

Калінніков О. В., Брошеван М. О.

ЛЕГЕНЕВА АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ ПІСЛЯ COVID-19: НАСЛІДКИ ІНФЕКЦІЇ SARS-COV-2?

Дніпровський державний медичний університет, Дніпро, Україна
Внутрішньої медицини 3

(науковий керівник - к.мед.н. Сапожниченко Л. В.)

Ідіопатична легенева артеріальна гіпертензія (ЛАГ) є досить актуальною у наш час. Було припущено, що ЛАГ може бути потенційним наслідком коронавірусної хвороби 2019 (COVID-19), зокрема у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ).

Пацієнтка 48 років, звернулася до кардіолога КП «ДОКЦДЛ» ДОР» зі скаргами на задишку при помірному фізичному навантаженні, набряки нижніх кінцівок, слабкість, підвищення артеріального тиску (АТ). З анамнезу захворювання відомо, що вище наведені скарги з'явилися через два тижні після перенесеної гострої респіраторної вірусної інфекції асоційованої з COVID-19. Під час фізикального обстеження АТ 170/100 мм рт.ст., частота пульсу 90 ударів на хвилину, частота дихання 18/хв та насичення крові киснем 96%. На електрокардіограмі: порушення реполяризації у II, III, aVF, V1-V6. При проведенні ехокардіографічного дослідження (ЕхоКГ): недостатність стулок легеневої артерії (ЛА); дилатація стовбура та гілок ЛА; ознаки високої ЛАГ: систолічний тиск у легеневій артерії (СТЛА) 78.0 мм рт.ст.) За результатами спекл-трекінг ЕхоКГ правого шлуночка (ПШ): глобальний продольний стрейн 5,7 %; лівого шлуночка (ЛШ) – глобальний продольний стрейн (17,1%), значне зниження сегментарних стрейнів у ділянці міжшлуночкової перетинки. З метою проведення диференційного діагнозу з тромбоемболією ЛА (ТЕЛА) визначено Д-димер (1,97 мг/л), проведено КТ-ангіопульмонографія (висновок: даних за ТЕЛА немає; правобічний обмежений плеврит). Для виключення міокардиту виконана магнітно-резонансна томографія серця з гадолінієм (заключення: ознак міокардиту, фіброзних змін не виявлено; зниження функції ПШ може бути обумовлено ЛГ). Проведено коронароангіографію: гемодинамічно значущих стенозів коронарних артерій не виявлено. За результатами катетеризації правих відділів серця: середній тиск у ЛА 43-41 мм. рт.ст. N-кінцевий промозковий натрійуретичний пептид - 807 пг/мл.

За результатами обстеження було встановлено діагноз : Ідіопатична легенева гіпертензія (середній СТЛА 43 мм. рт. ст.), ІІ ФК. СН ІІА ст. зі збереженою ФВ ЛШ, ФК ІІ по NYHA, стадія С. Гіпертонічна хвороба стадія ІІ, АГ 2ст. Ризик серцево-судинних ускладнень ІV. Призначено специфічне лікування: сілденафіл, амбрізентан, карведілол, торасемід, еплеренон, валсартан, гідрохлортiazид.

Невідомо, чи ЛАГ є фактором ризику важкої інфекції SARS-CoV-2, чи навпаки. Необхідні подальші дослідження, щоб покращити наше розуміння зв'язку між ЛАГ та COVID-19 і, отже, мати можливість передбачити та запобігти ЛАГ у пацієнтів із COVID-19.

Ковальчук Р. А., Баган У. Р., Мигович М. В.

ПРЕДИКТОРНА ЦІННІСТЬ ХОЛТЕРІВСЬКОГО МОНІТОРУВАННЯ ЕКГ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ІНФАРКТМ МІОКАРДА З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, Україна

Сімейної медицини ФПДО

(наукові керівники - д.мед.н. Світлик Г. В., д.мед.н. Сороківський М. С.)

Гострий інфаркт міокарда з елевацією сегмента ST часто супроводжують значні, нерідко гемодинамічно значимі порушення ритму і провідності, які є важливим прогностичним фактором та які вимагають оптимізації лікувальної тактики. Шлуночкові аритмії, які виникають у дебюті STEMI, є предикторами виникнення несприятливих серцевих подій у таких пацієнтів. Для їх виявлення доцільним є проведення холтерівського моніторингу (ХМ) ЕКГ в ранній післяінфарктний період.

оцінити характер порушень ритму серця у пацієнтів зі STEMI впродовж першої доби після стентування інфарктзалежної коронарної артерії (КА).

Впродовж 2021-2022 років 46 пацієнтам зі STEMI проведено ХМ ЕКГ упродовж 24 годин зразу ж після стентування інфарктзалежної КА. У дослідженні брали участь хворі віком від 45 до 83 років (середній вік – 63,4 ± 9,6 р.). Відмічено, що середня частота серцевих скорочень (ЧСС) у досліджуваних пацієнтів складала 76,9 ± 15,7 уд/хв, максимальна ЧСС – 111,3 ± 16,2 уд/хв, мінімальна – 58,3 ± 13,7 уд/хв, що відповідало референтним значенням (p>0,05). ШЕ реєструвались у кількості 130 (73; 845), надшлуночкові – 241 (11; 661) за добу, що достовірно перевищувало показники норми. Слід зауважити, що серед пацієнтів у віці до 60 років кількість надшлуночкових екстрасистол упродовж доби в 2,4 рази, а шлуночкових – в 1,3 рази перевищувала референтні значення (p<0,05), в той час як серед пацієнтів у віці понад 60 років кількість як надшлуночкових, так і шлуночкових екстрасистол суттєво не перевищувала показники норми (p>0,05). Коригований інтервал QT (413 ± 31,2 мс) у наших пацієнтів не перевищував допустимі межі (p>0,05). Нами з'ясовано, що упродовж першої доби перебування в стаціонарі у 41% пацієнтів реєструвались ранні ШЕ, у 20% - парні, у 27% - нетривалі «пробіжки» ШЕ (3-5 імпульсів підряд). У 25% пацієнтів виявлені епізоди нестійкої шлуночкової тахікардії (до 10 с). Важливо відмітити, що кількість ШЕ корелювала з важкістю стану пацієнта. Так, одна з пацієнток померла через два дні після стентування низхідної гілки лівої КА; на ЕКГ упродовж доби зафіксовано 4361 ШЕ, з них 142 ранні, а також 18 епізодів нестійкої ШТ (найтриваліший – 8,6 с, з ЧСС 129 / хв).

Упродовж першої доби після стентування інфарктзалежної КА з приводу ІМ у пацієнтів виникають порушеннями ритму, які досить часто вказують на загрозу для життя пацієнта (значна кількість ШЕ, парні та ранні ШЕ, епізоди ШТ). Їх наявність пов'язана з несприятливим прогнозом пацієнта і вимагає відповідної корекції лікувальної тактики.