

MATERIALS
OF THE XI INTERNATIONAL SCIENTIFIC
AND PRACTICAL CONFERENCE

«CONDUCT OF MODERN
SCIENCE - 2015»

November 30 - December 7, 2015

Volume 20
Medicine
Biological sciences
Chemistry and chemical technology

Sheffield
SCIENCE AND EDUCATION LTD
2015

SCIENCE AND EDUCATION LTD

Registered in ENGLAND & WALES

Registered Number: 08878342

OFFICE 1, VELOCITY TOWER, 10 ST. MARY'S GATE, SHEFFIELD, S
YORKSHIRE, ENGLAND, S1 4LR

**Materials of the XI International scientific and practical
conference, «Conduct of modern science», - 2015.**

Volume 20. Medicine. Biological sciences. Chemistry and
chemical technology. Sheffield. Science and education LTD -
104 crp.

Editor: Michael Wilson

Manager: William Jones

Technical worker: Daniel Brown

Materials of the XI International scientific and practical conference,
«Conduct of modern science», November 30 - December 7, 2015
on Medicine. Biological sciences. Chemistry and chemical technology.

For students, research workers.

ISBN 978-966-8736-05-6

© Authors, 2015

© SCIENCE AND EDUCATION LTD, 2015

4. Колтунов, Д. Е. Синдром Апера: клинические проявления и этиология / Д. Е. Колтунов // Лечащий врач. – 2006. – № 5. – С. 16 – 20.
5. Filkins, K. Prenatal ultrasonographic and molecular diagnosis of Apert syndrome / K. Filkins, J. F. Russo, S. Boehmer et al. // Prenat. Diagn. – 1997.- № 11. – P. 1081 – 1084.
6. Cohen, M. M. Birth prevalence study of the Apert syndrome / M. M. Cohen, S. Kreiberg, E. J. Lammer et al. // Am. J. Med. Genet. – 1992. – № 42. – P. 655 – 659.
7. Slaney, S. F. Differential effects of FGFR2 mutations on syndactyly and cleft palate in Apert syndrome / S. F. Slaney, M. Oldridge, J. A. Hurst et al. // Amer. J. Hum. Genet. – 1996. – № 5. – P. 923 – 932.

Шейко С.О.

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,
кафедра педіатрії, сімейної медицини та клінічної лабораторної діагностики
ФПО (Зав. кафедрою д.мед.н. С.О.Шейко, e-mail:doctor.sheyko@gmail.com)*

ПАТОЛОГІЧНЕ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З КАРДІОРЕНАЛЬНИМ СИНДРОМОМ

В сучасних літературних джерелах продовжується дискусія про адаптивний чи патологічний характер процесу ремоделювання серця.

Зміни в структурі і геометрії камер серця, які вказують на ремоделювання серця, часто передують клінічному прояву серцевої недостатності, можуть самостійно погіршувати систолічну та діастолічну функцію шлуночків і негативно впливати на якість життя і прогноз хворих [1, 4]. У більш широкому розумінні ремоделювання серця означає процес комплексного порушення структури і функції серця у відповідь на перевантаження чи втрату частини життєздатного міокарда. Гіпертрофія лівого шлуночка (ГЛШ) – це найбільш поширене ускладнення артеріальної гіпертензії (АГ) [2]. Його відносять до уражень органівмішеної у пацієнтів з АГ. В загальній популяції частота ГЛШ досягає, за різними даними, від 8 до 33%. ГЛШ асоціюється з істотним зростанням частоти виникнення гострого інфаркту міокарда, інсульту, серцевої недостатності, а також життєво небезпечних порушень серцевого ритму [7]. У пацієнтів з вираженою гіпертрофією міокарда лівого шлуночка (ЛШ) погіршується його діастолічне наповнення, страждає коронарний кровообіг [3]. На пізніх стадіях з'являється дилатація та систолічна дисфункція ЛШ. Процес ремоделювання серця в першу чергу включає збільшення маси міокарда, дилатацію порожнин, та зміну геометричних характеристик шлуночків [5, 6].

У хворих похилого віку з хронічною серцевою недостатністю та кардіоренальним анемічним синдромом зміни структури лівого шлуночка вивчено недостатньо.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей ремоделювання серця у хворих похилого віку з кардіоренальним синдромом (КРС).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Обстежено 309 хворих похилого віку (від 60 до 73 років) з ХСН ішемічного генезу і КРС, які склали основну групу. Середня тривалість захворювання – $7,11 \pm 3,9$ роки. Із них 207 пацієнтів (159 жінок та 48 чоловіків, віком – $66,5 \pm 6,9$ років) представили підгрупу зі збереженою фракцією викиду (ФВ $>45\%$) ЛШ та 102 хворих (79 жінок та 23 чоловіки, віком – $67,2 \pm 5,4$ роки) – підгрупу з систолічною (ФВ $\leq 45\%$) дисфункцією (СД) ЛШ. Контрольну групу склали 30 пацієнтів без серцево-судинних захворювань. Із них 7 (23,3%) чоловіків та 23 (76,7%) жінки, віком $65,7 \pm 5,3$ років. Основними критеріями включення в дослідження були: наявність у пацієнта з ХСН КРС, діагностованого на основі визначення швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) в межах 30-90 мл/хв/1,73 м² і наявності анемічного синдрому (АС) при рівні гемоглобіну (Hb) <120 г/л. Супутню АГ було верифіковано за стандартними критеріями. Діагноз ХСН визначали при наявності суб'єктивних клінічних симптомів та об'єктивних клінічних ознак ХСН, даних основних методів інструментальної діагностики ХСН: ЕхоКГ, рентгенографії грудної клітки, електрокардіографії (ЕКГ), холтеровського моніторингу ЕКГ, ТПХ, при необхідності черезстравохідної ехокардіографії, коронарної ангіографії, лабораторних методів дослідження згідно чинних рекомендацій та клінічного протоколу з діагностики, лікування та профілактики ХСН у дорослих.

Оцінку ремоделювання серця проводили шляхом визначення розмірів, об'ємів і скоротливої функції ЛШ. Визначення лінійних розмірів та об'ємів камер серця виконували згідно з рекомендаціями Американського товариства з ехокардіографії (АТЕ) та Європейської ехокардіографічної асоціації (СЕА). Для визначення типів геометрії ЛШ розраховували відносну товщину стінки ЛШ (ВТСЛШ). Масу міокарда ЛШ (ММЛШ) визначали за методикою Penn Convention (Devereux). З метою об'єктивізації показників у хворих із сферизацією порожнин, для визначення об'ємів ЛШ застосовували модифікований метод Simpson (метод дисків). Розраховували індексовані до площі поверхні тіла показники: індекс кінцево-діастолічного розміру – ІКДО, індекс кінцево-систолічного розміру – ІКСО, індекс маси міокарда лівого шлуночка – ІММЛШ, ударний індекс – УІ.

Виконували математико-статистичний аналіз.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Гіпертрофія ЛШ у хворих з ХСН зі збереженою ФВ ЛШ була статистично більш значущою, ніж в групі порівняння. При СД ЛШ, порівняно з хворими зі збереженою ФВ ЛШ, спостерігалась тенденція до зменшення товщини стінок ЛШ. Дана закономірність вказує на переважання у цих хворих ексцентричної дилатаційної гіпертрофії ЛШ (ГЛШ). У хворих з ХСН і КРС, порівняно з хвори-

ми без КРС, зареєстроване збільшення ММЛШ при II, III та IV ФК зі збереженою ФВЛШ на 4,0%, 8,1%, 13,5% відповідно. При II, III та IV ФК ХСН з СД ЛШ спостерігалось збільшення (ММЛШ) на 35,0%, 39,5% і 44,0% відповідно. Згідно з класифікацією R.V.Devereux, типи геометрії ЛШ класифікували за критерієм відносної товщини стінок лівого шлуночка (ВТСЛШ) – 0,44. Згідно з рекомендаціями АТЕ/САЕ (2005), ступінь дилатації ЛШ розподіляли на незначний (ІКДО від 76 до 86 мл/м²), помірний (ІКДО від 87 до 96 мл/м²) і виражений (ІКДО ЛШ > 96 мл/м²). Зіставлення ВТСЛШ, ІКДО, індексу сферичності в систолу (ІСс, ум.од.) у хворих похилого віку з ХСН і КРС дало змогу діагностувати такі варіанти геометрії ЛШ: недилатаційний концентричний і ексцентричний з помірною та вираженою дилатацією ЛШ. За результатами дослідження розроблено критерії діагностики ремоделювання ЛШ у хворих похилого віку з ХСН і КРС (табл. 1).

Результати дослідження свідчать, що у 95,1% хворих з ХСН і КРС з систолічною дисфункцією зустрічається ексцентричний напрямок ремоделювання ЛШ. У 76,3% хворих зі збереженою ФВ ЛШ зареєстровано концентричну ГЛШ ($p < 0,05$ між групами з різною ФВ ЛШ). Інші 23,7% хворих зі збереженою ФВ ЛШ мали ексцентричну ГЛШ. У 45 (61,7%) хворих похилого віку з ХСН без КРС спостерігалось концентричне ремоделювання ЛШ, у 26 (35,6%) – концентрична ГЛШ, двоє хворих (2,7%) мали ексцентричну ГЛШ.

Таблиця 1

Діагностичні критерії типів геометрії ЛШ у хворих з ХСН і КРС

Типи геометрії	Варіант геометрії	ВТСЛШ (ум.од.)	ІКДО (мл/м ²)	ІСс (ум.од.)
Недилатаційний	Концентричний (n=163)	> 0,44	< 76	<0,65
Дилатаційний	Ексцентричний з помірною дилатацією ЛШ (n=74)	< 0,3	76-96	>0,80
	Ексцентричний з вираженою дилатацією ЛШ (n=72)	< 0,3	>96	>0,80

ВИСНОВКИ

1. Хворі похилого віку з ХСН і кардіоренальним синдромом, порівняно з хворими без кардіоренального синдрому, характеризуються більш вираженими ознаками ремоделювання лівого шлуночка.

2. У 95,1% хворих похилого віку з ХСН і кардіоренальним синдромом на тлі систолічної дисфункції розвивається ексцентричний тип ремоделювання лівого шлуночка, у 76,3% хворих зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка – концентричний тип.

3. У хворих без кардіоренального синдрому концентричне ремоделювання, концентрична гіпертрофія і ексцентрична гіпертрофія лівого шлуночка спостерігались у 61,7%, 35,6% і 2,7% випадках.

Література

1. Воронков ЛГ. Пациент із ХСН в Україні: аналіз усієї популяції пацієнтів, обстежених у рамках першого національного зрізового дослідження UNIVERS Серцева недостатність. - 2012. - №1. - С.8-13.
2. Дзяк Г.В. Артериальная гипертензия и гипертрофия миокарда левого желудочка: роль блокады РААС / Г.В.Дзяк // Здоров'я України.-2007.-№24.-С.173-175.
3. Жарінов О. Й. Лікування серцевої недостатності. Підсумки 2010 / О.Й. Жарінов // Медицина світу. – 2011. – № 1. – С. 11–17.
4. Кардіоренальний анемічний синдром у хворих з хронічною серцевою недостатністю / Г. В. Дзяк, А. М. Василенко, С. О. Шейко, В. А. Василенко // Серцева недостатність. – 2010. – № 3. – С. 10–17.
5. Каспрук Г.Б. Маса міокарда лівого шлуночка у хворих із метаболічним синдромом / Г.Б. Каспрук, О.І. Мітченко, В.Ю. Романов // Новості медицини і фармації» Кардиология (338).-2010.- № 5. – С. 12–19.
6. Рекомендації Асоціації кардіологів України з діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності (2012) . – К., 2012. –105 с.
7. Devereux R. B. Left ventricular hypertrophy in hypertension: stimuli, patterns and consequences / R. B Devereux, M. J. Roman // Hypertens. Res. – 1999. – Vol. 22. – P. 1–9.

Danilevska N.V., Marchenko E.P.

*Zaporizhzhya state medical University Ministry of Public health of Ukraine,
Zaporizhzhya, Ukraine*

A NEW THERAPEUTIC TECHNIQUE OF «SUBLIMINAL VERBAL SUGGESTION» FOR SOLDIERS TREATMENT WITH PTSD

The main fact of our research is that the subliminal by its power of sound verbal information, not unavailable to the audition person, perceived on a subconscious level, processed and affects his feelings, thoughts and behavior [1–7].

This knowledge has helped us in the development of technique of soldier's psychotherapy with PTSD.

It is known that, firstly, the soldiers in the adaptive force for military action of behavior, are not inclined to trust others, and therefore not predisposed to full compliance in psychotherapy.

And so worry that block any psychotherapeutic formulas is conviction. We can take a long while to convince a soldier that «*the fighting is over and you can relax*», but he will not accept this information and will remain tense, in anticipation of danger.