

СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ РЕЦЕНЗОВАНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

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



МЕДИЦИНА[®] НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ

Том 18, № 4, 2022

ІНСТРУМЕНТИ СКРИНІНГУ,
РОЗРОБЛЕНІ ДЛЯ РАНЬОГО ВІЯВЛЕННЯ
СЕПСИСУ І СЕПТИЧНОГО ШОКУ

ПАНЕЛЬ
SURVIVING SEPSIS CAMPAIGN COVID-19

РАННЯ ВИПЕРЕДЖАЛЬНА ДІАГНОСТИКА
І АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ СЕПСИСУ З ПОЗИЦІЙ
КОРОЛІВСЬКОГО КОЛЕДЖУ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ
ВЕЛИКОЇ БРИТАНІЇ І РУХУ ЗА ВИЖИВАННЯ
ПРИ СЕПСИСІ (2021)

НУТРИТИВНА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ НА ШВЛ
ІЗ ПРИВОДУ ГОСТРОГО ПОШКОДЖЕННЯ
ГОЛОВНОГО МОЗКУ

СТРАТЕГІЯ ЗНИЖЕННЯ ГІПЕРКАПНІЇ ПРИ ТРАНС-
АБДОМІНАЛЬНИХ І ЕКСТРААБДОМІНАЛЬНИХ
ЕНДОВІДЕОХІРУРГІЧНИХ ГЕРНІОПЛАСТИКАХ


ZASLAVSKY[®]
Publishing house
www.mif-ua.com

**ТЕМА НОМЕРА:
ВИБРАНІ ПИТАННЯ
МЕНЕДЖМЕНТУ СЕПСИСУ
ТА ІНШИХ НЕВІДКЛАДНИХ
СТАНІВ**

4

<i>Мороз Л.В., Попович О.О., Чічирельо-Константинович К.Д., Бондарук І.Ю. (Вінниця, Україна)</i>	<i>L.V. Moroz, O.O. Popovych, K.D. Chichirelio-Konstantynovych, I.Yu. Bondaruk (Vinnytsia, Ukraine)</i>
Досвід практичного застосування фавіпіравіру в лікуванні COVID-19 82	Experience of practical use of favipiravir in the treatment of COVID-19 82
<i>Ніколайчук М.А., Шостакович-Корецька Л.Р., Будаєва І.В., Ткаченко В.Д. (Дніпро, Україна)</i>	<i>M.A. Nikolaichuk, L.R. Shostakovych-Koretska, I.V. Budaieva, V.D. Tkachenko (Dnipro, Ukraine)</i>
Взаємозв'язок рівня вітаміну D із біохімічними показниками у хворих на хронічний вірусний гепатит С 82	The relationship between the level of vitamin D and biochemical parameters in patients with chronic viral hepatitis C 82
<i>Надрага О.Б., Хомин О.Я., Дашо М.Б. (Львів, Україна)</i>	<i>O.B. Nadraha, O.Ya. Khomyn, M.B. Dasho (Lviv, Ukraine)</i>
Лактатдегідрогеназа і прокальцитонін у диференціальній діагностиці гострих менінгітів 83	Lactate dehydrogenase and procalcitonin in the differential diagnosis of acute meningitis 83
<i>Пришляк О.Я., Процик А.Л., Кондрин О.Є., Бойчук О.П. (Івано-Франківськ, Україна)</i>	<i>O.Ya. Pryshliak, A.L. Protsyk, O.Ye. Kondryn, O.P. Boichuk (Ivano-Frankivsk, Ukraine)</i>
Клінічний випадок ехінококозу: особливості діагностики та лікування 84	A clinical case of echinococcosis: the features of diagnosis and treatment 84
<i>Рябоконець О.В., Черкаський В.В., Кулеш І.О., Рябоконець Ю.Ю. (Запоріжжя, Україна)</i>	<i>O.V. Riabokon, V.V. Cherkaskyi, I.O. Kuliesh, Yu.Yu. Riabokon (Zaporizhzhia, Ukraine)</i>
Динаміка показників гемокоагуляції та частота розвитку фатальних тромботичних ускладнень при критичному перебігу коронавірусної хвороби COVID-19 85	Dynamics of hemocoagulation and the incidence of fatal thrombotic complications in the critical course of the COVID-19 coronavirus disease 85
<i>Совирда О.С., Майстренко О.Н. (Одеса, Україна)</i>	<i>O.S. Sovirda, O.N. Maistrenko (Odesa, Ukraine)</i>
Хвороба, викликана вірусом Ебола 86	A disease caused by the Ebola virus 86
<i>Тюпа В.В., Герасименко О.А. (Одеса, Україна)</i>	<i>V.V. Tiupa, O.A. Herasymenko (Odesa, Ukraine)</i>
Нові аспекти патогенезу тяжкої гарячки денге 87	New aspects of the pathogenesis of severe dengue fever 87
<i>Усачова О.В., Сіліна Є.А., Пахольчук Т.М., Конакова О.В., Дралова О.А., Воробйова Н.В., Шевченко Р.Л. (Запоріжжя, Україна)</i>	<i>O.V. Usachova, Ye.A. Silina, T.M. Pakholchuk, O.V. Konakova, O.A. Dralova, N.V. Vorobiova, R.L. Shevchenko (Zaporizhzhia, Ukraine)</i>
Мультисистемний запальний синдром, асоційований із SARS-CoV-2, у дитини 88	Multisystem inflammatory syndrome associated with SARS-COV-2 in an adolescent 88
<i>Усиченко О.М., Усиченко К.М., Гудзь В.А., Лаврюкова С.Я., Пастерначенко Н.С., Мацюк В.Є. (Одеса, Україна)</i>	<i>O.M. Usychenko, K.M. Usychenko, V.A. Hudz, S.Ya. Lavriukova, N.S. Pasternachenko, V.Ye. Matsiuk (Odesa, Ukraine)</i>
Випадок гарячки Західного Нілу в мешканця Одеської області 88	A case of West Nile fever in a resident of Odesa region 88

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. Аняньева М.М., Книш О.В. Вірус Ебола: патогенетичні аспекти та принципи лабораторної діагностики, напрямки