

ставі аналізу динаміки клінічного стану та вітальних показників протягом 16 діб стаціонарного лікування у хворих, які були госпіталізовані із COVID-19 середньої тяжкості) об'єктивізувати виділення групи більш важкого варіанту госпітального перебігу захворювання. В перспективі це може мати значення для більш точної оцінки обсягів та строків необхідного лікування у цих хворих, а також для оцінки подальшого прогнозу (для чого потрібне проведення дослідження з віддаленим спостереженням за хворими).

Показники ДМАТ залежно від фактора куріння та індексу тяжкості куріння в пацієнтів із ГКС

О.В. Яджин, Т.М. Соломенчук

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Мета – вивчити показники добового моніторингу АТ (ДМАТ), залежно від наявності фактору куріння та індексу тяжкості куріння (Heaviness of Smoking Index – HSI) у пацієнтів з гострим коронарним синдромом (ГКС).

Матеріали та методи. У дослідження включено 98 пацієнтів з ГКС віком від 35 до 75 років. Хворі розподілені у 2 групи: I група – 63 особи – курці (середній вік – $56,82 \pm 1,27$ роки), II група – 35 осіб, в анамнезі яких куріння не було (серед-

ній вік – $61,54 \pm 0,98$ років). I групу було розділено на 3 підгрупи, залежно від рівня HSI: IA – 21 особа з високим HSI (середній вік – $56,67 \pm 3,56$ років), IB – 28 осіб із середнім HSI (середній вік – $55,8 \pm 1,71$ років), IC – 14 осіб із низьким HSI (середній вік – $58,34 \pm 2,09$ років).

Індекс тяжкості куріння визначали за опитувальником Heaviness of Smoking Index – HSI. Добовий моніторинг АТ проводили приладом CONTEC ABRM50. Визначали систолічний, діастолічний та пульсовий АТ за денний, нічний період та середньодобовий (24 години) (САТдоб, САТд, САТн, ДАТдоб, ДАТд, ДАТн, ПАТдоб, ПАТд, ПАТн); індекс часу (ІЧ) для САТ та ДАТ денний та нічний (ІЧ САТд, ІЧ САТн, ІЧ ДАТд, ІЧ ДАТн).

Результати. У пацієнтів з високим HSI (IA) виявлено найвищі основні показники АТ (таблиця): середнє значення САТ на 8,05 % ($p < 0,001$) вище у IA підгрупі порівняно з IB, ДАТ – на 7,05 % ($p < 0,001$), ПАТ – на 8,70 % ($p < 0,05$) у відповідних підгрупах. У хворих з середнім HSI (IB) встановлено достовірно вищі середні рівні САТ, ДАТ та ПАТ ніж у хворих з низьким HSI (IC): САТ – на 13,25 % ($p < 0,01$), ДАТ – на 17,60 % ($p < 0,01$) та ПАТ – на 8,25 % ($p < 0,05$). Середні значення ІЧ у IA підгрупі мали достовірно вищі рівні порівняно з IB підгрупою (ІЧ САТ – у 1,5 рази ($p < 0,001$), ІЧ ДАТ – у 1,7 рази ($p < 0,05$)), у IB підгрупі порівняно з IC підгрупою

Таблиця. Основні показники добового профілю АТ у пацієнтів з ГКС

Показники ДМАТ	IA (n=21)	IB (n=28)	IC (n=14)	II (n=35)
САТдоб, мм рт. ст.	129,09 \pm 2,74 ^{°°}	120,44 \pm 1,85 ^{**}	103,50 \pm 2,03 ^{###}	116,28 \pm 1,99 ^{^^}
САТд, мм рт. ст.	132,05 \pm 3,09 ^{°°}	123,18 \pm 1,92 ^{**}	107,00 \pm 1,78 ^{###}	118,89 \pm 1,92 ^{^^}
САТн, мм рт. ст.	122,79 \pm 3,34 ^{°°}	111,40 \pm 2,36 ^{**}	96,64 \pm 2,72 ^{###}	107,20 \pm 2,41 ^{^^}
ДАТдоб, мм рт. ст.	78,28 \pm 2,00 ^{°°}	73,89 \pm 1,51 [*]	60,84 \pm 0,81 ^{###}	67,67 \pm 1,26 ^{^^}
ДАТд, мм рт. ст.	81,05 \pm 2,49 ^{°°}	76,21 \pm 1,49 [*]	63,17 \pm 0,74 ^{###}	69,86 \pm 1,29 ^{^^}
ДАТн, мм рт. ст.	72,63 \pm 2,02 ^{°°}	66,18 \pm 1,78 ^{**}	54,28 \pm 1,98 ^{###}	59,12 \pm 1,88 [^]
ПАТдоб, мм рт. ст.	50,80 \pm 1,78 [°]	46,53 \pm 1,05 ^{**}	43,14 \pm 1,81 [#]	46,33 \pm 1,73
ПАТд, мм рт. ст.	51,00 \pm 1,72 [°]	47,41 \pm 1,09 [*]	43,71 \pm 1,81 [#]	47,04 \pm 1,66
ПАТн, мм рт. ст.	51,63 \pm 2,78 ^{°°}	46,33 \pm 1,22 [*]	42,36 \pm 1,92 [#]	44,95 \pm 1,62
ІЧ САТд, %	38,20 \pm 6,87 ^{°°°}	20,41 \pm 3,60 ^{**}	2,81 \pm 0,71 ^{###}	14,15 \pm 2,89 ^{^^}
ІЧ САТн, %	49,12 \pm 8,02 ^{°°°}	23,46 \pm 5,39 ^{**}	2,27 \pm 1,06 ^{##}	16,70 \pm 4,24 ^{^^}
ІЧ ДАТд, %	33,81 \pm 6,13 [°]	20,23 \pm 3,86	3,93 \pm 1,05 ^{##}	11,17 \pm 1,79 ^{^^}
ІЧ ДАТн, %	55,88 \pm 6,76 ^{°°°}	34,57 \pm 5,49 ^{**}	11,77 \pm 7,03 ^{##}	24,25 \pm 5,09

* – достовірність між IA та IB (* – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$); ° – достовірність між IA та II (° – $p < 0,05$, °° – $p < 0,01$, °°° – $p < 0,001$); # – достовірність між IB та IC (# – $p < 0,05$, ## – $p < 0,01$, ### – $p < 0,001$); ^ – достовірність між IC та II (^ – $p < 0,05$, ^^ – $p < 0,01$, ^^° – $p < 0,001$)

(ІЧ САТ – у 1,9 рази ($p < 0,01$), ІЧ ДАТ – у 1,7 рази ($p < 0,05$)).

Висновки. Зі збільшенням індексу тяжкості куріння встановлено достовірне лінійне збільшення середніх рівнів основних показників добового профілю АТ (САТ, ДАТ, ПАТ, ІЧ САТ, ІЧ ДАТ), що свідчить про прямий вплив фактору куріння на процеси регуляції АТ у хворих з ГКС.

Добовий профіль АТ у хворих з гострим коронарним синдромом без елевації сегмента ST та хронічною хворобою нирок залежно від фактору куріння

О.В. Яджин, Т.М. Соломенчук, Н.Б. Кузь

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Мета – вивчити особливості добового профілю артеріального тиску (АТ) у хворих з гострим коронарним синдромом без елевації сегменту ST (ГКСбезST) та хронічною хворобою нирок (ХХН), залежно від фактору куріння.

Матеріали та методи. В дослідження включено 70 пацієнтів з ГКС без елевації сегменту ST та ХХН віком від 35 до 75 років. Хворих розподілено у 2 групи: I група – 35 осіб – курців, середня тривалість куріння яких становить $24,63 \pm 1,61$ роки, середня кількість викурених сигарет на добу – $26,57 \pm 1,61$ (середній вік – $60,09 \pm 1,66$ років), II група – 35 осіб, які ніколи не курили (середній вік – $62,31 \pm 1,04$ роки). Частка осіб курців (I) з ГХ складала 51,43 % проти 45,71 % ($p > 0,05$) некурців (II); з ЦД – 20,00 % (I) проти 17,14 % (II) ($p > 0,05$); із зайвою вагою (ІМТ: 25–29,9) – 54,28 % (I) проти 40,00 % (II) ($p > 0,05$), з ожирінням (ІМТ: 30–34,9) – 17,14 % (I) проти 31,43 % (II) ($p > 0,05$).

Добовий моніторинг АТ проводили у другий день госпіталізації після стабілізації стану пацієнта за допомогою приладу CONTEC ABPM50. Визначали наступні показники: систолічний АТ (САТ), денний, нічний та середньодобовий (24 години) (САТд, САТн, САТдоб); діастолічний АТ (ДАТд, ДАТн, ДАТдоб); пульсовий АТ (ПАТд, ПАТн, ПАТдоб); індекс часу (ІЧ) для САТд та САТн (ІЧ САТд, ІЧ САТн) і ДАТ (ІЧ ДАТд, ІЧ ДАТн); ЧСС.

Для вивчення функціонального стану нирок обстежених хворих визначали альбумін-креатиніновий індекс (АКІ) у сечі напівкількісним методом з використанням тест-стужок MICROALBUMIN. Розрахунок ШКФ здійснювали за формулою СКД-ЕРІ на основі креатиніну.

Результати. Виявлено достовірно вищі середні рівні САТ, ДАТ та ПАТ у I групі хворих порівняно з II групою: САТд – на 5,10 % ($126,12 \pm 2,49$ мм рт. ст. (I) проти $119,79 \pm 2,06$ (II), $p < 0,01$), САТн – на 6,60 % ($117,61 \pm 2,82$ мм рт. ст. (I) проти $109,96 \pm 2,94$ (II), $p < 0,05$); ДАТд – на 9,60 % ($75,82 \pm 1,90$ мм рт. ст. (I) проти $68,55 \pm 1,48$ (II), $p = 0,01$), ДАТн – на 14,10 % ($68,83 \pm 1,89$ мм рт. ст. (I) проти $59,12 \pm 1,88$ (II), $p < 0,05$); ПАТд – на 7 % ($50,53 \pm 1,39$ мм рт. ст. (I) проти $47,04 \pm 1,66$ (II), $p = 0,05$), ПАТн – на 8,50 % ($49,08 \pm 1,73$ мм рт. ст. (I) проти $44,95 \pm 1,62$ (II), $p < 0,05$). Середнє значення ІЧ також виявилось достовірно вищим у групі курців (I) проти некурців (II): ІЧ САТд – на 55,50 % ($p < 0,01$), ІЧ САТн – на 58,90 % ($p < 0,01$), ІЧ ДАТд – на 57,50 % ($p < 0,01$), ІЧ ДАТн – на 46,30 % ($p < 0,01$). ЧСС була вищою на 10,80 % у I групі порівняно з II групою ($86,68 \pm 1,89$ /хв (I) проти $77,38 \pm 2,24$ (II), $p < 0,01$).

Середній рівень ШКФ у курців на 13,00 % нижчий порівняно з некурцями ($56,67 \pm 2,79$ мл/хв/1,73 м² (I) проти $64,25 \pm 3,51$ (II), $p < 0,05$). Питома вага хворих з I стадією ХХН складала 0 % (I) проти 14,30 % (II); з II стадією ХХН – 40,00 % (I) проти 45,71 % (II), $p < 0,05$; з III стадією – 45,71 % (I) проти 37,14 % (II), $p < 0,05$; з IV стадією ХХН – 14,30 % (I) проти 2,85 % (II), $p < 0,05$.

Встановлено на 57 % достовірно вищий рівень АКІ у групі курців (I група) порівняно з некурцями (II група) ($57,76 \pm 6,74$ мг/ммоль (I), проти $36,63 \pm 5,14$ (II) ($p < 0,01$)). Частка помірно підвищеного АКІ (3–30 мг/ммоль) становить 17,14 % (I) проти 42,85 % (II), $p < 0,05$; виразно підвищеного АКІ (> 30 мг/ммоль) – у 82,85 % (I) проти 57,14 % (II), $p < 0,05$.

Висновки. У групі пацієнтів-курців з ГКСбезST та ХХН виявлено достовірно вищі середні рівні САТ, ДАТ, ПАТ, ІЧ та ЧСС. У цій же групі зареєстровано більш виразні ознаки ураження нирок, а саме нижчі значення ШКФ та вищі АКІ, що свідчить про ймовірний несприятливий вплив куріння на стан регуляції АТ та мікроциркуляторне русло нирок.