

симальной трети 2-го сегмента ПМЖВ, с последующим стентированием. Из протокола ЦДК БЦС: увеличение комплекса интима-медиа, множественные стенозы сосудов БЦС до 60%.

Учитывая совокупность собранных данных, пациенту выставлено основное заболевание: Неспецифический аортоартериит V типа, с поражением грудного, брюшного отделов аорты, коронарных артерий, подключичных артерий, артерий БЦС, почечных артерий. Нестабильная стенокардия, высокий риск со стабилизацией во 2 ф.к. Коронарография, стентирование ПМЖВ.

Краеугольным камнем в терапии артериита Такаясу является назначение иммуносупрессивной терапии, в частности ГКС, с целью достижения ремиссии и её поддержания.

Пациент был выписан из стационара после улучшения состояния и подбора рациональной терапии, с рекомендациями.

**Заключение.** Таким образом, клиника ОКС может быть обусловлена не только атеросклеротическим поражением коронарных артерий, но и являться результатом поражения аорты и её ветвей на фоне соединительнотканых заболеваний, которые требуют дифференциальной диагностики и коррекции тактики ведения и терапии.

## 006 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВОГО БИОЛОГИЧЕСКОГО ОПОРНОГО КОЛЬЦА “NEORING” ДЛЯ АННУЛОПЛАСТИКИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

*Двадцатов И. В.*

ФГБНУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово, Россия

**Цель.** Оценка непосредственных результатов клинического применения нового ксеноперикардиального полужесткого замкнутого опорного кольца для митрального клапана в рамках одного центра.

**Материал и методы.** В клинике НИИ КПССЗ с марта по сентябрь 2020 года 13 пациентам была выполнена реконструкция митрального клапана с применением полужесткого замкнутого биологического кольца (ЗАО “НЕОКОР”, г. Кемерово). Средний возраст пациентов составил 55 [49;62] лет, из них 8 мужчин и 5 женщин. Во всех случаях этиологическим фактором формирования порока являлась дисплазия соединительной ткани. Средний функциональный класс сердечной недостаточности до операции составил 2 [2;3] по NYHA, эффективная площадь регургитации (ERO) 0,4 [0,3; 0,5]. Все вмешательства проводились в условиях ИК, защита миокарда осуществлялась раствором “Кустодиол”. Были использованы следующие техники реконструкции митрального клапана: протезирование хорд — у 2 пациентов, транслокация хорд — у 7 пациентов, резекционные методики — применены в 8 случаях. Сочетание нескольких техник реконструкции — у 6 пациентов. Во всех случаях пластика митрального клапана завершилась имплантацией биологического опорного кольца. В двух случаях, одномоментно с вмешательством на митральном клапане, были выполнены радиочастотная абляция (РЧА) по методике MAZE 4 по поводу фибрилляции предсердий и в 2 случаях коррекция вторичной трикуспидальной недостаточности. Пяти пациентам были имплантированы кольца с диаметром — 28 мм, пяти пациентам — 30 мм, трем пациентам — 32 мм.

**Результаты.** Таких значимых неблагоприятных событий, как смерть от всех причин, инсульт, инфаркт миокарда, сердечные осложнения, кровотечения, возврат регургитации ( $\geq 2$  ст.) или несостоятельность пластики, требующая реоперацию, инфекционный эндокардит после вмешательства — не отмечено ни в одном случае. В двух случаях имплантирован постоянный водитель ритма по причине исходного синдрома слабости синусового узла (СССУ). На момент выписки у всех пациентов регургитация отсутствовала (ERO 0). Средний трансклапанный градиент 4,0 [3,0; 5,3] мм рт.ст. После опе-

рации все пациенты были отнесены к I функциональному классу сердечной недостаточности по NYHA.

**Заключение.** Применение нового биологического опорного кольца “НЕОРИНГ” (ЗАО “НЕОКОР”, г. Кемерово) у данной группы пациентов показало высокую гемодинамическую эффективность, стабильность клинических результатов и отсутствие специфических осложнений в ранние сроки после операции. Планируется расширить клинический материал использования биологического кольца, а также провести оценку отдаленных результатов в формате проспективного рандомизированного исследования и сравнение нового изделия с уже существующими.

## 007 НЕСООТВЕТСТВИЕ В ДИНАМИКЕ ПИКОВОГО ПОГЛОЩЕНИЯ КИСЛОРОДА И ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ КАРДИОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ И АЭРОБНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК

*Дзедоева А. Ю., Галенко В. Л., Лелявина Т. А.*

НИЛ сердечной недостаточности ФГБУ НМИЦ им. В.А. Алмазова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

На фоне оптимальной медикаментозной и электрофизиологической терапии, назначения физических тренировок (ФТ) у пациентов с сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса левого желудочка (СНнФВ) в ряде случаев отмечается обратно пропорциональная зависимость показателей кардиореспираторного тестирования (КРТ) и фракции выброса левого желудочка (ФВлж) исходно и/или в динамике, что требует дальнейшего изучения.

**Описание клинического случая.** Проведен анализ данных пациента с СНнФВ из группы наблюдения НИО Сердечной Недостаточности НМИЦ им. В.А. Алмазова.

Пациент 58 лет с ИБС, повторными инфарктами миокарда от 2013г, 2015г (последний осложнился фибрилляцией желудочков, потребовавшей имплантации ИКД), оптимальной реваскуляризацией миокарда, имплантацией устройства Optimizer IVs. Несмотря на оптимальную медикаментозную и электрофизиологическую терапию сохранялось снижение ФВ ЛЖ и клиника СНнФВ II ф.кл., в связи с чем пациенту был подобран режим ФТ на основании достижения лактатного порога в ходе КРТ. Исходно выполняли КРТ на тредмиле (Oxycor Pro (Jaeger, Германия), ЭхоКГ аппарат Vivid S6 (GE, США). Эффективность ФТ оценивали на основании динамики  $VO_2$  реак, ФВлж каждые 6 мес. в течение 2-х лет.

Исходно ФВ ЛЖ составила 31%,  $VO_2$  реак 18,4 мл/кг/мин (55% от должных максимальных величин (МДВ)). Через 6 мес. ФР ФВлж без положительной динамики (31%), тогда как  $VO_2$  реак увеличилось до 21,2 мл/кг/мин (87% от МДВ). Через год ФР ФВлж также оставалась без динамики и составила 32%, тогда как показатель  $VO_2$  реак значимо возрос до 32,1 мл/кг/мин (102% от МДВ). Через 1,5 года тренировок ФВлж увеличилась до 36%,  $VO_2$  реак составило 26,4 мл/кг/мин (78% от МДВ). Ко 2-му году ФР ФВлж составила 32%,  $VO_2$  реак 23,0 мл/кг/мин (80% от МДВ). Проявления СНнФВ в настоящее время соответствуют I ф.кл.

**Обсуждение новизны и важности клинического случая.**

1. ФР, подобранная на основании достижения лактатного порога в ходе КРТ, была эффективна у данного пациента в отношении положительной динамики уровня  $VO_2$  реак и регресса клиники СНнФВ;

2. Различие между динамикой  $VO_2$  реак и ФВлж может быть обусловлено вкладом в поглощение кислорода скелетной мускулатурой и аэробным фенотипом пациента (преобладание красных мышечных волокон, богатых миоглобином и митохондриями);

3. Восстановление баланса анаболизма и катаболизма мышечной ткани на фоне сочетания оптимальной медика-