



№ 2 (51)
 2020 р.
 15 000 примірників
 Передплатний індекс 37631

Пульмонологія

Алергологія

Риноларингологія



Доктор медичних наук,
 професор
Ігор Карпов

Міжнародний on-line
 конгрес «Pandemic STOP»:
 Клінічні особливості
 COVID-19

Читайте на сторінці **33**



Доктор медичних наук,
 професор
Олена Охотнікова

Єдиний хронічний
 алергічний респіраторний
 синдром у дітей – справжня
 коморбідність патогенезу
 і патогенетичної терапії

Читайте на сторінці **22**



Доктор медичних наук
Інна Гогунська

Алергія під контролем:
 сучасні антигістамінні
 препарати в лікуванні
 алергічного риніту

Читайте на сторінці **20**



Кандидат медичних наук
Едуард Ходош

Доброякісні пухлини
 легень і бронхів:
 клінічні, морфологічні,
 ендоскопічні та променеві
 аспекти діагностики

Читайте на сторінці **5**



GLOBAL
 INITIATIVE
 FOR ASTHMA

Global Initiative
 for Asthma – GINA

Бронхіальна астма,
 що важко лікується,
 тяжка астма у підлітків
 та дорослих
 Кишенькове керівництво
 з лікування і профілактики

Читайте на сторінці **38**

Алерзин

левоцетиризин

ПОПЕРЕДЖАЄ РОЗВИТОК ТА ПОЛЕГШУЄ ПЕРЕБІГ АЛЕРГІЇ*

Алерзин
 Левоцетиризин
 Краплі оральні, розчин
 5 мг/мл
 по 20 мл

Алерзин
 5 мг
 Левоцетиризин

Алерзин
 5 мг
 Левоцетиризин

EGIS

*Інструкція для медичного застосування препарату Алерзин. Р.П. № UA/9862/01/01, № UA/9862/02/01. Умови відпуску: без рецепта. Діюча речовина: левоцетиридину дигідрохлорид. Фармакотерапевтична група. Антигістамінні засоби для системного застосування. Код АТХ R06A E09. Показання. Симптоматичне лікування алергічного риніту (у тому числі цілолітнього алергічного риніту) та кропив'янки. Протипоказання. Підвищена чутливість до левоцетиридину або до будь-якої іншої складової даної лікарської форми, або до будь-яких похідних піперазину. Тяжка форма хронічної ниркової недостатності (кліренс креатиніну) < 10 мл/хв). Побічні реакції. Сонливість, стомлюваність, головний біль, сухість у роті та інші. Прийом препарату слід припинити у разі появи будь-якого із побічних ефектів і коли причина його розвитку не може бути встановлена однозначно. Виробник. ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів, а також для розповсюдження на конференціях, семінарах, симпозиумах з медичної тематики. Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування. Контакти представника виробника в Україні: 04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т. Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38

COVID-19: відповіді на найактуальніші питання та лікарська практика в умовах пандемії

Автори: професор Юрій Леонідович Кучин; професор Ігор Олександрович Карпов; кандидат медичних наук Марія Габріелівна Долинська; кандидат медичних наук Андрій Александрін; Марія Долинська; Анна Мочан; Катерина Сояк; професор Валерій Аркадійович Потабашній

24-26 квітня відбувся унікальний освітній захід – міжнародний on-line конгрес «Pandemic STOP». Провідні українські та іноземні спеціалісти ознайомили слухачів із найновітнішою інформацією щодо сучасних принципів менеджменту COVID-19, інфекційного контролю і вакцинації, а також освітили практичні, юридичні та психологічні аспекти лікарської діяльності під час пандемії.

COVID-19: Віповіді на найактуальніші питання та лікарська практика в умовах пандемії

24-26 квітня відбувся унікальний освітній захід – міжнародний on-line конгрес «Pandemic STOP». Провідні українські та іноземні спеціалісти ознайомили слухачів із найновітнішою інформацією щодо сучасних принципів менеджменту COVID-19, інфекційного контролю і вакцинації, а також освітили практичні, юридичні та психологічні аспекти лікарської діяльності під час пандемії.



Виконуючий обов'язки ректора Національного медичного університету (НМУ) ім. О.О. Богомольця (м. Київ), професор кафедри хірургії, анестезіології та інтенсивної терапії Інституту післядипломної освіти НМУ ім. О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор Юрій Леонідович Кучин виступив із доповіддю «Критичні питання критичних ситуацій у критичних хворих

на COVID-19».

Зокрема, Ю.Л. Кучин розповів про особливості проведення розширених реанімаційних заходів у пацієнтів із підозрюваною/підтвердженою інфекцією COVID-19.

Алгоритм діагностики клінічної смерті та почата серцево-легенева реанімація (СЛР) у пацієнтів із підозрюваною/підтвердженою інфекцією COVID-19 дещо відрізняються від стандартного алгоритму СЛР. Які ж основні відмінності в проведенні СЛР пацієнтам із підозрюваною/підтвердженою інфекцією COVID-19?

1. Після підтвердження зупинки кровообігу відсутність дихання діагностується візуально.

2. Викликаючи допомогу медичного персоналу, слід чітко повідомити про наявність у хворого підозри на COVID-19.

3. Якщо пацієнту проводилася киснева терапія, під час СЛР маску треба залишити на обличчі пацієнта.

4. Пріоритет надається оцінці ритму та дефібриляції перед компресіями грудної клітки (ГК). За можливості необхідно використовувати поліфункціональні електроди.

5. Перед проведенням дефібриляції необхідно закрити кисень, після закінчення процедури – відкрити.

6. Оскільки СЛР належить до аерозоль-генеруючих процедур, компресії ГК має проводити медичний персонал, одягнений у засоби індивідуального захисту (ЗІЗ) III рівня.

7. Під час забезпечення прохідності дихальних шляхів компресію ГК не проводять. Після фіксації інтубаційної трубки продовжують компресію ГК та вентиляцію в асинхронному режимі.

8. При проведенні СЛР слід розглянути та коригувати можливі зворотні причини клінічної смерті («4Г»: гіпоксія, гіповолемія, електролітні порушення, гіпотермія, при цьому гіпоксія – найвірогідніша зворотна причина клінічної смерті в пацієнтів із COVID-19).

9. Після відновлення спонтанного кровообігу проводиться оцінка стану пацієнта та підготовка до транспортування; важливо зв'язатися з працівниками відділення інтенсивної терапії (ВІТ) та попередити про надходження пацієнта з підозрюваною/підтвердженою інфекцією COVID-19.

Професор наголосив, що проведення СЛР у таких пацієнтів більш складне, ніж у звичайній ситуації, проте дотримання вищезазначених правил є критично важливим. Успішна СЛР можлива лише за умови чіткого «ланцюга» реанімаційних заходів, який умовно складається з таких ланків:

- **медичний персонал** – при наданні реанімаційних заходів пацієнту з COVID-19 критично важливою є кількість медичних працівників, для забезпечення кваліфікованих реанімаційних заходів вона має становити принаймні 4 особи; разом із тим у реальності дотримання такої умови не завжди можливе;

- **інфекційний контроль** – ігнорування правил інфекційного контролю може мати катастрофічні наслідки. Система інфекційного контролю включає:

- зону сортування та оптимальний маршрут пацієнта;
- розташування пацієнтів у лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ);

- систему знезараження;

- окремі бригади медичного персоналу;

- мінімізацію переміщень пацієнта в ЛПЗ та продумані маршрути;

- контроль контактів із пацієнтом;

- ізоляцію робочого місця;

- гігієну, клінінг та дезінфекцію.

- **обладнання та медикаменти** – у період пандемії COVID-19 найважливішим є забезпечення відділень достатньою кількістю точок подачі кисню та його оптимального розведення;

- **система управління та постачання** – у реальних умовах є дуже хиткою. Обмежена кількість медичного персоналу, медичних техніків і препаратів ставить під загрозу систему надання медичної допомоги. Адміністрація ЛПЗ має розробити «альтернативні» алгоритми на випадок самоізоляції медичного персоналу.

На закінчення доповідач наголосив: міцність ланцюга визначається міцністю найвразливішої ланки. Якщо хоча б одна з них ослабне, пацієнти, які потенційно могли би бути врятовані, можуть не мати шансів на виживання. Саме тому в умовах пандемії COVID-19 продумані алгоритми надання допомоги, дотримання правил інфекційного контролю та чіткі управлінські рішення адміністрації ЛПЗ мають виключно важливе значення.



Клінічні особливості COVID-19 стали темою виступу завідувача кафедри інфекційних захворювань ДВНЗ «Білоруський державний медичний університет» (м. Мінськ, Республіка Білорусь), члена Міжрегіональної асоціації з клінічної мікробіології та антимікробної хіміотерапії, Європейського товариства з клінічної мікробіології та інфекційних захворювань (ESCMID), док-

тора медичних наук, професора Ігора Олександровича Карпова.

Людство, зазначив на початку доповіді професор І.О. Карпов, не вперше стикається з коронавірусною інфекцією – коронавіруси проникли в людську популяцію ще приблизно 300 років тому. Загалом 7 представників коронавірусів можуть призводити до захворювання в людей: HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-NKUI, SARS-CoV («severe acute respiratory syndrome coronavirus» – спричинює тяжкий гострий респіраторний синдром), MERS-CoV («Middle East respiratory syndrome coronavirus» – спричинює Близькосхідний респіраторний синдром), SARS-CoV-2 («severe acute respiratory syndrome coronavirus 2» – коронавірус-2, який спричинює тяжкий гострий респіраторний синдром). Перші чотири збудники, зі слів професора, є «прирученими» та зазвичай зумовлюють розвиток неускладненої гострої риновірусної інфекції (ГРВІ). Проте у XXI ст. відбулися три зіткнення людської популяції з іншими коронавірусами: із SARSCoV (спричинив епідемію світового масштабу у 2002-2003 рр.), MERSCoV (спричинив епідемію Близькосхідного респіраторного синдрому в Південній Кореї у 2015 р.) та COVID-19. Усі вони здатні призвести до тяжких уражень легень у людей.

Поняття «пандемія» включає в собі такі складові:

1. Наявність великої неімунної популяції.

2. Домінування вірусу, який став причиною пандемії, над іншими вірусами.

3. Відсутність сезонності.

4. Одночасна поява значної кількості пацієнтів із тяжким перебігом захворювання.

5. Поява нетипових контингентів ризику.

Загалом є три основні сценарії розвитку клінічної картини при COVID-19:

1. Швидкопрогресуючі форми (спостерігаються доволі рідко).

2. Збереження клінічних симптомів протягом 12-14 днів.

3. Двофазний перебіг захворювання: маніфестує катаральними проявами, у подальшому розвиваються прояви з боку нижніх дихальних шляхів (НДШ).

Спікер представив увазі слухачів варіант китайської класифікації клінічного перебігу COVID-19:

1. Легка форма – наявні катаральні симптоми.

2. Середньотяжка форма – має місце залучення НДШ (наявність симптомів + результати рентгенографії / КТ-дослідження).

3. Тяжка форма – зазначається необхідність у кисневій підтримці в об'ємі >5-15 л/год.

4. Критично тяжка форма – потреба в штучній вентиляції легень (ШВЛ), шок, гостра ниркова недостатність, синдром поліорганної недостатності (СПОН).

Наявність лише катаральних симптомів та відсутність проявів залучення НДШ є ключовим моментом у розмежуванні легких та інших форм COVID-19. Разом із тим майже в 15% пацієнтів спостерігається прогресування захворювання з переходом від більш легкого перебігу до більш тяжкого.

Особливості безсимптомного перебігу COVID-19 включають наступні постулати:

1. У пацієнтів із безсимптомним перебігом COVID-19 можуть відбуватися зміни лабораторних показників та інструментальних даних.

2. Два дослідження (Hu Z. et al., 2020; Wang Y. et al., 2020), в яких взяли участь 79 пацієнтів із безсимптомним перебігом COVID-19, показали, що в 50-67% таких пацієнтів на КТ зазначалися зміни у вигляді «матового скла», у 17% – розвивалася лімфопенія (<0,8×10⁹/л);

3. Під час спалаху COVID-19 на круїзному лайнері майже в 50% осіб із позитивним результатом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) на SARS-CoV-2 не було жодних симптомів, проте лише 18% із них мали справжню безсимптомну форму (клінічних проявів захворювання в подальшому не розвивалося).

4. Навіть у пацієнтів із безсимптомною формою COVID-19 можуть бути об'єктивні патологічні відхилення.

За тяжкістю розрізняють такі форми COVID-19 (Wu Z. et al., 2020):

1. Легкий ступінь (без пневмонії або легка форма пневмонії) – 81%.

2. Тяжкий ступінь (задишка, гіпоксія, залучення в інфекційний процес понад 50% легень, що підтверджується рентгенологічно протягом 24-48 год) – 14%.

3. Критичний ступінь (дихальна недостатність, шок, СПОН) – 5%.

Професор ще раз нагадав, що тяжкий перебіг COVID-19 можливий у пацієнтів будь-якого віку. До факторів ризику тяжкої форми COVID-19 належать:

1. Серцево-судинні захворювання.

2. Цукровий діабет.

3. Артеріальна гіпертензія.

4. Хронічні захворювання легень.

5. Злоякісні новоутворення.

6. Хронічні захворювання нирок.

7. Ожиріння.

Згідно з даними CDC (Centers for Disease Control and Prevention – Центр з контролю та профілактики захворювань у США), до факторів ризику тяжкого перебігу COVID-19 належать також імуносупресія та захворювання печінки.

Лабораторні предиктори тяжкого перебігу COVID-19:

1. Лімфопенія (<0,8×10⁹/л).

2. Підвищення рівня:

- печінкових трансміназ;

- білірубину;

- лактатдегідрогенази (ЛДГ);

- біомаркерів запалення: [С-реактивного білка] СРБ, феритину, D-димеру, інтерлейкіну-6.

Тяжкий гострий респіраторний синдром, асоційований з COVID-19, може розвиватися в будь-якому віці, але найчастіше – в осіб середнього та похилого віку.

Зокрема, медіана віку пацієнтів із COVID-19 у Китаї – 47 років (Wang D. et al., 2020); у Нью-Йорку – 62,2 року (Evelyn M. et al., 2020). У звіті китайського CDC, який

Продовження на стор. 34.

COVID-19: відповіді на найактуальніші питання та лікарська практика в умовах пандемії

Продовження. Початок на стор. 33.

включав приблизно 44 500 підтверджених випадків, вік 87% хворих становив 30-79 років.

Згідно з даними D. Wang та співавт. (2020), до найпоширеніших симптомів COVID-19 належать:

1. Лихоманка – 99%.
2. Загальна слабкість – 70%.
3. Сухий кашель – 59%.
4. Кашель із виділенням мокротиння – 27%.
5. Міалгії – 35%.
6. Задишка – 31%.

Разом із тим, наголосив спікер, розвиток пневмонії та тяжких форм COVID-19 може відбутися і в пацієнтів без лихоманки.

У дослідженні за участю 1099 пацієнтів (Ухань та інші регіони Китаю) температура тіла >37,5 °C спостерігалась у 44% хворих на момент ушпиталення, а протягом усього періоду госпіталізації зазначалась у 89% пацієнтів (Guan W. et al., 2020). Щодо порушення нюху та смаку, доповідач наголосив, що цей симптом не є специфічним для COVID-19, незважаючи на свою «яскравість».

Наприкінці доповіді І.О. Карпов зазначив, що в умовах пандемії COVID-19 медичним працівникам та керівникам ЛПЗ важливо усвідомити три ключові положення:

1. У період пандемії всі ГРВІ та пневмонії мають сприйматися як потенційний COVID-19.
2. Необхідно забезпечити повноцінний захист усього медичного персоналу.
3. Сьогодні в захисті медичного персоналу немає «дріб'язкових питань».



Доцент кафедри фізіотерапії та пульмонології НМУ ім. О.О. Богомольця, медичний директор ГО «Інфекційний контроль в Україні», членкиня Коаліції інфекційної безпеки і Національної експертної групи з інфекційного контролю (NEGIC), кандидат медичних наук Марія Габрієлівна Долинська представила увазі слухачів доповідь «Як розірвати ланцюг передачі коронавірусної інфекції».

Доповідачка нагадала слухачам відому триаду Коха, описану майже 150 років тому, проте досі актуальну. Будь-який інфекційний процес може бути описаний з точки зору джерела інфекції та сприйнятливої організму. Зв'язок між ними здійснюється за допомогою шляхів передачі інфекції. На сьогодні немає кращої стратегії, ніж вчасно виявляти та ефективно лікувати хворих. Важливо забезпечити інфекційний контроль та відстеження контактів.

Побуває думка, що COVID-19 – це «звичайна» інфекція на кшталт грипу. На щастя, останнім часом такі думки лунають усе рідше, адже COVID-19 асоціюється з більш тяжким перебігом інфекції та вищою контагіозністю. М.Г. Долинська представила зрівняльну картину грипу та інфекцій, спричинених SARS-CoV-1 та SARS-CoV-2 (табл. 1).

Особливості SARS-CoV-2 зумовлюють високий коефіцієнт відтворення COVID-19. Коефіцієнт відтворення (R_0) – це кількість осіб, яких може заразити один інфікований. Для порівняння: R_0 при гепатиті С становить 2 людини, при ВІЛ-інфекції – 4, при кору – 18 людей; при SARS-CoV-2 R_0 цей показник дорівнює 2-2,5. Разом

	Грип	SARS-CoV-1	SARS-CoV-2
Місце розмноження збудника	У нижніх дихальних шляхах	У нижніх дихальних шляхах	Переважно у верхніх дихальних шляхах
Інкубаційний період	2-4 дні	4-14 днів	4-14 днів
Тривалість періоду контагіозності	До 7 днів (найбільше протягом перших 3 днів)	До 7 днів	2-6 тиж
Стойкість на поверхнях	До 2 діб	До 4 діб	До 4 діб

із тим через 10 інтервенцій 1 пацієнт поширює інфекцію на щонайменше 2 тис. людей. Згідно з даними, нещодавно опублікованими S. Sanche та співавт. (2020), R_0 при SARS-CoV-2 може становити 5,7.

Спікерка наголосила: найкраще – це вчасне виявлення та ізоляція хворих. Тестувати, тестувати і тестувати – таким має бути сьогодні девіз лікарів! Украй необхідним є також дослідження контактних осіб. І хоча більшість захворілих переносять COVID-19 майже безсимптомно, їх виявлення та ізоляція критично важливі для переривання ланцюгу поширення інфекції.

Як відомо, вірус від інфікованої людини передається повітряним та контактним шляхом. Якщо йдеться про повітряну передачу COVID-19, слід зазначити, що поширення відбувається через великі краплі (при кашлі, розмові хворої людини) та дрібні інфекційні аерозолі, які можуть розлітатися на велику відстань.

Саме тому шляхи переривання передачі COVID-19 включають:

1. Дотримання так званої соціальної відстані – до 2 метрів.
2. Контроль вентиляційних систем.
3. Обмеження контактів у закритих приміщеннях.

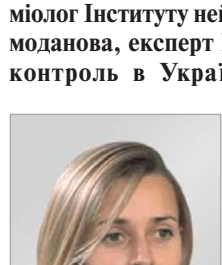
Щодо контактної передачі COVID-19, тут ситуація дещо складніша. Краплі, які осідають на поверхні, можуть забруднювати руки та потрапляти в очі або верхні дихальні шляхи. Загалом стійкість SARS-CoV-2 подібна до такої SARS-CoV-1 з деякими відмінностями: SARS-CoV-2 довше зберігається на картоні та інших м'яких поверхнях (до 24 год), ще довше – на пластикових і сталевих поверхнях (до 72 год для обох вірусів). Цікаво, що, згідно з даними дослідження J.L. Santaripa та співавт. (2020), найбільш «брудними» стосовно контамінації предметами побуту є мобільні телефони, пульти телевізорів, приліжкові тумбочки, поручні та підвіконня. Важливу роль у запобіганні передачі COVID-19 відіграє належна дезінфекція висококонтактних поверхонь.

Інша точка впливу на подолання пандемії – сприйнятливості організму. Проте розраховувати на зниження сприйнятливості та подолання пандемії можна лише тоді, коли колективний імунітет населення сягне 45-60% (згідно з даними ВООЗ). Теоретично найкраще рішення – розробка вакцини та ефективне її впровадження, проте за найбільш оптимістичним сценарієм людство зможе отримати вакцину до кінця поточного року.

Отже, наголосила в заключній частині виступу доповідачка, найперспективнішим методом переривання ланцюгу передачі будь-якої інфекції, і зокрема COVID-19, є виявлення, ізоляція та дослідження контактів якомога більшої кількості хворих.



Цікавим та оригінальним був формат доповіді на тему «Інфекційний контроль у запитаннях і відповідях при COVID-19» голови ГО «Інфекційний контроль в Україні», керівника NEGIC, лікаря-епідеміолога, кандидата медичних наук Андрія Александріна, який разом із Марією Долинською, а також Анною Мочан (лікар-епідеміолог Інституту нейрохірургії ім. Ромоданова, експерт ГО «Інфекційний контроль в Україні» та Катериною Соєюк (лікар-епідеміолог, керівниця відділу оцінювання ризиків та інфекційного контролю НДСЛ «ОХМАТДИТ», юристка, експертка з інфекційного контролю) відповіли на питання учасників заходу.



Цікавим та оригінальним був формат доповіді на тему «Інфекційний контроль у запитаннях і відповідях при COVID-19» голови ГО «Інфекційний контроль в Україні», керівника NEGIC, лікаря-епідеміолога, кандидата медичних наук Андрія Александріна, який разом із Марією Долинською, а також Анною Мочан (лікар-епідеміолог Інституту нейрохірургії ім. Ромоданова, експерт ГО «Інфекційний контроль в Україні» та Катериною Соєюк (лікар-епідеміолог, керівниця відділу оцінювання ризиків та інфекційного контролю НДСЛ «ОХМАТДИТ», юристка, експертка з інфекційного контролю) відповіли на питання учасників заходу.

Як захиститися дільничному педіатру при огляді хворої дитини вдома?

На сьогодні велика кількість працівників за можливості надають перевагу онлайн-консультаванню пацієнтів. Крім того, перед відвідинами хворого слід установити дані щодо наявної симптоматики та оцінити потенційні ризики. Якщо дитина має виражені респіраторні симптоми, звичайно, медичний працівник має оглядати дитину в ефективних ЗІЗ, як мінімум перебувати в якісній

медичній масці та щитку, а краще – у респіраторі FFP2 або FFP3. Критично важливо, аби під час забору мазку медичний працівник перебував у респіраторі, урахувавши високий ризик кашлю під час цієї процедури.

Які заходи для економії ЗІЗ у ЛПЗ ви можете порадити? Чи можливе повторне використання одноразових ЗІЗ?

Андрій Александрін наголосив, що проти повторного використання одноразових ЗІЗ. Навіть незважаючи на те, що в різноманітних американських джерелах продемонстровані приклади дезінфекції одноразових ЗІЗ фізичними методами.

Проте якщо йдеться про економію в ЛПЗ, є інші можливі шляхи вирішення проблеми. Наприклад, зменшення кількості необґрунтованого використання рукавичок медичним персоналом, які насправді потрібні лише при безпосередньому контакті з біологічним матеріалом хворих.

Чи ефективна обсервація в профілактиці COVID-19? Принаймні нічого кращого світова медицина не пропонує. Якщо людина була в контакті з хворим на COVID-19, то вона має пройти обсервацію. Тому що найкраща стратегія запобігання поширенню інфекції – це своєчасне виявлення та ізоляція джерела.

Якщо людина була в контакті з хворим на COVID-19, то вона має пройти обсервацію. Тому що найкраща стратегія запобігання поширенню інфекції – це своєчасне виявлення та ізоляція джерела.

Як щодо хибних результатів – позитивних і негативних – при тестуванні методом ПЛР?

Хибні результати ПЛР – це серйозна проблема у світі. Управління з контролю якості харчових продуктів і медикаментів США (FDA – Food and Drug Administration) заборонило низку тестів і взагалі рекомендувало відмовитися від так званих швидких тестів, поки не будуть доведені їхні чутливість і специфічність.

Ураховуючи похибки результатів при експрес-тестуванні на COVID-19, чи потрібно завжди паралельно проводити ПЛР?

Правильніше сказати не паралельно, а послідовно. В умовах обмежених ресурсів застосування експрес-тестів – це метод первинного сортування пацієнтів для того, аби визначити пріоритетність у проведенні ПЛР. Треба визнати, що ідеальних методів діагностики немає навіть для давно відомих інфекцій, не те що для нових.

Назвіть умови формування колективного імунітету при COVID-19?

Утворення антитіл принаймні в 45% населення, що визначено методом ІФА.

Чи має сенс дезінфекція вулиць, зупинок, транспорту?

Жодного. Справа в тому, що на вулиці немає висококонтактних поверхонь, оскільки зазвичай люди не торкаються голими руками асфальту/зупинок, а потім свого обличчя та очей. Крім того, ультрафіолет доволі швидко руйнує збудника COVID-19.

Чи відомо, що найчастіше є «вхідними воротами» для COVID-19?

Поки відомі лише одні – це верхні дихальні шляхи. Через шкіру COVID-19 не передається.

На вашу думку – збудник COVID-19 природний чи створений штучно?

Дискусії з цього приводу відволікають увагу від дійсно серйозних питань. Провідний американський епідеміолог Майкл Остерхолм сказав, що сучасна наука не здатна сперечатися з природою. Цей вірус дійсно природний, і не потрібно витрачати час на читання численних сумнівних матеріалів про штучне його походження.

Як ви ставитесь до прийому цинку та вітаміну С для профілактики проникнення вірусу крізь слизові оболонки?

COVID-19 – це нова, більш тяжка, але все ж таки респіраторна вірусна інфекція. Цинк, вітамін С, імбир, часник – це недоведені заходи профілактики. Не треба витрачати свою увагу та кошти на такі методи.

Початок та кінець контагіозності хворого на COVID-19?

Лише за умови повторних негативних результатів тестів ПЛР на виявлення РНК COVID-19 ми можемо впевнено сказати, що людина не є контагіозною. Одна людина може бути контагіозна 2 тижні, інша – 5-6 тижнів.

Як часто виникає алергія при використанні антисептиків?

Якщо ми говоримо про етанол або ізопропанол – до цих спиртів алергія виникає доволі рідко. Алергічні

реакції зазвичай викликають хлорвмісні антисептики, а також барвники в їх складі. Крім того, алергічні реакції можуть виникати при неправильному використанні антисептиків, нанесенні їх на вологу руку, а також застосуванні неякісних антисептичних засобів.

Краще мити руки з милом чи користуватись антисептиками?

Звичайним громадянам достатньо регулярно мити руки з милом. Тільки за відсутності такої можливості необхідно використовувати антисептик.

Чи потрібно надягати рукавички під час амбулаторного прийому?

Під час амбулаторного прийому без контакту з біологічними рідинами рукавички не потрібні. Коронавірус не проникає крізь шкіру. Рукавички не запобігають перенесенню коронавірусу з контамінованих поверхонь до слизових оболонок.

Чи є сенс в обгортанні дверних ручок ганчірками, змоченими антисептиком?

Такий «спосіб профілактики» нічим не аргументований. Навіть з погляду здорового глузду: що таким чином ми виграємо? До обмотаної ганчіркою ручки дверей все одно буде торкатися велика кількість людей, а сам антисептик швидко випаровується. Набагато ефективніше просто регулярно протирати ручки дверей.



Тактиці ведення хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та бронхіальної астми (БА) у пацієнтів із COVID-19 у практиці сімейного лікаря присвятив свій виступ завідувач кафедри терапії, кардіології та сімейної медицини ФПО ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» (м. Дніпро), доктор медичних наук, професор Валерій Аркадійович Потабашній.

Він продемонстрував результати дослідження Китайського центру контролю та профілактики захворювань, згідно з яким у когорті пацієнтів (n=44 672) із COVID-19 смертність складала 2,3% (n=1023), а у хворих на хронічні респіраторні захворювання в цій когорті – 6,3%.

На сьогодні проведені два метааналізи асоціації тяжкого перебігу COVID-19 та ХОЗЛ. Згідно з даними метааналізу L. Giuseppe та співавт., ХОЗЛ призводить до підвищення ризику тяжкого перебігу COVID-19 більш як у 5 разів. Пацієнтам із ХОЗЛ необхідно застосовувати більше обмежувальних заходів для мінімізації потенційного контакту із SARS-CoV-2. Лікарі мають ретельно контролювати всіх пацієнтів із ХОЗЛ щодо інфекції COVID-19. ХОЗЛ рекомендується розглядати як предиктор у майбутніх моделях стратифікації ризику при COVID-19.

Другий метааналіз продемонстрував, що наявність ХОЗЛ збільшує фатальні наслідки при COVID-19 майже на 42% (Alqahtani J.S. et al., 2020). Професор

В.А. Потабашній зазначив, що хоча поширеність ХОЗЛ у повідомлених випадках COVID-19 була низькою (2%), саме це захворювання асоціюється з посиленням тяжкості (63%) і більшою смертністю (у 188 разів) за наявності COVID-19. Підвищеному ризику тяжкого перебігу й смертності (у 1,45 раза) при COVID-19 піддаються активні курці.

Як пов'язані між собою COVID-19, ХОЗЛ та куріння? Виявилось, що SARS-CoV-2 використовує рецептори АПФ-2 (ангіотензинперетворювального ферменту-2) для проникнення в клітину. Хоча вірус здатен інфікувати людей будь-якого віку, але набагато більшому ризику захворіти піддаються особи віком >65 років, які зазвичай мають коморбідні захворювання, зокрема ХОЗЛ. Встановлено, що в пацієнтів із ХОЗЛ епітелій дрібних бронхів експресує в збільшеній кількості АПФ-2 і корелює з ОФВ₁. Куріння значуще збільшує експресію АПФ-2 (Leugh J.M. et al., 2020).

Тактика ведення пацієнтів із ХОЗЛ без COVID-19 в умовах пандемії складається з таких постулатів:

1. Запобігання контактам із хворими на COVID-19.
2. Дотримання правил особистої гігієни.
3. Ретельне виконання плану лікування стабільного ХОЗЛ, розробленого спільно із сімейним лікарем / терапевтом / пульмонологом згідно з Настановою з ХОЗЛ НАМН України (2020), GOLD (2020) та наказом МОЗ України від 27.06.13 № 555.

При вирішенні питання щодо призначення інгаляційних кортикостероїдів треба врахувати деякі фактори (табл. 2).

Потенційні показання до госпіталізації хворого з ХОЗЛ:

1. Тяжкі симптоми, такі як раптове посилення задишки в спокої, збільшення частоти дихання, зменшення сатурації крові, сплутаність свідомості, млявість.
2. Гостра легенева недостатність.
3. Поява нових фізикальних ознак (ціанозу, периферичних набряків).
4. Відсутність відповіді на початкове медикаментозне лікування.
5. Значні супутні захворювання (серцева недостатність або поява аритмії).
6. Нemoжливість лікування в домашніх умовах.

Особливості антибактеріальної терапії хворих на ХОЗЛ представлені в таблиці 3.

Важливе значення має спостереження стосовно несприятливої взаємодії препаратів при лікуванні ХОЗЛ без COVID-19 або на тлі COVID-19.

Зокрема, необхідно враховувати, що одночасне застосування макролідів та фторхінолонів може подовжувати скоригований інтервал QT (QTc), тому їх комбінація протипоказана. Препаратами вибору є амінопеніциліни, зокрема захищені та доксициклін.

Для більшої безпеки треба реєструвати ЕКГ до початку лікування макролідами для оцінки QTc. Якщо QTc >450 мс (у чоловіків) і >470 мс (у жінок), призначення макролідів протипоказане. Подібна тактика стосується й призначення фторхінолонів.

При інтенсивному застосуванні β₂-агоністів та оральних ГКС, а також діуретиків виникає загроза гіпокаліємії, яка супроводжується подовженням QTc. Тому необхідно

визначити рівень калію в крові, розрахувати QTc і за наявності гіпокаліємії коригувати її.

Попередньо слід провести пошук вродженого синдрому подовженого QTc; якщо він відсутній, оцінювати подовження QTc як набуте, зокрема медикаментозно-індуковане.

Надалі професор В.А. Потабашній назвав складові тактики ведення пацієнта з БА без COVID-19:

1. Запобігання за можливості контакту з хворим на COVID-19.

2. Дотримання правил особистої гігієни.

3. Виконання плану лікування стабільної БА, розробленого спільно із сімейним лікарем / терапевтом / пульмонологом згідно з GINA (2020) та наказами МОЗ України від 8 жовтня 2013 року № 868 та від 05.06.2019 № 2169 «Екстрена медична допомога: догоспітальний етап. Новий клінічний протокол» (Бронхіальна астма або ХОЗЛ).

Стосовно менеджменту ХОЗЛ та БА в пацієнтів із COVID-19, його основними постулатами є такі:

1. Пацієнти з ХОЗЛ мають найвищий ризик несприятливого перебігу COVID-19.

2. На сьогодні відсутні наукові дані про те, що інгаляційні ГКС (іГКС) або системні ГКС треба відмінити пацієнтам із ХОЗЛ під час пандемії COVID-19.

3. Хворі на ХОЗЛ мають продовжувати регулярну терапію.

4. Оксигенотерапію за необхідності проводять згідно зі стандартними рекомендаціями.

Лікування БА на тлі COVID-19:

1. Пацієнти з БА мають продовжувати базисну терапію під час пандемії COVID-19.

2. У деяких публікаціях зроблено акцент на необхідності запобігати застосуванню деяких ГКС під час пандемії COVID-19. Ці рекомендації стосуються ситуації, коли відсутні однозначні показання до призначення ГКС. Однак пацієнти з БА не мають відмінити прийом іГКС (або раніше призначених системних ГКС), оскільки це може зумовити потенційно небезпечне загострення БА; непризначення ж системних ГКС у разі тяжкого загострення БА може призвести до серйозних наслідків. Тривалий прийом системних ГКС іноді необхідний для лікування тяжкої БА, а раптова їх відміна може бути небезпечною.

3. Пацієнти з БА мають продовжувати базисну терапію, а в разі погіршення стану діяти за стандартною схемою.

4. Пацієнтам із БА рекомендовано продовжувати лікування інгаляційними препаратами, які призначив лікар. При загостренні БА хворі мають отримувати короткий курс оральних ГКС згідно з передбачуваним планом дій для запобігання серйозним наслідкам. У деяких випадках пацієнти з тяжкою БА потребують довготривалого лікування оральними ГКС додатково до інгаляційної терапії. Таке лікування за можливості необхідно продовжувати в найменшій дозі в пацієнтів із високим ризиком тяжких нападів / загострень. Щодо біологічної терапії, то її застосовують у пацієнтів із тяжкою БА з метою обмеження потреби в оральних ГКС.

5. За можливості слід обмежити використання небулайзерів при нападах БА через ризик дисемінації COVID-19 на оточуючих.

6. Під час тяжких нападів БА перевага надається застосуванню інгаляторів за допомогою спейсеру. Незважаючи на лікування тяжких нападів БА, підтримувальна інгаляційна терапія має продовжуватись як удома, так і в госпіталі.

7. Пацієнти з алергічним ринітом мають продовжувати лікування назальними ГКС, якщо вони призначені лікарем.

8. Рутинну спірометрію слід тимчасово відкласти для зменшення ризику вірусної трансмісії і за нагальної потреби застосувати адекватні контрольні заходи проти поширення інфекції.

COVID-19 – гостре респіраторне захворювання, тяжкість перебігу якого варіює від легкого гриппоподібного стану до тяжкої пневмонії та гострого респіраторного дистрес-синдрому з летальним кінцем. Дотримання чітких алгоритмів надання медичної допомоги, правил інфекційного контролю, розробка маршруту пацієнтів із підозрюваною/підтвердженою інфекцією COVID-19 сприяють запобіганню поширенню інфекції та є необхідними умовами подолання пандемії COVID-19. З огляду на постійне оновлення інформації щодо менеджменту COVID-19, своєчасне та якісне навчання медичних працівників, забезпечення їх безперервного професійного розвитку та створення для них безпечних умов праці є вкрай важливими і без перебільшення життєво необхідними умовами виходу з пандемії з найменшими втратами.

Підготувала Анастасія Козловська

Таблиця 2. Фактори, які необхідно враховувати до початку лікування із застосуванням ІКС + ≥2 бронхолітики тривалої дії

Фактори, за яких призначати ІКС доцільно	Фактори, за яких призначати ІКС можливо	Фактори, за яких призначати ІКС заборонено
В анамнезі – госпіталізації через загострення ХОЗЛ ≥ 2 помірних загострення ХОЗЛ / рік Еозинофілія крові >300 кл/мкл Супутня або в анамнезі бронхіальна астма (БА)	1 помірне загострення ХОЗЛ / рік Еозинофілія крові 100-300 кл/мкл	Повторні пневмонії Еозинофілія крові <100 кл/мкл В анамнезі – мікобактеріальні інфекції

Таблиця 3. Антибактеріальна терапія при загостренні ХОЗЛ

Неускладнені загострення ХОЗЛ:	Ускладнені загострення без ризику <i>Pseudomonas aeruginosa</i> :	Ускладнені загострення з ризиком <i>Pseudomonas aeruginosa</i> :
<ul style="list-style-type: none"> вік ≤ 65 років ОФВ₁ ≥ 50% < 4 загострень/рік без супутніх захворювань 	<ul style="list-style-type: none"> вік > 65 років 50 > ОФВ₁ ≥ 130% > 4 загострень/рік супутні захворювання 	<ul style="list-style-type: none"> ОФВ₁ < 30% часті курси АБП часті курси ГКС бронхоектазії необхідність у проведенні ШВЛ
Збудники: <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Moraxella catarrhalis</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Chlamydomphila pneumoniae</i> , віруси	Збудники: <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Moraxella catarrhalis</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Chlamydomphila pneumoniae</i> , віруси, представники родини <i>Enterobacterales</i>	Збудники: <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Moraxella catarrhalis</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Chlamydomphila pneumoniae</i> , віруси, <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Acinetobacter baumannii</i> , мультирезистентні представники родини <i>Enterobacterales</i>
АБП: • Амоксицилін • Макролід • Доксициклін	АБП: • Амоксицилін/клавуланат • Цефдиторен • Респіраторні фторхінолоци	АБП: • Фторхінолони та інші АБП із синьогнійною активністю

Примітки: АБП – антибактеріальні препарати; ГКС – глюкокортикостероїди.