

**Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
Департамент охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації**

МАТЕРІАЛИ
**VII Всеукраїнської науково-практичної
конференції з міжнародною участю
«Полтавські дні громадського
здоров'я»
26 травня 2023 року**



**ПОЛТАВА
2023**

УДК 614-027.555(075)

**Редакційна колегія: Ждан В. М., Лисак В. П., Голованова І. А.,
Ляхова Н.О., Бєлікова І. В., Краснова О. І.**

«Полтавські дні громадського здоров'я»: VII Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. (2023; Полтава).

Матеріали VII Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я», 26 травня 2023 року. [Текст] / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін.]. – Полтава, 2023. – 133 с.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я» містять в собі наукові праці з питань організаційних, правових, клінічних аспектів діяльності системи громадського здоров'я та системи охорони здоров'я в Україні в мирний час та під час військового стану, роботі фахівців різних спеціальностей, питанням покращення організації системи громадського здоров'я та галузі охорони здоров'я та оптимізації роботи лікувальних закладів у період реформування

УДК 614-027.555(075)

©Полтавський державний медичний університет, 2023

перебувало в окупованих районах та евакуйоване у безпечні регіони країни, викликало погіршення психічного здоров'я населення – депресивні стани, формування нездорових звичок, які ускладнюють життєвий простір громадян.

Глобальна міграційна та гуманітарна кризи вимагають підвищення пріоритету інтеграційних процесів системи громадського здоров'я в Європейську мережу, лідерства в міжвідомчій координації з реалізації програм захисту й зміцнення здоров'я населення, підтримки трансформаційних процесів системи громадського здоров'я на регіональному рівні, що зміцнить субнаціональне управління системою здоров'я у місцевих громадах.

Забезпечення сучасної системи громадського здоров'я компетентними кадрами, підвищення кваліфікації лікарів усіх спеціальностей з провідних питань громадського здоров'я зміцнить міжсекторальні зв'язки та міжгалузеве врядування у політиці охорони здоров'я в Україні.

ПРИНЦИПИ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ

Черній В.І.

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ, Україна

Інтраабдомінальні інфекції (ІАІ) є поширеними невідкладними хірургічними станами, і вони є основною причиною нетравматичної смерті у відділеннях невідкладної хірургії в усьому світі. Перитоніт є ускладненням ІАІ, його необхідно розглядати як абдомінальний сепсис, особливу форму відповіді очеревини на клінічно значущий ендо- чи екзогенний мікробний етіофактор. Перитоніт, незалежно від етіології, є явищем системним, а патофізіологічні механізми розвитку сепсису значною мірою є результатом відповіді вродженого імунітету пацієнта.

Основу патогенезу розповсюдженого перитоніту у стадії абдомінального сепсису (АС) становить порушення бар'єрної функції епітелію слизової тонкої кишки, прорив інфекційно-токсичних факторів у кровоносну систему з розвитком септичного шоку та мультиорганичних дисфункцій. Головним джерелом ендотоксикозу є бактеріальна транслокація з кишечника в черевну порожнину та портальний кровотік. Інфекції або хірургічні травми очеревини викликають імунну відповідь з початковим переважанням моноцитів, які продукують прозапальні цитокіни та інтерферон. Вивільняються протизапальні цитокіни, включаючи ІЛ-4, ІЛ-10, щоб контролювати рівень запалення та захищати господаря від загострення запальної реакції. Суттєвий вплив на перебіг та прогноз перитоніту має етіологія та походження флори – внутрішня чи позалікарняна. Позалікарняна флора має добре вивчений склад, поширеність, патогенний потенціал та спектр антибіотикочутливості, тоді як нозокоміальна є непорівняно вірулентнішою, малопрогнозованою, слабоконтрольованою та менш чисельною.

Натомість у Sepsis-3 наголошується, що при сепсисі реакція господаря не здорова, а порушена регуляція, що призводить до дисфункції органів достатнього ступеня тяжкості, щоб бути небезпечною для життя. Конкретний сепсис визначається як «загрозлива для життя органна дисфункція, спричинена порушенням регуляції реакції господаря на інфекцію». Дисфункція органів вимірюється за оцінкою послідовної органної недостатності (SOFA). Таким чином, «абдомінальний сепсис» в даний час визначається як підвищення оцінки за шкалою SOFA на ≥ 2 бали через внутрішньочеревну інфекцію. Якщо пацієнту потрібне застосування вазопресорів для підтримання середнього артеріального тиску (САТ) ≥ 65 мм рт. ст. (незважаючи на адекватне заповнення об'єму рідини) та рівень лактату у сироватці ≥ 2 ммоль/л, клінічна ситуація визначається як септичний шок.

Розповсюджений перитоніт, ураження більше п'яти анатомічних областей або два поверхи черевної порожнини, залишається одним із

найбільш загрозливих ускладнень в невідкладній хірургії і за своєю важкістю займає провідне місце серед гострої хірургічної патології. Характер ексудату: серозний, фібринозний, гнійний, геморагічний (та їх поєднання).

Із способів ранньої діагностики абдомінального сепсису поряд із традиційними загальноклінічними аналізами на сьогодні визнано прокальцитонін (ПКТ), моніторинг рівня С-реактивного білка (СРБ) та триггер-рецептора ТРЕМ-1. Мікробіологічна діагностика перитоніту як основної форми АС є обов'язковою, її інформативність залежить від часу забору зразка гемокультури відносно початку АБТ, антисептичних впливів, кількості ексудату з черевної порожнини.

Для швидкого огляду потенційних патологічних станів очеревини є ультразвук, якій допомагає діагностувати внутрішньочеревні абсцеси, гематоми та ін. Дозволяє проводити дренування підозрілих скупчень рідини під ультразвуковим контролем.

Запорука ефективного лікування ІАІ є раннє розпізнавання, адекватний контроль джерела, відповідна антимікробна терапія та швидка фізіологічна стабілізація за допомогою внутрішньовенної інфузійної терапії та вазопресорів, переоцінка антибактеріальної терапії, повторне втручання у пацієнтів у критичному стані. Сучасна антибіотикотерапія також не вирішує цю проблему радикально, що пов'язано зі стійкістю мікрофлори, а також з глибокими порушеннями обмінних процесів, зрушенням імунного статусу макроорганізму.

Контроль джерела при інтраабдомінальному сепсисі ґрунтується на чотирьох важливих елементах: санації, видаленні інфікованих пристроїв, дренуванні гнійних порожнин та декомпресії черевної порожнини, передбачає усунення джерела інфекції, контроль зараження, що продовжується, та відновлення преморбідної анатомії та функції.

Використання серединної лапаротомії для оперативного втручання є загальноприйнятим, але існують міні-інвазійні підходи до діагностики та лікування АС, а саме лапароскопія в поєднанні з ультрасонографією та

інтервальним перитонеальним лаважем. Чимало досліджень присвячено оцінці ефективності інтубації кишок як способу декомпресії травного тракту в рамках попередження абдомінального „компартмент”- синдрому або в комбінації із зондовим харчуванням чи введенням сорбентів, антисептиків та рідин з метою стимуляції кишкової перистальтики.

Критерії адекватності інфузійної терапії при сепсисі та септичному шоці це відповідь на інфузійне навантаження. Що до Hemodynamic management, то вазопресор першої лінії при сепсисі – норепінефрін.

У [Surviving Sepsis Campaign Guidelines 2021](#)р. рекомендується негайне введення антибіотиків пацієнтам із можливим септичним шоком або високою ймовірністю сепсису протягом 1 години з моменту першого виявлення сепсису. У пацієнтів з можливим сепсисом без шоку керівництва пропонують обмежений за часом курс швидкого обстеження та призначення антибіотиків протягом 3 годин після виявлення [[Surviving Sepsis Campaign Guidelines 2021](#)].

Існує міжнародний міждисциплінарний консенсус лікування поверхневої та глибокої інфекції в галузі хірургічного втручання (surgical site infection, SSIs). За чотирма пунктами, що стосуються оцінки стану рани через 3 дні після початку антибіотикотерапії, було досягнуто консенсусу: повторна оцінка через 3 дні після початку антибіотикотерапії; зміна антибіотикотерапії за відсутності поліпшення; оцінка відповіді лікування на підставі життєво важливих параметрів пацієнта; оцінка на підставі зменшення розмірів ураження шкіри. Що до антибіотикотерапії для пацієнтів з SSIs, то немає консенсусу, чи слід призначати емпіричну антибіотикотерапію протягом 14 днів незалежно від необхідності дренивання.

Емпірична антибактеріальна терапія ускладнених інтраабдомінальних інфекцій (UIAI) може мати декілька варіантів. Все залежить від виду UIAI (позалікарняна/лікарняна), стану пацієнта, ймовірного збудника, попереднього лікування, наявності алергій тощо. Проте світові стандарти все більше схиляються до піперациліну/тазобактаму емпірично та з 2017 року ВООЗ затвердила молекулу піперациліну/тазобактаму як препарат першої

лінії у лікуванні УІАІ (перитоніт та перитонеальний абсцес) та нейтропенії. В Україні згідно національного переліку лікарських засобів – піперацилін/тазобактам також внесений як препарат першої лінії у лікуванні УІАІ. У 2022 р. на ринку України з'явився перший вітчизняний піперацилін/тазобактам (ПТЗ) під назвою «Рефлекс». Показання для застосування це інфекції спричинені чутливими до препарату штамми мікроорганізмів.

Висновок. абдомінальний сепсис асоціюється із високою захворюваністю та смертністю. Ефективне лікування ІАІ - раннє розпізнавання та усунення джерела, промивання черевної порожнини, виведення ексудату і міждисциплінарне лікування антибіотиками в умовах інтенсивної терапії.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ДІЇ ПРЕПАРАТУ «ФІТОЛІТ» ПРИ КАЛЬКУЛЬОЗНОМУ СІАЛОАДЕНІТІ.

Швець А. І., Константінова А. С., Макаренко В. І.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Калькульозні сіалоаденіти займають провідне місце серед усіх захворювань слинних залоз. За А. В. Клементовим вони поділяються на три групи: слинокам'яна хвороба з локалізацією каменя у протоці залози (піднижньощелепної, привушної, під'язикової); слинокам'яна хвороба з локалізацією каменя безпосередньо в залозі; хронічне запалення залози внаслідок слинокам'яної хвороби. Калькульозний сіалоаденіт на даний час вважається поліетіологічним і мультифакторним захворюванням, тому його прогнозування і профілактика ускладнюються. Важливу роль відіграють вроджені аномалії будови слинної залози, які призводять до утруднення відтоку слини і вимивання твердих органічних і мінеральних конкрементів, у складі яких переважають амінокислоти. Серед факторів ризику вчені також виділяють дисбаланс в циркуляції сполук кальцію і фосфору в організмі. При цьому порушується мінеральний обмін та виникає осідання білкових