



допомоги не численні. Простим, доступним неінвазивним методом оцінки функціонального стану серцево-судинної системи є розрахунок показників системної гемодинаміки. Представляє інтерес вивчення змін показників центральної гемодинаміки у співробітників швидкої медичної допомоги після 24 годинного чергування.

Мета. Визначити вплив професійних стресових факторів на показники центральної гемодинаміки виїзного персоналу швидкої медичної допомоги.

Матеріал і методи. Об'єктом дослідження стали 42 співробітника ШМД у середньому віці 46 ± 2 років. Було досліджено 17 чоловіків та 25 жінок із середнім індексом маси тіла ($27,1 \pm 0,8$) кг/м², надлишковою масою тіла 23 людини, середній час поза підстанцією з 24 годин становило ($519,4 \pm 19,5$) хвилин. Усі представники цієї групи працювали на швидкій медичній допомозі в якості виїзного персоналу та мали особливий ритм праці.

Дослідження виконувалося з використанням анероїдного тонометра Little doctor з фонедоскопом, вимірювання систолічного та діастолічного артеріального тиску (АТ) проводили за загальноприйнятою методикою. Були розраховані за прикладними формулами такі показники центральної гемодинаміки, як ударний об'єм (УО) серця, хвилинний об'єм кровообігу (ХОК), серцевий індекс (СІ), загальний периферичний опір судин (ЗПОС). Отримані дані були представлені у вигляді медіани та міжквартильного діапазону (Ме [Q25; Q75]). При перевірці статистичних гіпотез нульову гіпотезу відкидали при рівні статистичної значимості (p) нижче 0,05.

Отримані результати. Медіана і міжквартильний розмах систолічного АТ до початку чергування склали 120 [110; 130] мм рт. ст, достовірно підвищився на $+8,3$ [4,8; 14,3] % і після чергування були 130 [120; 140] мм рт. ст., ($p < 0,05$). Діастолічний АТ до початку чергування склали 75 [70; 80] мм рт. ст. і достовірно підвищився до 82,5 [80; 90] мм рт. ст., ($p < 0,05$), на $+13,8$ [6,7; 20,0] %. Зміна показників МОК і СІ після 24-х годинного чергування серед виїзного персоналу ШМД було не достовірним ($p > 0,05$), загальний периферичний опір судин спочатку чергування становив 1698,5 [1420,1; 1939,8] динхс⁻¹хсм⁻⁵ достовірно підвищився до 1996,0 [1443,9; 2358,7] динхс⁻¹хсм⁻⁵ ($p < 0,05$), та збільшення на момент закінчення зміни склали $+16,1$ [4,5; 27,7]%. В перспективі подальших досліджень представляє інтерес розробка та впровадження комплексу заходів щодо вдосконалення професійно значущих психо-емоційних і фізичних якостей виїзного персоналу ШМД. Таким чином, професійні стресові фактори сприяють підвищенню ЗПОС, зміні ударного об'єму носять компенсаторно-приспосувальний характер, про що свідчать стабільні показники хвилинного об'єму крові, серцевий індекс. Показники центральної гемодинаміки можуть бути використані як маркери визначення професійної стресостійкості виїзного персоналу ШМД.

ГЕМОДИНАМІЧНО ОРІЄНТОВАНЕ КУПІРУВАННЯ ГІПЕРТОНІЧНИХ КРИЗІВ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Голдовський Б.М.¹, Потапов С.О.¹, Сідь Є.В.¹, Серіков К.В.¹, Риндіна Л.Й.², Ніколенко Л.М.²

¹ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», Кафедра медицини невідкладних станів

²КУ «Запорізька станція екстреної (швидкої) медичної допомоги» ЗОР

Уявлення про системну гемодинаміку складається з таких параметрів як систолічний, діастолічний і середньодинамічний артеріальний тиск (АТ), частоту серцевих скорочень (ЧСС), ударний об'єм (УО), хвилинний об'єм крові (ХОК), серцевий індекс (СІ), загальний периферичний опір судин (ЗПОС). В даний час лікування гіпертонічних кризів на догоспітальному етапі здійснюється за клінічними даними, в той час коли є можливість надавати гемодинамічно орієнтовану медичну допомогу.

Гіпертонічна хвороба являє собою змішання різних гемодинамічних станів. Гемодинамічний статус не може бути визначений тільки на підставі рівня артеріального тиску та клінічних ознак. У різних популяціях людей гемодинамічні показники можуть значно відрізнятися. Пов'язані з віком зміни гемодинаміки відбуваються навіть при відсутності змін ХОК і ЗПОС. У здорових людей з віком піднімається пульсовий тиск (ПТ), ЗПОС і зменшується ХОК за рахунок зниження УО. У жінок АТ і ХОК нижче, а ЧСС і ЗПОС вище ніж у чоловіків. У жінок в постменопаузі ХОК нижче, а ЗПОС вище, ніж в передменопаузі при будь-якому рівні АТ. Це говорить про те, що гемодинамічні параметри більш інформативні, ніж одне вимірювання систолічного та діастолічного АТ.

При кожному ударі серця формується новий гемодинамічний стан. АТ, ЗПОС взаємопов'язані та змінюються з кожною систолою і є пульсовими характеристиками гемодинаміки. Тільки у пацієнта, у якого є нормоволе́мія, нормоінотро́пія, нормовазотонія і нормохронотро́пія може бути поєднання нормального артеріального тиску і нормальної перфузії.

Причиною гіпертонії може бути гіперво́лемія і/або гіперінотро́пія, та/або вазоконстри́кція, та/або будь-яка комбінація цих причин. Корекція будь-якого порушення гемодинаміки впливає не тільки на рівень параметрів

гемодинамічних регуляторів і на регулятор перфузії, але і на наслідки їх регулюючої дії, тобто на рівень АТ і кровотоку. Індивідуальне лікування хворого може бути більш ефективним при визначенні специфічного для даного пацієнта стану гемодинаміки.

У даний час доступні 4 групи препаратів, що надають вплив на гемодинаміку, кожен препарат має свій вектор впливу на номограму гемодинаміки.

- діуретики (зменшують об'єм циркулюючої крові, що призводить до зменшення навантаження на міокард, знижується систолічний АТ).

- β -адреноблокатори мають негативну іно- і хронотропну дію, що веде до зменшення ЧСС і систолічного АТ.

- інгібітори ангіотензин перетворюючого ферменту, як і вазодилатори розширюють звужені судини та знижують систолічний АТ.

- блокатори кальцієвих каналів володіють негативною інотропною і вазодилатуючою дією. Знижують рівень систолічного АТ. Показані при підвищеній скоротливості міокарда і підвищений тонус судин, що проявляється зниженням ЗПОС і збільшенням ХОК.

Відсутність нормалізації гемодинамічних показників може бути результатом неправильного призначення препаратів.

Таким чином представляють інтерес проведені дослідження по розробці підходів до диференційованого лікування гіпертонічних кризів в залежності від гемодинамічних показників.

ГОСТРІ ОТРУЄННЯ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ (16 – 21 РОКІВ): ГОСПІТАЛЬНА СТРУКТУРА ТА ДИНАМІКА

Левченко О.Є.¹, Курділь Н.В.¹, Іващенко О.В.², Андрищенко В.В.³, Струк В.Ф.³

¹Українська військово-медична академія, кафедра військової токсикології, радіології та медичного захисту, м. Київ, Україна

²Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

³Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Київ, Україна

Мета. Вивчення госпітальної структури отруєнь серед молоді 16-21 років.

Матеріали і методи. Проведений аналіз 88 випадків гострих побутових отруєнь важкого ступеню. Медична допомога надавалась у відділенні інтенсивної терапії та екстракорпоральної детоксикації Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги протягом 2015 року.

Результати та обговорення. Відмічена тенденція до збільшення доли пацієнтів 16-21 років в загальній віковій структурі отруєнь (2000р. – 9,0%, 2005р. – 9,8%, 2015 – 11,7%). Обстежено чоловіків – 65 (73,9%), жінок – 23 (26,1%). В групі дослідження переважали 19-річні (26,1%) та 21-річні (28,4%) пацієнти. Отруєння медикаментами психотропної групи склали 56,8%, алкоголем – 20,5%, сумішами медикаментів різних груп – 9,1%, інгаляційними токсикантами – 5,7%. Серед медикаментів найчастіше причинами отруєння були: баклофен, труксал, парацетамол, амтриптилін, тарен; серед наркотичних речовин: амфетаміни, оксидатри, метадон, синтетичні канабіноїди (суміші для паління). Характері для даної вікової групи були навмисні отруєння рослинними токсинами – галюциногенами (грибами роду *Inocybe* і *Clitocybe* і рослинами сімейства *Solanaceae*). Отруєння етиловим алкоголем (20,5%) характеризувалося швидким розвитком токсичної коми з порушенням дихання та гіпотонією. Смертельних отруєнь в групі дослідження не було.

Висновки. у віковій групі 16-21 років переважають отруєння різноманітними психотропними речовинами, що потребує проведення диференційної діагностики із захворюваннями центральної нервової системи та психічними розладами.

НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ З ТЯЖКОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Льовкін О.А.¹

¹ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя, Україна

Мета. Провести аналіз надання невідкладної допомоги спеціалізованими бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги (Е(Ш)МД) м. Запоріжжя пацієнтам з тяжкою черепно-мозковою травмою (ТЧМТ) на догоспітальному етапі (ДГЕ).

Матеріал і методи дослідження. Нами був проведений ретроспективний аналіз виїзних карт спеціалізованих бригад Е(Ш)МД м. Запоріжжя надання невідкладної допомоги пацієнтам з ТЧМТ за перше півріччя 2015 року. Було проаналізовано 86 виїзних карт. Середній вік постраждалих склав ($36,6 \pm 8$) років. 72% досліджених – чоловіки. Керована штучна вентиляція легень (ШВЛ) за обсягом проводилася респіратором Oxylog ARBC, фірми Draeger