви тупого края



**Рис. 2** Стент с лекарственным покрытием в передней межжелудочковой артерии (Nobori 2,75 28 мм) и непокрытый стент в ветви тупого края (Kaname 3,0 12 мм)



**Рис. 3** Тромботическая окклюзия передней межжелудочковой артерии и ветви тупого края в стент



**Рис. 4** Реканализация, баллонная ангиопластика передней межжелудочковой артерии и ветви тупого края

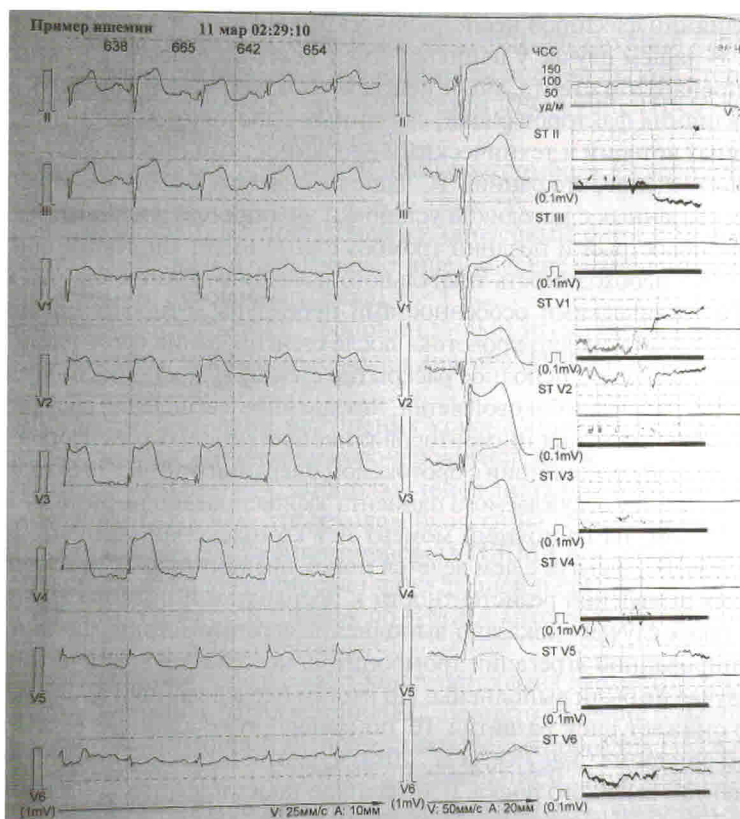


После выполнения реваскуляризации миокарда пациент чувствовал себя удовлетворительно в течение двух суток. Однако, несмотря на проводимую двойную антиагрегантную терапию, в 02:10 11.03.2016 года больной отметил ухудшение самочувствия в виде развития приступа интенсивной ангинозной боли за грудиной. Дежурный врач диагностировал рецидив ОИМ, сопровождавшийся подъемом сегмента ST в  $V_2$ - $V_6$ . Пациент переведен в ОРИТ, консультирован рентгенэндоваскулярным хирургом, анестезиологом и взят в операционную для выполнения повторной КАГ.

Выявлена тромботическая окклюзия ПМЖА и ВТК в стентах (рис.3), проведена вакуумная тромбоаспирация, баллонная ангиопластика в местах остаточного тромбоза указанных сосудов (рис.4). В связи с наличием дистальной эмболии проводилась инфузия интегрилина по схеме. Кровоток восстановлен, на уровне ТИМІ III.

Рецидив ОИМ был зарегистрирован с помощью суточного мониторинга ЭКГ (10–11.03.2016). У пациента определялись эпизоды элевации сегмента ST, начиная с 01:11 11.03.2016 года, общей продолжительностью 77 мин и желудочковая экстрасистолия 3 градации по М. Ryan (рис.5).

Последующий период госпитализации протекал без особенностей, была скорректирована антиагрегантная (замена клопидогреля 75 мг/сут на тикагрелор 180 мг/сут) и антиаритмическая терапия, метаболическая терапия (цитофлавин). Па-



**Рис. 5** Суточное мониторирование ЭКГ.

Ишемические изменения, зафиксированные во время рецидива ОИМ

циент выписан в удовлетворительном состоянии 22.03.2016 года под наблюдение кардиолога по месту жительства.

### **Комментарий к клиническому случаю**

Данное клиническое наблюдение представляет собой ранний тромбоз стента (ТС) (в соответствии с классификацией ARC, 2006 г) (FDA Clinical Overview for Panel Packet DES Thrombosis Panel. December 7-8, 2006), так как он произошел спустя двое с половиной суток, был подтвержден с помощью КАГ и стал причиной рецидива инфаркта миокарда.

Настоящее наблюдение ярко иллюстрирует проблему ТС, актуальную и по настоящее время, невзирая на развитие техники чрескожных коронарных вмешательств. Ряд авторов (*Ганюков В.И.*, 2011; *Aoki, J. et al.*, 2004) сообщают, что распространенность ТС в мировой практике составляет около 1 % в течение года, в то время как в РФ эта цифра значительно выше и составляет 8% (*Бернс С.А.*, 2011).

Из всех общепринятых факторов риска ТС, у данного пациента наблюдались следующие: возраст старше 60 лет, наличие острого коронарного синдрома, многососудистое поражение, сниженная фракция выброса (42%), имплантация длинного (более 25 мм) стента, также нельзя исключить резистентность к клопидогрелю (*Бернс С.А.*, 2011; *Ганюков В.И.*, 2011; *Aoki, J. et al.*, 2004). Имеются противоречивые данные о влиянии факторов неспецифического воспаления на развитие ТС (*Бернс С.А.*, 2011). В нашем случае у пациента имел место тромбоз как покрытого лекарственным препаратом стента, так и непокрытого, что может говорить в пользу сочетанного влияния факторов риска, связанных с состоянием пациента, поражением коронарных артерий и техническими особенностями процедуры.

Существует мнение, что ранний ТС чаще развивается вследствие «технических обстоятельств, связанных с методикой установки эндопротеза в коронарную артерию, в то время как подострый и поздний тромбоз стента имеет многофакторную природу и обуславливает необходимость тщательного изучения». Считается, что к факторам, связанным с техническими особенностями процедуры, относятся феномен замедленного или отсутствующего кровотока после стентирования (slow-reflow/ no-reflow), резидуальная диссекция, неполное раскрытие стента, выполнение бифуркационного стентирования, окклюзия боковой ветви, замедленное заживление сосудистой стенки, необходимость применения ингибиторов гликопротеиновых рецепторов П<sub>2</sub>/П<sub>3</sub> (*Ганюков В.И.*, 2011). В соответствии с протоколом операции от 08.03.2016 года вышеперечисленных событий у обсуждаемого пациента зафиксировано не было.

Таким образом, на настоящий момент нет комплексной концепции в понимании патогенеза ТС, в связи с чем ведется поиск предикторов ТС и путей профилактики. В целях выявления резистентности к препаратам и подбора антиагрегантной терапии, в таких случаях показано выполнение агрегатометрии, либо исследование АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов, которые по техническим причинам в данном случае не были выполнены. По итогам исследования PLATO доказано, что тикагрелор снижает риск развития ТС по сравнению с клопидогрелем при остром коронарном синдроме (*Steg P.G., et al.*, 2013) и, соответственно, может быть рекомендован пациентам высокого риска. В литературе также представлены данные о благоприятном эффекте антикоагулянтной терапии. Так *Acar G. с соавторами* (2006) сообщали о случае повторных острых ТС, прекратившихся после включения в схему лечения антикоагулянтов.

# СЛУЧАЙ СПОНТАННОГО ПЕРЕРЫВА КАТЕТЕРА ПОРТ-СИСТЕМЫ (PINCH OFF-СИНДРОМ)

*Гарбузов Е.Ю., Коцков С.В.*

Мужчина, 55 лет, поступил 22.06.2016 года в онкологическое отделение с диагнозом: «Рак ректосигмоидного отдела толстого кишечника Т3NхM1».

На МРТ 18.06.2016 года выявлена опухоль прямой кишки 5 см, с поражением всех слоев стенки, с инфильтрацией в параректальную клетчатку, рядом сателлит 1,6 × 1,2 см, сочетающийся с инвазией соседних вен параректума и брыжейки сигмовидной кишки. Определяются лимфатические узлы брыжейки — единичные до 9 × 7 мм, наружные подвздошные лимфатические узлы справа 20 × 10 мм, слева 30 × 10 мм.

Гистологическое исследование: А160003.12 Низкодифференцированная аденокарцинома.

25.07.2016 года с целью длительного доступа к венозной системе пациенту под местной анестезией р-ром лидокаина 2% — 20 мл, под контролем УЗИ в левую подключичную вену установлена венозная порт-система фирмы B Braun ST — 305, без технических трудностей.

Начата химиотерапия по схеме FOLFOX4:

- оксалиплатин 85 мг в/в капельно (доза введения — 170 мг);
- лейковорин 200 мг в/в капельно (доза введения — 400 мг);
- фторурацил 400 мг в/в Д1,2(доза введения — 800 мг);
- фторурацил 600 мг в/в капельно 22 часа Д 1,2 (доза введения 1200 мг).

31.07.16 г. после проведенного курса химиотерапии пациент был отпущен домой, следующая явка назначена через неделю.

В положенный срок 08.08.2016 года пациент прибыл в отделение химиотерапии для проведения следующего курса лечения. В момент введения препарата процедурная сестра отметила появление «желвака» под кожей в левой подключичной области. Инфузионная терапия была прекращена.

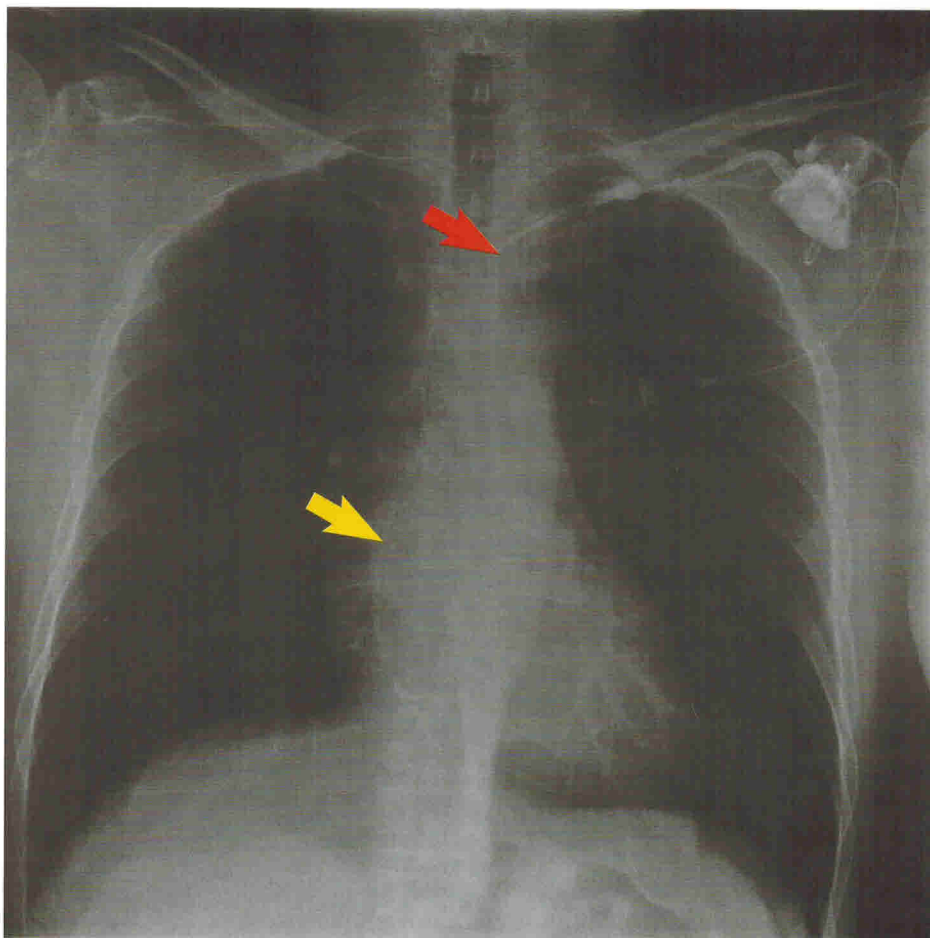
Пациент был осмотрен врачом-анестезиологом, имплантировавшим порт-систему. Видимых повреждений не обнаружено. Было проведено рентгенологическое исследование с применением контрастного вещества омнипак 20% — 10 мл. На серии рентгеновских снимков определяется «обрыв» контраста на уровне передней трети катетера, дистальная часть катетера отмечается в правом предсердии и желудочке (рис.1).

Принято решение об удалении порт-системы. Во время операции проведена ревизия порт-системы и обнаружена неповрежденная камера порта с соединенным фрагментом катетера длиной в 6 см. Рана ушита, наложена асептическая повязка.

Принято решение об интервенционном удалении дистальной части катетера.

Протокол операции:

09.08.16 г. под местной анестезией выполнена пункция правой бедренной вены по Сельдингеру. В просвет сосуда установлен интратьюсер 10 F. При помощи проводникового катетера 9 F каниюлировано правое предсердие. На рентгенограмме в полости сердца определяется фрагмент катетера, исходящий из правого предсер-



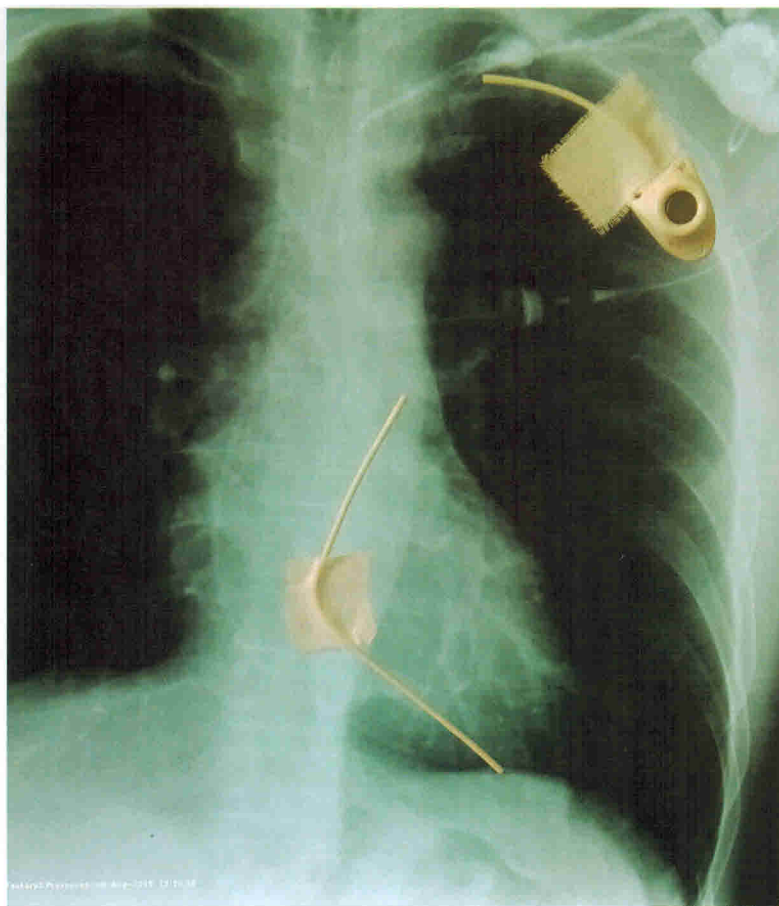
**Рис. 1** Место обрыва катетера (показано красной стрелкой) и место нахождения дистальной части катетера (показано желтой стрелкой)

дия. При помощи петли, сформированной из 0,014 мм проводника, выполнен захват и тракция проксимального отдела инородного тела. На контрольной рентгенограмме инородное тело удалено полностью, диссекций не определяется. Давящая повязка на рану.

При осмотре изделия: определяется полный поперечный перерыв катетера на две неравные части: дистальная 15 см и проксимальная – 6 см, перерыв произошёл в проекции реберно-ключичной связки. Других повреждений и фрагментов нет (рис.2).

10.08.2016 года пациенту была имплантирована порт-система с правой стороны через внутреннюю яремную вену, без осложнений.

Пациент продолжил курс плановой химиотерапии по предложенной схеме. Осложнений не выявлено.



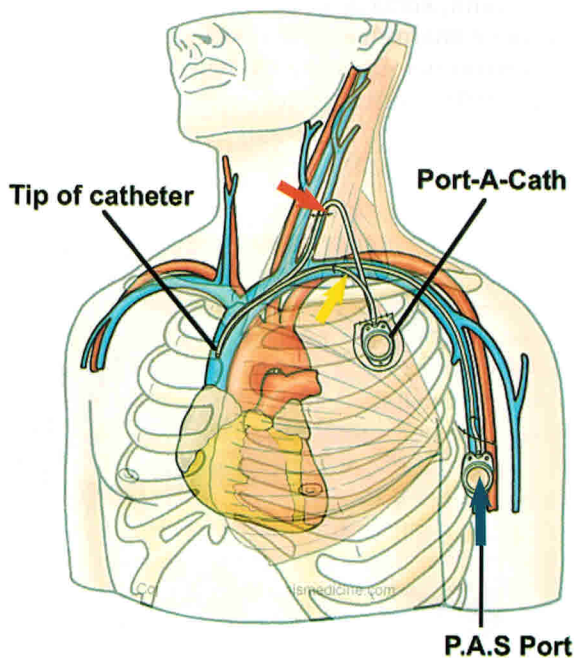
**Рис. 2** Фрагменты катетера с камерой порт-системы, приложенные к рентгеновскому снимку

#### *Комментарий к клиническому случаю*

В современной онкологии постановка систем длительного венозного доступа для обеспечения длительной инфузионной терапии химиотерапевтических препаратов является «золотым стандартом». В последние годы подобные процедуры стали привычными и в нашей стране. К подобным методикам относят и имплантацию порт-систем (рис.3).

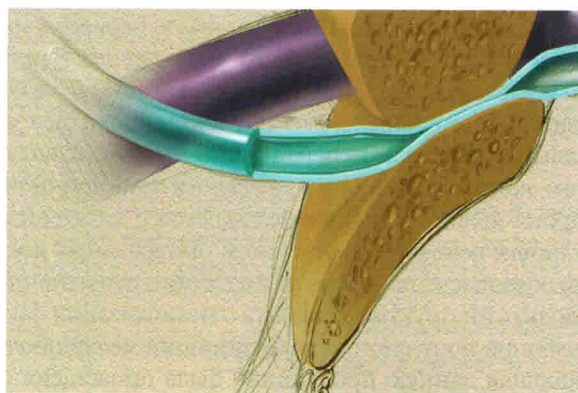
Выбор доступа к венам определяется анатомическими особенностями пациента, техническими навыками врача и его предпочтениями.

Подключичный доступ ведёт к меньшему риску инфекционных осложнений, чем яремный. Осложнения при подключичном доступе в виде случайной пункции артерии и плевры сведены до минимума при наличии УЗИ-навигации. Но при этом доступе наблюдается достаточно редкое, но весьма неприятное осложнение – синдром сдавления или pinch off-синдром. Это происходит вследствие механического сжатия или сдавления венозного катетера между ключицей и первым ребром. Вена в



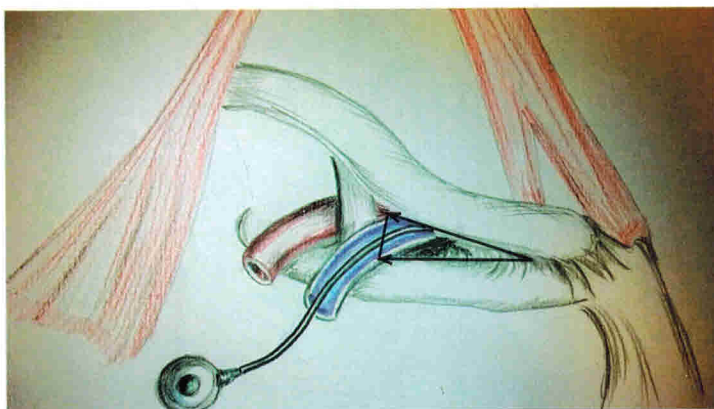
**Рис. 3** Доступы для установки порт-систем: красной стрелкой показан доступ через яремную вену, желтой – через подключичную, синей – через периферическую вену (основную, головную, плечевую)

этом месте прободает рёберно-ключичную связку. Ключица и ребро образуют между собой острый угол, суживающийся в медиальном направлении. Поэтому, чем латеральнее производится пункция и катетеризация подключичной вены, тем меньше вероятности попасть в суживающуюся часть ключично-рёберного угла (рис.4).



**Рис. 4** Место сдавления катетера между 1-м ребром и ключицей при медиальном доступе к подключичной вене

Но встречаются ситуации, когда даже при латеральном доступе возникает pinch off-синдром, что связано с анатомическими особенностями пациента, у которого может быть узкое пространство между ключицей и первым ребром на всём протяжении (*Kock H.J. et al., 1998*). Тогда катетер, находящийся в просвете подключичной вены, будет сдавливаться (вместе с веной) при амплитудных движениях мышц верхних конечностей и спины (рис.5).



**Рис. 5** Катетер порт-системы в просвете подключичной вены, испытывающей сдавление в рёберно-ключичном углу при работе мышц

Существует радиографическая шкала степени поражения катетера при синдроме pinch-off, разработанная HINKE (*Hinke D.H. et al., 1990*). Эта шкала включает в себя 3 класса:

оценка 0 — катетер идёт без изгибов и сужения;

1 класс — катетер имеет незначительный изгиб, но без сужения просвета;

2-й класс — катетер изогнут и сужен его просвет;

3 класс — катетер повреждён между первым ребром и ключицей с эмболизацией дистального конца катетера.

Что и произошло в данном случае. Пациент, после первого курса химиотерапии, отправился на дачу и в течение нескольких часов колот дрова. В результате чего произошло сначала защемление, а затем и полный перерыв катетера в области ключично-рёберного треугольника. Дистальный фрагмент током крови был заброшен в камеры сердца, а проксимальный вышел из просвета вены, что и было визуализировано медсестрой как симптом экстравазации при проведении инфузионной терапии.

«Pinch-off синдром» является редким осложнением катетеризации подключичной вены при постановке венозных порт-систем. Латеральный доступ к подключичной вене во многом обезопасит пациента от подобного осложнения. Но даже в этом случае, нужно проводить инструктаж пациента о минимизации физических нагрузок на стороне установленной порт-системы в ближайший месяц после имплантации.

Фирма, выпускающая данную продукцию, была оповещена о проблеме. В головной офис фирмы была отправлена заполненная форма о произошедшем инциденте, рентгенологические снимки и само повреждённое изделие для проведения экспертизы.