

### Висновки

1. Ультразвукове дослідження легень доцільне для диференційної діагностики причин задишки, тахікардії, набрякового синдрому, плевральних і перикардіальних випотів, гепатомегалії.
2. Кількість В-ліній LUS добре корелює з тяжкістю серцевої недостатності у пацієнтів з гострими коронарними синдромами і може слугувати доповненням до критеріїв Forrester, Killip-Kimball щодо діагностики класу гострої серцевої недостатності при госпіталізації таких пацієнтів.
3. LUS-критерії доцільні для оцінки ефективності діуретиків.

## ФАКТОРИ РИЗИКУ ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ COVID-19, УСКЛАДНЕНОЇ ПНЕВМОНІЄЮ, У ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Скакун О. З., Середюк Н. М., Федоров С. В., Вербовська О. С.

*м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет*

За даними ВООЗ, у світі зафіксовано понад 600 млн випадків коронавірусної хвороби COVID-19 та понад 6,4 млн летальних випадків, асоційованих з цією недугою. Артеріальна гіпертензія асоціюється з вдвічі вищим ризиком тяжкого перебігу та летального наслідку.

**Мета.** Встановити фактори ризику тяжкого/вкрай тяжкого перебігу коронавірусної хвороби COVID-19 у госпіталізованих пацієнтів з артеріальною гіпертензією.

**Матеріали та методи.** Обстежено 106 невакцинованих пацієнтів, госпіталізованих з приводу коронавірусної хвороби COVID-19.

**Результати.** У 46 (43,4 %) пацієнтів діагностовано тяжкий перебіг, у 13 (12,3 %) – вкрай тяжкий перебіг коронавірусної хвороби COVID-19. Індекс маси тіла (ІМТ) у пацієнтів з тяжким перебігом (30,4 [26,4–34,1] кг/м<sup>2</sup>) був вищим, ніж у пацієнтів з перебігом середньої тяжкості (25,3 [23,5–29,1] кг/м<sup>2</sup>) ( $p < 0,001$ ). Пацієнти з тяжким перебігом частіше хворіли на цукровий діабет (40,7 %), ніж пацієнти з середньотяжким перебігом (21,3 %;  $p = 0,04$ ). ШОЕ на момент госпіталізації була вищою у пацієнтів з тяжким перебігом (37,5 [24,0–46,5] мм/год), ніж у пацієнтів із середньотяжким перебігом (28,0 [14,0–34,5] мм/год;  $p = 0,004$ ). Також феритин на момент госпіталізації був вищим у пацієнтів з тяжким перебігом (430,5 [177,0–733,0] нг/мл), ніж у пацієнтів з середньотяжким перебігом (315,5 [169,0–396,0] нг/мл;  $p = 0,03$ ).

**Висновок.** Факторами ризику тяжкого перебігу коронавірусної хвороби COVID-19 є наявність цукрового діабету, підвищений індекс маси тіла, високі показники ШОЕ і феритину.

## КЛІНІЧНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНИХ СТАНІВ ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ

Совтус В. І., Середюк Н. М., Вакалюк І. П.

*м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет*

Функціональне відновлення хворих після гострого коронарного синдрому (ГКС) є важливим не лише медичним, але й соціальним чинником перебігу ішемічної хвороби серця. З метою визначення клініко-прогностичних пріоритетів у менеджменті хворих з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) після ГКС проведено обстеження 120 хворих з перенесеним ГКС, які були розподілені відповідно на групи залежно від наявності залізодефіциту, а також з урахуванням тактики ведення ГКС, зокрема, виконання чи невиконання стентування інфарктзалежних коронарних судин. Хворих включали у дослідження через 1 міс. поспіль ГКС. Оцінювали клінічні ознаки ішемічної хвороби серця та ХСН, показники функціональних навантажувальних тестів, динаміку толерантності до фізичних навантажень, показники ехокардіографії, анкетування на предмет якості життя. Аналізували показники рівня в крові заліза, феритину, насиченості трансферину залізом, фібронектину, тропонінів.

Встановлено, що за наявності залізодефіциту при ХСН група хворих, що перенесли ГКС і були стентовані, характеризувалась менш численними клінічними ознаками захворювання на тлі сприятливого відновлення і вищою толерантністю до фізичних навантажень в поєднанні з відносно адекватною реакцією серцево-судинної системи, як за показниками артеріального тиску, так і частоти серцевих скорочень. Найбільш несприятливий перебіг формування постінфарктного