

СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ РЕЦЕНЗОВАНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Том 19, № 3, 2023

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



МЕДИЦИНА[®] НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ

Том 19, № 3, 2023

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОРЕКЦІЇ КРОВОВТРАТИ
У ПОСТРАЖДАЛИХ

ЗНАЧЕННЯ КІЬКОСТІ ПОРАНЕНИХ
АНАТОМІЧНИХ ДІЛЯНОК ТІЛА

ПІСЛЯПУНКЦІЙНА ЦЕФАЛГІЯ

МОНІТОРИНГ В ОПЕРАЦІЙНІЙ

ПЕРІОПЕРАЦІЙНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ
У ПАЦІЄНТІВ З НАРКОТИЧНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ


ZASLAVSKY[®]
Publishing house

www.mif-ua.com

МЕДИЦИНА НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ

**ТЕМА НОМЕРА:
НЕВІДКЛАДНА
МЕДИЦИНА
ТА АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНИЙ
МОНІТОРИНГ**

3

<i>Медвідь В.А., Трихліб В.І.</i> (Київ, Україна) Особливості клінічних проявів нової коронавірусної інфекції у хворих під час епідемії COVID-19 до і після початку циркуляції штаму омікрон (стендова доповідь)	90	<i>V.A. Medvid, V.I. Trykhlіb</i> (Kyiv, Ukraine) Features of clinical manifestations of a new coronavirus infection in patients during the COVID-19 epidemic before and after the start of circulation of the Omicron variant (poster presentation)	90
<i>Мусіна Я.О., Трихліб В.І.</i> (Київ, Україна) Випадок вогнепального поранення у військовослужбовця із інфікуванням ран під час війни в Україні (стендова доповідь)	92	<i>Ya.O. Musina, V.I. Trykhlіb</i> (Kyiv, Ukraine) A case of a gunshot wound in a serviceman with wound infection during the war in Ukraine (poster presentation)	92
<i>Нехороших З.М., Процишина Н.М., Самойленко В.О., Маньковська Н.М., Загоруйко М.О., Бондаренко Д.А.</i> (Одеса, Україна) Фактори активізації природних осередків зоонозних особливо небезпечних інфекцій на території півдня України	94	<i>Z.M. Nekhoroshikh, N.M. Protsyshina, V.O. Samoilenko, N.M. Mankovska, M.O. Zahoruiko, D.A. Bondarenko</i> (Odesa, Ukraine) Factors of activation of natural foci of particularly dangerous zoonotic infections in the territory of southern Ukraine	94
<i>Погуляй М.В., Трихліб В.І.</i> (Київ, Україна) Негоспітальна пневмонія в мобілізованого військовослужбовця під час війни в Україні. Випадок із практики (стендова доповідь)	97	<i>M.V. Pohulіai, V.I. Trykhlіb</i> (Kyiv, Ukraine) Community-acquired pneumonia in a mobilized serviceman during the war in Ukraine. A case report (poster presentation).....	97
<i>Разборський Д.І., Трихліб В.І.</i> (Київ, Україна) Випадок коінфекції HIV і хронічного вірусного гепатиту С у військовослужбовця під час війни в Україні (стендова доповідь)	98	<i>D.I. Razborskyi, V.I. Trykhlіb</i> (Kyiv, Ukraine) A case of co-infection of HIV and chronic viral hepatitis C in a serviceman during the war in Ukraine (poster presentation)	98
<i>Редько І.І.</i> (Запоріжжя, Україна) Сучасні аспекти діагностики, лікування, профілактики природженої цитомегаловірусної інфекції та катamnестичного спостереження за дітьми	100	<i>I.I. Redko</i> (Zaporizhzhia, Ukraine) Modern aspects of diagnosis, treatment, prevention of congenital cytomegalovirus infection and follow-up of children	100
<i>Смакула С.М., Трихліб В.І.</i> (Київ, Україна) Особливості перебігу коронавірусної інфекції у щеплених від COVID-19 за період 2021–2022 рр. (стендова доповідь)	101	<i>S.M. Smakula, V.I. Trykhlіb</i> (Kyiv, Ukraine) Features of the course of coronavirus infection in those vaccinated against COVID-19 in 2021–2022 (poster presentation)	101

грудино-ключично-соскоподібного м'яза локовані лімфатичні вузли, справа не змінені, максимальний зліва — $22,6 \times 7,5$ мм; у підщелепній ділянці не змінені. У правій аксиллярній ділянці максимальний — до $25,6 \times 5,6$ мм, з кірковим шаром — 4,6 мм, у лівій — $10,7 \times 21$ мм, з кірковим шаром — 2,05 мм; у правій паховій ділянці максимальний — $6,5 \times 16,2$ мм, зліва — $20,4 \times 10,6$ мм.

Встановлений діагноз: хронічна ретровірусна інфекція В20.1. Клінічна стадія ІІІ: тяжкі бактеріальні інфекції (гострий підшкірний парапроктит 13.05.2022). Рецидивуючий орофарингеальний кандидоз. Персистуюча генералізована лімфаденопатія. Цироз печінки, асоційований з вірусом гепатиту С, клас А за ступенем тяжкості за Чайльдом — Р'ю, стадія медикаментозної компенсації та судинної субкомпенсації. Гіпертонічна хвороба першої стадії. Ішемічна хвороба серця. Дифузний кардіосклероз. СН 0 ст. Парасептальна, центрилобулярна емфізема верхніх часток обох легень, пневмофіброз нижньої частки правої легені без порушення функції зовнішнього дихання. Аденома (14×16 мм) S7 печінки без клінічних проявів. Хронічний панкреатит, стадія ремісії.

Пацієнт під час обстеження отримував лікування: діету № 5, гептрал 500 мг по 1 табл. 2 р/д, укрлів 250 мг по 2 к. 2 р/д, інфузійно-дезінтоксикаційну терапію.

Висновки. Лікарям під час війни при обстеженні мобілізованих військовослужбовців слід пам'ятати про можливість існування в них не тільки гострих інфекційних захворювань, притаманних сезону року або пов'язаних з умовами перебування в зоні бойових дій, особливостями харчування, водопостачання, але також хронічних інфекцій на різних стадіях розвитку, супутньої хронічної неінфекційної патології, коінфекції, опортуністичних інфекцій, які можуть впливати як на клінічні прояви, діагностику, так і на наслідки лікування.

Редько І.І.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Сучасні аспекти діагностики, лікування, профілактики природженої цитомегаловірусної інфекції та катamnестичного спостереження за дітьми

Вступ. Природжена цитомегаловірусна інфекція (ПЦМВІ) вважається провідною негенетичною причиною нейросенсорної втрати слуху і однією з основних причин інвалідності в дітей. У всьому світі поширеність народження дітей із ПЦМВІ становить 7 випадків на 1000 народжених живими. Один з п'яти дітей з ПЦМВІ матиме довгострокові проблеми зі здоров'ям.

Мета дослідження: оцінити сучасні клініко-лабораторні критерії діагностики ПЦМВІ у новонароджених (НН), аспекти лікування і профілактики та результати катamnестичного спостереження.

Матеріали та методи. Обстежено 834 НН з підозрою на внутрішньоутробну інфекцію. Верифікація діагнозу ПЦМВІ проводилась методом полімеразної ланцюгової

реакції (ПЛР) у перші 3 тижні життя після народження. Матеріалом для обстеження служили кров або сеча НН. Під катamnестичним спостереженням перебували 29 НН з підтвердженою ПЦМВІ.

Результати. Діагноз ПЦМВІ, підтверджений у 29 (3,5 %) НН, був верифікований на підставі даних анамнезу (виявлення в матерів під час даної вагітності первинної цитомегаловірусної інфекції), виявлення типових клінічних проявів у НН: затримка внутрішньоутробного розвитку — у 8 (27,6 %), пролонгована гіпербілірубінемія — у 29 (100 %), гепатоспленомегалія — у 22 (75,8 %), підвищення печінкових трансаміназ — у 12 (41,4 %), тромбоцитопенія — у 8 (27,6 %), гідроцефалія — у 5 (17,2 %). Діагноз підтверджено за допомогою виявлення цитомегаловірусу в сечі та крові НН методом ПЛР. При позитивному результаті ПЛР-обстеження необхідні додаткові дослідження, що було проведено: загальний аналіз крові, печінкові трансамінази, білірубін і його фракції; нейросонографія (НСГ); офтальмологічне й аудіометричне обстеження. За даними НСГ виявлено внутрішньокраніальну вентрикуломегалію — у 3 (10,3 %), перивентрикулярні кальцифікати — у 2 (6,9 %). Сучасне лікування ПЦМВІ залежить від клінічних симптомів і ступеня тяжкості інфекції. Не потребує лікування легка ПЦМВІ: асимптомна або симптоматична — без ураження центральної нервової системи (ЦНС), сенсоневральної втрати слуху; ізольована затримка внутрішньоутробного розвитку, гепатомегалія без змін печінкових трансаміназ, ізольоване підвищення печінкових трансаміназ, легка тромбоцитопенія. Легка форма ПЦМВІ підтверджена у 21 НН (72,5 %): у вигляді асимптомної форми — у 7 і симптоматичної — у 14 НН у вигляді пролонгованої кон'югаційної жовтяниці. Симптоматична ПЦМВІ середнього ступеня тяжкості може перебігати з локальним захворюванням органа: гепатит, коліт, пневмонія або зміни в крові: анемія, тромбоцитопенія. ПЦМВІ середнього ступеня тяжкості потребує консультації інфекціоніста, якщо є понад 2 критерії легкої форми або перебіг легкої ПЦМВІ понад 2 тижні. У нашому дослідженні спостерігали ПЦМВІ середнього ступеня тяжкості в 5 НН (17,2 %) у вигляді гепатиту, анемії, тромбоцитопенії без органічних уражень ЦНС. Тяжка ПЦМВІ включає значне ураження органів, значне підвищення ферментів печінки, виражену гепатомегалію, будь-які хвороби ЦНС, ретиніт, ізольовану сенсоневральну втрату слуху, мікроцефалію та зміни на НСГ або МРТ голови. У нашому дослідженні тяжку форму ПЦМВІ спостерігали в 3 НН (10,3 %) у вигляді генералізованої форми: гепатит, пневмонія, ретиніт, гідроцефалія, судоми. Специфічна противірусна терапія (ганцикловір) призначається при середній і тяжкій формах ПЦМВІ, які перебігають з ураженням органів, включно з ЦНС. Лікування розпочинається протягом перших 28 днів життя ганцикловіром 6 мг/кг маси тіла внутрішньовенно 6 тижнів чи валганцикловіром 16 мг/кг маси тіла перорально 6 тижнів. Сучасна профілактика передачі цитомегаловірусу (ЦМВ) вагітним або жінкам, які планують вагітність, є неспецифічною і включає: уникнення контакту ЦМВ-серонегативних жінок із значною кількістю дітей в закритих дитячих колективах;

дотримання правил особистої гігієни, миття рук після контакту з біологічними рідинами; застосування препаратів крові з матеріалу від ЦМВ-серонегативного донора; не використовувати донорське грудне молоко від серопозитивної щодо ЦМВ жінки для годування серонегативного новонародженого. Враховуючи захисні й антиінфекційні властивості грудного молока, необхідно віддавати перевагу грудному вигодовуванню. Інфікованим жінкам можна годувати груддю власних неінфікованих доношених дітей (ЦМВ може передаватися через грудне молоко, але переваги грудного вигодовування перевищують ризики, пов'язані з грудним молоком як джерелом передачі). Не рекомендується грудне вигодовування недоношеної дитини, якщо мати позитивна, а в дитини немає симптомів. Усі діти з ПЦМВІ перебували під катамнестичним спостереженням протягом 6 років. Пізні наслідки інфекції мали 8 дітей (27,6 %) у вигляді уражень ЦНС (гідроцефалія, хоріоретиніт, затримка психомоторного й мовленнєвого розвитку).

Висновки. Своєчасне встановлення діагнозу і призначення специфічного антивірусного лікування протягом 6 міс. покращує довгостроковий прогноз порушення функції слуху і сприяє досягненню кращих показників нервово-психічного розвитку хворих дітей віком 24 міс. Доведено, що катамнестичне спостереження протягом раннього дитинства дозволяє своєчасно виявити пізні наслідки ПЦМВІ. Дитина з ПЦМВІ незалежно від форми (асимптомна або симптоматична) має перебувати під спостереженням педіатра, дитячого невролога, дитячого сурдолога й дитячого офтальмолога до 6-річного віку.

Смакула С.М., Трихліб В.І.

Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

Особливості перебігу коронавірусної інфекції у щеплених від COVID-19 за період 2021–2022 рр. (стендова доповідь)

Вступ. Відомо, що інфекційні хвороби небезпечні своїми ускладненнями, що можуть мати тяжкі наслідки, призводити до інвалідності, а деякі — навіть до летального кінця. Інфекційні хвороби, від яких (або від тяжких ускладнень яких) можна захиститися за допомогою імунізації, передаються від інфікованої особи до здорової, як правило, повітряно-краплинним шляхом.

Імунізація (за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я) — це процес, завдяки якому людина набуває імунітету або стає несприйнятливою до інфекційної хвороби і який зазвичай здійснюється шляхом введення вакцини.

Вакцини стимулюють власну імунну систему організму до захисту людини від відповідної інфекції або хвороби. Вакцинація має на меті захистити організм від інфекції, запобігти її тяжкому перебігу та появі ускладнень від неї.

Зараз вакцинація залишається найефективнішим засобом боротьби з COVID-19 і є найважливішим спо-

собом виходу з пандемії. Останні статистичні дані показують, що повністю щеплені люди старше від 65 років потрапляють до лікарні приблизно в 13 разів рідше, ніж нещеплені. А частка летальних випадків серед вакцинованих у цій віковій групі приблизно в 15 разів менша, ніж у тих, хто з тієї чи іншої причини не вакцинувався.

Повна вакцинація від коронавірусу не лише зменшує ризик захворіти, але також знижує імовірність того, що хвороба буде перебігати з наявністю ускладнень.

Дані щодо ефективності вакцинації за допомогою CoviShield показали зниження госпіталізації на 80–88 %. При дослідженні ефективності первинної вакцинації спостерігали зниження смертності до 100 %. Повна вакцинація була пов'язана з нижчою смертністю, ніж у невакцинованих або частково вакцинованих.

У літніх людей, які отримали першу дозу вакцини, але не отримали другу, захворювання нирок, серця і легень були пов'язані з поствакцинальним зараженням. Значно знижені шанси щодо поствакцинальної інфекції були виявлені в молодих людей зі слабкістю після першої та другої дози вакцини, у молодих людей із захворюваннями серця після другої дози вакцини та в молодих людей із цукровим діабетом після першої дози вакцини. Порівняно з невакцинованими особами після першої або другої дози вакцини було менше шансів мати понад п'ять симптомів протягом першого тижня хвороби або звернення до лікарні, і частіше вони були повністю безсимптомними, особливо якщо їм було 60 років і старше. COVID-19 був менш тяжким (як щодо кількості симптомів на першому тижні інфікування, так і щодо потреби в госпіталізації) в учасників після першої чи другої дози вакцини порівняно з нещепленими учасниками.

Мета роботи: встановити особливості клініко-лабораторних проявів перебігу коронавірусної інфекції в щеплених від COVID-19 за період 2021–2022 років.

Матеріали та методи. Проведений аналіз даних 151 медичної картки стаціонарного хворого пацієнтів, які лікувались з приводу коронавірусної хвороби COVID-19 у інфекційному відділенні й у відділенні реанімації і інтенсивної терапії Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь», отриманих методом випадкової вибірки. Діагноз коронавірусної хвороби (COVID-19) був підтверджений за допомогою полімеразної ланцюгової реакції в режимі реального часу на наявність РНК вірусу SARS-CoV-2.

Статистична обробка матеріалів дослідження проводилася за допомогою персонального комп'ютера з використанням програми Statistica та Microsoft Excel.

Результати. Найчастіше у військовослужбовців ЗСУ використовували вакцину CoronaVac як для першої, так і для другої вакцинації (67 і 80 %). Загалом для військовослужбовців строкової служби найчастіше використовували вакцину CoronaVac (91,0 %), для офіцерів ЗСУ — з однаковою частотою CoronaVac і Pfizer (по 25 %), для пенсіонерів МОУ — Moderna (10,1 %). Серед 151 досліджуваного пацієнта одну дозу вакцини отримала 91 (60,3 %) особа, дві дози вакцини отримали 75 (49,7 %) осіб, невакцинованих було 60 (39,7 %)