

Південна
Фундація
Медицини

**МІЖНАРОДНА
НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ**

**«ФОРМУВАННЯ, ОХОРОНА
ТА ЗАХИСТ ЗДОРОВ'Я
В СУЧАСНИХ УМОВАХ»**

м. Одеса, 24-25 лютого 2012

Одеса 2012

комплексів подібного складу при найбільш поширених оксидантзалежних захворювань.



Рис.1 Динаміка суб'єктивної оцінки пацієнтами свого стану в процесі лікування



Рис.2 Динаміка скарг пацієнтів

Список літератури:

1. Чекман І.С. Клінічна фітотерапія.-К.:А.С.К., 2002.- 506с.
2. Волков Л.Г., Запровальна О.Є. Хронічна серцева недостатність, зумовлена ішемічною хворобою серця //Достог.-2001.-№4(8).-С.21-28.
3. Воронков Л.Г. Хронічна серцева недостатність. – К.: Четверта хвиля, 2004.- 198с.
4. Лікарські рослини: Енциклопедичний довідник //За ред. А.М.Гродзинського.-К.:Головна редакція УРЕ, 1991.- 544с.
5. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Алгоритм оценки качества жизни больных с психосоматическими заболеваниями // Терапевт. арх.- 2004.-Т.76, №10.-С. 37-43.

Руснак І. Т.

к. мед. н

Ташук В. К.

д. мед. н., професор

Барбс А. М.

Вілігорська К. В.

Буковинського державного медичного університету
м. Чернівці, Україна

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЯ ПРИ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

Стан здоров'я народу України є надзвичайно актуальною проблемою теоретичної і практичної медицини, оскільки обґрунтований не тільки питаннями об'єктивізації

діагностики і лікування, а й зумовлений суспільними явищами, пов'язується з високою кардіологічною смертністю, особливо серед осіб працездатного віку, значним внеском інвалідизації та зменшенням середньої тривалості життя, яка менша у середньому на 10 років порівняно з іншими країнами Євросоюзу та на 15 років – із окремими з них, а середня тривалість здорового життя чоловіків сягає лише 55 років, за тривалістю життя Україна серед інших країн світу посідає 54-те місце для чоловіків та 47-ме для жінок [1, с. 83; 2, слайд 2].

Незважаючи на значні успіхи у виявленні хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) в Україні та досягнення в її лікуванні, АГ й досі залишається найбільш поширеним захворюванням із несприятливим прогнозом, що зумовлене закономірним ремоделюванням лівого шлуночка (ЛШ) з розвитком його дисфункції та хронічної серцевої недостатності (СН). Відомо, що розвиток гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) створює передумови для порушення функціональних властивостей міокарда. Зменшується коронарний резерв, перфузія субендокардіальних шарів міокарда, порушується енергетичний обмін кардіоміоцитів. У хворих на АГ зміни серцевого м'язу мають гетерогенний характер. Ремоделювання міокарда передбачає зміну структури, геометричних характеристик шлуночків та функції серця внаслідок їх переважання або втрати життєдіяльного міокарда. Довготривалі проспективні дослідження виявили залежність ризику ускладнень не тільки від вираженості та динаміки ГЛШ, але й від характеру ремоделювання ЛШ. Рядом досліджень, зокрема Фремінгемським, виявлено, що найбільш несприятливий вплив на прогноз пацієнтів справляє концентричне ремоделювання ЛШ, тобто ГЛШ з переважанням потовщення стінок ЛШ над збільшенням його порожнини. У пацієнтів із концентричними змінами ЛШ раніше і більш суттєво погіршується діастолічна функція міокарда, з ексцентричними – систолічна [3, с. 503].

Ризик тяжких серцево-судинних захворювань ускладнень залежить від ГЛШ, а розвиток інфаркту міокарда, раптової коронарної смерті, мозкового інсульту може навіть збільшуватись при ГЛШ незалежно від рівня артеріального тиску (АТ) [4, с. 76], оскільки при наявній ГЛШ в 2-3 рази збільшується ризик розвитку застійної СН та аритмії серця, а зростання індексу маси міокарда лівого шлуночка на 50 г/м² супроводжується збільшенням ризику розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС) на 50%, причому в осіб з електро- і/або ехокардіографічними ознаками ГЛШ ступінь ризику розвитку ускладнень у 3-6 разів вищий, ніж у осіб без таких ознак.

Причини серцево-судинних захворювань активно вивчаються, пов'язуються з факторами ризику, що модифікуються і не модифікуються, в тому числі й соціального характеру (неправильне харчування, фізична інертність, куріння – а отже модифікуються), наслідком яких є підвищення АТ, рівня глюкози в крові, підвищеного вмісту атерогенних ліпідів в крові, зайвої ваги і ожиріння, тобто формуються «проміжні чинники ризику» [3, с. 507], що є характерним і для України: переважна частина населення проживає в умовах хронічного стресу, 56,8% мають надлишкову масу тіла, 44% чоловіків та 16,5% жінок курять [1, с. 83; 4, с. 76]. Проблема оптимізації лікування пацієнтів з АГ і ІХС є не тільки суто медичною, а і медико-соціальною.

Для об'єктивізації кількісної оцінки ГЛШ нами проведена комп'ютерна обробка електрокардіограм (ЕКГ) 202 пацієнтів зі стабільною стенокардією (СС), АГ та СН з її оцифровкою та побудовою першої похідної диференційованого зубця Т на засадах моделі, запропонованої Е.Ш. Халфеном. Суть методу полягає у визначенні швидкісних показників зубця Т диференційованої ЕКГ, які аналізуються при підсиленій і оцифрованій ЕКГ в I, III, V2 та V6 відведеннях, що зумовлено особливостями локалізації визначення можливих уражень міокарда.

Кількісні показники аналізувалися в розрахунках швидкості змін різниці потенціалів при реполяризації шлуночків, стосувались визначення показника відношення максимальних швидкостей (ВМШ), відношення сусідніх екстремальних значень (ВСЕЗ) на першому коліні зубця Т (V1 / V3) диференційованої ЕКГ (див. рис. 1) за абсолютними величинами, яке розраховували за формулою:

$$ВСЕЗ = \frac{(V1 - V3)}{V1}$$

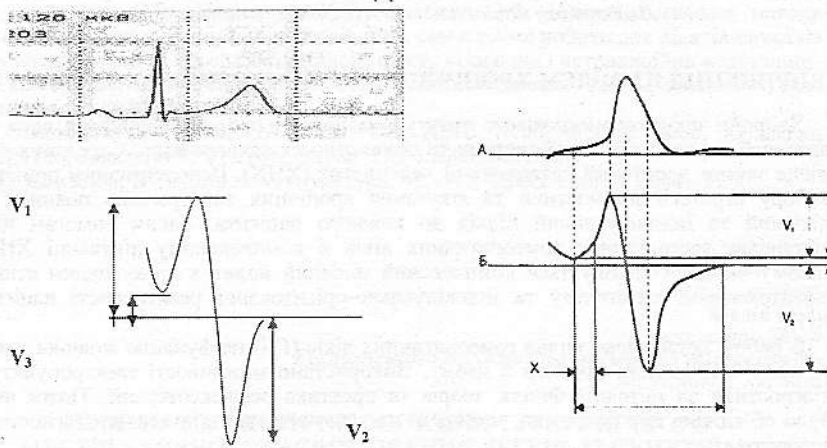


Рис 1. Перша похідна зубця Т – зліва звичайна ЕКГ і диференційований зубець Т, справа А – підсилений зубець Т, Б – диференційований зубець Т (цит. за Е.Ш. Халфен, 1986).

Примітки:

1. V1 – максимальне значення швидкості на першому коліні зубця Т диференційованої ЕКГ.
2. V2 – максимальне значення швидкості на другому коліні зубця Т диференційованої ЕКГ.
3. V3 – перше екстремальне значення швидкості на початковому коліні зубця Т диференційованої ЕКГ.

Доведено зростання показника відношення максимальних швидкостей (ВМШ) диференційованої ЕКГ, залежно від наростання проявів СН. Вплив діастолічного артеріального тиску (ДАТ) на показник ВМШ достовірний із приростом ознак ГЛШ для бокової стінки ЛШ та зменшенням для перетинкової ділянки ЛШ, а отже систолічний артеріальний тиск (САТ), і ще більше ДАТ, обумовлюють ремоделювання ЛШ, на відміну від тези про незалежність ГЛШ від САТ.

Застосування диференційованої ЕКГ дозволяє оптимізувати діагностичну цінність проведення ЕКГ дослідження в пацієнтів із патологією серцево-судинної системи, а визначення показника ВМШ є результуючим відносно впливів наявних ГЛШ, АГ, СС та СН.

Список літератури:

1. Корнацький В. М. Проблеми здоров'я та подовження тривалості життя населення України / В. М. Корнацький // Укр. мед. часопис. - 2008. - №5 (67). - С. 83-87.
2. Корнацький В. М. Етичні аспекти проведення клінічних досліджень в Україні / В.М. Корнацький // Режим доступу: Microsoft Powerpoint. - Київ, - 2011.
3. Caloric Restriction Ameliorates Angiotensin II-Induced Mitochondrial Remodeling and Cardiac Hypertrophy / P. Finckenberg, O. Eriksson, M. Baumann [et al.] // Hypertension. - 2012. - Vol. 59, № 1. - P. 76 - 84.
4. Highlights of the Year in JACC 2011 / A. N. DeMaria, J. J. Bax, O. Ben-Yehuda [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. - 2012. - Vol. 59, № 5. - P. 503 - 537.