



Российское
кардиологическое
общество



Министерство
здравоохранения
Самарской области



Самарский
государственный
медицинский
университет



СОАВ
Самарская Областная
Ассоциация Врачей



САМАРСКИЙ
ОБЛАСТНОЙ
КЛИНИЧЕСКИЙ
КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ
ДИСТАНСЕР

7-Я ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

**ПРОТИВОРЕЧИЯ СОВРЕМЕННОЙ
КАРДИОЛОГИИ:**

«СПОРНЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ»



ТЕЗИСЫ

19-20 октября 2018 г.

САМАРА

ТЕХНИЧЕСКИЙ ОРГАНИЗАТОР:

MICE Partner
MEETINGS INCENTIVES CONFERENCES EVENTS

Материалы VII Всероссийской конференции «Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы» (19-20 октября 2018 года). - Самара, 2018. – 173 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.

103. Взаимосвязь объема поражения тромботическими массами ветвей легочных артерий и факторов риска развития заболевания.....121
Пронин А. Г.

РАЗДЕЛ X. ЭХОКАРДИОГРАФИЯ

104. Послеоперационные эхокардиографические предикторы рецидива фибрилляции предсердий при катетерной изоляции легочных вен.....122
Баймуханов А. М., Гендлин Г. Е., Ильич И. Л., Термосесов С. А., Никитин И. Г.
105. Применение спекл-трекинг эхокардиографии при пробе с изометрической нагрузкой для оценки нарушений сегментарной сократимости миокарда при постинфарктном кардиосклерозе.....123
Карнова И. С.
106. Echocardiographic dynamics of myocardial remodeling predictors and life quality after mitral stenosis surgery.....124
Кузьмина О. К., Теплова Ю. Е., Барбараиш О. Л.
107. Роль стресс-эхокардиографии в определении необходимости хирургической коррекции митральной недостаточности (на примере отдельного клинического случая).....126
Карпушкина Е. М., Зыбин А. А., Шеина Н. В., Семагин А. П.

РАЗДЕЛ XI. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

108. Динамический анализ структуры коронарной атеросклеротической бляшки у пациента со стабильной ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом.....127
Игнатова Ю. С., Кочергина А. М., Кочергин Н. А., Хорлампенко А. А.
109. Случай развития очень позднего тромбоза коронарного стента с лекарственным покрытием.....129
Исправникова А. А., Скопец И. С., Везикова Н. Н.
110. Клинический случай: вазовагальные обмороки у пациента с синдромом бругада.....130
Певзнер А. В., Кучинская Е. А., Малкина Т. А., Шлевков Н. Б., Федорова Е. А.
111. Редкая причина лихорадки у пациента в остром периоде инфаркта миокарда. Клиническое наблюдение.....131
Ордякова А. А., Кошелева Н. А.
112. Клинический случай синкопальных состояний и гипотонических кризов в практике врача-терапевта.....132
Киселева Г. И., Губарева И. В., Супорник Г. В., Титова Ю. Ф., Тюрина И. А., Иващенко М. Д., Губарева Е. Ю.
113. Диагностика и лечение коронарно-легочной фистулы у пациента с ишемической болезнью сердца: клинический случай.....133
Щукин Ю. В., Сухоруков В. В., Рябов А. Е., Буклешева И. М., Кругомов А. В., Германов В. А., Айдумова О. Ю.
114. Трудный путь к диагнозу кардиальной ламинопатии.....135
Курушко Т. В.
115. Редкий клинический случай. Инфаркт миокарда правого желудочка.....136
Хабибуллин И. М., Абдрахманова А. И.
116. Семейный фенотип дилатационной кардиомиопатии в сочетании с некомпактным миокардом левого желудочка, ассоциированные с дигенной мутацией в MYH7 и ACTC1.....137
Вайханская Т. Г., Сивицкая Л. Н., Курушко Т. В., Левданский О. Д., Даниленко Н. Г.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ И ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

Киселева Г. И¹., Губарева И. В¹., Супорник Г. В²., Титова Ю. Ф²., Тюрина И. А²., Иващенко М. Д²., Губарева Е. Ю¹.

¹ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия,

²НУЗ «ДКБ на ст. Самара ОАО «РЖД», Самара, Россия

Пациентка Л., 60 лет, поступила в НУЗ «ДКБ на ст. Самара ОАО «РЖД» (ДКБ) 02.02.18 с жалобами на периодические приступы снижения АД, учащенного сердцебиения, ощущения нехватки воздуха, дурноты, тошноты, общей выраженной слабости, возникающих внезапно без предвестников, похудание на 20 кг за 6 месяцев. Для купирования состояния принимала горизонтальное положение с возвышенным положением ног и анаприлин. За время стационарного лечения 5 эпизодов резкого снижения АД до 80 и 40 мм рт.ст., сатурации до 85%, глюкоза крови во время приступов 7,5-8,2 ммоль/л.

Приступы возникают чаще после курения, во время которых сознание сохранено, лицо и верхняя половина грудной клетки багрово-синюшного оттенка, тошнота, рвота, одышка, появляются влажные хрипы в нижних и средних отделах легких спереди, тоны сердца тихие, аритмичные, ЧСС до 120 уд в мин, судорог нет. На фоне проводимой терапии (дексаметазон, корвалол, валидол, кораксан) существенного эффекта не отмечает. Длительность приступа до 30 мин.

Впервые приступ возник внезапно 17.09.17 на даче, сопровождался потерей сознания, АД 80 и 40 мм рт.ст., вызвала БСМП: на ЭКГ нарушений ритма, проводимости, ишемических изменений не зарегистрировано. После обращения в поликлинику по месту жительства госпитализирована в ГБУЗ СО «СКГБ», на стационарном лечении с 19.09.17 по 04.10.17 с диагнозом «Церебральный атеросклероз, ДЭП 2 ст., состояние после синкопального приступа. Хроническая гипохромная анемия легкой степени тяжести».

05.10.17 – повторение синкопального состояния, госпитализирована в ГБ №1 с диагнозом «Эрозивный гастрит, осложненный кровотечением. Кровопотеря легкой степени тяжести». Получила консервативное лечение, выписана.

01.11.17 – синкопальное состояние. Направлена на госпитализацию в ДКБ. Диагноз – «ИБС. Стабильная стенокардия, 2 ФК (клинически). ГБ III ст., риск 4. Желудочковая экстрасистолия, I градация по Lawr В, Ryan M. Редкая одиночная парная предсердная экстрасистолия. ХСН I, II ФК. Приступ повторился 02.01.18. С 23.01.18 по 01.02.18 находилась на стационарном лечении в ДКБ с диагнозом «ХИМ 2 ст., сложного генеза, прогрессирующая эссенциальная гипотония с частыми гипотоническими кризами, редкими ортостатическими синкопальными состояниями. После выписки вновь приступ гипотензии, повторно госпитализирована в ДКБ для исключения надпочечниковой недостаточности.

Из анамнеза жизни: табакокурение до 5 сигарет во время текущей госпитализации, ранее до 40 сигарет в день. Стаж курения – 40 лет. Наследственность не отягощена. Хронические заболевания отрицает.

ОАК 03.02.18: RBC 3,15*10¹²/л, HGB – 105 г/л, СОЭ – 1 мм/ч, WBC – 8,74*10⁹/л, э – 0,2%, п – 0,3%, с- 83%, л – 13%, м – 3,7%, б – 0,1%, PLT – 355*10³. ОАМ без патологии.

Б/х крови 03.02.18: КФК – 17 ед/л, КФК-МВ- 14 ед/л, Д-димер – отриц., тропонин I – 4,6 пг/мл, АЛАТ – 17 ед/л, АСАТ – 17 ед/л, билирубин общий – 9,9 ммоль/л, мочевины – 6,1 ммоль/л, креатинин – 67 мкмоль/л, калий – 3,6 ммоль/л, натрий – 142 ммоль/л, триглицериды – 2,8 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 3,34 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,74 ммоль/л, глюкоза – 10,98 ммоль/л, ПТИ – 69,7%.

УЗИ органов брюшной полости 26.02.18: Эхо-признаки жирового гепатоза, гепатоспленомегалии, признаков портальной гипертензии. ЖКБ, хр. калькулезного холецистита, липоматоза поджелудочной железы.

ЭНМГ верхних и нижних конечностей 22.02.18: Признаки выраженных очаговых демиелинизирующих нейропатий срединных нервов с двух сторон на уровне запястных каналов. Начальные признаки демиелинизирующего поражения моторных волокон нервов нижних конечностей по полиневритическому типу.

МРТ гипофиза 12.02.18: Патологии не выявлено

КТ надпочечников 20.02.18: Аденомы тела левого надпочечника.

ЭКГ 07.02.18 (во время приступа): синусовая тахикардия, ЧСС – 100 в мин с одиночной желудочковой мономорфной экстрасистолой. Вольтаж не снижен. ЭОС вертикальная. Субэндокардиальная ишемия миокарда в области нижней и передне-боковой стенке левого желудочка. Преобладание потенциалов левого желудочка (ЛЖ).

ЭхоКГ 07.02.18 (во время приступа): ФВ – 60%. Эксцентрическая гипертрофия ЛЖ без дилатации полости и снижения сократительной функции. Зон гипо-акинезии не выявлено. Относительная недостаточность трикуспидального клапана I степени. Склеротическое поражение аорты. Нарушение диастолической функции ЛЖ. СДПЖ – 37 мм рт. ст.

Стресс-тест ЭхоКГ с физической нагрузкой 22.02.18: отрицательный.

Проведено лечение: дексаметазон, калия хлорид, рибоксин, мексидол, верапамил, АСК, тардиферон, амитриптилин, омепразол, кортеф, кортинефф, бисопролол.

Пациентка осмотрена консилиумом врачей ДКБ и главным внештатным кардиологом МЗ СО, д.м.н., профессором Д.В. Дупляковым, рекомендовано дообследование, ПЭТ, тилт-тест. Установить генез гипотонических кризов и синкопальных состояний не удалось, приступы сохраняются, их частота увеличилась.

Пациентке рекомендовано дообследование (тилт-тест, ПЭТ, кровь на онконевральные АТ и серотонин, отказ от курения; питание небольшими порциями, с обязательным принятием горизонтального положения на 30-40 минут после еды и при ощущении дурноты; постоянный контроль АД и ЧСС; наблюдение гематологом, медикаментозная терапия (препараты железа, тиоктовой кислоты, АСК).

113

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КРОНАРНО-ЛЕГОЧНОЙ ФИСТУЛЫ У ПАЦИЕНТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

Щукин Ю. В., Сухоруков В. В., Рябов А. Е., Буклешева И. М., Кругомов А. В., Германов В. А., Айдумова О. Ю.

ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Самара, Россия

Распространенность коронарно-легочных фистул (КЛФ), по данным коронароангиографии (КАГ), составляет около 0,2 % от всех выполненных КАГ, а по данным патологоанатомического исследования достигают 14 % от всех аутопсий. В большинстве случаев КЛФ, клинически бессимптомны и являются случайной находкой при КАГ. Однако, гемодинамически значимые КЛФ способны вызвать феномен коронарного обкрадывания с развитием ишемии в бассейне заинтересованной артерии. С возрастом пациента нарастает и частота осложнений.