

Матеріали і методи. Проаналізували 806 випадків ІМ, зареєстрованих упродовж 2010–2018 рр. у 749 пацієнтів. Середній вік пацієнтів (з урахуванням усіх випадків ІМ) становив $72,0 \pm 10,8$ року. Гендерна структура була такою: чоловіки – 538 (66,8%); жінки – 268 (33,2%). Q-ІМ зареєстровано в 486 (60,3%) випадках, не-Q-ІМ – у 320 (39,7%). Перенесений в анамнезі ІМ був у 210 (28,0%) із 749 пацієнтів (загалом зареєстровано 234/806 (29,0%) випадків повторного ІМ). Дані про стратегію лікування були доступними в 770 (95,5%) випадках.

Результати. Усього за період 2010–2018 рр. встановлено 401 (52,1%) ЧКВ (у тому числі 272 (35,3%) випадки коронарного стентування), а саме: 2010 рік – 38 (30,7%) зі 124 випадків; 2011 р. – 32 (33,7%) з 95; 2012 р. – 48 (46,2%) зі 104; 2013 р. – 44 (47,8%) із 92; 2014 р. – 58 (61,7%) із 94; 2015 р. – 52 (65,0%) із 80; 2016 р. – 45 (71,4%) із 63; 2017 р. – 45 (67,1%) із 67; 2018 р. – 39 (76,5%) із 51 (р для тренду $<0,001$). Упродовж 2010–2018 рр. 243 (52,6%) ЧКВ (з 462 випадків) проведено з приводу Q-ІМ: 18/67 (26,9%) випадків, 20/57 (35,1%), 31/66 (47,0%), 26/56 (46,4%), 46/76 (60,5%), 34/53 (64,2%), 22/29 (75,9%), 25/34 (73,5%) і 21/24 (87,5%) відповідно по роках (р для тренду $<0,001$). За той самий період (2010–2018 рр.) виконано 158 (51,3%) ЧКВ (із 308 випадків) із приводу не-Q-ІМ: 38/124 (30,6%) випадків, 32/95 (33,7%), 48/104 (46,2%), 44/92 (47,8%), 58/94 (61,7%), 52/80 (65,0%), 45/63 (71,4%), 45/67 (67,2%) і 39/51 (76,5%) відповідно по роках (р для тренду $<0,001$).

Висновки. За даними локального відомчого реєстру, впродовж 2010–2018 рр. спостерігали збільшення частоти виконання ЧКВ із приводу ІМ як серед пацієнтів у загальній вибірці, так і за обох типів ІМ.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ СПЛЕНЕКТОМІЇ З МЕТОЮ ЗАПОБІГАННЯ РОЗВИТКУ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ

Д. О. Жалдак, В. О. Стрілецька

«Сумський державний університет, медичний інститут», м. Суми, Україна

Актуальність. Щорічно в Україні проводиться близько 18 000 спленектомій (останні дані за 2015 рік – 18 917 операцій). Дисфункція або відсутність селезінки збільшує ризик розвитку загрозливих для життя інфекцій. Відомо, що 30% зареєстрованих генералізованих інфекцій припадає на перший рік життя після спленектомії та 50% – на перші два роки, переважно життєво небезпечні інфекції можуть траплятися в термін і понад 20 років після спленектомії, тому ризик їх вважають довічним. В Україні немає єдиних стандартів надання медичної допомоги таким хворим, тому актуальним питанням є розробка протоколів та рекомендацій, обов'язкових для виконання лікарями різних фахів.

Мета роботи – розробити медичну картку з графіком додаткових щеплень та антибіотикопрофілактикою для запобігання розвитку інфекційних ускладнень у пацієнтів, які перенесли спленектомію.

Матеріали і методи. Для розробки медичних карт ретроспективним шляхом на підставі аналізу зарубіжних наукових публікацій оброблено 349 випадків спленектомії, які закінчились розвитком сепсису після проведеної операції. Етіологічний чинник спленектомії та інфекційних ускладнень не враховувався. Для розробки медичних карт використано приклад європейських протоколів.

Результати. За результатами аналізу даних публікацій у 100% випадків було виявлено послідовність необхідних заходів запобігання інфекціям із вродженою, набутою та функціональною аспленією, які можна поділити на три основні групи: вакцинація, антибіотикотерапія та навчання пацієнтів, родичів і медичного персоналу. Базова вакцинація проти Ніб-інфекції входить у Національний календар щеплень в Україні та виконується відповідно до рекомендацій виробника з урахуванням віку пацієнта. В Україні рутинне введення вакцин проти менінгококів не передбачено Національним календарем. Наразі зареєстровано лише квадριвалентну вакцину «Менактра» (MCV4), яка вводиться і для первинної вакцинації, і для бустерних. Щеплення проти пневмококів також ще не входить у рутинний Національний календар, замість вакцини Pneumo23 (PPV23) доступними є лише Prevenar13 і Synflorix10, які охоплюють меншу кількість штамів, тому поступаються у питанні вакцинації когорти аспленічних хворих. За появи перших проявів системної інфекції всі аспленічні хворі мають терміново розпочати лікування самостійно або за допомогою медичного персоналу із застосуванням антибіотиків, спираючись на відомості протоколів або рекомендацій. За відсутності таких даних препаратами вибору мають бути захищені клавулановою кислотою форми амоксициліну або макроліди (рег ос), або ін'єкційні цефалоспорины. Пацієнтам і родичам слід доносити інформацію про необхідну тривалу хіміотерапію антибіотиками, зважуючи користь і ризики, для вироблення комплаєнсу та прихильності до терапії. Значною є обізнаність медичного персоналу про ризики сепсису в пацієнтів з аспленією для надання доцільної та правдивої інформації.

Висновки. Сьогодні існує необхідність написання національного протоколу з надання медичної допомоги хворим з анатомічною та функціональною аспленією, використовуючи досвід інших країн та обов'язкової видачі індивідуального посвідчення пацієнтам зі статусом аспленії. Нагальною потребою є також забезпечення цих хворих необхідними вакцинами, частина з яких недоступні на ринку в нашій країні, це допоможе знизити ризик інвазійних інфекцій. Створення відповідних реєстрів пацієнтів може суттєво поліпшити стан надання медичної допомоги таким хворим.