

### 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

періоду відмічено у нестентованих хворих з дилатацією лівого шлуночка, швидким прогресуванням ХСН, порушеннями ритму і провідності, а також за умов вираженого залізодефіциту і, особливо, анемічного синдрому. Саме в останній групі хворих толерантність до фізичних навантажень була найнижчою з найнижчими показниками якості життя. Цій групі хворих властиві напади стенокардії на тлі навантажувальних тестів і у спокої, найнижчі показники 6-хвилинного тесту та суттєве зменшення коронарного резерву під час велоергометрії. Таким чином, менеджмент хворих після ГКС повинен включати оцінку наявності залізодефіциту як одного з важливих чинників відновного періоду, що обумовлює фізичну працездатність хворих і суттєво впливає на якість життя.

## РОЛЬ ЛЕЙКОЦИТАРНИХ ІНДЕКСІВ ПРИ ГОСТРОМУ КОРОНАРНОМУ СИНДРОМІ

Ташук В. К., Нестеровська Р. А., Полянська О. С.  
м. Чернівці, Буковинський державний медичний університет

**З метою** обґрунтування значення лейкоцитарних індексів у хворих на гострий інфаркт міокарда з елевациєю сегмента ST (STEMI), підкреслюючи їх важливість у прийнятті клінічних рішень, **проаналізовані** результати обстеження 20 пацієнтів зі STEMI, яким було проведено успішне реперфузійне черезшкірне коронарне втручання (ЧКВ). Усім пацієнтам проводили забір крові в день надходження до стаціонару та на 10-й день перебування у стаціонарі; на підставі отриманих даних, підраховані значення 12 гематологічних індексів. **Встановлено**, що в групі пацієнтів зі зниженою фракцією викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ) спостерігали більш суттєве зниження: співвідношення нейтрофілів/лімфоцитів ( $NLR > 2,83$  – незалежний предиктор несприятливих серцево-судинних подій (ССП)), індексу системного імунного запалення ( $SII > 580,86 \times 10^9/\text{л}$  – прогноз великих ССП) і подібного до SII сукупного індексу системного запалення (AIS); індексу системної реакції запалення ( $SIRI > 1,02$  – корелює з прогресуванням гострого коронарного синдрому); співвідношення тромбоцитів/гемоглобіну ( $PHR \geq 1,69$  – предиктор тривалої смертності). Виявили підвищення індексів лімфоцитів/еозинофілів (балансу гіперчутливості негайного та сповільненого типу) і лейкоцитів/ШОЕ (інтоксикація/автоімунність) за збереженої ФВ ЛШ та спостерігали більш позитивну динаміку зростання співвідношення лімфоцитів/моноцитів ( $LMR < 4,8$  – незалежний фактор ризику) та індексу адаптації ( $IA = Li/C$ ) з визначенням типу адаптаційної реакції за зниженої ФВ ЛШ.  $NLR$  у групі несприятливого розподілу ( $NLR > 2,83$ ) супроводжується: зниженням фактору фон Віллебранда, вазопресину, натрійуретичного пептиду. І навпаки – в групі сприятливого розподілу ( $NLR < 2,83$ ): більше зниження альдостерону. Отже, оцінка лейкоцитарних індексів дозволить здійснити контроль та оптимізацію лікування.

## ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ В КАРДІОЛОГІЇ – МОЖЛИВОСТІ ДІДЖИТАЛІЗАЦІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ГОСТРИХ КОРОНАРНИХ СИНДРОМІВ

Ташук В. К., Маліневська-Білійчук О. В., Іванчук П. Р.  
м. Чернівці, Буковинський державний медичний університет

Серцево-судинні захворювання є провідною причиною смерті та одним з факторів інвалідизації по всьому світу, а гострий коронарний синдром (ГКС) – основна причина лідерства. Вирішальним чинником результату ГКС вважають час початку лікування, а інтерпретація ЕКГ за використання штучного інтелекту – перспективна технологічна інновація у відділенні невідкладної допомоги та додатковий діагностичний інструмент. За допомогою власного програмного забезпечення «Smart-ECG» встановлені основні детермінанти ГКС без елевачії ST (NSTEMI) - показник відношення максимальних швидкостей (ВМШ) над зоною ушкодження за NSTEMI знижується, що підтверджує характерну тенденцію змін ВМШ за гострої ішемії та відображає загальноприйнятий концепт – суттєві зміни параметрів першої похідної ЕКГ за патології – швидкісні параметри знижуються за інфаркту міокарда. Показник ВМШ над зоною, протилежною до зони ураження, за NSTEMI знижується порівняно з нормою, проте значно менше, що ймовірно, пояснює гемодинамічний перерозподіл за інфаркту міокарда та залучення до скорочення неураженої стінки як компенсаторного агента. Зниження ВМШ в 1-й день за STEMI та