



КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА  
СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр №1»

## **ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ**

**ЮБИЛЕЙНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ**

**«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ  
КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ НА СОВРЕМЕННОМ  
ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»**

**(с международным участием),**

**посвященная 35-летию**

**СПб ГБУЗ «ГКДЦ №1»**

**30 – 31 марта 2023 г.**

**Санкт-Петербург**

**Россия**

**2023**

### **Результаты и обсуждение:**

В первую очередь мы должны сказать, что, к сожалению, в основном больные поступают в клинику на поздних стадиях заболевания с развившимися осложнениями.

Главная задача при лечении гнойно-некротических осложнений СДС – избежать высокой ампутации поражённой конечности. Учитывая этих данных, в последние годы широко обсуждается эндоваскулярный подход реваскуляризации артерии нижних конечностей, которая восстанавливает артериальный кровоток в зоне трофических нарушений на стопе.

В предоперационном периоде обращалось внимание на характер и протяжённость атеросклеротического поражения. В зависимости от локализации трофических язв выбирался методы реваскуляризации артерии голени. Если до внедрения эндоваскулярного подхода, объем хирургических вмешательств определялся практически вслепую, то после внедрения данного метода и применяя его на первом этапе хирургического лечения, хирург получил возможность определять зону поражения и выбирать метод хирургического решения данной проблемы. В определении оптимального метода хирургического лечения мы основывались на клинических данных, объеме анестезии, рентгенологических, доплерографических и ангиографических данных. Из 84 больных 49 больные подвергались оперативному лечению. Ампутации метатарзальных костей по Шарпу была проведена у 14, ампутации одного пальца у 9, 2-х пальцев у 6 человек, 3-х пальцев- у 4 больных. Ампутация нижних конечностей на уровне голени выполнена у 4 и на уровне бедра у 12 больных.

По данным ангиографии и КТ-ангиографии в группе больных (n-26) у 62% были обнаружены изолированные поражения артерии голени или сочетания с подколенной артерией. Из 26 больных у 9 был выявлен медиакальциноз Менкеберга, что составило 35%.

По данным метанализа, эндоваскулярный подход улучшает заживление ран из-за прямого восстановления артериального кровотока, позволяет сформироваться демаркационную линию и адекватно оценить объем хирургического вмешательства. Все это позволяет сместить уровень ампутации или даже сохранить конечность. В результате применение эндоваскулярного подхода уровень проксимальной ампутации уменьшился до 9-10%.

**Вывод.** Своевременная диагностики осложнений СДС и внедрение эндоваскулярного подхода на первом этапе хирургического лечения осложнений СДС, значительно снижает количество высоких ампутации нижних конечностей.

### **СРАВНЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ СУЩЕСТВУЮЩИХ ЭКГ КРИТЕРИЕВ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИИ**

#### **ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ВЕРИФИЦИРОВАННОЙ ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ЕГО ГИПЕРТРОФИЕЙ И ДИЛАТАЦИЕЙ**

**АБЛЕЗОВА А.Ш.<sup>1</sup>, БУГАГИН Д.В.<sup>1</sup>, ВОРОНИНА У.В.<sup>1</sup>, ТРЕГУБОВ А.В.<sup>2</sup>**

**1. СПб ГБУЗ «ГКДЦ №1».**

**Россия. Санкт-Петербург.**

**2. Научно-клинический и образовательный центр "Кардиология"**

**Института высоких медицинских технологий**

**Санкт-Петербургского государственного университета.**

**Россия. Санкт-Петербург.**

Выявление и оценка гипертрофии камер сердца является одной из основных задач клинической электрокардиографии. Причиной развития гипертрофии правого желудочка (ПЖ) являются такие заболевания сердца и сосудов, как врожденные и приобретенные пороки, первичная легочная гипертензия, а также заболевания легких, обуславливающих

развитие вторичной легочной гипертензии: бронхиальной астме, хронической обструктивной болезни легких, бронхоэктатической болезни, муковисцидозе и др. Процесс гипертрофии можно обратить вспять с помощью терапии, и таким образом предотвратить или отсрочить неблагоприятные клинические исходы, что указывает на необходимость оценки признаков ГПЖ в динамике на фоне проводимого лечения.

Применение ЭКГ позволяет выявить признаки ГПЖ уже на ранних этапах обследования, обеспечить своевременную диагностику основного заболевания, послужившего причиной её развития и своевременно начать лечения.

Разработка критериев электрокардиографической (ЭКГ) диагностики ГПЖ в XX веке основывалась на измерении массы желудочка при аутопсии и данных рентгенографии грудной клетки. В настоящее время эхокардиография стала стандартом диагностики этого состояния, однако возможности применения этого метода в широких популяциях обследуемых всё еще ограничена. Самостоятельную проблему представляет применимость критериев для диагностики ГПЖ у пациентов с дилатацией правого желудочка (ПЖ) без утолщения его стенок.

**Цель работы:** изучить чувствительность существующих ЭКГ критериев диагностики ГПЖ у пациентов с верифицированной при эхокардиографии гипертрофией и дилатацией ПЖ и сопоставить чувствительность ЭКГ критериев у пациентов с гипертрофией и дилатацией ПЖ.

**Материал и методы.** В когортное ретроспективное исследование были включены пациенты СПб ГБУЗ «ГКДЦ №1», у которых при эхокардиографии были выявлены признаки гипертрофии и/или дилатации ПЖ. Критериями включения были возраст более 18 лет; толщина передней стенки ПЖ более 5 мм и/или размер ПЖ в парастернальной позиции по длинной оси левого желудочка более 30 мм и/или размер ПЖ на базальном уровне более 41 мм. Критерии для диагностики ГПЖ были взяты из Национального руководства по функциональной диагностике [Функциональная диагностика: национальное руководство / под ред. Н.Ф. Берестень, В.А. Сандрикова, С.И. Федоровой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 784 с.: ил. - (Серия "Национальные руководства"). - ISBN 978-5-9704-4242-5.] и клинических рекомендаций АНА/ACCF/HRS Recommendations for the Standardization and Interpretation of the Electrocardiogram Part V: Electrocardiogram Changes Associated With Cardiac Chamber Hypertrophy [Hancock E.W., Deal B.J., Mirvis D.M. et al. АНА/ACCF/HRS recommendations for the standardization and interpretation of the electrocardiogram: part V: electrocardiogram changes associated with cardiac chamber hypertrophy: a scientific statement from the American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee, Council on Clinical Cardiology; the American College of Cardiology Foundation; and the Heart Rhythm Society. Endorsed by the International Society for Computerized Electrocardiology. J Am Coll Cardiol. 2009 Mar 17;53(11):992-1002. doi: 10.1016/j.jacc.2008.12.015.].

Всего в исследование были включены 106 больных, 61 (57,5%) из них – мужчины. Средний возраст составил  $63,6 \pm 10,6$  лет. Изолированное утолщение стенки ПЖ имели 18 (16,9%) больных. Увеличение ПЖ без утолщения стенки было выявлено у 77 (72,6%) пациентов. Сочетание утолщения стенки и увеличения размеров ПЖ имели 10 больных (9,4%).

При статистической обработке результатов применялся частотный анализ и  $\chi^2$ -критерий Пирсона.

**Результаты исследования.** Критерии, представленные в Национальном руководстве по функциональной диагностике, были выявлены у 63 (59,4%) пациентов, вошедших в исследование, в среднем по 2,5 критерия у каждого. Наиболее часто из данной группы критериев определялись следующие:  $R V1 + S V5 \geq 1,05$  мВ (21,7%),  $R/S V1 \geq 1,0$  и  $S$  в отведениях  $V5, V6 \geq 0,7$  мВ (17,9%),  $R$  в  $V5$  или  $V6 < 0,5$  мВ (15,1%). У пациентов с утолщением стенки ПЖ без увеличения его размеров данные критерии были выявлены в 17 случаях (94,4%). Наиболее часто встречался критерий  $R V1 + S V5 \geq 1,05$  мВ

(38,9%). Критерии данной группы были выявлены у 37 больных (48%) с дилатацией ПЖ без утолщения стенки. Наиболее часто встречался критерий S в отведениях V5, V6  $\geq 0,7$  мВ (15,6%).

Критерии, представленные в клинических рекомендациях АНА/АССF/HRS были выявлены у 102 (96,2%) больных, в среднем 3,6 критерия у каждого. Наиболее часто определялись следующие критерии:  $(R1+S III)-(SI+RIII) < 15$  мм (86,8%),  $SI + QIII$  (34,9%), инверсия T в отведениях V1-V3 (32,1%), глубокие зубцы S в V6  $> 3$  мм (20,8%),  $RV1 + SV5,6 > 10,5$  мм (19,9%). У пациентов с утолщением стенки ПЖ без увеличения его размеров данные критерии были выявлены в 17 случаях (94,4%). Наиболее часто в обеих подгруппах определялся критерий  $(R I + S III)-(S I + R III) < 15$  мм (в 96,1% при увеличении толщины стенки ПЖ и в 84,4% при увеличении размеров ПЖ).

Совместное применение всех критериев позволило выявить ГПЖ в 103 случаях (97,2%).

У пациентов с увеличением размеров ПЖ достоверно реже ( $p < 0,05$ ), чем у пациентов с увеличением толщины стенки ПЖ выявлялись следующие критерии: высокий R в V1 (более 6 мм), увеличенное отношение R:S в V1  $> 1,0$ , высокий R в aVR  $> 4$  мм,  $R V1 + S V5,6 > 10,5$  мм, отношение R:S в V1  $> R:S$  в V3,4,  $R V1 + Sv5 \geq 1,05$  мВ,  $R V1 \geq 0,7$  мВ,  $R/S$  в V1  $\geq 1,0$ , смещение ST вниз в отведениях V1-V3,  $R$  в aVR  $\geq 0,5$  мВ.

**Выводы.** ЭКГ критерии диагностики ГПЖ, представленные в Национальном руководстве по функциональной диагностике, обладают высокой чувствительностью для выявления гипертрофии ПЖ при утолщении его стенки и низкой для выявления дилатации ПЖ. Применение критериев диагностики ГПЖ, представленных в клинических рекомендациях АНА/АССF/HRS, позволяют добиться высокой чувствительности ЭКГ исследования для выявления как утолщения стенки ПЖ, так и дилатации. Максимальную чувствительность обеспечивает совместное применение обеих групп критериев. Значительная часть ЭКГ критериев ГПЖ достоверно реже встречается у пациентов с дилатацией ПЖ, чем у пациентов с увеличением толщины стенки ПЖ.

## СКРИНИНГ И ПРОФИЛАКТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ АБРАМОВА А.В., СМИРНОВА О.А.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России.  
Россия. Санкт-Петербург.

Скрининг - это комплексная программа выявления и лечения онкологических заболеваний при отсутствии симптомов и жалоб у людей из группы риска с целью предотвращения смерти от этого заболевания.

Несмотря на попытки найти методы эффективного первичного скрининга в отношении многих онкологических заболеваний, на данный момент достаточные доказательства, полученные из рандомизированных исследований, есть только в отношении четырех локализаций рака - это рак молочной железы, колоректальный рак, рак предстательной железы и рак легкого.

Несмотря на отсутствие рандомизированных исследований, существуют признаваемые практически по всех странах мира достаточные доказательства эффективности скрининга рака шейки матки в снижении как заболеваемости (за счет выявления предраковых изменений), так и смертности. В качестве методов скрининга применяются цитологическое исследование мазка шейки матки с окраской по Папаниколау. В настоящее время помимо традиционной используется также жидкостная цитология, их эффективность сопоставима при должной квалификации цитолога.