



Российское  
кардиологическое  
общество



Министерство  
здравоохранения  
Самарской области



Самарский  
государственный  
медицинский  
университет

**СОАВ**  
Самарская Областная  
Ассоциация Врачей  
Самарская областная  
ассоциация врачей



САМАРСКИЙ  
ОБЛАСТНОЙ  
КЛИНИЧЕСКИЙ  
КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ  
ДИСПАНСЕР

# 6-Я ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

## ПРОТИВОРЕЧИЯ СОВРЕМЕННОЙ КАРДИОЛОГИИ:

### «СПОРНЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ»



# ТЕЗИСЫ

10-11 ноября 2017 г.

САМАРА



ТЕХНИЧЕСКИЙ ОРГАНИЗАТОР:

**MICE** Partner  
MEETINGS INCENTIVES CONFERENCES EVENTS

Материалы VI Всероссийской конференции «Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы» (10-11 ноября 2017 года). - Самара, 2017. – 148 с.

УДК: 616.12-008+616.12-089

В материалах конференции отражены современные подходы в диагностике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний с позиций доказательной и персонализированной медицины. Издание освещает вопросы эпидемиологии и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, неотложных состояний, актуальные проблемы кардиохирургии, гипертензиологии, аритмологии и фундаментальных исследований в кардиологии. Особое внимание уделено проблеме взаимодействия кардиологов и врачей других специальностей (эндокринологов, неврологов, анестезиологов-реаниматологов) при определении прогноза и тактики ведения пациентов с коморбидной патологией.

|  |    |
|--|----|
| 59. Особенности липидного профиля у больных ибс старческого возраста.....  | 77 |
| <i>Тополянская С. В., Вакуленко О. Н., Елисеева Т. А., Балясникова Н. А., Калинин Г. А., Купина Л. М., Дворецкий Л. И.</i> |    |

|   |    |
|---|----|
| 60. Гендерные особенности поражения сердечно-сосудистой системы у пациентов старческого возраста..... | 78 |
| <i>Васильева И.Н., Миронова Е.Д.</i>  |    |

## РАЗДЕЛ VII. ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

|   |    |
|---|----|
| 61. Прогностическое значение биомаркеров миокардиального стресса и фиброза у пациентов с сердечной недостаточностью, перенесших инфаркт миокарда..... | 81 |
| <i>Шиляева Н. В., Слатова Л. Н., Щукин Ю. В.</i>  |    |

|  |    |
|--|----|
| 62. Первый опыт применения катетерной денервации почечных артерий в лечении хронической сердечной недостаточности.....           | 82 |
| <i>Троянова-Щуцкая Т. А., Курлянская Е. К., Гончарик Д. Б., Денисевич Т. Л., Осмоловская Т. В., Зотова О. В., Гребенюк И. А.</i> |    |

|   |    |
|---|----|
| 63. Комбинированная терапия аторвастатина и омега – 3 полиненасыщенных жирных кислот в первичной профилактике послеоперационной фибрилляции предсердий..... | 83 |
| <i>Рубаненко О. А.</i>  |    |

|  |    |
|--|----|
| 64. Эффективность ресинхронизирующей терапии в лечении хронической сердечной недостаточности с постоянной формой фибрилляции предсердий..... | 84 |
| <i>Троянова-Щуцкая Т. А., Курлянская Е. К., Гончарик Д. Б., Часнойть А. Р.</i>   |    |

|   |    |
|---|----|
| 65. Особенности ремоделирования левого желудочка при хронической сердечной недостаточности ишемического генеза..... | 85 |
| <i>Закирова Н. Э., Низамова Д. Ф., Закирова А. Н.</i>   |    |

|   |    |
|---|----|
| 66. Влияние инсулиноподобного фактора роста-1 на ремоделирование левого желудочка у пациентов с хронической сердечной недостаточностью ишемического генеза..... | 86 |
| <i>Закирова Н. Э., Закирова А. Н., Низамова Д. Ф.</i>   |    |

|  |    |
|--|----|
| 67. Острое повреждение почек и динамика интервала qt при острой декомпенсации хронической сердечной недостаточности..... | 87 |
| <i>Ларионова Н.В., Шутов А.М., Ефремова Е.В., Мензоров М.В.</i>  |    |

|  |    |
|--|----|
| 68. Особенности динамики содержания мозгового натрийуретического пептида крови у пациентов с острой декомпенсацией сердечной недостаточности и промежуточной фракцией выброса..... | 88 |
| <i>Скородумова Е.Г., Костенко В.А., Скородумова Е.А., Сиверина А.В., Соловьев М.В., Рысев А.В.</i>   |    |

|   |    |
|---|----|
| 69. Лечение хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса левого желудочка на фоне гипертонической болезни: сравнение верапамила и амлодипина..... | 89 |
| <i>Середа А.Ф., Канорский С.Г.</i>  |    |

при сопоставлении с контролем ( $p < 0,05$ ). Между тем у мужчин с ХСН II ФК параметры ИФР-1 снижались по сравнению с данными пациентов ХСН I ФК (29, 1 %;  $p > 0,05$ ), их значения приблизились к параметрам здоровых лиц ( $p > 0,05$ ).

Наиболее выраженная динамика показателей ИФР-1, с тенденцией к снижению этих величин зарегистрирована у больных ХСН III-IV ФК. Максимальное падение активности ИФР-1 установлено у пациентов с ХСН IV ФК, ее значения были не только меньше контрольных величин, но существенно ниже параметров ИФР-1, зарегистрированных при ХСН I-II ФК.

При корреляционном анализе, проведенном у пациентов с ХСН III-IV ФК, установлены обратные взаимосвязи между уровнем ИФР-1 и показателем ИММЛЖ ( $r = -0,48$ ,  $p < 0,05$ ).

Заключение. Результаты исследований указывают на существенный вклад дефицита ИФР-1 в развитие процессов ремоделирования ЛЖ у пациентов с ХСН ишемического генеза.

# 67

## ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК И ДИНАМИКА ИНТЕРВАЛА QT ПРИ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ларионова Н.В., Шутов А.М., Ефремова Е.В., Мензоров М.В.

*Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия*

Введение. Развитие острого повреждения почек (ОПП) при острой декомпенсации хронической сердечной недостаточности (ОДХСН) негативно влияет на прогноз больных, повышает внутригоспитальную летальность. Между тем, электрокардиографические параметры при ОДХСН и их связь с острым повреждением почек изучены недостаточно.

Цель исследования. Оценить частоту ОПП у больных с ОДХСН и возможное влияние ОПП на динамику электрокардиографических показателей у больных с ОДХСН.

Материалы и методы. В исследование включены 103 больных (64 мужчины и 39 женщин, средний возраст  $65 \pm 10$  лет), госпитализированных по поводу ОДХСН и выживших в течение 10 суток от момента госпитализации. Диагностика ОДХСН проводилась в соответствии с рекомендациями по диагностике и лечению ХСН ОССН, РКО и РНМОТ (Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр), 2013). ОПП диагностировали согласно критериям KDIGO, (Kidney Disease: Improving Global Outcomes Clinical Practice Guidelines for Acute Kidney Injury, 2012). Суточное мониторирование ЭКГ проводили аппаратом «Кардиотехника 04-3» (КТ 04-3, Санкт-Петербург) в день госпитализации и повторно на 10 день лечения.

Результаты. ОПП диагностировано у 25 (24,3 %) больных с ОДХСН. Удлинение QTc более 440 мс при госпитализации с ОДХСН выявлено у 42 (41 %) больных. При стабилизации состояния наблюдалось уменьшение длительности QT, чем при ОДХСН:  $392,44 \pm 42,23$  мс, против  $379,56 \pm 37,97$  мс, соотв. ( $p < 0,001$ ), в том числе и скорректированного интервала QT:  $434,74 \pm 37,55$  мс, против  $406,34 \pm 31,44$  мс, соотв. ( $p < 0,001$ ). У мужчин наличие ОПП влияло на длительность интервала QTc:  $475,50 \pm 31,72$  мс, против  $445,16 \pm 29,67$  мс без ОПП ( $p = 0,02$ ), это влияние сохранялось на 10 день лечения. У женщин связи между наличием ОПП и длительностью QTc не установлено. Анализ желудочковой экстрасистолии в зависимости от наличия или отсутствия ОПП показал, что частота желудочковых экстрасистол была больше как при поступлении: 622,0 (ИКР: 128,0;1488,0) экстрасистол, против 389,0 (ИКР: 42,0;1237,0) экстрасистол соотв. ( $p = 0,005$ ), так и при клинической стабилизации на 10 день лечения: 501,0 (ИКР: 81,0;1150,0) экстрасистол у больных ОПП, против 325,0 (ИКР: 70,0;1228,0) экстрасистол у больных без ОПП ( $p < 0,001$ ). На 10 день лечения у больных с синусовым ритмом сохранялись повышение индекса

вариабельности QT и патологические значения показателей турбулентности сердечного ритма. Показатели вариабельности сердечного ритма, превышающие «точки разделения риска смерти» не улучшались при клинической стабилизации.

Выводы. ОПП диагностировано у каждого четвертого больного с ОДХСН. Наличие ОПП ассоциировано с увеличением желудочковых экстрасистол, а также у больных мужского пола с ОДХСН приводит к увеличению продолжительности интервала QTc. При клинической стабилизации, несмотря на уменьшение продолжительности интервала QT, у больных с ОДХСН сохраняется высокий аритмогенный потенциал, что является неблагоприятным прогностическим фактором для данной категории больных.

## 68 ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ СОДЕРЖАНИЯ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА В КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА

Скородумова Е.Г.<sup>1</sup>, Костенко В.А.<sup>1</sup>, Скородумова Е.А.<sup>1</sup>, Сиверина А.В.<sup>1</sup>,  
Соловьев М.В.<sup>2</sup>, Рысев А.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»,

<sup>2</sup>ФГБОУ ВПО «Военно-Медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации

Цель работы: уточнить взаимосвязь уровня мозгового натрийуретического пептида (МНУП) у пациентов с промежуточной функцией левого желудочка (ЛЖ) по результатам инструментальных исследований.

Материал и методы: в исследование включено 67 пациентов в возрасте от 37 до 82 лет (средний возраст  $66,8 \pm 2,3$  года) с ишемической болезнью сердца и обусловленной ею промежуточной функцией ЛЖ, находившихся на лечении в кардиологическом стационаре в период с 2014 по 2016 гг. по поводу декомпенсации сердечной недостаточности. Гендерное распределение исследуемых больных: 42 пациента мужского пола, 25 – женского. Средняя продолжительность периода манифестации сердечной недостаточности у исследуемых пациентов на момент поступления составила  $5,8 \pm 2,6$  лет, у всех пациентов был оценен уровень МНУП.

Результаты: у обследованных больных был определен уровень МНУП при поступлении и выписке на амбулаторное лечение. Средний уровень при поступлении МНУП во всей выборке составил  $618 \pm 32,5$  нг/мл, при выписке он несколько снизился до  $586 \pm 29,4$  нг/мл. При этом был отмечен факт того, что у некоторых больных уровень МНУП не только не снижался, но даже имела тенденция к повышению МНУП. Таким образом, все больные были разделены на имевших повышение МНУП к концу госпитализации (группа А, 29 человек) и снизивших данный показатель (выборка Б, 38 человек). В обеих когортах был оценен отдаленный прогноз после выписки на амбулаторное лечение, заключающийся в виде определения конечных точек – сердечно-сосудистая смерть и количество повторных госпитализаций. Было выявлено что в группе А, летальный исход в течение года произошел у 7 человек (24,1%), против 2 в выборке