

СОДЕРЖАНИЕ

ИНФАРКТ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ВТОРОГО ТИПА Зеленина Л. И., Носков А. В.	10
МАССИВНАЯ ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ Зеленина Л. И. Носков А. В.	13
МНОЖЕСТВЕННОЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ, ПРИВЕДШЕЕ К СМЕРТИ В ПЕРВЫЕ СУТКИ НАХОЖДЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ Сарана А.М., Лебедева С.В., Зеленина Л.И., Мельник А.Т., Попов В.В. Загорашевич С.В., Коротков М.Е.	17
ОСЛОЖНЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С ЗАХВАТОМ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА Зеленина Л.И., Носков А.В.	20
ОСЛОЖНЕННЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА Власенко С.В., Зеленина Л.И., Павлова Н.Е., Агарков М.В., Садышева А.В.	24
ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА У ЖЕНЩИНЫ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ Зеленина Л. И, Носков А.В.	26
ОСТРЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ С ФОРМИРОВАНИЕМ АБСЦЕССА АОРТАЛЬНОГО СИНУСА Ильин Д.А., Волкова К.Г., Зеленина Л.И.	31
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ ПРИ ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТА С ПОВТОРНЫМ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ЛЮПУС-НЕФРИТА Зеленина Л.И., Михайлова А.А.	38
СЛУЧАЙ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОГО НАРУШЕНИЕМ РИТМА Зеленина Л.И., Осадчий А.М., Павлова Н.Е., Попов В.В., Садышева А.В.	42
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРЕПАРАТОМ МЕТАЛИЗЕ ПРИ ОСТРОМ Q-ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПЕРЕДНЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПО ДАННЫМ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ Зеленина Л.И., Долгонова Т.В., Власенко С.В., Ильин Д.А., Дыдымов Р.Х., Лаптаев М.А., Воробьевский Д.А.	45
ДЕБЮТ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА НА ФОНЕ ОСТРОЙ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ Богданов А.Н., Ильин Д.А., Сырых А.М.	49
ДИАГНОСТИКА МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ Богданов А.Н., Анисенкова А.Ю., Попова К.А.	52
КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ТРОМБОЗОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ТРОМБОФИЛИЕЙ Богданов А.Н., Анисенкова А.Ю., Зеленина Л.И., Ильин Д.А., Долгонова Т.В., Шабалина Е.А., Карпова К.А., Есинкина М.В., Агапитова О.В.	55
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЫЯВЛЕНИЯ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА Богданов А.Н., Анисенкова А.Ю., Шабалина Е.А., Есинкина М.В., Агапитова О.В.	59
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ И УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА Богданов А.Н., Анисенкова А.Ю., Хейшхо С.М., Попова К.А.	63
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕН- ТА С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА Богданов А.Н., Анисенкова А.Ю., Свистов Д.А., Попова К.А.	67
ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, ВЫЗВАННОЙ ПАНРЕЗИСТЕНТНЫМ ШТАММОМ ACINETOBACTER BAUMANNII Фридман С.Р.	71
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ГОЛЕНИ У ПАЦИЕНТА С НАСЛЕДСТВЕН- НОЙ ТРОМБОФИЛИЕЙ Богданов А.Н., Анисенкова А.Ю., Попов А.В., Попова К.А.	73

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИШЕМИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТА С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ Энтина Е.В., Лантухов Д.В., Павлов Д.Г., Бутаков Д.А., Васильев Е.В.	79
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СОСУДИСТЫХ И ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СПИНОГО МОЗГА Энтина Е.В., Амурова Т.Р., Миночкин А.К., Павлов Д.Г., Дробченко Е.В., Агафьина А.С.	83
УСПЕШНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ – ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА Васильев Е.В., Вологжанин Д.А., Гладышев Д.В., Ильинский Н.С., Лантухов Д.В., Салухов В.В., Слесарева Е.Г.	87
РЕЗУЛЬТАТ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРЦА, ОСЛОЖНЕННОГО РАЗВИТИЕМ СЛОЖНЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА, ПРОВОДИМОСТИ И ИМПЛАНТАЦИИ ПЭКС, У МУЖЧИНЫ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Мамаева О.П., Павлова Н.Е., Агарков М.В., Гусева О.А., Ленчик Т.С.	90
СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ ОТКРЫТОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО КАНАЛА У ПОЖИЛОЙ ПАЦИЕНТКИ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ Мамаева О.П., Гусева О.А., Павлова Н.Е.	95
ЛЕТАЛЬНЫЙ СЛУЧАЙ HERPES ZOSTER У ПАЦИЕНТКИ С БОЛЕЗНЬЮ КАСТЛЕМАНА Казаков С.В., Мельник А.Т., Анисенкова А.Ю.	100
КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИФИЛЛОБОТРИОЗА Вологжанин Д.А., Казаков С.В.	103
СИНДРОМ БАРТТЕРА Козлова Г.А., Мерзляков К.В., Попов А.В.	108
ОСТРЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ С ФОРМИРОВАНИЕМ АБСЦЕССА АОРТАЛЬНОГО СИНУСА Ильин Д.А., Волкова К.Г., Зеленина Л.И.	110
УСПЕШНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА КОЛЕННОГО СУСТАВА, ОСЛОЖНЕННОГО ТЭЛА Ильин Д.А., Сорокина Ю.Н.	117
УСПЕШНАЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ Мельник А.Т., Базаров А.Х., Юдин С.В., Дроздова О.А.	124
ИМПЛАНТАЦИЯ ПЭКС ПРИ А-V БЛОКАДЕ 2 СТЕПЕНИ И РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ НА ФОНЕ ТРОМБОФЛЕБИТА И ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ Мельник А.Т., Фридман С.Р., Хоботников Д.Н.	128
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ОНМК И ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА Мельник А.Т., Кропотова А.В., Хоботников Д.Н., Дроздова О.А.	132
КАТЕТЕРНАЯ АБЛАЦИЯ ОЧАГА ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКТОПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ РОТАЦИОННОЙ АНГИОГРАФИИ Осадчий А.М., Каменев А.В., Агарков М.В., Лебедев Д.С., Носков А.В.	135
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРОМБОЗА БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА Власенко С.В., Агарков М.В., Попов В.В., Осадчий А.М., Хильчук А.А., Воробьевский Д.А., Зеленина Л.И., Лебедева С.В.	137
ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА II ТИПА НА ФОНЕ ТЯЖЕЛОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И МАССИВНОГО ГИДРОТОРАКСА Хильчук А.А., Агарков М.В., Попов В.В., Воробьевский Д.А., Аминов Э.М., Новикова-Еничева Е.С.	139
ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ СПАСТИЧЕСКИМ СУЖЕНИЕМ УСТЬЯ ПЕРЕДНЕЙ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРТЕРИИ Власенко С.В., Воробьевский Д.А., Хильчук А.А., Агарков М.В., Попов В.В., Аминов Э.М., Новикова-Еничева Е.С.	141
ПОСТОЯННАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ КАК УРГЕНТНЫЙ МЕТОД ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ Попов В.В., Власенко С.В., Агарков М.В., Воробьевский Д.А., Зеленина Л.И.	145
РАЗРЫВ И ПЕРФОРАЦИЯ ПЕРЕДНЕЙ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРТЕРИИ, ВЫЗВАННАЯ ПОСТДИЛАТАЦИЕЙ НЕКОМПЛАЙНСНЫМ БАЛЛОННЫМ КАТЕТЕРОМ Власенко С.В., Хильчук А.А., Агарков М.В., Попов В.В., Воробьевский Д.А., Аминов Э.М., Новикова-Еничева Е.С.	146

РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА С УСТАНОВКОЙ СТЕНТА В СТВОЛ ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ВНУТРИАОРТАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ КОНТРАПУЛЬСАЦИЕЙ У ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ТОТАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ВСЕХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ Власенко С.В., Пустовойтов С.С., Хильчук А.А., Азарков М.В., Попов В.В., Воробьевский Д.А., Аминов Э.М., Новикова-Еничева Е.С.	152
СТЕНТИРОВАНИЕ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ КАК ОДИН ИЗ ЭТАПОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА Власенко С.В., Азарков М.В., Зеленина Л.И., Каргозерова К.А.	155
ТОТАЛЬНЫЙ ТРОМБОЗ ПЕРЕДНЕЙ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ И ДИАГОНАЛЬНОЙ АРТЕРИЙ, ОСЛОЖНЕННЫЙ КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ И ФЕНОМЕНОМ «NO REFLOW» Власенко С.В., Хильчук А.А., Азарков М.В., Попов В.В., Воробьевский Д.А., Аминов Э.М., Новикова-Еничева Е.С.	159
ТРОМБАСПИРАЦИЯ, БАЛЛОННАЯ АНГИОПЛАСТИКА И СТЕНТИРОВАНИЕ НАТИВНОЙ ПЕРЕДНЕЙ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, РАЗВИВШИМСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТРОМБОЗА ВЕНОЗНОГО ШУНТА К ПЕРЕДНЕЙ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРТЕРИИ Власенко С.В., Воробьевский Д.А., Хильчук А.А., Азарков М.В., Попов В.В., Аминов Э.М., Новикова-Еничева Е.С.	163
ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОККЛЮЗИИ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТКИ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА Власенко С.В., Воробьевский Д.А., Хильчук А.А., Азарков М.В., Попов В.В., Аминов Э.М., Новикова-Еничева Е.С.	168
ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ОБУСЛОВЛЕННЫМ МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ Власенко С.В., Воробьевский Д.А., Хильчук А.А., Азарков М.В., Попов В.В., Аминов Э.М., Новикова-Еничева Е.С.	171
ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЗА ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ, ОСЛОЖНЕННОГО ТРОМБОТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ИНТРАКРАНИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ Власенко С.В., Хильчук А.А., Азарков М.В., Попов В.В., Воробьевский Д.А., Аминов Э.М., Новикова-Еничева Е.С.	174
ЛЕЧЕНИЕ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ Гладышев Д.В., Врублевский Н.М., Попов К.И.	178
ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА Гладышев Д.В., Врублевский Н.М., Андреев М.А., Попов К.И.	186
МАСКИ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ Гладышев Д.В., Врублевский Н.М., Остапенко Д.А.	188
ОСЛОЖНЕННАЯ ФОРМА ПАНКРЕОНЕКРОЗА Гладышев Д.В., Врублевский Н.М., Андреев М.А.	190
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ПАЦИЕНТА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЕЛОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ Гладышев Д.В., Врублевский Н.М., Свитиц В.Ю.	192
ПАНКРЕОНЕКРОЗ Гладышев Д.В., Врублевский Н.М., Остапенко Д.А.	196
СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ Гладышев Д.В., Врублевский Н.М., Андреев М.А.	202
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТКИ, СТРАДАЮЩЕЙ ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМОЙ БОЛЕЗНИ КРОНА, С РАЗВИТИЕМ ВНУТРИБРЮШНЫХ АБСЦЕССОВ Гладышев Д.В., Врублевский Н.М., Свитиц В.Ю.	206
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭНДОМЕТРИОИДНОГО ИНФИЛЬТРАТА ВЕРХНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ Гладышев Д.В., Цивьян Б.Л., Бараиш Ю.А.	212
ЛЕЧЕНИЕ КОАГУЛОПАТИЧЕСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ РАНЕЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ОВАРИОЦИСТЭКТОМИИ Цивьян Б.Л., Афанасьева М.В., Гарбузов Е.Ю., Микрюков С.Р.	215
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТКИ С РЕЦИДИВНЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ, СИМПТОМНОЙ МИОМОЙ МАТКИ И АНЕМИЕЙ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ Нечай И.А., Цивьян Б.Л., Мальцев Н.П.	218

ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ <i>Гладышев Д.В., Коваленко С.А.</i>	221
СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МАССИВНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ РАННЕЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ <i>Пайвин А.А., Юрченко Д.Л., Денисюк Д.О., Хван Н.Е., Ильин Д.А.</i>	224
ЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ <i>Пайвин А.А., Юрченко Д.Л., Яковлев Н.Н., Кабанов В.О., Снегирев М.А.</i>	229
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕШОТЧАТОЙ АНЕВРИЗМЫ НИСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА ГРУДНОЙ АОРТЫ СО СДАВЛЕНИЕМ ПИЩЕВОДА И ФОРМИРОВАНИЕМ ПИЩЕВОДНО-МЕДИАСТИНАЛЬНО-ПЛЕВРАЛЬНОГО СВИЩА, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ ФИБРОЗНО-ГНОЙНЫМ МЕДИАСТИНИТОМ <i>Пайвин А.А., Юрченко Д.Л., Денисюк Д.О., Хван Н.Е., Ильин Д.А.</i>	233
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИБС, ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Пайвин А.А., Юрченко Д.Л., Кабанов В.О.</i>	237
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВА ИШЕМИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ РАННЕЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ, СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ <i>Пайвин А.А., Юрченко Д.Л., Денисюк Д.О., Хван Н.Е.</i>	239
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО РАССЛОЕНИЯ АОРТЫ I ТИПА ПО DEBAKEY <i>Пайвин А.А., Юрченко Д.Л., Денисюк Д.О., Хван Н.Е.</i>	242
ВОЗМОЖНОСТИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ И ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ (1 клинический случай) <i>Гладышев Д.В., Пайвин А.А., Юрченко Д.Л., Кабанов В.О., Коваленко С.А., Моисеев М.Е., Гнедаш С.С.</i>	245
ВОЗМОЖНОСТИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ (КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ И ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ) ПАТОЛОГИЕЙ (2 клинический случай) <i>Гладышев Д.В., Пайвин А.А., Юрченко Д.Л., Кабанов В.О., Коваленко С.А., Моисеев М.Е., Гнедаш С.С.</i>	248
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАЗРЫВА АНЕВРИЗМЫ ИНФРАРЕНАЛЬНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ У ПАЦИЕНТА СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА <i>Гладышев Д.В., Пайвин А.А., Ильин Д.А., Юрченко Д.Л., Яковлев Н.Н., Денисюк Д.О., Хаецкий А.В.</i>	253
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИБС, ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ И НАДЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА <i>Пайвин А.А., Юрченко Д.Л., Снегирев М.А.</i>	257
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Пайвин А.А., Юрченко Д.Л., Денисюк Д.О., Гарбузов Е.Ю.</i>	260
ПРИМЕНЕНИЕ КАВА-ФИЛЬТРА ПРИ ТРОМБОЗЕ ОБЩЕЙ БЕДРЕННОЙ ВЕНЫ У ПАЦИЕНТКИ С ПЕРЕЛОМОМ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА <i>Шугинов А.А., Никитин А.В.</i>	265
КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИСУТИТА ПОСЛЕ НЕОДНОКРАТНЫХ ПОЛИПОТОМИЙ <i>Афлитонов М.А., Наумов С.Ю.</i>	268

УСПЕШНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ – ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

*Васильев Е.В., Воложжанин Д.А., Гладышев Д.В., Ильинский Н.С.,
Лантухов Д.В., Салухов В.В., Слесарева Е.Г.*

Пациентка Г. 59 лет поступила в многопрофильное отделение 12.05.2015 года с жалобами на одышку при ходьбе, кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой, подъемы температуры до 38,5°C с незначительным снижением на фоне приема жаропонижающих препаратов, общую слабость, недомогание, повышенную потливость.

Из анамнеза известно, что вышеперечисленные жалобы появились у больной 08.05.2015 года на фоне полного благополучия. Лечилась самостоятельно без эффекта, к врачам не обращалась. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния бригадой скорой медицинской помощи пациентка в экстренном порядке доставлена в стационар.

В ходе обследования при объективном осмотре выявлено притупление перкуторного звука в нижних отделах обеих легких, усиление голосового дрожания, разнокалиберные влажные хрипы. По данным лабораторного исследования отмечался лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение острофазовых показателей (СОЭ, СРБ, фибриноген). Газовый состав крови был в пределах референсных значений. Исследование с помощью компьютерной томографии выявило картину двухсторонней полисегментарной бронхопневмонии (преимущественно левосторонней), легочной гипертензии, выпот в левой плевральной полости. По данным исследования функции внешнего дыхания отмечалось незначительное снижение ЖЕЛ, снижение ОФВ1, пиковой скорости выдоха (ПСВ). Проба с бронхолитиком – положительная. По данным остальных исследований, входящих в стандарты оказания медицинской помощи – без особенностей.

Начата антибактериальная, инфузионная, детоксикационная, муколитическая, бронхолитическая, витаминотерапия, дыхательная гимнастика, лечебная физкультура, физиотерапевтическое лечение, фитотерапия. После получения результатов посева мокроты антибактериальная терапия была продолжена без коррекции режимов дозирования и наименований препаратов по согласованию с клиническим фармакологом. Наблюдалась отчетливая положительная динамика. На контрольном КТ-исследовании через 10 дней – признаков пневмонии не выявлено. Лабораторных данных в пользу воспалительного процесса также не получено, по результатам посева мокроты – роста микрофлоры нет. Нормализовались показатели функции внешнего дыхания. Вскоре пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии.

Примечательно, что в течение последних семи месяцев пациентка перенесла три пневмонии без типичных предрасполагающих факторов (переохлаждение, острые респираторные заболевания, контакт с инфекционными больными и др.).

При детальном опросе и уточнении анамнеза выяснилось, что около полутора лет назад пациентке была выполнена бариатрическая операция – продольная резекция желудка (ПРЖ) по поводу ожирения 2 степени в сочетании с декомпенсированным сахарным диабетом 2 типа на фоне инсулинотерапии и артериальной гипертензией 2 степени. Эффект от ПРЖ был достигнут в течение 8 месяцев, в виде снижения массы тела до значений нормы, субкомпенсации углеводного обмена на фоне приема пероральных сахароснижающих препаратов и нормализации цифр артериального давления без гипотензивной терапии. Пациентке была выполнена фиброгастроуденоскопия: глотка, гортань, двенадцатиперстная кишка, большой дуоденальный сосочек – без патологии; рефлюкс-эзофагит, А степень, состояние после операции на желудке. Для исключения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, уточнения причины рефлюкса было выполнено полипозиционное

рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка. Выявлены признаки выраженной гипотонии пищевода (рис. 1), недостаточности кардии (рис. 2), сглаженности угла Гиса, рефлюкса содержимого желудка до уровня вырезки грудины в положении стоя (рис. 3) и лежа (рис. 4). Таким образом, приведенные клинико-инструментальные данные указывали на более вероятный аспирационный характер пневмоний.

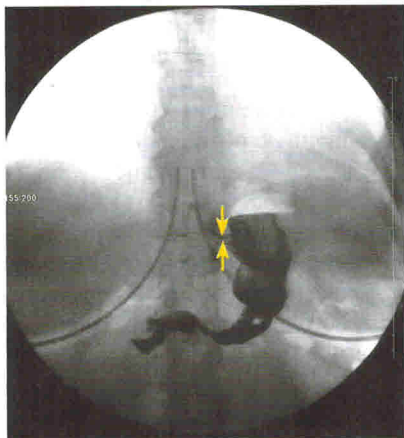


Рис. 1 Пациентка Г. Рентгеноскопия в прямой проекции стоя. Стрелками указано неполное смыкание кардии

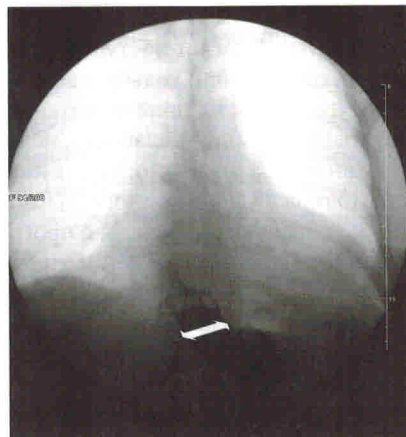


Рис. 2 Пациентка Г. Рентгеноскопия в прямой проекции стоя. Стрелкой указан максимальный размер раскрытия кардии

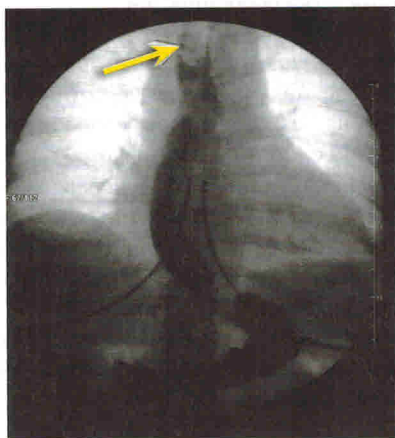


Рис. 3 Пациентка Г. Рентгеноскопия в прямой проекции стоя. Рефлюкс желудочного содержимого до верхней трети пищевода. Стрелкой указана верхняя граница уровня

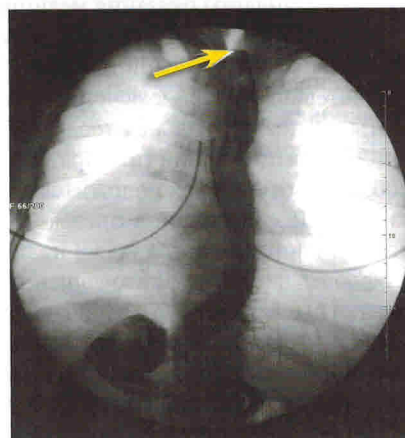


Рис. 4 Пациентка Г. Рентгеноскопия в левой косо́й позиции лежа. Рефлюкс желудочного содержимого до яремной вырезки. Стрелкой указана верхняя граница уровня

После выполнения вышеперечисленных исследований пациентка была осмотрена бариатрическим хирургом. Принимая во внимание высокую частоту развития пневмоний, наличие рефлюкс-эзофагита, гипотонию пищевода, недостаточность кардии, недостаточную компенсацию углеводного обмена на фоне сохранной инсулинсекре-

торной функции поджелудочной железы (по данным исследования С-пептида и инсулина), было принято решение о выполнении повторного оперативного вмешательства. Выбранная методика – конверсия продольной резекции желудка в гастрощунтирование с целью устранения гастроэзофагеального рефлюкса (как основной причины возникновения аспирационных пневмоний) и нормализации углеводного обмена. Дополнительно пациентке была проведена предоперационная подготовка с учетом лабораторных и инструментальных данных – лечение антацидами, ингибиторами протонной помпы, антисекреторными препаратами, гастропротекторами, стимуляторами моторики желудочно-кишечного тракта.

22.06.2015 года пациентке выполнена указанная операция лапароскопическим доступом. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Уже в первые сутки после выполненного оперативного вмешательства коррекции углеводного обмена не потребовалось. На четвертые сутки пациентка была выписана с рекомендациями по режиму питания, образа жизни, приему витаминов и микроэлементов. На контрольных обследованиях через 3, 6 и 12 месяцев после оперативного лечения была отмечена явная положительная динамика в виде улучшения общего самочувствия, стабилизации массы тела в пределах нормальных значений, нормализации углеводного обмена без приема пероральных сахароснижающих препаратов и инсулина, отсутствии респираторных заболеваний.

Комментарий к клиническому случаю

Повторное оперативное лечение пациентов после выполненных бариатрических операций бывает необходимо в случаях недостаточного снижения массы тела, возникновения рецидивов ожирения при невыполнении врачебных рекомендаций пациентами, с целью улучшения метаболических показателей при наличии сахарного диабета, дислипидемий. Данный клинический случай представляет интерес в связи с наглядностью ряда положительных эффектов повторного бариатрического оперативного вмешательства. У пациентки отмечено дальнейшее улучшение показателей углеводного обмена при сохранной инсулинсекреторной функции поджелудочной железы. Устранены осложнения, связанные с нарушением функций пищевода, такие как рефлюкс-эзофагит, часто возникающие аспирационные пневмонии. По современным международным представлениям, бариатрические оперативные вмешательства рассматриваются в качестве первичного метода лечения пациентов с морбидным ожирением, либо в группах лиц, имеющих ожирение 1-2 степени, сопровождающееся выраженными нарушениями углеводного обмена (Rubino F. et al., 2016; Buchwald H. et al., 2009). Низкая распространенность таких методов лечения в нашей стране требует дальнейшего изучения данной проблематики.

РЕЗУЛЬТАТ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОГО РАЗВИТИЕМ СЛОЖНЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА, ПРОВОДИМОСТИ И ИМПЛАНТАЦИИ ПЭКС, У МУЖЧИНЫ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Мамаева О.П., Павлова Н.Е., Азарков М.В., Гусева О.А., Ленчик Т.С.

Пациент Д.40 лет поступил в ГБУЗ «Городская больница № 40» в связи с появлением головокружения, периодическим развитием в течение нескольких месяцев предобморочных состояний, снижением переносимости физических нагрузок, общей слабостью.

В детском возрасте наблюдался у кардиолога по поводу врожденного порока сердца – открытого овального окна. Последние 10 лет за медицинской помощью не обращался.

ЭКГ: синусовый ритм 85 уд. в мин., замещающий ритм из АВ соединения – 36-45 уд. в мин на фоне полной, субтотальной АВ блокады.

ЭхоКГ: выявлены данные за врожденный порок сердца – открытое овальное окно без признаков сброса, с аневризматическим выпячиванием в области межпредсердной перегородки, корригированная транспозиция магистральных сосудов (рис. 1).

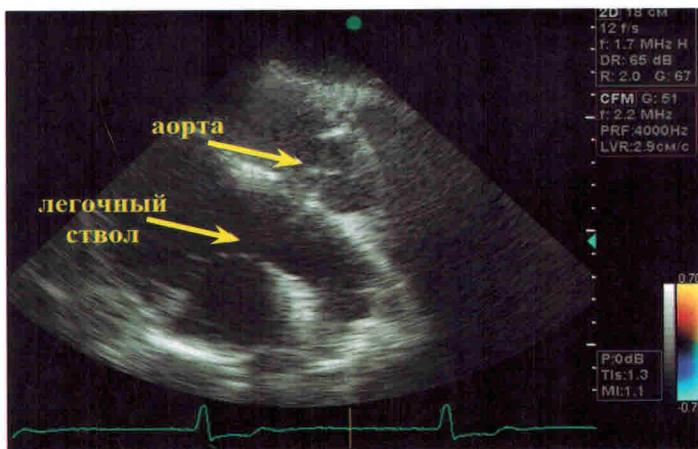


Рис.1 Врожденная корригированная транспозиция магистральных артерий, диагностированная при двумерной ЭхоКГ (парастеральная продольная позиция)

Левое предсердие располагается в обычной позиции, умеренно увеличено, сообщается через трикуспидальный клапан с расположенным слева, морфологически правым желудочком (трабекулярность стенок, модераторный пучок). Трикуспидальная регургитация 1-2 степени. Правый желудочек незначительно расширен, стенки его утолщены. Глобальная сократимость сохранена.

Правое предсердие типично расположенное, не увеличено, сообщается через митральный клапан, с расположенным справа – морфологически левым желудочком. Левый желудочек не увеличен, стенки не утолщены. Глобальная сократительная способность сохранена.

Аорта отходит от передней стенки правого желудочка, располагается кпереди от ствола легочной артерии, стенки уплотнены. Аортальный клапан без особенностей. Определяется ускорение кровотока на аортальном клапане ($V_{max} = 221$ см в сек.), нельзя исключить незначительный субаортальный стеноз (рис. 2).

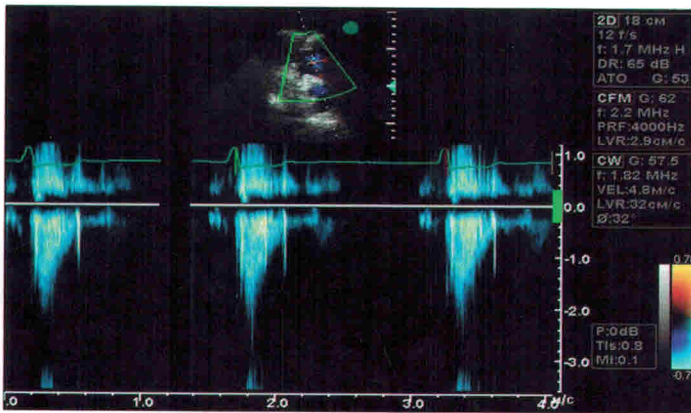


Рис. 2 Цветное доплеровское картирование в сочетании с двухмерной ЭхоКГ.
 Кривая скорости кровотока на аортальном клапане

Легочная артерия отходит от левого желудочка, незначительно расширена. Кровоток на пульмональном клапане незначительно ускорен ($V_{max} = 178$ см в сек.). Пульмональная недостаточность 1 степени (рис. 3).

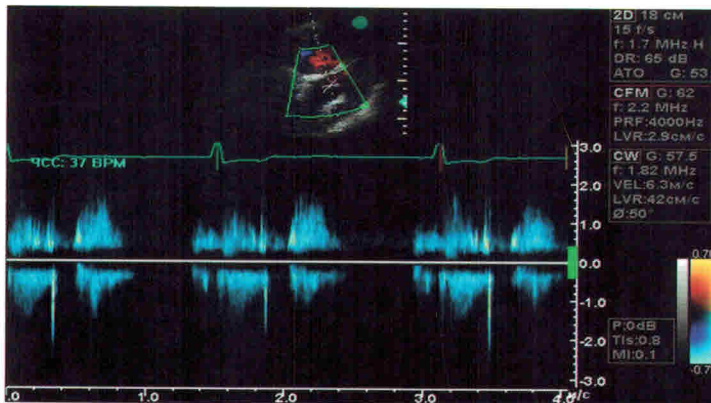


Рис. 3 Цветное доплеровское картирование в сочетании с двухмерной ЭхоКГ.
 Кривая скорости кровотока на пульмональном клапане

Заключение ЭхоКГ – врожденный порок сердца: корригированная транспозиция магистральных сосудов.

При ХМ ЭКГ: на протяжении исследования синусовый ритм, с эпизодами синусовой брадикардии до 39-50 уд. в мин. и АВ-блокады 1 степени, чередовался с эпизодами АВ-блокады 2 степени 1 типа, 2 типа и эпизодами полной – субтотальной АВ-блокады (замещающий ритм из АВ соединения 27-46 уд. в мин.), признаки бинодальной дисфункции (рис. 4).

ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ СПАСТИЧЕСКИМ СУЖЕНИЕМ УСТЬЯ ПЕРЕДНЕЙ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРТЕРИИ

*Власенко С.В., Воробьевский Д.А., Хильчук А.А., Агарков М.В.,
Попов В.В., Аминов Э.М., Новикова-Еничева Е.С.*

Пациент М. 42 лет, доставлен в реанимационное отделение, минуя приемный покой, с диагнозом: ИБС. ОКС.

На момент поступления жалоб не предъявлял, болевой синдром купирован.

Приступы стенокардии, повышения АД отрицает. Длительно курит. За 2 часа 45 минут до поступления в стационар во время вождения автомобиля появились давящие боли за грудиной с иррадиацией в обе руки, длительностью около 40 мин, сопровождавшиеся выраженной слабостью.

Особенности объективного статуса: Состояние тяжелое, сознание ясное. Зрачки D=S, средней величины, фотореакция живая. Миотонус не нарушен, менингеальные симптомы отсутствуют, патологические стопные знаки не вызываются. Кожные покровы теплые, естественной окраски и влажности, цианоза нет. Отеков нет. Язык влажный, чистый. Аксилярная температура 36,6°C. Дыхание спонтанное, ЧД 15/мин, SpO₂ = 98%. Дыхание выслушивается над всей поверхностью легких, хрипов нет. Гемодинамика устойчивая, АД = 120/78 мм рт. ст., ЧСС = 70 уд./мин, пульс ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Диурез достаточный. ЭКГ: синусовый ритм, отсутствие нарастания зубца R в отведениях V1-V3.

Предварительный диагноз:

Основной: ИБС. ОКС без элевации ST.

Осложнения: СН I (Killip)

Учитывая анамнез, клиническую картину, данные объективного осмотра, больному в экстренном порядке было показано выполнение коронароангиографии для определения степени нарушения коронарного кровотока и решения вопроса о тактике дальнейшего лечения.

В результате выполненной коронароангиографии выявлено сужение устья передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) до 90% (рис. 1). Принято решение об интракоронарном введении нитроглицерина для исключения спастического характера сужения.

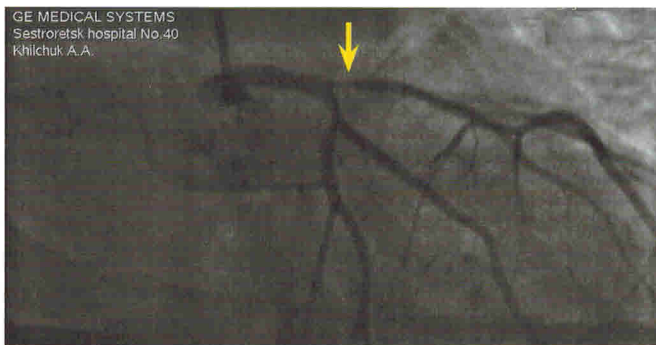


Рис.1 Стеноз устья ПМЖА до 90% (отмечен стрелкой)

После интракоронарного введения 200 мкг нитроглицерина гемодинамически значимого стеноза устья ПМЖА выявлено не было (рис. 2).

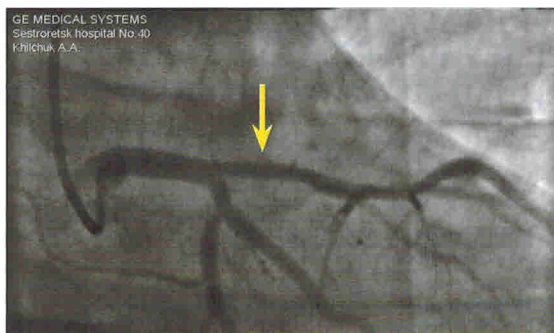


Рис.2 Отсутствие гемодинамически значимого стеноза устья ПМЖА после введения нитроглицерина (отмечено стрелкой)

Учитывая полученную ангиографическую картину, показаний к стентированию ПМЖА у пациента не выявлено, рекомендована консервативная терапия.

Тем не менее лабораторно у пациента наблюдалось значимое повышение уровней маркеров некроза миокарда, в связи с чем был диагностирован острый передне-боковой инфаркт миокарда 2 типа (вазоспастический вариант). Динамика биохимических показателей представлена в таблице 1.

Показатель	Норма	Динамика биохимических показателей		
		22.06.15	23.06.15	26.06.15
Общий белок, г/л	65-85	69	-	-
Креатинин, $\mu\text{mol/l}$	44-106	77	-	99
Билирубин, $\mu\text{mol/l}$	8,5-20,5	19,5	-	7,1
АЛТ, U/l	до 41	41	-	33
АСТ, U/l	до 50	58	-	26
Глюкоза, mmol/l	3,3-6,4	5,2	-	4,9
K^+ , mmol/l	3,5-5,5	3,7	-	-
Na^+ , mmol/l	136-145	141	-	-
АЧТВ, сек	25-39	43	37	30
Фибриноген, г/л	2-4	2,91	-	-
Тропонин Т, ng/ml	0,0-23	1100	-	-
КФК, mmol/l	0-120	706	1022	-
КФК-МВ, mmol/l	$\leq 10\%$ КФК	40	42	-
Мочевина, mmol/l	2,5-8,3	6,1	-	-

Комментарий к клиническому случаю

По данным мировой литературы, стенокардия вазоспастического типа чаще всего возникает в возрасте от 30 до 50 лет. Она встречается в 2-4% ангинозных приступов и относится к нестабильным формам стенокардии, среди которых может составлять до 25%. Отличие этой формы заключается в том, что при ее развитии происходит спазм сердечных сосудов. Вместе с тем есть доказательства тому, что в коронарных артериях, в которых происходит спазм, есть минимальное поражение атеросклерозом. Атеросклеротические изменения на ангиографии выявляются у 2/3 больных, но их выраженность невелика и не соответствует тяжести симптомов.

ПОСТОЯННАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ КАК УРГЕНТНЫЙ МЕТОД ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Попов В.В., Власенко С.В., Агарков М.В., Воробьевский Д.А., Цивьян Б.Л., Афанасьева М.В.

Больная С. 39 лет поступила 10.11.15 в экстренном порядке с диагнозом: маточное кровотечение.

При поступлении предъявляла жалобы на обильные кровянистые выделения из половых путей, слабость.

Из анамнеза известно, что с 8.11.15 отмечает впервые возникшие обильные кровянистые выделения из половых путей со сгустками. Самостоятельно принимала транексам с временным эффектом. 9.11.15 кровянистые выделения возобновились, обратилась за медицинской помощью.

Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет по 5 дней через 30, умеренные, болезненные, последние месячные 16.10.15. Беременностей – 4, родов – 3, аборт – 1. В 2006 году – внематочная беременность справа, лапароскопическая тубэктомия справа. Эктопия шейки матки с 2003 г.

При осмотре: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы бледные, теплые, естественной окраски. Язык влажный, чистый. Аксиллярная температура 36.8°C ., ЧД 16/мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. $\text{SpO}_2 = 98\%$. ЧСС = 76 уд./мин. Пульс ритмичный. Тоны сердца звучные. АД = 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный, не вздут.

P.S. Шейка матки имбибирована, из цервикального канала – разрастание в виде «цветной капусты», обильно кровоточит.

P.V. Шейка матки имбибирована, увеличена в размере. Тело матки в а/ф, обычных размеров, плотное, гладкое, подвижное, безболезненное при пальпации. Придатки с обеих сторон не пальпируются, без особенностей. Выполнена тугая тампонада шейки матки.

Данные лабораторных и инструментальных исследований:

ОАК: лейкоциты $8,6 \times 10^9/\text{л}$; эритроциты $2,49 \times 10^{12}/\text{л}$; гемоглобин 55 г/л; тромбоциты $324 \times 10^9/\text{л}$; гематокрит 18%, СОЭ 62 мм/ч. Группа крови А (II) Rh+.

МРТ органов малого таза: МР-признаки рака шейки матки с инфильтрацией мышечного слоя на всю толщину, серозной оболочки и локально паракольпиума (2В ст.) Лимфоаденопатия подвздошных и бифуркационного забрюшинных узлов.

Предварительный диагноз: рак шейки матки. Кровотечение.

Ввиду выраженности анемии и продолжающегося кровотечения принято решение об ургентной операции: постоянной эмболизации маточных артерий.

В рамках подготовки к оперативному вмешательству больной перелито две дозы эритроцезвеси А (II) Rh+.

В условиях рентгенооперационной больной выполнена тазовая ангиография.

Под местной анестезией выполнена пункция бедренной артерии по Сельдингеру. В просвет артерии установлен интродьюсер 5F. При помощи диагностического катетера PigTail 5F выполнена тазовая ангиография (рис.1).

В проекции малого таза определяется накопление контрастного вещества неправильной формы, с выраженной неоваскуляризацией, кровоснабжаемое из умеренно расширенных маточных артерий. Кровоснабжение образования в большей степени осуществляется из левой маточной артерии (рассыпной тип).

В ветви левой маточной артерии (3 ветви) на проводнике 0.018 заведен микрокатетер (рис.2).

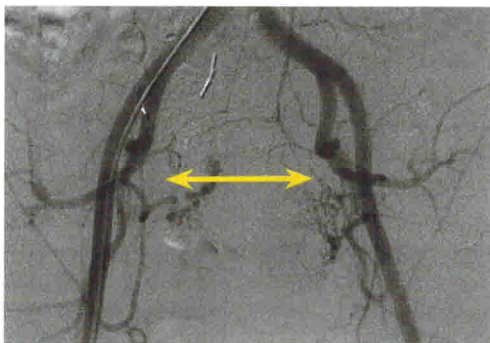


Рис.1 Умеренно расширенные маточные артерии при тазовой артериографии (отмечены стрелками)

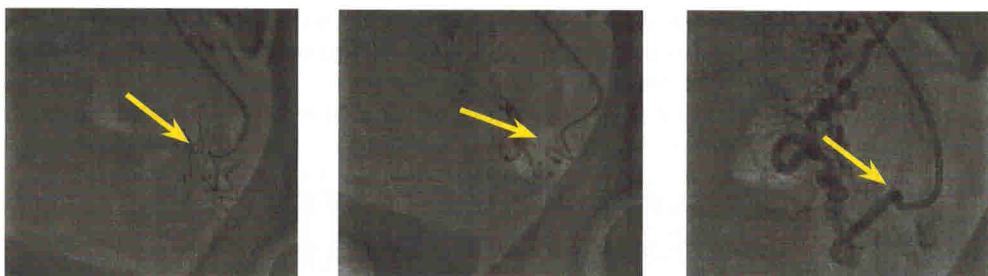


Рис. 2 Правая маточная артерия имеет рассыпной тип

Поочередная катетеризация и эмболизация всех ветвей правой маточной артерии при помощи микрокатетера (отмечен стрелками).

Выполнена их эмболизация 1 мл частиц BeadBlock 900-1200 мкм. Микрокатетер удален. Катетер Roberts установлен поочередно в правую и левую маточные артерии. Выполнена эмболизация маточных артерий 1 мл частиц BeadBlock 900-1200 мкм и 2 мл BeadBlock 500-700 мкм и 1,5 см³ гемостатической губки до эффекта стоп-контраст с обеих сторон (рис.3).



Рис. 3 Введение эмболизирующих частиц в левую маточную артерию

При контрольном контрастировании кровотока по маточным артериям не определяется, признаков экстравазации контрастного вещества нет, яичниковые артерии не визуализируются (рис. 4, 5).