DOI: <https://doi.org/10.22141/2306-2436.10.1.2021.238580>

Проблеми і перспективи української медицини у боротьбі з коронавірусною інфекцією

ШАНОВНІ ЧИТАЧІ!

Проблеми, які ми порушували на сторінках попередніх номерів журналу, залишилися актуальними до сьогодні, а подекуди й поглибилися. Епідемія COVID-19 набула ще більших масштабів, вжитих заходів щодо її подолання виявилось вкрай недостатньо. Реформи в галузі медичної освіти, у тому числі й БПР, не завершені, їх помилки не виправлені, а деякі питання, наприклад, щодо діяльності клінічних кафедр та їх стосунків із закладами охорони здоров'я, залишилися не вирішеними навіть на рівні нормативного врегулювання. Тому ми знову повертаємося до наболілих тем.

Пропонуємо вашій увазі думки експертів, які висловлюють своє бачення вирішення згаданих проблем, і головне — мають конструктивні пропозиції, які у разі їх сприйняття державними інституціями допомо-

гли б докорінно змінити ситуацію. Також на сторінках нашого журналу ви ознайомитеся з деякими практичними аспектами лікування коронавірусної хвороби.

Увесь світ набуває досвіду в цих питаннях, вітчизняні фахівці також поділяться своїми напрацюваннями і спостереженнями. Сподіваємося на те, що наші публікації викличуть у вас інтерес і жваве обговорення. Запрошуємо до спілкування, дискусій і обміну думками щодо того, що сьогодні хвилює медичну й наукову спільноту. Ваша думка є цінною для нас.

*З повагою,
головний редактор журналу
академік НАН ВО України, професор
Олег Шекера ■*

ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ УКРАЇНСЬКОЇ МЕДИЦИНИ У БОРОТБІ З КОРОНАВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

ДЛЯ БОРОТБІ З ПАНДЕМІЄЮ ПОТРІБЕН ЄДИНИЙ КООРДИНАЦІЙНИЙ ЦЕНТР З ОСОБЛИВИМИ ПОВНОВАЖЕННЯМИ

Жахливі наслідки пандемії COVID-19 — результат не лише підступності самого вірусу, а й неготовності людства до зустрічі з агресором подібного масштабу. Нині настав час згадати ази виживання, тактику «бойових» дій і сувору виконавську дисципліну. Чи є для цього резерви, стратегія і головнокомандувач її реалізації та контролю?

Про це — наша розмова з Олегом Шекерою, в минулому військовим медиком, начальником медичної служби з'єднання, який має досвід ліквідації спалахів інфекційних хвороб під час бойових дій в Афганістані, а нині директором Інституту сімейної медицини НУОЗ України імені П. Л. Шупика, заслуженим лікарем України, доктором медичних наук, професором, магістром державного управління.

ВЗ Коронавірус увірвався в наше життя настільки стрімко, що вчитися боротися з ним доводиться на ходу.

Олег ШЕКЕРА, директор Інституту сімейної медицини НУОЗ України імені П. Л. Шупика, Заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор, магістр державного управління

— Так, вивчати вірус та його наслідки доведеться ще довго, однак Україна була не першою, хто з ним зустрівся. Хоч якийсь досвід світ вже набув, і нам необхідно його використовувати. Надзвичайні умови навіть змінили порядок рецензування наукових статей: нині матеріали аналізуються набагато швидше, оскільки вченим і фахівцям вкрай потрібні нові дані про особливості перебігу COVID-19. Українські лікарі — інфекціоністи, реаніматологи, фахівці інших спеціальностей, які мають справу з діагностикою та лікуванням хворих на COVID-19, вчасно реагують на ті зміни, які напроцьовуються їхніми колегами в країнах Європи, США тощо. До того ж вони вже мають власне бачення того, як діяти в тих чи інших обставинах. Інша справа — чи є у них усі необхідні для цього засоби й можливості (ліки, обладнання, умови роботи). На жаль, ні, тож держава має якнайшвидше забезпечувати їх всім необхідним. Адже число хворих зростає, стримувати натиск пандемії вдається лише завдяки карантинним заходам. Проте карантин не може тривати довго — на зміну йому потрібно виставити щит ефективної системи санітарно-епідеміологічного нагляду. А з цим у нас проблема. Таку систему в Україні було зруйновано. Тому нині не вистачає епідеміологів, кадрів у лабораторних центрах, тож виникають труднощі навіть із забезпеченням швидкої діагностики коронавірусу, стримується збільшення кількості проведення тестів. Не кажу вже

про те, що не вистачає кадрів для проведення епідрозслідування кожного випадку COVID-19, оперативного виявлення широкого кола контактних осіб, вжиття необхідних заходів у вогнищах розповсюдження інфекції тощо. Ми спостерігали приклад Китаю, де пандемію вдалося приборкати в стислі терміни не тільки тому, що були задіяні значні ресурси, а й завдяки військовій дисципліні, злагодженим діями усіх гілок влади й системи охорони здоров'я. Аби ми не зруйнували бодай те, що мали, нині було б набагато легше і владі, і медикам, і населенню.

ВЗ Чи можна орієнтуватися на досвід минулого, коли світ став зовсім іншим?

— Так, світ глобалізувався, мобільність населення зросла, інфекції значно легше долають кордони. Однак безпосередньо в епідемічному вогнищі як і раніше спрацьовує «класика жанру», тим більше, що усі країни нині самоізолювалися й вирішують проблеми за власними планами. Тому знадобиться будь-який досвід, якщо його можна використати сьогодні. Наприклад, під час служби у військовому з'єднанні в Афганістані мені довелося неодноразово організовувати заходи з подолання спалахів вірусних гепатитів, черевного тифу, малярії, холери. Ми також мали справу з нестандартними ситуаціями — високий рівень інфекційної захворюваності військових, обмежені можливості ізоляторів медичних пунктів, труднощі ранньої діагностики, а часто й поєднання інфекційних захворювань. Тож, наприклад, для покращення ранньої діагностики та врахування місцевих особливостей перебігу інфекцій ми розробляли детальні діагностичні таблиці. Користуючись ними, лікарі допускали вдвічі чи й утричі менше помилок. Я вважаю, що нині також потрібно розробити такі таблиці щодо діагностики COVID-19 — для лікарів загальної практики-сімейних лікарів, а також фахівців інших спеціальностей — алгоритми у повному обсязі цього не забезпечують. Адже на сьогодні маємо багато випадків, коли підозру щодо коронавірусу вони виявляють запізно, наражаючи пацієнтів на ризики розвитку ускладнень, а себе — на ризик інфікування. Так само «з минулого» можна винести ще один важливий урок — щодо необхідності створення потужної, добре оснащеної госпітальної бази для лікування інфекційних хворих. Наприклад, у Афганістані у періоди епідемічного підвищення захворюваності ми розгортали до 6000 ліжок, завдяки чому вдавалося обійтися без евакуації інфекційних хворих на територію Союзу і водночас забезпечити їм надання медичної допомоги в повному обсязі.

ВЗ Навряд чи в Україні вдасться так швидко розгорнути потужні госпіталі для лікування хворих на COVID-19, як у Китаї.

— А варто було б збудувати 4 інфекційні лікарні (від 500 до 1000 ліжок) на півдні, півночі, сході та заході країни, щоб не паралізувати всю систему надання медичної допомоги населенню. А після пандемії «за-

консервувати» їх на майбутнє. У такий спосіб вдалося б зекономити і централізувати кошти, вирішити питання з кадровими ресурсами. Натомість відсутність окремих «ковід-лікарень» сприяло занесенню інфекції в заклади, де таких пацієнтів не мало бути апріорі. Тому «зі строю» виходять цілі відділення та лікарні, де інфікується багато медперсоналу, а іноді й пацієнтів. Водночас я переконаний, що в кожній області України потрібно збудувати нові сучасні інфекційні лікарні. І починати потрібно сьогодні. Бо переважна більшість закладів цього профілю — у жакливого стані, там немає умов для лікування особливо небезпечних інфекцій. Коли з настанням пандемії по телебаченню почали показувати наші інфекційні лікарні, в усіх був шок. Населення жакнулося тому, в яких умовах доведеться лікуватися. Та й чим, власне, лікуватися, якщо у інфекційних лікарнях немає достатньо сучасного медичного обладнання. виправити становище — завдання номер один для влади всіх рівнів. Ще один виклик — необхідність широкомасштабного тестування хворих з типовою симптоматикою і особливо безсимптомних пацієнтів на ранній стадії з ретельним відстеженням контактів. При цьому маємо врахувати низький рівень достовірності експрес-тестів. А також подбати про сертифікацію місцевих лабораторій та їх взаємодію з центральною референс-лабораторією. На жаль, строкатим є й рівень їх оснащення, і якість підготовки кадрів, яких залучають до цієї роботи. Тестування має бути не заради тестування, а для того, аби розуміти причинно-наслідкові зв'язки, які допоможуть подолати пандемію. Наприклад, вкрай важливо виявляти безсимптомних хворих аби організувати вчасну їх ізоляцію. Інакше пандемія розтягнеться на довгі роки або ж спричинить такий пік захворюваності, з яким державна система охорони здоров'я взагалі не впорається.

ВЗ Часто суспільство сприймає такі прогнози як залякування.

— На жаль. Але розвиток і наслідки епідемій можна передбачити за допомогою математичних моделей, які враховують характеристики популяцій та ймовірність передачі хвороби. Достовірних даних для цього не вистачає в усьому світі. Україні ж не вистачає аналітики цифр, які щодня озвучуються щодо кількості тестованих, заражених, померлих, тощо — без встановлення причинно-наслідкових зв'язків між різними показниками неможливо виробити правильну тактику дій.

На сьогодні в Україні є всі передумови для розвитку епіdemії — наявність активних джерел інфекції, її переносників, а також сприйнятливих категорій населення, відсутність активного спротиву реалізації механізмів і шляхів її передачі, недостатня профілактична робота системи тощо. До того ж розвитку епіdemії сприяє чимало факторів, зокрема, значна щільність населення у великих містах, його висока мобільність (після знання карантину та відкриття кордонів вона знову відновиться й дасться взнаки), порушення санітарного режиму праці на виробництві, недостатній рівень санітарної культури громадян, незадовільна організація клінічної, лабораторної та санітарно-протиепіdemічної допомоги

населенню. Нині всі очікують вакцин від коронавірусу — це дійсно величезний і чи не єдиний шанс на приборкання пандемії. Але він не скасовує необхідності дотримання згаданих правил і виправлення допущених помилок. Людство занадто розслабилось у своїй безпечності і покладає надмірні надії на панацею. Водночас забуває про те, що існує безліч застережень і норм, які потрібно буде дотримуватися у новій реальності світу. Бо на зміну нинішньому смертельному вірусу може прийти інший коронований гість, якщо втратимо настороженість до інфекцій. А вчитися бути пильними під час епіdemії — це все одно що вчитися стріляти під час атаки.

ВЗ Чи мають належну настороженість медичні працівники?

— Ситуація дуже складна — в Україні кожен п'ятий інфікований COVID-19 — медичний працівник. І причин тому декілька. Передусім недостатнє забезпечення медперсоналу необхідними засобами індивідуального захисту особливо на початку епіdemії, а інколи й їх невідповідність належним вимогам якості. Аналітичні дашборди Кабінету Міністрів України свідчать про те, що наші лікарні в цілому забезпечені обладнанням на 71,2%, персоналом — на 76,7%, натомість засобами індивідуального захисту — лише на 59,4%. Прикро визнавати, але однією з причин високої захворюваності медиків є ще й неправильне використання ними ЗІЗ, а також порушення правил їх зберігання та утилізації. Раніше епіdemіологи проводили відповідні навчання й тренінги для медпрацівників, нині цими питаннями нікому займатися, а навички швидко забуваються, якщо їх не використовуєш. Тому персонал інфекційних відділень практично не припускається таких помилок, а ось інші фахівці... Ще одна причина — порушення маршрутизації пацієнтів та стандартів їх ведення, відсутність чіткого плану дій медичних закладів на випадок таких ситуацій. Захист медичного персоналу має стати пріоритетом для керівників та власників закладів, які повинні подбати й про інші речі, котрі рятують життя. Наприклад, доцільно вкоротити робочий день медиків — до 2-5 годин, аби вони уникали підвищеного вірусного навантаження. Недосипання, недоїдання, надмірні навантаження, втома — також союзники коронавірусу, тому це слід врегулювати в режимі роботи і в своєчасній (300 %) оплаті праці. Мобілізація бригад медпрацівників для вахтової роботи не повинна бути примусовою. Особливо важливо організувати чисті і «червоні» зони в стаціонарах, які прийматимуть пацієнтів з коронавірусом. Також доцільно припинити переміщення медичних працівників між закладами охорони здоров'я. І головне, негайно ухвалити закон про обов'язкове страхування медичних працівників.

ВЗ Ви озвучили цілий перелік питань, які потрібно вирішити «на вчора». Хто має бути генералом у війні з коронавірусом?

— Біда в тому, що питаннями охорони здоров'я у нас опікується безліч інстанцій. Крім органів державної влади, які й мають здійснювати управління галуззю, існує ще майже два десятки суб'єктів, наділених консультативно-дорадчими повноваженнями у сфері охорони

здоров'я. У кожного з них — власне бачення того, як вона має працювати, фінансуватися і реформуватися. Тому коли всі ці вектори ідей концентруються в одному епіцентрі, виникає землетрус, який спричиняє лише руйнацію системи. І так триває роками. Наглядачів і контролерів більше, а результати, як у приказці про сімох няньок і дитя без ока. Тому на питання, як діяти, я відповідаю однозначно: згідно з законом. Вітчизняне законодавство чітко регулює відносини у сфері захисту населення від інфекційних хвороб, покладаючи відповідальність за організацію й проведення профілактичних та протиепідемічних заходів (санітарної охорони території України, обмежувальних заходів стосовно хворих на інфекційні хвороби та бактеріоносіїв тощо) на органи виконавчої влади, місцевого самоврядування, державної санітарно-епідеміологічної служби, заклади охорони здоров'я, а також на громадян. Основний урок пандемії — це розуміння важливості організації системного підходу і науково обґрунтованих рішень. Якщо ж вони непередумані, половинчасті чи суперечать один одному (як це нині трапляється між розпорядженнями центрального та регіонального значення) — замість вирішення проблем розпорошують ресурси, а також довіру населення й медичних працівників. Приклади Китаю, Південної Кореї й Німеччини підтверджують ефективність системних заходів, що були вжиті одночасно як наступ на вірус «по всіх фронтах»: скринінг, відстеження контактних осіб, соціальна ізоляція, захист медперсоналу, реорганізація зон обсервації і лікарняних стаціонарів, інформування населення, підвищені вимоги до особистої гігієни, доступність до дезрозчинів і засобів індивідуального захисту тощо. Тобто всі дії мають бути одночасними, а стратегія — багатоплановою, мультисекторальною та міжвідомчою. Однак на сьогодні у нас відсутній єдиний координатор боротьби з пандемією, рішення якого були б обов'язковими для всіх рівнів влади і який би взяв на себе повноту відповідальності за результати. Оперативні штаби створювалися при Кабміні, МОЗ, РНБО, на рівні областей, але кілька координаторів — це не вихід. Не стоять осторонь процесу Мінфін, МВД, хоча у них лише окремі функції. Добре, що ситуацію особисто контролюють Президент та Прем'єр — міністр України, але у них безліч інших важливих справ, тому зобов'язувати їх відповідати ще й за цей напрямок занадто. Тож ідеальним варіантом було б створення на державному рівні (Указом Президента України) Центру ліквідації пандемії COVID-19, куди б ввійшли представники- професіонали усіх дотичних відомств та міністерств, громадських організацій або ж вони залучалися б за потреби. Повноваження на це отримує керівництво центру, його пропозиції оперативно мають затверджуватися на найвищому рівні й виконуватися. Не можна покладати відповідальність за ліквідацію на всіх потроху або тільки на МОЗ. Але «генерал» дійсно має бути один. Тоді не виникатиме ситуації, коли кошти на доплати медикам начебто пішли в регіони, але ніхто не відповідає, чи вони дійшли і на що витрачені. І карантинні заходи начебто впроваджуються центра-

лізовано, а під час виконання обертаються «парадом регіонів». Як вплине Міністр чи Головний державний санітарний лікар на місцеву владу? Тому тільки злагоджені дії усіх гілок влади й ланок системи охорони здоров'я під єдиним началом забезпечить перемогу у нелегкій війні з коронавірусом.

Світлана ТЕРНОВА, «ВЗ»

ЧОМУ ПЕРВИННА ЛАНКА НЕ СТАЛА ФОРПОСТОМ У БОРОТБІ З ПАНДЕМІЄЮ?

Первинка як «точка входу в систему» опинилася у дуже неоднозначному становищі. Туди радять звертатися всім з підозрою на COVID-19, але не зрозуміло, як контролювати непередбачувану хворобу онлайн. На сімейних лікарів покладають нові функції, але вони не захищені як «особливі підрозділи» і не мають доплат за додаткові ризики. Чи не стало це однією з причин хаосу в боротьбі з пандемією?

Первинна ланка – лише частина системи

ВЗ Нині на адресу первинної ланки лунають докори в тому, що вона самоусунулася від подолання епідемії. У чому полягає її «особлива» місія і чи дійсно вона з нею не впоралася?

Олег ШЕКЕРА, директор Інституту сімейної медицини НУОЗ України імені П. Л. Шупика, академік НАН ВО України, заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор, магістр державного управління

— Для подолання такого роду епідемії у кожній країні має бути створена цілісна система протидії, де роль кожного рівня й підрозділу має бути чітко визначена, і головне, «ув'язана» в алгоритм тісної взаємодії між ними. Якщо система охорони здоров'я країни розбалансована, сама «первинка» ніколи не вирішить цю проблему і навіть не зможе впоратися із завданнями, які на неї покладено згідно з нормативними документами. Як приклад, з 2017 року не прийнято закон України «Про первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини», який дає відповіді на значну кількість питань щодо діяльності «первинки». Але починати шукати відповідальних потрібно не з первинної ланки, а з вершини і з основи соціальної піраміди. Тобто з відповідальності громадян за власне здоров'я і дотримання рекомендованих правил, а також з керівництва держави та профільних інституцій, які відповідальні за своєчасність прийняття рішень, вибудованих не лише на фіксації статистичних даних, а й на прогнозах фахівців. Тему COVID-19 за останні 8 місяців озвучували всі кому не лінь. Дехто сподівався, що нам допоможе ультрафіолет або ще якесь диво. Нещодавно Верховна Рада України прийняла постанову про заходи протидії поширенню COVID-19 та захисту всіх систем життєдіяльності країни від негативних наслідків пандемії. Всі ці заходи слушні, але впроваджувати їх необхідно було на початку епідемії. Нагадаю: ще в березні-квітні я озвучував (зокрема, і в газеті «Ваше здоров'я») ідею

створення на державному рівні Центру ліквідації пандемії COVID-19, який очолить Президент України і куди б ввійшли представники-професіонали усіх дотичних відомств та міністерств, громадських організацій або ж вони залучалися б за потреби. Сьогодні нарешті усвідомили необхідність такого кроку, коли дійшли до точки неповернення (за словами профільного Міністра).

Так само ще у квітні ми говорили про необхідність створити 4 потужні інфекційні лікарні на півдні, півночі, сході та заході країни для лікування хворих на COVID-19 замість того, щоб їх розпорошувати по всіх лікарнях і перепрофілювати відділення, що може призвести до загального колапсу системи охорони здоров'я. У нас що, більше ніхто не хворіє на інші хвороби? Нинішні реалії змусили подбати про розгортання мобільних госпіталів, але на базі палаців та виставкових центрів. Це можна було б зрозуміти навесні, коли пандемія застала зненацька. Тепер ми вже запізнюємося на 8 місяців, тому потрібно негайно сконцентрувати сили та засоби для боротьби з пандемією і нарешті побудувати 4-5 потужних комплексних лікувальних центрів у кожному з регіонів держави на 1-1, 5 тис ліжок (в Ухані з набагато складнішим завданням впоралися за кілька тижнів!).

А надалі збудувати сучасні лікарні у кожній області. Поруч мають розміститися потужні лабораторно-діагностичні центри, а також 14 модульних обсерваційних комплексів (на кожен день інкубаційного періоду COVID-19), які одночасно «завантажуються» й «розвантажуються» пацієнтами, інфікованими одночасно. Необхідно передбачити службові приміщення для комфортного проживання медичного й обслуговуючого персоналу при вахтовому методі роботи, облаштувати вертолітні майданчики — не для можновладців, а для доставки хворих і лікарів з будь-якого регіону України. Тобто необхідно створювати інфраструктуру не на один рік. Згідно з постановою ВР України від 20 жовтня 2020 року, ми тільки збираємося робити щось подібне, але виділених на це коштів вкрай недостатньо (лише 600 млн грн.).

Сімейний лікар не отримує вичерпної інформації

ВЗ Міжвідомча співпраця передбачає тісну взаємодію різних державних служб та інституцій. Натомість на разі вона «кульгає» навіть всередині системи охорони здоров'я. Чому?

— Бо й досі не відбулося інтеграції амбулаторної та стаціонарної ланок. Не кажу вже про злагодженість в обміні інформацією під час епідрозслідувань. По-перше, їх мають проводити навчені для цього фахівці — епідеміологи, а не сімейні лікарі. Тож із самого початку потрібно було б залучити до епідрозслідувань максимум спеціалістів, які свого часу працювали в системі СЕС і мають досвід роботи у вогнищах епідемії, стимулювавши їх високими зарплатами та соціальними пакетами. Водночас в екстреному режимі необхідно підготувати для них помічників. По-друге, сімейні лікарі після реформи не працюють за принципом дільниць, які давали змогу контролювати ситуацію, знати всіх пацієнтів дільниці та відстежувати контакти між ними.

Сьогодні пацієнт сімейного лікаря може мешкати поряд з інфікованою особою, яка обрала собі зовсім іншого лікаря, або живе в іншому районі, регіоні, таким чином сімейний лікар не може впливати на епідпроцес і на реальну епідситуацію, оскільки відстеження контактів для нього є проблематичним. До того, він навіть не отримує вичерпної інформації про хворих і особливо контактних осіб від відповідних служб (їх ліквідували).

У цілому система ліквідації надзвичайних ситуацій, якою і є пандемія, у нашій державі розбалансована, кожен працює самостійно, а результати ми бачимо.

Де обіцяна телемедицина?

ВЗ Уявімо, що чітка система нарешті з'явилася. Які функції перебирає на себе первинка?

— Її роль найважливіша на етапі раннього виявлення хворих. Також сімейні лікарі повинні вести пацієнтів з підозрою та легкою формою COVID-19. У чинному протоколі вказано, які призначення здійснювати у таких випадках. Але по телефону (а саме в такому режимі сімейні лікарі можуть консультувати згаданих пацієнтів) дуже важко, а часто й неможливо визначити межу між легким, середнім та тяжким перебігом цієї підступної й непередбачуваної хвороби. Та й пацієнти не завжди задоволені таким режимом спілкування, однак приймати їх в амбулаторії означає наражати на ризик лікаря й інших пацієнтів. А виклики додому в таких випадках необхідно категорично заборонити, оскільки, окрім маски, у сімейних лікарів немає належного захисту. Вважаю, що слід нарешті згадати про обіцянки широкого запровадження телемедицини, аби сімейні лікарі могли консультуватися з профільними фахівцями щодо ведення складних хворих. Звичайно, це має бути не «через знайомого», необхідно створити експертні групи за різними напрямками надання медичної допомоги, аби сімейні лікарі постійно контактували з ними. І це стосується не лише хворих на COVID-19, адже на первинці з'являється дедалі більше пацієнтів із хронічними захворюваннями — через «відкладені» звернення. Бо які б гарні директиви (алгоритми) не надсилали сімейному лікарю, це лише шаблони, натомість у кожного хворого виникають свої особливості перебігу хвороби. До того ж сімейний лікар — єдиний, хто сам працює в мультидисциплінарно-му режимі, і знати все й про все він не може.

Пацієнт – в інтернеті, лікар – в режимі 24/7?

ВЗ За три останні місяці українці підписали майже півмільйона нових декларацій із сімейними лікарями. Зросла довіра до первинки чи нагальніша потреба в направленнях та лікарняних?

— І те, й інше. У будь-якому разі це означає, що навантаження на сімейних лікарів ще більше зросло. Я спілкуюся з колегами з різних регіонів, які здебільшого приймають в амбулаторії по 30 – 40 хворих на день, і ще приблизно таку ж кількість дзвінків для консультацій — практично у цілодобовому режимі. Нарешті збулася мрія попередніх реформаторів — затребуваність «свого» лікаря 24/7! Тепер вже навпаки радять зайве його не турбу-

вати, але ж у пацієнтів вибір? Швидка відмовляє, якщо загрози життю немає, невідкладної допомоги апіорі не існує. Життя засвідчило, що реформа, яку «написали на коліні», не дала очікуваного результату і викликала незадоволення людей при першому ж серйозному випробуванні. А вплив пацієнтів на первинку й надалі зростатиме, як і ступінь тяжкості їх стану — до стаціонарів уже потрапляють тільки тяжкі хворі, йдеться про близьку перспективу їх «тріажу». Виходить, що й випадки середньої тяжкості доведеться лікувати по телефону? Адже місць для госпіталізації вже недостатньо, «швидка» радитиме звернутися до сімейного лікаря — коло знову замкнеться на ньому. За часів Супрун було знищено систему невідкладної допомоги, тепер ми пожинаємо наслідки й робимо спроби щось відновити, але часу на це потрібно більше, ніж на руйнацію. Тому пацієнтам і надалі радитимуть вимірювати сатурацію, дослухатися до дихання, не ходити в аптеку й магазин (а як жити, коли соціальні служби не задіяні до підтримки хворих?) і при цьому не панікувати, ізолюватися в окрему квартиру чи кімнату (чи в багатьох є така можливість?). А ще проаналізувати симптоми коронавірусу за шкалами в інтернеті, тобто по суті стати експертом, аби зрозуміти: викликати «швидку» чи сімейного лікаря. Та чи й прийде він, якщо не має ні часу, ні належних засобів захисту?

Охочих працювати з COVID-19 обмаль

ВЗ За період пандемії з галузі звільнилися тисячі працівників, але в ЕСОЗ додатково зареєструвалося майже 1,5 тис сімейних лікарів. Ситуація з кадрами на первинці покращилася?

— З первинки так само звільняються лікарі. Йдуть працювати у приватні клініки, які не задіяні до надання допомоги хворим на COVID-19. Якщо є окремі «острівки», то за величезні гроші, і це, як то кажуть, не робить погоди у вирішенні проблеми на рівні держави. Приватні клініки не зацікавлені надавати такі послуги, бо присутність хворих на COVID-19 «відлякує» інших клієнтів. Натомість сімейні лікарі можуть розраховувати там на більшу зарплату й менше навантаження та ризики інфікування.

Бо той, хто розробляв чинні нормативи навантаження на сімейних лікарів, про них взагалі не думав. Та й навряд чи сам працював на цьому рівні медичної допомоги, аби зрозуміти ситуацію зсередини. Тому такі недолугі у нас реформи. Зараз, коли після прийняття нової постанови сімейних лікарів змусять виїздити до хворих з COVID-19 у складі медичних бригад (водій плюс лікар загальної практики), відтік кадрів може значно посилитися. Особливо якщо не буде належного захисту та інших соціальних гарантій. Щоправда, постановою передбачено, що у разі дефіциту кадрів до роботи таких бригад можуть залучатися медичні працівники інших спеціальностей (після курсу перепідготовки), однак прогноую, що черги не вишикуються. Як і на роботу в COVID-відділеннях. Після оголошення наміру МОЗ залучати до такої роботи інтернів та студентів старших курсів медичних вишів (навіть ініціюється скорочення терміну їх навчання і видача дипломів за пришивдше-

ною процедурою) ми провели опитування інтернів нашого інституту. Так ось, охочих пристати на таку позицію серед них виявилось лише 7 %, що свідчить про недовіру молодих медиків до системи й держави, особливо щодо забезпечення належними умовами праці. Досі не запровадили страхування для медиків — хто ризикуватиме життям за красиві слова подяки? Хоча й їх не завжди дочекаєшся, більше закликають скаржитися на лікарів на гарячі лінії, яких дедалі більше, і вони дійсно перетворюються на бюро для подання скарг. Адже там пацієнт не отримує професійних консультацій щодо лікування, максимум вкажуть куди звернутися і куди поскаржитися, а далі — твій клопіт.

Помилковий принцип фінансування не виправлено

ВЗ МОЗ України анонсувало намір внести зміни до наказу № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги». За рахунок чого його розширять?

— До переліку послуг на первинці планується додати відбір матеріалу для тестування на COVID-19 й проведення експрес-тестів сімейними лікарями. Але окрім цього на них перекладають дедалі більше інших функцій, зокрема, ведення амбулаторних туберкульозних хворих, пацієнтів з психічними розладами, на часі зростання кількості щеплень, у тому числі й проти грипу. НСЗУ своєю чергою обіцяє посилити моніторинг за якістю наданих послуг. При цьому капітаційну ставку збільшили лише на 51 грн. Чи вплине це на оплату праці? Ні. Тим більше, що зараз далеко не всі сімейні лікарі отримують обіцяні високі зарплати. Є показові приклади, але реформи мають призводити до системних змін, коли підвищення доходів стосується всіх, хто працює добре. До того ж в основу реформованої системи закладено хибний принцип. Основне завдання сімейного лікаря — профілактика, запобігання захворюванням, і саме за це йому повинні платити (чим більше здорових людей — тим більший дохід). Натомість в Україні пішли іншим шляхом: чим більше пацієнтів, тим більше коштів. Чи можна це назвати курсом на збереження здоров'я населення?

ВЗ Захворюваність на коронавірус в Україні продовжує стрімко зростати, що, на вашу думку, потрібно зробити?

— Я вже сказав про необхідність будівництва інфекційних лікарень за межами міст та створення там сучасних умов для персоналу й пацієнтів. А також про потребу залучити до роботи фахівців, які мають досвід роботи у вогнищах інфекційних захворювань. Щодо карантину вихідного дня, то це обмежений превентивний крок, яким не вдасться перервати інфекційний ланцюг. Необхідно запроваджувати «жорсткий» карантин на всій території держави, подобається це комусь, чи ні. У нас надзвичайно багато хворих і недостатньо медичних працівників, аби з цим впоратися. І головне — державні ресурси, які виділяються на боротьбу з COVID-19, необхідно взяти під жорсткий контроль!

Світлана ТЕРНОВА, «ВЗ»

ПРОТОКОЛ «ПОСТКОВІДНОЇ» РЕАБІЛІТАЦІЇ Є, ПАКЕТА НЕМАЄ – ПАЦІЄНТИ СТАНУТЬ «НЕЛЕГАЛАМИ»?

Лише за офіційною статистикою на COVID-19 уже перехворіло понад 2,2 млн українців. Пацієнти з тяжким, а часто і з середньої важкості перебігом хвороби потребують реабілітації. Нарешті в Україні було розроблено та затверджено відповідний протокол. Що він передбачає, хто і як його втілюватиме на практиці й чи можливо це за відсутності фінансування з боку НСЗУ?

Чинні пакети не охоплюють деяких напрямків реабілітації

Володимир ГОЛИК, доцент кафедри фізичної та реабілітаційної медицини НУОЗ України імені П. Л. Шупика, консультант відділення фізичної та реабілітаційної медицини КНП «Міська клінічна лікарня № 4» Дніпровської міської ради, член правління ГО «Українське товариство фізичної та реабілітаційної медицини», Голова Правління ГО «Всеукраїнське товариство нейрореабілітації», кандидат медичних наук

ВЗ Чому виникла ідея напрацювати окремий протокол і пакет реабілітації для постковідних пацієнтів?

— Про необхідність таких кроків лікарі інфекціоністи, анестезіологи та інші фахівці, які займалися лікуванням пацієнтів з коронавірусною інфекцією, заявили ще на старті активної фази пандемії в Україні. Бо вже тоді суттєвою проблемою багатьох врятованих від COVID-19 пацієнтів були тривалі порушення функції легень й потреба в кисневій підтримці, знерухомленість та значна втрата витривалості. Основні ж проблеми у відновному періоді виникали з функціонуванням дихальної та серцево-судинної систем.

Водночас після COVID-19 дуже часто загострюються хронічні захворювання — вони перебігають агресивніше і також можуть зумовити несприятливі наслідки. Зважаючи на організаційний аспект питання (офіційну можливість практичного надання реабілітаційної допомоги за наявними пакетами медичних гарантій) вона фактично надавалася за пакетами «Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи» — за наявності будь-яких неврологічних ускладнень та «Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату» — у разі проблем з боку опорно-рухового апарату. Ускладнення в плані психічного здоров'я, які також дуже часто виникають після коронавірусної інфекції, підпадали під дію пакетів медичних гарантій з надання психіатричної допомоги. Інша ситуація виникала, коли у пацієнта домінували дихальні або кардіологічні проблеми, для яких відповідних реабілітаційних пакетів не було передбачено.

До того ж реабілітаційна складова залишилася «за кадром» офіційних вимог до так званих ковід-пакетів (хоча, наприклад, вона традиційно передбачена в пакеті допомоги при гострому інсульті тощо). При тому, що вона необхідна впродовж перебування пацієнта у відділенні інтенсивної терапії, коли триває киснева

підтримка — загальний результат лікування залежить у тому числі й від запобігання знерухомленості, проведення дихальних та інших вправ (навіть якщо пацієнт перебуває на ШВЛ).

У «гострому» ковід-пакеті немає жодних згадок про необхідність та можливість реабілітаційних втручань.

ВЗ В Україні вже вибудували певну систему надання медичної допомоги при коронавірусній інфекції. Але куди йти пацієнтам після завершення лікування?

— Аби закрити ці «пробіли», й необхідно було створити нормативне підґрунтя для подальшого налаштування відповідної складової системи реабілітації. Тож МОЗ України створило робочу групу, до складу якої ввійшло багато фахівців, котрі займаються лікувальною роботою, також були долучені фахівці з реабілітації, які розуміються в сучасному наданні реабілітаційної допомоги та, головне, надають її на практиці.

Метою роботи цієї групи було напрацювання проекту стандарту реабілітації та його затвердження. Такий стандарт потрібний для НСЗУ, аби надалі в правовому полі уможливити фінансування надання реабілітаційної допомоги в рамках нового пакета. Центром створення цих рекомендацій були фахівці з реабілітації, їхні напрацювання підтримали медичні працівники, які входили до складу групи. В такий спосіб було створено Протокол надання реабілітаційної допомоги пацієнтам з коронавірусною хворобою (COVID-19) та реконвалесцентам. Він містить кілька компонентів, які стосуються роботи кожного фахівця з реабілітації — члена мультидисциплінарної реабілітаційної команди. Протокол ґрунтується на міжнародних документах з реабілітаційної допомоги при корона вірусній інфекції та адаптований до практичного використання в умовах України.

Відповідно до офіційних даних реабілітація необхідна 100 % пацієнтів, які перенесли коронавірусну хворобу у тяжкій формі. За визначенням ВООЗ, це всі, хто потребував інтенсивної терапії й кисневої підтримки.

Які фахівці потрібні постковідному пацієнту

ВЗ Дехто нарікає на те, що в цій команді немає інфекціоністів, пульмонологів та інших спеціалістів, які мають спостерігати за подальшим станом хворого після основного лікування.

— У всьому світі до мультидисциплінарної реабілітаційної команди входять фахівці саме напрямку реабілітації, які повинні мати відповідні компетентності. На цьому наголошує й ВООЗ. Тобто формуванням такого складу команди ми лише синхронізували нашу систему координат з міжнародною. До того ж вона вже закріплена в Україні на законодавчому рівні — з прийняттям Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я».

Відповідно єдиним лікуючим лікарем в після гострий та довготривалий реабілітаційні періоди є лікар фізичної та реабілітаційної медицини (лікар ФРМ). І саме він очолює мультидисциплінарну команду, до складу якої входять не лікарі-спеціалісти, а фахівці з реабіліта-

ції з вищою, але немедичною освітою у сфері охорони здоров'я — фізичний терапевт, ерготерапевт, терапевт мови і мовлення (нині поки що логопед), фахівці психічного здоров'я, асистенти терапевтів. Тому критика затвердженого нами складу мультидисциплінарної команди ґрунтується швидше на недостатньому розумінні сучасної системи надання реабілітаційної допомоги.

Тим більше, що десятиліттями в Україні формувалися традиції, під кутом зору яких реабілітацією вважали не зовсім ті речі, які вкладені в це поняття у світі.

Де межа між лікуванням і відновленням?

ВЗ Можливо, лікарі просто побоюються, що їхні пацієнти в «руках» реабілітологів залишаться без кваліфікованого медичного нагляду?

— Реабілітація коронавірусної хвороби поділяється на три періоди:

- гострий,
- післягострий,
- тривалий.

Починаючи з післягострого періоду за медичну складову відповідає лікар ФРМ. Звичайно, є побоювання, що він не впорається з повним комплексом проблем такого пацієнта. Тому новим законодавством передбачено надійний запобіжник: відповідальність на лікаря ФРМ переходить лише тоді, коли пацієнт не потребує цілодобового догляду лікаря-спеціаліста. Тобто доки стан хворого нестабільний і його потрібно ретельно цілодобово контролювати, це етап гострої реабілітації. Відповідно, лікуючим лікарем пацієнта впродовж цього періоду є той, хто займається його лікуванням від самого початку — лікар внутрішньої медицини, лікар-інфекціоніст, кардіолог, пульмонолог тощо. У такий спосіб вирішується питання взаємодії фахівців і, що найголовніше, — питання якості допомоги та безпеки пацієнта.

Коли хворому вже не потрібне цілодобове спостереження відповідного лікаря-спеціаліста, відповідальність за нього перебирає на себе лікар ФРМ. Він продовжує повний обсяг призначень, які були надані пацієнту впродовж гострого періоду. Реабілітаційна допомога спрямована на підвищення витривалості до навантажень, зміцнення як фізичних, так і психологічних можливостей людини. Таке «тренування» не можуть взяти на себе ні імунологи, ні пульмонологи чи кардіологи.

ВЗ Чи передбачена протоколом реабілітація пацієнтів, у яких після коронавірусної хвороби виникли психологічні проблеми?

— Це питання обговорювали під час напрацювання протоколу, оскільки зафіксовано суттєве збільшення депресивних і суїцидальних випадків після COVID-19. Але наразі існує низка пакетів медичних гарантій для надання психіатричної допомоги, у рамках яких працюють усі необхідні фахівці психічного здоров'я (психологи, психотерапевти, лікарі-психіатри тощо).

Якщо виникне потреба в реабілітації психічного здоров'я, то її може бути надано за згаданими пакетами. Чогось окремого прописувати не потрібно. Єдине — слід вирішити питання маршрутизації таких пацієнтів.

Без пакета реабілітація проводитиметься «нелегально»?

ВЗ Протокол затверджено. Коли чекати відповідного пакета?

— Одночасно зі створенням протоколу робоча група напрацювала проекти пакета медичних гарантій із надання реабілітаційної допомоги пацієнтам після коронавірусної інфекції. Цей проект був спрямований саме на усунення «пробілів», обумовлених відсутністю легеневої та кардіологічної складової в чинних пакетах реабілітації, але з урахуванням наслідків і ускладнень COVID-19. Тобто специфікою нового пакета було те, що «вхід» до нього отримували лише пацієнти після COVID-19. Проект було офіційно подано до МОЗ та НСЗУ, інших органів виконавчої влади. Однак останньою точкою в листуванні з цього приводу був лист від Мінфіну, у якому повідомлялося: для запровадження пакета потрібно використати ресурси в рамках чинного фінансування.

ВЗ Тобто реально це відмова. І що робити пацієнтам?

— Насправді в будь-якому закладі охорони здоров'я, де функціонує адекватне реабілітаційне відділення, допомогу таким пацієнтам надавали та надають, але «під дахом» діагнозів, які є легітимними для двох чинних пакетів.

Теоретично реабілітаційне відділення може надавати допомогу за будь-якими напрямками, але коли хтось за це платитиме. Поки що не платять...

У будь-якому разі позитив затвердження протоколу очевидний. Головне, що він стосується не тільки післягострого та тривалого реабілітаційних періодів, що допомагає вибудувати чітку систему координат для організації гострої реабілітаційної допомоги. Тобто тепер фахівці з реабілітації мають приходити до реанімаційного відділення, забезпечувати позиціонування пацієнта, зменшуючи його знерухомлення тощо. Так мало бути давно. Усе це відбувається в рамках чинного COVID-пакета, хоча в ньому й не прописана наявність фахівців з реабілітації.

ВЗ Чи прораховували в робочій групі попередню вартість пакета постковідної реабілітації?

— Ні. Де-факто це системне питання, оскільки обрахунки собівартості реабілітаційної і медичної допомоги принципово відрізняються. Перші потребують застосування іншої моделі, ніж та, що зараз використовується НСЗУ для тарифоутворення в реабілітації. Стратегічно важливим є факт, що реабілітація у сфері охорони здоров'я вперше в історії України почала оплачуватись окремо від нереабілітаційної допомоги. У рамках напрацювання комплексу підзаконних нормативних актів для введення в дію Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» змінюватиметься парадигма обрахунків реабілітаційної допомоги.

Чи впораються заклади з потоком пацієнтів?

ВЗ Уявімо, що реабілітаційний пакет затверджено. Чи багато закладів могли б відповідати його вимогам, особливо щодо наявності всіх необхідних фахівців?

— Зазвичай багатопрофільні заклади, які надають реабілітаційну допомогу за двома чинними пакетами,

спроможні надавати їй і з іншими напрямками (легенева та кардіологічна реабілітація). Наразі кількість таких закладів збільшилася: у 2021 році на цей вид допомоги законтрактувалося 285 надавачів, що практично на 60 більше ніж торік. Тож проблем із цим не виникне.

Вимоги НСЗУ щодо наявності фахівців тепер жорсткіші, але поки що їх виконати не дуже складно, зважаючи на вигідне співвідношення необхідної кількості фахівців і осіб, яким надається реабілітаційна допомога. А з часом заклади «підтягнуть» нові резерви.

ВЗ Нині на громадському обговоренні перебуває проєкт постанови Уряду «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я». Що вона передбачає й наскільки зрушить з місця згадані питання?

— Ця постанова містить три нормативні документи: Порядок організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я, Типове положення про реабілітаційне відділення, підрозділ та Типове положення про мультидисциплінарну реабілітаційну команду. З їх прийняттям вдасться чітко структурувати систему реабілітації, визначити навантаження на фахівців з реабілітації (відповідно й прорахувати реальну потребу в них), визначити, яку допомогу надаватимуть населенню й за яким маршрутом, а також за якими принципами її фінансуватимуть. Тому ці документи мають бути якнайшвидше прийняті Урядом й впроваджені в практику.

ВООЗ розроблено безкоштовний онлайн тренінг щодо надання структурованої мультидисциплінарної реабілітаційної допомоги при коронавірусній інфекції. Він доступний у відкритому доступі, тож усі можуть долучитися до його проходження.

Світлана ТЕРНОВА, «ВЗ»

ЧИМ НЕБЕЗПЕЧНИЙ SARS-COV-2 ДЛЯ НИРОК?

Що потрібно контролювати, як і коли, аби зберегти здоров'я нирок після COVID-19, і чи насправді ця хвороба може бути фатальною нирковими ускладненнями? Сьогодні відомо, що вірус SARS-CoV-2 уражує передусім залозисті органи, тож, нирки дійсно під загрозою. Але, чи відрізняється цей вплив від того, який зазвичай справляють інші вірусні інфекції?

Про це «ВЗ» розпитала лікаря-нефролога, Заслуженого лікаря України, завідувача кафедри нефрології та нирково-замісної терапії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, президента Української асоціації нефрологів/дитячих нефрологів Дмитра ІВАНОВА.

ВЗ Коли з'явилися перші вакцини від COVID-19, стало значно спокійніше. Натомість виникли нові питання: чи всім потрібно щепитися, чи не обернеться вакцинавання додатковими медичними ризиками?

Дмитро ІВАНОВ, Заслужений лікар України, завідувач кафедри нефрології та нирково-замісної терапії Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, президент Української асоціації нефрологів/дитячих нефрологів

— Відповідно до тих знань, якими володіє сучасна імунологія: вакцинувати необхідно людей, імунна система яких не здатна самостійно чинити опір вірусній інфекції. Йдеться про людей, які або мають до цієї вірусної інфекції дуже низький рівень антитіл, або не мають їх зовсім.

Отже, перед щепленням потрібно зробити відповідний аналіз (на антитіла IgG до S-білка коронавірусу SARS-CoV-2), аби дізнатися титр антитіл у крові людини.

Найважливішими для діагностики антитіл до COVID-19 є антитіла IgG до двох білків коронавірусу: білка N і білка S.

Існують певні референтні значення щодо кількості антитіл. Якщо показник дорівнює або перевищує цей рівень, це означає, що захисних сил організму достатньо, аби чинити спротив хворобі. Тож вакцинуватися в такій ситуації щонайменше немає сенсу.

Натомість будь-яка вакцина сама по собі містить ризики підвищеної імунної відповіді. А це вже може бути небезпечним для здоров'я людини.

Якщо ж титри антитіл низькі, незалежно від того, хворіла людина клінічно чи ні (адже часто хвороба перебігає асимптомно. Відомо, що певна частина пацієнтів перехворіла на коронавірусну інфекцію без жодного прояву), тоді вакцинація дійсно показана.

ВЗ Чи є якісь переваги одних вакцин перед іншими щодо використання у пацієнтів із захворюваннями нирок?

— Усі міжнародні рекомендації, чинні сьогодні, свідчать про те, що люди із хронічною хворобою нирок мають вакцинуватися так само, як і люди у загальній популяції!

Це пов'язано із сумним фактом: найбільша частка у структурі смертності від COVID-19 належить саме пацієнтам, які перебувають на нирковозамісній терапії. Тобто серед усіх груп високого ризику фатального прогнозу щодо перебігу COVID-19 найуразливішими виявилися саме люди, які мають хронічну ниркову патологію, яка завжди характеризується одночасним ураженням серцево-судинної системи.

З огляду на ці дані Європейська асоціація нирок — Європейська асоціація діалізу та трансплантації (ERA-EDTA) рекомендує проводити профілактичну вакцинацію пацієнтів із хронічною хворобою нирок.

Під час проведення вакцинації потрібно враховувати певні особливості. Йдеться не тільки про вакцини від COVID-19, наприклад, для щеплення проти гепатиту В доза повинна бути удвічі більшою, ніж для людей без захворювання нирок. Тому людям із хронічною хворобою нирок доцільно обговорити питання вакцинації з нефрологом.

Щодо вибору вакцини серед зареєстрованих і доступних в Україні, то тут також стануть в пригоді знання з імунології — із живими вакцинами завжди потрібно бути обережними. А людям, які отримують нирковозамісну терапію, краще взагалі уникати живих вакцин.

А відносно вакцин, що зараз є, зокрема на українському фармацевтичному ринку, варто зауважити, що мРНК-вакцини (матричні РНК) від виробників Pfizer

і Moderna містять елементи живих вакцин, тому й потребують такого суворого дотримання температурного режиму зберігання -70°C . На мою думку, ці вакцини не належать до першої лінії вибору для імунопрофілактики пацієнтам з нефрологічними проблемами.

Гадаю, перевагу краще надати індійським, китайським вакцинам, виробленим за класичною технологією, тож можемо очікувати, що вони будуть безпечними для людей із захворюваннями нирок. Тим більше, що вони є в Україні.

ВЗ Сьогодні вже відомо, що SARS-CoV-2 уражає залізисті органи. Що саме відбувається з нирками? Ця проблема актуальна для України?

— На щастя, в Україні не спостерігаємо такої навали тяжких ускладнень, із якою зіткнулися, наприклад, у Сполучених Штатах Америки, де повідомляли про велику кількість випадків гострого ушкодження нирок. В Україні такі випадки поодинокі.

Натомість ми вже спостерігали пацієнтів, у яких причиною захворювання нирок були як інфікування COVID-19, так і побічні ефекти вакцинації від нього.

Загалом ураження нирок на тлі COVID-19 або після щеплення від нього, не відрізняються від таких після інших вірусних захворювань. Найчастіше це поствірусні гломерулонефрити та поствірусні токсичні реакції. Нефрологи добре знайомі з такими ускладненнями вірусних захворювань, тож особливих проблем у цьому відношенні вірус SARS-CoV-2 не створив. Зазвичай ці ураження мають транзиторний характер і не є тяжкими.

Довідково

Гломерулонефрит (клубочковий нефрит, або хвороба Брайта) — збірна назва захворювань нирок (зазвичай обох), що характеризуються ураженням ниркових клубочків (glomerula).

Натепер також відомо, що COVID-19 спричиняє порушення функції нирок у кожного п'ятого пацієнта, який на нього хворіє. Отже, у кожної п'ятої людини, яка перехворіла, будуть мінімальні зміни в аналізах сечі. Їх потрібно обов'язково задокументувати для подальшого динамічного спостереження. Але, на щастя, у більшості людей через 12 тижнів після одужання, тобто у той період, на який припадає так званий постковідний синдром, цих змін практично не залишається.

Таким чином, говорити про те, що пандемія SARS-CoV-2 призвела до різкого збільшення частоти захворювань нирок, було б великим перебільшенням. Принаймні, в українській популяції лікарі такого не спостерігають.

ВЗ То які рекомендації ви дали б щодо постковідної поведінки пацієнтам і лікарям амбулаторій сімейної медицини: що контролювати, на що звертати увагу?

— Для того аби вчасно відреагувати на появу небезпечних змін у функції нирок, варто контролювати 2 показники:

- креатинін крові;
- альбумін сечі.

Тому найперше, що потрібно зробити — біохімічний аналіз крові. За його показниками лікар зможе оціни-

ти, чи не виникло змін з боку нирок — зокрема, чи не відбулося зростання креатиніну порти тих показників, що визначалися раніше.

Крім цього, важливо вчасно виявити мікроальбумінурію і спрямувати пацієнта на консультацію до лікаря-нефролога.

Довідково

Мікроальбуміни — це група білків, що циркулюють у крові людини. Їх поява в сечі — один із найбільш ранніх лабораторних показників ураження нирок.

Якщо ж змін рівня креатиніну в крові або альбуміну в сечі не виявлено, тоді підстав для консультування в нефролога немає.

Нормальні значення креатиніну у сироватці або плазмі крові:

- для дітей — 27–62 мкмоль/л;
- для підлітків — 44–88 мкмоль/л;
- для чоловіків — 53–106 мкмоль/л;
- для жінок — 44–97 мкмоль/л.

ВЗ У якому напрямку зараз ведуться дослідження щодо зв'язку вірусної інфекції SARS-CoV-2, захворювання на COVID-19 та захворювань нирок?

— Зараз дійсно проводиться багато досліджень, є вже їх перші результати. Але тепер ми маємо навчитися правильно їх трактувати. Зокрема, зрозуміти, як саме впливає ця інфекція на нирки.

Ми, до слова, ініціювали самостійне дослідження BIRCOV, що зареєстровано в ClinicalTrials.gov. Його ніхто не замовляв, ми проводимо його власним коштом. Отже, ми оцінювали, як впливає вірус SARS-CoV-2 на судини і на артеріальний тиск людини. Багато людей зазначають, що коли вони приймали гіпотензивні ліки групи інгібіторів ренінагіотензинової системи на тлі захворювання на COVID-19, то їхній артеріальний тиск різко знижувався.

Тож, побачивши ці закономірності, ми їх узагальнили і плануємо невдовзі цю роботу опублікувати.

Безумовно, COVID-19 — дуже цікава в науковому сенсі інфекція. Вона вельми небезпечна щодо ускладнень, яких чимало, як органів та систем, які вона здатна уражати безпосередньо або опосередковано.

Але, говорити про те, що українській популяції зараз загрожує якесь фатальне зростання негативних впливів на нирки, на щастя, було б перебільшенням.

Тетяна СТАСЕНКО, «ВЗ»

COVID-19 ТА РАК: ЯКІ ОНКОПАТОЛОГІЇ «НЕ ТЕРПЛЯТЬ» ВІДТЕРМІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ

Пандемія «зачинила» двері лікарень перед плановими пацієнтами, а страх інфікування COVID-19 переважив страх смерті від раку. Рання діагностика стала недоступною, лікування — відтермінованим. Як і види раку можуть «почекати», а коли терапія має бути невідкладною? Онкологи світу проаналізували річний досвід і надали рекомендації.

Яка біда більша?

Надання допомоги онкохворим під час пандемії стало складним завданням — через конкуренцію ризику смерті від раку та Sars-CoV-2 (чи серйозних ускладнень від нього), а також, імовірно, вищу летальність унаслідок останнього серед людей з ослабленою імунною відповіддю. Багато хворих на рак не змогли отримати спеціальне лікування, оскільки медичні заклади під час локдауну скасували або відклали операції та інші процедури, зокрема хіміо- та променеви терапію. Викликає занепокоєння й те, що в цей період не було доступу до своєчасної діагностики та виявлення злоякісних новоутворень на ранніх стадіях. На жаль, у суспільстві установилася думка, що ризик інфікування COVID-19 перевищує ризики несвоєчасного виявлення та лікування раку. Недостатнє постачання засобів індивідуального захисту для медичних працівників, обмежена спроможність лікарень, у тому числі й відділень інтенсивної терапії, відсутність даних про тестування та серопоширеність COVID-19 створюють додаткові труднощі.

Лікувати не можна чекати – як ухвалити рішення

Затримки в лікуванні раку можуть призвести до несприятливих онкологічних наслідків, які безпосередньо залежать від типу та стадії захворювання. Зокрема, згідно з даними систематичного огляду та метааналізу відтермінування лікування навіть на чотири тижні обумовлює збільшенню смертності (на тлі хірургічного втручання, системної хіміо- та променевої терапії) від раку сечового міхура, раку молочної залози, раку товстої кишки, голови та шиї, носоглотки, шийки матки та недрібноклітинного раку легенів.

Однак вплив відтермінованого лікування раку на окремих пацієнтів слід оцінювати з урахуванням ризику тяжкого SARS-CoV-2, а також адміністративних обмежень та можливостей лікування під час активних фаз пандемії.

Щоб допомогти клініцистам оцінити ризики відтермінованого хірургічного та/або хіміотерапевтичного лікування для окремих пацієнтів із солідними (негематологічними) пухлинами, було створено онлайн-інструмент OncCovid. Для його розробки використано масиви інформації з трьох окремих джерел: Національної бази даних про рак (відомості про майже 5,5 млн осіб) — для оцінки впливу затримки лікування за типом та стадією раку; реєстру SEER (майже 700 тис. осіб із діагнозом інвазивного раку за 2005–2006 рр.) — для оцінки вікової й онкологічної стадії виживаності при 25 різних видах раку до пандемії COVID-19; а також результати оцінки рівня смертності від COVID-19 за віковою групою та кількістю супутніх захворювань у дослідженні типу випадок-контроль, у якому проаналізовано дані 275 пацієнтів. Згаданий інструмент дає змогу клініцистам оцінити індивідуальний ризик смерті (виживаності) пацієнта на тлі стандартного лікування, порівняно з тим, котрий отримує його із запізненням.

Які операції не можуть бути відтерміновані

За період пандемії COVID-19 надзвичайно розвинулося хірургічне лікування онкологічних хворих. Цьому

сприяло амбулаторне тестування пацієнтів, покращення доступності засобів індивідуального захисту та вакцин проти COVID-19, а також накопичення даних про те, що стаціонарні й амбулаторні процедури можуть бути безпечними (без високих показників передачі COVID-19) за умови дотримання протиепідемічних заходів.

Хоча на початку пандемії керівництво CDC та BOOЗ рекомендували медичним закладам у деяких випадках переносити «ретельно відібрані» планові операції. Обґрунтовували це необхідністю збереження ресурсів системи, обмеження поширення вірусів і мінімізації ризиків, особливо післяопераційного інфікування та смертності.

Однак більшість операцій, пов'язаних із раком, є чутливими щодо часу проведення, тож їх жодним чином не можна віднести до категорії «ретельно відібрані». Дехто виділяє окрему підгрупу операцій — такі, що «не можуть бути відкладені», наприклад, хірургічне лікування пухлин головного мозку, резекції молочної залози, товстої кишки, шлунка, підшлункової залози, печінки, сечового міхура, нирок і легенів. Зазвичай це рак, який не може чекати два-три місяці, а пацієнти, у яких операцію не відклали, мають високі шанси покращення віддалених результатів лікування.

Втім, ризики прогресування пухлини через затримку хірургічного втручання слід зважувати з урахуванням потенційного додаткового навантаження на лікарняні ресурси, складності випадку та ризику впливу COVID-19.

Коронавірус обтяжує результат

Наявні дані свідчать про те, що рівень післяопераційної летальності у пацієнтів, які були інфіковані Sars-CoV-2, дійсно високий. Так, результати хірургічного втручання під час пандемії COVID-19 були описані в обсерваційному дослідженні на вибірці з 1128 пацієнтів, котрих було прооперовано між 1 січня та 31 березня 2020 року, — у всіх підтверджено інфекцію SARS-CoV-2 протягом 7 днів до або через 30 днів після операції. Загалом 30-денна смертність таких пацієнтів становила 24%, більшість випадків (83%) були зумовлені легеневиими ускладненнями. Згадане дослідження засвідчило, що рівень поганих результатів перевищив такий, що його спостерігали в більшості складних хірургічних втручань у «доковідний» період. Це може бути пов'язано із запальним і протромботичним станом, асоційованим із тяжким перебігом COVID-19.

Тож конкретні вказівки відносно ухвалених рішень щодо «чутливих до часу» оперативних втручань були надані Американським хірургічним коледжем (American College of Surgeons), Товариством хірургічної онкології (Society for Surgical Oncology) та Національною службою охорони здоров'я Англії (National Health Service England).

Оскільки, незважаючи на вакцинацію, ризик зараження Sars-CoV-2 залишається досить високим, а тривалість захисту від інфекції завдяки щепленню достеменно невідома, виникає певна невизначеність: здійснювати регулярне тестування щеплених пацієнтів на передодні хірургічного втручання з приводу злоякісного новоутворення чи й далі відтерміновувати операцію.

За яких умов можна відновити планові операції?

Наразі в районах, де COVID-19 відносно контрольований, медичні заклади відновлюють проведення планових хірургічних втручань. З огляду на це, Американський хірургічний коледж надає рекомендації щодо умов, за яких це можливо робити:

- рівень зараження Sars-CoV-2 на території за географічним розташуванням закладу повинен мати тенденцію до зниження принаймні протягом двох тижнів;
- лікарняні ресурси, у тому числі відділення інтенсивної терапії, а також засоби індивідуального захисту мають бути ретельно відкалібровані;
- зважене тестування співробітників та пацієнтів;
- відновлення планових хірургічних втручань, які були відкладені через COVID-19, потребує системного підходу до визначення пріоритетів і планування справ з боку всіх зацікавлених сторін. Запропоновано три стратегії: опитувальник, експертна думка та думка відповідального хірурга. ACS схвалює використання міждисциплінарної системи стратифікації пріоритетів «Медично необхідні, чутливі до часу процедури» (MeNTS). Їх розраховують для кожного випадку за 21 пунктом, включаючи безпосередньо заплановану процедуру, діагноз та особливості пацієнта. Низькі бали свідчать про вищий пріоритет, меншу необхідність у ресурсах та нижчий ризик для пацієнта.

Однак доступні й інші міждисциплінарні ресурси для визначення пріоритетів відновлення хірургічних випадків. Наприклад, вони можуть бути визначені за допомогою окремої пріоритетної стратифікації хірурга або шляхом субспеціальних методів стратифікації від професійної спільноти.

Ці підходи обумовлюють суттєву пріоритизацію різних клінічних випадків. Кожен з них має свої переваги та недоліки, включаючи різницю в об'єктивності, гнучкості, необхідності групового консенсусу, упередженості та можливостях адаптації до доступності ресурсів.

Системна протипухлинна терапія – чи можливі зміни в «графіку»?

Наразі немає прямих доказів, які підтверджують необхідність змін або відмови від хіміотерапії чи імунотерапії у хворих зі злоякісними новоутвореннями. А регулярне відкладання необхідної протипухлинної або потенційно імунодепресивної терапії не рекомендується у пацієнтів без активної інфекції COVID-19. Відповідне рішення щодо пацієнтів із позитивним тестом на Sars-CoV-2 має бути ухвалене окремо.

Водночас через пандемію значній частині онкопацієнтів таки внесено зміни у режим такого лікування. Хоча баланс між потенційною шкодою збільшення перерви або повного переривання терапії та перевагами можливого запобігання інфекції Sars-CoV-2 залишається невизначеним. Наявні на сьогодні докази не підтверджують вищого ризику ускладнень від COVID-19 у тих, хто отримує активне протипухлинне лікування, хоча дані про пацієнтів, які проходять активну імунотерапію, суперечливі.

Американська асоціація клінічних онкологів (ASCO) рекомендує індивідуальний клінічний підхід з урахуванням таких чинників:

- виліковність раку;
- ризик рецидиву хвороби в разі затримки спеціального лікування, модифікації або переривання терапії;
- кількість уже завершених циклів терапії;
- наявність супутніх захворювань;
- переносимість лікування пацієнтом.

При цьому мають бути враховані місцеве поширення вірусної інфекції, наявність необхідних ресурсів, а також те, чи проводили пацієнту тестування на Sars-CoV-2.

Хіміотерапія вдома – вихід чи нова проблема?

У багатьох країнах пропонується введення нового підходу – парентеральна хіміотерапія вдома. Однак онкологи США висловили занепокоєння щодо безпечності та доцільності домашнього введення протипухлинних препаратів тож, як правило, вони не рекомендують його для більшості таких препаратів.

У заяві ASCO стосовно цього питання зазначено, що інфузія препаратів хіміотерапії, терапевтичних моноклональних антитіл або використання інших протипухлинних методів лікування в домашніх умовах не є безпечною альтернативою звичайному амбулаторному лікуванню, тож не може бути схвалена без підтвердження протоколів безпеки або безпосереднього нагляду онколога. Ці вказівки не стосуються безперервної інфузії хіміотерапії протягом декількох годин або днів, якщо вона починається та припиняється в межах медичного закладу.

Безпека пацієнта повинна залишатися першочерговим завданням, тож рішення про призначення протипухлинної терапії в домашніх умовах може бути ухвалене лише в тому разі, коли і лікар, і пацієнт вважають, що це відповідає інтересам останнього.

Тож ширшому застосуванню домашньої хіміотерапії та імунотерапії має передувати гарантія безпеки пацієнтів, що потребує внесення суттєвих змін до Стандартів хіміотерапії ASCO/Онкологічного товариства медсестер. У цьому документі має бути відображено потенційну небезпеку, пов'язану зі зберіганням й утилізацією медикаментів удома, а також вказано на необхідність навчання доглядача та прописано вимоги до освіти пацієнтів й самообслуговування.

Питання припинення хіміотерапії можна розглядати як варіант для пацієнтів із глибокою ремісією, які отримують підтримувальну терапію. Так само відмова від хіміотерапії з огляду на ризики COVID-19 може бути доцільною для пацієнтів, у яких користь ад'ювантної хіміотерапії передбачається невеликою та за наявності доступної неімуносупресивної терапії (наприклад, гормональної терапії при позитивному на гормональні рецептори ранньому раку молочної залози або раку передміхурової залози).

Рекомендації щодо підтримувальної терапії

ASCO виклало кілька рекомендацій щодо підтримувальної терапії під час лікування раку:

— Роль профілактичної противірусної терапії не була доведена у жодного пацієнта, у тому числі й з імунodefіцитом.

— Промивати порти можна з інтервалами до 12 тижнів, і пацієнтів, здатних це зробити самостійно, потрібно заохочувати до опанування такої процедури. Однак процес навчання може призвести до інфікування, а доступ до стерильних приладів вдома може бути обмежений.

— У випадках, коли очікується виникнення тяжкої та/або симптомної анемії, спричиненої протипухлинним лікуванням, не варто ігнорувати еритропоетичним стимулявальні засоби (ЕРС). Слід уникати профілактичного переливання крові у безсимптомних пацієнтів на підставі лабораторних показників. Його потрібно проводити лише тоді, коли виникає серйозна та/або симптомна анемія, пов'язана з лікуванням, відповідно до звичайної практики.

У заяві «Мудрого вибору» (Choosing Wisely Statement) Американського товариства гематологів (ASH) рекомендовано не переливати пацієнтам еритроцитів більше мінімальної кількості, необхідної для полегшення симптомів анемії або повернення до безпечного діапазону гемоглобіну (від 7 до 8 г/дл).

Розглядаючи питання переливання крові, потрібно враховувати конкретні обставини пацієнта (наприклад, літній вік, застійна хвороба серця), що може потребувати вищого порогу гемоглобіну, особливо для хворих, які перебувають на вентиляційній підтримці.

Як спілкуватися з пацієнтом на складні теми?

Існує обмежена кількість даних щодо впливу пандемії COVID-19 на людей, які пережили рак, особливо тих, хто завершив лікування. Окрім фізичних наслідків COVID-19 ці пацієнти (багато з них віком від 65 років, тож мають супутні захворювання або ослаблений імунітет) перебувають у стресі, спричиненому пандемією, що може посилити інші проблеми, у тому числі когнітивні, а також тривожність.

Корисні рекомендації для клініцистів щодо спілкування з пацієнтами на теми, пов'язані з COVID-19 (включаючи преференції й активне планування), доступні у VitalTalk та на інших ресурсах.

Спілкування щодо прогнозу тяжкої хвороби та прийняття медичних рішень може бути особливо складним, якщо лікар не проводить його особисто. Для дистанційного керування складними розмовами під час пандемії за допомогою протоколу Налаштування, Сприйняття, Запрошення, Знання, Співчуття/емоції та Стратегія/резюме (SPIKES) було створено доступний посібник.

Чи рекомендована онкохворим вакцинація?

Хоча імуногенність пацієнтів, які отримують імуносупресивну терапію, може бути послаблена, вакцинацію все ще рекомендують для осіб з ослабленим імунітетом.

Хворим, яким проводять трансплантацію гемопоетичних клітин, а також тим, хто перебуває на клітинній

терапії, варто зробити перерву не менше трьох місяців перед щепленням, якщо це можливо (ступінь 2С). Враховуючи ймовірність зниженої імунної відповіді на вакцинацію, важливо консультувати пацієнтів з ослабленим імунітетом щодо дотримання правил індивідуального захисту.

Пацієнтів з активними онкологічними захворюваннями вважають пріоритетною групою для вакцинації проти COVID-19.

Керівництво Національної онкологічної мережі COVID-19 та Консультативний комітет з питань вакцин вказує на пріоритетність вакцинації пацієнтів з активним раком, які перебувають на лікуванні, й тих, хто тільки планує його розпочати, а також одразу (менше ніж через 6 місяців) після його завершення (крім осіб, які отримують тільки гормональну терапію).

Додатковими факторами, які слід при цьому врахувати, є вік (від 65 років), супутні захворювання (хронічні легеневі, серцево-судинні або ниркові) та соціально-демографічні чинники (низький матеріальний статус, обмежений доступ до медичної допомоги).

**Вячеслав КОПЕЦЬКИЙ, хірург-онколог,
Вероніка ПАЦКО, лікар-хіміотерапевт,
Юлія ЛОЗКО, лікар-інтерн з променевої
терапії, Національний інститут раку
Спеціально для «ВЗ»**

ПОСТКОВІДНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ: УВАГА! ШТОРМОВЕ ПОПЕРЕДЖЕННЯ!

Світ ще не встиг впоратися із самим вірусом SARS-CoV-2, а вже терміново потрібно братися за боротьбу із його наслідками. Про те, як пандемія з усіма її «бонусами» (карантинними обмеженнями, руйнуванням соціальних зв'язків, економічної кризи, страхом і тривогою через невизначеність) та сам вірус SARS-CoV-2 впливають на головний мозок людини, розповідає кандидат медичних наук, доцент, лікар-психіатр, психотерапевт із понад 35-річним досвідом роботи, відома популяризаторка сучасних знань про психічне здоров'я **Світлана Нетрусова**.

Чому психічне здоров'я під загрозою?

Світлана НЕТРУСОВА, кандидат медичних наук, доцент, лікар-психіатр, психотерапевт

Сьогодні занепокоєння медиків і експертів галузі охорони здоров'я всього світу викликає безпосередній вплив вірусу SARS-CoV-2 на головний мозок і центральну нервову систему та соціальні соціогенні негативні фактори, що призводять до розвитку як постковідного синдрому, так і психічних порушень навіть у людей, які на COVID-19 не хворіли.

Ми спостерігаємо психологічний дистрес — відчуття внутрішнього неблагополуччя, страх, паніку, тривогу, депресію, безсоння, зниження когнітивних функцій, симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) тощо. Адже фактори ризику погіршення психічного здоров'я людей у зв'язку з коронавірусною інфекцією не тільки зберігаються, а й набирають більшої значущості.

Фактори ризику погіршення психічного здоров'я

- Страх захворіти, померти, заразити близьких;
- Занепокоєння щодо хвороби, яка уразила близьких та їх смерті (тривожність, частота депресій збільшилися в цьому випадку щонайменше вдвічі);
- Обмеження контактів і пересування через локдаун, вимушену ізоляцію;
- Тривале перебування членів родини в обмеженому просторі;
- Економічні негаразди через скорочення прибутків або втрату роботи;
- Інформаційні атаки негативних, часто фейкових повідомлень через ЗМІ, від знайомих тощо.

Одночасно із тим, як фактори ризику набирають сили, чинники, які зазвичай захищають наше ментальне здоров'я, починаючи від соціальних зв'язків, зайнятості та участі в освіті до можливості подорожувати й доступності медичних послуг, навпаки, слабшають.

Вплив COVID-19 на населення: хто страждає найбільше?

На початку пандемії ми хвилювалися за людей похилого віку, що, в принципі, логічно. Однак усі проведені під час пандемії дослідження свідчать, що саме молодь є найбільш уразливою щодо психологічного стресу. Можливо, через те, що потреба у соціальних взаємодіях у молодих людей сильніша.

Дослідження також показали, що жінки виявилися більш уразливими в контексті всіх обставин, обумовлених пандемією, ніж чоловіки. Особливо молоді матусі, яким окрім страху за дитину, її здоров'я та розвиток в умовах обмежених можливостей для прогулянок, відвідувань дитячого колективу тощо часто доводилося ще й працювати, перебуваючи з дитиною 24/7.

Також украй уразливими в сенсі виникнення психічних розладів виявилися й медичні працівники, які працюють із людьми, хворими на COVID-19.

Цікаво, що, за даними деяких досліджень, медичні сектори страждають від психічних розладів частіше, ніж лікарі.

Про тяжкі наслідки стресу — зловживання алкоголем, наркотиками, надмірне захоплення комп'ютерними й іншими азартними іграми, зростання рівня домашнього та сексуального насильства — годі й говорити. Викликають занепокоєння й цифри.

Так, в деяких дослідженнях було виявлено наступне:

- Частка молодих людей (18–24 роки), які повідомляють про симптоми тривожності та/або депресивного розладу, — 56%.
- Молодь частіше, аніж люди старшого віку, повідомляють про:
 - вживання психоактивних речовин — 25% проти 13% (до пандемії);
 - порушення сну — 36%;
 - суїцидальні думки — 26% проти 11%.
- Під час пандемії сімейні люди, що втратили роботу або мали низький прибуток, повідомляють про більшу частоту психічних захворювань, аніж ті, хто не втратив роботи або прибутку, — 53% проти 32%.

Жінки із дітьми частіше повідомляють про симптоми тривожності та/або депресивного розладу, аніж чоловіки з дітьми, — 49% проти 40%.

Вплив вірусу SARS-CoV-2 на головний мозок людини: де шукати порятунку?

Сьогодні вчені вивчають причини виникнення психічних розладів після перенесеної коронавірусної інфекції та безпосередній вплив вірусу SARS-CoV-2 на головний мозок людини. Вже накопичено певну кількість даних, висунуто кілька гіпотез, але достовірного патогенетичного пояснення поки немає.

Наразі ми можемо лише констатувати ураження тканин головного мозку, але їхні етіологія і патогенез до кінця не з'ясовані.

Деякі вчені вбачають причину психічних порушень у системному тромбоваскуліті — запальній реакції головного мозку автоімунного характеру. Є й протилежні дані про те, що тромбоваскуліт не відіграє визначальної ролі, хоча й може супроводжувати розвиток коронавірусної інфекції.

Найважливіше, що встановлено на сьогодні, — вірус володіє *нейротропністю* до центральної нервової системи. Зазначається і його *нейротоксичність*.

Потрапляючи до нервової системи через нюхові рецептори у верхній носовій раковині, SARS-CoV-2 здатен безпосередньо уражати структури головного мозку — *лімбічну систему, гіпоталамус, мозочок, дихальний центр* тощо. А *ураження блукаючого нерва* спричиняє розмаїття симптомів і визначає їхній хвилеподібний характер.

Це порушення пов'язане з втратою балансу між двома системами — парасимпатичною і симпатичною з домінуванням останньої, що реалізується у вигляді симпатикотонії, що обумовлює такі проблеми, як:

- збільшення частоти серцевих скорочень;
- ортостатична тахікардія;
- порушення сну;
- відчуття паніки;
- високий рівень тривоги.

Потрібно також очікувати, що симпатикотонія проявить себе соматичними симптомами підвищеної тривоги: метеоризмом, здуттям, порушенням випорожнень (частіше, діареєю), тахікардією, підвищенням артеріального тиску і потовиділення або навпаки — сухістю шкірних покривів, блідістю шкіри тощо.

Звичайно ж, це лякає пацієнтів, вони починають шукати допомоги у соматичних лікарів, не усвідомлюючи, що все це симптоми тривоги, панічного настрою або депресії, адже тривога може бути однією з її складових. Саме тому бета-блокатори, які часто призначають для зниження частоти серцевих скорочень, у цій ситуації не працюють, адже причина — тривога, і впливати потрібно на неї. Доречно почати з препаратів магнію, скажімо.

Вплив вірусу SARS-CoV-2 на головний мозок: факти і гіпотези

NB! Крім того, сьогодні розглядають й інші гіпотетичні ефекти впливу вірусу SARS-CoV-2 на головний мозок людини:

— відомо, що в разі проникнення вірусу у головний мозок підвищується проникність гематоенцефалічного бар'єра — збільшується ризик виникнення психічних розладів;

— інфекція може сама по собі ушкоджувати нервові волокна, унаслідок чого виникає так звана полінейропатія;

— центральні функції головного мозку здатні ушкоджуватися через токсичний вплив вірусу, що може призводити навіть до токсичного набряку (!) головного мозку — так проявляється нейротоксичність SARS-CoV-2;

— порушується функція легенів щодо живлення кори головного мозку киснем — виникає гіпоксія;

— SARS-CoV-2 атакує всі клітини мікроглії (найважливіші, так звані батьківські клітини для всіх інших клітин ЦНС, а також уражує нейрони). Це призводить до порушень у корі головного мозку — аж до атрофії (!) її окремих ділянок, що, своєю чергою, викликає когнітивні порушення;

— зменшується кількість синапсів (місце контакту між двома нейронами в мозку). Саме тому неврологічні прояви інфекції зберігаються протягом тривалого періоду після одужання.

NB! Цікавими є також такі факти:

— SARS-CoV-2 має схожість із астроцитами — найчисленнішими клітинами ЦНС, тому мозок не розпізнає його як агента-чужинця. Самі по собі астроцити відіграють у головному мозку велику роль щодо створення та зберігання інформації, довгострокової пам'яті.

— Когнітивні порушення при коронавірусі також можуть бути спричинені гіпоксією нервової тканини. Причому це можливо навіть у випадку легкого або безсимптомного перебігу хвороби.

— Насамперед когнітивні порушення проявляються погіршенням уваги. Стійка увага, здатність фокусувати увагу на важливій, актуальній для людини інформації порушується, адже це найуразливіша до зовнішніх впливів функція.

— Потрібно заспокоювати пацієнтів: з часом когнітивні функції відновляться, це не назавжди!

— Загалом, когнітивні порушення спостерігають у 55% пацієнтів із COVID-19. Довгостроковими наслідками психічних порушень після гострої коронавірусної хвороби можуть бути повна втрата пам'яті і навіть хвороба Альцгеймера (близько 2%).

Ще раз хочу наголосити, усе це попередні висновки. Сьогодні ми не маємо вичерпної інформації щодо довгострокових наслідків впливу вірусу на головний мозок людини, і навіть зареєстровані випадки хвороби Альцгеймера потрібно ретельно проаналізувати з урахуванням й інших факторів, таких як, наприклад, наявність/або відсутність у цих людей генетичної схильності тощо.

Як вірус може призвести наш мозок до саморуйнування

У серпні 2020 року американські учені опублікували результати дослідження щодо впливів COVID-19 на когнітивні функції людини, зокрема, пам'ять. Дослід-

ники встановили, що коронавірус здатен порушувати функцію нейроімунних клітин, які забезпечують мозок енергією й відповідають за обробку сигналів про запалення в організмі. Під час хвороби і запалення імунні клітини мозку активуються й змінюють спосіб взаємодії з нейронами. Деякі клітини, аби знешкодити патогени, водночас руйнують нейронні зв'язки, необхідні для пам'яті. У довгостроковій перспективі вірус може навіть призвести до розвитку деменції. Таким чином, імунітет замість того, щоб боротися з вірусом, уражує ЦНС людини.

SARS-CoV-2, потрапивши до головного мозку, здатний пошкодити його скупчення нервових клітин, які забезпечують стан сну або, навпаки, неспання (бадьорості). І відтак, що тяжчий перебіг коронавірусної інфекції, то гірше людина спить. Тому варто вжити всіх можливих заходів, аби допомогти пацієнту налагодити здоровий сон: можна використовувати техніки релаксації (шум дощу, інші звуки природи, що можна прослуховувати, засинаючи, заняття йогою тощо). Цікаво, що симптоми безсоння більшою мірою виникають у жінок.

Коли вірус уже потрапив у мозок, подальше зараження майже неминуче: на поверхні клітин головного мозку міститься мембранний рецептор ACE2, через який вірус легко проникає всередину, спричиняючи запалення. Такий самий рецептор є і у клітин, що вистилають внутрішню поверхню кровоносних судин, тому в тяжких випадках вірус проривається з дихальних органів у загальний кровотік. Як наслідок, тромботичні ускладнення виникають майже у кожного третього хворого на коронавірусну пневмонію. А з кров'ю, зрозуміло, вірус може потрапити вже в будь-які органи, у тому числі і в мозок.

Що із цим робити і як не помилитися у виборі терапії?

На жаль, ситуація, що склалася, призвела ще й до іншого негативного явища — гіперпризначення фармако-терапевтичних препаратів, зокрема, антидепресантів.

Але в тих випадках, коли без фармакотерапії не обійтися, сучасні антидепресанти, до яких належать лікарські засоби групи СИЗС (селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну) та полівалентні антидепресанти, що впливають не тільки на серотонін, а й на норадреналін (дулоксетин, міртазапін, тразодон і венлафаксин), є дійсно ефективними та мають при цьому хороший профіль безпечності.

Великої помилки припускаються лікарі, коли на вимогу пацієнта постійно змінюють препарати через скарги на нібито їхню побічну дію. Скажімо, пацієнти часто скаржаться на нудоту або діарею, але замовчують той факт, що ці симптоми були й до початку терапії (що, в принципі, може бути соматичними симптомами тривоги).

Натомість необхідно пояснювати пацієнту, що антидепресант починає працювати через 2–3 тижні після початку прийому. Тож щоразу, коли ми змінюємо препарат, ми повертаємося на початок, відтерміновуючи в такий спосіб одужання!

Другою помилкою є призначення препарату в неадекватній дозі (мінімальній, як правило) і неадекватному режимі (один раз на добу замість 2–3 тощо).

Щоб позбавити лікарів сумнівів щодо того, у яких випадках слід призначати антидепресанти, нагадаю показання:

- Рекурентна депресія.
- Реактивна депресія.
- Депресивні епізоди біполярного розладу.
- Дистимія, циклотимія.
- Постпсихотичні депресії (дуже обережно!)
- Обсесивно-компульсивні розлади.
- Соціальні фобії.
- Агорафобія.
- Панічна атака.
- Генералізований тривожний розлад.
- Постстресовий розлад.
- Нервова булімія.
- Хронічні больові синдроми.
- Депресивні стани при: органічних захворюваннях ЦНС; хронічному алкоголізмі та наркоманії; соматичних, ендокринних і неврологічних захворюваннях.

9 фактів про антидепресанти групи СИЗЗС, які варто знати!

1. Не можна призначати 2 антидепресанти з групи СИЗЗС одночасно (через ризик виникнення серотонічного синдрому).
2. Препарати починають діяти через 2–3 тижні після початку систематичного щоденного прийому.
3. Починати застосування слід із низьких терапевтичних доз, поступово титруючи до ефективних.
4. Призначаються курсом не менше ніж 3–4 місяці, залежно від різновиду депресії.
5. Не варто відміняти різко, аби уникнути синдрому відміни.
6. Важливо продовжувати прийом антидепресантів по рекомендації лікаря навіть після покращення самопочуття.
7. Зміна дози або режиму може допомогти впоратися з побічними ефектами.
8. У 15–20% випадків СИЗЗС можуть виявитися не ефективними.
9. До початку дії препарату, депресія в пацієнта, як правило, може посилюватися. Це пояснюється так званими «депресивними ножицями», коли депресивна симптоматика наростає, а призначений антидепресант ще не працює. Про це потрібно попереджати пацієнтів. Аби зменшити тривогу, яка часто спостерігається при депресії, та покращити стан людини й допомогти їй в цей період, правильним буде призначення седативних та протитривожних засобів (у тому числі прегабаліну).

Далі буде?

Хочу наголосити на тому, що зазначають сьогодні всі експерти з ментального здоров'я. Останніми десятиліттями поширеність психічних розладів у цілому не збільшувалася аж до початку пандемії COVID-19. Починаючи з березня 2020 року зросла частота тривож-

ності та депресій. У Бельгії, Франції, Італії, Мексиці, Новій Зеландії, Великій Британії та США поширеність тривожності збільшилася удвічі порівняно з попередніми роками. Більше ніж удвічі зросла частота депресій майже у всіх країнах світу.

Фонд Співдружності провів опитування в період з березня по травень 2020 року, під час якого багато людей повідомляли про стрес, тривогу, тугу, що виникли з початком пандемії і з якими було складно впоратися самотійно:

- Австралія – 23 %;
- Канада – 26 %;
- Франція – 24 %;
- Нова Зеландія – 23 %;
- Велика Британія – 26 %;
- США – 33 %.

Трохи нижчі показники були зафіксовані у Нідерландах, Норвегії та Швеції – відповідно 14, 10 та 18 %.

Отже, навіть перші висновки викликають велике занепокоєння медичної спільноти, експертів у галузі охорони здоров'я через стрімкі темпи зростання частоти погіршення психічного здоров'я населення: якщо на початку пандемії, реєстрували близько 20% випадків розвитку тих чи тих психічних розладів у людей після перенесеної COVID-19, нині – 30%!

Подібних досліджень на сьогодні проведено чимало, інші тривають досі, та вже сьогодні вчені солідарні в тому, що вірус SARS-CoV-2 здатний впливати не тільки на мозок, а й на розум.

Тетяна СТАСЕНКО, «ВЗ»

ДО ІМУНІЗАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ ДОПУСКАЮТЬ ЛИШЕ СПЕЦІАЛЬНО НАВЧЕНИХ МЕДИКІВ

Сьогодні суспільство найбільше зосереджено на вакцинації проти COVID-19. Однак інші інфекційні хвороби не зникли. Яка ситуація в Україні з вакцинацією згідно з Календарем щеплень? Чи не завадять настрої населення й сумніви щодо якості вакцин створенню колективного імунітету до інфекцій, котрі «чекають послаблень» імунізації?

ВЗ Чи вплинула пандемія на рівні охоплення обов'язковими щепленнями в Україні?

Олена ЛЕВЧЕНКО, лікарка-епідеміолог, фахівчиня відділу імунізації Центру громадського здоров'я МОЗ України

– Попри вплив пандемії, показники охоплення плановими профілактичними щепленнями відповідно до Національного календаря у 2020 році порівняно з 2019 залишилися стабільними. У цілому, за два останні роки в Україні спостерігається позитивна динаміка імунізації дитячого та дорослого населення. Зокрема, уперше за багато років показник охоплення щепленнями дітей до 1 року проти поліомієліту у 2020 році досягнув 83%, проти гепатиту В – 79,8 %, проти гемофільної інфекції – 85,1 %. Вдалося зберегти й рівні охоплення щепленнями цієї категорії проти дифтерії, кашлюку та правця (80,1 %). Усе це завдяки проведеним посиленням

заходам з надолужування рутинної імунізації та додатковим заходам у відповідь на спалах кору.

Водночас у зв'язку з пандемією COVID-19 рівень охоплення щепленнями проти кору, паротиту та краснухи дітей віком 1 рік знизився до 83,3 % (у 2019 році становив 93,2 %). Адже будь-які додаткові заходи імунізації в період карантину проводити не рекомендовано. Також у 2020 році проти дифтерії та правця вакциновано лише 47 % дорослого населення, з тих, хто підлягає такому щепленню. Тож прогноз незадовільний.

ВЗ Суспільство ще не забуло про масштабний спалах кору, як уже чує повідомлення про ризик нового. Наскільки реальні такі прогнози й чи готові ми до них?

— В Україні епідемічний підйом захворюваності на кір спостерігали починаючи з 2017 року. Головною причиною затяжного епідемічного процесу було низьке охоплення профілактичними щепленнями дітей у попередні роки, унаслідок чого утворився значний прошарок населення, сприятливого до цієї інфекції.

Добре, що у 2019 році рівень охоплення плановими щепленнями вакциною КПК було доведено до 91% (у цілому за рік). Також вдалося надолужити щеплення проти кору в осіб, які пропустили вакцинацію (1 чи 2 дози), серед дитячого й дорослого населення.

Нині епідемічна ситуація щодо кору цілком контрольована: у 2021 році на цю недугу захворіло 8 осіб (переважно не щеплених) із них троє — діти віком до року. Для порівняння: у 2020 році зафіксовано 256 випадків цієї хвороби, у 2019-му — понад 57 тис., у 2018 році — понад 53 тис.

Водночас слід зазначити: наразі відсоток вакцинації проти кору є недостатнім для того, аби до кінця року досягнути 95% охоплення населення. Станом на початок травня лише 26,1% (від планового річного показника) дітей віком до року вакциновані від кору, паротиту, краснухи (КПК-1). Серед дітей віком 6 років (КПК-2) цей показник становить 26,5%.

ВЗ Чи забезпечують нинішні обсяги вакцинації від спалаху іншої грізної недуги — дифтерії?

— Дифтерія є однією з інфекційних хвороб, розвиток яких залежить від колективного імунітету в суспільстві, — саме він запобігає виникненню спалахів.

Починаючи з 2016 року рівень охоплення щепленнями (показник АКДП до року — 21%) мав позитив-

ну динаміку і в середньому становив 80%. Але за рік пандемії рівень охоплення щепленнями серед дорослого населення знизився. У цілому впродовж останніх років в Україні фіксували лише поодинокі випадки дифтерії (за винятком 2017 року — жодного). За період 2010–2018 років зареєстровано 56 хворих на дифтерію, з них — 12 дітей (летальних випадків не було).

У нинішньому році випадків дифтерії взагалі не зафіксовано. Однак, з огляду на рівень вакцинації проти дифтерії, особливо серед дорослого населення (у 2018 та 2020 роках кожен другий дорослий не зробив необхідного щеплення), експерти прогнозують можливий ризик виникнення спалаху.

ВЗ Чи загрожує українцям «повернення» поліомієліту?

— З 2002 року Україна отримала статус території, вільної від цієї інфекції. ВООЗ оголосила про викорінення дикого штаму поліомієліту у Західній півкулі. Однак, незважаючи на таку сприятливу ситуацію, ВООЗ не скасовувала проведення вакцинації — збудник поліомієліту циркулює в інших регіонах світу, що зберігає ризик виникнення захворювання.

Зокрема, за інформацією ВООЗ, у Таджикистані зафіксували випадки гострого в'ялого паралічу в дітей, інфікованих циркулюючим дериватом вакцинного поліовірусу типу 2, а також виявили позитивні його зразки в навколишньому середовищі. ВООЗ розцінює ці випадки як надзвичайну ситуацію.

Раніше повідомляли про випадки міжнародного поширення дикого поліовірусу з Пакистану та Афганістану.

За оцінками Європейської регіональної комісії із сертифікації ліквідації поліомієліту, ризик передачі інфекції в разі ввезення дикого поліовірусу або ж появи деривату вакцинного поліовірусу загрожує 41 країні регіону. В Україні цей ризик визначено як високий.

За таких умов надзвичайно важливо підтримувати високий рівень охоплення щепленнями. Адже це єдиний надійний спосіб запобігти поліомієліту.

ВЗ Чи ж достатньо в нашій державі вакцин, аби ідеально виконати Календар щеплень?

— Так, в Україні є ефективні вакцини в достатній кількості — їх закуплено за кошти державного бюджету. Тож вакцинацію можна провести всім категоріям громадян, які їй підлягають.

Таблиця. Відсоток охоплення щепленнями цільових груп населення (діти першого року життя та доросле населення) протягом 2019–2020 року та за 4 місяці 2019–2021 року (%)

Вид щеплення	2019 рік	2020 рік	4 місяці 2019 року	4 місяці 2020 року	4 місяці 2021 року
Проти туберкульозу діти до року	88,6	88,8	26,1	28,2	23,9
Проти поліомієліту діти до року	78,4	83,0	23,8	23,9	26,1
Проти кашлюку, дифтерії, правця діти до року	80,5	80,1	25,5	23,9	23,5
Проти гепатиту В діти до року	77,0	79,8	22,1	20,5	29,3
Проти НІВ-інфекції діти до року	76,5	85,1	23,9	23,5	35,3
Проти кору, паротиту, краснухи діти віком 1 рік	93,1	83,3	32,1	20,5	26,1
Проти дифтерії, правця дорослі	83,4	47,0	19,3	16,1	17,6

ВЗ І головне питання — наскільки можна бути впевненим у їхній якості та ефективності, адже нині багато хто нарікає на те, що держава не закуповує вакцин європейських виробників, а індійським населення не довіряє.

— Насправді Україна закуповує вакцини від 10 інфекційних хвороб, внесених до Національного календаря щеплень, у шести країнах світу:

у Бельгії та Франції — проти поліомієліту, у Болгарії — протитуберкульозну, у Південній Кореї — проти гепатиту В, у Бельгії та США — проти кору, паротиту та краснухи, в Індії — для профілактики гемофільної інфекції типу b, а також вакцини від кашлюку, дифтерії та правця (п'ятивалентну вакцину АКДП+НІВ+Гепатит В для дітей до року; вакцину АКДП проти кашлюку, дифтерії, правця, якою щеплять дітей до 1 року, АДП для профілактики дифтерії та правця дітям віком до 16 років, та вакцину АДП-М проти правця й дифтерії, яку вводять дорослим) та протитуберкульозну вакцину.

Країна походження вакцини не впливає на її якість та ефективність. Адже якість усіх вакцин, які закуповують за державний кошт, підтверджена ВООЗ або Управління з санітарного нагляду за якістю харчових продуктів та медикаментів (FDA США).

Усі виробники згаданих вакцин вважаються найкращими у світі, мають потужні виробництва, що відповідають найвищим стандартам якості, і постійно проходять контроль якості, у тому числі в лабораторіях ВООЗ.

Прекваліфікація ВООЗ — це постійний контроль якості, що не припиняється після першого схвалення продукту. Відтак виробник забезпечує високу якість кожної наступної партії вакцини, яку він випускає.

З 2015 року вакцини для України за кошти державного бюджету закуповує Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), який закуповує вакцини для понад 100 країн світу.

ВЗ Сьогодні до вакцинації населення долучаються не тільки сімейні лікарі. Чи обізнана решта медиків з вимогами до проведення щеплень?

— Узагалі, згідно з чинними нормативно-правовими актами, до проведення вакцинації в Україні можуть бути залучені лише медичні працівники (лікар, фельдшер, молодший спеціаліст з медичною освітою), які пройшли спеціальну щорічну підготовку та володіють правилами організації й технікою проведення щеплень, а також навичками надання невідкладної допомоги в разі розвитку несприятливих ситуацій після імунізації.

Медиків, які не пройшли такої підготовки, не допускають до виконання вакцинації.

Центр громадського здоров'я в межах системи безперервного професійного розвитку надає доступ усім фахівцям, які цього потребують, до онлайн-курсів «Імунопрофілактика інфекційних хвороб», «Діагностика дифтерії», «Імунопрофілактика інфекційних хвороб: як стати профі».

Тренінги для медиків щодо проведення щеплень проти COVID-19 проводять найкращі вітчизняні фахівці у галузі вакцинації та міжнародні експерти ВООЗ.

Крім того, для підвищення кваліфікації фахівців передбачено навчання на дистанційних курсах Центру

громадського здоров'я, а також проведення додаткових вебінарів. До того ж фахівці національного рівня надають постійні оперативні консультації з питань, пов'язаних із проведенням щеплень для всіх спеціалістів, залучених до цього процесу.

Світлана ТЕРНОВА, «ВЗ»

ВАКЦИНАЦІЯ ВІД COVID-19: ЯК ОБИРАТИ ВАКЦИНИ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З ГРУП РИЗИКУ?

Вакцин в Україні більше, так само, як і інформації про побічні дії та смертельні випадки після щеплення. Додає паніки і позбавлення українців права вибору вакцини. Отже питання: кому CoronaVac, а кому BioNTech Fosun / Pfizer, набуває неабиякого драматизму. Хочеться сподіватися, що це рішення прийматимуть лікарі — з огляду на особливості здоров'я пацієнта.

Особливості вакцин, їх ефективність та вплив на пацієнтів з різних груп ризику розглядали учасники Третього національного форуму імунологів, алергологів та спеціалістів клінічної медицини, що пройшов з приводу 135-річчя ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМН України» у Харкові.

Христина ЛІЩУК-ЯКИМОВИЧ, кандидат медичних наук, доцент кафедри клінічної імунології та алергології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, лікар імунолог-алерголог КНП ЛОР ЛОКДЦ, експерт з питань імунології та алергології ДООЗ ЛОДА

Підступний і багатолікий коронавірус

Вірус SARS-COV-2 хоча й давно відомий вченим та лікарям-клініцистам, але в час пандемії COVID-19 варто поновити знання про його будову. Він має сферичну форму та наділений тонким, з нерівномірним нуклеокапсидом середнього розміру, приблизно 60 нм. Протеїнова оболонка містить глікопротеїн «шипа» S, нуклеокапсидний протеїн N, мембранний протеїн M та протеїн суперкапсиду (оболонки) E. Ці знання важливі у подальшій деталізації результатів останніх досліджень імунної відповіді організму щепленого пацієнта.

Головним гравцем у процесі інфікування людини хворобою COVID-19 став горезвісний протеїн «шипа». Він відповідальний за взаємодію з рецептором на поверхні клітини-господаря, та за вторгнення вірусу в клітину-мішень. Отже, він є ініціатором створення структури S-білків хвороботворного вірусу. Вона містить два білки: S1 та S2. Під час останніх досліджень у S1 білка виявлено значні зміни амінокислотного складу з переважанням позитивно заряджених амінокислот, які підтверджують інфікування організму носія вірусу. Білок S2 характеризується консерватизмом і стійкістю негативних зарядів. Загалом вони обидва дуже споріднені з багатьма людськими білками і вірусами. Але головна їх особливість пов'язана зі значними змінами, що призводять до високої контагіозності та безлічі імунних змін, котрі погіршують перебіг інфекційного процесу. Саме таку картину ми спостерігає-

мо сьогодні в Індії. Якщо говорити популярно — це індійська, одна з найзаразніших, мутація SARS-CoV-2.

Ще одним гравцем у процесі формування мутацій вірусу є АПФ — ангіотензинперетворюючий фермент. Його рецептор експресується на мембранах пневмоцитів II типу, ентероцитах тонкої кишки, клітинах ендотелію артерій та вен, клітинах гладеньких м'язів більшості внутрішніх органів, а також у клітинах кори головного мозку, смугастого тіла, гіпоталамусу та стовбура мозку. Саме це пояснює втрату хворими на COVID-19 нюху, смаку та часте виникнення різних неврологічних ускладнень.

Відповідно, схожість COVID-19 зі структурою вірусу SARS-CoV-2 призводить до респіраторного стрес-синдрому, набряку легень і формує міокардит.

Одна з багатьох причин тяжкого перебігу коронавірусної хвороби — надмірне накопичення у клітинах, заражених вірусом, брадикініну. Саме через це виникають симптоми, на які найбільше посилюються пацієнти:

- спазм судин — викликає слабкість, втому, порушення серцевого ритму;
- підвищення проникності судин — викликає посилення запалення, ризик набряків;
- підвищення синтезу гіалурованої кислоти (в т.ч. в легенях), що разом з тканинною рідиною утворює гідрогель у альвеолах — викликає проблеми з диханням та знижує ефективність застосування апарату ШВЛ;

І остання особливість будови SARS-CoV-2: підвищення концентрації активатора тканин плазміногену викликає підвищення ризику кровотечі. А це означає, що вірус досяг піку свого розвитку і більше не здатний заражати клітини. Отже, картина життя вірусу в структурі людської клітини вченим більш-менш зрозуміла.

Як протистояти вірусу SARS-CoV-2?

Можу сказати, що сьогодні уже створено рекомбінований розчинний фермент АПФ-2, він проходить другу фазу клінічних випробувань, і науковці вважають, що він буде ефективно протидіяти хворобі, зменшуючи запальні реакції в легенях та інших органах. Образно кажучи, рекомбінований фермент звукує вхідні ворота для шкідливого вірусу. І це є позитивною новиною.

Та наука не зупиняється, сьогодні вивчається питання антитілозалежного посилення інфекції. Що це таке? Це явище, при якому комплекс АТ+вірус сприяють проникненню вірусу в клітину та його розмноженню. Вірус цілком здатний «обманювати» процес фагоцитозу і використовувати АТ господаря як троянського коня.

Але поки що це тільки дослідження, оскільки вірус SARS-CoV-2 не до кінця вивчений, а всі негативні моменти, які він спричиняє в організмі людини, є новими для світу. Так само, як і всі аспекти вакцинації проти нього та типи вакцин.

Вакцини проти COVID-19: в чому різниця для пацієнта?

Отже, сьогодні в світі існує чотири типи вакцин. Найбільшими виробниками є Велика Британія, США та Франція, на долю яких припадає 90,1 %. Але зараз у

клінічних дослідженнях перебувають ще 63 вакцини, у доклінічних — 375. Та про їх ефективність і тривалість дії поки що говорити зарано. Імовірно, що через мутацію вірусу доведеться вакцинувати людей щороку, як це відбувається з вірусом грипу. Нині Україна, як і все людство, користується:

— трьома інактивованими вакцинами, всі з Китаю — **CoronaVac** виробництва компанії **Sinovac Biotech** та дві **Sinopharm** від Уханського і Пекиньського інститутів біопродуктів;

— чотирма векторними на основі аденовірусних векторів — **Оксфорд / AstraZeneca** (аденовірус шимпанзе), **CanSino (AdS) / Janssen** (дочірня компанія Johnson&Johnson);

— двома РНК-вакцинами на основі мРНК **Moderna / NIAID** та **BioNTech Fosun / Pfizer**;

— однією субодичиною вакциною від компанії **NovaVax**, що містить наночастинки з повнорозмірним S-білком коронавірусу.

Станом на 19 травня 2021 р. вивчена роль і дія всіх цих вакцин та всіх переваг і ускладнень, пов'язаних з ними. Адже кожна з них специфічна, і ми мусимо їх не тільки аналізувати, а й дохідливо розповідати своїм пацієнтам, щоб позбутися недовіри до вакцинації. Бо лише вона може зупинити пандемію. Отже, розглянемо кожную вакцину.

Почнемо з РНК-вакцини **Pfizer/BioNTech**. Її основний компонент — молекула матричної РНК, в якій записана інформація про S-білок. Вона містить лагідні наночастинки, які сенсibilізують організм вакцинованої людини.

Післявакцинальні ускладнення можуть бути: легкими — 70 %, середньо-тяжкими — 30 %, і тяжкими — до 1 %. Локально у 70 % вакцинованих виникають гарячка (до 2-3 днів), набряк, гіперемія, біль в місці ін'єкції. Системно у 40 % щеплених можуть спостерігатися головний біль, нудота, міалгія, артралгія, озноб, діарея.

Після вакцинації даним препаратом захворіли 8 % осіб. Ефективність вакцини становить 92-99 %: серед білої раси європейців — 95 %, серед чорної раси — 100 %.

Як застосовується вакцина Pfizer/BioNTech?

Пацієнт повинен отримати 2 ін'єкції вакцини від COVID-19 Pfizer/ BioNTech. Другу ін'єкцію можна зробити в проміжку 21-28 днів після першої ін'єкції вакцини Pfizer / BioNTech.

Наступна вакцина **Oxford Uni—Astra—Zeneca** — вектор на основі аденовірусу мавпи, який доставляє у клітину людини ген S1-білку SARS-CoV-2. А клітина людини синтезує цей білок з формуванням імунної відповіді.

Хороша переносимість вакцини старшими особами, гірша — молодими. Ефективність — 82 %.

Як застосовується вакцина Oxford Uni-Astra-Zeneca?

Вакцина від COVID-19 AstraZeneca вводиться у вигляді ін'єкції 0,5 мл.

Пацієнт повинен отримати 2 ін'єкції вакцини від COVID-19 AstraZeneca. Другу ін'єкцію можна зробити від 4 до 12 тижнів після першої ін'єкції.

Отримавши першу дозу вакцини від COVID-19 AstraZeneca, пацієнт також повинен отримати другу дозу вакцини від COVID-19 AstraZeneca для завершення курсу вакцинації.

Якщо пропущена запланована друга доза, пацієнт може бути не повністю захищений від COVID-19.

CoronaVac/Sinovac Biotech (Китай) — цільовірус-на інактивована вакцина, безпечна, ІС реагує на всі АГ вірусу. Можливі побічні ефекти у вигляді гарячки, що триває кілька днів. Ефективність цієї вакцини складає 83 % (за даними вакцинації в Туреччині). Вчені дослідили, що у 78-80 % щеплених вона запобігає тяжкому та середньому перебігу хвороби, і у 100 % — критичному. Частота алергічних реакцій всього 0,3 %. Не зареєстровано жодних тяжких реакцій, смерті або анафілактичного шоку.

Як застосовується вакцина CoronaVac/Sinovac Biotech (Китай)?

Пацієнт повинен отримати 2 ін'єкції вакцини від COVID-19 CoronaVac/Sinovac Biotech. Другу ін'єкцію можна зробити в проміжку 14-28 днів після першої.

Вакцина Johnson&Johnson — РНК-векторна, аналогічна AstraZeneca. Вводиться внутрішньом'язово один раз. Ефективність 66 % з ймовірністю до 85 %. Захищає від важкої форми перебігу хвороби, але можливі випадки тромбозу. Застосування аналогічне.

Застереження для лікарів: при дворазовому щепленні не можна змішувати типи вакцин, тобто, векторну можна замінити тільки векторною тощо.

Отже, ускладнення може спричинити будь-яка вакцина: від цього людство не застраховане. Але кожна з них запобігає важкому перебігу хвороби, і це значно перевищує той мінімальний ризик розвитку небажаної поствакцинальної події. Цю інформацію повинні знати пацієнти.

Групи ризику та як їх вакцинувати?

Українські лікарі, як і їхні зарубіжні колеги, уважно слідкують за дослідженнями провідних наукових та клінічних установ світу щодо локальних проблем дозволених вакцин та груп ризику своїх пацієнтів під час вакцинавання. І насамперед щодо ризиків імуні-компрометованих пацієнтів. Адже окрім того, що ми сьогодні живемо в період пандемії COVID -19, слід турбуватися про лікування хвороб, які супроводжують людину все життя.

Серйозні дослідження проведено серед 141 пацієнта з COVID-19 в Ухані. Виявлено, що найвищий ризик інфікуватись SARS-Cov-2 мають пацієнти з гіпертензією та цукровим діабетом. Проаналізувавши карти спостереження пацієнтів з ускладненим алергологічним анамнезом / бронхіальна астма, алергічний риніт, харчова алергія, кропив'янки/, було узагальнено, що така група пацієнтів не належить до групи ризику інфікування SARS-Cov-2.

Другою топовою групою були діти з ускладненим алергологічним анамнезом та без нього. У них зазвичай спостерігається легкий перебіг COVID-19, як і у

дітей без алергічного анамнезу. У дослідженні серед 182 госпіталізованих дітей з SARS-Cov-2, 43 пацієнти мали алергію: алергічний риніт— 83,7% (медикаментозна алергія, atopічний дерматит, харчова алергія та бронхіальна астма). Загальний висновок спостереження стосовно дітей: алергія не була фактором ризику інфікування та тяжкості перебігу інфекції, спричиненої SARS-CoV-2, і не впливала на перебіг захворювання COVID-19. Тому вони не є групою ризику щодо вакцинації. Хоча ці дані ще потребують скрупульозного аналізу. Тим паче, що в Україні вакцинація дітей попереду.

Особливу групу дослідження становили пацієнти, які під час хвороби втратили нюх. Значна їх кількість відчувала втрату нюху як ранню ознаку захворювання. У багатьох пацієнтів відчуття запахів відновлюється через 1-2 тижні. Цікаво, що немає переконливих доказів щодо позитивного впливу на відновлення нюху інтраназальним лікуванням кортикостероїдами.

Зате обмеження чи припинення використання антигістамінних препаратів або місцевих ГКС у пацієнтів з алергічним ринітом негативно впливає на симптоматику та / або перебіг COVID-19. Тому не рекомендується зупиняти застосування місцевих інтраназальних кортикостероїдів, які можуть попередити необхідність візиту до лікарів. Пригнічення імунної системи також не доведено, і більше того — чхання після припинення ГКС свідчить про ймовірність більшого поширення SARS-COV-2.

Отже, зроблено висновок: для пацієнтів з інфекцією COVID-19 з супутнім алергічним ринітом необхідно продовжувати застосовувати інтраназальні кортикостероїди (включаючи спрей) в рекомендованій дозі.

Хочу звернути увагу лікарів первинної ланки: ці рекомендації є умовними і їх слід регулярно адаптовувати на основі власних спостережень та нових клінічних настанов.

Якщо для загальної популяції осіб ми можемо твердо рекомендувати вакцинацію проти COVID-19, то і для пацієнтів з супутніми хворобами немає абсолютних протипоказань, за винятком анафілаксії на компоненти вакцини в анамнезі або ж на першу введену дозу вакцини проти COVID-19.

Імунізація проти коронавірусу за стандартом

Відповідно до загальноприйнятих стандартів імунізація пацієнтів, які визнані поза групою ризику, має бути стандартною — введення дози вакцини без додаткового часу спостереження після вакцинації. До них належать:

пацієнти з клінічно незначущою сенсibiliзацією до компонентів вакцин (яйце, желатин, дріжджі, латекс);

пацієнти з алергопатологією, яка не пов'язана з алергічними реакціями (в анамнезі) на вакцини;

пацієнти з алергічними хворобами, які мають сімейний анамнез з історією реакцій на вакцини в родичів. Щодо даної групи лікарю первинної ланки необхідно зібрати ретельний анамнез проведення попередніх вакцинацій у даного пацієнта.

Шкірні прік-тести і дослідження IgE перед вакцинацією не рекомендовано! Для пацієнтів з алергічними хворобами протипоказів до профілактичних щеплень немає!

Застереження мають пацієнти з системними алергічними реакціями в анамнезі, в т.ч. анафілаксією. Такі перебувають під наглядом впродовж 15 (30) хвилин після щеплення.

Яку вакцину від COVID-19 обрати?

І тепер найголовніше: якою ж вакциною щепити пацієнтів, в першу чергу алергіків?

РНК-вакцини (Pfizer/BioNtech і Moderna) використовують систему носіїв наночастинок на основі ліпідів, яка запобігає швидкій ферментативній деградації mRNA та полегшує доставку in vivo. Ця система наночастинок на основі ліпідів додатково стабілізується поліетиленгліколем (ПЕГ) 2000 ліпідним кон'югатом, який забезпечує гідрофільний шар, подовжуючи період напіввиведення. Припускають, що в деяких популяціях ймовірний ризик алергічних реакцій через синтез IgE до ліпідів та активацію системи комплементу, що пов'язана з ліпідним, або з ПЕГ-ліпідним компонентом вакцини (утворення анафілатоксинів — низькомолекулярних пептидних фрагментів C3a, C5a, які викликають неспецифічну активацію та дегрануляцію тучних клітин).

Загалом, підвищеного ризику анафілаксії щодо дозволених в Україні вакцин COVID-19 для пацієнтів з анафілаксією на продукти харчування, отруту комах та інші медикаменти немає.

Важливо пам'ятати, що побутова чи сезонна алергія не є протипоказанням до вакцинації проти COVID-19.

Протипоказанням до застосування вакцин проти COVID-19 є тільки тяжка алергія до одного з компонентів вакцини або гостра анафілактична реакція на першу дозу вакцини проти SARS-Cov-2.

Кому протипоказане щеплення проти коронавірусу

Вагітним та матерям, що годують груддю. Виключення — якщо вони входять до групи професійного ризику, як, наприклад, медичні працівники. Відміна грудного вигодовування після щеплення не потрібна.

Імунокомпрометованим особам також рекомендовано щеплення лише у разі, коли вони знаходяться в групі професійного ризику.

Усім, хто має в анамнезі тяжкі алергічні реакції на будь-який з компонентів вакцини або продемонстрував тяжку алергічну реакцію на першу дозу вакцини.

Дітям — відповідно до інструкції конкретної вакцини.

Рішення щодо вакцинації осіб з системними аутоімунними хворобами приймається на підставі рівня імуносупресії та терапії, яка проводиться.

Підготувала Ольга ФАЛЬКО

ЧИ МОЖЕ COVID СПРИЧИНИТИ ЕПІДЕМІЮ ДЕМЕНЦІЇ?

Чим більше знань накопичують учені і медики щодо перебігу COVID-19 і ускладнень, які викликає це захворювання, тим частіше з'являється інформація про широкий спектр психічних і неврологічних порушень у пацієнтів після перенесеної недуги. Особливо

непокоять і лікарів, і пацієнтів дані про появу нейрокогнітивних порушень і розвиток деменції.

Ольга КОВАЛЕНКО, доктор медичних наук, професор кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НУОЗ України імені П. Л. Шупика, головний науковий співробітник наукового відділу внутрішньої медицини ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС, лікар-невролог, лікар-рефлексотерапевт вищих кваліфікаційних категорій

Наразі у всьому світі на деменцію страждають більше 50 мільйонів чоловік, а за оцінками ВООЗ це число до 2050 року збільшиться до 131,5 млн осіб. Нейрокогнітивні розлади виникають через хвороби або ураження головного мозку, частіше в літньому віці, і, нерідко, ускладнюють перебіг інших захворювань.

У останні десять років інтерес до деменції істотно зріс, що зумовлено значним збільшенням числа хворих з цією патологією, яка за рівнем соціально-економічного тягаря витісняє онкологічні захворювання. Ще більше проблема загострилася під впливом COVID-19, адже лікарі все частіше почали говорити про те, що глобальна пандемія може спричинити збільшення числа людей з нейрокогнітивними розладами. Про ризики розвитку деменції та можливі механізми профілактики говоримо з доктором медичних наук, професором кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НУОЗ України імені П. Л. Шупика, головним науковим співробітником наукового відділу внутрішньої медицини ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС, лікарем-неврологом, лікарем-рефлексотерапевтом вищих кваліфікаційних категорій Ольгою Коваленко.

ВЗ Ольго Євгенівно, в Україні теж, як і в усьому світі, спостерігається стрімке збільшення числа людей з деменцією? З чим це пов'язано?

— Деменція (або великий нейрокогнітивний розлад) — це не окреме захворювання, а збірне поняття, яке відображає певні ознаки та симптоми людини когнітивного, емоційно-вольового та поведінкового характеру. А саме — зниження пам'яті та уваги, порушення мислення та мовлення, розлади сприйняття, навчання та планування, а також поведінкова дисфункція, пов'язана з емоційно-вольовою сферою: апатія або збудження, розлади настрою та навіть психічні розлади. Звісно, що прояви деменції можуть широко варіювати як в якісних (переважання тих чи інших проявів), так і кількісних проявах (ступінь виразності різних складових). На превеликий жаль, у всьому світі приблизно понад 45 мільйонів людей страждають на деменцію і негативна тенденція зберігається. Страждає соціалізація людини, понад 70% хворих із деменцією мають суттєві поведінкові розлади, а тому деменція є не лише суттєвою медичною, але й соціальною проблемою сучасності. Тим більш це загострюється на нинішньому етапі розвитку суспільства, оскільки через стрімкий розвиток технологій і велику потребу їхнього застосування, значна частка населення відстає від цього через свою когнітивну неспроможність, і цей негативний чинник прогресує...

Деменція проявляється важким нейрокогнітивним розладом, якому передують легкі та помірні когнітивні порушення, що можуть посилюватися з віком. Відпо-

відно, існує клінічна градація: синдром легких когнітивних порушень, синдром помірних когнітивних порушень, тяжкі когнітивні порушення (деменція).

Важливо знати, що нейрокогнітивні розлади, й деменція зокрема, зазвичай має поліфакторіальне походження, тобто, може викликатися різними чинниками, що поєднуються між собою. Пандемія COVID-19, безперечно, робить свій руйнівний внесок. Досить поширеним наслідком COVID-19 є зниження когнітивних функцій, яке відзначають навіть ті люди, хто переніс інфекцію в легкій формі. Відомо, що британські науковці провели аналіз результатів когнітивних тестів 84 285 учасників програми Great British Intelligence Test з підозрою чи підтвердженою COVID-19. Були отримані цікаві результати: серед людей, які одужали, включно з тими, хто більше не відчував симптомів захворювання, тестування виявило суттєвий дефіцит у когнітивній сфері.

ВЗ Як саме COVID-19 впливає на роботу мозку, що відомо на сьогодні?

— Вже відомо, що мозок є однією з ключових «мішеней» щодо ковідного ураження за рахунок ключових векторів — через судинну систему (гіпоксія через погіршення реології крові), інтоксикацію через діяльність вірусів, вплив з боку постраждалої від вірусної інфекції соматичної та ендокринної сфери. У світовій науковій спільноті тривають дискусії щодо безпосереднього впливу вірусу на речовину мозку (нейрони та гліальні клітини). Саме опосередкований комплексний вплив викликає порушення вмісту та активності нейротрансмітерів, у кожного з яких свої функції, а як наслідок — широкий спектр порушень, які можуть зустрічатися в різних поєднаннях у різних людей, що значною мірою залежить від вихідного стану організму кожної людини. Існують дані, що навіть стрес через вимушену соціальну ізоляцію також супроводжується зниженням рівнів нейротрансмітерів і чутливості рецепторів у різних ділянках ЦНС.

Оскільки саме головний мозок є керуючим органом над усіма функціями організму — руховими, чутливими, вегетативними, а головне — когнітивними та емоційно-вольовими, тим самим він забезпечує соціалізацію людини в оточуючому середовищі, адаптацію внутрішнього середовища організму до зовнішніх та внутрішніх змін, роботу внутрішніх органів та ендокринної системи... Хоча в гострий період ураження COVID-19 страждає весь організм людини, все ж таки зазвичай респіраторний синдром виступає як критичний, що обумовлює важкість перебігу патології. Як показав досвід, саме неврологічні проблеми, зокрема пов'язані з когнітивними та поведінковими розладами, виступають на більш пізньому етапі, і є одними з проявів так званого постковідного синдрому.

Саме когнітивні дисфункції різного ступеня виразності, зазвичай легкі, рідше — помірні, спостерігались практично в усіх хворих після перенесеного ковідного ураження, а причиною цього є погіршення метаболізму в речовині головного мозку і як наслідок — послаблення передачі нервового імпульсу.

Узагальнений перелік неврологічних скарг людей, які перехворіли на ковід, сьогодні виглядає так:

тривожність, панічні атаки, підвищена подразливість, порушення сну;

зниження пам'яті та концентрації уваги;

атаксія, запаморочення;

підвищена втомлюваність, загальна слабкість;

чутливі розлади у вигляді широкого діапазону порушень — від зникнення нюху та смаку (а також смакові та нюхові галюцинації) до зменшення або навіть зникнення хронічних болів (у спині, голові, суглобах тощо) під час гострого періоду інфікування;

головний біль;

підвищений артеріальний тиск;

вегетативні розлади (пітливість, озноби, метеозалежність);

полінейропатії (змішаного характеру);

субфебрильна температура.

ВЗ Чи спровокував COVID-19 збільшення захворюваності на деменцію?

— Говорити про постковідну захворюваність на деменцію ще, певно, в цілому зарано, оскільки пандемія триває і частина хворих з постковідними когнітивними розладами, маємо надію, відновиться. Хоча ризики залишитися з прогресуючими когнітивними розладами, що досягнуть рівня деменції, занадто великі, особливо в осіб з вже існуючими до ковідного пошкодження проблемами (цереброваскулярною хворобою, ендокринними, спадковими ризиками тощо).

Загалом, за прогнозами фахівців в Україні приблизно три чверті людей похилого віку мають той чи інший ступінь деменції. Найдивовижніше і небезпечне — майже ніхто з них не підозрює про діагноз.

ВЗ Що може бути предиктом розвитку деменції, у тому числі при ковіді, поради клініцистам, сімейним лікарям?

— Предиктом розвитку деменції є більш легкі когнітивні дисфункції, які фізіологічно з'являються після 60-65 років або у разі патології можуть з'являтися і раніше — через різні причини, зокрема й інфекційні. Цікаво, що за даними статистики лише 5-15% випадків легких когнітивних розладів в подальшому трансформуються в деменцію. Легкі когнітивні розлади зазвичай розпізнаються не одразу, особливо тоді, коли у людини є і домінують ще інші скарги, пов'язані із розладами життєдіяльності (біль, задишка, порушення у руховій та чутливій сферах, розлади координації та статички, патологія травлення тощо). Можуть бути зміни короткострокової пам'яті, емоційно-вольові розлади у вигляді пригнічення настрою, підвищеної подразливості.

Прояви деменції у людини вже чітко помічаються сторонніми людьми, на цій стадії виразно помітними стають проблеми з пам'яттю, що погіршують повсякденне життя, ускладнюють виконання звичайної домашньої роботи, відбуваються значні зміни у соціалізації та емоційно-вольові і пізнавальні дисфункції тощо.

ВЗ Які пацієнти потребують особливої уваги щодо ймовірного розвитку деменції? Хто у групі ризику? Перші небезпечні дзвіночки.

— Особливої уваги щодо подальшого розвитку деменції потребують такі групи пацієнтів:

люди старшого віку;

пацієнти з несприятливою спадковістю щодо хвороб, де когнітивні розлади є одними із важливих проявів (хвороба Паркінсона, Альцгеймера, деменція з тільцями Леві, лобно-скронева деменція тощо);

якщо в анамнезі пацієнта є травми головного мозку, нейроінфекційні захворювання (зокрема COVID-19), судинні події (інсульт, інфаркт міокарда тощо);

спостерігаються хронічні стани, що викликають гіпоксію та негативні метаболічні зміни в речовині мозку (хронічна ішемія мозку, серцева аритмія, ендокринна патологія тощо).

Перші «дзвіночки» хвороби — забудькуватість, дезорієнтація у часі та просторі, зниження мотивацій до активної діяльності, особливо тоді, коли раніше людина відзначалася протилежними якостями (кмітливості, прагненням до здобування знань і нових навичок та легкості у навчанні тощо).

Слід також звернути увагу, що тимчасові зміни концентрації уваги та зниження мотивацій можуть спостерігатися у здорової людини через певні причини: стреси, перевтомлення, недосипання, незбалансоване харчування. До речі, прагнення до схуднення будь-якою ціною може бути причиною виникнення метаболічних змін в організмі, й в мозку зокрема, через надто надходження предикторів нейротрансмітерів, тим самим спонукаючи до когнітивного й емоційно-вольового дисбалансу і не тільки тимчасового! Зазвичай вчасне виявлення причинно-наслідкового зв'язку легких когнітивних проявів з вищезазначеними чинниками, відновлення раціонального харчування, повноцінного відпочинку, позбавлення залежності від стресу (робота з психологом, фізичні вправи, хобі, позитивні емоційні стимули, адекватна медикаментозна терапія тощо) можуть бути ефективними терапевтичними заходами позбавлення проблеми.

ВЗ Які рекомендації щодо обстеження пацієнтів є першочерговими? Чи можна позначити зону відповідальності сімейного лікаря?

— Першими, до кого звертаються пацієнти з когнітивними розладами, зокрема, у тому числі й у складі постковідного синдрому, це сімейні лікарі. Фахівці первинного рівня медичної допомоги мають широке коло компетенцій, що дозволяє більш широко і цілісно дивитися на події, виявляти не тільки соматичні, але й нейрокогнітивні проблеми. Сімейний лікар щільно співпрацює з «вузькими» спеціалістами і у разі необхідності залучає їх до комплексної допомоги хворому.

Перше й головне — це клінічне обстеження: ретельний збір скарг та анамнезу хвороби та сімейного анамнезу, де важливо з'ясувати ймовірний причинно-наслідковий зв'язок із травмою голови, інфекційним захворюванням, судинною подією (інсульт, інфаркт міокарда тощо) або хронічним судинним захворюванням (артеріальною гіпертензією, атеросклерозом, хронічною, що викликає хронічну ішемію мозку, серцевою аритмією тощо), дисметаболічними розладами, ендокринною патологією тощо. Анамнез грає провідну роль, оскільки, спадковий чинник має суттєве значення у переліку хвороб з проявами деменції (хвороба Паркінсона, Альцгеймера, демен-

ція з тільцями Леві, фронтотемпоральна деменція тощо). Важливим моментом є визначення характеру харчування та способу життя, наявність шкідливих звичок. Проводиться загальноклінічний та клініконеврологічний огляд пацієнта щодо підтвердження/виключення органічних змін органів та систем. Зручними у застосуванні й діагностично інформативними є валідні клінічні шкали, одна з найпоширеніших у скринінгу деменції є коротка шкала MMSE (Mini Mental State Examination), а також Тест малювання годинника та ін.

Методи нейровізуалізації служать для підтвердження органічної природи розвитку деменції, де на МРТ-зображеннях виявляються різної виразності ознаки атрофії головного мозку (розширення мозкових борозн, субарахноїдальних просторів та шлуночків мозку, вогнищеві зміни). ПЕТ (позиційно-емісійна томографія) при деменціях відображує зменшення споживання мозком глюкози. Більш специфічне дослідження — аналіз ліквору на наявність бета-амілоїду, тау-білка, інфекційних та постінфекційних маркерів. Має значення загальний та біохімічний аналізи крові, показники згортання крові та маркерів запалення, функції щитоподібної залози, вмісту вітамінів, зокрема, В12, Д3, фолієвої кислоти щодо виявлення/виключення ймовірних причин розладу.

ВЗ Чи може корекція способу життя загальмувати патологічні процеси?

— Лікування й профілактика деменції повинні бути комплексними й включати як медикаментозну, так і немедикаментозну терапію. Велике значення має робота лікаря первинного контакту з сім'єю пацієнта — просити ретельно спостерігати за поведінкою члена сім'ї з ознаками когнітивного й пізнавального зниження та емоційно-вольовими розладами, не переставляти в звичному приміщенні меблі, щоб не викликати зайву тривогу й розгубленість у хворого, дати хворому достатньо простору, забрати небезпечні побутові предмети тощо.

Необхідно пропонувати використовувати прості, недорогі домашні засоби, які сприяють стимулюванню міжнейрональних зв'язків та покращенню когнітивних функцій, які, на жаль, часто бувають недооціненими: рукоділля, складання пазлів та моделей конструкторів, розгадування кросвордів, малювання, фізичні вправи, танці тощо. Доведено, що люди, які активно займаються розумовою діяльністю, використовують дрібну моторику рук та мають позитивний погляд на події у житті значно менше страждають на когнітивні порушення й менше схильні до розвитку деменції. Наявність хобі у людини також є позитивним чинником, який попереджає появу або уповільнює розвиток когнітивних дисфункцій, стимулює пізнавальні функції. Чудовим засобом, який покращує емоційно-вольову та поведінкову сферу людини є енімалотерапія (лікування за участю тварин) й не тільки за участю коней та дельфінів, але й простих домашніх улюбленців — котів, собак та ін. Необхідність доглядання та виховування тварини стимулює поведінкові та емоційні функції.

Серед медикаментозних засобів використовують ті, що спрямовані на нормалізацію функціонального ста-

ну нейромедіаторних систем, мають нейропротективну дію, покращують реологію крові, лікують основне захворювання, тобто, величезне значення має корекція розладів, пов'язаних із соматичною сферою.

ВЗ Які прогнози для людства вимальовуються? Що кажуть новітні дослідження на цю тему в Україні і світі?

— Прогнози щодо прогресування когнітивних дисфункцій, на жаль, не дуже оптимістичні через зростання чинників, які негативно впливають на розумові функції людини. У зв'язку з цим лікарям слід заздалегідь проводити інформаційно-просвітницьку роботу серед населення, що сприятиме вчасному розпізнаванню патології та застосуванню вищеперахованих заходів.

Пацієнти з неврологічними захворюваннями в умовах пандемії повинні дисципліновано виконувати всі рекомендації, які стосуються основного захворювання.

Тим часом ВООЗ вже визнала деменцію глобальною проблемою людства. Створена Глобальна обсерваторія деменції — веб-платформа для моніторингу поширення хвороби і національної політики країн щодо її профілактики та стримування. Є позитивні зрушення і в Україні — лікарі отримують більше інформації про прояви деменції, а також про методи лікування великого нейрокогнітивного розладу.

Антоніна ЛІВАНДОВСЬКА, «ВЗ»

ЯК ВІРУСИ-МУТАНТИ ЗМІНИЛИ ТАКТИКУ ЛІКУВАННЯ COVID-19 І ВІТЧИЗНЯНИЙ ПРОТОКОЛ?

Другий рік вчені всього світу шукають панацею від коронавірусу. А він мутує, лютує й загрожує встояти навіть проти першого покоління вакцин, не кажучи вже про ліки. Чи вдається медикам перелаштовуватися під його сюрпризи й чи відповідають їм оновлені протоколи?

Лариса МОРОЗ, завідувачка кафедри інфекційних хвороб з курсом епідеміології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, доктор медичних наук, професор

Досвід навчив?

ВЗ Впродовж року протокол лікування COVID-19 змінювали сім разів. Чи кардинально відрізняються перший і останній варіант?

— В цілому ні, але від деяких ліків ми відмовилися, деякі нові взяли на озброєння. По-перше, з протоколу були виключені препарати антиретровірусної терапії. Хоча на початку епідемії вважалося, що ці ліки можуть бути ефективні й при коронавірусній інфекції. Однак вони не довели свою ефективність у цьому напрямку. Також чимало дискусій точилося навколо застосування протималарійних препаратів — вони спричиняли досить велику кількість побічних дій, тож співвідношення «ефективність — безпечність» не влаштовувало нікого. Для використання згаданих засобів медикам потрібно було дуже ретельно підбирати групи хворих — без жодних уражень серцево-судинної системи на старті. Тому ці препарати також виключили з нашого протоколу. А

решта залишилися. Наприклад, в результаті чергового оновлення у протоколі з'явився препарат Тоцилізумаб для лікування пацієнтів з критичним перебігом коронавірусної хвороби. Також були змінені дозування цього препарату для лікування пацієнтів з тяжким перебігом інфекції. Наразі ми вже добре знаємо, в яких дозуваннях і в які терміни та при яких лабораторних показниках у хворого доцільно його призначати. Передбачено певні зміни у дозуванні кортикостероїдів. Також уточнили рекомендації щодо призначення Ремдесивіру — дійшли висновку, що він найефективніший в перші дні захворювання. Бо коли його призначали на початку чи й наприкінці другого тижня хвороби, то не завжди спостерігали ефективність.

Перші дні важливі, але...

ВЗ Чому не зроблено основний акцент на призначенні противірусних препаратів, які б стримали подальший прогрес хвороби?

— Як відомо, специфічних ліків, які б діяли саме на коронавірус, не винайдено. Серед основних противірусних препаратів, що застосовуються у світі на ранньому амбулаторному етапі лікування COVID-19 — Фавіпіравір. Однак, на жаль в Україні його немає, хоча й обіцяли, що буде завезений. Можливо, держава пізніше закуповуватиме його централізовано. Ще один противірусний препарат, який використовується у світі (але вже у стаціонарних умовах) — Ремдесивір. В Україні його лише один раз закупили (централізовано) й розподілили по всіх лікарнях, які займаються лікуванням коронавірусної інфекції. Потрібно, щоб його й надалі закуповувала держава: створена окрема робоча група супроводу державних закупівель Ремдесивіру. Обидва ці препарати показали непогану ефективність, якщо застосовувати їх на початковому етапі — у перші 5–7 днів захворювання.

Антибіотики при коронавірусі – тільки в крайньому разі

ВЗ Початок захворювання «лягає» на амбулаторну ланку, лікарі первинки кажуть, що їм би бажано мати протокол лікування таких хворих, аби уникати госпіталізації.

— Протокол лікування COVID-19 — загальний, і в ньому чітко прописано, що повинна робити первинна ланка. Аби тільки сімейні лікарі цей документ вивчали й виконували його вказівки. Бо, наприклад, ми постійно розповідаємо їм про те, що перш ніж призначати антибіотики, потрібно переконатися в тому, що є бактеріальна інфекція. Існує специфічне дослідження — визначення рівня прокальцитоніну. Його результати дають можливість визначати, є ураження вірусним чи бактеріальним. Якщо лише вірусне, то антибіотики не показані. Навіть у стаціонарі ми призначаємо потужні антибіотики тільки у разі приєднання вторинної бактеріальної флори, у в деяких випадках — після введення Тоцилізумабу, котрий справляє потужну імуносупресію, і у пацієнтів може розвиватися в бактеріальне ускладнення. На жаль, сьогодні багато безпідставних призначень антибіотиків, і не в інфекційних стаціо-

нарах, де перебувають тяжкі хворі, а передусім на первинній ланці, де лікують легкий або середній перебіг хвороби. Це призводить не лише до антибіотикорезистентності, яку чомусь сприймають як щось абстрактне й на перспективу, а й до виникнення грізних ускладнень вже сьогодні. Здебільшого ми спостерігаємо розвиток псевдомембранозного коліту. І, на жаль, вже маємо випадки смерті пацієнтів від цього ускладнення, яке виникло саме внаслідок неадекватного лікування коронавірусної інфекції. Тому оновлено рекомендації щодо призначення антибактеріальної терапії коінфекції й суперінфекції — пацієнтам з легким та середнім перебігом хвороби заборонено призначати такі ліки без підтвердження наявності бактеріальної інфекції.

Які обстеження має призначати сімейний лікар при підозрі на COVID-19

ВЗ Чи ж достатньо лабораторної бази, щоб відстежувати стан пацієнта на амбулаторному етапі й не прогавити кризу?

— Сімейні лікарі повинні більше приділяти уваги хворим на COVID-19, призначати їм дослідження в динаміці. По-перше, ми завжди говоримо, що навіть підозру COVID-19 слід вести, як коронавірусну інфекцію. Тож і ПЛР-дослідження потрібно призначати не на 5–7-й день хвороби, коли «вже нічого не допомогло», а стан пацієнта погіршився, а одразу після виникнення підозри. Бо надалі тест вже може нічого й не підтвердити. По-друге, потрібно із самого початку обов'язково призначити пацієнту загальний аналіз крові, дослідження на С-реактивний білок, аби потім в динаміці бачити, чи відбуваються якісь зміни в бік погіршення. Трапляється, що пацієнт почувається начебто й нівроку, але за результатами аналізу вже потрібно бити на сполох, або й спрямовувати хворого на стаціонарне лікування. Також сімейний лікар має обов'язково призначити коагулограму та дослідження на Д-димер особам похилого віку, які мають серцево-судинні ускладнення. На амбулаторному етапі ці обстеження доступні.

ВЗ Лікарі кажуть, що найкраще — запобігти потраплянню пацієнта на ШВЛ. Протокол в цьому допомагає?

— На жаль, це не завжди залежить від лікарів. Критичному перебігу хвороби можуть сприяти й інші чинники — невчасне звернення за медичною допомогою, наслідки самолікування, наявність супутніх хвороб, зрештою, особливості організму хворого тощо. Однак ми намагаємося зробити все можливе, аби пацієнт міг обійтися не лише без ШВЛ, а й без неінвазивної кисневої підтримки, того ж СРАР. Тому в протоколі ми чітко прописали критерії призначення різних препаратів патогенетичної терапії, які довели непогану ефективність при коронавірусній інфекції. Якщо зробити такі призначення вчасно, можна досягти хороших результатів.

ВЗ Що є основною підставою для перегляду протоколу — зміна штамів вірусу, картини клінічного перебігу хвороби чи інші чинники?

— Основною підставою є зміни в тактиці лікування хворих на COVID-19, які динамічно відбуваються у сві-

товій практиці. У Центрі громадського здоров'я МОЗ України працює група фахівців, які збирають дайджест усіх клінічних досліджень (попередніх даних чи вже остаточних висновків) щодо ефективності різних схем терапії коронавірусної інфекції. Хоча всі ми розуміємо, що все це off-label препарати.

Чи є в медиків все необхідне для «виконання» COVID-протоколу

ВЗ Ліків, які прописані в протоколі, достатньо?

— Наразі я не володію вичерпною інформацією про ситуацію в усіх регіонах, але знаю, що в деяких закладах керівники не дуже хотіли закуповувати патогенетичні препарати за «ковідні» кошти. Але якщо вже держава закупила ці ліки централізовано, то вони надходять до лікарень, відділень у достатній кількості. Навіть якщо йдеться про дороговартісну терапію, курс якої (1–2 введення препарату) обходиться від 20 до 40 тис. грн. Пацієнти отримують ці ліки безплатно.

ВЗ Критерії госпіталізації останнім часом змінилися, а ліками номер один став кисень?

— Так, критерії дещо змінилися, коли спостерігався справжній «вал» пацієнтів, здебільшого госпіталізовували тяжкі випадки. Однак за наявності вільних місць ми приймаємо й хворих в легкій формі, якщо вони мають супутній коморбідний несприятливий фон. А кисень дійсно є одним з основних компонентів у лікуванні таких хворих. На жаль, донедавна у нас поспішали вишукати якомога більше ліжок, але без кисню, особливо без централізованого, вони — ніщо. З таким самим успіхом їх можна розмістити у парку! На жаль, проблеми з централізованим постачанням кисню медичні заклади відчувають практично по всій Україні. Бачу це й на прикладі Вінниччини. Наприклад, перша міська клінічна лікарня Вінниці ще з травня-червня минулого року почала проводити кисневі магістралі. Тож інфекційне відділення, яке розміщується у двох будівлях, ще торік було повністю забезпечене централізованим киснем. А поступово — і всі відділення лікарні (220 ліжок. Чого не скажеш про райцентри. Там, де немає централізованого кисню чи достатньої кількості балонів, тяжких хворих часто не «витагують» — одних лише кисневих концентраторів часто буває замало. А таких хворих більше.

ВЗ Чи відсутні в українському протоколі ліки, які, можливо, в інших країнах вважають ефективними й широко застосовують?

— Практично всі препарати, які використовуються у світових схемах лікування коронавірусної інфекції, передбачені й в українському документі. Єдине, чого туди не внесено — використання плазми хворих, котрі перехворіли на COVID-19, хоча в деяких країнах світу цей метод дуже популярний. Однак там заклади централізовано отримують такі препарати. У нас поки що такі плани — на рівні обговорення, саме через відсутність можливості отримувати цей препарат централізовано і в достатній кількості. Брати кров у донора й тут же вливати її хворому в іншій палаті — не вихід, потрібно перевірити й донорів, і якість крові, аби не наразити пацієнтів на додаткові ризики.

Ефективність ліків проти коронавірусу вивчається «на ходу»

ВЗ Сьогодні чи не щодня з'являються різні новини про обнадійливі результати використання «несподіваних» для COVID-19 ліків, наприклад, нейролептиків чи протиастматичних препаратів. Чи можна вірити в такі перспективи?

— Доки ефективність цих ліків не підтвердять бодай нетривалі клінічні дослідження, у яких братиме участь більше, ніж 1-2 тис. осіб, про попередні результати, а тим більше про застосування на практиці годі говорити. Взагалі клінічні дослідження будь-якого нового препарату (у класичному їх варіанті) тривають роками. На жаль, нині це розкіш. Тому препарат починають застосовувати при перших повідомленнях про його позитивний вплив, а клінічні дослідження тривають далі. Через деякий час їх можуть припинити, оскільки очікуваного результату не було отримано, або ж їх ефективність досліджуватиметься — для підбору оптимального дозування чи можливих комбінацій з іншими препаратами. Така інформація може змінюватися щомісяця, або й щотижня.

ВЗ Чи вивчають дію нових ліків в Україні?

— Так, ми вивчаємо нові ліки, як і вся світова спільнота. В тому числі й вітчизняні. Наприклад, отримали обнадійливі дані щодо використання Корвітину. Також вивчали дію Амізону, чекаємо на остаточні результати. Водночас в Україні проводяться багатоцентрові світові клінічні дослідження різних моноклональних антитіл і препаратів на кшталт Тоцилізумаба, які діють не тільки на інтерлейкін 6, адже у цитокіновому штормі задіяна вся система, тож потрібно впливати й на інші її ланцюжки. Наразі немає жодного препарату, про який можна сказати, що він на 100% дієвий проти COVID-19, тож ми раді можливості проводити клінічні дослідження, оскільки спостерігаємо ефективність багатьох досліджуваних препаратів, які врятували життя нашим хворим.

Чи можна порушити COVID-протокол?

ВЗ Дуже важливе питання — чи можна відступати від букви протоколу, адже коронавірусна інфекція дуже непередбачувана, до того ж її перебіг може відрізнятися у різних пацієнтів?

— Так, все має бути індивідуально — залежно від клінічних проявів хвороби. Наприклад, деяким хворим ми призначаємо гормональну терапію раніше, деяким — пізніше, а декому вона взагалі не потрібна, бо запальний процес слабко виражений. Обов'язково відрізняється й дозування антикоагулянтів. У деяких хворих показники настільки динамічно змінюються, що доводиться щодня робити моніторинг й проводити відповідні дослідження. Отже, навіть якщо комплекс обстеження та лікування у протоколі стандартний, потрібно «ловити» момент, коли його застосовувати й у яких комбінаціях для кожного хворого.

ВЗ Чи залежить тактика лікування від штаму вірусу?

— На даному етапі — ні. Можливо, у перспективі з'являться якісь противірусні препарати, котрі діятимуть на окремі штами вірусу. Як ми це спостерігаємо на при-

кладі лікування вірусного гепатиту С, коли для різних генотипів цього вірусу розроблено специфічні схеми лікування. Однак поки що основні сили й кошти спрямовано на швидкий пошук дієвих вакцин, а не специфічних ліків проти коронавірусної хвороби. Однак, як засвідчив час, вірус мутує і це може знівелювати ефективність вакцин. Тож на разі дедалі гучніше говорять про те, що потрібна друга їх генерація, більш ефективна, яка б діяла на всі білки вірусу. Будемо сподіватися, що це вдасться.

Коронавірус став більш непередбачуваним

ВЗ Чи можна бодай приблизно визначити за перебігом хвороби, який саме штам «підхопив» пацієнт?

— Це дуже складно. Хіба що орієнтуючись на попередній досвід. Наприклад, перший класичний штам, який називають китайським, більше уражав осіб старшої вікової групи. А зараз ми маємо пацієнтів і до 50 років, і до 30 років, у яких дуже тяжкий перебіг хвороби. Зникли й гендерні особливості. Якщо на початку епідемії ми бачили, що чоловіки хворіють важче, то нині жінки їх «наздогнали» в цьому, а іноді й частіше потрапляють до стаціонару у тяжкому стані. Вірус став більш контагіозним, скоротився його інкубаційний період.

ВЗ Чи можна за допомогою обстежень, симптомів спрогнозувати тяжкий перебіг хвороби?

— Такого методу «прогнозування» ще не виробили. Єдине, на що орієнтуємося — на супутню патологію. На старті епідемії ми очікували, що найвразливішою мішенню коронавірусу будуть пацієнти з хронічними захворюваннями легень. Але, як з'ясувалося, такі захворювання суттєво не впливають на перебіг коронавірусної хвороби. Найбільш тяжким він виявився у пацієнтів із цукровим діабетом та ожирінням. Також, можливо, існують певні генетичні особливості, які формують високу сприйнятливості COVID-19, бо трапляється, що тяжко хворіють цілими родинами, наприклад, мати й діти, брати та сестри. Все це ще доведеться ретельно вивчати, аби зробити остаточні висновки.

ВЗ Що вас найбільше вразило в цій хворобі за час її існування?

— З одного боку, це одужання пацієнтів на межі дива. Наприклад, коли вдавалося врятувати хворого з більш ніж 90% ураженням легень. Але ще більше вражають випадки, коли здається, що все позаду, стан хворого вже задовільний, його контролюють досвідчені фахівці, пацієнта планують виписати зі стаціонару, він встає з ліжка і тут же падає замертво — через раптовий тромбоз.

Які ще зміни в протоколі лікування COVID-19 очікувати?

ВЗ Після виписки зі стаціонару інфекціоністи не бачать своїх хворих. Можливо, їх потрібно лікувати за якимись схемами й надалі?

— Дійсно, інфекціоністи лікують гострий період хвороби. Надалі має бути задіяна система поступової реабілітації — не дуже віддаленої, а одразу після виписки зі стаціонару. Такі хворі мають перебувати під наглядом фахівців у реабілітаційному центрі. Передусім реабілітації потребують пацієнти з вираженим фіброзом

легень — одразу після лікування гострої стадії хвороби. Також працюємо над тим, як реабілітувати пацієнтів з ураженнями серцево-судинної системи. Адже навіть якщо ці проблеми були мінімальними у гострій фазі COVID-19, вони можуть проявлятися через кілька місяців після завершення захворювання. Такі хворі вже потрапляють до кардіологів, терапевтів, сімейних лікарів, але навряд чи всі вони пов'язують свої проблеми з перенесеним COVID-19. Тож потрібно буде статистично фіксувати дані про те, які саме серцево-судинні ускладнення виникають у таких пацієнтів. Це ж стосується й психічних та когнітивних порушень, які з'являються в гострому періоді COVID-19, і можуть тривати впродовж тривалого часу. Втім, подібні схеми передбачає вже інший протокол — постковідної реабілітації.

ВЗ Усі розуміють, що й оновлення протоколу лікування далеко не останнє. Уже є якісь плани на майбутнє?

— Тут точно доцільний вислів «життя покаже». Тому скажу лише про найближчі перспективи, які стосуються оновлення протоколу лікування COVID-19 дітям та вагітним.

Світлана ТЕРНОВА, «ВЗ»

ЧИ ВПОРАЮТЬСЯ СІМЕЙНІ ЛІКАРІ З ДОЛІКОВУВАННЯМ КИСНЕВОЗАЛЕЖНИХ ПАЦІЄНТІВ?

Одна з останніх ініціатив МОЗ України — забезпечення сімейних лікарів кисневими концентраторами для ведення хворих на COVID-19 вдома. Однак благородна ідея як завжди наштовхнулася на «технічні» перешкоди: на яких підставах передавати пацієнту обладнання, хто відповідатиме за його використання й зберігання, де брати «супутні» засоби й кого підключати першим з черги нужденних? Чи не буде лікаря бито за його жито, якщо щось піде не так?

Рішення одне — питань безліч

На піку чергової хвилі епідемії, коли в багатьох стаціонарах не вистачало місць для тяжких пацієнтів, було вирішено доліковувати тих, хто вийшов з критичного стану, на амбулаторній ланці, під наглядом сімейного лікаря. Медичні аспекти цього питання владнала спеціальна робоча група, яка внесла відповідні зміни до стандартів госпіталізації хворих на COVID-19. У них прописано, що пацієнтів із сатурацією понад 94 на невисокому потоці кисню (3-5 л), які ще потребують респіраторної кисневої підтримки, можна переводити на амбулаторний етап лікування за умови надання кисневого концентратора. До того ж це можна зробити лише за наполяганням самого пацієнта або його законних представників. І обов'язково за умови, коли концентратори будуть роздавати пацієнтам додому на тимчасове користування. Однак виникло багато питань щодо практичної реалізації цього задуму. По-перше, невідомо чи вистачить таких концентраторів на всіх хворих, які їх потребуватимуть, і що робити, коли така ситуація виникне — відправляти нужденних знову

у стаціонар чи ділити між ними те, що не ділиться? По-друге, концентратори, вартість яких сягає 40 тис. грн, перебуватимуть на балансі центрів ПМСД і сімейний лікар передаватиме їх у користування під власну відповідальність. Ризик того, що вони не повернуться, або ж повернуться в непридатному для подальшого користування стані — існує, і немалий. Чим це обернеться для лікаря та закладу? По-третє, дехто з керівників центрів ПМД нарікає на те, що чинним законодавством заборонено передавати державне майно у безоплатну оренду. І доки у них на руках не буде документів, які вирішують цю юридичну колізію, вони стримано коментують свої можливості. Мовляв, якщо щось і можемо, то тільки поставити концентратори в амбулаторіях і дозволити користуватися ними під наглядом лікаря. Але ж чи для того їх закуповували? Тому дехто наполягає на необхідності внесення відповідних змін в Закон про оренду державного майна. У будь-якому разі без вдосконалення нормативно-правової бази не обійтися. На це потрібен час. А пацієнти потребують допомоги вже сьогодні. Як справляються із ситуацією на місцях?

В амбулаторії — добре, а в стаціонарі — краще?

Віталій КОРНІЙЧУК, директор Кременецького Центру ПМСД, Тернопільська область

Для нашого Центру виділили 32 кисневі концентратори. Така кількість регламентована наказом управління охорони здоров'я Тернопільської ОДА щодо надання медичної допомоги амбулаторним хворим на завершальних стадіях коронавірусної хвороби, за постковідного синдрому та хворих, які лікувалися в стаціонарі, але виписані додому з низькою сатурацією крові. Попри те, що до Табеля оснащення Центрів ПМСД ця апаратура не потрапила, Постанова Кабінету Міністрів № 25 дозволяє закуповувати її для надання допомоги пацієнтам з коронавірусною інфекцією. Ми вже доправили закуплені концентратори на місця, розподіливши їх відповідно до укладених декларацій, проводимо навчання персоналу. Наш заклад потужний, у районі розміщено 14 амбулаторій та 42 ФАПів, працює 30 сімейних лікарів, відтак на кожен амбулаторію припало по 2 концентратори, і лише окремі (де мало декларантів) отримали по одному. Головні амбулаторії у Кременці дісталось 9 концентраторів, бо вона обслуговує 26 тисяч мешканців. Хоча така кількість на наш район — це мізер, але якщо раніше у сімейних лікарів взагалі не було концентраторів, а хворим доводилося їх вишукувати деінде, то, як кажуть, і цьому дуже раді. Рішення щодо виділення коштів з медичної субвенції на реалізацію відповідної ініціативи МОЗ — позитивний крок.

Втім, зважаючи на невелику кількість отриманих концентраторів, використовуватимемо їх лише у денних стаціонарах при амбулаторіях. Пацієнти приходять і отримують лікування киснем. Для хворих, які не зможуть пересуватися, видаватимемо апарати додому. Кожен сімейний лікар вирішуватиме питання доцільності організації стаціонару вдома і нести відповідальність за використання й зберігання наданого концентратора.

Щодо ініціативи МОЗ, яка дозволяє виписувати зі стаціонарів пацієнтів, які потребують кисневої підтримки й мають позитивний ПЛР-тест, то, на мій погляд, такі хворі мають перебувати у лікарні практично до повного одужання і виписані можуть бути лише з негативним ПЛР-тестом. Бо якщо виписувати недолікованих пацієнтів з низькою сатурацією, які потребують постійної кисневої підтримки, то два концентратори на одну амбулаторію — це крапля в морі. Тож на мою думку, такі пацієнти повинні перебувати у стаціонарі, де є централізована подача кисню.

Хто закупить витратні матеріали?

Наталія ГОРЬОВА, директор КНП «Канівський центр первинної медико-санітарної допомоги» Канівської районної ради, сімейний лікар вищої категорії

Звичайно, що ідея забезпечення первинної ланки кисневими концентраторами дуже хороша і ми її підтримуємо. І не лише підтримуємо, а вже маємо у закладі 3 концентратори і за потреби їх використовуємо.

На жаль, МОЗ довго йшло до реалізації такої ідеї. Ми не могли чекати, поки нам закуплять кисневі концентратори централізовано. Адже Канів узимку перебував у «червоній» зоні, ситуація була дуже складною — щодня додавалося по кількості хворих. Не вистачало навіть пробірок для аналізів, не те що обладнання — у цьому нам ніхто не допомагав. Тож ми змушені були самостійно вирішувати свої проблеми. На жаль, не всі проліковані хворі на COVID-19 після виписки зі стаціонару могли самостійно дихати. Але в лікарнях не вистачало місць — вони були життєво необхідні більш тяжким пацієнтам. Тому постало питання використання кисневих концентраторів у домашніх умовах. До такого рішення ми прийшли ще у січні.

3 концентратори нам надійшли від благодійників. Наразі усі вони роздані пацієнтам, які доліковуються вдома. Якби у нас було ще кілька таких апаратів, також би були задіяні. Бо, наприклад, зараз у нас один концентратор знаходиться в родині, де захворіли двоє людей — їх звезли в одну квартиру і вони по черзі ним користуються. Це називається безвихідь. Тож важко визначитися з тим, скільки потрібно концентраторів на заклад. Якщо захворюваність зростатиме чи поширюватимуться нові штами COVID-19 зі складнішими наслідками, киснево-залежних пацієнтів буде більше. Лунали різні пропозиції — виділити по одному концентратору на лікаря, або і по два на один кабінет. Думаю, що це зайве. Для нашого закладу, який обслуговує 42 тис. населення, і де працює 29 сімейних лікарів, потрібно 10–12 таких апаратів. Усі лікарі спілкуються між собою, тож повідомлятимуть про потреби пацієнтів і ми завозитимемо їм кисневі концентратори. А якщо у кожному ФАПі вони стоятимуть без діла — це неправильно. Краще купити додатково автомобіль, бо сільським медикам ні на чому виїздити на виклики додому, де вони в тому числі беруть матеріал для ПЛР-тестів на COVID-19.

Водночас хочу звернути увагу на проблеми із використанням кисневих концентраторів, які чомусь ніхто не бере до уваги. У концентраторі є НЕРА-фільтр, який

коштує 800–900 грн і його потрібно періодично змінювати — у міру забруднення. Можливо, пацієнти робили б це і за власні кошти. Але фільтрів немає у вільному продажі! Така ж ситуація із носовими одноразовими канюлями, масками. Їх теж не можна ніде придбати.

Також для роботи концентратора необхідно використовувати дистильовану воду. Ми про це попереджуємо пацієнтів, аби вони не використовували звичайну. Але насправді нам доводиться самим дистильовувати воду і забезпечувати нею пацієнтів, бо ж розуміємо, що маємо зберегти апарати, які коштують недешево.

Звісно, ми навчаємо пацієнтів, як користуватися концентратором. Навчити нескладно, особливо тих, хто вже перебував у стаціонарі на кисневій підтримці. Хоча траплялися випадки, коли пацієнти дізнавшись, скільки коштує апарат і які вимоги до його використання, відмовлялися його брати й домовлялися у відділенні лікарні, щоб залишитися там ще на деякий час. Бо це додаткова відповідальність і матеріальна, і за своє життя. Щоб не виникало таких непорозумінь, як із вимірюваннями сатурації у домашніх умовах. Всі накупили дешевих китайських пульсоксиметрів, і коли ті «видають» сатурацію 80, бо пацієнт неправильно одягнув прилад на палець чи батарейка підвела, родичі в паніці терміново викликають нас, хоча насправді все в порядку.

Хоча ми надаємо концентратори пацієнтам лише за умови підписання з ними відповідної угоди, однак розуміємо: якщо апарат зламається, ніхто нам не компенсує його вартість. Бо для людей це величезні кошти. Але життя пацієнтів дорожче. Поява нової апаратури у медичному закладі потребує й відповідного її оформлення. Необхідно затвердити це окремим внутрішнім наказом, виділити спеціально навченого медика, призначити його відповідальним за вказаний напрямок роботи. Тож при розробці наказу продумували все до дрібниць. Тим більше, що й після закінчення епідемії COVID-19 будуть інші хворі з дихальною недостатністю, яким знадобиться таке обладнання.

На початку епідемії благодійні організації надавали кисневі концентратори безоплатно. Зараз їх здають в оренду — соціальні мережі рясніють такими оголошеннями. Орієнтована вартість оренди — 400 грн за добу користування. Тому для порятунку пацієнтів згадана ініціатива МОЗ дуже важлива. Тільки аби не було різного роду маніпулювань з боку працівників закладів вторинної ланки, коли на концентратор в амбулаторному закладі спрямовуватимуть пацієнтів замість повноцінного лікування у стаціонарі. Необхідно все чітко прописати в наказі МОЗ. Концентратор — для долікування після стаціонару (коли стан хворого вже стабільний, пролікована пневмонія і є лише залишки дихальної недостатності), а не замість стаціонарного лікування. Наразі ж є побоювання, що на практиці з вторинки «спихатимуть» пацієнтів до сімейного лікаря.

Пацієнт має довіряти лікарю і навпаки

Лариса МАТЮХА, президент Української асоціації сімейної медицини, доктор медичних наук, професор

Найкращим варіантом було б забезпечити кисневим концентратором кожного сімейного лікаря. І такі пла-

ни мав экс-міністр охорони здоров'я Максим Степанов. Адже це обладнання вкрай потрібне на період епідемії, нових сплесків якої очікують не тільки в Україні, а і в усьому світі. Єдине, що потрібно — чітко прописати нормативні документи про те, на яких умовах видавати кисневі концентратори пацієнтам. Бо сьогодні вже обладнання надходить у центри ПМСД, а лікарі розгублені: за якими правилами їм далі діяти. Найближчим часом його буде внесено в Табель оснащення закладів ПМД, відповідні зміни з'являться у Наказі МОЗ № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги». Наразі сімейні лікарі дискутують щодо того, чи можна роздавати кисневі концентратори додому пацієнтам, чи краще й надійніше встановлювати їх в амбулаторії, аби вистачило на всіх і гарантувати правильне їх використання. Так от ми в першу чергу маємо дбати про збереження життя і здоров'я пацієнта. Тому потрібно пояснити хворим принципи використання концентратора (вони не такі вже й складні) й більше їм довіряти. Бо коли ми пропагуємо пацієнторієнтовану медичну допомогу, це й означає, що хворий бере участь у процесі свого лікування як член команди. Одна справа, коли пацієнт з ХОЗЛ може прийти до амбулаторії на денний стаціонар (хоча такий існує не в усіх закладах), інша — коли йдеться про недолікованого хворого на COVID-19 з низькою сатурацією крові, який сам не добереться до лікаря, а киснева підтримка йому може знадобитися і вдень, і вночі, а, можливо, й впродовж тривалого часу. Як вчать пацієнтів користуватися обладнанням — можна поцікавитися у волонтерів. Водночас усі аспекти співпраці сімейного лікаря з пацієнтами чи їх родичами у цих питаннях має бути прописано у відповідних нормативних документах. Сімейних лікарів навчити не проблема, хоча сьогодні дехто з них навіть не бачив кисневого концентратора. Але оскільки МОЗ обіцяло виділити на їх закупівлю достатньо коштів, сподіваюся, що їх вистачить на всіх сімейних лікарів. Головне, щоб ініціатива МОЗ не знівельовалася після відставки Міністра.

Світлана ТЕРНОВА, «ВЗ»

ПАНДЕМІЯ ПОРОДЖУЄ ПАНРЕЗИСТЕНТНІ МІКРОБИ – УКРАЇНА НЕ ГОТОВА ДО НОВИХ ВИКЛИКІВ

За деякими прогнозами після пандемії стійких до антибіотиків бактерій стане в 3-4 рази більше або такими стануть половина з усіх відомих. І це не чергові страшилки, а реальні перспективи, особливо для країн, де з використанням антибіотиків — хаос. Як підготуватися до удару чергової пандемії антибіотикорезистентності лікарів і пацієнтам?

Захист перетворюється на зброю?

ВЗ Ще у 2019 році ООН попереджала про небачені ризики, пов'язані з резистентністю до антибіотиків. Прогнози збуваються?

Микола ХАЙТОВИЧ, завідувач кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації Національного медич-

ного університету імені О. О. Богомольця, доктор медичних наук, професор

— Так, у наш час антибіотикорезистентність (АБР) набула особливо загрозливих масштабів.

За даними ВООЗ, у світі від стійких до антибіотиків інфекцій щорічно помирає близько 700 тис осіб. Передбачається, що до 2050 року цей показник становитиме близько 10 млн. осіб. Інфекції, пов'язані із наданням медичної допомоги (ІПМД), становлять 7% із загального їх числа у розвинутих країнах та 10% — у країнах, що розвиваються. В цілому ж вони виявляються у 15% усіх госпіталізованих пацієнтів. Серед найзагрозливіших нозокоміальних інфекцій — метицилін-резистентний *Staphylococcus aureus* (MRSA), оскільки він легко поширюється серед пацієнтів та медичного персоналу. Так, у 2017 році у США MRSA спричинив захворювання понад 300 тис осіб і став причиною більше ніж 10 тис смертей, тож обійшовся системі охорони здоров'я в 1,7 млрд доларів. З високою летальністю асоціюються й патогени *Enterobacteriaceae*: у 2017 році у США вони спричинили 197 тис випадків захворювань та 9 тис смертей. Важливо, що у половині випадків ця інфекція не асоціювалась із попередньою стаціонарною медичною допомогою. Тобто вона поширюється в громадах, тому становить значну загрозу на первинній ланці охорони здоров'я — через зараження населення патогенами, які обмінюються стійкими до лікарських засобів генами з іншими бактеріями. Однак окрім медичних аспектів АБР (збільшення термінів госпіталізації та лікування, підвищення летальності) варто відзначити ще й катастрофічні економічні втрати, пов'язані з необхідністю застосовувати нові вартісні препарати, втратою працездатності населення тощо. До того ж антибіотики є засобом захисту від біологічної зброї, отож проблема АБР становить загрозу національній безпеці будь-якої країни.

Дані «засекречені» чи відсутні?

ВЗ Економічно розвинені держави збільшують витрати на подолання АБР. Які кошти на це витрачаються, зокрема, в Україні?

— За даними CDC, антимікробна резистентність щороку обходить США у 55 млрд. доларів (20 млрд — на потреби охорони здоров'я, решта — збитки внаслідок втрати продуктивності). Країни Європи втрачають понад 9 млрд. євро на рік. CDC інвестує й продовжить інвестувати у Antibiotic Resistance Lab Network, аби здійснювати раннє виявлення особливо резистентних патогенів, а також у дослідження, спрямовані на розвиток профілактичних стратегій. Натомість із доступних джерел невідомо, скільки витрачає на ці цілі Україна.

ВЗ Чи виявлено на сьогодні бактерії, стійкі до всіх без винятку антибіотиків або які наближаються до цієї межі?

— Взагалі виділяють 22 патогени, які спричиняють інфекцію, пов'язану із наданням медичної допомоги. З них п'ятьма найпоширенішими, часто панрезистентними мікробами є *Clostridioides difficile*, *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas*

aeruginosa і *Staphylococcus aureus*. Так, за даними клініки «Феофанія», попереднє використання цефалоспоринов 3-го покоління при внутрішньолікарняній пневмонії асоціюється із ризиком *Enterobacteriaceae* EBSL (+); цефалоспоринов 3-го покоління і карбапенемів — з ризиком *Enterobacteriaceae* і неферментуючих мікроорганізмів (*Pseudomonas aeruginosa* і *Acinetobacter baumannii*); фторхінолонів, цефалоспоринов 3-го і 4-го поколінь, карбапенемів — з ризиком MRSA.

Антибіотики при COVID-19: дослідження ще не завершені

ВЗ Здавалося б, куди далі. Чи не призведе пандемія COVID-19 до ще більшої катастрофи?

— Так вона вже й призвела до суттєвого зростання вживання антибактеріальних засобів. За даними ВООЗ, 79-96% пацієнтів визнали, що приймали антибіотики, часто навіть не тому, що були інфіковані COVID-19, а задля профілактики цієї хвороби! Що вже говорити про хворих із тяжким перебігом COVID-19 — попри докази того, що лише у 15% з них виявлена ще й бактеріальна інфекція, антибіотики приймали 75%. А за даними китайських вчених — 95% пацієнтів із COVID-19 отримували антибактеріальну терапію, при тому, що лише у 15% з них було виявлено бактеріальні чинники. Хоча за результатами дослідження, проведеного у Великій Британії, посів крові протягом перших 5 днів перебування у стаціонарі був позитивним лише у 3,2% випадків, у зразках із дихальних шляхів патогенні бактерії були ідентифіковані у 34,8% випадків, але в подальшому у всіх пацієнтів була виявлена нозокоміальна інфекція: *Acinetobacter baumannii* у 90%, *Staphylococcus aureus* у 10%. У половини хворих, які померли від COVID-19, виявлено вторинне бактеріальне інфікування.

У відділеннях інтенсивної терапії багатьох європейських клінік намагались уникати призначення антибіотиків з профілактичною метою. Та попри це пандемія COVID-19 призвела до підвищення рівня антибіотикорезистентності. Зокрема, збільшилась кількість інфекцій, спричинених високорезистентними штамми *Pseudomonas* і *Enterococci*. Однією з причин також вважають широке використання цефалоспоринов III генерації.

В Україні — лише плани?

ВЗ Як розраховується показник АБР і чи має він регіональні відмінності?

— Він розраховується як відсоток штамів, отриманих від пацієнтів, які є нечутливими до певних антибіотиків. Цей показник може суттєво відрізнятись у різних регіонах країни, а також у різних клінічних закладах, що вказує на необхідність локального моніторингу АБР.

Зокрема, результати відповідних досліджень, проведених у 2017 році в Україні, засвідчили високий рівень поширення (у порівнянні з більшістю країн Європейського регіону), штамів *Acinetobacter Spp.*, резистентних проти фторхінолонів, аміноглікозидів, карбапенемів (>50%); штамів *Kl. Pneumoniae*, резис-

тентних проти третього покоління цефалоспоринов, фторхінолонів та аміноглікозидів (25-50%).

ВЗ Чи має наша держава можливості проводити сучасні дослідження чутливості до протимікробних препаратів?

— У березні 2019 року в Україні схвалено Національний план дій щодо боротьби зі стійкістю до протимікробних препаратів, у якому передбачено розробити Порядок здійснення дозорного епідеміологічного нагляду за протимікробною резистентністю та Порядок здійснення епідеміологічного нагляду та ведення обліку інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги. Ці завдання мали бути виконані у II кварталі 2019 року. Як бачимо, імплементація Плану не відбулася.

ВЗ За який період формується резистентність бактерії до конкретного антибіотика?

— Зазвичай це відбувається вже через 1-3 роки після початку застосування нових лікарських засобів, особливо в умовах стаціонару. Найбільший ризик зараження такими інфекціями — у пацієнтів, які перебувають у відділеннях інтенсивної терапії та у людей з ослабленим імунітетом. Внутрішньолікарняна інфекція виникає впродовж 48-72 годин або 3 днів після надходження пацієнта в стаціонар чи заклад тривалого догляду або ж може з'явитися після виписки з лікарні й бути обумовлена іншим збудником, ніж той, який міг викликати основне захворювання.

Ліки без рецептів — лише один бік проблеми

ВЗ Тобто все-таки стаціонари більш причетні до формування АБР ніж безконтрольне самолікування антибіотиками з боку населення?

— Це все одно, що вибирати, яке зло краще. Легка доступність антибіотиків вважається одним із провідних чинників розвитку стійкості до них. У стаціонарах перебувають пацієнти, багатьом з яких ці ліки показані як порятунк життя. Натомість безрецептурний їх продаж спричиняє безпідставне вживання і вносить величезний «вклад» у формування АБР. Зокрема, високі її показники зафіксовані у країнах з низьким та середнім рівнем доходу, наприклад, в Індії (вона є світовим лідером за споживанням антибіотиків в розрахунку на 1 людину), Таїланді, Еквадорі, Венесуелі. Так от у більшості згаданих держав слабо регулюється роздрібна торгівля лікарськими засобами. До того ж там здебільшого використовують пеніциліни широкого спектра дії, оскільки вони є дешевими, а доступ до нових, більш ефективних антибіотиків обмежений. У країнах з високим рівнем доходу — протилежні тенденції, там переважно використовують пеніциліни вузького спектру, а у пацієнтів є можливість лікуватись дорогими й ефективними антибіотиками. Зокрема, Швеція, Канада, Норвегія, Фінляндія і Данія, мають найнижчі показники АБР.

Не менш впливовий чинник — безпідставне призначення таких засобів некваліфікованими медичними працівниками. Для прикладу, в Єгипті 81% фармацевтів призначають антибіотики при застуді. У багатьох

країнах Азії, Африки та Латинської Америки їх можна придбати без рецепта не лише в аптеках, а й у природно-розничних кіосках та у торговців.

Однак особливо значущі для формування АБР — інфекції, пов'язані із наданням медичної допомоги. Доведено, що неадекватна антибактеріальна терапія посідає перше місце серед усіх можливих незалежних факторів ризику летальності у відділенні інтенсивної терапії. Так, дослідження 397 пацієнтів з вентилятор-асоційованою пневмонією засвідчило, що довготривалий вплив непотрібних антибіотиків був одним із найпотужніших провісників АБР. Саме тому стратегія раціональної антибіотикотерапії є одним з найбільш важливих компонентів в комплексі інтенсивної терапії.

ВЗ В Україні також вже вкотре обіцяють рецептурний продаж антибіотиків.

— Згідно з Національним планом дій щодо боротьби із стійкістю до протимікробних препаратів, прийнятим у березні 2019 року, у II кварталі 2020 року мало бути розроблено й затверджено нормативно-правові акти, які б забезпечили контроль за відпуском антибіотиків в аптеках виключно за рецептами лікарів. Слід зазначити, що це передбачено й у п.162 Постанови Кабінету Міністрів України від 30.11. 2016 р. № 929. Однак відповідних заходів досі не вжито. Натомість результати клінічних досліджень засвідчують зростання споживання антибіотиків широкого спектра дії в Україні, причому майже половина з них реалізується без рекомендації лікаря.

Моніторинг і ще раз моніторинг

ВЗ Які кроки фахівці вважають першочерговими для подолання чи бодай стримування АБР в Україні?

— 26 березня 2021 року у м. Києві відбувся I Національний медичний конгрес з міжнародною участю «Протимікробна резистентність. Світові виклики». Зокрема, його учасники закликали державу підтримати основні стратегічні цілі, встановлені глобальним планом ВООЗ, та забезпечити приєднання України до Глобальної системи нагляду за антимікробною резистентністю (GLASS). Медичній спільноті й управлінцям галузі слід усвідомити, що моніторинг АБР є невіддільною частиною системи інфекційного контролю в стаціонарах. На локальному рівні такий моніторинг дає змогу лікарю вибрати антибіотик емпірично (до отримання результатів мікробіологічного дослідження), а епідеміологу — своєчасно виявити появу та поширення нових мікроорганізмів або патогенів з новими механізмами резистентності, чи й спалахів нозокоміальної інфекції. Результати моніторингу можуть бути представлені для організації системи охорони здоров'я регіонального (міського, обласного) рівня, оприлюднення даних АБР в країні (національний рівень), а також з метою їх інтеграції у Європейську та Міжнародну системи відповідних даних.

ВЗ Як це відбувається на практиці?

— Для здійснення такого моніторингу застосовують схвалену ВООЗ міжнародну комп'ютерну про-

граму WHONET. З 1993 року видається спеціальний бюлетень WHONETnews, завдяки якому клінічні мікробіологи усього світу отримали можливість координувати свою діяльність, обмінюватися досвідом роботи з програмою. Також бюлетень містить методичні рекомендації щодо використання WHONET для вирішення окремих мікробіологічних завдань. За допомогою згаданої програми в кожній лабораторії створюється комп'ютерна база даних, де зберігається інформація про пацієнта (паспортні дані), відділення, досліджуваний матеріал, дату його отримання, виділений мікроорганізм і його чутливість до антимікробних препаратів. Результати локального моніторингу дають змогу вносити зміни до локальних формулярів лікарських засобів. При цьому локальний моніторинг не скасовує необхідності проведення індивідуальних мікробіологічних досліджень, особливо у тяжких пацієнтів.

Потрібне «електронне око» й сучасна мікробіологічна діагностика

ВЗ Наскільки дієвим є такий моніторинг?

— Із застосування електронних систем його ефективність зросла на 87%. Тому система контролю за застосуванням антибіотиків у клінічній практиці має поєднувати: «електронну історію хвороби» пацієнта, де фіксуватимуться усі виявлені мікроорганізми, результати визначення їх чутливості, призначення антибіотиків і фактично отримані дози; електронний рецепт; обов'язковий звіт щодо стану резистентності у лікувально-профілактичному закладі (на базі WHONET) тощо. Важливо також імплементувати у мікробіологічних лабораторіях всіх лікувально-профілактичних закладів гайдлайни Європейської комісії з питань визначення чутливості до антибіотиків (як настанови прямої дії). Важливо забезпечити сучасний епідеміологічний моніторинг у закладах охорони здоров'я з реєстрацією його результатів у базі WHONET, використання оптимальних підходів антибіотикотерапії, що базуються на даних EUCAST та результатах локального моніторингу, застосовувати фармакокінетичну/фармакодинамічну моделі антибіотикотерапії.

ВЗ Однак, людство покладає більше надій на пошук нових антибіотиків. Чи стануть вони панацеєю?

— Людству потрібні не лише нові антибіотики, активні щодо резистентних мікроорганізмів, а й сучасна мікробіологічна діагностика, яка дає змогу швидко та якісно виявити збудник інфекції й визначити, до яких антибактеріальних засобів він зберігає чутливість. І винахід нових антибіотиків абсолютно не зменшує її роль, швидше навпаки. У будь-якому разі лікування інфекцій повинно базуватися на сучасній мікробіологічній діагностиці. Також жоден «прорив» у пошуку нових ліків не має послаблювати увагу до раціонального їх використання, яке зменшує ризик появи стійких збудників.

Світлана ТЕРНОВА, «ВЗ» ■