

здоров'я на якість життя пацієнтів молодшого віку незалежно від гендерного розподілу.

Особливості клінічного перебігу кардіоваскулярних хвороб після перенесеної коронавірусної інфекції

А.К. Галицька

ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології,
клінічної та регенеративної медицини
імені акад. М.Д. Стражеска» НАМН України», Київ

Поширеність ішемічної хвороби серця (ІХС) в Україні становить 34,9 %. Показник серцево-судинної смертності становить 63,6 %. Разом з тим, супутня патологія коронавірусної інфекції суттєво впливає на перебіг кардіоваскулярних захворювань.

Мета – дослідження клінічного перебігу кардіоваскулярної патології у хворих, що перенесли коронавірусну інфекцію.

Матеріали та методи. Обстежено 22 пацієнти, які перебували під наглядом в «Інституті кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» протягом 6 місяців. Серед них 19 (86,4 %) чоловіків і 3 (13,6 %) жінки. Вік пацієнтів від 36 до 72 років. У віковій структурі переважали пацієнти середнього та похилого віку ($p < 0,001$). Крім клінічного обстеження, контролювався систолічний тиск (САТ); діастолічний тиск (ДАТ); електрокардіограма (ЕКГ) спокою, 24-годинне ЕКГ моніторування з аналізом варіабельності серцевого ритму; трансторакальна ЕХОКГ; холестерин, тригліцериди, ліпідний спектр крові, глюкоза крові.

Результати. У переважній більшості пацієнтів – 20 (91,9 %) спостерігали наявність порушень ритму. У структурі порушень ритму у 11 (50 %) спостерігалась фібриляція передсердь (ФП); а саме у 4 (36,3 %) пароксизмальна форма, у 2 (18,2 %) персистуюча форма, у 5 (45,4 %) постійна форма ФП. Бал за шкалою CHA₂DS₂-VASc в середньому становив $3,25 \pm 1,16$. Надшлуночкова екстрасистолія у 2 (9,1 %). Шлуночкова екстрасистолія у 7 (31,8 %). Синусова брадикардія у 2 (9,1 %). Миготлива аритмія, тахісистолічний варіант, реєструвалась в осіб похилого віку та у хворих постінфарктним кардіосклерозом. У 17 пацієнтів тахіаритмія ускладнювала серцеву недостатність. Всі хворі з артеріальною гіпертензією потребували корекції гіпотензивної терапії. У одного хворого спостерігався цукровий діабет (ЦД) та аліментарно-конституційне ожиріння. У 2 пацієнтів діагностували хронічний дифузний міокардит, ускладнений тахі-

систолічним варіантом миготливої аритмії та серцевою недостатністю з ФВ < 40 %.

Висновки. Коронавірусна інфекція: 1. Суттєво погіршує клінічний перебіг кардіоваскулярних хвороб, провокує появу нових аритмій, головним чином фібриляції передсердь, шлуночкової екстрасистолії. 2. Дестабілізує артеріальний тиск у хворих з артеріальною гіпертензією. 3. Тахісистолічна форма миготливої аритмії на тлі дифузного міокардиту, потенціює розвиток серцевої недостатності

Функціональна спроможність як нескладний та надійний метод прогнозу виникнення несприятливих подій у пацієнтів із патологією серцево-судинної системи при некардіальних операційних втручаннях

М.О. Гарбар, Н.В. Матолінець, Г.В. Світлик,
О.Р. Макар

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

Мета – згідно з рекомендаціями Європейського товариства кардіологів оцінка функціональної здатності є важливим кроком періопераційного менеджменту пацієнта зі супутньою серцево-судинною патологією при некардіальній хірургії. Знижена функціональна спроможність є одним із прогностичних маркерів кардіальних подій та смерті у післяопераційний період. Метою роботи був аналіз післяопераційного перебігу залежно від функціональної спроможності пацієнта.

Матеріали та методи. Дослідження охопило 172 пацієнтів із задокументованою патологією серцево-судинної системи віком $65 \pm 2,8$ років, серед них 51 % особи чоловічої статі. Ми поєднали два методи оцінки функціональної здатності шляхом проведення інтерв'ю з пацієнтом – можливість піднятися на два сегменти сходової клітки та Індекс статусу активності Дюка (Duke Activity Status Index, DASI). Обидва методи співмірно дозволили ідентифікувати осіб зі зниженою функціональною спроможністю. Пацієнтам визначали рівень натрійуретичного пептиду (NT-proBNP) до операції, за умови його підвищення проводили високочутливий тропоніновий тест післяопераційно в динаміці. Тривалість спостереження за пацієнтом становила 6 місяців (візит у стаціонар або методом телефонного візиту).

Результати. При надходженні до стаціонару 36 пацієнтів (21 %) мали знижену функціональну спроможність. Серед усіх обстежених померли 32 особи (19 %), при цьому 28 померлих належали до групи осіб зі зниженою функціональною спроможністю. Середній час смерті становив 29,86 доби (мінімально 11, максимально 67 днів), четверо пацієнтів померли в проміжку між 90–120 діб після втручання. Середня кількість днів, проведених у стаціонарі, становила 22 та 12 у пацієнтів зі зниженою та збереженою функціональною здатністю, відповідно. Рівень NUP був 1116 ± 75 в осіб зі зниженою функціональною здатністю та 302 ± 42 – зі збереженою ($p = 0,002$). Динаміка тропонінів у досліджуваних осіб групи зниженої функціональної здатності не мала специфіки. Очікувано, середні величини фракції викиду в пацієнтів групи зниженої функціональної спроможності була нижчою на 11 % ($p < 0,05$). Проте не було суттєвої різниці між величиною індексу міокардіальної спроможності (Tei-індекс), який відображає глобальну (як систолічну, так і діастолічну) функцію лівого шлуночка, що свідчить про більш клінічно значущу роль для повноцінної фізичної активності пацієнта власне систолічної функції.

Висновки. Оцінка функціональної спроможності може бути достатньо ефективним інструментом як кардіолога, так і анестезіолога для виокремлення пацієнтів із високим ризиком смерті, тривалішим перебуванням у стаціонарі, не потребує затрати часу, фінансів, особливих умінь медичного персоналу. Закономірно, функціональна спроможність корелює зі систолічною функцією лівого шлуночка та рівнем NTproBNP.

Вікові, функціональні та гомеостазіологічні аспекти формування атерогенезу в осіб молодого віку чоловічої статі

О.М. Гінгуляк, Т.М. Амеліна, Г.І. Хребтій

Буковинський державний медичний університет,
Чернівці

Серцево-судинна патологія посідає перше місце у структурі захворюваності та смертності населення, при чому частіше всього страждають люди працездатного віку. Поширеність захворювань, у основі яких лежить ураження різних органів атеросклерозом, складає не лише медичну, але й важливу соціальну проблему.

Мета – об'єктивізація впливу вікових, функціональних та гомеостазіологічних аспектів формування субклінічного атеросклерозу.

Матеріали та методи. На базі Чернівецького медичного обласного діагностичного центру, було обстежено 46 осіб чоловічої статі з проявами субклінічного атеросклерозу, середній вік яких складав $38,52 \pm 0,33$, переважний спектр діагнозів від вегето-судинної дисфункції до стабільної стенокардії напруження II ФК.

Відповідно до віку, обстежені були розподілені на 2 групи: до першої групи ввійшли 15 осіб віком ≤ 38 років, а другу склали 31 пацієнт віком > 38 років. Зважаючи на це було досліджено можливі чинники ризику виникнення атерогенезу у осіб груп порівнянь.

У хворих молодшої вікової групи серед можливих чинників ризику переважали важка фізична праця, головний біль та порушення сну. В той час як серед пацієнтів старшої вікової групи переважали – емоційний стрес, куріння. Процентне співвідношення ожиріння було ідентичне як в першій, так і в другій групі.

Як відомо, одним із факторів ризику розвитку атеросклерозу є підвищення артеріального тиску (АТ) який прямо пропорційно зв'язаний з частотою серцевих скорочень (ЧСС), тому було досліджено коливання АТ та ЧСС в групах дослідження залежно вікового розподілу.

Результати. У хворих вікової групи ≤ 38 років систолічний АТ (САТ) дорівнював $133,63 \pm 3,63$ мм рт. ст., діастолічний АТ (ДАТ) $87,72 \pm 3,39$ мм рт. ст., ЧСС – $86,81 \pm 3,36$ уд./хв. В другій групі хворі > 38 років динаміка САТ – $128,5 \pm 2,99$ мм рт. ст., ДАТ – $88,04 \pm 2,14$ мм рт. ст., ЧСС – $84,17 \pm 2,09$ уд./хв. Відмінностей залежно від віку в показниках АТ та ЧСС виявлено не було, що можна пояснити не великим віковим проміжком.

Проведені лабораторні дослідження в які входили загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові та електрофорез ліпопротеїнів сироватки крові. Свідчить, що основні показники крові не виходили за межі вікових норм, окрім біохімічних де зареєстровано відхилення від оптимальних значень холестерину у пацієнтів молодшої вікової групи ($5,87 \pm 0,32$ ммоль/л) та тригліцеридів ($1,92 \pm 0,26$ ммоль/л), відповідно у другій групі ці показники склали ($6,13 \pm 0,18$ ммоль/л) та ($1,54 \pm 0,17$ ммоль/л) – рівень, яких вказує на можливий розвиток атерогенезу у обох групах. При дослідженні ліпопротеїнів сироватки крові зареєстрували підвищення хіломікронів відповідно до груп молодшого віку ($1,32 \pm 0,30$ %) та старшого ($1,51 \pm 0,20$ %).

Висновки. У клінічних групах спостереження виявлено підвищення рівня холестерину та ліпопротеїдів крові у першій групі, яка становила 15 осіб віком ≤ 38 років, а також друга група 31