



International Science Group

ISG-KONF.COM

XXII

**INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL
CONFERENCE "INTERACTION OF SOCIETY AND
SCIENCE: PROSPECTS AND PROBLEMS"**

London, England

April 20-23, 2021

ISBN 978-1-63848-663-3

DOI 10.46299/ISG.2021.I.XXII

INTERACTION OF SOCIETY AND SCIENCE: PROSPECTS AND PROBLEMS

Abstracts of XXII International Scientific and Practical Conference

London, England
April 20 – 23, 2021

Library of Congress Cataloging-in-Publication Data

UDC 01.1

The XXII International Science Conference «Interaction of society and science: prospects and problems», April 20 – 23, 2021, London, England. 601 p.

ISBN - 978-1-63848-663-3

DOI - 10.46299/ISG.2021.I.XXII

EDITORIAL BOARD

Pluzhnik Elena	Professor of the Department of Criminal Law and Criminology Odessa State University of Internal Affairs Candidate of Law, Associate Professor
<u>Liubchych Anna</u>	Scientific and Research Institute of Providing Legal Framework for the Innovative Development National Academy of Law Sciences of Ukraine, Kharkiv, Ukraine, Scientific secretary of Institute
<u>Liudmyla Polyvana</u>	Department of Accounting and Auditing Kharkiv National Technical University of Agriculture named after Petr Vasilenko, Ukraine
<u>Mushenyk Iryna</u>	Candidate of Economic Sciences, Associate Professor of Mathematical Disciplines , Informatics and Modeling. Podolsk State Agrarian Technical University
<u>Oleksandra Kovalevska</u>	Dnipropetrovsk State University of Internal Affairs Dnipro, Ukraine
<u>Prudka Liudmyla</u>	Odessa State University of Internal Affairs, Associate Professor of Criminology and Psychology Department
<u>Slabkyi Hennadii</u>	Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Health Sciences, Uzhhorod National University.
<u>Marchenko Dmytro</u>	Ph.D. in Machine Friction and Wear (Tribology), Associate Professor of Department of Tractors and Agricultural Machines, Maintenance and Servicing, Lecturer, Deputy dean on academic affairs of Engineering and Energy Faculty of Mykolayiv National Agrarian University (MNAU), Mykolayiv, Ukraine
<u>Harchenko Roman</u>	Candidate of Technical Sciences, specialty 05.22.20 - operation and repair of vehicles.
Belei Svitlana	Ph.D. (Economics), specialty: 08.00.04 "Economics and management of enterprises (by type of economic activity)"

69.	Абдуллоев С.М., Махмудов Х.Р., Али-Заде С.Г. РОЛЬ НАТРИЯ ХЛОРИДА В РАЗВИТИИ ОЖИРЕНИЯ ПРИ ЭКСПРИМЕНТЕ	274
70.	Аль Салама М.В.О., Маліневська-Білійчук О.В. ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА МОЛОДОГО ВІКУ ЗІ ЗНИЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ. РАНОЛАЗИН ЯК СКЛАДОВА ТЕРАПІЇ	278
71.	Борисова Ю.А. ОСОБЛИВОСТІ, ПРИЧИНА ТА ЧАСТОТА АНОСМІЇ ТА ДИСГЕВЗІЇ ПРИ COVID-19	285
72.	Ласитчук О.М., Курташ Н.Я., Кравчук І.В. ПІДВИЩЕННЯ ПРИРОДНОЇ ФЕРТИЛЬНОСТІ СІМЕЙНИХ ПАР З ВТОРИННИМ НЕПЛІДДАМ	287
73.	Мантак Г.І., Андрікевич І.І., Федчишен О.П., Березніцький О.В. КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РАННЬОЇ ЛОКАЛІЗОВАНОЇ СТАДІЇ БОРЕЛІОЗУ У ДІТЕЙ	290
74.	Павлик І.В., Лопушанський О.М. ПОРІВНЯННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ПЛАСТИКИ ПЕРВИННИХ ОДНОБІЧНИХ ПАХОВИХ ГРИЖ ЗА ТЕР І ТАРР МЕТОДИКАМИ	292
75.	Пахаренко Л.В., Басюга І.О., Куса О.М. КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЖІНОК ТА ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТУ ПРИ ЗАТРИМЦІ РОЗВИТКУ ПЛОДА	294
76.	Черниловський А.В., Ахе Є.А. ОСТЕОПОРОЗ. ДІАГНОСТИЧНІ ПРОБЛЕМИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ	296
77.	Шевченко О.О., Назар П.С., Левон М.М. УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ РОЗВИТКУ ЕНДОТЕЛІОЦИТІВ СИНУСОЇДІВ ПЕЧІНКИ В ПРЕНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ	301
PEDAGOGICAL SCIENCES		
78.	Bilotserkivets I. THE ROLE OF LIBRARIES IN INCLUSIVE PROCESSES	303

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА МОЛОДОГО ВІКУ ЗІ ЗНИЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ. РАНОЛАЗИН ЯК СКЛАДОВА ТЕРАПІЇ

Аль Салама Мухамед Васек Обейд

доцент, кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної
медицини,
Буковинський державний медичний університет

Маліневська-Білійчук Олександра Володимирівна

аспірант, кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної
медицини,
Буковинський державний медичний університет

Дилатаційна кардіоміопатія (ДКМП) - захворювання міокарда, що характеризується збільшенням об'єму порожнини серця, систолічною дисфункцією, проте без збільшення товщини стінок, в умовах відсутності встановленого етіологічного чинника а також значущого ураження коронарних артерій [1]. Основою для розвитку дисфункції серця при ДКМП є генетичні чинники, прямий ушкоджуючий вплив інфекції, токсичних агентів, порушення ендокринних, метаболічних та імуніопосередкованих процесів, перипартальна кардіоміопатія [2]. ДКМП характеризується появою прогресуючої серцевої недостатності (СН), порушенням ритму і провідності, тромбоемболій та раптової смерті. ДКМП також є третьою за частотою причиною СН, ця патологія зустрічається в будь-якому віці, проте найчастіше хворіють чоловіки віком 30-45 років[1].

Ранолазин є новим антиангінальним та антиішемічним препаратом, який не має значної дії на артеріальний тиск (АТ) та частоту серцевих скорочень (ЧСС), а також периферичний опір судин [3]. Ранолазин пригнічує пізній потік Na^+ , знижує концентрацію внутрішньоклітинного Ca^{2+} чим покращує діастолічне розслаблення. Зменшення діастолічного напруження сприяє якіснішому та більш легкому наповненню коронарних судин, що поліпшує кровопостачання міокарда та опосередковано попереджує розвиток аритмій та прогресування СН, покращує скоротливу здатність міокарда, що сприяє підвищенню фракції викиду (ФВ) [3].

Власний клінічний досвід.

Пацієнт 32 років звернувся до медичної установи зі скаргами на виражену задиху, перебої в роботі серця, головний біль та стискувальний біль в ділянці серця. Об'єктивно: загальний стан середньої важкості. Пульс 98/хв, аритмічний - (фібриляція передсердь - ФП). АТ 105/75 мм рт. ст. Межі серця зміщені вліво на 1,5 см. Тони серця ослаблені. Печінка + 2,5 см. Набряки гомілок та стоп.

Діагноз: ДКМП. Постійна фібриляція передсердь, тахісистолічна форма. СН ІІА ст. зі систолічною дисфункцією лівого шлуночка. ФК ІІІ.

Ехокардіографія (ЕхоКГ): ФВ=35%, тиск в легеневій артерії (ЛА) = 35 мм рт. ст., недостатність аортального клапана (АК), незначний аортальний стеноз, збільшення лівого передсердя (ЛП) (4,8 см), значно збільшений лівий шлуночок (ЛШ), виражена гіпокінезія всіх стінок ЛШ, скоротлива здатність міокарда ЛШ значно знижена, діастолічна дисфункція ЛШ, миготлива тахіаритмія.

Загальний аналіз крові (ЗАК) : Еритроцити $5,15 \cdot 10^{12}$ (N= 4,0-5,0*10¹²), гемоглобін 165 г/л (N=130-160 г/л).

Біохімічний аналіз крові (БАК) : Сечова кислота – 423,7 мкмоль/л (N=202,3-415,5 мкмоль/л). Ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ) = 2,85 ммоль/л (N= до 2,59 ммоль/л).

Схема лікування 1:

Калію оротат 500 мг – 1 таб 3 р/день (8.00-15.00-21.00) протягом 3-5 тиж.

Еплеренон 50 мг – 1 таб 2 р/день (8.00-18.00)

Карведилол 6,25 мг – 1 таб 2 р/день (10.00-21.00)

Дабігатран 150 мг – 1 таб 1 р/день

Триметазидин дигідрохлорид 35 мг – 1 таб 2 р/добу (9.00-21.00)

ЕхоКГ (рис.1): ФВ =42%, ЕхоКГ ознаки ДКМП, недостатність АК, невеликий аортальний стеноз, легенева гіпертензія (тиск ЛА = 39 мм рт. ст.), значно збільшені ліві відділи серця, незначна гіпертрофія ЛШ, гіпокінезія всіх стінок ЛШ, аритмія.



Рис.1 ЕхоКГ

Схема лікування 2:

Раміприл 5 мг – ¼ таб 2 р/день (9.00+21.00)

Калія оротат 500 мг – 1 таб 3 р/день (8.00+15.00+21.00)

Еплеренон 50 мг – ½ таб 2 р/день (8.00+18.00)

Карведилол 6,25 – 1 таб 2 р/день (10.00+22.00)

Ривароксабан 20 мг- 1 таб 1 р/день (14.00)

Торасемід 5 мг – ½ таб 1 р/день (12.00)

Силденафіл 50 мг – ½ таб 2 р/день (9.00+21.00)

Ранолазин 1000 мг – 1 таб 1 р/день (22.00) – приймав протягом 3 місяців

ЕхоКГ : ФВ=43%. ЕхоКГ ознаки ДКМП, недостатність АК, невеликий аортальний стеноз, легенева гіпертензія (тиск ЛА 39,0 мм рт. ст.), збільшене ЛП (4,9 см), гіпокінезія задньої стінки ЛШ, миготлива аритмія.

ЗАК : Еритроцити – $4,58 \cdot 10^{12}$, гемоглобін 147 г/л.

БАК : Сечова кислота 437,3 ммоль/л, ЛПНЩ = 3,18 ммоль/л.

Схема лікування 3:

Валсартан 25,7 мг + Сакубітрил 24,3 мг – 50 мг ½ таб 2 р/день (9.00+21.00)

Бісопролол 2,5 мг – 1 таб. 2 р/день (9.00+21.00)

Еплеренон 50 мг – ½ таб 2 р/день (8.00+18.00)

Ацетилсаліцилова кислота 75 мг – 1 таб 1 р/день (19.00)

Ривароксабан 20 мг – 1 таб 1 р/день (14.00)

Торасемід 5 мг – ½ таб 1 р/день (12.00)

Фебуксостат 80 мг – 1 таб 1 р/день (9.00)

Ранолазин 1000 мг – 1 таб 1 р/день – продовження прийому (загалом приймав 3 місяці)

Холтерівський моніторинг ЕКГ: Протягом всього дослідження фіксується постійна ФП, переважно з нормосистолією шлуночків. Зафіксовано 3 поодинокі, політопні шлуночкові екстрасистоли та один випадок парних шлуночкових екстрасистол. Клас шлуночкових екстрасистол за В. Lown і М. Wolf IVA (рис.2). Частота виникнення екстрасистол 0-2 в годину (рідкісні) всі в активний період. Середня ЧСС за весь період 78/хв, 82/хв в активний період та 67/хв в пасивний період. Циркадний індекс 1,21 (знижений). Достовірних ознак ішемії не зафіксовано. Хвиля «Т» коливається від ½ висоти R. При аналізі варіабельності серцевого ритму спостерігається підвищення всіх часових та частотних показників. Симпато-парасимпатичний баланс знижений. Подовження коригованого інтервалу QT спостерігається в 47% часу.



Рис. 2 Парні шлуночкові екстрасистоли

Схема лікування 4:

Валсартан 25,7 мг + Сакубітрил 24,3 мг – 50 мг ½ таб 2 р/день (9.00+21.00)

Соталол 80 мг – ¼ - ½ таб 2 р/день (7.00+22.00)

Еплеренон 50 мг – ½ таб 2 р/день (8.00+18.00)

Дабігатран 110 мг – 1 таб 1 р/день (14.00)

L-аргінін – 1 шипуча таблетка 1 р/день (10.00)

Тільки 1 раз в тиждень:

Торасемід 10 мг + Комбінований препарат (магнію аспарагінат + калію аспарагінат) 3 таб (О 8.00 магнію аспарагінат + калію аспарагінат; о 12.00 магнію аспарагінат + калію аспарагінат + торасемід; о 18.00 магнію аспарагінат + калію аспарагінат).

Дабігатран 100 мг – 1 таб 1 р/день (14.00)

ЕхоКГ: ФВ=45%, збільшення ЛП (4,8 см.), помірне збільшення ЛШ, недостатність АК II ст, помірна дифузна гіпокінезія ЛШ.

ЗАК: еритроцити - $4,99 \cdot 10^{12}$, гемоглобін - 161 г/л.

БАК: Сечова кислота - 364 мкмоль/л. ЛПНЩ = 3,21 ммоль/л.

Фонокардіографія (ФКГ) (рис. 3): ритм нерегулярний 93-120 /хв, миготлива аритмія, тахісистолична форма, амплітуда I і II тонів неоднакова в різних серцевих циклах I:II=1:2. Максимальний II тон над аортою II:I=1:2. У всіх точках реєструється систолічний шум. Систолічний шум середньоамплітудний, середньо- і високочастотний, непостійної форми, непостійний по тривалості. Діастолічний шум – в точці Боткіна, на основі мечовидного відростка, на аорті, на ЛА, непостійний по тривалості, середньо- і високочастотний, непостійної форми. Висновок: за даними ФКГ можна думати про недостатність клапана аорти та стеноз устя аорти.



Рис. 3 ФКГ

Схема лікування 5:

Валсартан 25,7 мг + Сакубітріл 24,3 мг – 50 мг ½ таб 4 р/день (9.00+13.00+18.00+21.00)

Бісопролол 2,5 мг – 1 таб 2 р/день (7.00+22.00)

Еплеренон 50 мг – ½ таб 2 р/день (8.00+18.00)

Дабігатран 110 мг – 1 таб 1 р/день (14.00)

Торасемід 5 мг – ½ таб 1 р/день (12.00)

Етацизин 50 мг – 1 таб 2 р/день (7.00+22.00)

ЕхоКГ : ФВ = 47%. ЕкоКГ ознаки ДКМП, недостатності АК, невеликого аортального стенозу, легенева гіпертензія (тиск ЛА 39 мм. рт ст), збільшення ЛП (4,9 см) та ЛШ, глобальна скоротлива здатність міокарда ЛШ знижена, миготлива аритмія.

Схема лікування 6:

Валсартан 25,7 мг + Сакубітріл 24,3 мг – 50 мг ½ таб 2 р/день (9.00+21.00)

Небіволол 5 мг – ¼ - ½ 2 р/день (7.00+22.00)

Аміодарон 200 мг – ½ таб – 1 таб 2 р/день (12.00+18.00)

Дабігатран 110 мг – 1 таб 1 р/день (14.00)

Торасемід 5 мг – ½ таб 1 р/день (12.00)

L-аргінін – 1 шипуча таблетка 1 р/день (10.00)

Тільки один день в тиждень:

Торасемід 10 мг + Комбінований препарат (магнію аспарагінат + калію аспарагінат) 3 таб (О 8.00 магнію аспарагінат + калію аспарагінат; о 12.00 магнію аспарагінат + калію аспарагінат + торасемід; о 18.00 магнію аспарагінат + калію аспарагінат).

Дабігатран 100 мг – 1 таб 1 р/день (14.00)

ЗАК : Еритроцити - $4,89 \cdot 10^{12}$, гемоглобін - 155 г/л.

БАК: Сечова кислота 349,8 мкмоль/л, ЛПНЩ = 2,92 ммоль/л.

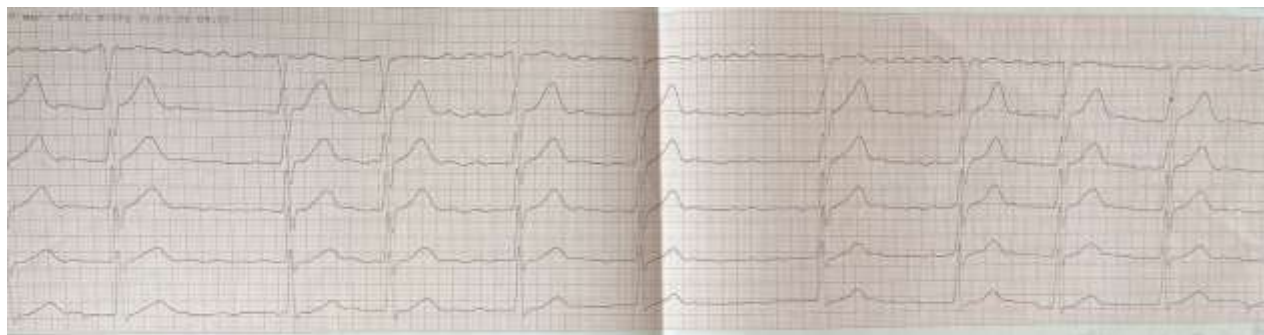


Рис. 4 Епізод фібриляції передсердь

Схема лікування 7:

Валсартан 25,7 мг + Сакубітрил 24,3 мг – 50 мг ½ таб 2 р/день (9.00+21.00)

Небіволол 5 мг – ¼ - ½ 2 р/день (7.00+22.00)

Аміодарон 200 мг – 1 таб 2 р/день (12.00+18.00)

Дабігатран 110 мг – 1 таб 1 р/день (14.00)

Торасемід 5 мг – 1 таб 1 р/день (12.00)

L-аргінін+L-карнітин+інозин – 1 таб 2 р/день (9.00+21.00)

Тільки один день в тиждень:

Торасемід 10 мг + Комбінований препарат (магнію аспарагінат + калію аспарагінат) 3 таб (О 8.00 магнію аспарагінат + калію аспарагінат; о 12.00 магнію аспарагінат + калію аспарагінат + торасемід; о 18.00 магнію аспарагінат + калію аспарагінат).

Дабігатран 100 мг – 1 таб 1 р/день (14.00)

ЕхоКГ: ФВ=49%, легенева гіпертензія (тиск ЛА= 39 мм. рт ст).

Схема лікування 8:

Валсартан 25,7 мг + Сакубітрил 24,3 мг – 50 мг 1 таб 2 р/день (8.00+21.00)

Небіволол 5 мг – ½ 2 р/день (9.00+22.00)

Еплепрес 25 мг -1 таб 1 р/день (9.00)

Торасемід 5 мг - 1 таб 1 р/день (12.00)

Ривароксабан 20 мг – 1 таб 1 р/день після їжі (14.00)

Триметазидин дигідрохлорид 35 мг – 1 таб 2 р/день (9.00 + 21.00)

Тільки один раз в тиждень:

Торасемід 10 мг + Комбінований препарат (магнію аспарагінат + калію аспарагінат) 3 таб (О 8.00 магнію аспарагінат + калію аспарагінат; о 12.00 магнію аспарагінат + калію аспарагінат + торасемід; о 18.00 магнію аспарагінат + калію аспарагінат).

ЕхоКГ: ФВ = 50%, легенева гіпертензія (тиск ЛА= 39 мм. рт ст).

Схема лікування 9:

Валсартан 25,7 мг + Сакубітрил 24,3 мг – 50 мг 1 таб 2 р/день (8.00+21.00)

Небіволол 5 мг – ½ 2 р/день (9.00+22.00)

Еплеренон 25 мг - 1 таб 1 р/день (9.00)

Івабрадин 7,5 мг - ½ таб 1 р/день (15.00)

Торасемід 10 мг - 1 таб 1 р/день (12.00)

Ривароксабан 20 мг – 1 таб 1 р/день після їжі (14.00)

Калій хлорид 600 мг – 1 таб 2 р/день (8.00+22.00)

Етиловий ефір омега-3-ненасичених жирних кислот 1000 мг 1 р/день до їжі (7.45)

Тільки один раз в тиждень:

Торасемід 10 мг + Комбінований препарат (магнію аспарагінат + калію аспарагінат) 3 таб (О 8.00 магнію аспарагінат + калію аспарагінат; о 12.00 магнію аспарагінат + калію аспарагінат + торасемід; о 18.00 магнію аспарагінат + калію аспарагінат).

Представлений клінічний випадок демонструє складність ведення пацієнта з ДКМП та зниженою ФВЛШ. Завдяки тривалому моніторингу стану пацієнта, контролю змін за даними інструментальних та лабораторних обстежень та підбору адекватної медикаментозної терапії вдалося значно покращити загальний стан пацієнта, ФВ з 35% зросла до 50%, знизилася кількість аритмічних епізодів. Ранолазин рекомендований для включення в алгоритми терапії при прийомі інших антиаритмічних препаратів (аміодарон, бета-блокатори), тому в нашій клінічній практиці представлений випадок ефективного лікування хворого комбінацією ранолазину з бета-блокаторами, яка сьогодні розглядається як високоефективний антиаритмічний тандем [4;5]. Представлений клінічний випадок дозволяє констатувати можливість успішного прийому ранолазину не лише для лікування ішемічної хвороби серця з метою проведення антиангінальної та антиішемічної терапії, а й для усунення порушень ритму, що підтверджується наростаючим позитивним досвідом реальної клінічної практики, тому антиаритмічний ефект ранолазину – нова течія в сучасній аритмології [5]. Отже, комплексний довготривалий підхід до лікування пацієнтів з ДКМП дозволяє розширити діапазон можливостей лікування складного пацієнта та покращити якість його життя.

Список літератури:

1. Власенко МВ, Кравчук НІ. Дилатаційна кардіоміопатія: захворювання чи ускладнення тиреотоксикозу. Проблеми ендокринної патології. 2017;3: 29-37. doi.org/10.21856/j-PEP.2017.3.04

2. Несукай ОГ. Сучасні підходи до діагностики та лікування кардіоміопатії: що нового? Здоров'я України 21 сторіччя. 2020;7(476):8-9.

3. Mezincescu A, Karthikeyan VJ, Nadar SK. Ranolazine: A true pluripotent cardiovascular drug or jack of all trades, master of none? Sultan Qaboos University Med J [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 30];18(1):e13-e23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5892807/pdf/squmj1802-e1323.pdf>. DOI: 10.18295/squmj.2018.18.01.003.

4. De Ferrari GM et al. Ranolazine in the treatment of atrial fibrillation: Results of the dose ranging RAFFAELLO. Heart Rhythm. 2015;12 (5):872-878. doi: 10.1016/j.hrthm.2015.01.021
5. Muntean DM, Kohajda Z. Atrial remodeling in permanent atrial fibrillation: mechanisms and pharmacological implications. J Clin Exp Cardiol. 2013;4 (11):2-12.