



з шлуночковими аритміями з гострим інфарктом міокарда може бути оцінка турбулентності серцевого ритму (Hayashi M., 2015; Lane D.A., 2015). Турбулентність серцевого ритму (ТСР) – це зміна серцевого ритму, що розвивається у відповідь на виникаючу шлуночкову аритмію і полягає в короткострокових коливаннях частоти серцевих скорочень, які слідують після шлуночкової екстрасистолії (ШЕ). Слідом за ШЕ виникає цикл короткого початкового прискорення з подальшим уповільненням серцевого ритму. Турбулентність серцевого ритму – є фізіологічною, біфазичною реакцією синусового вузла на шлуночкову екстрасистолію (Schmidt G., 1999). У теперішній час активно вивчається можливість ТСР у прогнозуванні несприятливих наслідків у пацієнтів з серцевою недостатністю, дилатаційної кардіоміопатією, гіпертиреозом, пролапсом мітрального клапану, метаболічним синдромом та іншими клінічними ситуаціями. Твердження про те, що турбулентність ритму може бути маркером «злоякісності» шлуночкових екстрасистол та предиктором фатальних аритмій у хворих, які перенесли ІМ, ґрунтується на п'яти ретроспективних і п'яти проспективних дослідженнях, об'єднали в загальній складності понад 10000 пацієнтів (Гареева Д., 2012). У ряді досліджень ТСР у хворих з перенесеним інфарктом міокарда була сильним і незалежним предиктором несприятливих подій, включаючи кардіальну та раптову смерть. Відомо, що у пацієнтів, що приймають β-блокатори використання показників варіабельності серцевого ритму як предикторів смерті в постінфарктному періоді обмежена. Для оцінки ТСР немає необхідності скасовувати β-блокатори, що має безсумнівне практичне значення для пацієнтів з ІХС і ризиком розвитку шлуночкових аритмій. Вимірювання турбулентності серцевого ритму, є простими і легко відтворюваним методом, може рутинно використовуватися при добовому Холтерівському моніторингу ЕКГ. Таким чином, потрібне проведення досліджень, заснованих на оцінці турбулентності серцевого ритму, з метою визначення предикторної цінності у прогнозуванні фатальних аритмій у хворих з гострим інфарктом міокарда.

ФІБРИЛЯЦІЯ ПЕРЕДСЕРДЬ ЯК ПРЕДИКТОР ВИНИКНЕННЯ КАРДІОЕМБОЛІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Ганджа Т.І., Супрун А.О., Олефіренко А.С., Набухотний П.Ф.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, кафедра медицини невідкладних станів, м. Київ, Україна

Мета. Провести аналіз призначення антикоагулянтної терапії хворим із різними формами фібриляції передсердь (ФП) як профілактичного засобу кардіоемболічних ускладнень.

Матеріали і методи. Проведена оцінка частоти призначення антикоагулянтної терапії хворим із ФП та високим ризиком тромбоемболічних ускладнень (за шкалою CHA₂DS₂-VASc - 2 балів) у 150 пацієнтів (77 жінок та 73 чоловіків) у віці від 40 до 85 років.

Результати. Проаналізовано історії хвороб пацієнтів, що знаходились у відділенні невідкладної терапії КМКЛШМД з пароксизмальною, персистуючою та постійною формами ФП, що мали в анамнезі або під час знаходження в стаціонарі ішемічний інсульт. Всім пацієнтам за шкалою CHA₂DS₂-VASc необхідно було призначати терапію непрямыми антикоагулянтами (варфарин або нові пероральні антикоагулянти).

90% хворих отримували замість антикоагулянтів ацетилсаліцилову кислоту (АСК). 7% хворих отримували варфарин, але тільки половина з них знаходилась у вікні МНО 2-3. У 3% варфарин було відмінено з приводу геморагічних ускладнень. І тільки у 2-ох випадках пацієнти отримували нові антикоагулянти.

Висновки:

1. Більшість хворих з ФП приймали АСК замість непрямих антикоагулянтів з метою профілактики тромбоемболічних ускладнень, що пов'язано з інертністю мислення фахівців першої ланки.
2. У зв'язку із складнощами контролю МНО як для пацієнтів, так і для лікарів варфарин не признається.
3. Нові пероральні антикоагулянти використовувались у поодиноких випадках, що пов'язано з великою вартістю препаратів.

МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ УРАПІДИЛУ В КУПУВАННІ ГІПЕРТОНІЧНИХ КРИЗІВ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Голдовський Б.М.¹, Поталов С.О.¹, Сідь Є.В.¹, Серіков К.В.¹, Насека Н.В.¹, Юрчак Ю.В.²

¹ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ

України», Кафедра медицини невідкладних станів,

²КУ «Запорізька станція екстреної (швидкої) медичної допомоги» ЗОР, м. Запоріжжя, Україна

У патогенезі артеріальної гіпертензії ключову роль грає симпатоадреналова

система. При розвитку гіпертонічного кризу в ланцюг патологічних взаємодій долучається гіперактивація симпатичної ланки вегетативної нервової системи. У регулюванні артеріального тиску виділяють короткодіючі стресові реакції і довгострокові базальні механізми. Особливо важливим є те, як порушується базальна регуляція вегетативної нервової системи при стійкому хронічному підвищенні артеріального тиску. Розуміння цього механізму дає можливість розмикання порочного кола та успішної терапії гіпертонічного кризу. При лікуванні хворих артеріальною гіпертензією, особливо при розвитку кризів, головним шляхом нормалізації тиску стає боротьба з надмірною активністю симпатичної активації.

Про те, що велику роль в регуляції загального периферичного опору судин головного механізму гіпертонії – грають роль периферичні адренорецептори, відомо давно. Ці рецептори вважаються головними ефektорами стресу – основного фактора розвитку артеріальної гіпертензії. З віком адренергічну вазоконструкція призводить до погіршення гемодинаміки у периферичних артеріях.

Можливість за допомогою лікарських засобів вплинути на периферичні адренорецептори відкриває широкі можливості контролю артеріального тиску. Таким препаратом є урапідил, блокатор постсинаптичних альфа-1-адренорецепторів, знижує периферичний опір судин, а також блокує центральну стимуляцію симпатичної нервової системи завдяки стимуляції 5HT₁-серотонінових рецепторів. Він володіє стимулюючою дією на пресинаптичні α₂-адренорецептори. Завдяки такому механізму дії, препарат знижує діастолічний та систолічний артеріальний тиск, не викликає рефлекторної тахікардії. Урапідил випускається у формі розчину і капсул пролонгованої дії. Після внутрішньовенного введення 25 мг препарату він розподіляється протягом 35 хвилин. Клінічний ефект розвивається швидко – як правило, протягом декількох хвилин. Це дозволяє використовувати препарат для керованої гіпотонії і в ситуаціях, коли необхідно швидке зниження артеріального тиску.

Основним показанням для розчину урапидила є гіпертонічні кризи, особливо зумовлені гіперсимпатикотонією. Найбільш широке застосування урапідил може мати у невідкладній медицині – для купірування гіпертонічних кризів. Існує пероральна форма препарату з уповільненим звільненням, прийом якої можливий двічі на добу. Гіпотензивний ефект в цьому випадку буде розвиватися повільніше, та його тривалість дозволить контролювати артеріальний тиск протягом доби. Пероральна форма препарату рН-адапована, завдяки чому підвищено його біодоступність. При рефрактерній, важкій гіпертонії, особливо пов'язаній з гіперсимпатикотонією, пероральна форма урапидила – засіб вибору. Особливість урапидила в тому, що він володіє центральною дією. Для даного препарату також показано позитивний вплив на обмін глюкози, а, крім того, існують дані про його ролі в лікуванні гострого порушення мозкового кровообігу.

Безсумнівна роль симпатоадреналової системи у розвитку артеріальної гіпертензії, важливу роль грає вона і в патогенезі інших тяжких станів. Ключовими моментами при ускладнених гіпертонічних кризах є периферичний вазоспазм і порушення кровообігу. Можливість блокування рецепторів симпатичних амінів – прямий шлях нормалізації локального та центрального кровотоку.

Таким чином, для контролю артеріального тиску при кризовому перебігу гіпертонічної хвороби урапідил залишається ефективним і недорогим засобом вибору на догоспітальному етапі.

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У СПІВРОБІТНИКІВ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПІД ВПЛИВОМ ПРОФЕСІЙНОГО СТРЕСУ

Голдовський Б.М.¹, Сідь Є.В.¹, Поталов С.О.¹, Серіков К.В.¹, Льовкін О.А.¹, Андрєєв О.І.²

¹ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ

України», Кафедра медицини невідкладних станів

²КУ «Запорізька станція екстреної (швидкої) медичної допомоги» ЗОР, м. Запоріжжя, Україна

Актуальність. В умовах сучасного життя і зростаючої урбанізації комплекс факторів впливає на виїзний персонал швидкої медичної допомоги, на нього лягає велика відповідальність за здоров'я пацієнтів у критичних станах, не залежно від місця виклику, сезону року і часу доби. Систематичні психоемоційні і фізичні навантаження вимагає від організму постійної напруги регуляторних систем, спрямованих на мобілізацію функціональних резервів організму. З точки зору адаптаційної теорії Р. Сельє можна назвати стресорами. Вони сприяють виникненню адаптації людини до нових умов середовища, але надмірні по силі і тривалості стресори призводять до зриву адаптації. Ряд дослідників відзначають, що сама по собі спеціальність лікаря сприяє розвитку різних захворювань, однак дослідження присвячені впливу професійних стресових факторів на здоров'я медичних працівників швидкої

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±0,8) кг/м², надлишковою масою тіла 23 людини, середній час поза підстанції з 24 годин становило (519,4±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 (р) нижче 0,05.

Отримані результати. Медіана і межквартильний 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., (р<0,05). Діастолічний АТ до початку чергування складо 75 [70; 80] мм рт. ст. і достовірно підвищився до 82,5 [80; 90] мм рт. ст., (р < 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 (р>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 (р <0,05), та збільшення на момент закінчення зміни складо +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 КУПУВАННЯ ГІПЕРТОНІЧНИХ КРИЗІВ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Голдовський Б.М.¹, Поталов 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 гемодиніку 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 взаємнопов'язані та змінюються з кожною систолою і є пульсовими характеристиками гемодинаміки. Тільки у пацієнта, у якого є нормоволе́мія, нормоінотропія, нормовазотонія і нормохронотропія може бути поєднання нормального артеріального тиску і нормальної перфузії. Причиною гіпертонії може бути гіперволе́мія і/або гіперінотропія, та/або вазоконстрикція, 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 вазодилататори розширяють звужені судини та знижують систолічний АТ.
- блокатори кальцієвих каналів володіють негативною інотропною і вазодилатуючою дією. Знижують рівень систолічного АТ. Показані при підвищенні 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, Івашенко О.В.², Андрющенко 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 долі 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 складали 56,8%, алкоголем – 20,5%, сумішами медикаментів різних груп – 9,1%, інгалаційними токсикантами – 5,7%. Серед медикаментів найчастіше причинами отруєння були: баклофен, труксал, парацетамол, амітриптилін, тарен; серед наркотичних речовин: амфетаміни, оксидибутирати, метадон, синтетичні канабіноїди (суміші для паління). Характері для даної вікової групи були нависмі отруєння рослинними токсинами – галюциногенами (грибами роду Іpsocybe 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±8) років. 72% досліджених – чоловіки. Керована штучна вентиляція легень (ШВЛ) за обсягом проводилася респіратором Oxylog ARBC, фірми Draeger