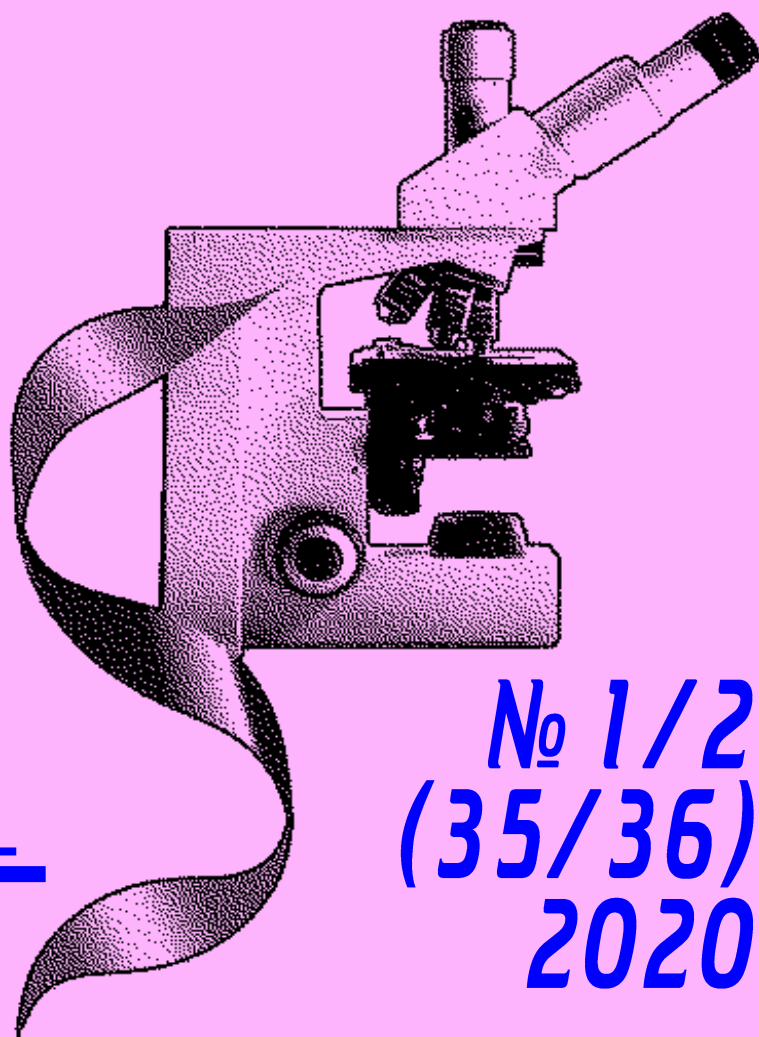


ДОСЯГНЕННЯ Д БІОЛОГІЇ та МЕДИЦИНИ

ISSN 2519-2280

НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ



№ 1/2
(35/36)
2020

ДОСЯГНЕННЯ БІОЛОГІЇ та МЕДИЦИНИ

НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ

Засновники

Національна академія наук України
Національна академія медичних наук України
Одеський національний медичний університет

Головний редактор

Академік НАМН України,
лауреат Державної премії України В. М. ЗАПОРОЖАН

Науковий редактор

Доктор медичних наук професор Л. С. ГОДЛЕВСЬКИЙ

Відповідальний секретар

Доктор медичних наук професор П. Б. АНТОНЕНКО

Редакційна колегія

П. Б. Антоненко, Ю. І. Бажора, Л. С. Годлевський, В. В. Годован,
А. І. Гоженко, М. Я. Головенко, Д. І. Заболотний, М. А. Кашталъян,
В. Й. Кресюн, А. П. Левицький, О. О. Мардашко, М. С. Регеда,
Ю. Г. Романова, А. С. Сон, О. О. Старець, О. А. Шандра, Т. О. Філіпова

Редакційна рада

С. А. Андронаті (Одеса), Г. М. Бутенко (Київ), Д. Д. Зербіно (Львів),
Анелія Дімітрова Клісарова (Болгарія), В. М. Коваленко (Київ),
М. М. Корда (Тернопіль), В. А. Кордюм (Київ), О. О. Кришталь (Київ),
Жозе Алехандро Мадрігал (Велика Британія), О. Г. Резніков (Київ),
А. М. Романенко (Київ), М. Д. Тронько (Київ), Ральф Хусс (Німеччина),
В. Ф. Чехун (Київ)

№ 1/2 (35/36) 2020

Засновано 2001 року



ДОСЯГНЕННЯ БІОЛОГІЇ та МЕДИЦИНИ

Науковий журнал

Адреса редакції:

65082, Україна, Одеса,
Валіховський пров., 2

Телефони:

(048) 728-54-58, (048) 723-29-63

E-mail:

odmeded@onmedu.edu.ua

Сайт:

http://biomed.odmu.edu.ua

Редактор випуску

О. В. Бровкін

Літературні редактори
і коректори

А. А. Гречанова

І. К. Каневський

Р. В. Мерешко

О. В. Титова

Художній редактор

А. В. Попов

Комп'ютерний дизайн,
оригінал-макет

А. В. Попов

Поліграфічні роботи

М. Р. Мерешко

Досягнення біології та медицини

№ 1/2 (35/36) 2020

ISSN 2519-2280

Журнал зареєстровано
у Державному комітеті
інформаційної політики,
телебачення та радіомовлення
України.

Свідоцтво про реєстрацію
КВ № 5610

Передплатний індекс 08205

Підписано до друку 28.12.2020.
Формат 60x84/8. Папір офсетний.

Обл.-вид. арк. 6,51.

Тираж 100 пр. Зам. 2195.

Видано і надруковано
Одеським національним
медичним університетом.

65082, Одеса, Валіховський пров., 2.

Свідоцтво ДК № 668 від 13.11.2001

ЗМІСТ

Оригінальні дослідження

ОЦІНКА ВПЛИВУ ОЖИРІННЯ
НА КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ПОКАЗНИКИ
ТА СПЕКТРАЛЬНІ ДАНІ СИРОВАТКИ КРОВІ
У ПАЦІЄНТІВ ЛІТНЬОГО ВІКУ
З КАРДІАЛЬНОЮ КОМОРБІДНІСТЮ
В. А. Штанько, Н. В. Тофан, О. В. Хижняк,
В. Б. Яблонська, І. Г. Юрданова 4

ЛІКУВАННЯ
СИСТЕМНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ
В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19:
ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ТА ВЛАСНІ ДАНІ
Л. С. Холопов, Г. В. Лагутіна, З. П. Коврига 8

Огляди

СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ
ТА ТЕХНІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕНЬ
НА МОДЕЛІ ГЕНЕТИЧНОЇ ФОРМИ
АБСАНСНОЇ ЕПІЛЕПСІЇ
Джіль Луїджтеллаар, Джерард Ойджен 15

ОПТИМАЛЬНИЙ ВИБІР
АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ
ПРИ ЛІКУВАННІ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ
В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ І ТЕРАПЕВТА
І. В. Андрусишина, В. О. Баташова-Галінська 29



Одеса
Одеський медуніверситет
2019

**ДОСЯГНЕННЯ БІОЛОГІЇ ТА МЕДИЦИНИ
ДОСТИЖЕНИЯ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ
ACHIEVEMENTS OF BIOLOGY AND MEDICINE**

ПОЄДНАННЯ СИНДРОМУ НЕЛЬСОНА І ФЕНОМЕНА «ПОРОЖНЬОГО ТУРЕЦЬКОГО СІДЛА» З ДИФУЗНИМ ТОКСИЧНИМ ЗОБОМ М. М. Перепелюк, О. В. Чехлова	34
---	----

Клінічний випадок

ВЕДЕННЯ КОМОРБІДНОГО ПАЦІЄНТА З ІНФЕКЦІЙНИМ ЕНДОКАРДИТОМ ПРОТЕЗОВАНОГО КЛАПАНА: ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ТА КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ М. В. Демиденко, А. А. Демиденко, С. А. Тихонова, О. М. Тімаков	38
ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З ТОКСИЧНОЮ КАРДІОМІОПАТІЄЮ ЗМІШАНОГО ГЕНЕЗУ Т. М. Курчик, С. А. Тихонова	43

Конференція

СТАН РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ У ЖІНОК ІЗ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ О. Б. Задорожна, В. О. Ситнікова, Г. П. Тарновська, О. А. Задорожний, С. В. Чернієвський, В. А. Шевченко	47
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЗАВЕРШЕННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК ІЗ ГЕПАТИТОМ С Т. Я. Москаленко, С. Г. Чернієвська, О. А. Задорожний, В. А. Задорожний, С. В. Чернієвський, А. С. Костюк	48
ЗНАЧЕННЯ ПАРАМЕТРІВ МЕТАБОЛІЗМУ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ ТА ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ В ПРОГНОЗУВАННІ РІВНЯ ВАСПІНУ Д. І. Пільов, Л. В. Журавльова	49
ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГОСТРИМ ПОРУШЕННЯМ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ В СТАДІЇ ДЕКОМПЕНСАЦІЇ Ю. І. Ржевська, С. Б. Стречень, Т. В. Трегуб, Г. Г. Відавська	49
ВПЛИВ ПІСЛОНЕФРИТУ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ШИЙКИ МАТКИ Т. Я. Москаленко, О. Б. Задорожна, А. А. Гриценко, В. А. Задорожний, О. В. Мартиновська, В. А. Шевченко	50
УЛЬТРАЗВУКОВИЙ СУПРОВІД ПАЦІЄНТІВ З ПОЛІТРАВМОЮ В УМОВАХ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ ЛІКАРНІ С. Б. Стречень, А. О. Соломка, В. І. Чернова, Р. В. Бурсанов, К. Ю. Смуженко	51

НОВІ ПІДХОДИ ДО ФАРМАКОТЕРАПІЇ ІДЕОПАТИЧНОГО ЛЕГЕНЕВОГО ФІБРОЗУ О. О. Яковлева, А. О. Жамба, О. Ю. Гойна-Кардасевич	52
---	----

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ ДЛЯ ЖУРНАЛУ «ДОСЯГНЕННЯ БІОЛОГІЇ ТА МЕДИЦИНИ»	54
--	----

ДО ВІДОМА АВТОРІВ

Публікація матеріалів у журналі «Досягнення біології та медицини», який видається Одеським національним медичним університетом, платна. Оплата здійснюється після рецензування статей і схвалення їх до друку, про що авторів повідомляють додатково.

З питань сплати за публікацію статей та довідок про їх надходження й опрацювання просимо звертатися до Ірини Петрівни Камишної за тел. +38 (048) 728-50-32 (р.), +38 (068) 908-06-06 (м.), e-mail: iryna.kamyshna@onmedu.edu.ua.

Копію квитанції про сплату слід надсилати поштою на адресу: Одеський національний медичний університет, редакція журналу «Досягнення біології та медицини», Валіховський пров., 2, м. Одеса, 65082, або передавати на факс +38 (048) 723-22-15 для І. П. Камишної.

*Рекомендовано до друку Вченою радою Одеського національного медичного університету
Протокол № 5 від 24.12.2020 р.*

*Recommended to print by the decision of Academic Council of the Odessa National Medical University
Protocol № 5 of 24.12.2020*

До відома авторів!

Журнал публікує наукові праці вітчизняних і закордонних авторів з актуальних питань біологічних та медичних наук, які пройшли peer-reviewer процедуру рецензування.

For authors!

The Journal publishes scientific works of Ukrainian and foreign authors on actual problems of biological and medical sciences, who had peer-reviewer procedure.

Передплатний індекс 08205

Dosâgnennâ biologii ta medicini [Text] : scientific journal
/ founders the National Academy of Sciences of Ukraine, the National Academy of Medical Sciences of Ukraine, the Odessa National Medical University. – 2001 ; Odessa : ONMedU, 2020
2020 N 1/2 (35/36). – 100 copies
ISSN 2519-2280

© Одеський національний медичний університет, 2020

ОПТИМАЛЬНИЙ ВИБІР АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ І ТЕРАПЕВТА

Одеський національний медичний університет

Останні рекомендації Американського торакального товариства (*American Thoracic Society — ATS 2019*), Американського співтовариства з інфекційних хвороб (*Infectious Diseases Society of America — IDSA 2019*) і класифікації антибіотиків *BOOZ AWaRe 2019*.

За часів технічного і наукового прогресу існує проблема розвитку у мікроорганізмів резистентності до антибактеріальних засобів. Перед сучасним лікарем стоїть завдання своєчасно і правильно призначити своєму пацієнтові терапію, яка буде для нього найбільш ефективною і безпечною, з одного боку, і не сприятиме розвитку антибіотикорезистентності — з другого.

Метою роботи є аналіз сучасних міжнародних рекомендацій щодо антибактеріальної терапії негоспітальної пневмонії (НП), використання цих рекомендацій в умовах пандемії SARS-CoV-2.

Для того щоб уніфікувати вибір антибактеріальної терапії, на допомогу лікарям у всьому світі було створено класифікацію антибіотиків *BOOZ AWaRe 2019*, у якій відомі антибактеріальні засоби поділені на 3 групи: Access, Watch і Reserve [1].

Відповідно до цієї класифікації, група Access включає в

себе протимікробні засоби, які мають активність до широкого спектра мікроорганізмів, але при цьому виявляють найнижчий потенціал резистентності.

Група Watch складається з антибактеріальних засобів, які перекривають широкий спектр патогенів, що найчастіше викликають НП, проте мають більший потенціал резистентності, ніж ті, що в групі Access.

Група Reserve включає в себе антибактеріальні речовини, які слід використовувати в останню чергу, як «препарати резерву». Сюди входять медикаменти, які необхідно застосовувати в разі підтвердження у збудника резистентності до багатьох лікарських засобів і відсутності альтернативи застосування антибіотиків з інших груп.

У практиці сімейного лікаря і терапевта поліклінічної ланки дуже часто трапляється НП. Це захворювання є однією з провідних причин смертності у світі, будучи причиною смерті 15 % дітей до 5 років. Так само найбільший відсоток смертей від пневмонії припадає на хворих 70 років і старше [2]. Також загальновідомо, що в структурі ускладнень, викликаних COVID-19, лідирують пневмонії.

Найбільш розповсюдженими збудниками НП є *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus in-*

fluenzae, *Mycoplasma pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Legionella pneumophila*, *Chlamydia pneumoniae* та *Moraxella catarrhalis*, але для більш ретельного емпіричного підбору антибіотикотерапії пацієнтові необхідно спочатку правильно визначити клінічну групу пацієнта (табл. 1), місце проведення лікування і, як наслідок, схему антибактеріальної терапії.

За даними Американського торакального товариства (ATS) і Американського співтовариства з інфекційних хвороб (IDSA), існує кілька шкал оцінки тяжкості НП. Відповідно до недавно проведених досліджень, ATS закликає фахівців відходити від шкали CURB-65, яка має низький рівень доказів, і переходити на шкалу PORT (Pneumonia Outcomes Research Team) або PSI (Pneumonia Severity Index) [3; 4]. Шкала CURB-65 вважається більш зручною й легкою у застосуванні та в оцінці тяжкості перебігу НП і вибору місця лікування, проте в деяких випадках може виявитися недостатньо точною (табл. 2, 3). З цієї причини більш точною є шкала PORT (табл. 4, 5).

Після того як лікар прийняв рішення щодо клінічної групи пацієнта (див. табл. 1) та місця лікування, перед ним стоїть не менш важливе завдання — правильний підбір антибіотикотерапії. Незважаючи на те, що це

**Шкала Pneumonia Outcomes
Research Team/Pneumonia Severity Index (PORT/PSI)**

Таблиця 4

Критерії оцінки	Бали
Демографічні показники	
Вік: чоловіки (жінки мінус 10)	Кількість років
Потребує догляду (інтернат)	+10
Супутні захворювання	
Злоякісні утворення	+30
Хвороби печінки	+20
Серцева недостатність	+10
Судинне захворювання мозку	+10
Захворювання нирок	+10
Об'єктивні ознаки	
Порушення свідомості	+20
Частота дихання > 30 за хвилину	+20
САТ < 90 мм рт. ст.	+20
Температура тіла < 36 °С або > 40 °С	+15
Пульс > 125 за хвилину	+10
Плевральний випіт	+10
Лабораторні ознаки	
pH крові < 7,3 од.	+30
Сечовина > 10,7 ммоль/л	+20
Натрій < 130 ммоль/л	+20
Глюкоза > 13,9 ммоль/л	+10
Гематокрит < 30 %	+10
PaO ₂ < 60 мм рт. ст., SaO ₂ < 90 %	+10

Інтерпретація шкали PORT/PSI

Таблиця 5

Клас	Бали	Летальність, %	Місце лікування
I–II	Менше 70	До 0,6	Амбулаторно
III	71–90	До 2,8	Амбулаторно або стаціонар
IV–V	Більше 90	До 29,2	Стаціонар або відділення ВРІТ

троміцину 500 мг 2 рази на добу).

Або монотерапія:

— Респіраторні фторхінолони (Левофлоксацин 750 мг щодня, Моксифлоксацин 400 мг щодня).

У разі якщо є протипоказання до застосування макролідів і фторхінолонів, рекомендована комбінована терапія бета-лак-

тамами (Сульбактам/Ампіцилін + Цефотаксим, Цефтаролін або Цефтріаксон у дозуваннях, як зазначено вище) та Доксциклін по 100 мг 2 рази на добу.

У стаціонарних пацієнтів з тяжкою негоспітальною пневмонією, але без ризику зараження метицилін-резистентним стафілококом (MRSA) або *P. aeru-*

ginosa рекомендовані комбінації:

— бета-лактами + макролід, або

— бета-лактами + респіраторний фторхінолон.

У разі підтвердження MRSA рекомендовано включати в терапію ванкоміцин 15 мг/кг кожні 12 год, або лінезолід 600 мг кожні 12 год.

При підтвердженні *P. aeruginosa* лікування проводиться одним з наведених нижче засобів: Піперацилін-тазобактам 4,5 г кожні 6 год, Цефепім 2 г кожні 8 год, Цефтазидим 2 г кожні 8 год, Азтреонам 2 г кожні 8 год, Меропенем 1 г кожні 8 год або Іміпенем 500 мг кожні 6 год. Дані рекомендації представлені в табл. 6 і 7.

Також слід враховувати пандемію COVID-19 і велику кількість пневмоній, які є найбільш частими ускладненнями даної нозології. Незважаючи на те, що на даний час не існує схеми лікування, яка може базуватися на повноцінних клінічних дослідженнях, існує велика кількість рекомендацій щодо застосування Азитроміцину в лікуванні COVID-19 [7; 8].

Азитроміцин — антибактеріальна речовина, що є представником групи макролідів, а саме азалідів, і має бактеріостатичний ефект. Азитроміцин більш ефективно діє на грамнегативну мікрофлору [9]. Через тривале і широке застосування цього антибактеріального препарату існують дані про розвиток резистентності до нього [10; 11], що також може бути зумовлено й бактеріостатичним механізмом дії. Спираючись на класифікацію BOOЗ AWaRe 2019, де Азитроміцин внесений до групи Watch, можна зробити висновок, що лікування пневмонії, пов'язаної з COVID-19, або НП, що викликана «стан-

Лікування негоспітальної пневмонії в амбулаторних умовах

Без коморбідної патології	За наявності коморбідної патології
— Амоксицилін по 1,0 3 рази на добу, або — Доксциклін по 100 мг 2 рази на добу, або — макролід (<i>Азитроміцин</i> 500 мг у 1-й день, потім 250 мг щодня або <i>Кларитроміцин</i> 500 мг 2 рази на добу/ <i>Кларитроміцин</i> подовженої дії 1000 мг/добу)	Комбінована терапія: — Амоксицилін/Клавуланова кислота 500 мг/125 мг 3 рази на добу, або Амоксицилін/Клавуланова кислота 875 мг/125 мг 2 рази на добу, або 2000 мг/125 мг 2 рази на добу, або <i>Цефалоспорин (Цефподоксим</i> 200 мг 2 рази на добу або <i>Цефуроксим</i> 500 мг 2 рази на добу) і — макролід (<i>Азитроміцин</i> 500 мг у 1-й день, потім 250 мг щодня, <i>Кларитроміцин</i> 500 мг 2 рази на день) або <i>Доксциклін</i> 100 мг 2 рази на добу
	Монотерапія: — респіраторний фторхінолон (<i>Левофлоксацин</i> 750 мг щодня, <i>Моксифлоксацин</i> 400 мг щодня або <i>Геміфлоксацин</i> 320 мг щодня)

Примітка. У табл. 6 і 7 виділено шрифтом: *Aware*; *Watch*; *Reserve*.

Таблиця 7

Лікування негоспітальної пневмонії в умовах стаціонару або відділення реанімації та інтенсивної терапії

Антибактеріальний препарат	Примітка
Бета-лактами (<i>Ампіцилін + Сульбактам</i> 1,5–3 г кожні 6 год, <i>Цефотаксим</i> 1–2 г кожні 8 год, <i>Цефтріаксон</i> 1–2 г на добу або <i>Цефтаролін</i> 600 мг кожні 12 год) у поєднанні з макролідом (<i>Азитроміцин</i> 500 мг щодня або <i>Кларитроміцин</i> 500 мг 2 рази на добу)	У разі підтвердження MRSA рекомендовано включати в терапію <i>Ванкоміцин</i> 15 мг/кг кожні 12 год або <i>Лінезолід</i> 600 мг кожні 12 год
Монотерапія: — респіраторні фторхінолони (<i>Левофлоксацин</i> 750 мг щодня, <i>Моксифлоксацин</i> 400 мг щодня)	При підтвердженні <i>P. aeruginosa</i> : <i>Піперацилін-Тазобактам</i> 4,5 г кожні 6 год, <i>Цефепім</i> 2 г кожні 8 год, <i>Цефтазидим</i> 2 г кожні 8 год, <i>Азтреонам</i> 2 г кожні 8 год, <i>Меропенем</i> 1 г кожні 8 год або <i>Іміпенем</i> 500 мг кожні 6 год
У разі якщо є протипоказання до застосування макролідів і фторхінолонів, рекомендована комбінована терапія бета-лактамами (<i>Сульбактам/Ампіцилін + Цефотаксим, Цефтаролін</i> або <i>Цефтріаксон</i> у дозуваннях, як зазначено вище) та Доксциклін по 100 мг 2 рази на добу	

дартними» збудниками, азитроміцином швидше за все буде малоєфективним. Тому посиляючись на емпіричні дані про лікування пневмонії, пов'язаної з COVID-19, схема підбору антибактеріальної терапії відповідає рекомендаціям ATS і IDSA 2019 і представлена в табл. 3, 6 [7; 8].

А тепер подивимося на рекомендації ATS і IDSA 2019 через призму класифікації BOOЗ AWaRe 2019:

Access:

Амоксицилін, Доксциклін, Амоксицилін/Клавуланова кислота, Ампіцилін-Сульбактам.

Watch:

Азитроміцин, Кларитроміцин, Цефподоксим, Цефуроксим, Левофлоксацин, Мокси-

флоксацин, Геміфлоксацин, Цефотаксим, Цефтріаксон, Ванкоміцин, Піперацилін-Тазобактам, Цефепім, Цефтазидим, Меропенем, Іміпенем.

Reserve:

Цефтаролін, Лінезолід.

Для зручності використання ми розділили групи препаратів, виділивши їх шрифтом (табл. 6, 7).

Таким чином, при підборі антибіотиків усередині клінічних груп, згідно з рекомендаціями ATS і IDSA 2019, у першу чергу слід думати про групу Access (виділена жирним прямим шрифтом у табл. 6, 7). І тільки в міру неефективності або обтяження стану у пацієнтів з НП слід переходити на інші групи (Watch, яка в таблиці виділена жирним курсивом, та

Reserve, виділена світлим курсивом).

Також необхідно враховувати дані про локальну антибіотикорезистентність. На жаль, в Україні такі дослідження проводяться нерегулярно. Остання робота, яка здійснювалась у рамках міжнародного дослідження антибіотикорезистентності SOAR, 2016, продемонструвало, що 97 % штамів *S. pneumoniae*, які були виділені в Україні, виявилися чутливими до внутрішньовенного введення Пеніциліну, 83 % — до перорального. При цьому всі виділені штами проявили чутливість до Левофлоксацину та Моксифлоксацину, а 98 % були чутливіми до Цефтріаксону. Чутливість до малих доз Амоксициліну і комбінації Амоксициліну/

Клавуланату становила 97 %; у разі застосування високих доз Амоксициліну вона залишалася на тому ж рівні, а до Амоксициліну/Клавуланату — збільшувалася до 99 %. Чутливість до пероральних цефалоспоринов і макролідів варіює від 83 до 89 %.

Чутливість *H. influenzae* до Цефтріаксону, Левофлоксацину та Моксифлоксацину, за даними дослідження в Україні, сягала 100 %. Чутливість до комбінації Амоксициліну/Клавуланату також становить 100 %, чутливість до Цефуроксиму — 70,8 %, Кларитроміцину — 61,5 % [12; 13].

Підбиваючи підсумок відмітимо, що вищеописане дослідження продемонструвало таке: найчастіші збудники НП зберігають чутливість до Амоксициліну, Цефуроксиму, Левофлоксацину, тимчасом до Азитроміцину, Доксицикліну, Кліндаміцину чутливість мікроорганізмів значно нижча.

Висновки

1. Вибір антибактеріальної терапії НП, незважаючи на велику кількість сучасних вітчизняних і міжнародних клінічних настанов, залишається проблемним питанням у практиці сімейного лікаря.

2. При виборі антибактеріальної терапії НП слід, у першу чергу, звертати увагу на групу Access, відповідно до класифікації ВООЗ АWaRe 2019, а саме: Амоксицилін, Доксициклін, Амоксицилін + Клавуланова кислота, Ампіцилін-Сульбактам.

3. Однак, з огляду на дані дослідження SOAR 2016, у разі застосування Доксицикліну терапія НП може бути неефективною у зв'язку з недостатньою чутливістю основних збудників НП до цього препарату.

4. Переходити до застосування груп Watch і Reserve, відповідно до класифікації ВООЗ АWaRe 2019, необхідно тільки в разі неефективності попередньої терапії антибіотиками з групи Access або обтяження перебігу НП.

5. Вибір антибактеріальної терапії у пацієнтів з пневмонією, зумовленою COVID-19, не відрізняється докорінно від традиційного алгоритму.

Ключові слова: антибактеріальна терапія, негоспітальна пневмонія, антибіотикорезистентність.

ЛІТЕРАТУРА

1. АWaRe 2019 [Електронний ресурс]. URL: https://www.who.int/medicines/news/2019/WHO_releases2019AWaRe_classification_antibiotics/en/

2. Dadonaite B. Pneumonia [Електронний ресурс] / B. Dadonaite, M. Roser. 2019. Режим доступу до ресурсу: <https://ourworldindata.org/pneumonia#pneumonia-mortality-rates-by-age>.

3. Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America [Електронний ресурс] / J. P. Metlay Joshua P., G. W. Waterer, L. C. Ann et al. 2019. Режим доступу до ресурсу: <https://www.atsjournals.org/doi/ref/10.1164/rccm.201908-1581ST>

4. Хиць А. Негоспітальна пневмонія: рекомендації ATS та IDSA [Електронний ресурс]. URL: <https://www.umj.com.ua/article/169732/negospitalna-pnevmoniya-rekomendatsiyi-ats-ta-idsa>.

5. Уніфікований Протокол Надання медичної допомоги дорослим хворим на Негоспітальну пневмонію [Електронний ресурс] / Ю. І. Фещенко, К. О. Белослудцева, О. А. Голубовський та ін. 2019. URL: [http://www.ifp.kiev.ua/ftp1/metoddoc/Pneumonia_guidelines_2019_\[rev29\].pdf](http://www.ifp.kiev.ua/ftp1/metoddoc/Pneumonia_guidelines_2019_[rev29].pdf).

6. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» [Електронний ресурс]. 2007. URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/109065__532902

7. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial [Електронний ресурс] / P. Gautret, J. Lagier, P. Parola та ін. 2020. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32205204>

8. COVID-19 rapid guideline: managing suspected or confirmed pneumonia in adults in the community [Електронний ресурс]. 2020. Режим доступу до ресурсу: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng165/chapter/4-Managing-suspected-or-confirmed-pneumonia>

9. Машковський М. Д. Лікарські засоби. 2019. 1216 с. (16-е)

10. Мостовий Ю. М., Демчук А. В., Константинович Т. В. Макроліди: фармакоепідеміологічні аспекти [Електронний ресурс]. 2008. URL: <http://www.ifp.kiev.ua/doc/journals/upj/08/pdf08-3/28.pdf>

11. Pfizer reports safety data of azithromycin in Covid-19 trial [Електронний ресурс]. 2020. Режим доступу до ресурсу: <https://www.clinicaltrialsarena.com/news/pfizer-data-azithromycin-covid-19-trial>

12. Шуткевич О. (Не) ефективні антибіотики [Електронний ресурс]. 2019. URL: <https://day.kyiv.ua/ru/article/obshchestvo/neeftivnye-antibiotiki>

13. Дослідження антибіотикорезистентності SOAR в Україні та Словаччині [Електронний ресурс]. 2018. URL: <https://bacteriophages.info/ru/news/issledovanie-antibiotikorezistentnosti-soar-v-ukraine-i-slovakii/>

Надійшла до редакції 09.11.2020

Рецензент канд. мед. наук

Г. О. Данильчук,

дата рецензії 13.11.2020

УДК 616.24-002-08-039.57:615.281:614.255.4:316.356.2(048.8)
І. В. Андрусихина, В. О. Баташова-Галінська
ОПТИМАЛЬНИЙ ВИБІР АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ
ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВ-
МОНІЇ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ І ТЕРА-
ПЕВТА

У роботі аналізуються останні рекомендації Амери-
канського торакального товариства й Американського
співтовариства з інфекційних хвороб щодо підбору анти-
бактеріальної терапії для лікування негоспітальної пнев-
монії, а також пропонується принцип призначення препа-
ратів, враховуючи тенденцію до розвитку у мікроорганізмів
антибіотикорезистентності, у зв'язку з чим застосування
антибактеріальної терапії потребує постійного перегляду.

Для цього у цій статті ми звернулися до класифікації
ВООЗ AWaRe 2019, керуючись якою можна ще точніше
підібрати безпечне й ефективне лікування негоспітальної
пневмонії.

Ключові слова: антибактеріальна терапія, негоспіталь-
на пневмонія, антибіотикорезистентність.

UDC 616.24-002-08-039.57:615.281:614.255.4:316.356.2(048.8)
I. V. Andrusyshyna, V. O. Batashova-Galinska
THE OPTIMAL CHOICE OF ANTIBACTERIAL
THERAPY IN THE TREATMENT OF COMMUNITY-
ACQUIRED PNEUMONIA IN THE PRACTICE OF FAM-
ILY PHYSICIAN AND THERAPIST

The paper analyzes the latest recommendations of the
American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of
America regarding the selection of antibacterial therapy for the
treatment of non-hospital pneumonia, and also suggests the
principle of prescribing drugs, taking into account the trends
in the development of resistance in microorganisms. Also, con-
sidering the trends towards the development of antibiotic re-
sistance in bacteria, the use of antibacterial therapy requires
constant review. To do this, in this article, we turned to the
WHO AWaRe 2019 classification, which can be used to more
accurately select a safe and effective treatment for non-hospi-
tal pneumonia.

Key words: antibiotic therapy, community-acquired pneu-
monia, antibiotic resistance.

УДК 616.443+616.44+616.45

М. М. Перепелюк, канд. мед. наук, доцент,
О. В. Чехлова

ПОЄДНАННЯ СИНДРОМУ НЕЛЬСОНА І ФЕНОМЕНА «ПОРОЖНЬОГО ТУРЕЦЬКОГО СІДЛА» З ДИФУЗНИМ ТОКСИЧНИМ ЗОБОМ

Одеський національний медичний університет

Синдром Нельсона [1–3] —
тяжке ускладнення хірургіч-
ного лікування хвороби Іценка
— Кушинга методом двосто-
ронньої адреналектомії, що про-
являється тяжким лабільним
перебігом надниркової недо-
статності, гіперпігментацією
шкірних покривів і слизових
оболонки, наявністю аденоми
гіпофіза (кортикотропінома).
Клінічна картина зумовлена гі-
персекрецією кортикотрофами
пропіомеланокортину — по-
передника адренкортикотроп-
ного гормону (АКТГ) і мелано-
стимулюючого гормону (МСГ).
Частота розвитку синдрому

Нельсона, за даними різних ав-
торів, варіює від 10 до 80 % [4],
що, найімовірніше, зумовлено
варіабельністю інтерпретації
клінічних проявів і використо-
вуваних технічних діагностич-
них засобів.

Наводимо клінічне спосте-
реження синдрому Нельсона з
феноменом «порожнього ту-
рецького сидла» [1; 5] у поєд-
нанні з дифузним токсичним
зобом. До терапевтичного від-
ділення Центру реконструк-
тивної та відновної медицини
Одеського національного ме-
дуніверситету надійшла паці-
єнтка зі скаргами на вираже-
ну загальну слабкість, швидку
стомлюваність, запаморочен-
ня, головний біль, погіршення

пам'яті, нудоту, поганий апе-
тит, зниження маси тіла, поси-
лення пігментації шкірних по-
кривів, біль у м'язах ніг, вира-
жене серцебиття, емоційну ла-
більність, тремтіння в тілі, ру-
ках, поганий сон, задишку при
незначному фізичному наван-
таженні. Нинішнє погіршення
відзначає близько 2 міс., про-
тягом яких поступово з'явля-
лись і прогресували вищепи-
сані скарги.

З анамнезу з'ясовано, що в
1988 р. встановлено діагноз
хвороби Іценка — Кушинга,
тяжка форма. У 1989 р. проведе-
на лівобічна, а в 1990 р. — пра-
вобічна адреналектомія. З нада-
ної медичної документації ви-
явлено, що у 2005 р. встановле-

© М. М. Перепелюк, О. В. Чехло-
ва, 2020