

Особливості надання первинної медичної допомоги хворим з ішемічним інсультом на догоспітальному етапі

Н.В. Литвиненко, В.А. Пінчук, А.М. Кривчун

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Пріоритетним напрямком діяльності галузі охорони здоров'я в Полтавській області визначено розвиток первинної ланки – системне впровадження сімейної медицини, децентралізація надання первинної медико-санітарної допомоги. На сьогодні 83,2% населення Полтавщини охоплено медичною допомогою за принципом сімейного лікаря.

Цереброваскулярні захворювання, зокрема інсульти, є найбільш частими причинами тимчасової непрацездатності, інвалідності та смертності. Своєчасна діагностика та лікування хворих з артеріальною гіпертензією та патологією серця, метаболічним синдромом, який здійснюється силами лікарів первинної ланки медичної допомоги на рівні амбулаторно-поліклінічних закладів, має надзвичайно велике значення у профілактиці церебральних ускладнень.

У структурі гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК) основна частка належить ішемічному інсульту (ІІ). Основним принципом надання медичної допомоги хворим з ІІ є її етапність: догоспітальний, госпітальний, етап відновного лікування та диспансерний етап.

Догоспітальний етап включає надання медичної допомоги до моменту термінової госпіталізації хворих з ІІ в інсультні або неврологічні відділення.

Згідно з сучасними положеннями доказової медицини, загальноприйнятим є такий стандарт:

1. Оцінювання стану дихальних шляхів, дихання, кровообігу (алгоритм АВС): Тривалість проведення алгоритму АВС не повинна перевищувати 15–20 с.

2. Після цього оцінюють адекватність оксигенації, рівня артеріального тиску (АТ).

3. Пункція вени, встановлення катетера для внутрішньовенних інфузій. Повільна інфузія ізотонічного розчину натрію хлориду для підтримки венозного доступу.

4. Визначення рівня свідомості за шкалою коми Глазго (ШКГ).

5. Визначення рівня глюкози в крові експрес-методом.

6. Позначка часу початку розвитку ГПМК, позначка часу госпіталізації.

7. Після надання первинної медичної допомоги – термінова госпіталізація хворого до неврологічного або інсультного відділення на ношах.

Під час транспортування хворий повинен лежати на боці, щоб уникнути аспірації під час блювання, а в разі підвищеного АТ його голова повинна знаходитися вище тулуба. На виконання цього стандарту витрачається близько 30 хв. Хворих на ГПМК потрібно якомога швидше госпіталізувати до стаціонару. Доведено, що результати лікування хворих із ГПМК визначаються своєчасністю надання медичної допомоги на догоспітальному етапі, а також своєчасною госпіталізацією хворих у спеціалізовані відділення.

Корекція аторвастатином ниркових втрат кальцію у хворих на остеоартроз і есенціальну гіпертензію

Т.А. Рогачова, В.В. Коломієць

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Остеоартроз (ОА) – одне з найпоширеніших захворювань кістково-м'язової системи, що асоціюється зі значними втратами на лікування і реабілітацію хворих [1]. ОА часто поєднується з есенціальною гіпертензією (ЕГ). У США ревматичні захворювання суглобів зареєстровані більше ніж у 30 млн осіб у віці старше 35 років, 40% цих осіб одержують антигіпертензивну терапію [11]. При кожному підвищенні рівня артеріального тиску (АТ) на 20/10 мм рт.ст. ризик серцево-судинних захворювань подвоюється [6]. Протизапальні препарати, що використовують у лікуванні ОА, можуть спричинювати підвищення АТ і нівелювати ефекти більшості антигіпертензивних препаратів [9]. При ОА процеси ремоделювання порушуються не тільки в хрящовій, але й у кістковій тканині, перодусім у субхондральній кістці. Внутрішнє середовище хряща та кісткова тканини – це єдина взаємопов'язана та взаємозалежна система, де зміни однієї з підсистем негайно відобража-

ються на стані інших [7]. Важливу роль у паралельному розвитку остеопорозу і дегенерації суглобового хряща грають порушення обміну кальцію. Дефіцит кальцію в організмі стимулює утворення паратиреоїдного гормону (ПТГ), що сприяє резорбції кісткової тканини. Кальцій, що «вимивається» з кісток, може більше стати будівельним компонентом знов синтезованої кісткової тканини, але відкладається в інших тканинах організму, в тому числі в хрящовій, що зумовлює ушкодження суглобового хряща [3]. Порушення метаболізму кальцію сприяють прогресуванню цілої низки патологічних станів, таких, як дегенеративні захворювання суглобів, остеопороз, артеріосклероз і артеріальна гіпертензія [2]. У результаті мета-аналізу 40 досліджень було встановлено, що вживання кальцію з вітаміном D₃ (1000–1200 мг/24 год) сприяє підвищенню позаклітинної концентрації кальцію, вазорелаксації і зниженню АТ [12]. Найбільш важливим у вивченні впливу кальцію на АТ вияви-