

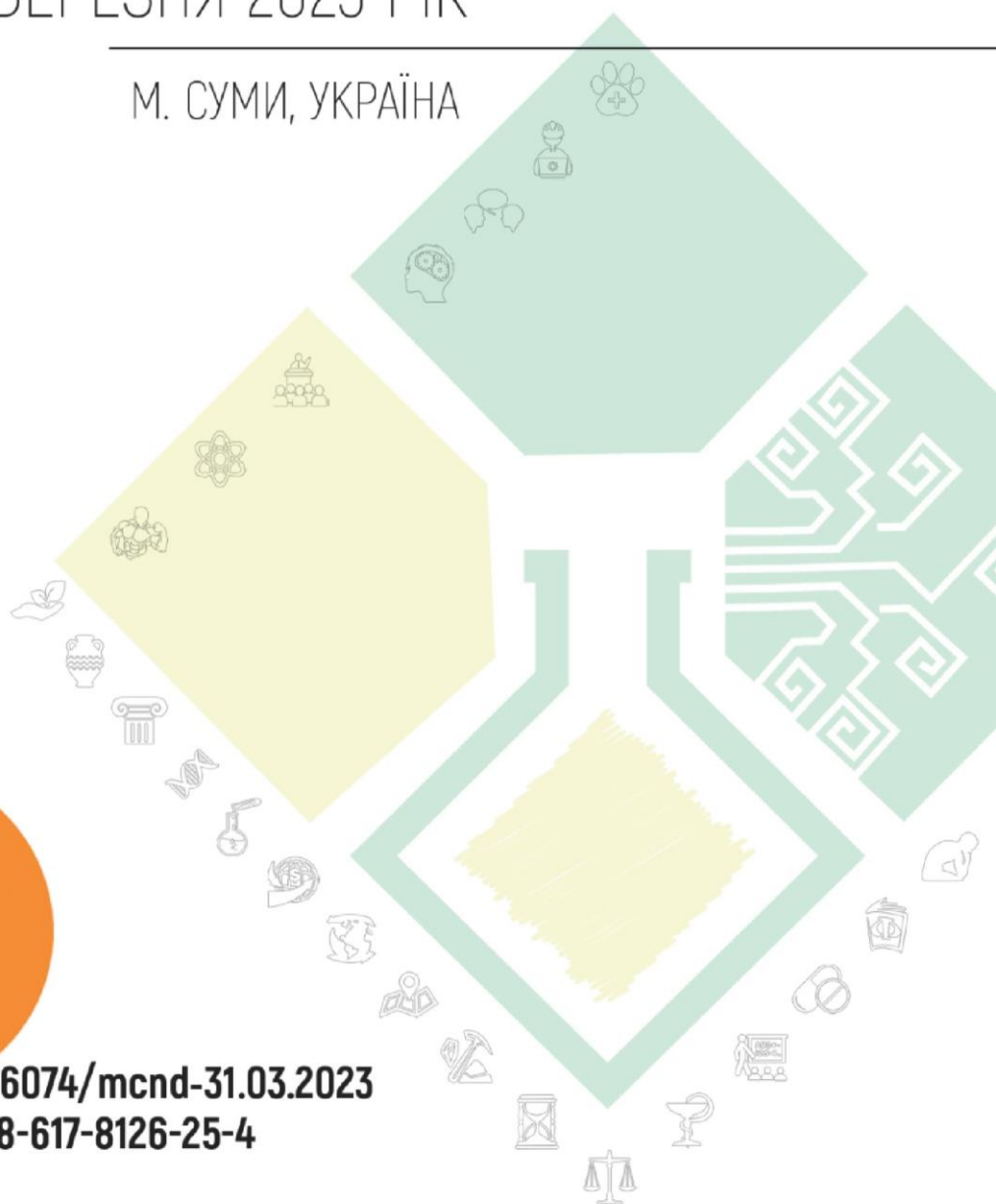
НАУКОВІ ТРЕНДИ ПОСТІНДУСТРІАЛЬНОГО СУСПІЛЬСТВА

I 31 БЕРЕЗНЯ 2023 РІК

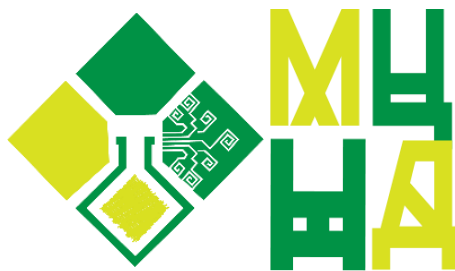
М. СУМИ, УКРАЇНА



DOI 10.36074/mcnd-31.03.2023
ISBN 978-617-8126-25-4



МАТЕРІАЛИ
IV Міжнародної
наукової конференції



Міжнародний Центр Наукових Досліджень

НАУКОВІ ТРЕНДИ ПОСТІНДУСТРІАЛЬНОГО СУСПІЛЬСТВА

| 31 БЕРЕЗНЯ 2023 РІК
м. Суми, Україна

Вінниця, Україна
«Європейська наукова платформа»
2023

УДК 001 (08)

<https://doi.org/10.36074/mcnd-31.03.2023>

Н 34

Організація, від імені якої випущено видання:

ГО «Міжнародний центр наукових досліджень»

Голова оргкомітету: Рабей Н.Р.

Верстка: Зрада С.І.

Дизайн: Бондаренко І.В.



Конференцію зареєстровано Державною науковою установою «УкрІНТЕІ» в базі даних науково-технічних заходів України та бюлетені «План проведення наукових, науково-технічних заходів в Україні» (Посвідчення № 54 від 17.01.2023).

Матеріали конференції знаходяться у відкритому доступі на умовах ліцензії Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License (CC BY-SA 4.0).

Наукові тренди постіндустріального суспільства: матеріали IV

Н 34 Міжнародної наукової конференції, м. Суми, 31 березня, 2023 р. / Міжнародний центр наукових досліджень. — Вінниця: Європейська наукова платформа, 2023. — 296 с.

ISBN 978-617-8126-25-4

DOI 10.36074/mcnd-31.03.2023

Викладено матеріали учасників IV Міжнародної спеціалізованої наукової конференції «Наукові тренди постіндустріального суспільства», яка відбулася 31 березня 2023 року у місті Суми.

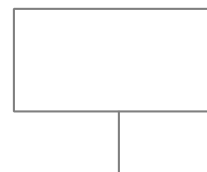
УДК 001 (08)

© Колектив учасників конференції, 2023

© ГО «Європейська наукова платформа», 2023

ISBN 978-617-8126-25-4

© ГО «Міжнародний центр наукових досліджень», 2023



ЗМІСТ

СЕКЦІЯ XXII.

МЕДИЧНІ НАУКИ ТА ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

АНАЛІЗ ЧАСТОТИ ВИНИКНЕННЯ ПОБІЧНИХ ЕФЕКТІВ ПІСЛЯ ВВЕДЕННЯ ДРУГОЇ ДОЗИ МРНК-ВАКЦИН MODERNA ТА PFIZER ЗА ДАНИМИ АНОНІМНОГО ОПИТУВАННЯ В ДИСТАНЦІЙНОМУ РЕЖИМІ **Науково-дослідна група:**

**Юрко К.В., Соломенник Г.О., Смагло Д.Д., Ємельянов І.С., Платонова Д.О.,
Винокурова О.М. 236**

ДІАГНОСТИКА РОЗВИТКУ ГОСТРОГО РЕСПІРАТОРНОГО ДИСТРЕС-СИНДРОМУ В ПОСТРАЖДАЛИХ З ТРАВМОЮ ГРУДНОЇ КЛІТКИ ТА ЛЕГЕНЕВОЮ КОНТУЗИЄЮ

Курсов С.В., Скоропліт С.М. 239

ДІАГНОСТИЧНІ ЗАХОДИ ПРИ ДОСЛІДЖЕННЯХ ГЛАУКОМИ В МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ ОФТАЛЬМОЛОГІВ

Павлюк К.С., Гайденок В.Є., Булига А.О. 242

ДОСЛІДЖЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ СИНДРОМУ КАРПАЛЬНОГО КАНАЛУ АБО ХВОРОБИ НОТТА ПІСЛЯ ДИСТАЛЬНОГО ЗАКРИТОГО ПЕРЕЛОМУ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ

Бадалов Заур Адалят огли 248

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ У ДИТИНИ

Гиря О.М., Ярцева М.О., Сіцінська Я.С. 250

ОСОБЛИВОСТІ ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ, ЩО ХАРАКТЕРНІ ХРОНІЧНІЙ ХВОРОБІ НИРОК

Науково-дослідна група:

Смагло Д.Д., Ємельянов І.С., Чорна Д.О., Дунаєва І.П. 253

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВПЛИВУ ДОНОРА СІРКОВОДНЮ ТА ПІРИДОКСАЛЬ-5-ФОСФАТУ НА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПАРАМЕТРИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Кравчук О.М. 255



ДІАГНОСТИКА РОЗВИТКУ ГОСТРОГО РЕСПІРАТОРНОГО ДИСТРЕС-СИНДРОМУ В ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ПАЦІЄНТАХ З ТРАВМОЮ ГРУДНОЇ КЛІТКИ ТА ЛЕГЕНЕВОЮ КОНТУЗИЄЮ

Курсов Сергій Володимирович

д-р. мед. наук, професор кафедри медицини
невідкладних станів та медицини катастроф
Харківський національний медичний університет, Україна

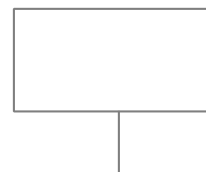
Скоропліт Сергій Миколайович

асистент кафедри медицини невідкладних станів та медицини катастроф
Харківський національний медичний університет, Україна

Вступ. Гострий респіраторний дистрес-синдром (ГРДС) – це небезпечний для життя стан, який характеризується недостатньою оксигенацією організму з критично швидким зменшенням еластичності легень. Патологія пов'язана з ушкодженням ендотелію капілярів і дифузним пошкодженням альвеол. Після розвитку ГРДС у пацієнтів зазвичай спостерігається різний ступінь вазоконстрикції в системі легеневої артерії та може розвинути легенева гіпертензія. ГРДС призводить до високої смертності, й існує небагато ефективних терапевтичних методів для полегшення цього вкрай небезпечного стану [1]. Частота розвитку ГРДС у пацієнтів з тяжкими травмами залишається значною, і при цьому ГРДС виникає приблизно в 10-30 % пацієнтів з травмами, що асоційовані з розвитком критичних станів, а частота інтубації трахеї у пацієнтів з травмою грудної клітки коливається від 25 % до 75 %, що в основному залежить від тяжкості травми, наявності фонового захворювання легень та від супутніх пошкоджень. Хоча й ГРДС, який зв'язаний з травмою, є відносно не частим фактором ризику виникнення смертельного результату в порівнянні з іншими причинами ГРДС, такими як сепсис, формування ГРДС завжди асоційоване із значним зростанням захворюваності й смертності у пацієнтів з травмою, незалежно від її тяжкості [2]. Серед патофізіологічних шляхів у формуванні ГРДС, розвиток якого зв'язаний з травмою, провідну роль відіграють активація місцевих та системних запальних механізмів в результаті активації вродженого імунітету, і тому клінічні прояви цього небезпечного стану здатні яскраво проявитися тільки після прихованого періоду часу в 24-48 год. Отже, у пацієнтів з травмами та забоем легень первісна оцінка може недостатньо враховувати тяжкість легеневого ушкодження, а стан хворого в процесі розвитку ГРДС може погіршитися протягом декількох годин або днів після госпіталізації [1, 4, 5]. Метою роботи став огляд можливостей раннього прогнозування та своєчасної діагностики розвитку ГРДС у постраждалих з торакальною травмою в умовах багатопрофільної міської лікарні екстреної медичної допомоги.

Матеріали і методи. Аналіз власного досвіду роботи у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії для пацієнтів з політравмою та інформації з сайтів для медичних професіоналів в Інтернеті.

Результати та їх обговорення. Відповідно до Берлінських дефініцій 2012 р. ГРДС у дорослих характеризується наступними ознаками: 1) пошкодженням легень з гострим початком, яке виникає протягом 1 тижня після явного клінічного ураження з



прогресуванням ознак респіраторної дисфункції; 2) наявністю двобічних затемнень при рентгенографічній візуалізації органів грудної клітки (ОГК), виникнення яких не можна пояснити іншою легеневою патологією; 3) наявністю ознак гострої дихальної недостатності (ГДН), виникнення якої не можна асоціювати зі значним зменшенням скоротливої здатності міокарда або зайвим рідинним навантаженням. Зменшення індексу оксигенації (PaO_2/FiO_2) при ГРДС поділяється на 3 ступеня тяжкості, кожний з яких відповідає певному ступеню тяжкості перебігу ГРДС: 1) помірної тяжкості – PaO_2/FiO_2 в межах 201-300; 2) середньої тяжкості – PaO_2/FiO_2 в межах 101-200; 3) тяжкий перебіг – $PaO_2/FiO_2 \leq 100$. Берлінське визначення потребує виміру PaO_2/FiO_2 в умовах створення позитивного тиску наприкінці видиху (PEEP) на рівні 5 см H₂O. Допоміжні ознаки, серед яких: визначення ступеня тяжкості за даними рентгенографії ОГК, величина легеневого комплаєнсу ≤ 40 мл/см H₂O, визначення PaO_2/FiO_2 в умовах PEEP 10 см H₂O та коригований об'єм видиху за хвилину ≥ 10 л не були визнані релевантними та такими, що віддзеркалюють рівень летальності, а тому були виключені з Берлінського визначення ГРДС 2012 р.[6-8].

При торакальній травмі найбільша частка випадків розвитку ГРДС асоційована з легеневою контузією. Легенева контузія є одним із найчастіших ушкоджень при тупих травмах грудної клітки. У різних дослідженнях поширеність легеневої контузії при тупій торакальній травмі коливається в межах 25-75%. Легенева контузія, в першу чергу, обумовлена пошкодженням альвеолярних судин без розриву легеневої тканини. Стан постраждалих повільно погіршується протягом перших 24-48 годин від отримання травми і призводить до витоку крові та рідини в альвеолярний простір, прилеглий до пошкодженої паренхіми. Наступний набряк в результаті запалення та активації гіпоксією капілярного витоку посилює пошкодження легеневої структури, що призводить до порушення вентиляції, перфузії та газообміну. Отже, надзвичайно часто маніфестація ГДН після формування легеневої контузії за часом відповідає розвитку ГРДС [3-5].

Рентген грудної клітки є найбільш часто використовуваним методом діагностики. Його інтерпретація може бути складною, оскільки анатомічні межі легенів не обмежують обсяг легеневої контузії. Деякі вогнища контузії можуть бути приховані наявністю пневмотораксу або гемотораксу. Ознаки легеневої контузії можуть не з'являтися на рентгенограмі грудної клітки відразу після травми із середньою затримкою в 6 годин, а іноді можуть бути помітними лише через 48 годин після травми. При підозрі на забій легенів рентген грудної клітки слід повторити через 12 годин після травми, оскільки рентгенологічні дані відстають від клінічних проявів і можуть бути пропущені на початкових знімках, зроблених безпосередньо після травми. Легка контузія виявляється на рентгенівському знімку грудної клітки у вигляді матового помутніння, а важке ураження може проявлятися у вигляді поширеної консолідації, яка маскується під пневмонію. Накопичення крові та набряк, частіше за все, стають очевидними через 24 години, що робить наявність забою очевидним при рентгенографічному дослідженні [4, 9]. Ми неодноразово спостерігали, що клінічні прояви легеневої контузії та ГРДС значно випереджають формування рентгенографічної картини патології. Пацієнти вже можуть мати величину показника PaO_2/FiO_2 , що не сягають 250, й навіть 200, і пацієнтам вже проводиться серйозна респіраторна підтримка, проте на рентгенівських знімках типові для ГРДС двобічні



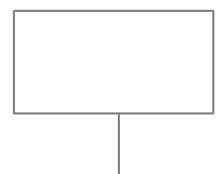
затемнення не визначаються. Також часто відсутні «матові» вогнища, що характерні для легеневої контузії. Всі ці зміни завжди добре визначаються при проведенні спіральної комп'ютерної томографії ОГК. Але в зв'язку з тим, що застосування спіральної комп'ютерної томографії часто обмежене правилами експлуатації обладнання, цей достатньо дорогий метод дослідження ще не може бути широко застосований для великого потоку пацієнтів. Виключення ж кардіального компонента в формуванні синдрому ГДН може бути здійснено на основі ЕКГ-дослідження, спостереження за рівнем центрального венозного тиску (ЦВТ) та реакції ЦВТ у відповідь на швидке проте не велике рідинне навантаження, на основі даних трансторакального ультразвукового дослідження та визначення вмісту серцевих тропонінів в плазмі крові. Всі ці методи оцінки функції серця та його пошкодження обов'язково мають бути застосовані не пізніше 48 годин від отримання травми.

Висновок. Своєчасна діагностика розвитку ГРДС в умовах торакальної травми потребує напруженого режиму клінічної діагностики з застосуванням багатьох інструментальних методів, і для правильного визначення тактики лікування має проводитися у відділеннях інтенсивної терапії з залученням багатьох фахівців в перші 24-48 годин від отримання травми.

Конфлікт інтересів. Не заявлений.

Список використаних джерел:

1. Diamond M., Peniston H.L., Sanghavi D. & Mahapatra S. (2022) Acute Respiratory Distress Syndrome. StatPearls. Last Update: February 6, 2023, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436002/>.
2. Ma X., Dong Z., Wang Y., Gu P., Fang J. & Gao S. (2021) Risk Factors Analysis of Thoracic Trauma Complicated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Observation of Curative Effect of Lung-Protective Ventilation. *Front. Surg.* (8), Article 826682. doi: 10.3389/fsurg.2021.826682.
3. Mistry R.N. & Moore J.E. (2022) Management of blunt thoracic trauma. *BJA education.* 22(11), 432 – 439. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2022.08.002>.
4. Rendeki S. & Molnár T.F. (2019) Pulmonary contusion. *Journal of Thoracic Disease.* 11 (Suppl.2), S141 – S151. <https://jtd.amegroups.com/article/view/25393/html>.
5. Ganie F.A., Lone H., Lone G.N., Wani M.L., Singh S., Dar A.M., Wani N., Wani S.N., & Nazzar N. (2013) Lung Contusion: A Clinico-Pathological Entity with Unpredictable Clinical Course. *Bull Emerg Trauma.* 1(1), 7–16. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4771236/>.
6. The British Thoracic Society & Intensive Care Society (2018) Guidelines on the Management of ARDS. The British Thoracic Society. July 2018, from <https://www.brit-thoracic.org.uk/qualityimprovement/guidelines/acute-respiratory-distress-syndrome-ards/>.
7. Fanelli V., Vlachou A., Ghannadian S., Simonetti U., Slutsky A.S. & Zhang H. (2013) Acute respiratory distress syndrome: new definition, current and future therapeutic options. *J Thorac Dis.* 5(3), 326–334. doi: 10.3978/j.issn.2072-1439.2013.04.05.
8. Chiumello D., Brochard L., Marini J.J., Slutsky A.S., Mancebo J., Ranieri V.M., Thompson B.T., Papazian L., Schultz M.J., Amato M., Gattinoni L., Mercat A., Pesenti A., Talmor D. & Vincent J-L. (2017) Respiratory support in patients with acute respiratory distress syndrome: an expert opinion. *Critical Care.* 21, 240–247. doi: 10.1186/s13054-017-1820-0.
9. Khan A.N. (2018) Thoracic Trauma Imaging. Medscape: Drugs & Diseases. [Updated Sep 12, 2018], from <https://emedicine.medscape.com/article/357007-overview#showall>.



НАУКОВЕ ВИДАННЯ

МАТЕРІАЛИ IV МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ

**«НАУКОВІ ТРЕНДИ
ПОСТІНДУСТРІАЛЬНОГО СУСПІЛЬСТВА»**
31 березня 2023 року ♦ Суми, Україна

Українською та англійською мовами

*Всі матеріали пройшли оглядове рецензування
Організаційний комітет не завжди поділяє позицію авторів
За точність викладеного матеріалу відповідальність несуть автори*

Підписано до друку 31.03.2023. Формат 60×84/16.
Папір офсетний. Гарнітура Cambria. Цифровий друк.
Умовно-друк. арк. 17,20. Замовлення № 375. Тираж: 100 примірників.
Віддруковано з готового оригінал-макету.

Контактна інформація організаційного комітету:

Міжнародний центр наукових досліджень
21037, Україна, м. Вінниця, вул. Зодчих, 40, офіс 103
Телефони: +38 098 1948380; +38 098 1526044
E-mail: mcnd@ukrlogos.in.ua

Видавець: Громадська організація «Європейська наукова платформа».
21037, Україна, м. Вінниця, вул. Зодчих, 18, офіс 81. E-mail: info@ukrlogos.in.ua
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи: ДК № 7172 від 21.10.2020.