

нарний синдром) під час пандемії COVID-19, та надання невідкладної кардіологічної допомоги в умовах пандемії.

Матеріали та методи. При надходженні до стаціонару у 79 (56,8 %) пацієнтів діагноз COVID-19 був встановлений та лабораторно підтверджений ще до госпіталізації, 31 (22,3 %) пацієнти мали симптоматику захворювання, але лабораторно діагноз був підтверджений під час експрес тестування на момент госпіталізації. Протягом госпітального періоду, який складав щонайменше 16 діб, хворі проходили стандартне лікування та обстеження згідно з протоколом. У обстежених відмічалось зниження показників сатурації крові за даними пульсоксиметрії (майже 40 % хворих мали $spO_2 < 92$ %) та підвищення рівнів С-реактивного білка, Д-димеру та лактатдегідрогенази свідчили також про високий ризик ускладнень респіраторної інфекції у пацієнтів з невідкладною серцево-судинною патологією. При поступленні в стаціонар 64 (64,0 %) хворих мали зниження ШКФ менше ніж 60 мл/хв/1,73 м², а 7 (5,1 %) пацієнтів – менше ніж 30 мл/хв/1,73 м². Мультиспіральна комп'ютерна томографія була проведена у 39 (28,1 %) хворих. Ураження паренхіми легень до 25 % було виявлено у 2 (5,1 %); від 25 до 50 % – 22 (56,4 %); від 50 до 75 % – 10 (25,6 %); більше 75 % – 5 (12,8 %) хворих.

Результати. Група обстежених становила 139 пацієнтів з НССП. Основними причинами госпіталізації були: гострий коронарний синдром – 69 (49,6 %) хворих (47 пацієнтів з ГІМ), ускладнений гіпертензивний криз – 33 (23,7 %) хворих, гостра декомпенсована серцева недостатність – 24 (17,3 %) хворих, тахісistolічна форма фібриляції передсердь – 9 (6,5 %) хворих, тромбоемболія легеневої артерії – 2 (1,4 %) пацієнти, синкопальний стан – 2 (1,4 %) пацієнти. Середній вік пацієнтів склав $67,9 \pm 12,7$ років. 70 (50,4 %) пацієнтів були чоловічої статі.

Основні клініко-анамнестичні характеристики хворих наведені в таблиці.

Характеристика	Кількість хворих, n (%)
Артеріальна гіпертензія	121 (87,1)
Цукровий діабет	29 (20,9)
Стабільна ІХС	82(59,0)
ІМ в анамнезі	28(20,1)
Реваскуляризація міокарда в анамнезі	18 (12,9)
Хронічна серцева недостатність в анамнезі	43 (30,9)
Ішемічний інсульт в анамнезі	13 (9,4)
Хронічне обструктивне захворювання легень	13 (9,4)
Відома хронічна хвороба нирок	14 (10,1)
Персистуюча/постійна фібриляція передсердь	40 (28,8)

Висновки. Значна кількість хворих COVID-19 мала тривалий анамнез ІХС та майже кожен п'ятий хворий раніше переніс гострий інфаркт міокарда. Звертає увагу велика кількість пацієнтів із супутньою хронічною серцевою недостатністю не менше другої стадії за класифікацією В.П. Образцова та М.Д. Стражеска (30,9 %) та супутньою фібриляцією передсердь (28,8 %). Наявність хронічної хвороби нирок становила високий ризик серцево-судинних ускладнень, вірогідність яких суттєво збільшувалася на фоні активної респіраторної інфекції.

Тромботичні ускладнення в пацієнтів з коронавірусною хворобою та супутніми серцево-судинними захворюваннями

О.Р. Макар, Л.Р. Фабін, М.П. Галькевич, М.Й. Федечко

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Наявність коагулопатії як частини синдрому системної запальної відповіді є загальною ознакою тяжкого перебігу COVID-19. За різними даними приблизно в половині госпіталізованих пацієнтів із COVID-19 спостерігаються гематологічні зміни в коагуляційних тестах. Згідно деяких досліджень, загальна частота венозної тромбоемболії при COVID-19 складає 21,9 %. Також, відповідно до літературних даних, ризик виникнення тромботичних ускладнень у випадку коронавірусної хвороби вищий у пацієнтів, які мають фонові серцево-судинні захворювання.

Мета – проаналізувати частоту виникнення тромботичних ускладнень у госпіталізованих пацієнтів з коронавірусною хворобою.

Матеріали та методи. Обстежено 90 пацієнтів, які госпіталізовані в відділення інтенсивного лікування Багатопрофільної клінічної лікарні м. Львова в період 2020–2021 рр. Серед обстежених було 48 жінок і 42 чоловіків. Середній вік становив 61 ± 3 роки. Всі пацієнти мали супутні серцево-судинні захворювання (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця) та різного ступеня серцеву недостатність. Наявність збудника SARS-CoV-2 підтверджували ПЛР-тестом. Всім пацієнтам проводили загально-клінічне обстеження, УЗД та/або КТ легень, ЕхоКГ, а також – визначення рівня Д-димеру, СРБ, фібриногену. За ступенем ураження легень та вираженістю дихальної недостатності пацієнтів кваліфікували – 50

(55 %) як середньої тяжкості та 40 (45 %) – як важкий перебіг коронавірусної хвороби.

Результати. За час клінічного спостереження у 4 пацієнтів (4 %) виникла тромбоемболія легеневої артерії, в 3 (3 %) – гостре порушення мозкового кровообігу за тромбоембійним типом, у 6 (6 %) – розвинувся гострий інфаркт міокарда та в одного пацієнта (1 %) виник тромбоз підколінної артерії. Отже, загальна кількість пацієнтів, у яких розвинулись тромботичні ускладнення – 14, що становить 15 % від усієї кількості спостережень. У 68 (75 %) пацієнтів відмічено підвищення рівня Д-димеру, у 87 (97 %) – підвищення рівня СРБ та у 17 (19 %) – рівня фібриногену. Виявлений прямий кореляційний зв'язок між рівнем Д-димеру та СРБ ($r=0,39$), що свідчить про вплив цих двох факторів на гіперкоагуляцію при коронавірусній хворобі. Слід зазначити, що всім пацієнтам з середнім та важким перебігом захворювання призначалися антикоагулянти в рекомендованих терапевтичних дозах.

Висновки. В більшості пацієнтів із середньо-важким та важким перебігом коронавірусної хвороби спостерігалися прокоагулянтні зміни в лабораторних показниках. У 15 % госпіталізованих пацієнтів з COVID-19 виникли тромботичні ускладнення, що приблизно відповідає літературним даним, враховуючи той факт, що всі пацієнти отримували антикоагулянти. Зміни системи гемостазу при коронавірусній хворобі та патогенетичні механізми ускладнень на даний час потребують подальшого вивчення для удосконалення терапевтичних та профілактичних заходів.

Особливості диференційованої електрокардіограми в пацієнтів з інфарктом міокарда з елевацією сегмента ST

О.В. Маліневська-Білійчук, В.К. Ташук,
П.Р. Іванчук

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Інфаркт міокарда з елевацією сегмента ST (STEMI) – поширене серцево-судинне захворювання, що пов'язане з високою смертністю. Швидка догоспітальна ідентифікація пацієнтів зі STEMI є ключовим кроком для скорочення часу до початку лікування. Скринінг пацієнтів за допомогою електрокардіограми (ЕКГ) у 12 відведеннях є простим та інформативним методом діагностики, а дані диференційованої ЕКГ допомагають отримати додаткові діагностичні критерії та скоротити час на вибір найефективнішого вектору лікування.

Мета – з'ясувати зміни показника першої похідної зубця Т – відношення максимальних швидкостей (ВМШ) диференційованої ЕКГ у пацієнтів на 1-й, 10-й та 40-й день розвитку STEMI.

Матеріали та методи. В дослідження включено 40 пацієнтів (20 пацієнтів зі STEMI – основна група та 20 практично здорових осіб – контрольна група). Основну групу складали 10 чоловіків віком 56,11 (11,62) роки та 10 жінок віком 58,22 (13,11) роки. Проводили аналіз показника ВМШ диференційованої ЕКГ за використання програмно-діагностичної платформи «Смарт-ЕКГ» в обох групах та оцінювали зміни характерні для STEMI. Статистичну достовірність визначали непараметричним методом статистичного аналізу критерієм Манна – Вітні (U) для непов'язаних груп. Якісні дані відзначали у відсотках (%).

Результати. У пацієнтів зі STEMI в найгострішу фазу середнє значення показника ВМШ становило 0,606 (0,09), що нижче на 61,9 % порівняно з групою контролю ($p<0,01$). Зниження ВМШ пов'язане зі змінами фази реполяризації, порушенням архітекτονіки глікогенових гранул, початковими проявами коагуляційного некрозу – наслідки гострої ішемії. На 10-ий день середнє значення показника ВМШ в основній групі склало 0,55 (0,07), що на 68,2 % нижче, ніж у пацієнтів контрольної групи ($p<0,01$), що асоційоване з порушенням електрогенезу та симетризацією зубця Т. На 40-й день у пацієнтів з діагнозом STEMI середнє значення показника ВМШ дорівнювало 0,84 (0,17), що на 51,48 % нижче, ніж у практично здорових пацієнтів ($p<0,01$), проте вище ніж на початку розвитку STEMI, що підтверджує зниження неоднорідності пошкодженого міокарда.

Висновки. Показник ВМШ диференційованої ЕКГ знижується на всіх етапах розвитку STEMI, що відповідає порушенню електрогенезу фази реполяризації та ішемічним змінам у міокарді за STEMI. Медичне програмне забезпечення «Смарт-ЕКГ» дозволяє вдосконалити діагностику STEMI та може використовуватися, як інструмент визначення ефективності проведеного лікування.

Вплив анемії на перебіг гострого інфаркту міокарда в пацієнтів похилого віку

О.В. Назаренко

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Пацієнти похилого та старечого віку складають особливу категорію ризику в загальній популяції населення України. Анемія є незалежним