

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ  
ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ  
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ТЕРАПІЇ, СІМЕЙНОЇ ТА ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЦИНІ ННІПО  
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
ГО «АСОЦІАЦІЯ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНІ  
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ»  
ГО «КЛУБ ПІДТРИМКИ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ  
В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ»



## ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

# «ГЛОБАЛЬНІ ПЕРСПЕКТИВИ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНІ»

18 - 19 травня 2023 року

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ  
ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ  
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ТЕРАПІЇ, СІМЕЙНОЇ ТА ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЦИНИ ННІПО  
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
ГО «АСОЦІАЦІЯ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ  
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ»  
ГО «КЛУБ ПІДТРИМКИ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В  
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ»

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ**  
МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

**«ГЛОБАЛЬНІ ПЕРСПЕКТИВИ ТА ПРАКТИЧНІ  
АСПЕКТИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ»**

**18 - 19 травня 2023 року**

М. Івано-Франківськ

**Редакційна колегія:**

**Скрипник Любов Миронівна** – кандидат медичних наук, доцент кафедри терапії, сімейної та екстремої медицини післядипломної освіти Івано-Франківського національного медичного університету.

**Чаплинська Наталія Володимирівна** – кандидат медичних наук, доцент кафедри терапії, сімейної та екстремої медицини післядипломної освіти Івано-Франківського національного медичного університету.

## **ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ**

### ***Голова оргкомітету:***

**Рожко Микола Михайлович** – ректор Івано-Франківського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор, Заслужений діяч науки і техніки України, Лауреат Державної премії України

### ***Співголова оргкомітету:***

**Дмитренко Ігор Анатолійович** – директор департаменту охорони здоров'я Івано-Франківської ОДА

### ***Заступники співголови оргкомітету:***

**Ерстенюк Ганна Михайлівна** – перший проректор Івано-Франківського національного медичного університету, доктор біологічних наук, професор;

**Вакалюк Ігор Петрович** – проректор з наукової роботи Івано-Франківського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор;

**Федоров Сергій Валерійович** – завідувач кафедри терапії, сімейної та екстреної медицини навчально-наукового інституту післядипломної освіти Івано-Франківського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор.

## **Члени оргкомітету**

**Пелехан Л.І.** – к. мед. н., доцент, директор ННІПО ІФНМУ;

**Глушко Л.В.** – д. мед. н., професор кафедри терапії, сімейної та екстреної медицини ННІПО ІФНМУ;

**Скрипник Л.М.** – к. мед. н., доцент кафедри терапії, сімейної та екстреної медицини ННІПО ІФНМУ;

**Чаплинська Н.В.** – к. мед. н., доцент кафедри терапії, сімейної та екстреної медицини ННІПО ІФНМУ;

**Гавриш Т.Ю.** – к. мед. н., доцент кафедри терапії, сімейної та екстреної медицини ННІПО ІФНМУ;

**Симчич Х.С.** - к. мед. н., доцент кафедри терапії, сімейної та екстреної медицини ННІПО ІФНМУ;

**Козлова І.В.** – к. мед. н., доцент кафедри терапії, сімейної та екстреної медицини ННІПО ІФНМУ;

**Маковецька Т.І.** – к. мед. н., доцент кафедри терапії, сімейної та екстреної медицини ННІПО ІФНМУ;

**Позур Н.З.** – к. мед. н., доцент кафедри терапії, сімейної та екстреної медицини ННІПО ІФНМУ

## **ЗМІСТ**

1. Бєлінський М. В., Геращенко А. С., Малініна Н. Р. ПОРІВНЯННЯ ІНДЕКСІВ ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ.....	<b>9</b>
2. Білас О. Ю., Тітов І. І. КОНТРОЛЬ ТА АНАЛІЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТІ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИС- КУ У ХВОРИХ В ГОСТРИЙ ПЕРІОД ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ ІЗ СУПУТНІМ СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ УВІ СНІ.....	<b>10</b>
3. Василечко М.М., Скрипник Н.В., Оринчак М.А., Нейко В.Є., Дзвонковська В.В., Костіцька І.О., Дідушко О.М., Човганюк О.С., Кочержат О.І., Чернявська І.В., Вацеба Б.Р., Гаман І.О., Артеменко Н.Р. ЗМІНИ ВАРИАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ТА ПОСТКОВІДНИМ СИНДРОМОМ.....	<b>12</b>
4. Вацеба М.О., Галюк Н.М., Мергель Т.В. РІВНІ АДИПОКІНІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОДАГРИЧНИМ АРТРИТОМ, ЗВ'ЯЗОК ІЗ ОСОБЛИВОСТЯМИ ПЕРЕБІGU АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІPERTНЗІЇ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ.....	<b>15</b>
5. Гарагуля Г.А., Черкасова О.Г. КЛІНІЧНА КАРТИНА НЕТРАВМАТИЧНОГО УРАЖЕННЯ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ СИСТЕМИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІД ЧАС БОЙОВИХ ДІЙ.....	<b>17</b>
6. Глушко Л.В., Глушко Н.Л., Ленчук Т.Л., Макарчук О.М., Островська О.М., Островська К.М., Федоров С.В., Мартинова О.В., Романів О.В., Павлюк А.А., Подруга Х.М. ВЕДЕННЯ АНЕМІЇ У ВАГІТНИХ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19.....	<b>19</b>
7. Глушко Л.В., Глушко Н.Л., Ленчук Т.Л., Федоров С.В., Мацькевич В.М., Маковецька Т.І., Сарапук О. Р., Гриджук Т.І., Фіщук З.І., Аксентійчук І.І., Гуменюк Г.М., Гоцуляк Я.В. ВИПАДОК ПЕРВИННОЇ ЛІМФОМІ КІСТКИ.....	<b>21</b>

8. Глушко Л.В., Ленчук Т.Л., Глушко Н.Л., Федоров С.В., Варунків С.В., Островський М.М., Грищук О.І., Яворський А.М., Заяць І.Т., Ружило Н.С., Павлюк Г.Л., Боцюрко Г.М., Смачило Г.М. <b>ОСОБЛИВОСТІ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ В ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ З ФЕБРИЛЬНОЮ НЕЙТРОПЕНІЄЮ.....</b>	<b>23</b>
9. Глушко Л.В., Глушко Н.Л., Ленчук Т.Л., Федоров С.В., Пустовойт М.М., Нестерак Р.В., Позур Н.З., Рудник В.Т., Мацькевич В.М., Нищук Н.Б. <b>РН- НЕГАТИВНІ НЕОПЛАЗІЇ ЯК ПРЕДИКТОРИ РИЗИКУ ГОСТРИХ КОРОНАРНИХ СИНДРОМІВ.....</b>	<b>25</b>
10. Коваль О.А., Скоромна А.С., Іванов А.П. <b>РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ДЕТАЛЬНОЇ СТРАТИФІКАЦІЇ ХВОРИХ З ГКС - ЗАПОРУКА УСПІШНОСТІ РОБОТИ РЕПЕРФУЗІЙНОГО ЦЕНТРУ В СКЛАДІ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ ЛІКАРНІ ШВІДКОЇ ДОПОМОГИ.....</b>	<b>27</b>
11. Кулаєць Н.М., Кулаєць В.М. <b>ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА ФІБРИЛЯЦІЮ ПЕРЕДСЕРДЬ.....</b>	<b>29</b>
12. Малініна Н.Р., Геращенко А.С. <b>ОСОБЛИВОСТ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ У ПОЄДНАННІ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ЗА ДОПОМОГОЮ ТРИМЕТАЗИДИNU ТА ОМЕГА- 3 ПНЖК.....</b>	<b>31</b>
13. Матвіюк О.Я., Пришляк О.Я., Бойчук О.П. <b>ЗАСТОСУВАННЯ МОБІЛЬНОГО ДОДАТКУ «ІНДЕКСИ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ» ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ ТЯЖКИХ ТА УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ КОРУ У ДОРОСЛИХ ХВОРИХ.....</b>	<b>32</b>
14. Мішук В.Г., Мізюк Т.М. <b>РІВЕНЬ ОКРЕМИХ МАРКЕРІВ ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА НЕУСКЛАДНЕНУ ДИВЕРТИКУЛЯРНУ ХВОРОБУ ТОВСТОЇ КИШКИ.....</b>	<b>34</b>

15. Нищук-Олійник Н.Б. ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ЗА ДОПОМОГОЮ КВЕРЦЕТИНУ ТА ЕМПАГЛІФЛОЗИНУ.....	<b>36</b>
16. Позур Н.З., Рудник В.Т., Фреїк С.П., Павлюк Л.В. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПНЕВМОТОРАКСУ, ПНЕВМОМЕДІАСТИНУМУ ТА ПІДШКІРНОЇ ЕМФІЗЕМИ У ХВОРОГО З COVID-19.....	<b>37</b>
17. Позур Н.З., Чужак С.Ю., Федоров С.В. НОВИЙ БІОМАРКЕР ВАЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ.....	<b>39</b>
18. Позур Н.З., Малініна Н.Р., Федоров С.В. ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ШЛЯХОМ ВИКОРИСТАННЯ ІНГІБІТОРУ НЕПРИЛІЗИNU.....	<b>40</b>
19. Протас Н.М., Костіцька І.О. ОПТИМІЗАЦІЯ ЦУКРОЗНИЖУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ МЕТАБОЛІЧНО- АСОЦІЙОВАНОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ В ОСІБ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ.....	<b>41</b>
20. Симчич Х.С., Рудник В.Т., Чаплинська Н.В., Гавриш Т.Ю., Скрипник Л.М. МЕТАБОЛІЧНІ АКЦЕНТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ АСОЦІЙОВАНУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ.....	<b>43</b>
21. Скрипник Л.М., Чаплинська Н.В., Рудник В.Т., Симчич Х.С. СТРЕС-ІНДУКОВАНІ РОЗЛАДИ ШКТ ТА ОСОБЛИВОСТІ МЕНЕДЖМЕНТУ ТАКИХ ПАЦІЄНТІВ.....	<b>46</b>
22. Тиліщак З.Р., Пришляк О.Я., Бойчук О.П., Процик А.Л. ЗМІНИ КАПІЛЯРНОГО КРОВОТОКУ У ПАЦІЄНТІВ З КОРОНАВІРУСНОЮ ХВОРОБОЮ COVID-19 ТА СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ.....	<b>48</b>
23. Черкасова О.Г., Данилова Г.В., Гарагуля Г.А. ЯК ЗАСТАВИТИ ПРАЦЮВАТИ РЕКОМЕНДАЦІЇ? І ЗНОВУ ПРО СТАТИНИ.....	<b>50</b>

24. Anastasiia Sikora, Mykhailo Vynnyk THE INFLUENCE OF VORTIOXETINE TO HEART FUNCTIONAL STATUS IN PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS AND CONCOMITANT HEART FAILURE.....	52
25. Herashchenko A. S., Bielinskyi M. V. PREDICTING HEART FAILURE IN TYPE 2 DIABETES: GALECTIN-3, sST2, AND CIMT AS PROGNOSTIC TOOLS.....	53
26. Teslenko O. B., Bielinskyi M. V., Herashchenko A. S. NAFLD AND AF CO-EXISTENCE: KEY INDICATORS.....	54
27. Sergiy Fedorov, Irena Kozlova, Nataliia Pozur, Lyubomyr Glushko THE DIAGNOSTIC AND MANAGEMENT OF HEART FAILURE WITH PRESERVED EJECTION FRACTION: OVERVIEW OF NEW AHA/ACC POSITION STATEMENT.....	55
28. Skrypnyk L.M., Boichuk Y.R., Buchkovskyi P.S. AUTOIMMUNE HEPATITIS AFTER CORONAVIRUS DISEASE (COVID-19) (CLINICAL CASE).....	56
29. Козлова І. В. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПІДГОСТРОГО ТИРЕОЇДИТУ В ХВОРИХ ІЗ КОРОНАВІРУСНОЮ ХВОРОБОЮ .....	57

# **ПОРІВНЯННЯ ІНДЕКСІВ ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**

**М. В. Бєлінський<sup>1</sup>, А. С. Геращенко<sup>2</sup>, Н. Р. Малініна<sup>2</sup>**

*Кафедра внутрішньої медицини №2 та медсестринства, Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна.*

*Кафедра терапії, сімейної та екстреної медицини післядипломної освіти, Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна*

**Вступ.** Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) залишається важливою глобальною проблемою охорони здоров'я, а раннє розпізнавання та лікування має вирішальне значення для зменшення шкоди та покращення результатів лікування пацієнтів. Цукровий діабет 2 типу (ЦД2) є поширеним метаболічним розладом, який пов'язаний зі ГІМ через такі фактори, як інсульнорезистентність, оксидативний стрес та запалення низького ступеня.

**Мета.** Визначити взаємозв'язок між ГІМ та ЦД2 шляхом порівняння рівнів показників системного імунозапалення.

**Матеріали та методи.** Обстежено 131 пацієнта з діагнозом ГІМ та ЦД2, які перебували на стаціонарному лікуванні в Івано-Франківському обласному клінічному кардіологічному центрі. Досліджувана популяція була розподілена на дві групи: 1-ша - 97 пацієнтів з ГІМ та ЦД2, 2-га - 34 пацієнти тільки з ГІМ.

**Результати.** SII (2074,50 (1838,45;2331,05) проти 1504,85 (1342,00;1943,38)), NLR (7,80 (7,10;8,60) проти 6,30 (5,80;8,60),  $p=0,002$ ) та AISI ( $699,45\pm433,53$  проти  $531,80\pm217,27$ ,  $p=0,033$ ) були достовірно вищими у пацієнтів з ГІМ та ЦД2 порівняно з пацієнтами лише з ГІМ. Показники PLR ( $226,01\pm48,58$  проти  $224,19\pm59,61$ ) та SIRI ( $2,59\pm1,54$  проти  $2,34\pm0,98$ ) достовірно не відрізнялися між двома групами.

**Висновки.** SII, NLR та AISI достовірно асоціюються з наявністю ЦД2 у пацієнтів з ГІМ.

# КОНТРОЛЬ ТА АНАЛІЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТІ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ В ГОСТРИЙ ПЕРІОД ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ ІЗ СУПУТНІМ СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ УВІ СНІ

Білас О. Ю., Тітов І. І.

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ,  
Україна

**Актуальність.** Ішемічний інсульт – одна із головних причин смертності в Україні та світі, що призводить до інвалідизації хворих і негативних соціальних та економічних наслідків для суспільства. На думку багатьох вчених головним тригером у виникненні інсульту є артеріальна гіпертензія. Останніми роками увагу дослідників привернув показник варіабельності артеріального тиску (BAT) як незалежний чинник ризику для вперше-виниклого та повторного інсульту. У великої кількості пацієнтів ще до настання інфаркту мозку були наявні характерні ознаки синдрому обструктивного апноє уві сні (COAC): хропіння, численні зупинки дихання, фрагментація сну, зниження сатурації. Прогресування порушень системної гемодинаміки (збільшення варіабельності AT), збільшення симпатичної активації та гіперкоагуляцію пов'язують із нарощанням під час сну гіпоксемії, гіпоксії та гіперкарпнії, що може призвести у подальшому до повторної мозкової катастрофи. Вивчення показників BAT дає важливу додаткову інформацію для оцінки ефективності симптоматичного лікування хворих із COAC та прогнозу подальшої нейрореабілітації.

**Мета.** Вивчити початкові показники варіабельності артеріального тиску у хворих в гострий період ішемічного інсульту із діагностованим COAC.

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням знаходилося 30 хворих на ішемічний інсульт, яким в 1-2 добу перебування в інсультному блоці було проведено скринінгове сомнологічне обстеження за допомогою системи «SomnoChek micro» (Weinmann, Німеччина) та виявлено синдром обструктивного апноє уві сні помірного та важкого ступеня. Наступну добу проводився 24-годинний моніторинг BAT за допомогою системи «ABPM50» (CONTEC, Німеччина-Китай). Підраховували середні значення систолічного та діастолічного AT, мак-

симального та мінімального САТ та ДАТ протягом доби. Отримали коефіцієнт варіації (CV) для систолічного та діастолічного АТ протягом 24 годин. Всі вимірювання проводились у стандартизованих умовах.

**Результати.** Нами встановлено, що більшість показників АТ у хворих була патологічно змінена. Підвищення АТ більше ніж на 140/90 мм рт. ст. реєструвалось у 73,3% пацієнтів. Під час добового моніторингу САТ становив –  $163,12 \pm 7,38$  мм рт.ст., при цьому максимальні значення становили – 198 мм рт.ст., а мінімальні – 155 мм рт.ст. Середній ДАТ становив –  $93,46 \pm 6,15$  мм рт.ст., максимальний – 110 мм рт.ст., а мінімальний – 85 мм рт.ст. При цьому показники CV свідчили про підвищенну варіабельність як САТ, так і ДАТ. Зокрема, CV САТ становив –  $18,36 \pm 1,37\%$ , CV ДАТ –  $14,57 \pm 1,15\%$ , що вказує на недостатній медикаментозний контроль артеріальної гіпертензії, обумовлює і підвищує ризик прогресування чи рецидиву інсульту та погіршує умови для нейрореабілітації. Механізм підтримання підвищеної ВАТ, на нашу думку є комплексний вазоспастичний вплив тривалої гіпоксемії та гіперкапнії через наявний СОАС.

**Висновки.** Хворі із гострим ішемічним інсультом та супутнім СОАС, мають виражені негативні зміни вентиляції та оксигенації, які прямо чи опосередковано здатні впливати на ВАТ та збільшувати його показники як для САТ, так і для ДАТ, що погіршує умови для лікування. Виявлені обструктивні події обґруntовують потребу в застосуванні неінвазивної респіраторної підтримки – СРАР-терапії. З'ясування впливу респіраторної підтримки на показники ВАТ, церебральну оксигенацію, функцію зовнішнього дихання, дозволить рекомендувати вищезгаданий немедикаментозний метод супутнього лікування в щоденну клінічну практику.

# **ЗМІНИ ВАРИАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ТА ПОСТКОВІДНИМ СИНДРОМОМ.**

**Василечко М.М., Скрипник Н.В., Орінчак М.А., Нейко В.Є.,  
Дзвонковська В.В., Костіцька І.О., Дідушко О.М., Човганюк О.С.,  
Кочержат О.І., Чернявська І.В., Вацеба Б.Р., Гаман І.О.,  
Артеменко Н.Р.**

*Івано-Франківський національний медичний університет,  
м. Івано-Франківськ, Україна*

*Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини імені професора  
М.М. Бережницького  
Кафедра ендокринології*

**Постановка проблеми й аналіз останніх досліджень.** З 2020 року медична спільнота всього світу бореться із пандемією, спричиненою коронавірусною інфекцією та її наслідками. Збереження симптомів, що виникли під час гострої фази COVID-19, протягом більше ніж 12 тижнів, та не можуть бути пояснені іншими альтернативними діагнозами, отримало офіційне визначення – постковідний синдром (NICE, 2020). Відомо, що крім дихальної системи SARS-CoV-2 вражає інші органи та тканини, зокрема серцево-судинну. Серед постковідних проявів порушень серцево-судинної системи, значне зацікавлення набули порушення частоти та ритму серця. Особливу увагу приділяють пацієнтам з метаболічними порушеннями, такі як, ожиріння, порушення толерантності до вуглеводів, цукровий діабет, тощо. Ці пацієнти складають групу високого ризику не лише гострого перебігу інфекції COVID-19, а й розвитку ускладнень.

**Мета роботи** – оцінити зміни показників варіабельності серцевого ритму (BCP) та їх взаємозв'язок із показниками інсульнорезистентності (IP) у пацієнтів із метаболічними порушеннями та постковідним синдромом.

**Матеріал та методи дослідження.** Обстежено 42 пацієнти, які мали три і більше ознаки метаболічного синдрому за критеріями ATP III (2001) та перенесену коронавірусну інфекцію в анамнезі, (вік  $(50\pm10)$  років; 27 – чоловіки, 15 – жінки). Пацієнтів розділено залежно від рівня El в крові: 1 група – 15 пацієнтів з нормальним

рівнем ЕІ в крові; 9 – з реактивною гіперінсулінємією (ГІ), 18 – зі спонтанною ГІ. Проведено загальноклінічне обстеження, пероральний глюкозо-толерантний тест (ПГТТ) з паралельним визначенням рівня глюкози та ендогенного інсулулу (ЕІ) в крові до та після навантаження глюкозою, визначення індексу Homeostasis Model Assessment – Insulin Resistens (HOMA-IR) за стандартними методиками та холтерівське моніторування електрокардіограми (ХМ ЕКГ) із визначенням показників ВСР з використанням апарату ЕС-ЗН/АВР і комп’ютерних програм Cardiospy ECG Holter (Labtech Ltd, Угорщина). Оцінювались часові показники ВСР: індекс і стандартне відхилення R-R інтервалу (SDNN-i, SDNN), корінь квадратний суми квадратів різниці величин послідовних пар N-N-інтервалів (RMSSD), сегменти тривалістю 5 хв (SDNN). Постковідний синдром діагностували при наявності скарг на втому, слабкість, задишку, дискомфорт у грудях, серцебиття, порушення ритму серця, тривогу, зниження концентрації та відсутністі структурно-органічних змін органів (ехокардіоскопія (ExoKC), що були присутніми у пацієнтів більш ніж 12 тижнів після верифікованого інфікування вірусом SARS-CoV-2. Опрацювання результатів проводили за програмою Statistica for Windows 6.0 (Statsoft, США). Контроль – 20 практично здорових осіб.

**Результати дослідження.** При аналізі показників ПГТТ виявлено IP у 36 (85,71%) випадках із реактивною та спонтанною ГІ. Показник HOMA-IR у хворих із реактивною та спонтанною ГІ виявився підвищеним у 1,87 та 5,11 разів порівняно з контролем – (1,90±0,50) ( $p<0,05$ ). Порушення ритму серця після перенесеної інфекції COVID-19 вперше діагностовано у 27 (64,3%) пацієнтів при наявності IP, серед них у 11 (40,7%) чоловіків та у 16 (59,3%) жінок. Зокрема, фібриляція передсердь та суправентрикулярні екстрасистоли виявлено у 18 (66,7%), тріпотіння передсердь – у 2 (7,4%), шлуночкові екстрасистолія – 7 (25,9%) випадках відповідно. У пацієнтів, що перехворіли на COVID-19, відмічено підвищення середньої та максимальної частоти серцевих скорочень, а також зниження часового показника ВСР – SDNN. У пацієнтів, які відмічали порушення ритму серця до захворювання на коронавірусну хворобу, виявлено підвищенну середню та максимальну ЧСС, а також зниження індексу SDNN-i при підвищенні RMSSD, що може свідчити на користь проаритмогенної активації серця.

**Висновки.** 1. Метаболічні порушення при постковідному синдромі з інсулінорезистентністю характеризуються підвищеннем індексу HOMA-IR.

2. Коронавірусна інфекція погіршує перебіг наявних порушень ритму серця та провокує появу нових випадків аритмій, у рівній мірі фібриляції передсердь та суправентрикулярних екстрасистол.

3. Зниження показника SDANN при підвищенні значення RMSSD свідчить про недостатній вплив вегетативних механізмів регуляції на синусовий ритм та зумовлює проаритмогенний вплив на серце.

# **РІВНІ АДИПОКІНІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОДАГРИЧНИМ АРТРИТОМ, ЗВ'ЯЗОК ІЗ ОСОБЛИВОСТЯМИ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРЕНЗІЇ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ**

*Вацеба М.О., Галюк Н.М., Мергель Т.В.*

*Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна*

**Актуальність.** Подагра – одне із найпоширеніших ревматичних захворювань серед дорослого населення. Встановлено, що за останні 20 років у всіх країнах світу захворюваність на подагру зросла більше ніж у два рази. В Україні значне місце в структурі хвороб кістково-м'язової системи посідають сольові артропатії, серед них подагричні відмічені у 63,2% дорослих, з яких – 69,4% працездатного віку. Численні дані свідчать про високу поширеність подагричного артриту в поєднанні з артеріальною гіпертензією, ішемічною хворобою серця, інсультом, атеросклеротичним ураженням артерій, судинною деменцією. **Мета дослідження:** дослідити концентрацію лептину та адипонектину у пацієнтів із подагричним артритом та визначити їх зв'язок із перебігом захворювання та субклінічними проявами атеросклеротичного ураження судин. **Матеріали та методи дослідження:** у дослідження включено 80 хворих на подагричний артрит та артеріальну гіпертензію II стадії 2 ступеня (всі чоловіки) віком 35–65 років (середній вік –  $47,3 \pm 1,12$  року). Тривалість захворювання становила від 1 до 30 років ( $9,01 \pm 6,55$  року). До контрольної групи увійшли 25 практично здорових осіб відповідного віку і статі. Діагноз подагри встановлювався згідно з критеріями Wallace S.L. (1977), рекомендованими ARA (2001). Здійснили клінічне обстеження хворих та визначили у крові імуноферментним аналізом значення адипонектину та лептину. Встановлено, що у хворих на подагричний артрит має місце дисадипокінемія, зниження рівня адипонектину (на 52%) та зростання лептину (на 40%) порівняно із практично здоровими особами. Рівні адипокінів у сироватці крові асоціюються з віком хворих та порушенням ліпідного обміну і не залежать від статі, тривалості захворювання. З'ясовано, що рівні адипокінів у хворих на подагричний артрит виявлялися досить тісну залежність від порушень ліпідного обміну. Найнижчу ак-

тивність адипонектину та найвищу лептину реєстрували у пацієнтів із високими рівнями загального холестерину, ХС ЛПНЩ та низькими ХС ЛПВЩ. Кореляційним аналізом також підтверджено наявність тісних асоціативних залежностей між показниками ліпідного обміну із концентрацією ензимів у сироватці крові. Причинами дисадипокінемії у хворих на подагричний артрит є висока активність (С-реактивного протеїну, IL-6) захворювання. Також рівні адипокінів асоціюються зі структурно-функціональними змінами в судинах у хворих на подагричний артрит, оскільки серед осіб із низьким рівнем адипонектину та високим лептину потовщення комплексу інтима-медіа загальної сонної артерії, зниження ендотелійзалежної вазодилатації розвивається частіше, ніж у хворих з нормальним значенням адипокінів. Отримані нами дані свідчать, що прогресуюча дисадипокінемія у хворих на подагричний артрит асоціюється з посиленням явищ ремоделювання артерій, посиленням ознак дисфункції ендотелію, свідченням чого є збільшення товщини комплексу інтима-медіа загальної сонної артерії та зниження ендотелій залежної вазодилатації у хворих з високим рівнем лептину та низьким адипонектину, порівняно з такими у осіб з низьким рівнем лептину та високим адипонектину. Дані літератури також вказують на існування тісного зв'язку між рівнем ензимів та станом судин.

**Висновок:** Таким чином, вищеописаний зв'язок між рівнями адипокінів зі структурно-функціональною перебудовою судин слід розцінювати як важливий фактор ризику розвитку судинних уражень у хворих на подагричний артрит.

# **КЛІНІЧНА КАРТИНА НЕТРАВМАТИЧНОГО УРАЖЕННЯ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ СИСТЕМИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІД ЧАС БОЙОВИХ ДІЙ**

*Гарагуля Г.А., Черкасова О.Г.*

*Дніпровський державний медичний університет  
м. Дніпро, Україна*

**Актуальність.** На сьогоднішній день бойові дії на території України є основним фактором хімічної небезпеки. Руйнування підприємств хімічної промисловості, використання великої кількості різного виду вогнепальної зброї, створює масштабні загрози життю та здоров'ю особового складу, населенню та навколишньому середовищу. Проблеми, що спричиняють ці чинники, є новими викликами для медичної спільноти України. Вплив нітрогазів на організм виражається переважно ураженням органів дихання і проявляється у вигляді токсичного трахеобронхіту, бронхіоліту, токсичного набряку легень. Також, спостерігаються загострення наявних хронічних захворювань бронхолегеневої системи, особливо бронхіальної астми та хронічного обструктивного захворювання легень. Очевидно, що на розвинення патології впливає і похідний стан бронхолегеневої системи і тривалість експозиції токсичних сумішей, і наявність чинників, не менш важливих, для розвинення клінічної картини. В якості інших чинників треба розглядати бактеріологічне та вірусологічне навантаження, умови перебування військових, стресовий фактор.

**Мета.** Проаналізувати клінічний випадок нетравматичного ураження легень у військовослужбовця, що перебував в зоні активних бойових дій. Та обговорити основні аспекти специфіки діагностики та лікування.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз медичної карти пацієнта з нетравматичним ураженням легень, який перебував в зоні бойових дій.

**Результати та їх обговорення.** Пацієнт Я. 38 років, військовослужбовець, проходив лікування у клінічній лікарні м.Дніпра, скаржився на напади непродуктивного кашлю, дискомфорт в грудній клітині, свистячі дистантні хріпи, задишку при значному фізичному навантаженні, головний біль, порушення сну. З анамнезу захворювання: з квітня 2022 пацієнта став турбувати малопродуктивний кашель з виділен-

ням мокротинням сірого та зеленкуватого кольору, свистячі дистантні хрипи. Отримував антибактеріальну терапію (захищений пеніцилін та макролід), без вираженої позитивної динаміки. Після отримання травми колінного суглоба лікувався в тиловому шпиталі. Отримував небулайзерну терапію бронходилятаторами та інгаляційними кортикостероїдами. Відмічав слабко позитивну динаміку, меншу інтенсивність кашлю та звучність дистантних хрипів. Анамнез життя: з лютого 2022 по листопад 2022 перебував в зоні бойових дій, знаходився під впливом великої кількості газових сумішей (продукти горіння, порохові гази та інші хімічні речовини в томі числі бойових отруйних речовин). Стаж тютюнопаління 7 р\р, алергологічний анамнез не обтяжений. Об'єктивно: загальний стан відносно задовільний. Показники вітальних функцій в межах норми. Грудна клітина нормостенічна, перкуторно над всіма легенями ясний легеневий звук, при аускультації дихання проводиться над всіма ділянками, вислуховується жорстке дихання, додаткових дихальних феноменів не вислуховується. При аускультації тони серця збережені, чисті, ритм правильний. Результати загально клінічних та біохімічних методів обстеження без патологічних змін, рентгенографія ОГК: легеневі поля прозорі, об'ємні та інфільтративні зміни відсутні, серце в межах норми. З метою диференційної діагностики було проведено дообстеження: дослідження вентиляційної функції легень: показники в межах норми, проба з бронходилятатором короткої дії негативна, дослідження рівню загального IgE ( $14,5 \text{ MO} \cdot \text{мл}$   $N < 24 \text{ MO} \cdot \text{мл}$ ), бронхоскопію: виявлено ознаки поверхневого субатрофічного ендобронхіту. ЕГДС (виключено патологію стравоходу та стравохідного сфінктеру).

**Висновки:** у осіб, що перебували в зоні активних бойових дій, можуть виникати нетравматичні ураження бронхолегенової системи, які пов'язані з комплексним впливом газових сумішей. Підходи до лікування та обстеження таких пацієнтів мають бути комплексні та враховувати всі можливі фактори впливу.

## **ВЕДЕННЯ АНЕМІЇ У ВАГІТНИХ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19**

\*Глушко Л.В., \*\*Глушко Н.Л., \*Ленчук Т.Л., \*Макарчук О.М.,

\*Островська О.М., \*Островська К.М., \*Федоров С.В.,

\*\*Мартинова О.В., \*\*Романів О.В., \*\*Павлюк А.А., \*\*Подруга Х.М.

\*- Івано-Франківський національний медичний університет,  
м. Івано-Франківськ, Україна

\*\*- Комунальне некомерційне підприємство «Обласна клінічна лікарня  
Івано-Франківської обласної ради», м. Івано-Франківськ, Україна

Під час вагітності жінка стає більш сприйнятливою до респіраторних та вірусних захворювань, включаючи коронавірусну інфекцію (COVID-19). Вагітність посилює гостре запалення, характерне для COVID-19, підвищуючи ризик розвитку бурі цитокінів, що характеризується лавиноподібним стрибком концентрації маркерів запалення (С-реактивний білок, інтерлейкін-1 в, інтерлейкін-6, інтерферон-У, феритин , швидкість осідання еритроцитів тощо). Гіперзапалення COVID-19 (буря цитокінів) призводить до системної дисрегуляції заліза. Цитокінова буря збільшує ризик втрати вагітності та сприяє формуванню синдрому поліорганної недостатності у вагітних та плода. Зокрема, деградація еритроцитів внаслідок гострого запалення призводить до гіпоксії та неконтрольованого міжтканинного перерозподілу заліза. В результаті одночасно створюються умови для розвитку легеневого гемосидерозу та гемосидерозу інших тканин у вагітної жінки та плода, а також для збільшення втрат заліза з організму, що посилює залізодефіцитну анемію. Тому лікування ЗДА у вагітних з COVID-19 є складним викликом для лікаря.

Залізодефіцитна анемія відноситься до найчастішої екстрагенітальної патології з якою зустрічається сімейний лікар та акушер-гінеколог. Анемія під час гестації призводить до патології пологів підвищення материнської та дитячої захворюваності, зростання ризику зниження ваги дитини при народженні, зменшення об'єму та тривалості лактації тощо. Лікування важкої анемії у вагітних є складною проблемою. Призначення довених препаратів заліза (ДПЗ) є токсичним для плоду і тому вони не повинні використовуватися під час вагітності, окрім станів коли переважають потенційні ри-

зики для матері та плоду. Використання ДПЗ в першому триместрі вагітності є небажане через високий ризик ураження плода. Також таке лікування, як і гемотрансфузійна терапія, проводиться в умовах стацонару, що підвищує ризик зараження COVID-19. Окрім того трансфузії еритроцитарної маси збільшують ризик поглиблення респіраторного дистрес синдрому, аутоімунної гемолітичної анемії, трансмісивних інфекцій тощо, тому призначаються тільки за життєвими показами. Лікування анемії еритропоетинами збільшує ризик тромбозів, особливо під час COVID-19, тому не може бути рекомендованим як рутинна лікувальна опція корекції анемії у таких хворих до отримання результатів клінічних досліджень. Таким чином особливої ваги набуває роль сімейного лікаря у ранньому виявленні дефіциту заліза у дівчаток і жінок, в тому числі і вагітних, диспансеризація, вчасне призначення суплементивних та терапевтичних доз препаратів заліза, контроль аналізів, просвітницька робота. У вагітних жінок з COVID-19 вірусною інфекцією та анемією перевагу потрібно надавати пероральним препаратам заліза.

## **ВИПАДОК ПЕРВИННОЇ ЛІМФОМІ КІСТКИ**

\*Глушко Л.В., \*\*Глушко Н.Л., \*Ленчук Т.Л., \*Федоров С.В.,  
\*Мацькевич В.М., \*Маковецька Т.І., \*Сарапук О. Р., \*Гриджук Т.І,  
\*\* Фіщук З.І., \*\* Аксентійчук І.І., \*\* Гуменюк Г.М., \*\* Гоцуляк Я.В.

\*- Івано-Франківський національний медичний університет,  
м. Івано-Франківськ, Україна

\*\*- Комунальне некомерційне підприємство «Обласна клінічна лікарня  
Івано-Франківської обласної ради», м. Івано-Франківськ, Україна

Лімфоми маргінальної зони (ЛМЗ) складають 5-10% від всіх неходжкінських лімфом належать до індолентних лімфом з малих В-клітин та відрізняються великим різноманіттям клінічних виявів. Вирізняють 3 основні види: селезінкова, вузлова і позавузлова типу MALT (найчастіше з ураженням шлунку).

На обліку в гематолога знаходиться пацієнт Б, 54років. Вважає себе хворим близько 20 років, відколи отримав травму плеча - періодично лікувався в мануальних терапевтів з короткоспінним полегшенням. На МРТ хребта в квітні 2022 виявлено вогнищеве ураження скелету, яке потрібно диференціювати між варіантом мієлопроліферативного захворювання та вторинним метастатичним процесом. Консультований гематологом ОКЛ, було проведено двічі трепанобіопсію кісткового мозку з імуногістохімічним дослідженням: морфологічна картина більшою мірою відповідала первинній В-клітинній неходжкінській лімфомі кістки маргінальної зони. При ПЕТ КТ в червні 2022: ПЕТ/КТ ознаки метаболічно активних вогнищ кісток/кісткового мозку на тлі дифузного неоднорідного склеротичного ущільнення всіх кісток візуалізованого скелету без даних за деструкцією. Пацієнт отримав 6 курсів хіміотерапії за протоколом VR (ритуксимаб + бендамустин). При рутинному обстеженні на УЗД в жовтні 2022 року запідозрено новоутвір сечового міхура. МРТ дослідження показало, що сечовий міхур: виповнений в ділянці лівої бічної стінки, на 3-4 годину умовно-го циферблату, спереду від вічка лівого сечоводу, визначається тканинний утвір на широкій основі, форми «цвітної капусти», розміром 2,2x1,1x1,1 см, із обмеженням дифузії, з активним накопиченням контрасту, без ознак інвазії підлеглого м'язового шару чи інтрамурально-го сегменту сечовода.

Гістологічне дослідження утвору сечового міхура виявило тканину урогенітальної папіломи з локусами росту урогенітальної карциноми ст I анаплазії. Даних за лімфому немає. Хіміотерапевтичне лікування лімфоми не відмінялось. Отримав оперативне лікування утвору сечового міхура в урології, призначено місцеве введення епірубіцину. На контрольному ПЕТ КТ обстеженні в квітні 2023 року – ознак ураження кісткового мозку лімфомою та наявності інших метаболічно активних утворів не виявлено.

Таким чином, використання високоінформативних методів діагностики допомогло виявити надзвичайно рідкісну форму ЛМЗ – первинну лімфому кістки призначити ефективний сучасний протокол хіміотерапевтичного лікування з повним оздоровленням пацієнта.

# **ОСОБЛИВОСТІ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ В ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ З ФЕБРИЛЬНОЮ НЕЙТРОПЕНІЄЮ**

\*Глушко Л.В., \*Ленчук Т.Л., \*\*Глушко Н.Л.,

\*Федоров С.В., \*\*Варунків С.В., \*Островський М.М., \*\*Грищук О.І.,

\*\*Яворський А.М., \*\*Заяць І.Т., \*\*Ружило Н.С., \*\*Павлюк Г.Л.,

\*\*Боцюро Г.М., \*\*Смачило Г.М.

\*- Івано-Франківський національний медичний університет,

м. Івано-Франківськ, Україна

\*\*- Комунальне некомерційне підприємство «Обласна клінічна лікарня

Івано-Франківської обласної ради», м. Івано-Франківськ, Україна

Фебрильна нейтропенія є небезпечним ускладненням інтенсивної хіміотерапії в гематології. Враховуючи неконтрольоване призначення лікарями та вживання антибіотиків населенням, що призводить до розвитку мультирезистентності до антимікробних препаратів, МОЗ України видав наказ №823 від 18.05.2022 року, яким визначено Стандарт медичної допомоги «Раціональне застосування антибактеріальних та антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою». Проте ведення фебрильної нейтропенії в гематологічних хворих вимагає створення окремих стандартних операційних процедур (СОП) у зв'язку з особливостями перебігу даного ускладнення – глибокої нейтропенії, відсутністю росту мікроорганізмів при посівах, в більшості випадків, малоінформативності рентгенографії органів грудної клітки якщо немає ознак або симптомів ураження дихальної системи тощо.

На основі вивчення сучасних світових рекомендацій нами розроблено алгоритм призначення антибактеріальної терапії в таких пацієнтів. При виникненні стійкої гарячки та абсолютної кількості нейтрофілів (АКН) менше 500/мкл оцінюється стан пацієнта. Якщо пацієнт є гемодинамічно стабільним визначаються показання до застосування ванкоміцину - сепсис, мукозит тяжкого ступеня, колонізація MRSA (метицилін/оксацилін – резистентний *Staphylococcus aureus*) або ПРСП (пеніцилін - резистентний *Streptococcus pneumoniae*), очевидна катетер-асоційована інфекція або інфекція м'яких тканин, пневмонія, а також приймається рішення чи потрібні додаткові препарати з активністю проти грам-позитивної флори. Якщо так, то признача-

ється Піперацилін/тазобактам + ванкоміцин (даптоміцин, лінезолід). Якщо ні, може призначатись піперацилін/тазобактам 4,5 г кожні 6 годин (можливе також застосування цефепіму, карбапенему, цефта-зидиму). При нестабільній гемодинаміці (системічний АТ нижче 80 мм. рт. ст, тахікардія вище 120 за хв) слід призначати меропренем + тобраміцин (амікацин) + даптоміцин (ванкоміцин, лінезолід) + ехіно-кандин (амфотерицин В). Режим антибактеріальної терапії пацієнта з нейтропенією та сепсисом залежатиме від локального мікробіологічного моніторингу щодо резистентності в лікувальному закладі. Вибір протигрибкового засобу залежить від попередньо проведеної протигрибкової профілактики. Емпіричне призначення препаратів з метою перекриття грам-позитивної флори слід припинити через 48-72 год, якщо під час бактеріологічного дослідження не підтверджено наявність патогена, що вимагає їх використання, за винятком інфекції м'яких тканин або катетер-асоційованих інфекцій.

Вчасне і правильне призначення антибактеріальної терапії при фебрільній нейтропенії дозволить покращити результати інтенсивного хіміотерапевтичного лікування пацієнтів з гемобластозами.

## **РН- НЕГАТИВНІ НЕОПЛАЗІЇ ЯК ПРЕДИКТОРИ РИЗИКУ ГОСТРИХ КОРОНАРНИХ СИНДРОМІВ**

\*Глушко Л.В., \*\*Глушко Н.Л., \*Ленчук Т.Л., \*Федоров С.В.,

\*Пустовойт М.М., \*Нестерак Р.В., \*Позур Н.З.,

\*Рудник В.Т., \*Мацькевич В.М., \*Нищук Н.Б.

\*- Івано-Франківський національний медичний університет,  
м. Івано-Франківськ, Україна

\*\*- Комунальне некомерційне підприємство «Обласна клінічна лікарня  
Івано-Франківської обласної ради», м. Івано-Франківськ, Україна

РН-негативні мієлопроліферативні захворювання належать до пухлинних захворювань крові з відносно доброкісним перебігом. Типовими виявами перечислених захворювань є спленомегалія, тромбоцитоз, помірний лейкоцитоз з зсувом нейтрофілів до молодих форм, еритроцитоз. в Івано-Франківській області на обліку в гематолога спостерігається 98 пацієнтів з істинною поліцитемією, 59 – з мієлофіброзом та 6 пацієнтів з есенціальною тромбоцитемією. Най-грізнишім ускладненням перебігу РН-негативних неоплазій є тромбози – інфаркт міокарду, ішемічний інсульт, ТЕЛА тощо. Особливої уваги щодо виключення захворювань крові, як причини тромбозів потребують пацієнти молодого віку. За період 2021–2023рр нами було виявлено мієлофіброз в 4х пацієнтів, які перенесли гострий інфаркт міокарда, середній вік яких становив  $29\pm3,5$ років. У пацієнтів був виявлений в загальному аналізі крові стійкий високий тромбоцитоз, при УЗД обстеженні спленомегалію, склеровано до гематолога. Всім пацієнтам проведено трепанобіопсію кісткового мозку, молекулярно-генетичне дослідження, зокрема виявлення мутацій JAK2, CALR. Після верифікації діагнозу мієлопроліферативного захворювання було призначено постійну специфічну терапію, яка включала руксолітініб, гідроросисечовину, анагрелід і дозволила досягти контролюваних рівнів тромбоцитів, знижуючи ризик повторних тромботичних ускладнень. Як типовий приклад наводимо клінічний випадок. Пацієнт М, 33 роки, житель Києва, ВПО з II групою інвалідності звернувся до гематолога КНП «ОКЛ ІФ ОР» в березні 2022 року. В анамнезі - IM передньо – перетинково - верхівково-боковий Q IM 28.06.2021, стенозуючий кардіосклероз за даними КАК 26.11.21. Стан після АКШ-1, пласти-

ка аневризми ЛШ з тромбектомією від 29.11.21. Невелика триступкова недостатність СН I зі збереженою СФЛШ. Отримує варфарин, кораксан, аспірин кардіо, крестор. Сімейний лікар звернув увагу на тромбоцитоз  $800 \times 10^9/\text{л}$ , лейкоцитоз  $18 \times 10^9/\text{л}$  із зсувом нейтрофілів до мієлоцитів в січні 2022 року, на УЗД – спленомегалія  $15 \times 10$  см. Діагноз ідіопатичного мієлофіброзу встановлено на основі трепанобіопсії клубової кістки з гістологічним дослідженням кісткового мозку. Молекулярно - генетичне дослідження CALR - мутація 1 і 2 типу не виявлено, виявлено мутацію гена JAK2. Пацієнту призначено руксолітініб (Джакаві) по 15мг двічі на день. Через місяць прийому хіміотерапевтичного лікування – лейкоцити  $6,4 \times 10^9/\text{л}$ , тромбоцити  $301 \times 10^9/\text{л}$ , формула в нормі. Пацієнт упродовж 2022 року проживав в Івано-Франківській області, спостерігався в гематолога кожні 2-3 місяці, аналіз крові – варіант норми, показаний пожиттєвий прийом руксолітінібу. Додатково в пацієнта було діагностовано депресивний розлад, причинами якого могли бути 2 інвалідизуючі захворювання, війна, вимушене переміщення в іншу область, втрата роботи тощо. Консультований психіатром, отримував тривало антидепресанти з вираженим позитивним ефектом.

Таким чином раннє виявлення Ph-негативних неоплазій у пацієнтів з гострими коронарними синдромами молодого віку дозволяє призначити ефективне специфічне лікування, зменшити гіперклітиність як чинник ризику та запобігти в подальшому повторним тромбозам, покращенню якості життя.

# **РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ДЕТАЛЬНОЇ СТРАТИФІКАЦІЇ ХВОРІХ З ГКС - ЗАПОРУКА УСПІШНОСТІ РОБОТИ РЕПЕРФУЗЙНОГО ЦЕНТРУ В СКЛАДІ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ ЛІКАРНІ ШВИДКОЇ ДОПОМОГИ.**

*О.А.Коваль\*, А.С.Скоромна\*\*, А.П.Іванов\*\**

*Дніпровський державний медичний університет (ДДМУ); koval\_olen@ukr.net  
КНП"КЛШМД" ДМР (Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги)*

**Актуальність.** За останні передвоєнні роки в Україні створена і розбудована розгалужена мережа реперфузійних центрів для швидкої високоспеціалізованої допомоги хворим на гострий інфаркт міокарда (ГІМ). Приєднання нашої країни до європейської ініціативи Stent for Life, формування національної реперфузійної мережі забезпечили широку доступність цієї допомоги пацієнтам з ГІМ, дозволили знизити летальність хворих з ГІМ після ПЧКВ майже в 3 рази (в середньому до 5-7% ) в порівнянні з такою у всіх госпіталізованих хворих з ГІМ, а кількість центрів перевишила 50, що дозволило повністю виконувати міжнародні стандарти швидкого транспортування хворих до кожного центру в радіусі 60-70 км 24/7/365. Дніпровський міський центр було відкрито в кінці січня 2022 року на базі многопрофільної лікарні небідкладної допомоги. Центр лікує хворих на ГІМ з 1968 р. і є одним з найстаріших в Україні. Він без обмежень приймає і приймає неселективну групу хворих з невідкладною кардіологічною патологією, без доліковування в інших стаціонарах, повний спектр ГКС з аналогічним в популяції переважанням ГКСбeST (59,2%), невиключенням пізнього надходження, кровотеч, супутньої патології, в тому числі хірургічної, тромбоемболічних ускладнень, гострих порушень ритму та серцевої недостатності. Однією з головних умов зниження летальності, зменшення ускладнень окрім швидкого надходження в стаціонарі є розробка деталізованих логічних алгоритмів внутрішніх маршрутів в многопрофільній лікарні. Це дозволяє провести швидку, але якісну диференціальну діагностику болю в грудній клітині, стратифікацію хворих з ГКС, що негайно потребують КАГ/ЧКВ, дотриматися міжнародного стандарту door-to-needle часу не більше 60 хв, а також подальшого стандартизованого лікування в залежності від отриманих результатів КАГ або ПЧКВ.

**Матеріал та методи.** За 2022 рік проліковано 3447 хворих з невідкладною кардіологічною патологією, з них 1674 хворих з IM: QIM 831 хв (+32,7% -порівняно з 2021 роком до відкриття центру), 843 хворих неQIM (+17,2%\*). Діагностика та лікування проводилися відповідно деталізованим підгрупам хворих: **STEMI:** **1** - типовий з КШ (шок), РС (раптова смерть) після реанімації  $\leq 12$  год від симптомів; **2** - типовий без КШ, РС після реанімації; **3** - типовий 12 - 24 год; **4** - ЕКГ атиповий +/- з КШ, ВС після реанімації  $\leq 12$  годин від початку симптомів або 12 - 24 год від початку; **5** - пізнє надходження, без реперфузії; **NSTEMI:** **1**- типовий, дуже високий ризик, нестабільна гемодинаміка, симптоми ішемії, ЕКГ +/- депресія ST; **2** - типовий, ознаки ішемії, позитивний тропонін, GRACE SCORE  $> 140$  балів; **3**- GRACE SCORE  $< 140$  балів ( діагностична КАГ в індексну госпіталізацію).

**Результати:** стратифікація всіх хворих на менші групи, чіткий розподіл обов'язків між структурними підрозділами центру, дотримання часових інтервалів ургентної та планової діагностики, проведення ПЧКВ та планових процедур дозволило провести за перший рік роботи 1219 втручань; з поміж 387 стентувань 78% склали ургентні. Основний якісний показник швидкості door-to-needle час склав 42 хв (60 хв за міжнародним стандартом). Швидка діагностика дозволила виявити у хворих IM 2-го типу на тлі багатосудинної ХІХС з подальшим стентуванням в індексну госпіталізацію у 22% та MINOCA у 5% хворих. Летальність за той же період зменшилася на 32,5% і склала 8 % для хворих з IM, з ПЧКВ, враховуючи всіх хворих, що надійшли в стані шоку.

**Висновки.** Детальна стратифікація хворих, що надходять з діагнозом ГКС, чітка маршрутизація їх потоків в умовах багатопрофільної клініки, дотримання часу на етапах діагностики та лікування дозволяють в найкоротші строки налагодити якісну роботу репефузійного центру.

# **ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ**

**Н.М. Кулаєць, В.М. Кулажець**

*Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ,  
Україна*

*Кафедра внутрішньої медицини №2 та медсестринства, кафедра терапії,  
сімейної та екстреної медицини ПО*

**Вступ.** Фібріляція передсердь (ФП) та серцева недостатність (СН) – це медична проблема, яка є основною причиною захворюваності та смертності населення цілого світу.

**Мета дослідження.** Вивчити особливості структурно-функціонального стану серця у хворих на фібріляцію передсердь із серцевою недостатністю. **Матеріал і методи.** У дослідження було включено 100 хворих у віці 45-65 років, із діагнозом хронічного коронарного синдрому ФК II-III, ХСН I – IIA стадія, за класифікацією М.Д. Стражеско, В.Х. Василенко. Серед обстежених було 60 (60,0%) жінок та 40 (40,0%) чоловіків. Всі пацієнти були розподілені на групи: I група - хворі без СН з ФП (25 чоловіків і 25 жінок), ( n=50). II група – хворі на СН з ФП, постійна, або персистуюча форма (20 чоловіків і 30 жінок), ( n=50). III – контрольна група нараховувала 36 практично здорових осіб (12 чоловіків і 24 жінки віком від 45 до 65 років). Функціональний стан міокарду вивчали методом ехокардіографії на апараті «CARIS-PLUS» («Biomedice», Італія). Статистичний аналіз результатів проводили у програмі Statistica v 12.0 ("Stat Soft", США). **Результати дослідження та їх обговорення.** У хворих із ХСН та ФП спостерігали достовірне збільшення кінцевого діастолічного і кінцевого систолічного розмірів лівого шлуночка (відповідно  $5,46 \pm 0,18$  см ( $p<0,05$ ) і  $3,91 \pm 0,18$  см ( $p<0,05$ ) у I-й групі та  $6,55 \pm 0,17$  см ( $p<0,05$ ) і  $5,13 \pm 0,16$  см ( $p<0,05$ ) у II-й групі) у порівнянні з аналогічними показниками здорових осіб (відповідно  $4,24 \pm 0,14$  см і  $2,96 \pm 0,08$  см). Таку ж тенденцію спостерігали і щодо кінцевого діастолічного та кінцевого систолічного об'ємів ЛШ (відповідно  $140,68 \pm 5,07$  мл ( $p<0,05$ ) і  $69,26 \pm 7,31$  мл ( $p<0,05$ ) у I-й групі та  $223,41 \pm 4,93$  мл ( $p<0,05$ ) і  $123,73 \pm 4,97$  мл ( $p<0,05$ ) у II-й групі). ФВ ЛШ була нижчою у хворих обох груп у по-

рівнянні з контрольною і становила  $50,93 \pm 3,41\%$  ( $p < 0,05$ ) у I-й та  $43,98 \pm 2,31\%$  ( $p < 0,05$ ) у II-й групі. У групі хворих на ХСН і ФП показник передньозаднього розміру ЛП був збільшений у 2,5 рази, порівняно із даним показником у групі хворих без ХСН ( $p < 0,05$ ). IMM ЛШ виявився збільшений у 1,5 рази, у групі хворих із ХСН та ФП, порівняно із цим показником у групі хворих без ХСН із ФП  $p < 0,05$ . У групі хворих із ХСН та ФП відношення ММ ЛШ/КДО ЛШ склало  $(1,95 \pm 1,5)$  см, що достовірно відрізнялося від аналогічного показника у групі пацієнтів без ХСН із ФП  $(0,78 \pm 1,2)$  см,  $p < 0,05$ .

**Висновки:** отже, у хворих із хронічною серцевою недостатністю і фібриляцією передсердь найчастіше спостерігаються дилатація лівого передсердя, збільшення кінцевого діастолічного і кінцевого систолічного розмірів, кінцевого діастолічного та кінцевого систолічного об'ємів лівого шлуночка, ударного об'єму, зниження фракції викиду, що свідчить про процеси ремоделювання міокарда. У групі хворих на хронічну серцеву недостатність із фібриляцією передсердь показник індексу маси міокарда лівого шлуночка виявився збільшений у 1,5 рази, порівняно із цим показником у групі хворих без хронічної серцевої недостатності із фібриляцією передсердь.

# **ОСОБЛИВОСТ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ У ПОЄДНАННІ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ЗА ДОПОМОГОЮ ТРИМЕТАЗИДИNU ТА ОМЕГА- 3 ПНЖК.**

*H.P. Малініна, A.C. Геращенко*

*Кафедра терапії, сімейної медицини та екстреної медицини післядипломної освіти, Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна*

Відомо, що хронічний коронарний синдром (ХКС) є однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини, оскільки посідає перше місце в структурі смертності та інвалідизації населення.

Найчастіше у хворих на ХКС з дисліпідемією виявляють ураження паренхіми печінки в результаті метаболічних змін печінки, що відносяться до НАЖХП, тому актуальним є застосування триметазидину та омега -3 ПНЖК.

**Метою дослідження:** Розробити диференційовані підходи до лікування ХКС на тлі неалкогольної жирової хвороби печінки.

**Матеріали та методи дослідження:** Обстежувалися практично здорові особи (контроль); пацієнти на ХКС, безсимптомні і симптоматичні пацієнти > 1 року після початкового діагнозу або реваскуляризації; пацієнти на ХКС у поєднанні із НАЖХП. Пацієнти отримували базову терапію (БТ) + триметазидин (35 мг) по 1 таб. 2 рази на день, 3 місяці; частина пацієнтів отримували БТ+ омега-3ПНЖК (1000 мг), по 1 капс. 2 рази на добу, 3 місяці та частина пацієнтів отримували БТ+ триметазидин + омега-3ПНЖК.

**Висновки:** Пацієнтам із НАЖХП та супутнім ХКС доцільно рекомендувати застосування омега-3-ПНЖК та триметазидин, оскільки ця медикаментозна комбінація сприяє не лише корекції лабораторних показників ліпідограми, але й сприяє зменшенню ішемічного та ре-перфузійного пошкодження. Таке комплексне лікування може бути хорошиою альтернативою, оскільки поряд із гепатопротекторною дією, характеризується гіполіпідемічним ефектом.

# **ЗАСТОСУВАННЯ МОБІЛЬНОГО ДОДАТКУ «ІНДЕКСИ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ» ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ ТЯЖКИХ ТА УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ КОРУ У ДОРОСЛИХ ХВОРИХ**

*Матвіюк О.Я., Пришляк О.Я., Бойчук О.П.*

*Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна*

**Постановка проблеми й аналіз останніх досліджень:** трирічна боротьба з пандемією COVID-19 практично “поставила на коліна” обсяги вакцинації проти керованих інфекцій, що може спричинити зростання захворюваності в наступні роки. Як показують спостереження, вакциноконтрольовані інфекції з певною періодичностю спричиняють масштабні спалахи, завдають значних соціально-економічних збитків, оскільки вражають великий відсоток населення працевдалого віку. За даними ВООЗ під час «спалаху» 2017-2019 рр. на кір захворіло більше 400 тис. людей, це найбільша цифра за останні 20 років. Частка дорослих хворих склала 45%. В Україні ця цифра сягнула 115 тис. людей, 41 особа померла. Основною причиною летальності залишаються тяжкі вірусно-бактерійні пневмонії. Складність діагностики в даному випадку полягає у непередбачуваності розвитку ускладнень. Аналізуючи цю проблему, ми задались пошуком ефективного та доступного способу прогнозування даних ускладнень.

**Мета роботи:** оцінити ефективність та практичність застосування мобільного додатку «Індекси ендогенної інтоксикації» для прогнозування тяжких та ускладнених форм кору в дорослих хворих.

**Матеріали та методи дослідження:** проаналізовано 216 випадків захворювання на кір у дорослих пацієнтів, що перебували на стационарному лікуванні в КНП “Івано-Франківська обласна клінічна інфекційна лікарня Івано-Франківської обласної ради” (КНП “ІФОКІЛ ІФОР”) в період з січня 2019 р. по лютий 2020 р. Діагноз встановлювали на підставі епідеміологічного анамнезу, скарг, клінічної картини та специфічних лабораторних методів дослідження – виявлення протикорових IgM в сироватці крові методом імуноферментного аналізу (ІФА). Підрахунок гематологічних показників на момент поступлення здійснювали за допомогою Android – додатку «Індекси ендогенної інтоксикації».

**Результати дослідження та їх обговорення:** В структурі захворілих переважали жінки – 134 (62,1%). Середній вік пацієнтів –  $29,2 \pm 0,8$  рр. На етапі госпіталізації кір тяжкого ступеню діагностовано у 45 (20,8%) хворих, тяжкість стану була зумовлена присутністю задишки в спокої, зниженням  $\text{SpO}_2$  до 93-88%, ДН I-II ст. Кір середнього ступеню тяжкості діагностовано в 164 (62,8%) хворих, у 7 хворих (3,2%) встановлено кір легкого ступеню. При проведенні оцінки гематологічних показників до уваги брали: лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІ), реактивну відповідь нейтрофілів (РВН), індекс імунореактивності (ІІР), лімфоцитарний індекс (Ілім) та індекс активності запалення (ІК). Впродовж перших 2-3 діб стаціонарного лікування в 127 (77,4%) хворих із середньотяжким перебігом розвинулись ускладнення: гострий бронхіт з обструктивним компонентом, середній отит, бактеріальний кон'юнктивіт. Дані клінічної картини корелювали із зростанням відносно норми у 3,7 разів ЛІ та у 2,5 разів РВН (за результатами клінічного аналізу крові на момент поступлення). ІК зростав у 3,2 рази, що свідчило про розвиток ендогенної інтоксикації, запальної реакції середнього ступеню тяжкості. ІІР та Ілім відповідно були знижені, оскільки на ранньому етапі захворювання неспецифічні фактори імунітету не могли долати високе вірусне навантаження.

**Висновки і перспективи подальших досліджень.** Отже, застосований мобільний додаток «Індекси ендогенної інтоксикації» дозволяє клініцисту візуалізувати ступінь ендогенної інтоксикації у дорослих хворих на кір вже на етапі госпіталізації та, в перспективі, в динаміці захворювання. Це дозволить спрогнозувати розвиток бактерійних ускладнень захворювання та, в подальшому, оцінити ефективність призначеної терапії.

# **РІВЕНЬ ОКРЕМИХ МАРКЕРІВ ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА НЕУСКЛАДНЕНУ ДИВЕРТИКУЛЯРНУ ХВОРОБУ ТОВСТОЇ КИШКИ**

*Міщук В.Г., Мізюк Т.М.*

*Івано-Франківський національний медичний університет,  
м.Івано-Франківськ, Україна*

**Актуальність:** за останні роки значно зросла частота діагностики дивертикулів товстої кишки і поширеність дивертикулярної хвороби (ДХ) [Amir Man et.al., 2022]. При цьому, дане захворювання товстої кишки охоплює широкий спектр клінічних проявів: від випадкової знахідки, до симптоматичної неускладненої форми і ускладнень (кровотечі, абсцеси, перфорації і інші) [Anka Trifan et.al., 2014].

Однією з важливих модифікованих причин розвитку дивертикулярної хвороби є надмірна маса тіла та ожиріння [Sara C. Komstok et.al., 2014, A.Tursi, 2016, Amir Man et.al., 2021]. Як відомо, при ожирінні виникає низькоінтенсивне запалення, а цитокіни, як виділяються жировою тканиною, якраз і можуть сприяти дивертикулярному запаленню та посиленню клінічних симптомів [N.Nagata et.al., 2014].

**Мета:** визначити показники низькоінтенсивного запалення у хворих на ДХ товстої кишки та виявити їх взаємозв'язок з IMT.

**Матеріали і методи дослідження:** обстежено 87 хворих на неускладнену дивертикулярну хворобу, з яких у 39 (44,83%) вона розвинулась на тлі надмірної маси тіла і ожиріння (IMT –  $33,9 \pm 0,4$  кг/м<sup>2</sup>) та у 48 (55,17%) з нормальнюю (IMT –  $21,2 \pm 0,4$  кг/м<sup>2</sup>). Серед хворих на ДХ з нормальнюю масою тіла було 35,42% чоловіків та 64,58% жінок, а серед пацієнтів з ДХ на тлі ожиріння, відповідно – у 38,46 і 61,54%. В залежності від віку у хворих першої групи (без ожиріння) вони виявлялися у 18,75% у віці 44-60 років, 72,92% - від 61 до 75 років і у 8,33% обстежених віком понад 75 років, в той час, як другої групи (ДХ на тлі ожиріння), відповідно, у 38,46%, 53,58% і 7,63%.

За результатами комп’ютерної томографії органів черевної порожнини, що проводилась у 36 хворих першої та 32 – другої групи відмічено різні розміри дивертикулів у обстежених. В залежності від кількості дивертикулів, то поодинокі (1-2) діагностувались у 18,75% хворих першої і 10,26% другої, від 2 до 5, відповідно, у 50,0 і 15,38%, від 5 до 10 дивертикулів у 31,25 і 74,36% обстежених.

Усім обстеженим хворим проводився клінічний аналіз крові, визначався рівень кальпротектину у фекальних масах імуноферментним методом з використанням комерційних наборів Human CALP (Calprotectin) Elisa KIT, фірма ELAB SCIENCE (США). Також, у хворих обох груп визначали концентрацію в сироватці крові С-реактивного протеїну імунотурбометричним методом.

Результати та висновки. Аналізуючи зміни показників клінічного аналізу крові встановлено, що підвищення кількості лейкоцитів до  $11,0 \pm 0,4 \times 10^9$  г/л мало місце у 28,2% обстежених на ДХ з нормальнюю масою тіла та до  $11,3 \pm 0,4 \times 10^9$  г/л у 37,5% пацієнтів з ДХ на тлі надмірної маси тіла. При цьому, кількість паличкоядерних нейтрофілів становила  $8,3 \pm 0,8$  та  $10,2 \pm 0,7$  відповідно. Показник ШОЕ був підвищеним до  $27,3 \pm 1,7$  у 69,2% обстежених на ДХ з нормальнюю масою тіла та до  $27,2 \pm 1,03$  мм/год у 72,92% обстежених на ДХ з надмірною масою тіла.

Аналіз показників фекального кальпротектину у хворих на ДХ з нормальнюю масою тіла свідчить про його підвищення до  $56,44 \pm 2,87$  мкг/г ( $p < 0,05$ ) у порівнянні з показником у здорових ( $15,11 \pm 4,20$  мкг/г). У Обстежених на ДХ на тлі надмірної маси тіла рівень кальпротектину в калі рівнявся  $82,88 \pm 3,15$  мкг/г та був у 1,47 ( $p < 0,05$ ) вищим ніж у пацієнтів першої групи. Одночасно у всіх обстежених хворих на ДХ встановлено підвищення концентрації С-реактивного білка в сироватці крові до  $6,28 \pm 0,3$  мг/л (у здорових –  $2,3 \pm 0,2$  мг/л) та до  $10,96 \pm 0,96$  мг/л, відповідно, у пацієнтів першої та другої групи ( $p_{1,2} < 0,05$ ).

# **ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ЗА ДОПОМОГОЮ КВЕРЦЕТИНУ ТА ЕМПАГЛІФЛОЗИНУ**

**Н.Б. Нищук-Олійник**

*Кафедра терапії, сімейної та екстреної медицини післядипломної освіти,  
Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ,  
Україна*

Співіснування ішемічної хвороби серця (ІХС) та цукрового діабету 2 типу створює значні труднощі в лікуванні. Хоча традиційна терапія, спрямована на контроль рівня глюкози, ліпідів та артеріального тиску, залишається наріжним каменем лікування, зростає інтерес до потенціалу мультимодальних засобів, таких як кверцетин та емпагліфлозин, для корекції численних патофізіологічних компонентів цього складного взаємозв'язку.

**Мета:** оцінка ефективності медикаментозної терапії стабільної ішемічної хвороби серця у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу з використанням кверцетину та емпагліфлозину.

**Матеріали і методи.** Проведено обстеження 96 пацієнтів із СІХС: ФК II-III та ЦД, 2 тип. Пацієнти були розподілені на чотири групи: I група ( $n=22$ ) – пацієнти, які отримували базову терапію, II група ( $n=26$ ) – отримували на фоні базової терапії препарат кверцетин, III група ( $n=25$ ) – приймали емпагліфлозин, IV група ( $n=23$ ) – пацієнти, які додатково приймали кверцетин та емпагліфлозин.

**Результати.** Застосування кверцетину вірогідно сприяло зменшенню ангінального болю, нападів серцевиття та задишки, а емпагліфлозину сприяло нівелюванню проявів діабетичної полінейропатії, полідипсії та поліурії, зменшенню маси тіла. Окрім того, емпагліфлозин вірогідно сприяв унормуванню ЗХ, а кверцетин – також ХС ЛПНЩ та ХС ЛПВЩ.

**Висновки.** Застосування кверцетину та емпагліфлозину у пацієнтів із СІХС у поєднанні із ЦД 2 типу сприяло суттєвому покращенню загального самопочуття хворих, нівелюванню провідних симптомів

# **КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПНЕВМОТОРАКСУ, ПНЕВМОМЕДІАСТИНУМУ ТА ПІДШКІРНОЇ ЕМФІЗЕМИ У ХВОРОГО З COVID-19.**

*Позур Н.З., Рудник В.Т., Фреїк С.П., Павлюк Л.В.*

*Кафедра терапії і сімейної медицини післядипломної освіти  
м. Івано-Франківськ, Україна.*

**Актуальність.** У частини хворих на COVID-19 розвиваються такі небезпечні для життя ускладнення, як пневмоторакс (П), пневмомедіастинум (ПМ) та підшкірна емфізема (ПЕ), що зумовлює збільшення навантаження на медичну систему та погіршення прогнозу коротко- та довгострокових наслідків.

**Мета.** Визначити клінічні ознаки, принципи діагностики та менеджменту пацієнтів з коронавірусною хворобою COVID-19, ускладненою П, ПМ і ПЕ.

**Матеріали і методи.** Опис та аналіз медичної історії стаціонарного хворого І., який перебував на лікуванні в терапевтичному відділенні комунального некомерційного підприємства “Міська клінічна лікарня №1 Івано-Франківської міської ради” з верифікованим діагнозом Коронавірусна хвороба COVID-19 та визначеними ускладненнями у вигляді П, ПМ і ПЕ.

**Результати.** Пацієнт І., 1989 р.н., звернувся 11.09.2021 р. зі скаргами на підвищення температури тіла до 38,5°C, задишку при мінімальному фізичному навантаженні, малопродуктивний кашель та загальну слабкість, що турбували протягом 5-ти днів. Супутні захворювання: Ожиріння II ст (індекс маси тіла 37 кг/м<sup>2</sup>). Об'єктивно: температура тіла 38,0°C, пульс 110 уд/хв, частота дихання 25/хв, SpO2 85%. Аускультивно: дрібноміхурцеві хрипи в нижніх відділах легень, тони серця ритмічні, ослаблені. Лабораторно: лейкоцитоз (10,3x10<sup>9</sup>/л), ШОЕ 22 мм/год, С-реактивний білок 35 мг/л, прокальцитонін 0,08 нг/мл. Діагноз Коронавірусна хвороба COVID-19 був визначений за допомогою полімеразної ланцюгової реакції №207305 від 08.09.2021 р. За даними рентгенографії органів грудної клітки (РТГ ОГК) діагностовано двобічну полісегментарну пневмонію. Згідно з локальним протоколом лікування призначено: цефтріаксон, азитроміцин, інфулган, еноксапарин, дексаметазон, а також оксигенотерапію киснен-

вою маскою зі швидкістю потоку 15 л/хв. 15.09.2021 р. стан різко погіршився за рахунок наростання задишки, зменшення SpO<sub>2</sub> (80% на кисневій підтримці), у зв'язку з чим пацієнта переведено у відділення інтенсивної терапії, де було проведено SPAP-терапію. 05.10.2021 р. стан стабілізувався, тому було вирішено продовжити лікування в терапевтичному відділенні. 06.10.2021 р. при огляді у хворого виявлено крепітацию м'яких тканин шиї. Було виконано комп'ютерну томографію органів грудної клітки (КТ ОГК) та діагностовано двобічний П, ПМ та ПЕ м'яких тканин грудної клітки та шиї. Після консультації торакального хірурга узгоджено консервативне лікування. З огляду на позитивну клініко-лабораторну та рентгенологічну динаміку, 20.10.2021 р. пацієнта було виписано із продовженням оксигенотерапії в амбулаторних умовах за допомогою кисневого концентратора. Враховуючи виражені фіброзні зміни в легенях (за даними КТ ОГК), а також результати ряду ретроспективних досліджень, було вирішено призначити нінтеданіб 150 мг/д протягом 3-х місяців. Повторна КТ ОГК від 20.12.2021р.: динаміка позитивна, зменшення вираженості пневмофіброзу.

**Висновок.** П, ПМ і ПЕ є рідкісними ускладненнями, які можуть виникнути у пацієнтів, які не перебувають на інвазивній вентиляції легень, з поширеністю за даними літератури 1% серед усіх пацієнтів з COVID-19. Розрив альвеол, який є причиною цих ускладнень, може розвинутися навіть за відсутності баротравми, особливо у пацієнтів з додатковими факторами ризику, такими як ожиріння, цукровий діабет 2 типу, куріння чи супутні захворювання легень. Важливими є рання діагностика цих ускладнень, зважаючи на гірший прогноз, збільшення тривалості госпіталізації та довгострокові наслідки. У нашого пацієнта П, ПМ і ПЕ проявились як пізні ускладнення COVID-19, які зумовили збільшення часу перебування на кисневій терапії та реабілітації. Призначення нінтеданібу може бути ефективним у частини хворих з вираженим пневмофіброзом, але ефективність такої терапії потребує додаткових доказів отриманих в рандомізованих клінічних дослідженнях.

# **НОВИЙ БІОМАРКЕР ВАЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ**

**H.З. Позур, С.Ю. Чужак, С.В. Федоров**

*Кафедра терапії, сімейної та екстреної медицини післядипломної освіти,  
Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ,  
Україна*

**Актуальність:** Серцева недостатність є поширеним і серйозним захворюванням, яке асоціюється з високим рівнем захворюваності та смертності. У той час як кілька біомаркерів були вивчені на предмет їх корисності в діагностиці та лікуванні серцевої недостатності, зростає інтерес до потенціалу галектину-3 як біомаркеру серцевої недостатності.

**Мета:** вивчення діагностичної та прогностичної цінності галектину-3 у пацієнтів із серцевою недостатністю.

**Матеріали і методи:** Це було проспективне когортне дослідження, яке включало 247 пацієнтів із серцевою недостатністю, які звернулися до МКЛ№1 в період з січня 2018 року по грудень 2019 року. У всіх пацієнтів вимірювали рівень галектину-3 на момент госпіталізації, збирали клінічні та лабораторні дані.

**Результати:** Середній вік пацієнтів становив 65 років, 60% були чоловіками. Середній рівень галектину-3 становив 22,4 нг/мл [15,8 - 33,6 нг/мл]. Протягом 24 місяців спостереження 21 пацієнт (8,5%) помер, а 82 пацієнта (33,3%) були госпіталізовані з приводу серцевої недостатності. Рівень галектину-3 був значно вищим у пацієнтів, які померли або були госпіталізовані з приводу серцевої недостатності, порівняно з тими, хто не зазнав цих наслідків ( $p < 0,001$ ). У багатофакторному аналізі галектин-3 був незалежним предиктором смертності (ВР 1,95; 95% ДІ 1,28 - 2,96;  $p = 0,002$ ) і госпіталізації з приводу серцевої недостатності (ВР 1,76; 95% ДІ 1,22 - 2,53;  $p = 0,003$ ).

**Висновки:** Галектин-3 є корисним біомаркером для діагностики та прогнозування серцевої недостатності. Підвищений рівень галектину-3 асоціюється з підвищеним ризиком смертності від усіх причин та госпіталізації з приводу серцевої недостатності у пацієнтів із серцевою недостатністю.

# **ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ШЛЯХОМ ВИКОРИСТАННЯ ІНГІБІТОРУ НЕПРИЛІЗИНУ**

**Н.З. Позур, Н.Р. Малініна, С.В. Федоров**

*Кафедра терапії, сімейної та екстреної медицини післядипломної освіти,  
Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ,  
Україна*

**Актуальність:** Серцева недостатність є поширеним захворюванням, від якого страждають мільйони людей у всьому світі, і очікується, що її частота зростатиме зі старінням населення. Незважаючи на досягнення в лікуванні та менеджменті, прогноз серцевої недостатності залишається несприятливим, з високими показниками госпіталізації та смертності.

**Мета:** оцінити вплив мультидисциплінарної програми лікування серцевої недостатності на клінічні результати пацієнтів із серцевою недостатністю.

**Матеріали і методи:** Це було проспективне когортне дослідження, яке включало пацієнтів із серцевою недостатністю, які були зараховані до однієї з 2 груп спостереження: 1 група – 96 пацієнтів, які приймали стандартну терапію СН та 2 група – 85 пацієнтів, які додатково отримували Юперіо в дозі 50 мг 2 рази на день.

**Результати:** Середній вік пацієнтів становив 65 років, 60% були чоловіками. Первинний результат (будь-яка велика серцево-судинна подія) настав у 20% пацієнтів у групі Юперіо та у 40% пацієнтів у групі звичайного лікування ( $p < 0,001$ ). Прийом Юперіо асоціювався зі значним зниженням смертності від усіх причин (10% проти 20%,  $p = 0,01$ ) і госпіталізації з приводу серцевої недостатності (15% проти 30%,  $p < 0,001$ ).

**Висновки:** Додавання Юперіо до звичайної схеми лікування СН асоціюється зі значним поліпшенням клінічних результатів, включаючи зниження смертності від усіх причин і госпіталізації з приводу серцевої недостатності. Ці дані свідчать про те, що комплексний і скоординований підхід до лікування серцевої недостатності може покращити результати лікування пацієнтів з цим захворюванням.

# **ОПТИМІЗАЦІЯ ЦУКРОЗНИЖУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ МЕТАБОЛІЧНО- АСОЦІЙОВАНОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ В ОСІБ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**

*Протас Н.М., Костіцька І.О.*

*Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-  
Франківськ, Україна*

**Актуальність.** Приводом для наукових дискусій є пошук потенційних причин розвитку та прогресування мікро- і макроваскулярних ускладнень цукрового діабету (ЦД). На думку експертів, основним фактором прогресування метаболічно-асоційованої хвороби печінки (МАХП) є ЦД 2 типу, синдром інсульнорезистентності, які сприяють виникненню нейропогнітивної дисфункції та серцево-судинних катастроф в осіб працездатного віку. Масштаби проблеми вражають, адже у світі - більше 1 млрд. осіб з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП), тому виникає гостра потреба об'єднання зусиль багатофункціональної команди лікарів. На сьогодні, немає схвалених управлінням із санітарного нагляду за якістю харчових продуктів і медикаментів США (FDA) ліків для корекції різних проявів МАХП, проте деякі препарати цукрознижувальної терапії можуть бути ефективними.

**Мета роботи.** Оцінити ефективність застосування препаратів цукрознижувальної терапії: метформін і дапагліфлозину в осіб з ЦД 2 типу та стеатогепатитом.

**Матеріал та методи дослідження.** Обстежено 46 осіб (22 чоловіків і 24 жінки, у віці  $45,7 \pm 5,8$  років) з ЦД 2 типу та ознаками стеатогепатиту, яким проведено оцінку клініко-біохімічних та інструментальних показників: індекс маси тіла (IMT) –  $32,8 \pm 1,54$  кг/м<sup>2</sup>, окружність талії (ОТ) –  $98,52 \pm 4,7$  см, глікований гемоглобін (HbA<sub>1</sub>C) –  $7,9 \pm 1,1\%$ , глікемія натщесерце –  $7,3 \pm 0,8$  ммоль/л. Ознаки стеатогепатиту підтверджено за показником Fib-4 –  $2,11 \pm 0,09$ , який свідчить про помірний ризик фіброзу та висновками ультразвукового дослідження (УЗД) - еластографія печінки.

Пацієнтів було розподілено на II групи: I група (n=23), яким з метою корекції вуглеводного обміну до комплексного лікування додано

метформін 2 000 мг/добу внутрішньо та II група (n=23) аналогічна терапія у поєднанні із дапагліфлозин у добовому дозуванні 10 мг внутрішньо. Контроль лабораторно-інструментальних показників проводили на початку терапії і 90-у добу лікування.

**Результати дослідження та їх обговорення.** За період лікування у II групи пацієнтів у порівнянні із вихідними даними спостерігалась чітка тенденція до зниження маси тіла на 4,5% та ОТ на 1,4% відповідно, що свідчить про достовірне зниження показників IMT, тоді як в I групі обстежених відсутній позитивний результат цих параметрів. Досягнуто позитивної динаміки вуглеводного метаболізму в обох досліджуваних групах. Через 3 місяці лікування порівняно із вихідними даними середнє значення рівнів HbA<sub>1</sub>C достовірно зменшилося на 8,4% в обстежуваних I групи та відповідно на 12,3% в II групі пацієнтів (p=0,03 та p=0,005 відповідно). Міжгруповий аналіз результатів на 90-у добу лікування свідчить про достовірне зниження на 1,8% показника Fib-4 у пацієнтів II групи (p=0,001) та на 1,2 % в обстежуваних I групи відповідно (p=0,001), що характерно для зменшення ризику розвитку фіброзу печінки.

**Висновки.** Проведене дослідження дає підстави стверджувати, що ефективним і безпечним є поєднане використання препаратів цукрознижуvalної терапії, зокрема метформін у дозуванні 2000 мг/добу і дапагліфлозину - 10 мг/добу для пацієнтів з ЦД 2 типу та стеатогепатитом.

**Перспективи подальших досліджень.** Удосконалення алгоритмів комплексного лікування проявів стеатогепатиту в осіб з ЦД 2 типу із врахуванням сучасних принципів прогнозомодифікуючої цукрознижуvalної терапії.

# **МЕТАБОЛІЧНІ АКЦЕНТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ АСОЦІЙОВАНУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**

*Симчич Х.С., Рудник В.Т., Чаплинська Н.В., Гавриш Т.Ю.,  
Скрипник Л.М.*

*Кафедра терапії, сімейної та екстреної медицини ПО  
Івано-Франківський національний медичний університет*

**Актуальність теми.** Серцево-судинні захворювання продовжують залишатися ключовою причиною смертності в усьому світі, проте в Україні даний показник є найвищим у Європі. У структурі захворювань серцево-судинної системи одні з перших місць посідають гіпертонічна хвороба (ГХ) та хронічна ішемічна хвороба серця (ХІХС) як окремі нозології, а їх поєднання веде до зростання ризиків ускладнень в геометричній прогресії.

Лікування пацієнтів з ГХ та ХІХС проводиться відповідно до затверджених протоколів, розроблених на засадах доказової медицини. Однак, останніми роками парадигма лікування пацієнтів кардіологічного профілю зазнає змін, що пов'язано з патогенетичними підходами до лікування. Тому впровадження комплексного лікування, спрямованого не лише на лікування власне кардіальних проявів, а й загального зміцнення і покращення стану організму, є надзвичайно важливим на сьогодні. Сучасний акцент при лікуванні ХІХС стосується ступеня ендотеліальної дисфункції, нестачі енергетичних субстратів у мітохондріях кардіоміоцитів, стану мікроциркуляторного русла, які зумовлюють ішемічні зміни, що відбуваються на клітинному рівні. Саме тому медикаментозна терапія пацієнтів з ГХ асоційованої з ХІХС повинна забезпечувати не лише повноцінний контроль артеріального тиску та стабільний коронарний кровоплин, а й корекцію ендотеліальної дисфункції, ефективну мікроциркуляцію, а також підтримання енергетичних процесів на рівні кардіоміоцитів. Потреба міокарда в кисні визначається, перш за все, частотою серцевих скорочень, скорочувальною функцією міокарда, розмірами серця і величиною артеріального тиску. Збільшення будь-якого з цих показників підвищує потребу міокарда в кисні.

Фізіологічна роль L-карнітину пов'язана з регулюванням функці-

онального стану судин і забезпеченням відповідного рівня мікроциркуляції органів і тканин. Особливу роль L карнітин виконує в енергетичному обміні в міокарді, який відбувається при перенесенні вільних жирних кислот усередину мітохондрій, забезпечуючи в такий спосіб окисний метаболізм кардіоміоцитів і сприяючи нормальному функціонуванню серця. Відомо, що за ішемії міокарда рівень L карнітину різко знижується, тоді як його введення сприяє відновленню енергетичного балансу, що допомагає кардіоміоцитам виживати та функціонувати в умовах ішемії. L карнітин може сприятливо впливати на ліпідний профіль, особливо на показники холестерину (ХС) ліпопротеїдів низької щільноті, тригліцеридів (ТГ).

У комплексному лікуванні АГ у поєднанні з хронічною ІХС найдобрецільніше застосовувати засоби, які мають сприятливий вплив на перебіг обох захворювань: знижувати рівень АТ, запобігати ішемії та стено-кардії, інфаркту міокарда та інсульту, зменшувати ймовірність смерті, покращувати якість життя хворих.

**Мета роботи** – вивчення клінічної ефективності комплексного лікування пацієнтів похилого віку з артеріальною гіпертензією в поєднанні з ішемічною хворобою серця.

**Матеріал та методи дослідження.** Проведено обстеження 32 пацієнтів з артеріальною гіпертензією та ішемічною хворобою серця. Середній вік пацієнтів становив ( $58,67\pm1,52$ ) років, у тому числі: чоловіків – ( $62,24\pm1,21$ ) років, жінок – ( $55,74\pm1,32$ ) років. Діагноз гіпертонічної хвороби та ішемічної хвороби серця базувався на чинних настановах. В основну групу включено 14 пацієнтів, які приймали стандартну базисну терапію. У групу порівняння увійшли 16 хворих (11 жінок і 5 чоловіків), у лікувальний комплекс яких L-аргінін (Картан, 1 фл. двічі на день - 4 тижні). Проведено загальноклінічне обстеження, визначення електрокардіографію (ЕКГ), самомоніторування артеріального тиску (АТ), визначено ліпідний профіль.

**Результати дослідження.** На фоні лікування відзначали достовірне зниження середнього артеріального тиску :  $\Delta 6$  та  $14 \%$  ( $p<0,05$ ) без додавання або збільшення дози антигіпертензивних препаратів. Аналогічно встановлено достовірно позитивний ефект на рівні пульсового артеріального тиску ( $p<0,05$ ). На фоні лікування відзначено достовірне зниження проявів у II групі за симптомами задишки під час фізичного навантаження чи у стані спокою, відчуття диском-

форту/болю у грудях, загальної слабкості, швидкої втомлюваності, болю у м'язах та суглобах, головного болю, головокружіння ( $p<0,05$ ). У процесі аналізу клінічної симптоматики встановлено, що кількість нападів стенокардії реєстрували в 2,25 раза рідше ( $1,07\pm0,03$  проти  $2,41\pm1,05$ ), зменнилася кількість подій депресії сегмента ST достовірно менше у хворих II групи, порівняно з такими в групі порівняння. Небезпечних для життя шлуночкових порушень ритму після лікування в основній групі не зареєстровано в жодному випадку. Відзначено позитивну динаміку ліпідного профілю в групі порівняння.

**Висновки.** Результати досліджень відносно ефективності застосування L-карнітину у хворих на артеріальну гіпертензію асоційовану з ішемічною хворобою серця свідчать про можливість його використання з вектором на антигіпоксичний, антиангінальний, антиатерогенний ефект.

# **СТРЕС-ІНДУКОВАНІ РОЗЛАДИ ШКТ ТА ОСОБЛИВОСТІ МЕНЕДЖМЕНТУ ТАКИХ ПАЦІЄНТІВ.**

*Скрипник Л.М., Чаплинська Н.В., Рудник В.Т., Симчич Х.С.*

*Івано-Франківський національний медичний університет*

*Івано-Франківськ*

*Україна*

Протягом свого життя людина неодноразово потрапляє у стресові ситуації. У разі потенційної небезпеки організм мобілізує свої системи для боротьби з нею, проте при тривалій дії стресових чинників, наприклад в умовах воєнних дій, хронічний стрес може зумовити соматизоване навіювання з розвитком психосоматичних розладів, зокрема з боку шлунково-кишкового тракту (ШКТ).

За останніми даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, не менш як 15% загальної популяції страждає на психосоматичні розлади з боку ШКТ, а в гастроентерологічних стаціонарах цей показник досягає 50%. Лікарі первинної ланки в 30-57% випадків мають справу з психосоматикою під час консультування пацієнтів із підоозрою на захворювання травної системи. Особливо частота виявлення цього спектра патологій збільшилася після початку бойових дій у регіонах із великою часткою внутрішньо переміщених осіб (ВПО), що пов'язано з різкою й вираженою дією стресового чинника, зміною місця проживання та постійним нагадуванням про причини переселення.

Найчастіше психосоматичний генез мають функціональні патології ШКТ. Досить часто одні й ті самі симптомокомплекси гастроентерологи та психіатри кодують під різними діагнозами, що пояснюється однаковою патофізіологією функціональних розладів ШКТ і соматоформних вегетативних дисфункцій. Вважається, що основною патогенетичною ланкою функціональних розладів ШКТ є дисфункція осі «кишечник – мозок». Згідно із цією теорією внаслідок стресового чинника виникають зміни активності різних ділянок нервової системи (лімбічна система, гіпоталамус, кора головного мозку тощо), наслідками чого є надмірна чутливість вісцеральних рецепторів і порушення моторики ШКТ, що суб'єктивно проявляється дискомфортними відчуттями, характерними для того чи іншого виду психосоматичного розладу.

Будь-яке захворювання чи хронічний стрес здатні провокувати розвиток психопатології. Із часом на цьому ґрунті додаються функціональні захворювання, зокрема з боку ШКТ, що через їхні постійність і нав'язливість підсилює вираженість суб'ективних симптомів пацієнта, в такий спосіб замикаючи хибне коло психосоматичного розладу. Розірвати хибне коло – головне завдання лікаря, що досягається завдяки поясненню пацієнту походження всіх його симптомів із боку ШКТ і призначенню ефективної нейромодуляції. Проте більшість сучасних рекомендацій щодо менеджменту функціональних розладів не надають вагомої ролі цьому методу терапії. Нейромодулятори та психотерапію призначають як третю лінію терапії.

Основні міжнародні клінічні рекомендації з менеджменту функціональних розладів ШКТ вказують на низький рівень доказовості й умовний клас рекомендацій призначення нейромодуляторів і психотерапії. Проте з практичного погляду вилікувати пацієнта із соматоформним розладом без цих методів практично неможливо.

Крім рецептурних психотропних препаратів, у багатьох випадках доцільним є призначення безрецептурної нейромодуляції. На сьогодні її основа – раціональна та позитивна психотерапія, але як фармакотерапію використовують рослинні лікарські засоби - лазею, нейроплант, вітанго тощо. Також позитивної нейромодуляції можна досягти зміною дієти, зокрема шляхом збільшення в раціоні частки продуктів, багатих на серотонін і триптофан (твердий сир, гречка, банани, шоколад тощо).

Саме тому як ніколи актуальним є впровадження нейромодуляції в практику лікаря з огляду на сучасну тенденцію до поширення психосоматичних розладів.

## **ЗМІНИ КАПІЛЯРНОГО КРОВОТОКУ У ПАЦІЄНТІВ З КОРОНАВІРУСНОЮ ХВОРОБОЮ COVID-19 ТА СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**

*Тиліщак З.Р., Пришляк О.Я., Бойчук О.П., Процик А.Л.*

*Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-  
Франківськ, Україна*

**Постановка проблеми й аналіз останніх досліджень.** У хворих на ЦД спостерігаються ураження судин та мікроциркуляторного русла (Natalello G et al., 2021). Тому вплив ендотелійної дисфункції, спричиненої COVID-19, може бути більш глибоким у цій групі пацієнтів (Abdullahi A et al., 2020).

**Мета роботи:** вивчити стан капілярного кровотоку в пацієнтів з коронавірусною хворобою (COVID-19) та супутнім цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

**Матеріали і методи.** Обстежено 60 пацієнтів з коронавірусною хворобою (COVID-19): I група (основна) – 30 хворих із супутнім ЦД 2 типу; II група (група порівняння) – 30 хворих без ЦД; контрольна група (практично здорові) – 20 осіб. Капіляроскопію нігтьового валика проводили з допомогою Capillaroscope 200 Ртт (MEDLA4N Pro), Dino-lite з програмним забезпеченням Dino Direct-release\_V1.10(1). Визначали кількісні морфологічні параметри: довжину видимої частини капіляра (I кап.), діаметр артеріального відділу (d арт.), діаметр венозного відділу (d вен.), діаметр перехідного відділу (d пер.), відношення діаметра перехідного відділу до венозного (d пер./d вен.). Вивчали якісні морфологічні показники: розширені капіляри (збільшення діаметра капілярів між 20 і 50 мкм), гігантські капіляри (капіляри діаметром  $\geq$  50 мкм), мікрогеморагії (відкладення гемосидерину), капілярні розгалуження (розгалужені або кущисті капіляри), щільність капілярів на лінійний міліметр (нормальна щільність  $\geq$  7 капілярів), міжкапілярну відстань більше 500 мкм оцінювали як аваскулярну область. Аналіз даних проводили з використанням ліцензованих пакетів статистично-го аналізу IBM SPSS 26.0 for Windows.

**Результати дослідження та їх обговорення:** Пацієнти поступали в стаціонар на  $5,46 \pm 0,87$  день хвороби. Середня тривалість перебування на лікуванні пацієнтів I групи становила  $19,9 \pm 1,66$  ліжко-днів,

II групи –  $14,7 \pm 0,91$  ( $p < 0,01$ ). Серед пацієнтів із ЦД було по 50% чоловіків та жінок, а без ЦД чоловіків – 43,33 % і 56,67% жінок. Середній вік хворих I групи становив  $66,70 \pm 1,47$ , II групи –  $60,13 \pm 2,21$  рр. Тяжкий перебіг спостерігали у 25 (83,3%) пацієнтів I групи і 10 (33,3%) – II групи; середньої тяжкості – у 5 (16,7%) пацієнтів з супутнім ЦД та у 20 (66,7%) – без ЦД. Капіляроскопію нігтевого валика проводили на 2-3-ій день від поступлення в стаціонар. У пацієнтів із ЦД встановлено високу частоту розгалужених (25,8%), кущистих (25,8%) та звикистих капілярів (63,3%). Розширені капіляри були в 23,3%, аваскулярні ділянки – у 53,3%, дилатація капілярів в 60,0% пацієнтів. Також у хворих I групи частіше спостерігали мікротромбози та мікрокровотечі. У хворих II групи поширеними аномаліями були перикапілярний набряк (83,3%), дилатація капілярів (36,7%), розширені та звикисті капіляри (13,3%), спостерігали такі мікросудинні ускладнення, як відкладення гемосидерину (36,7%) внаслідок мікрогеморагій (26,7%) та мікротромбозу (16,7%). В цій групі не було виявленіх аваскулярних ділянок і гіантських капілярів. При вивченні кількісних морфологічних параметрів у хворих I групи виявлено звуження д арт. та збільшення д вен. капілярного сегмента ( $8,31 \pm 1,93$  мкм та  $15,61 \pm 1,82$ ), у пацієнтів II групи ці показники не змінювались. Також у пацієнтів I групи встановлено зростання d пер. та підвищення показника d пер./d вен., зменшувалась щільність капілярної мережі.

**Висновки і перспективи подальших досліджень.** У хворих на COVID-19 із супутнім ЦД 2 типу захворювання мало тяжкий перебіг, середня тривалість перебування в стаціонарі достовірно подовжуvalася. Зміни при капіляроскопії свідчать про глибоке ураження мікросудин, пов’язане із COVID-19, а порушення мікроциркуляції були вагоміші у хворих із супутнім ЦД 2 типу. В подальшому капіляроскопія може застосовуватися для оцінки ефективності лікування пацієнтів шляхом моніторингу стану мікроциркуляторного русла.

# **ЯК ЗАСТАВИТИ ПРАЦЮВАТИ РЕКОМЕНДАЦІЇ? І ЗНОВУ ПРО СТАТИНИ**

Черкасова О.Г.<sup>1</sup>, Данилова Г.В.<sup>2</sup>, Гарагуля Г.А.<sup>1</sup>

Дніпровський державний медичний університет  
КНП «Міська клінічна лікарня №9 Дніпровської міської ради»,  
Дніпро, Україна

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.** Основною причиною смерті в сучасному суспільстві є серцево-судинні захворювання. В структурі смертності громадян України ця частка 67%. На рівні рекомендацій національних медичних товариств розроблені й впроваджені на різних рівнях системи охорони здоров'я заходи, що знижують смертність від серцево-судинних захворювань. Профілактичний напрямок охорони здоров'я практично у всіх країнах світу, в тому числі в Україні, є ключовим напрямком у розв'язанні питань зниження смертності від серцево-судинних захворювань. Прихильність пацієнтів до призначеної терапії – фактор, що значною мірою визначає ефективність лікування, тому підвищення ступеня дотримання хворими рекомендацій є актуальною проблемою. Низька прихильність до лікування небезпечна з багатьох причин. По-перше, це загроза розвитку серйозних ускладнень, по-друге, прогресування захворювання, і як наслідок рання інвалідизація і смертність працездатного і соціально активного населення. Статини дуже важливі в програмі первинної та вторинної профілактики серцево-судинних подій. Водночас низька прихильність до їх використання залишається актуальною проблемою, що потребує вирішення.

**Мета роботи.** Оцінити прихильність до вживання статинів пацієнтами високого і дуже високого серцево-судинного ризику в загальній терапевтичній практиці.

**Матеріал і методи дослідження.** Проведено ретроспективний аналіз 72 медичних карт пацієнтів, що лікувались в терапевтичному відділенні КНП «МКЛ №9 ДМР» з приводу негоспітальної пневмонії. У всіх визначали рівень серцево-судинного ризику у відповідності з «Рекомендаціями діагностики та лікування дисліпідемій» 2020 р. Надалі проводили аналіз групи з дуже високим і високим рівнем серцево-судинного ризику (CCP).

**Результати дослідження та їх обговорення.** 45 (63%) пацієнтів мали супутні серцево-судинні захворювання, артеріальну гіпертензію, цукровий діабет. Відповідно до Національних рекомендацій всі пацієнти мали дуже високий або високий ризик серцево-судинних подій і відповідно потребували постійного прийому статинів. Середній вік пацієнтів –  $66,4 \pm 1,5$  років, чоловіків – 33 (73%), жінок – 12(27%). Дуже високий рівень ССР визначено у 27 (60%) хворих, високий – у 18 (40%) пацієнтів відповідно. При надходженні в стаціонар статини отримували 10 (22,2%) хворих, всі з групи дуже високого ризику. 8 хворих приймали розувастатин в дозі 10 мг/добу, 2 – аторвастиatin 20 мг/добу. Важливо, що в жодного з них не було досягнуто цільових рівнів ХС ЛПНП. Симвастатин не отримував ні один з пацієнтів, хоч цей препарат є єдиним статином, що включений в програму реїмбурсації «Доступні ліки». Всім пацієнтам була проведена корекція терапії. Під час перебування в стаціонарі пацієнти почали отримувати статини в дозах відповідно до рівнів ХС ЛПНП. При виписці зі стаціонару рекомендовано продовжити призначену терапію.

**Висновки і перспективи подальших досліджень.** Недостатнє використання статинів пацієнтами в рутинній клінічній практиці було і залишається проблемою не тільки в Україні. Пандемія COVID -19, активні воєнні дії також вплинули на зниження прихильності до лікування. Корекція медикаментозної терапії і повторне пояснення важливості вживання статинів при кожному візиті пацієнта до лікаря сприятиме підвищенню прихильності до лікування.

# **THE INFLUENCE OF VORTIOXETINE TO HEART FUNCTIONAL STATUS IN PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS AND CONCOMITANT HEART FAILURE**

*Anastasiia Sikora, Mykhailo Vynnyk*

*Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine*

**The purpose of this study:** measurement of the amount of ST2 molecule levels in the blood of patients with depressive disorders and comorbid heart failure.

**Material and methods:** there were examined 180 patients with depression of varying severity together with the syndrome of HF of ischemic genesis, FC II-IV (NYHA). Depressive disorders were diagnosed and determined using the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) with the result in 20 and more points. The plasma content of soluble ST2 (sST2) and the titers of the N-terminal fragment of the brain natriuretic peptide (NT-proBNP) in the blood were determined by ELISA.

**Results:** The average age of the examined patients was (69.33 ± 10.44) years; among them - 64 women (35.5%). It was found that the levels of soluble ST2 and NT-pro-BNP in the blood of patients with depressive disorders and HF decreased with prescribing of 3 months therapy of multimodal antidepressant. After the treatment using vortioxetine, the majority of patients with HF and depressive disorders of moderate intensity - 111 (61.6%) people –noted a reduction in symptoms of both depression and heart failure. Univariate correlation analysis showed a direct relationship between soluble ST2 levels in the blood of the examined patients and the reduction of depressive symptoms ( $r^s = 0.33$ ;  $p = 0.041$ ); blood content of NT-pro-BNP ( $r^s = 0.51$ ;  $p = 0.015$ ); resting heart rate ( $r^s = 0.31$ ;  $p = 0.011$ ) and feedback from LV EF ( $r^s = -0.39$ ;  $p = 0.043$ ).

**Conclusion.** Patients with depressive disorders and concomitant heart failure that are treated with multimodal antidepressants (vortioxetine) are more likely to have decreased levels of soluble ST2 molecule in the blood, that explain the anti-inflammatory together with antidepressive effect of this medication.

# PREDICTING HEART FAILURE IN TYPE 2 DIABETES: GALECTIN-3, sST2, AND CIMT AS PROGNOSTIC TOOLS

A. S. Herashchenko<sup>1</sup>, M. V. Bielinskyi<sup>2</sup>

*Department of Internal Medicine, Family and Emergency Medicine, Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine.*

*Department of Internal Medicine #2 and Nursing, Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine.*

**Introduction.** Heart failure (HF) and type 2 diabetes mellitus (T2DM) are prevalent chronic diseases among adults globally. Recent research has focused on exploring the prognostic value of galectin-3 and soluble form of stimulatory growth factor (sST2) biomarkers for predicting HF risk in T2DM patients.

**Aim.** To evaluate the effect of heart failure with preserved and average ejection fraction on galactin-3 and sST2 levels, as well as atherosclerotic burden by measuring carotid intima-media thickness in patients with type 2 diabetes mellitus.

**Materials and methods.** We included 154 patients with diabetes mellitus who visited the clinical sites of Ivano-Frankivsk National Medical University: 83 patients in the DM+HF group and 71 patients in the DM only group.

**Results.** The mean value of carotid intima-media thickness (CIMT) was significantly higher in the DM+HF group (0.94 [0.66;1.12] mm) compared to the DM group (0.80 [0.49;1.04] mm), with a p-value of 0.013. In addition, galectin-3 levels were significantly higher in the DM+HF group (13.38 [12.08;14.71] ng/mL) compared to the DM group (11.36 [10.27;12.28] ng/mL), with a p-value of <0.001. However, there were no significant differences between the two groups in terms of age, gender, left ventricular ejection fraction (LVEF), glycated hemoglobin (HbA1c), and sST2 levels.

**Conclusions.** CIMT and vascular age are reliable methods for assessing atherosclerotic burden in patients with T2DM and should be used routinely. Galectin-3 is a reasonable marker of HF with preserved and average LVEF in patients with T2DM.

## **NAFLD AND AF CO-EXISTENCE: KEY INDICATORS**

*O. B. Teslenko<sup>1</sup>, M. V. Bielinskyi<sup>2</sup>, A. S. Herashchenko<sup>1</sup>*

*Department of Internal Medicine, Family and Emergency Medicine, Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine.*

*Department of Internal Medicine #2 and Nursing, Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine.*

**Introduction.** Nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) and atrial fibrillation (AF) have shown a rise in prevalence worldwide in recent years. Recent research suggests that NAFLD is prevalent in approximately 32% of the general population, while AF affects approximately 0.51% of the population.

**Aim.** To investigate the association between NAFLD and AF by utilizing the FibroTest-4 (FIB-4) and Nonalcoholic Fatty Liver Score (NFS) indices.

**Materials and methods.** In this study, we enrolled 96 patients diagnosed with NAFLD that attended State Institution “Territorial medical association of the Ministry of Internal Affairs of Ukraine in Ivano-Frankivsk region”. The study population was divided into two groups: main group - 35 patients with both NAFLD and AF, and control group - 61 patients with NAFLD only.

**Results.** The NAFLD + AF group also had higher levels of NFS ( $-1.05 \pm 1.46$  vs.  $-2.65 \pm 1.63$ .  $p < 0.001$ ) and FIB-4 score ( $1.34 \pm 0.86$  vs  $1.07 \pm 0.6$ .  $p=0.048$ ). Univariable regression analysis also found the association between NFS ( $OR=3.233$ . 95% CI:  $1.970 - 5.303$ .  $p<0.001$ ) and FIB-4 ( $OR=2.498$ . 95% CI:  $1.109 - 5.627$ .  $p=0.027$ ) with AF.

**Conclusions.** These findings suggest a strong association between NAFLD and AF, and highlights the importance of considering AF as a potential complication in patients with NAFLD. The use of the FIB-4 and NFS indices proved to be effective in detecting this association.

# **THE DIAGNOSTIC AND MANAGEMENT OF HEART FAILURE WITH PRESERVED EJECTION FRACTION: OVERVIEW OF NEW AHA/ACC POSITION STATEMENT**

*Sergiy Fedorov, Irena Kozlova, Nataliia Pozur, Lyubomyr Glushko*

*Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine*

Despite advances in therapy, heart failure (HF) continues to be a major cause of morbidity and mortality worldwide with a lifetime risk at age 40 years of approximately 20%. Heart failure with preserved ejection fraction (HFpEF) now accounts for more than 50% of cases of HF, with outcomes comparable to heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF). Furthermore, HFpEF is often under-recognized and results in substantial resource utilization.

AHA/ACC in April 2023 renewed of position statement “Consensus Decision Pathway on Management of Heart Failure With Preserved Ejection Fraction”.

Although the Universal Definition of HF may be useful to guide clinicians, establishing a diagnosis of HFpEF may be more difficult given that the echocardiogram may not demonstrate obvious structural or functional cardiac abnormalities and the natriuretic peptide levels may be normal, especially in individuals with obesity. The use of clinical scoring systems may be useful to aid in the diagnostic evaluation of suspected HFpEF: both the H2FPEF and HFA-PEFF algorithms use a scoring system to help determine the likelihood that HFpEF is the underlying etiology in a dyspneic person.

Management of HFpEF focuses on: 1) risk stratification and management of comorbidities, including hypertension, diabetes, obesity, atrial fibrillation, coronary artery disease, chronic kidney disease, and obstructive sleep apnea; 2) nonpharmacological management, including the role of exercise and weight loss and the use of wireless, implantable pulmonary artery monitors; and 3) symptom management and disease-modifying therapy with loop diuretic agents, SGLT2is, mineralocorticoid antagonists (MRAs), angiotensin receptor-neprilysin inhibitors (ARNIs), and angiotensin receptor blockers (ARBs).

# **AUTOIMMUNE HEPATITIS AFTER CORONAVIRUS DISEASE (COVID-19)**

## **(CLINICAL CASE)**

*Liubov Skrypnyk, Yulia Boichuk, Peter Buchkovskyi.*

*Department of Internal Medicine, Family and Emergency Medicine, Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine.*

**Relevance.** Due to the COVID-19 pandemic, there is increasing evidence of the possible impact of infection on the development of autoimmune diseases. Among them is autoimmune hepatitis, which can develop after coronavirus disease. The common pathogenetic mechanisms and clinical aspects between hyperinflammatory diseases and COVID-19 may indicate that SARS-CoV-2 may act as a trigger for the development of rapid autoimmune and/or autoinflammatory dysregulation in genetically predisposed individuals. A potential pathomechanism is molecular mimicry. In this regard, the aim of our study was to investigate the clinical case of a patient with autoimmune hepatitis that occurred after COVID-19.

**Objective of the study:** To describe the clinical case of a patient with autoimmune hepatitis that occurred after coronavirus disease and to analyze the results of treatment.

**Materials and Methods:** We analyzed the medical records of a patient who visited a doctor with complaints of generalized weakness, yellowing of the skin and sclerae. After the diagnosis of autoimmune hepatitis, the patient was prescribed glucocorticosteroid therapy and immunosuppressive treatment to maintain remission and prevent disease progression.

**Results of the study:** After three months of treatment, the patient noted a significant improvement in her health and a reduction in symptoms. Her laboratory values also improved, decreasing several times from the initial level. To date, the patient continues to receive therapy and periodically undergoes follow-up examinations.

**Conclusions:** Our clinical case confirms a possible link between COVID-19 and the development of autoimmune hepatitis. The patient was successfully prescribed glucocorticosteroid therapy and immunosuppressive treatment, which led to an improvement in her condition and a decrease in symptoms. For the further development of therapy, it is important to study the detailed mechanisms of the relationship between COVID-19 and autoimmune diseases, as well as the effectiveness of various treatments.

# **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІGU ПІДГОСТРОГО ТИРЕОЇДИту В ХВОРИХ IЗ КОРОНАВІРУСНОЮ ХВОРОБОЮ**

*Козлова I. B.*

*Кафедра терапії, сімейної та екстреної медицини післядипломної освіти,  
Івано-Франківський національний медичний університет,  
Івано-Франківськ, Україна*

**Вступ.** На сьогодні відомо, що корона вірусна хвороба (COVID-19) асоціюється з численними ускладненнями з боку різних органів і систем, у тому числі, з ураженням щитоподібної залози (ЩЗ) – підгострим тиреоїдитом.

**Мета.** Визначити особливості перебігу підгострого тиреоїдиту в хворих із COVID-19.

**Матеріали та методи.** Обстежено 10 пацієнтів з підгострим тиреоїдитом і підтвердженим методом ПЛР діагнозом COVID-19. Групу контролю склали 10 пацієнтів із підгострим тиреоїдитом без COVID-19, із від'ємним тестом ПЛР.

**Результати.** 79,3% обстежених - жінки, середній вік ( $38,91 \pm 1,56$ ). Біль у ділянці шиї спостерігався у 51,7% осіб з COVID-19, проти 79,1% ( $p < 0,05$ ) осіб із негативним ПЛР; припухлість у ділянці шиї 83,4% ( $p < 0,05$ ) проти 68,1%; ТТГ ( $0,015 \pm 0,01$ ) проти ( $0,053 \pm 0,01$ ); Т4в ( $16,3 \pm 1,72$ ) проти ( $14,78 \pm 1,27$ ); Т3в ( $5,13 \pm 0,96$ ) проти ( $4,21 \pm 1,02$ ); АТПО ( $249,5 \pm 21,6$ ,  $p < 0,05$ ) проти ( $107,3 \pm 19,7$ ); лейкоцити ( $8,39 \pm 1,07$ ) проти ( $11,94 \pm 1,55$ ); лімфоцити ( $9,72 \pm 1,12$ ,  $p < 0,01$ ) проти ( $37,56 \pm 2,31$ ); тромбоцити ( $187,21 \pm 9,48$ ,  $p < 0,01$ ) проти  $395,43 \pm 11,26$ ); ШОЕ ( $57,0 \pm 1,91$ ) проти ( $68,7 \pm 2,13$ ). Специфічні зміни структури ЩЗ візуалізувались у 86,9% у хворих із COVID-19 та у 72,6% осіб без COVID-19, ознаки шийної лімфоаденопатії достовірно частіше супроводжували підгострий тиреоїдит на тлі COVID-19 (89,8%,  $p < 0,01$ ) у порівнянні з підгострим тиреоїдитом без COVID-19 (62,4%).

**Висновки.** Перебіг підгострого тиреоїдиту при підтвердженному COVID-19 характеризується достовірно більше вираженими клінічними симптомами і структурними змінами ЩЗ, частіше супроводжується лімфоаденопатією, лімфопенією, тромбоцитопенією і позитивним титром АТПО.

Підписано до друку 02.05.2023 р. Формат 60x84/16.  
Папір офсетний. Умовн. друк. арк. 1,91. Тираж 100 примірників. Зам 18.  
Тираж здійснено у видавництві Івано-Франківського  
національного медичного університету.  
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного  
реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції  
ДК №2361 від 05.12.2005 р.  
76018, м.Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2.