

этом не требуя модификации сетки. Рассмотрение течения крови связано с давлением внутри артерии и осуществляется через нестационарную систему дифференциальных уравнений Навье-Стокса с начальными и краевыми условиями. Как было показано на Конгрессе «Сердечная недостаточность - 2015» (г. Красногорск), объединение первого и второго подходов позволяют учитывать как механическую деформацию стенки (под воздействием различных сил), так и деформацию непосредственно от крови.

Заключение:

По-сути, строго говоря, все эти подходы описывают одно и то же – ССС, - а комбинирование подходов есть решение одной задачи с разных сторон. Однако, только такой подход можно считать наилучшим, так как каждый подход по-отдельности вводит предположения и погрешности, а комбинация позволяет свести эти погрешности к нулю, что позволяет максимально близко приблизиться математически к описанию ССС.

ВЕРТЕБРО-КАРДИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ КАК ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО

БЕРЕЗУЦКИЙ В. И.

ГУ ДНЕПРОПЕТРОВСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/ задачи):

Остеохондроз позвоночника и связанный с ним вертеброкардиальный синдром или вертеброгенная кардиопатия (ВК) – одна из самых частых причин обращения к врачу. Патогенез заболевания связывают не только с рефлекторными механизмами в соответствующем сегменте спинного мозга, но и с психосоматическими нарушениями. Болевой синдром, сопровождающий ВК, не оставляет в этом сомнений. Однако степень значимости психосоматического компонента изучена мало. Цель работы: изучение роли психосоматического расстройства в формировании клинической картины ВК.

Материал и методы:

Путем скрининга была сформирована группа больных ВК из 30 мужчин в возрасте от 25 до 42 лет (средний возраст $34,5 \pm 2,3$ года). Скрининг включал рентгенологическое и неврологическое исследование, мануальные тесты и пробу со статической нагрузкой на позвоночник для выявления вертеброгенного синдрома под контролем синхронной (полиграфической) регистрации реоэнцефалограммы (РЭГ), тетраполярной грудной реограммы и дифференцированной электрокардиографии. Проба со статической нагрузкой на позвоночник защищена патентом РФ, мануальные тесты для диагностики вертеброгенного синдрома были позаимствованы из базовых программ подготовки специалистов по мануальной терапии ведущих медицинских ВУЗов РФ. Тесты сводились к выявлению ограничения объема пассивных и активных движений, а также «симптомов натяжения» на уровне шейного и грудного отделов позвоночника. Также проводилось тестирование по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS). Оценка болевого синдрома проводилась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ).

Результаты:

Проба со статической нагрузкой на позвоночник и мануальные тесты провоцировали болевой синдром (кардиалгию) выраженные нарушения гемодинамики у всех исследуемых больных (100%), что свидетельствовало о наличии ВК. Спровоцированные в тестах нарушения гемодинамики мозга выра-

жались в признаках гиперактивности симпатического отдела нервной системы, тахикардии (90%), замедления внутрижелудочковой проводимости (32%), нарушения фазы реполяризации (75%), усиления признаков замедления венозного оттока (68%), увеличение тонуса периферических сосудов сопротивления (78%). Клинически выраженная тревога была выявлена у всех исследуемых с показателем по шкале $16,33 \pm 0,42$. Выраженность болевого синдрома по шкале ВАШ составила $6,82 \pm 0,45$ балла. С целью устранения негативного вертеброгенного влияния был проведен курс мануальной терапии. Устранение функциональных блоков в шейном и грудном отделах позвоночника позволило скорректировать ранее выявленные неврологические нарушения. Положительный эффект имел место у всех больных, что подтвердили отрицательные результаты мануальных тестов и пробы со статической нагрузкой на позвоночник под контролем инструментального исследования: гемодинамические сдвиги были незначительными и недостоверными, восстановилось равновесное состояние вегетатики. Показатель тревоги снизился до $9,83 \pm 0,69$ балла и свидетельствовал о субклинической депрессии. Выраженность болевого синдрома по шкале снизилась до $3,55 \pm 0,35$ балла. Таким образом, вертеброгенный механизм был ВК устранен, а кардиалгия и тревоги остались. С целью воздействия на эту часть патогенеза ВК была проведена психотерапия, включающая информационное «просвещение» по вопросам вертеброгенной патологии. Также были назначены анксиолитики. По завершении курса показатель тревоги снизился до нормального - $4,78 \pm 1,55$. Болевой синдром практически отсутствовал.

Заключение:

Установлена связь между клинической картиной ВК и проявлениями тревожно-депрессивного синдрома, что указывает на роль психосоматического компонента. В лечении ВК наряду с терапией позвоночника необходимо включать психотерапию и анксиолитики.

ВЕРТЕБРОГЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

БЕРЕЗУЦКИЙ В. И.

ГУ ДНЕПРОПЕТРОВСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/ задачи):

Цель работы: исследование влияния остеохондроза (ОХ) позвоночника на течение аритмий у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и оценка эффективности мануальной терапии (МТ) в комплексном лечении больных аритмической формой ИБС и ОХ.

Материал и методы:

Путем скрининга была сформирована группа из 95 больных со стабильной стенокардией II функционального класса с сопутствующим ОХ: 49 мужчин в возрасте от 48 до 73 лет и 46 женщины в возрасте от 53 до 72 лет. Диагноз ИБС был верифицирован на основании комплексного клинического, лабораторного и инструментального исследования в соответствии с рекомендациями европейского общества кардиологов. Скрининг включал рентгенологическое и неврологическое исследование, мануальные тесты для выявления вертебровисцерального синдрома под контролем электрокардиографии (ЭКГ), инструментальное исследование сердечно-сосудистой системы в пробах со статической нагрузкой на позвоночник