

8. Рябуха Ольга, Будзин Віра. Смерть учнів на уроках фізичної культури: аналіз причин. Молода спортивна наука України. 2012. Т.2. С. 171-174.
9. Хорош, М. В., І. А. Голованова. Сучасні погляди на проблеми профілактики серцево-судинних захворювань (за матеріалами Всесвітньої федерації серця). Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. 2016; 1: 26.
10. Comparative study of the content and profiles of macronutrients in spelt and wheat, a review / Escarnot E., Jacquemin J-M, Agneessens R., Paquot M. // Biotechnology, Agronomy, Society and Environment. 2012. Vol. 16(2). P. 243–256;
11. Grihan GP, Smiianov VA, Lyakhova NA at al. The Impact of Nutritional Quality on the Students' Health. Acta Balneol. 2021; Vol.LXIII, 1(163): 43-54.

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА В СТОМАТОЛОГІЇ

Глуценко В.В.

КП «Полтавська центральна клінічна районна лікарня ПМР»

У зв'язку з широким розповсюдженням амбулаторної практики прийому стоматологічних хворих, стало актуальним питання можливого виникнення небажаних реакцій з боку хворого на лікарські маніпуляції будь-якого роду. При цьому має місце, як реакції у відповідь на введення препаратів, що забезпечують безболісного проведення стоматологічних заходів, так і загальні реакції організму, пов'язані з психоемоційним настроєм хворого на майбутнє проведене лікування [2,3].

Однак можливі не передбачені ситуації, що призводять до виникнення невідкладного стану. У таких випадках будь-який лікар-стоматолог повинен вміти надати першу невідкладну допомогу до прибуття бригади швидкої допомоги і забезпечити стабільне функціонування життєзабезпечуючих органів і систем хворого [5].

Стани, що виникають під час надання ортопедичної допомоги та вимагають невідкладної діагностики та невідкладної допомоги можуть бути розділені на дві групи:

- Невідкладні стани, викликані безпосередніми лікувальними діями, зокрема, препарування твердих тканин зубів, сепарацією зубів і пов'язані з цим пошкодженням м'яких тканин порожнини рота. Різноманітні алергічні реакції, як на місцеві анестетики, які використовуються для знеболення при ортопедичних процедурах, так і на різні відбиткові, пломбувальні, фіксувальні матеріали. Попадання шматочків відбиткових матеріалів в дихальні шляхи.

- Невідкладні стани, викликані порушеннями соматичного характеру у вигляді патологічних змін в різних системах і органах пацієнта. Все збільшується кількість пацієнтів похилого віку, у яких зростає кількість хронічних процесів серцево-судинної, дихальної, ендокринної систем та у яких визначають можливість виникнення ускладнень соматичної природи різного генезу.

В цих випадках завданням ортопеда-стоматолога є діагностика стану, що виник та прийняття необхідних превентивних мір по попередженню його подальшого прогресування та купірування патологічних проявів до надання спеціалізованої допомоги [1,5].

Невідкладна допомога при непритомності: надати пацієнту горизонтальне положення, забезпечити приплив свіжого повітря, зняти краватку, послабити тугий комірць, пояс; рефлекторно стимулювати дихальний і судиноруховий центри вдиханням парів нашатирного спирту; при затяжному перебігу непритомності в/в або в/м (НЕ п / к!), ввести 1 мл. 10% розчину кофеїн-бензонат натрію. При відсутності ефекту в/м вводять 1 мл. 5% розчину ефедрину або 1 мл. 1% розчину мезатону, а в разі брадикардії- 0,5 мл. 0,1% розчину атропіну сульфату п/к. При виході з непритомного стану продовжити стоматологічні маніпуляції із вжиттям заходів профілактики рецидиву: лікування проводити в горизонтальному положенні з адекватною премедикацією транквілізаторами, М-холіноблокатори і з достатньою анестезією.

Невідкладна допомога при анафілактичному шоці: припинити введення ліків, що викликають анафілактичний шок та викликати «на себе» бригаду НД! Необхідно укласти пацієнта, підвести нижні кінцівки. Видалити знімні зубні протези. Якщо хворий без свідомості, повернути голову на бік, висунути нижню щелепу, фіксувати мову для попередження асфіксії. Інгаляція зволоженого кисню. Венепункція, краще 2-х периферичних вен. Внутрішньовенно ввести 0,5 мл. 0,1% розчину адреналіну в 5 мл. ізотонічного розчину хлориду натрію або глюкози. При утруднені венепункції адреналін вводять внутрішньом'язово або в корінь язика, можливо інтратрахеально (прокол трахеї нижче щитовидного хряща через конічну зв'язку). Швидка внутрішньовенна інфузія 1,0-1,5 л. Ізотонічних розчинів глюкози або хлориду натрію. Контроль ефективності за рівнем артеріального тиску через 2-3 хв. Якщо АТ не підвищується - повторне введення розчину адреналіну до рівня систолічного артеріального тиску $80 \geq$ мм.рт.ст. Преднізолон 3-5 мг / кг маси тіла хворого або дексаметазон 20-24 мг. всього в розчині в/в. Розчин димедролу 2% (дорослим - 1,0 мг / кг, дітям - 0,5 мг / кг маси тіла) або розчин супрастину 2% 2-4 мл. або розчин дипразина 2,5% 1-2 мл. в/в. При обструкції дихальних шляхів: оксигенотерапія; 2,4% розчин еуфіліну - 10 мл. в/в повільно в 10 мл. ізотонічного розчину NaCl. В подальшому 300- 400 мг еуфіліну (10-15 мл. 2,4% розчину) в 250-500 мл. ізотонічного розчину NaCl в/в крапельно. При поліпшенні стану хворого продовжувати терапію. При стабільності гемодинаміки госпіталізація хворого, ідентифікація алергену. Якщо стан хворого не покращився: при необхідності - ендотрахеальна інтубація. Якщо гемодинаміка нестабільна - оксигенотерапія, в/в інфузія рідини з 0,1- 0,5 мл. 0,1% розчину адреналіну кожні 5-10 хв. Невідкладна допомога при набряку Квінке: припинити дію алергену; локально обколоти 0,5 мл. 0,1% розчином адреналіну гідро хлориду; промити шлунка через зонд, призначити сорбенти. Усувають контакт з алергеном через повітря; ввести антигістамінні препарати (1% розчину димедролу 1-2 мл., 1-2 мл. 2,5% розчину піпільфену або 1 мл. 2% розчину супрастину в/м або в/в), кортикостероїдні препарати (преднізолону 60-90 мг., гідрокортизону 250- 450 мг в/в або в/м). При наявності ознак колапсу призначають 0,5-1,0 мл. 1% расвор мезатона п/к, преднізолону 60 мг. в/в. У разі вираженого набряку гортані з загрозою асфіксії, проводять коникотомию з накладенням трахеостоми.

Невідкладна допомога при колапсі: надати хворому горизонтальне положення. Венепункція, кисень; ввести преднізолон 1-2 мг / кг маси тіла хворого в/в, фізіологічний розчин, 5% розчин глюкози не менше 500 мл, поліглюкін, желатиноль 100 мл. При позитивному ефекті – госпіталізація. Якщо немає ефекту від лікування - метазона 1% - 1 мл, або норадреналін 0,2% - 1 мл, розведені в 400 мл 5% розчину глюкози або фізіологічного розчину в/в зі швидкістю 25-40 крапель в хвилину. Оксигенотерапія. Далі - госпіталізація.

Невідкладна допомога при гіпертонічному кризі : ввести ніфедипін по 10-20 мг в таб. під язик кожні 20-30 хвилин (всього - до 50 мг) під контроль АТ. При зниженні артеріального тиску: ніфедипін всередину або під язик по 10-20 мг в таб. кожні 3 години (сумарна добова доза до 100-120 мг). Спостереження терапевта. Лікування у стоматолога - по стабілізації артеріального тиску. Якщо артеріальний тиск не знижується або зростає: нітрогліцерин по 0,5 мг в капсулах або таб. кожні 10 хвилин під язик (всього до 5 мг). При різкій головній болі - припинити! Контроль артеріального тиску. При відсутності ефекту або неможливості прийому препаратів per os (розлади свідомості), або необхідності екстреного зниження артеріального тиску: дибазол в 0,5 - 1% розчині - по 5 мл в/в повільно кожні 30-40 хвилин (сумарна доза - до 200 мг), фуросемід в розчині 20 мг в/м одноразово. При неефективності - клофелін в таблетках під язик в сумарній дозі до 300 мкг, пентамін в 5% розчині по 0,5 мл в 20 мл изотонических розчинів глюкози або NaCl в/в дуже повільно при моніторингу АТ.

Невідкладна допомога при нападі стенокардії: припинити стоматологічне втручання, спокій, доступ свіжого повітря, вільне дихання. Нітрогліцерин в таблетках або капсулах (капсулу розкусити!) По 0,5 мг підязик кожні 5-10 хвилин (всього - до 3 мг під контролем АТ). Якщо напад купований: амбулаторне спостереження кардіолога. Відновлення стоматологічного втручання - по стабілізації стану. Якщо напад не купірується: баралгін 5-10 мл або анальгін 50% - 2 мл в/вабо в/м.

Невідкладна допомога гострого інфаркта міокарда. До прибуття бригади швидкої допомоги хворому необхідний спокій, припинення втручання, доступ свіжого повітря. При систолічному АД \geq 100 мм.рт.ст. під язик по 0,5 мг нітрогліцерину в таб кожні 10 хвилин (сумарна доза до 3 мг). Обов'язкове купірування больового синдрому! В / м - 1-2 мл 2% розчину промедолу або 1 мл 1% розчину морфіну або 2 мл 0,005% розчину фентанілу або 100-200 мг трамадолу (Трамал) у розчині в комбінації з діазепамом(сибазоном) по 20 мг в / м в розчині, при наявності анестезіологічної допомоги - інгаляція азоту закису. За відсутності наркотичних анальгетиків (наприклад, на приватному стоматологічному прийомі) - баралгін 5-10 мл в/в повільно або анальгін 50% розчин 2 мл в/м разом з димедролом 1% розчині - 2 мл в/м або в/в струменево одноразово. Госпіталізація.

Невідкладна допомога хворим на бронхіальну астму: інгаляція β -адреноміметиків: орціпренаміна (алупента, астмопент) сальбутамолу (Вентолін,), фенотеролу (беротек) і ін. На 1 інгаляцію - не більше 2 доз препарату, всього не більше 3 інгаляцій з інтервалом в 10 хвилин. Подальші інгаляції припинити щоб

уникнути розвитку асмаптичного статусу! Забезпечити доступ свіжого повітря. Можливо провести рефлексотерапію з інтенсивним точковим масажем югулярної ямки, середини грудини і області мечеподібного відростка. При неефективності лікування і прогресуванні дихальної деностаточності викликати бригаду швидкої допомоги, в очікуванні якої ввести в/в повільно еуфілін в 2,4% розчині 10 мл; розчин преднізолону (90 мг) або дексаметазону(8мг) в/в.

Невідкладна допомога при судомних станах. При виникненні нападу генералізованих судом невідкладна допомога зводиться лише до недопущення механічних травм і ушибів. Профілактика прикусивання язика - введенням роторозширювача, рушника або інших предметів у порожнину рота. Якщо одиночний приступ, як правило, він триває кілька хвилин, завершується нетривалим глибоким сном і не вимагає від лікаря-стоматолога додаткових невідкладних заходів. Якщо напади слідуєть один за іншим, супроводжуються тривалою стійкою втратою свідомості, стан слід розцінити як епілептичний статус, викликати бригаду швидкої допомоги, до її прибуття в/м ввести 4 мл 0,5% розчину (20 мл) діазепаму (сибазона), а при необхідності провести весь комплекс серцево-легеневої реанімації.

Невідкладна допомога при діабетичній гіперглікемічній комі: необхідно В/в інфузія ізотонічних розчинів глюкози (5%) або NaCl (0,9%) в обсязі 1л/год. В/в струминне або глибоке в / м введення препарату інсуліну швидкоїкороткого дії (простого інсуліну) в разовій дозі 10 ОД. Подальше інфузійне введення простого інсуліну зі швидкістю 10 ОД / год.

Невідкладна допомога при гіпоглікемічній комі: хворому з передвісниками гіпоглікемії (голод, пітливість, озноб, чіткий зв'язок розвитку стану з провокуючими моментами) або в стані прекоми (сплутаність свідомості, але збережена можливість прийому їжі per os) доцільно дати вуглеводної їжі: стакан солодкого чаю, булку, цукерку, ложку меду і т.п. При розвитку коми (втрата свідомості) в/в струменево вводять 25-50 мл 40% розчину глюкози.

Невідкладна допомога при кровотечі: місцево: введення в рану гемостатичну губки, фібрин плівки, гемофібіна, капрофера, оксіцелодекса, прошивання або діатермокоагуляція судини, що кровоточить, ушивання рани, щільна тампонада рани, що давить або перев'язка судин на протязі. Невідкладна лікарська терапія: дицинон в 12,5% розчині по 2 мл в/в або в/м; при надмірному фібринолізі - амбен (ПАМБА) в 1% розчині 10 мл в/в або в/м; кальцій хлористий в 10% розчині 10 мл в/в. Відстрочена лікарська терапія: аскорутин по 1 таблетці 3 рази на день; препарат вітаміну К-вікасол 1% - 1 мл в/м (ефект проявляється через 12-18 годин і більше).

Невідкладна допомога під час випадкового ін'єкційного введення агресивних рідин: необхідно припинити ін'єкцію. Встановити характер застосованого розчину. В ділянці ін'єкції терміново ввести 0,5% розчин новокаїну або 0,9% розчину NaCl в обсязі, в 5 разів перевищує обсяг введеної агресивної рідини. Зробити розріз в проекції інфільтрату, промити рану розчином фурациліну або фізіологічним розчином. Загальні заходи: анальгін в 50% розчині 2 мл в/м, димедрол або супрастин в 1% розчині 2 мл в/м, антидот місцево і системно при

наявності, антибактеріальна терапія. Спостереження у хірурга-стоматолога або госпіталізація.

Список літератури:

1. Клінічний довідник лікаря-стоматолога загального профілю// Ю. Г. Кононенко, М.М. Рожко та інші. І. – Франківськ, 2010, 347 с.
2. Богашова Л.Я., Мельник В.Л., Чмель В.Н., Шевченко И.Б. Неотложная помощь в хирургической стоматологии. – Полтава, 2006. – 140 с.
3. Ивасенко П.И., Вагнер В.Д., Скальский С. В. И др. Неотложные состояния в амбулаторной стоматологической практике. – Н.Новгород : Изд-во НГМА, 2002. – 72 с.
4. Стош В.И., Рабинович С.А., Зорян Е.В. Руководство по анестезиологии и оказании неотложной помощи в стоматологии. – М. : МЕД пресс- информ, 2002. – С. 8-230.

ПРАВОВА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИННОГО ОГЛЯДУ ЗА ДОПОМОГОЮ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ ТА НАПРАВЛЕННЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗА КОРДОН

Гнедик Є.С.,

кандидат юридичних наук, молодший науковий співробітник лабораторії дослідження проблем національної безпеки у сфері громадського здоров'я НДІ вивчення проблем злочинності імені академіка В.В. Сташиса НАПрН України

У чинному законодавстві України не розроблено цілісного механізму організаційно-господарських повноважень у сфері екстреної медичної допомоги та наступної діагностики пацієнта, в зв'язку з низьким технологічним становищем цієї системи, крім, по-перше, сукупності окремих нормативно-правових механізмів застосування державою тих чи інших регуляторних засобів. Та, по-друге, крім діяльності з ліцензування медичної практики, фактично відсутні державні гарантії при здійсненні на території України діяльності цієї структури та окремих суб'єктів діагностики, не вивчена проблема співвідношення регуляторних функцій ліцензування та сертифікації товарів і послуг при участі у здійсненні такого виду діяльності з боку вітчизняних закладів охорони здоров'я [1, с. 31].

При проведенні діагностики та проведенні первинного огляду пацієнта медичні працівники, все частіше використовують інноваційні технології. Так, при первинній консультації окремі структури пропонують наступне: «Первинна консультація і прийом лікаря і є обов'язковими перед призначенням будь-якого курсу лікування або програми обстеження за кордоном. Під час першої розмови, в тому числі і по Скайпу лікар з'ясовує, що стало причиною звернення, наскільки швидко необхідна медична допомога або послуга, стан здоров'я, встановлені медичні проблеми і думки колег, побажання пацієнта тощо. Під час бесіди пацієнт теж задає питання, що цікавлять його питання, частіше організаційного характеру.