

сформувалася постійна форма ФП, нижчими були мінімальна ( $p = 0,003$ ), середньодобова ( $p = 0,003$ ) і вищою – максимальна ( $p = 0,06$ ) ЧСС, частіше реєструвалися передсердна екстрасистоля ( $p = 0,03$ ) та передсердні пари ( $p = 0,04$ ) порівняно з пацієнтами зі збереженим СР. За результатами дистанційної реєстрації ЕКГ за час госпіталізації у цих хворих достовірно частіше фіксувалися безсимптомні пароксизми ФП ( $p = 0,00001$ ), ранні рецидиви ( $p = 0,003$ ) ФП і шлуночкова екстрасистоля ( $p = 0,02$ ). При порівнянні параметрів ехокардіографічного обстеження у пацієнтів з формуванням постійної форми аритмії зафіксували більший діаметр лівого передсердя ( $p = 0,0217$ ) і нижчу фракцію викиду лівого шлуночка ( $p = 0,0053$ ). Аналіз фонового лікування показав, що пацієнти з постійною формою ФП достовірно рідше отримували нітрати ( $p = 0,0765$ ), сартани ( $p = 0,0637$ ) та антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів ( $p = 0,0019$ ).

**Висновки.** Перехід ФП в постійну форму протягом 9-місячного періоду спостереження після кардіоверсії було зареєстровано у 12,5 % пацієнтів. Групи пацієнтів з і без переходу ФП в постійну форму мали суттєві відмінності щодо частоти виникнення ранніх рецидивів аритмії, показника середньої ЧСС на СР, а також наявності передсердних екстрасистол після відновлення ритму.

## ОПТИМІЗАЦІЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ГОСТРОМУ КОРОНАРНОМУ СИНДРОМІ БЕЗ ЕЛЕВАЦІЇ СЕГМЕНТА ST

Полянська О. С., Ташук В. К., Гречко С. І.  
м. Чернівці, Буковинський державний медичний університет

Правильно проведена діагностика гострого коронарного синдрому (ГКС) дає можливість провести адекватне медикаментозне лікування, за необхідності – інвазивне втручання, і розпочати ранню реабілітацію пацієнтів на гострому та підгострому етапах реабілітації.

Метою дослідження є оптимізація ефективності реабілітаційних послуг у хворих на ГКС шляхом використання мультидисциплінарної команди (МДК).

Досліджено 210 хворих віком від 38 до 65 років, середній вік яких склав ( $51,2 \pm 2,7$ ) років, у яких діагностовано ГКС без патологічного зубця Q. Пацієнтам з тяжкою стенокардією, клінічним профілем високого ризику, а також при виявленні зони ішемії  $> 10\%$  міокарда проводилась інвазивна коронароангіографія незалежно від попередніх досліджень та лікування. Пацієнти з ГКС без патологічного зубця Q після інтервенційного втручання оглядалися спеціалістами МДК із встановленням реабілітаційного діагнозу, визначенням реабілітаційного прогнозу, складанням індивідуальної програми реабілітації. До складу МДК входили лікар фізичної та реабілітаційної медицини, фізичний терапевт, при потребі – психолог, дієтолог.

Відновлення порушених функцій починалось в гострому періоді хвороби і на наступний день після інвазивного втручання пацієнти могли сидіти по 10–15 хв. Пацієнтів з інфарктом міокарда вели за програмою ліжкового та розширеного ліжкового режимів під контролем електрокардіограми із застосуванням лікувальної гімнастики № 1 та № 2. Більшість пацієнтів виписувались зі стаціонару до 12–14-го дня і продовжували реабілітаційну програму на амбулаторному етапі. В подальшому застосовувався режим напівліжковий та вільний із застосуванням лікувальної гімнастики № 3 та № 4. Розроблена реабілітаційна програма дала можливість суттєво знизити частоту виникнення життєво небезпечних ускладнень і покращити якість життя пацієнтів.

## ДИНАМІКА ФАКТОРІВ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПІД ВПЛИВОМ ТРИВАЛОГО ЗАСТОСУВАННЯ КАНДЕСАРТАНУ У ХВОРИХ НА ДЕКОМПЕНСОВАНЕ ХРОНІЧНЕ ЛЕГЕНЕВЕ СЕРЦЕ

Середюк В. Н., Вакалюк І. П., Середюк Н. М.  
м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет

**Мета роботи:** оцінка впливу блокатора рецепторів ангіотензину-II (БРА-II) кандесартану порівняно з інгібітором ангіотензинперетворювального фермента (АПФ) еналаприлом на динаміку факторів ендотеліальної дисфункції у хворих на декомпенсоване хронічне легеневе серце (ХЛС).

**Матеріал та методи.** Обстежено 74 хворих (11 – жінки, 63 – чоловіки) на декомпенсоване ХЛС з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) II А ст., середній вік – ( $62,8 \pm 3,7$ ) років. Хворі були розподілені на дві клінічні групи залежно від застосованого фармакотерапевтичного

комплексу. Основну групу склали 39 хворих, в яких на тлі базової терапії застосовували БРА-II кандесартан (Кандесар, “RANBAXY”, Індія-США-Канада). Отримані результати порівнювали з такими у контрольній групі з 35 хворих, в яких на тлі базової терапії застосовували інгібітор АПФ еналаприл (Енап, “KRKA”, Словенія). Досліджувані препарати еналаприл та кандесартан призначали методом титрування, відповідно від 2,5 до 10 мг/добу та від 4 до 32 мг/добу, оптимізувавши дозу індивідуально для кожного пацієнта під контролем гемодинамічних показників. Групу референтних показників склали 27 здорових осіб, віком ( $28,4 \pm 2,9$ ) років. Проводили визначення концентрації у крові ендотеліну-1 (ET-1) [“Peninsula Laboratories”, USA] та васкулоендотеліального фактора росту (VEGF) [“Cytimmune”, USA] на початку дослідження і через 6 місяців лікування.

**Результати досліджень.** Встановлено, що на стадії декомпенсації ХЛС відбувається суттєве порушення вазорегуляції, яке супроводжується зростанням у крові рівнів ET-1 та VEGF. Так, у хворих основної групи відмічалось підвищення концентрації ET-1 до ( $5,65 \pm 0,39$ ) пг/мл, а VEGF – до ( $33,40 \pm 2,59$ ) пг/мл, проти – відповідно ( $5,29 \pm 0,34$ ) пг/мл та ( $31,23 \pm 3,14$ ) пг/мл у контрольній групі, з урахуванням значень ET-1 ( $1,18 \pm 0,23$ ) пг/мл і VEGF ( $7,95 \pm 1,38$ ) пг/мл у здорових осіб. Застосування кандесартану на тлі базової терапії виявляло кращий позитивний ефект, ніж терапія еналаприлом. Зокрема, через 6 місяців у хворих основної групи відбувалось зниження рівнів в крові ET-1 з ( $5,65 \pm 0,39$ ) пг/мл до ( $3,42 \pm 0,75$ ) пг/мл, що склало 39,5 % та VEGF з ( $33,40 \pm 2,59$ ) пг/мл до ( $22,97 \pm 2,83$ ) пг/мл, тобто на 31,8 % ( $p < 0,001$ ). У контрольній групі хворих реєструвалась менш яскрава динаміка зі зниженням ET-1 з ( $5,29 \pm 0,34$ ) пг/мл до ( $3,91 \pm 0,56$ ) пг/мл, тобто на 26,1 % ( $p < 0,01$ ) та VEGF з ( $31,23 \pm 3,14$ ) пг/мл до ( $24,52 \pm 2,65$ ) пг/мл, тобто на 21,4 % ( $p < 0,01$ ).

**Висновки.** Застосування БРА-II кандесартану упродовж 6 місяців на тлі базової терапії сприяє суттєвому зменшенню рівнів факторів ендотеліальної дисфункції (ET-1, VEGF), що підвищує ефективність лікування хворих на декомпенсоване ХЛС.

## УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЛЕГЕНЬ В РЕАЛЬНІЙ КАРДІОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Середюк Н. М.<sup>1,2,3</sup>, Царук О. Я.<sup>1,3</sup>, Середюк М. В.<sup>1</sup>, Белінський М. В.<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет

<sup>2</sup>Івано-Франківський Обласний кардіологічний центр

<sup>3</sup>м. Івано-Франківськ, Клінічний медичний центр «Доктор Царук»

<sup>4</sup>м. Івано-Франківськ, Клінічний медичний центр «ФранкоМед»

Ультразвукове дослідження легень (Lung UltraSound – LUS) є поширеним, доступним, практично-орієнтованим методом диференційної діагностики інтерстиційного синдрому, альвеолярних консолидацій і плевральних випотів кардіогенного та некардіогенного (пульмо-, нефрогенного чи інфекційного-COVID-19) походження (Коваленко В. М. та ін., 2018; Феценко Ю. І. та ін., 2021), а також способом оцінки ефективності невідкладної та планової фармакотерапії. LUS на сьогодні вважається більш досконалим методом, ніж рентгенографія органів грудної клітки (ОГК), для візуалізації кардіогенного набряку легень (інтерстиційного та інтерстиційно-альвеолярного синдромів) і рівняється з комп'ютерною томографією ОГК (Lichtenstein D. et al., 1993; 2011).

**Мета:** з'ясувати діагностичну значимість УЗ-дослідження легень при невідкладній допомозі та в амбулаторній і госпітальній практиці лікування кардіологічних пацієнтів.

**Матеріал та методи.** Згідно з BLUE- та національним LUS-протоколом і «Рекомендаціями щодо УЗД легень в медицині внутрішніх хвороб. Частина перша» (Сафонова О. М. та ін., 2021; Buda N. et al., 2020) проведено 229 УЗ-досліджень серця та легень у пацієнтів з кардіоваскулярними захворюваннями (гострі та хронічні коронарні синдроми, постковідні міо-, перикардити, серцева недостатність).

**Результати.** Виокремлені характерні УЗ-ознаки ураження легень, серед яких найбільш поширеними виявилися В-лінії (помірний і виражений інтерстиційний синдроми, ознака «білої легені»), плевральні випоти та альвеолярні консолидації, аеробронхограма, рідше – симптоми відсутності «ковзання» легень, фрагментації плевральної лінії, наявності «точки» легень, «штрих-коду». У постковідних пацієнтів УЗ-дослідження дає можливість виявляти процеси посилення фіброзоутворення (пневмо- та плеврофіброз, перикардіофіброз). Хороші результати отримані при використанні LUS-критеріїв для контролю ефективності діуретиків та дегідратаційної терапії.