

недостатність ПА зі зниженою систолічною функцією лівого шлуночка» (фракція викиду, ФВ = 30 %). Систематично не лікувався. Зловживав міцним алкоголем (> 500 мл/7 д) впродовж останніх 25 років, до того – слабоалкогольні напої (пиво) 500–1000 мл/д. Об'єктивно: набряки нижніх кінцівок, розширення меж серця, ознаки застою у малому колі кровообігу. На ЕКГ: фібриляція передсердь з ЧСС=104–132', знижений вольтаж, повна блокада лівої ніжки пучка Гіса. За даними ЕхоКГ – дилатація усіх камер серця, муральний тромб у порожнині лівого шлуночка і зниження ФВ до 10 %. Пацієнту була проведена коронарографія, за даними якої ураження коронарних судин було відсутнє.

В результаті пацієнту був виставлений діагноз: Алкогольна кардіоміопатія. Фібриляція передсердь, постійна форма, тахісистолічний варіант. Серцева недостатність ІІБ зі зниженою систолічною функцією лівого шлуночка, ІІІ ФК за NYHA.

Отже, для встановлення вірного діагнозу важливе значення має детальний збір анамнезу, обстеження коронарних судин для диференційного діагнозу з ішемічною хворобою серця.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ КОНТРОЛЮ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ПІСЛЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Ягенський А. В., Павелко М. М., Оштук Я. М.

м. Луцьк, КП «Медичне об'єднання Луцької міської територіальної громади»

Контроль артеріальної гіпертензії (АГ) є основою вторинної профілактики після інфаркту (ІМ), а дані щодо його ефективності у віддалений період після ІМ є досить обмеженими.

Мета: виявлення чинників, що впливають на якість контролю АГ у віддалений період після ІМ.

Матеріали та методи дослідження. До дослідження були включені 265 пацієнтів після ІМ [вік (65,0 ± 9,8) років; 68,3 % чоловіки]. Час від ІМ до включення в дослідження склав (2,3 ± 1,9) років. Оцінку якості вторинної профілактики проводили шляхом анкетування, вимірювання антропометричних показників, АТ і ЧСС. Обстеження проводили в домашніх умовах.

Результати. АГ була виявлена у 69,1 % пацієнтів. Лише у 26,3% пацієнтів із АГ АТ був у межах цільових значень. Чинниками, що асоціювались із досягненням цільових значень АТ, були вік до 60 років (ВШ – 1,35; $p = 0,02$), візит до лікаря протягом останніх 6 місяців (ВШ – 1,82; $p = 0,002$), регулярне самостійне вимірювання АТ (ВШ – 1,63; $p = 0,01$). 13,3 % пацієнтів із АГ після ІМ не приймали антигіпертензивних препаратів, 60,4 % пацієнтів із АГ лікувались, але не досягали цільових значень АТ. Пацієнти, які не приймали антигіпертензивних препаратів були старшими, рідше знаходились під спостереженням лікаря, рідше вимірювали АТ та мали гірші знання щодо лікування після ІМ. Пацієнти з АГ, які отримували лікування, але не досягали цільових значень АТ, приймали подібну кількість антигіпертензивних препаратів, як і пацієнти з контрольованою АГ – в середньому 2,1 ± 1,0 та 2,1 ± 0,9 препаратів відповідно. При цьому 29,3 % пацієнтів групи неефективно лікованої АГ отримували монотерапію.

Висновки. Контроль АГ у віддалений період після ІМ знаходиться на неналежному рівні. Частково це зумовлено недостатньо активною тактикою лікарів. Необхідні активні зусилля для покращення ситуації.

ГАСТРОПАТІЇ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ЛІКУВАННЯ НЕСТЕРОЇДНИМИ ПРОТИЗАПАЛЬНИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Ярема Н. З.

м. Тернопіль, Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Медико-соціальне значення ревматичних хвороб обумовлено не лише їх широким розповсюдженням, але й труднощами в діагностиці та лікуванні. Більшість із тих, хто страждає на ревматичні хвороби, вживають нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП). Водночас відомо, що найчастішим ускладненням терапії НПЗП є розвиток так званих гастропатій.

Метою дослідження слугувало вивчення розвитку гастропатій у хворих на ревматичні хвороби, які знаходились на стаціонарному лікуванні в терапевтичному відділі № 2 Тернопільської міської лікарні № 2.

Нами проаналізовано лікування 45 хворих на ревматичні хвороби, середній вік пацієнтів склав 46,4 року, тривалість хвороби від 2 до 16 років. Усі пацієнти отримували НПЗП, переважно неселективної дії, перед їх призначенням оцінювали ризик розвитку гастропатій (клініко-

ендоскопічний контроль). Усіх хворих було розподілено на 2 групи. Хворі 1-ї групи (20 осіб) за відсутності проявів гастропатій інгібіторів протонної помпи не отримували. Хворим 2-ї групи (25 осіб) призначали в комплексній терапії інгібітори протонної помпи (група омепразолу), тривалість терапії склала від 2 до 4 тижнів. Більшість хворих 1-ї групи (14 осіб) через 5–7 днів терапії мали клінічні прояви НПЗП-гастропатій: печія, неприємні відчуття в епігастрії, відригування кислим, інколи спостерігались нудота і блювання. Виразок і кровотеч у цієї групи хворих не було. Серед пацієнтів 2-ї групи лише у 3 спостерігались незначні прояви гастропатій, які ліквідувались на 3-4-й день після зниження дози НПЗП або заміни препарату.

Це підтвердило високу ефективність використання НПЗП у комплексній терапії з антисекреторними засобами для лікування хворих на ревматичні хвороби. Однак режим дозування і тривалість призначення антисекреторних засобів потребують подальшого вивчення і спостереження за такими пацієнтами. Саме це й забезпечить, на наш погляд, профілактику розвитку гастропатій у хворих на ревматичні хвороби, які часто змушені тривало отримувати лікування НПЗП.

ПОСТКОВІДНИЙ МІОКАРДИТ КОМОРБІДНИЙ ІЗ ТРІПОТІННЯМ ПЕРЕДСЕРДЬ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Прийма С. О.

м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський Національний Медичний Університет

Вступ. Міокардит – це запальне захворювання міокарду, діагноз якого підтверджується гістологічними, імунологічними, імуногістохімічними методами, МРТ серця і визначенням високочутливого тропоніну I [1]. У значної частини пацієнтів, які одужали від коронавірусної хвороби, утримуються ознаки запального ураження міокарда – long term effects of COVID-19 [2–5].

Клінічний випадок. Пацієнт Є., 53 роки, 22.04.2022 р. госпіталізований зі скаргами на задишку з явищами нічного апное, неритмічне серцебиття, виражену загальну слабкість. На ЕКГ виявлено тріпотіння передсердь із проведенням на шлуночки у співвідношенні 2 : 1 з ЧСШ 136/хв. Коронавірусну хворобу переніс у лютому 2021 р., тричі вакцинований. Титр антитіл класу IgG – 557,8 ВАU/ml. МРТ міокарда з гадолінієм: гіпокінезія двох базальних сегментів; в режимі PSIR – раннє і відтерміноване інтрамуральне накопичення гадолінію у базальному сегменті та чотирьох середніх сегментах. Встановлений діагноз хронічного дифузного міокардиту, тяжкого перебігу, асоційованого з коронавірусним захворюванням COVID-19. Лікування: метилпреднізолон загальним курсом 6 місяців. Повторно госпіталізований, проведено радіочастотну катетерну абляцію (РКА) додаткового шляху з антероградним проведенням (04.05.2022 р.). Короткочасне відновлення синусового ритму (7 днів).

Висновок. У представленому випадку діагностований міокардит за клінічними ознаками та результатами МРТ в межах 14 місяців після перенесеного COVID-19. Тріпотіння передсердь обумовлене наявними додатковими провідними шляхами, виявленими у пацієнта при електрофізіологічному дослідженні, та РКА, яка виявилась неефективною, очевидно у зв'язку з активним міокардитом.

Список використаних джерел

1. Рекомендації Всеукраїнської асоціації кардіологів України з діагностики та лікування міокардиту / В. М. Коваленко, О. Г. Несукай, С. В. Чернюх та ін. Український ревматологічний журнал. 2021. № 3. С. 1–17. doi: 10.32471/rheumatology.2707-6970.85.16392.
2. Long COVID: Long-term effects of COVID-19 / T. Chung, A. K. Morrow, A. Parker et al. URL: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/coronavirus/covid-long-haulers-long-term-effects-of-covid19>.
3. Kirkwood M. Myocarditis risk significantly higher after COVID-19 infection vs after a COVID-19 vaccine. URL: <https://newsroom.heart.org/news/myocarditis-risk-significantly-higher-after-covid-19-infection-vs-after-a-covid-19-vaccine>.
4. COVID-19 myocarditis and prospective heart failure burden URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14779072.2021.1844005>.
5. Gilotra N. A. Myocarditis. URL: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/myocarditis>.