

НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Безпалько С. М.¹, Краснова О.І.²

¹КНП «Котелевський центр ПМСД»

²Полтавський державний медичний університет

Сімейний лікар повинен вміти надавати невідкладну допомогу при різних загрозливих життю станах: анафілаксії, зупинці серцевої діяльності та зовнішнього дихання, гіпертензивному кризі, бронхообструктивному, больовому синдромі тощо. Відомо, що діагностика та терапія невідкладних станів для лікаря завжди є складною і важливою проблемою. Сімейний лікар завжди має використовувати всі можливості для швидкого встановлення правильного діагнозу і призначення адекватного лікування, але особливого значення набуває вміння формувати тактику раціонального ведення пацієнта, коли він знаходиться на межі життя та смерті [3]. Сімейний лікар повинен знати характеристики більшості невідкладних станів, які зустрічаються у повсякденній практиці сімейного лікаря, характеристики лабораторно-інструментальних змін, які допоможуть зорієнтуватись та вчасно прийняти правильне рішення. Знання з невідкладних станів допомагають провести швидкий диференціальний діагноз та оптимізувати тактику надання допомоги.

Невідкладна медична допомога – це, по суті, консультація лікаря на дому. Згідно із законодавством, невідкладна медична допомога обслуговує виклики до пацієнтів - як дорослих, так і дітей, що не потребують екстреної допомоги. Передусім це стосується інвалідів, людей похилого віку, онкохворих, пацієнтів, що перебувають на диспансерному нагляді, нетранспортабельних хворих, яких залишили вдома після надання екстреної допомоги бригади «103», дітей з гіпертермічним синдромом (висока температура тіла) для запобігання ускладненням та патологічним станам, які несуть загрозу життю, а також родин, де є тяжкохворі, які часто потребують допомоги медиків, але з певних причин не можуть добратися до лікувального закладу.

Найнебезпечніший невідкладний стан, який може статися в роботі сімейного лікаря – анафілаксія. Даний стан потребує надання невідкладної допомоги, щоб зберегти життя пацієнта.

Клінічна картина анафілактичного шоку в деяких випадках може бути схожою з психопатологічними станами (обмороки, втрата свідомості тощо), анафілактоїдними реакціями, що обумовлені виділенням медіаторів алергії без попередньої імунологічної реакції, за рахунок надмірного вживання їжі, продуктів з високим вмістом гістаміну. Дуже рідко імітувати шок можуть різні коматозні стани, холодова алергія, аспірація, інфаркт, емболії, спонтанний пневмоторакс, ортостатичний колапс, гіпервентиляційний синдром.

Медикаментозний анафілактичний шок (МАШ) - найбільш важкий генералізований прояв, обумовлений перебігом імунологічної реакції 1 типу з виділенням великої кількості цитокінів, що супроводжується вираженими порушеннями діяльності різних органів і систем (серцево-судинної, нервової, дихальної тощо). Найбільш часто МАШ розвивається на введення рентген

контрастних діагностичних препаратів, пеніцилінів, похідних піразолону, вітамінів групи В. При парентеральному введенні препаратів ЛАШ розвивається негайно, при пероральному – через 30-60 хвилин.

Ступінь анафілактичного шоку залежить від швидкості розвитку судинного колапсу й порушення функції головного мозку. Легкий ступінь анафілактичного шоку (тривалість розвитку - від декількох хвилин до 2 год.) проявляється гіперемією шкірних покривів, сверблячкою, нежиттю, ринореєю, запамороченням, головним болем, гіпотензією, тахікардією, почуттям жару, що наростає, слабкістю, неприємними відчуттями в різних ділянках тіла [1].

Середній ступінь важкості анафілактичного шоку характеризується найбільш розгорнутою клінічною картиною: токсидермією, набряком Квінке, кон'юнктивітом, стоматитом, циркуляторними порушеннями - тахікардією, болем в серці, аритмією, зниженням АТ, різкою слабкістю, запамороченням, порушенням зору, занепокоєнням, почуттям страху смерті, тремтінням, блідістю, холодним липким потом, зниженням слуху, дзенькотом і шумом у голові, непритомним станом. На цьому тлі можливий розвиток обструктивного синдрому по типу приступу бронхіальної астми із проявами ціанозу, наявністю шлунково-кишкового синдрому (нудота й блювання, вздуття живота, біль внизу живота, рідкий стул із домішкою крові в калі, різкі болі в животі) і сечового міхура (позиви до сечовипускання, поліурія).

Важкий ступінь анафілактичного шоку - блискавичний колапс (блідість, ціаноз, нитковидний пульс, різке зниження АТ), коматозний стан (із втратою свідомості, мимовільними дефекацією й сечовипусканням), зіниці розширені, реакція їх на світло відсутня. При наступному падінні артеріального тиску пульс і АТ не визначаються, зупиняється серце, припиняється подих.

Можливі варіанти анафілактичного шоку з переважним ураженням: шкірних покривів з наростаючою шкірною сверблячкою, гіперемією, появою розповсюдженої кропив'янки, набряку Квінке; нервової системи (церебральний варіант) з розвитком сильного головного болю, появою нудоти, гіперестезії, парестезії, судом з мимовільним сечовипусканням і дефекацією, втратою свідомості із клінічними проявами по типу епілепсії; органів дихання (астматичний варіант) з домінуючою ядухою й розвитком асфіксії через зміну прохідності верхніх дихальних шляхів внаслідок набряку гортані й порушення прохідності середніх і дрібних бронхів; серця (кардіогенний) з розвитком картини гострого міокардиту або інфаркту міокарда й інших органів [2].

Лікування анафілактичного шоку засноване на: блокуванні надходження антигену в кровоток; нейтралізації біологічно активних речовин; відновленні гіпофізарно-наднирникової недостатності; виведенні хворого з колапсу; знятті бронхоспазму; ліквідації явищ асфіксії; зменшенні проникності судинної стінки; впливі на психомоторні порушення; запобіганні пізніх ускладнень з боку серцево-судинної системи, нирок, шлунково-кишкового тракту, ЦНС.

При анафілактичному шоці потрібна термінова допомога, тому що хвилини й навіть секунди зволікання й розгубленості лікаря можуть привести до смерті хворого. Насамперед, необхідно покласти хворого, повернути його голову убік і

висунути нижню щелепу для попередження западіння язика й асфіксії (якщо у хворого є зубні протези, потрібно їх виїняти), до ніг прикласти теплу грілку. Вище місця введення медикаменту необхідно, по можливості, накласти жгут. Місце введення алергену обколоти 0,1 % розчином адреналіну (1-0,5 мл) і прикласти до нього лід для запобігання усмоктування алергену, а у випадку прийому його усередину – зробити промивання шлунка. Ввести підшкірно 1 мл 0,1% розчину адреналіну, 2 мл кордіаміну, 2 мл 10% розчину кофеїну, 60 мг преднізолону або 125 мг гідрокортизону. Ін'єкції адреналіну й кордіаміну якщо буде необхідно, можна повторювати через кожні 10-15 хв до підйому АТ. Якщо повторні підшкірні ін'єкції адреналіну неефективні, потрібно внутрішньовенно ввести 0,5 мл адреналіну з 20 мл 40% розчину глюкози, тому що адреналін відновлює тонус судин і є потужним антагоністом викиду гістаміну.

При бронхоспазмі внутрішньовенно призначають 2,4% розчин еуфіліну з 10 мл 40% розчину глюкози, при набряку гортані, що не зникає, не зважаючи на проведену терапію, роблять термінову трахеотомію. При явищах серцевосудинної недостатності й набряку легенів необхідно ввести внутрішньовенно 0,5 мл 0,05% розчину строфантину з 10 мл 40% розчину глюкози й 10 мл 2,4% розчину еуфіліну; постійно через носовий катетер давати зволожений кисень, здійснювати інгаляції випаровувань етилового спирту.

При набряку легенів у крапельницю варто додати 1 мл 1% розчину фуросеміду, під контролем АТ вводити фракційно від 0,2 до 0,5 мл 5% розчину пентаміну внутрішньовенно. Для підтримки АТ застосовується 1% розчин мезатону від 0,5 до 1 мл підшкірно або 0,1% розчин норадреналіну від 1 до 2 мл в ін'єкціях з 5% розчином глюкози. Для ліквідації метаболічного ацидозу вводиться крапельно внутрішньовенно 4% розчин натрію бікарбонату (150-200 мл).

Надалі хворому продовжують внутрішньовенно крапельно вводити ізотонічний розчин хлористого натрію разом з антигістамінними (дімедрол, супрастин, діпразин, піпольфен) і глюкокортикоїдними засобами – гідрокортизоном (125-500 мг) або преднізолоном (60-120 мг), дексаметазоном (4-20 мг). При судомах і сильному порушенні рекомендується внутрішньовенно дроперідол до 1 мл. При зупинці серця необхідно ввести довгою голкою 1 мл 0,1% розчину адреналіну внутрішньосерцево, робити закритий масаж серця й штучне дихання (рот у рот, рот у ніс або за допомогою апаратів ДП-1, ДП-2) і ін.

Хворі, які перенесли анафілактичний шок, підлягають госпіталізації в палату інтенсивної терапії. З метою профілактики пізніх ускладнень їм необхідно протягом 10-14 днів проводити курс лікування преднізолоном у дозі від 40 до 60 мг або в еквівалентних дозах іншими гормональними препаратами

Своєчасна діагностика та вміння професійно надати невідкладну допомогу на догоспітальному етапі сприяє уникненню важких ускладнень, розвитку незворотніх змін в організмі та покращує подальші результати лікування.

Список літератури :

1. Ждан В.М., Іваницький І.В., Бабаніна М.Ю., та ін..Навчальний посібник підготовлений для лікарів-інтернів та лікарів-курсантів з фахів «Загальна практика – сімейна медицина», «Терапія».

2. Протокол надання медичної допомоги при анафілактичному шоці. Додаток до наказу МОЗ №432 від 03-07-2006. Тема, опис документа: Протокол надання медично допомоги.
3. Ляхович Р. М. Анафілактичний шок: сучасний алгоритм екстрено-догоспітального та ранньо-госпітально медично допомоги /Р. М.Ляхович / *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2015. № 1. С.87-91.

ФАКТОРИ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Білойваненко О. І.¹, Ляхова Н. О.², Краснова О. І.²

¹Золотоніське управління Головного управління Держпродспоживслужби в Черкаській області, Золотоноша

²Полтавський державний медичний університет, Полтава

Здоров'я є найбільшою цінністю кожної окремої особи та має величезну суспільну вартість і слугує індикатором сукупного здоров'я, добробуту й морально-етичних пріоритетів суспільства. Індивідуальне здоров'я є підґрунтям формування суспільного здоров'я, а також повинно стати тією базою, на якій можливе формування, розвиток і зростання усіх соціально-економічних надбань суспільства.

Останніми роками як в засобах масової інформації, так і в наукових виданнях спостерігається зростання інформації про погіршення стану здоров'я дітей шкільного віку. Показник очікуваної тривалості життя при народженні в Україні нестримно зменшується, а загальний коефіцієнт смертності зростає, що дає підстави стверджувати, що в нашій державі сформувалась і триває демографічна криза.

Так, за даними науковців за останні 10 років захворюваність серед дітей шкільного віку зросла на 26,8%, високий рівень фізичного здоров'я виявлено лише у 0,32% юнаків та дівчат. Загальна захворюваність учнів закладів загальної середньої освіти України становить 64 – 71%, різноманітні відхилення у стані фізичного і психічного здоров'я мають до 90% здобувачів освіти [1, 3, 8].

Здоровий спосіб життя ще не став пріоритетним ні у школярів, ні в їхніх батьків. Здебільшого батьки мало обізнані щодо реального стану здоров'я своїх дітей. Навіть знаючи про наявність у здоров'ї певних відхилень, вони не інформують про це шкільного лікаря, не слідкують за дотриманням дітьми режиму дня. Водночас впровадження нових навчальних програм та загальне поширення комп'ютеризації призвели до того, що учні значно перевищують час, призначений на приготування домашніх завдань, комп'ютерних ігор чи перебування соціальних мережах, а час, призначений для рухової активності, прогулянок на свіжому повітрі, відпочинку, нічного сну постійно скорочується. Зі зменшенням кількості дитячих спортивних закладів уроки фізичної культури у школі для більшості дітей стали чи не єдиною формою фізичної активності.

Аналізуючи причини та ситуації виникнення трагічних випадків на уроках фізкультури, можна виокремити, що найчастіше такі випадки трапляються в дітей підліткового віку [6]. Водночас підлітковий період – це час інтенсивної