

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 ($SII > 580,86 \times 10^9/л$ – 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 елевації 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 неуразженої стінки як компенсаторного агента. Зниження ВМШ в 1-й день за STEMI та

NSTEMI практично однакові незважаючи на тяжкість ураження стінок серця – можливо, показник ВМШ обумовлює гіршу криву виживання до 19 років спостереження за NSTEMI. Характерним є збільшення показника ВМШ в групі NSTEMI на 10-й день, що відображає часткове відновлення ішемізованого міокарда. Отже, програму “Smart-ECG” можна рекомендувати доповнити в діагностику та реабілітацію хворих на ГКС для розширення диференційних, діагностичних та прогностичних можливостей.

СУЧАСНІ МЕДИКАМЕНТОЗНІ МОЖЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРУРИКЕМІЇ ТА ПОДАГРИ. РОЛЬ «ВИШНЕВОЇ» ДІЄТИ

Чопей І. В., Гряділь Т. І., Чубірко К. І.

м. Ужгород, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Подагра – це системне метаболічне тофусне захворювання, що розвивається в зв'язку із запаленням у місці відкладення кристалів моноурату натрію у осіб з гіперурикемією, обумовленою зовнішньосередовищними і/або генетичними чинниками.

При подагрі розрізняють 4 стадії: безсимптомна гіперурикемія – підвищення сироваткового рівня сечової кислоти без клінічних проявів подагри, гостра фаза – гостре запалення суглобів, спричинене відкладенням кристалів уратів, інтермітуюча подагра – інтервали між гострими нападами подагри, прогресуюча подагра – стадія тофусної подагри та її ускладнень у зв'язку з неконтрольованою гіперурикемією.

Причиною гіперурикемії у 10 % випадків є порушення дієти, мієлопроліферативні захворювання, хіміотерапія, генетичні зміни, тощо, а у 90 % випадків – зниження виведення сечової кислоти.

Безсимптомне збільшення рівня сечової кислоти мають 5–18 % популяції, з них тільки у 5–20 % розвивається подагра. Показниками гіперурикемії для жінок є 360 мкг/л, а для чоловіків – 420 мкг/л.

На сьогодні до уратзнижувальної терапії відносять: а) інгібітори ксантиноксидази: аллопуринол, фебуксостат, б) урикозуретики: пробенецид, бензбромарон, сульфінпіразон, в) урикази: пеглотиказа (пегільована уриказа), расбуриказа (рекомбінантна уриказа).

В останні роки в багатьох країнах світу в протоколи лікування гіперурикемії та подагри вводять вживання вишні та черешні близько 150–200 г у свіжому чи консервованому вигляді.

Вишні знижують рівні сечової кислоти шляхом підвищення екскреції з сечею та мають високий рівень антоціанів, які є корисними для здоров'я.

В даній публікації аналізується 5 хворих на подагру (1-ша група), в яких була клінічно значуща гостра атака цього захворювання та 5 хворих із гіперурикемією (2-га група), які протягом 1 року не вживали уратзнижувальні препарати і були на звичайній дієті, вживали алкоголь у помірних кількостях, не більше 3 доз на тиждень (1 доза – 0,5 л пива або 250 мл вина, або 50 мл етилового спирту). Щоденно вони вживали близько 150 г свіжих або заморожених вишень протягом 12 місяців.

Отримані результати: протягом року у жодного з пацієнтів не зафіксовано гострого приступу подагри, а рівень сечової кислоти у першій групі після лікування становив $(215,5 \pm 27,5)$ мкг/л, проти $(432,0 \pm 42,6)$ мкг/л. У пацієнтів із гіперурикемією отримано аналогічні результати. До лікування показники сечової кислоти становили $(495,5 \pm 36,6)$ мкг/л, проти $(418,0 \pm 12,9)$ мкг/л. Таким чином «вишнева дієта» може бути допоміжним методом лікування як у пацієнтів із гіперурикемією, так і у хворих на подагру.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК АЛКОГОЛЬНОЇ КАРДІОМІОПАТІЇ

Юзич І. А., Галькевич М. П.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Алкогольна кардіоміопатія – одна із вторинних дилатаційних кардіоміопатій, що виникає внаслідок токсичного впливу етанолу на міокард впродовж тривалого часу.

Пацієнт Ю., 68 років, звернувся зі скаргами на задишку, що посилюється при фізичному навантаженні та в горизонтальному положенні, серцебиття, набряки нижніх кінцівок, виражену загальну слабкість. В анамнезі – хворіє 13 років, коли почав періодично відмічати задишку та загальну слабкість, проте вважав це результатом поганої фізичної форми, почав відвідувати спортзал. Через 6 міс. стан значно погіршився, після чого звернувся за медичною допомогою. Встановлено діагноз «Ішемічна хвороба серця. Післяінфарктний кардіосклероз. Серцева