



МЕДИЦИНА НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ

СИМПОЗІУМ «МЕДИЦИНА НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ І МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ»

20 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-15:00

Організатори: Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Кафедра медицини невідкладних станів та кафедра медицини катастроф і військової медичної підготовки, Кафедри ХМАПО і ЗМАПО, Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги і медицини катастроф, Київська міська станція екстреної медичної допомоги та МК, ВГО «Асоціація працівників швидкої, невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф»

ПРОГРАМА

Тема: Першочергові завдання удосконалення екстреної медичної допомоги в Україні

Доповідачі: Шафранський В.В., Тимошенко Т.В., Рошнін Г.Г.

Тема: Аналіз роботи системи екстреної медичної допомоги у зоні надзвичайної ситуації воєнного та соціального характеру під час ведення сучасних бойових дій

Доповідачі: Мороз Є.Д., Гур'єв С.О., Близнюк М.Д.

Тема: Особливості існуючої системи медичного захисту населення України під час проведення АТО

Доповідачі: Близнюк М.Д., Новіков Ф.М., Кузьмін В.Ю., Максименко М.А., Іванов В.І.

Тема: Принципи формування медичних технологій надання медичної допомоги постраждалим внаслідок сучасних бойових дій

Доповідачі: Гур'єв С.О., Максименко М.А., Гуселетова Н.В.

Тема: Клініко-організаційні принципи надання медичної допомоги постраждалим внаслідок сучасних бойових дій в умовах цивільної лікарні

Доповідачі: Гур'єв С.О., Ткаченко Д.Г., Кравцов Д.І., Казачков В.Є.

Тема: Оцінка готовності лікарень до роботи за умов НС

Доповідачі: Рошнін Г.Г., Ткаченко О.А., Мазуренко О.В., Слишко І.Й., Сандрацький М.Г., Березенко І.М., Дорош В.М.

Тема: Визначення ефективності застосування «Програми цілеспрямованої професійно-психологічної підготовки рятувальників» до діяльності в екстремальних умовах

Доповідачі: Назаренко І.І., Слишко І.Й., Лобода Г.Г., Набаченко О.З., Кузьмінський І.В.

Тема: Особливості відпрацювання практичних навичок лікарями-курсантами в польових умовах

Доповідачі: Рошнін Г.Г., Крилюк В.О., Слишко І.Й., Іскра Н.І., Кузьмін В.Ю., Іванов В.І., Назаренко І.І., Лобода Г.Г., Кузьмінський І.В.

Тема: Emergency department, як компонент системи екстреної медичної допомоги та структурний підрозділ багатопрофільної лікарні

Доповідачі: Печиборщ В.П., Близнюк М.Д., Михайловський М.М.

Тема: Міжнародні стандарти підготовки фахівців з надання тактичної медичної допомоги

Доповідачі: Крилюк В.О., Рошнін Г.Г., Кузьмін В.Ю., Слишко І.Й., Кузьмінський І.В., Синельник С.В.

Тема: Першочергові заходи у разі надання екстреної медичної допомоги постраждалим від механічного вражаючого чинника

Доповідачі: Іскра Н.І., Крилюк В.О., Сацук С.П., Синельник С.В., Кузьмінський І.В.

Тема: Мультимодальне обезболювання при травматических пошкодженнях на догоспітальному етапі

Доповідачі: Левкин О.А.

Тема: Использование симуляционных технологий при обучении врачей медицины неотложных состояний

Доповідачі: Левкин О.А.

Тема: Чи можлива в Україні Європейська модель медичної допомоги при інсульті?

Доповідачі: Зозуля І.С., Зозуля А.І.

Тема: Дослідження соціального ризику ішемічного інсульту

Доповідачі: Волосовець А.О.

Тема: Принципи діагностики и ИТ мультиорганных нарушений при ишемическом инсульте

Доповідачі: Голдовський Б.М., Сериков К.В., Поталов С.А., Левкин О.А., Сидь Е.В.

Тема: Організація та надання медичної допомоги при ГПМК на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах

Доповідачі: Зозуля І.С., Зозуля А.І., Волосовець А.О.

Тема: Фібриляція передсердь як предиктор виникнення кардіоемболічного інсульту

Доповідачі: Ганджа Т.І., Супрун А.О., Олещук А.С., Набухотний П.Ф.

Тема: Тенденції перебігу гострих захворювань черевної порожнини та сучасні принципи етапної медичної допомоги

Доповідачі: Слонечкий Б.І., Тутченко М.І., Березенко І.М., Вербицький І.В.

Тема: Особливості діагностики та лікувальної тактики на догоспітальному етапі у пацієнтів з гострою судинною недостатністю кишківника

Доповідачі: Максименко М.В.

Тема: Гострі отруєння у осіб молодого віку (16-21 рік), структура та динаміка за останні 10 років

Доповідачі: Іващенко О.В., Курділь Н.В., Струк В.Ф., Падалка В.М.

Тема: Оптимізація діагностики комор бідних (поліморбідних) станів, асоційованих з алкогольною інтоксикацією

Доповідачі: Марков Ю.І., Іващенко О.В., Орел В.В., Фенько К.В.

Тема: Використання методів серцево-легеневої реанімації у дітей для лікарів медицини невідкладних станів

Доповідачі: Орел В.В., Марков Ю.І.

Тема: Боголеповський синдром, патогенез, лікування

Доповідачі: Ніконов В.В.

Тема: Зміни перфузійного індексу у хворих, які знаходяться в стані шоку

Доповідачі: Курсов С.В., Білецький О.В., Лізоуб К.І.

Тема: Психічні розлади в структурі невідкладних станів (психотерапевтична, психотерапевтичний та психіатричний супровід)

Доповідачі: Загуровський В.М.

ЗМІНИ ПЕРФУЗІЙНОГО ІНДЕКСУ У ХВОРИХ, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ В СТАНІ ШОКУ

Білецький О.В.¹, Курсов С.В.¹, Лізоуб К.І.²

¹Харківська медична академія післядипломної освіти, м.Харків, Україна

²ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», м.Харків, Україна

Мета. Вивчити особливості перфузійного індексу (ПІ) у хворих, які знаходяться в стані шоку, що зумовлений: а) первинним зниженням pompової функції серця; б) гіповолемією; 3) неспроможністю судинного тону.

Матеріали і методи. Пацієнти, яких було доставлено до реанімаційної зали багатопрофільної лікарні швидкої медичної допомоги в стані шоку. Оцінка показників центральної гемодинаміки, включаючи центральний венозний тиск, показники фотоплетизмографії, ЕКГ, ЯМРКТ головного мозку, гемоконцентрації. Пацієнти з масивною крововтратою, що супроводжувала тривалі травматичні хірургічні втручання в ортопедії.

Результати та обговорення. У тих пацієнтів, яких було доставлено до клініки у стані компенсованого гіповолемічного шоку (крововтрата, опіки, перитоніт, некротична форма гострого панкреатиту), показник ПІ становив 0,6-2,0%. Пацієнти із тяжкою крововтратою, що відповідала клініці декомпенсованого гіповолемічного шоку (політравма) мали показники ПІ в межах 0,25-0,5%. При масивній крововтраті ПІ, практично у всіх випадках, наближався до 0,1-0,5%. та сполучався із ступенем її тяжкості. В умовах кардіогенного шоку також спостерігали зниження ПІ до 0,25-1,0%. ПІ мав тісний зворотний негативний зв'язок із величиною показника гемоконцентрації. Натомість, якщо шок мав дистрибутивне походження (тяжка черепно-мозкова травма без значної крововтрати, тепла фаза септичного шоку, анафілаксія), ПІ сягав 1,5-3,0%. В процесі надання екстреної медичної допомоги та забезпечення проведення рідинної ресусcitaції в високому темпі спостерігалось зростання показника ПІ. Застосування вазопресорів (дофамін, адреналін) не заважало зростанню ПІ.

Висновок. ПІ може бути використаний для визначення гемодинамічного паттерну шоку.

МОЖЛИВОСТІ ТУРБУЛЕНТНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ЯК ПРЕДИКТОРА ФАТАЛЬНИХ АРИТМІЙ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА

Фуштей І.М., Голдовський Б.М., Мохамед Феді, Сидь Є.В.

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

За останні 20 років, серцево-судинна смертність знизилася в розвинених країнах так як були вжиті превентивні заходи по зниженню поширеності ішемічної хвороби серця (ІХС). Незважаючи на ці обнадійливі результати, серцево-судинні захворювання є провідною причиною смертності приблизно 17 мільйонів людей щорічно у світі (Priori S.G., 2015).

Прогностичне значення шлуночкової екстрасистолії (ШЕ) в даний час залишається недостатньо вивченим. Так, за даними нещодавно опублікованого мета-аналізу у пацієнтів без структурної патології серця при наявності частоті шлуночкової екстрасистолії спостерігалось збільшення ризику серцево-судинних ускладнень. Одним з нових неінвазивних, перспективних методів прогнозу виникнення раптової смерті у хворих на ІХС



з шлуночковими аритміями з гострим інфарктом міокарда може бути оцінка турбулентності серцевого ритму (Hayashi M., 2015; Lane D.A., 2015). Турбулентність серцевого ритму (TCP) – це зміна серцевого ритму, що розвивається у відповідь на виникаючу шлуночкову аритмію і полягає в короткострокових коливаннях частоти серцевих скорочень, які сліднують 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 TCP у прогнозуванні несприятливих наслідків у пацієнтів з серцевою недостатністю, дилатаційної кардіоміопатією, гіпертиреозом, пролапсом мітрального клапана, 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 TCP 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 TCP 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 призначити 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 призначається.
3. Нові пероральні антикоагулянти використовувались у поодиноких випадках, що пов'язано з великою вартістю препаратів.

МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ УРАПІДИЛУ В КУПІРУВАННІ ГІПЕРТОНІЧНИХ КРИЗІВ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Голдовський Б.М.¹, Поталов С.О.¹, Сідь Є.В.¹, Серіков К.В.¹, Настека 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 короткодійні 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 ефекторами 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 5HT₂-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 керуваної гіпотонії і в ситуаціях, коли необхідно швидке зниження артеріального тиску.

Основним показанням для розчину урапидила є гіпертонічні кризи, особливо зумовлені гіперсимпатикотонією. Найбільш широке застосування урапидил може мати у невідкладній медицині – для купірування гіпертонічних кризів. Існує пероральна форма препарату з уповільненим вивільненням, 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'язаної 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, Андрєєчева 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