

Вплив серцево-судинних коморбідних станів та ускладнень на клінічні виходи захворювання в пацієнтів з надважким перебігом коронавірусної хвороби COVID-19

Ю.В. Руденко, І.В. Божук, О.В. Василенко,
Г.В. Мостбауер

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця, Київ

Мета – висока летальність від коронавірусної хвороби COVID-19 в пацієнтів з її надважким перебігом обумовлює нагальну потребу визначення чинників, котрі дозволять виокремити групу пацієнтів високого ризику. Метою нашого дослідження було виявлення коморбідних станів і ускладнень госпітального періоду, котрі асоціювались з несприятливим виходом захворювання в хворих на COVID-19, які потребували госпіталізації у відділення реанімації і інтенсивної терапії.

Матеріали та методи. Проведений ретроспективний аналіз даних 174 хворих на коронавірусну хворобу COVID-19 (92 (52,9 %) чоловіків і 82 (47,1 %) жінок), госпіталізованих у відділенні реанімації та інтенсивної терапії для кардіологічних хворих комунального некомерційного підприємства «Олександрівська клінічна лікарня» м. Києва з 01.01.2021 по 30.02.2022, віком від 31 до 91 рр. (у середньому $69,4 \pm 12,6$ рр.). Пацієнтів розподілили на групи залежно від клінічних виходів захворювання. До 1-ї групи увійшли 56 (32,2 %) померлих хворих, до 2-ї – 118 (67,8 %) пацієнтів, котрі були виписані з одужанням або покращенням стану. Для визначення статистичної значущості відмінностей застосовували критерій χ^2 Пірсона.

Результати. Пацієнти обох груп були зіставні між собою за часткою осіб з супутніми гіпертонічною хворобою (48 (85,7 %) і 102 (86,4 %) відповідно; $p > 0,05$), фібриляцією передсердь (25 (44,6 %) і 40 (33,9 %) відповідно; $p > 0,05$), післяінфарктним кардіосклерозом (12 (21,4 %) і 20 (16,9 %) відповідно; $p > 0,05$), цукровим діабетом (19 (33,9 %) і 28 (23,7 %) відповідно; $p > 0,05$), хронічною хворобою нирок (12 (21,4 %) і 13 (11 %) відповідно; $p > 0,05$), а також за частотою розвитку протягом госпітального періоду гострого інфаркту міокарда (24 (42,9 %) і 48 (40,7 %) відповідно; $p > 0,05$) і тромбоемболії легеневої артерії (4 (7,1 %) і 6 (5,1 %) відповідно; $p > 0,05$).

У 1-й групі порівняно із 2-ю була більшою частка хворих старших за 70 років (42 (75 %) і 53 (44,9 %) відповідно; $p < 0,001$), та з інсультом у анамнезі (11 (19,6 %) і 6 (5,1 %) відповідно;

$p < 0,001$). Хворі 1-ї групи відрізнялись від пацієнтів 2-ї групи більшою частотою позагоспітальної пневмонії (49 (87,5 %) і 79 (66,9 %) відповідно; $p < 0,01$), гострого респіраторного дистрес-синдрому (30 (53,6 %) і 3 (2,5 %) відповідно; $p < 0,00001$), вищою потребою у інвазивній вентиляції легень (46 (82,1 %) і 1 (0,8 %) відповідно; $p < 0,00001$). В них частіше діагностували гостре ушкодження нирок (34 (60,7 %) і 44 (37,3 %) відповідно; $p < 0,001$).

Висновки. Супутні гіпертонічна хвороба, післяінфарктний кардіосклероз, фібриляція передсердь, а також розвиток гострого інфаркту міокарда і тромбоемболії легеневої артерії впродовж госпітального періоду ймовірно чинять менший вплив на рівень госпітальної летальності в пацієнтів з надважким перебігом коронавірусної хвороби COVID-19 ніж важкість ураження легень. Несприятливий вихід захворювання також асоціювався з віком пацієнтів понад 70 років, інсультом в анамнезі та більшою частотою гострого ушкодження нирок.

Дві парадигми однієї нозології: OMI-NNOMI vs STEMI-NSTEMI. the OMI-MANIFESTO

Н.М. Середюк

Івано-Франківський національний медичний університет

Натепер, згідно клінічних настанов при скеруваннях на ургентну реваскуляризацію лікарі України користуються термінами «інфаркт міокарда із елевацією сегмента ST» (STEMI) та «інфаркт міокарда без елевації сегмента ST» (NSTEMI). У цій парадигмі за основу взята наявність або відсутність елевації сегмента ST. Результатами проведених клінічних досліджень продемонстровано ефективність та користь проведення реперфузійної терапії не лише при STEMI, але й у пацієнтів із невизначеною девіацією сегмента ST. З'явилися дві парадигми однієї нозології – інфаркта міокарда: OMI-NOMI vs STEMI-NSTEMI. Концепцію OMI (Occlusive Myocardial Infarction – інфаркт міокарда із оклюзією коронарної артерії) і NOMI (NonOcclusive Myocardial Infarction – інфаркт без оклюзії коронарної артерії) ввів у 2018 році доктор Stephen W. Smith, опублікувавши The OMI Manifesto [1] і серію статей, в яких критично оцінюється сама ідея того, що STEMI є еквівалентом OMI.

Зміст проблеми. Концепція OMI-NOMI швидко знайшла своє місце в європейській та світовій кардіологічних практиках і активно обговорюється на науково-практичних форумах.