
**Державна установа «Інститут загальної та невідкладної
хірургії Національної академії медичних наук України»**

За підтримки:

Харківської медичної академії післядипломної освіти

**Харківської міської клінічної лікарні швидкої та невідкладної допомоги
Всеукраїнської громадської організації «Всеукраїнська Асоціація працівників
невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф»**



МЕДИЦИНА НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ EMERGENCY MEDICINE

Спеціалізований рецензований науково-практичний журнал

Заснований у серпні 2005 року

Періодичність виходу: 8 разів на рік

Том 18, № 4, 2022

Включений в наукометричні та спеціалізовані бази даних НБУ ім. В.І. Вернадського, «Україніка наукова», «Наукова періодика України», Ulrichsweb Global Serials Directory, CrossRef, WorldCat, Google Scholar, ICMJE, SHERPA/RoMEO, BASE, NLM-catalog, NLM-Locator Plus, EBSCO, OUCI



mif.ua.com



journals.urau.ua

Medicina neotložnyh sostoânij

Спеціалізований рецензований
науково-практичний журнал

Том 18, № 4, 2022

ISSN 2224-0586 (print),
ISSN 2307-1230 (online)

Передплатний індекс 94563



Співзасновники:

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії
НАМН України», Заславський О.Ю.

Завідуюча редакцією **Купріненко Н.В.**

Адреси для звертань

З питань передплати

info@mif-ua.com
тел. +38 (067) 325-10-26

З питань розміщення реклами та інформації
про лікарські засоби

v_ilyna@ukr.net

Журнал внесено до переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук. Наказ МОН України від 17.03.2020 р. № 409. Категорія Б

Рекомендовано до друку та поширення через мережу Інтернет вченою радою ДУ «ІЗНХ НАМН України», протокол № 6 від 14.06.2022

Українською та англійською мовами

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації КВ № 17278-6048ПР. Видано Державною реєстраційною службою України 27.10.2010 р.

Формат 60x84/8. Ум.-друк. арк. 10,23
Тираж 12 000 прим. Зам. 2022-mns-123

Адреса редакції:
Україна, 04107, м. Київ, а/с 74
Тел.: +38 (057) 715-33-41.
E-mail: medredactor@i.ua
nikonov.vad@gmail.com
alexefskov1963@gmail.com

(Тема: До редакції журналу «МНС»)
www.mif-ua.com
https://emergency.zaslavsky.com.ua

Видавець Заславський О.Ю.
zaslavsky@i.ua

Адреса для листування: а/с 74, м. Київ, 04107
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 2128 від 13.05.2005

Друк: ТОВ «Ландпрес»

Головний редактор

Ніконов В.В.

Науковий редактор

Бойко В.В. (Харків, Україна)

Редакційна колегія

Авдосьєв Ю.В. (Харків, Україна)
Більченко О.В. (Харків, Україна)
Воротинцев С.І. (Запоріжжя, Україна)
Георгіянц М.А. (Харків, Україна)
Голдовський Б.С. (Запоріжжя, Україна)
Долженко М.М. (Київ, Україна)
Зозуля І.С. (Київ, Україна)
Іванов Д.Д. (Київ, Україна)
Іванова Ю.В. (Харків, Україна)
Клигуненко О.М. (Дніпро, Україна)
Климовицький В.Г. (Лиман, Україна)
Кобеляцький Ю.Ю. (Дніпро, Україна)
Курділь Н.В. (Київ, Україна)
Курсов С.В. (Харків, Україна)
Лахно І.В. (Харків, Україна)
Лоскутов О.А. (Київ, Україна)
Михайлузов Р.М. (Харків, Україна)
Новицька-Усенко Л.В. (Дніпро, Україна)
Павлов О.О. (Харків, Україна)
Пархоменко К. Ю. (Харків, Україна)
Підгірний Я.М. (Львів, Україна)
Постернак Г.І. (Рубіжне, Україна)
Ринденко В.Г. (Харків, Україна)
Сушков С.В. (Харків, Україна)
Тарабан І.А. (Харків, Україна)
Федак Б.С. (Харків, Україна)
Феськов О.Е. (Харків, Україна)
Целуйко В.Й. (Харків, Україна)
Шейман Б.С. (Київ, Україна)
Черній В.І. (Лиман, Україна)
Вашадзе Шорена (Батумі, Грузія)
Macas Andrius (Каунас, Литва)
Stefan De Hert (Гент, Бельгія)

Редакція не завжди поділяє думку автора публікації. Відповідальність за вірогідність фактів, власних імен та іншої інформації, використаної в публікації, несе автор. Передрук та інше відтворення в якій-небудь формі в цілому або частково статей, ілюстрацій або інших матеріалів дозволені тільки при попередній письмовій згоді редакції та з обов'язковим посиланням на джерело. Усі права захищені.

© ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії НАМН України», 2022
© Заславський О.Ю., 2022

<i>Бігняк П.І., Гомон М.Л., Креньов К.Ю.</i> (Вінниця, Старокостянтинів, Україна)	<i>P.I. Bignyak, M.L. Homon, K.Yu. Krenyov</i> (Vinnytsia, Starokostiantyniv, Ukraine)
Корекція електролітного балансу у хірургічних хворих при планових хірургічних втручаннях 38	Correction of electrolyte balance in surgical patients during elective surgery 38

Лікарю, що практикує

Practicing Physician

<i>Мальцева Л.О., Кобеляцький Ю.Ю., Мальцев І.А., Мосенцев М.М., Ліснич В.М., Казімірова Н.А.</i> (Дніпро, Україна)	<i>L.A. Maltseva, Y.Y. Kobelyatsky, I.A. Maltsev, N.N. Mosentsev, V.N. Lisnichaya, N.A. Kazimirova</i> (Dnipro, Ukraine)
Рання випереджальна діагностика й алгоритм лікування сепсису з позицій Королівського коледжу загальної практики Великої Британії і Руху за виживання при сепсисі (2021) 42	Early proactive diagnosis and treatment algorithm for sepsis from the perspective of the Royal College of General Practitioners and the Surviving Sepsis Campaign (2021) 42
<i>Кобеляцький Ю.Ю., Мальцева Л.А., Мальцев І.А., Ліснич В.Н., Казімірова Н.А.</i> (Дніпро, Україна)	<i>Yu.Yu. Kobelyatsky, L.A. Maltseva, I.A. Maltsev, V.N. Lisnichaya, N.A. Kazimirova</i> (Dnipro, Ukraine)
Панель Surviving Sepsis Campaign COVID-19 47	Surviving Sepsis Campaign COVID-19 Panel 47
<i>Мальцева Л.О., Ліснич В.М., Казімірова Н.А.</i> (Дніпро, Україна)	<i>L.O. Maltseva, V.M. Lisnycha, N.A. Kazimirova</i> (Dnipro, Ukraine)
Інструменти скринінгу, розроблені для раннього виявлення сепсису і септичного шоку: огляд сучасних рекомендацій 51	Screening tools developed for the early detection of sepsis and septic shock: a review of current guidelines 51

Матеріали конференцій

Proceedings of the Conference

Тези четвертої науково-практичної конференції «Інфекційні захворювання мандрівників. Сучасні виклики і стан проблеми в Україні» (м. Одеса, 22–23 вересня 2022 р.) 57	Abstracts of the fourth research and practice conference “Travel-related infections. Current challenges and the state of the problem in Ukraine” (Odesa, September 22–23, 2022) 57
---	---

половину черевної порожнини. Для виключення септичного процесу з метастатичними абсцесами хворому було проведено загальноклінічне та біохімічне дослідження крові, УЗД ОЧП, внаслідок чого виявлено виражену еозінофілію та кісти у печінці. Після позитивного результату серологічного дослідження пацієнта направили на консультацію в Обласну клінічну інфекційну лікарню м. Івано-Франківська. За допомогою повторно виконаного УЗД ОЧП були виявлені численні багатокамерні кісти в печінці (сумарним об'ємом понад 3300 мл), у селезінці (600 мл) та перипельвікарні кісти в правій нирці. Чоловіку призначили лікування альдазолом упродовж 28 днів в амбулаторних умовах із рекомендаціями наступного звернення на консультацію в хірургічне відділення Обласної клінічної лікарні м. Івано-Франківська. Після проведеного консервативного лікування в грудні 2021 року пацієнту було здійснено операцію з приводу видалення ехінококової кісти печінки. У післяопераційний період у чоловіка розвинулась серцева недостатність, що призвела до летального кінця.

Висновок. Ехінококоз залишається актуальною проблемою сьогодення. Даний клінічний випадок демонструє важливість ранньої діагностики захворювання для запобігання маніфестації процесу, що на пізніх стадіях може мати тяжкі ускладнення та призвести до летальних наслідків.

*Рябоконт О.В., Черкаський В.В.,
Кулеш І.О., Рябоконт Ю.Ю.
Запорізький державний медичний університет,
м. Запоріжжя, Україна*

Динаміка показників гемокоагуляції та частота розвитку фатальних тромботичних ускладнень при критичному перебігу коронавірусної хвороби COVID-19

Актуальність. В умовах пандемії COVID-19 у кожного п'ятого хворого формується тяжкий перебіг захворювання з високим ризиком летального результату (Hasan K. et al., 2020). Незважаючи на те, що в умовах пандемії висококонтагіозної SARS-CoV-2-інфекції патоморфологічні дослідження певною мірою є обмеженими, триває накопичення результатів цих досліджень у взаємозв'язку з клініко-лабораторними проявами (Su H. et al., 2020).

Мета роботи. Проаналізувати динаміку показників гемокоагуляції та частоту розвитку фатальних тромботичних ускладнень при критичному перебігу коронавірусної хвороби COVID-19.

Матеріали та методи. Проаналізована 41 історія хвороби померлих хворих віком від 48 до 85 років (чоловіки — 30, жінки — 11), які лікувалися у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії КНП «Обласна інфекційна клінічна лікарня» ЗОР, та результати патологоанатомічного дослідження, що проводилося в КУ «Запорізьке обласне бюро судово-медичної експертизи» ЗОР. Діагноз COVID-19 у всіх випадках був під-

тверджений виділенням RNA SARS-CoV-2 в носоглотковому слизі. Всі хворі були обстежені та отримували лікування згідно з чинними на відповідний час нормативними документами.

Результати та обговорення. Пацієнти були госпіталізовані на 9,0 [7,0; 12,0] день хвороби після погіршення стану на 8,5 [6,0; 11,0] добу лікування в амбулаторних умовах, що проявлялося фебрильною (63,4 %) або субфебрильною (31,7 %) лихоманкою, задихом 28,0 [28,0; 32,0] на 1 хв, кровохарканням (9,8 %), зниженням сатурації кисню до 82,0 [75,0; 86,0] %, діарейним синдромом (12,2 %) та появою фізикальних та інструментальних ознак двобічної пневмонії з ураженням 56,0 [51,0; 62,5] % легень. У пацієнтів виявилися лабораторні зміни, які свідчили про наявність імунного запалення: абсолютна лімфопенія — від 1,0 до $0,39 \times 10^9/\text{л}$ (85,4 %), збільшення С-реактивного протеїну у всіх пацієнтів до 150,5 [101,5; 235,5] нг/мл та збільшення рівня інтерлейкіну-6 до 60,1 [25,0; 81,4] нг/мл. Зазначені зміни поєднувалися з вираженими лабораторними ознаками гіперкоагуляції, а саме гіперфібриногенемією від 4,8 до 8,4 г/л у 78,0 % хворих із медіаною цього показника 5,1 [4,3; 6,4] г/л, підвищенням рівня протромбінового індексу (29,3 %), зниженням міжнародного нормалізованого співвідношення (17,1%). Ці зміни поєднувалися зі збільшенням D-димеру до 1,4 [0,9; 9,4] мг/л та феритину до 760,0 [482,0; 1148,0] нг/мл.

Лікування пацієнтів у ВАІТ тривало від 2 до 38 діб, медіана становила 11,0 [7,0; 18,0] діб. Незважаючи на лікування, у хворих прогресувала дихальна недостатність, що вимагало проведення штучної вентиляції легень. У динаміці збільшилася частка пацієнтів із лейкоцитозом (95,1 %), зокрема гіперлейкоцитозом у 26,8 % хворих у межах від 20,3 до $54,4 \times 10^9/\text{л}$. Про наростання ендогенної інтоксикації, триваюче імунне запалення та збереження гіперкоагуляції свідчили збереження абсолютної лімфопенії (58,5 %), паличкоядерний зсув (24,4 %), збільшення частки пацієнтів із появою метамієлоцитів (41,5 %), підвищення рівня D-димеру до 5,5 [1,6; 21,1] мг/л, збереження гіперфібриногенемії (68,3 %), підвищення рівня С-реактивного протеїну до 127,0 [42,0; 221,0] мг/л та феритину до 511,0 [360,0; 1314,0] нг/мл.

Хворі на COVID-19 померли на 22,0 [16,0; 27,0] добу захворювання. Патоморфологічні ознаки раннього ураження легень при COVID-19 визначалися як двобічна полісегментарна субтотальна вірусна пневмонія. При цьому, за результатами патологоанатомічного дослідження, у 22,0 % померлих внаслідок COVID-19 розвинулися фатальні тромботичні ускладнення, які призвели до розвитку ішемічного інфаркту головного мозку (4); трансмурального інфаркту міокарда (1); інфаркту міокарда, що ускладнився вогнищевою інфаркт-пневмонією через ТЕЛА дрібних гілок легеневої артерії (2); рецидивуючої тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) дрібних гілок легеневої артерії з формуванням множинних інфарктів легень різної давнини (1); тромбозу либоких вен верхньої кінцівки (1). При цьому тромботичні ускладнення діагностовані за життя не у всіх хворих: ішемічний інфаркт головно-

го мозку прижиттєво діагностований у 3 пацієнтів на підставі відповідної клінічної симптоматики, трансмуральний інфаркт міокарда — у 2 пацієнтів за електрокардіографічними змінами та підвищеним рівнем тропоніну I у сироватці крові. ТЕЛА не було діагностовано за життя в жодному випадку.

У багатьох дослідженнях привертається увага до значної частоти тромботичних ускладнень у хворих при критичному перебігу COVID-19 та складність їх прижиттєвої діагностики (Wichmann D. et al., 2020). Вивчення патоморфологічних ознак тромбозів і тромбоемболій у хворих на COVID-19 привело до появи терміна «васкулопатія» (Lodigiani C. et al., 2020). Повідомляється, що масивна тромбоемболія дрібних гілок легеневої артерії була прямою причиною смерті в кожного третього померлого внаслідок COVID-19 (Wichmann D. et al., 2020). У нашому дослідженні більше ніж у кожного п'ятого померлого від COVID-19 при розтині були встановлені тромботичні ускладнення, які майже в половині випадків не були виявлені прижиттєво. Про відсутність класичної клінічної симптоматики тромботичних ускладнень повідомляють й інші дослідники (Barton L.M. et al., 2020).

Висновки. У 22,0 % померлих хворих на 22,0 [16,0; 27,0] добу захворювання внаслідок COVID-19 патоморфологічно були підтверджені фатальні тромботичні ускладнення: ішемічний інфаркт головного мозку; трансмуральний інфаркт міокарда; інфаркт міокарда, що ускладнився вогнищевою інфаркт-пневмонією через ТЕЛА дрібних гілок легеневої артерії; рецидивуюча ТЕЛА дрібних гілок легеневої артерії з формуванням множинних інфарктів легень різної давнини. Прогресування захворювання, незважаючи на лікування, що проводилося, супроводжувалося наростанням лабораторних ознак імунного запалення та гіперкоагуляції.

*Совирда О.С., Майстренко О.Н.
Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна*

Хвороба, викликана вірусом Ебола

Інфекційні хвороби, незважаючи на успіхи в їх ліквідації, як і раніше, завдають величезних економічних збитків суспільству й не поступаються своїми позиціями.

Збільшення інтенсивності міграційних процесів, у тому числі зростання рівня трудової міграції, туристичних та ділових поїздок сприяє швидкому переміщенню людей, завезенню збудників на території, які не є ендемічними за тією чи іншою інфекційною хворобою.

Яскравим прикладом надзвичайної актуальності проблеми інфекційних хвороб є регулярні спалахи захворювань серед людей, викликані різними видами вірусу Ебола [1, 2].

Вірус Ебола викликає гостре тяжке захворювання, що часто виявляється летальним без лікування. Клінічні ознаки інфекції включають раптову лихоманку, виражену слабкість, біль у м'язах, горлі, головний біль,

потім ідуть блювання, діарея, висипання, порушення функції нирок та печінки, різні прояви геморагічного синдрому.

Вперше хвороба, спричинена вірусом Ебола (ХСВЕ), заявила про себе в 1976 році під час двох одночасних спалахів — у Нзарі (зараз Південний Судан) та Ямбуку (Демократична Республіка Конго, ДРК). Другий спалах стався в селищі поряд із річкою Ебола, від якої хвороба й отримала свою назву.

Спалах у Західній Африці у 2014–2016 роках є найбільшим і найскладнішим спалахом лихоманки Ебола. ХСВЕ поширилася між країнами, розпочавшись у Гвінеї та перекинувшись через сухопутні кордони в Сьєрра-Леоне, Ліберію та Сенегал [1–3].

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) зробила заяву про те, що спалах хвороби, спричиненої вірусом Ебола, у 2014 р. у Західній Африці є «надзвичайною подією» та становить ризик для здоров'я населення в інших країнах (ВООЗ, 2014).

Десята епідемія хвороби, викликаної вірусом Ебола, в Північному Ківу та Ітурі — другий за масштабами зареєстрований спалах Еболи у світі, що забрав життя 2280 осіб [4], — була оголошена завершеною 25 червня 2020 р., майже через два роки з початку поширення інфекції в зоні триваючого збройного конфлікту.

Незважаючи на спільні зусилля ВООЗ, міжнародних організацій, світової спільноти, зупинити поширення хвороби в країнах Західної Африки не вдалося. Восьмого жовтня 2021 р. Міністерство охорони здоров'я ДРК оголосило про виявлення в медико-санітарному районі Бутсілі медико-санітарної зони Бені в провінції Північне Ківу нового лабораторно підтвердженого випадку хвороби, спричиненої вірусом Ебола [5]. Медико-санітарний район Бутсілі розташований поблизу міста Бені, який був одним з епіцентрів спалаху ХСВЕ, що стався в країні у 2018–2020 роках. Місто Бені є центром ділової активності та має зв'язки із суміжними країнами — Угандою та Руандою.

Нинішнє повернення інфекції не є несподіваним, оскільки ХСВЕ є ензоотичною інфекцією у ДРК, у тому числі у цьому регіоні. У зв'язку з цим не можна виключити ризик повторних спалахів унаслідок контактів із тваринами, які є господарями інфекції, або фізіологічними рідинами осіб із перенесеною ХСВЕ. Тому лікарі повинні приділяти особливу увагу збору епідеміологічного анамнезу в осіб, які відвідували ДРК та інші країни Західної Африки, у яких були зареєстровані випадки ХСВЕ, ретельно аналізувати всі нетипові прояви захворювань, що супроводжуються лихоманкою, порушенням функції печінки, нирок, геморагічним синдромом та проводити діагностику ХСВЕ у підозрілих випадках.

Список літератури

1. Никифорович В.В., Шахмарданов М.З. Клинико-эпидемиологическая характеристика лихорадки Эбола на современном этапе. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2016. Т. 21. № 1. С. 51-57.
2. Ананьева М.М., Книш О.В. Вирус Эбола: патогенетические аспекты та принципы лабораторной диагностики, напрямки