



# Невідкладні стани

# Лекція №1

Анафілактична та  
алергічна реакція

# Актуальність теми:

- Алергічна реакція та анафілаксія є серйозною проблемою і може нести загрозу життю.
- 10-20% випадків анафілаксії закінчуються летально.

## Анафілактична та алергічна реакція –

це відповідь організму на проникнення чужорідного протеїну (наприклад - їжа, ліки, пилок, жало комахи або будь-яка вжита або введена вдихом субстанція).

## АНАФІЛАКСІЯ

(два або більше з наведених симптомів проявляються одразу після дії потенційного алергену )

Подразнення шкіри та\або слизової оболонки (кропивниця, свербіж, набряк язика\губ)

Порушення дихання (диспное, свист, стридор, гіпоксемія)

Гіпотензія або пов'язані симптоми (втрата свідомості,)

Стійкі симптоми в шлунково-кишковому тракті (блювання, біль у животі, діарея)



# ГІПОТЕНЗІЇ у пацієнтів після впливу відомого алергену

(дорослі: систолічний тиск менше 90)

- Не кожен випадок анафілактичного шоку супроводжується такими шкірними проявами, як набряк слизової оболонки чи почервоніння шкіри.
- Більшість фатальних реакцій внаслідок анафілаксії, спричиненої прийомом їжі, не були пов'язані з наявністю симптомів на шкірі пацієнта.

## АЛЕРГІЧНІ РЕАКЦІЇ не пов'язані з анафілаксією

Ознаки зачіпають лише одну систему органів (наприклад, локалізований ангіоневротичний набряк, який не порушує прохідність дихальних шляхів або не пов'язаний з блюванням; тільки висип)

## ЦІКАВИЙ ФАКТ

1. Прояви зі сторони шлунково-кишкового тракту найчастіше пов'язані з анафілаксією внаслідок прийому їжі.
  - а. Свербіж в ротовій порожнині часто є першим симптомом, у пацієнтів з анафілаксією, спричиненою прийомом їжі.
  
2. Пацієнти з астмою мають великий ризик важкої алергічної реакції.



# Лікування та втручання



## Якщо є ознаки анафілаксії:

введіть **епінефрин** (1 мг/мл) з такою дозою та шляхом введення:

а. Дорослі - 0,5 мг в/м **в верхньо-зовнішню поверхню стегна**

б. Епінефрин 1 мг/мл може вводитися через набирання з ампули або автоматичного шприца (за наявності)

с. Додаткове введення епінефрину (в/м) можна проводити кожні 5-15 хвилин

## При наявності ознак гіперперфузії( шоку)

- введіть 20 мл/кг ізотонічного розчину (фізрозчин та/або лактат Рінгера)

протягом 15 хвилин в/в або внутрішньокістково

- повторіть процедуру за необхідності при наявності ознак гіперперфузії

дозою до 60 мл\кг

При наявності порушення дихання з характерними свистячими звуками, ви можете ввести:

а. Альбутерол (сальбутамол) 2,5-5 мг через небулайзер

**ТА\АБО**

б. Епінефрин 1 мг/мл, 5 мл через небулайзер



При кропивниці або свербіжу, введіть дифенгідрамін(дімедрол) 1 мг/кг, максимальна доза - 50 мг в/м, в/в, перорально

а. Одночасно можна вводити антигістамінні препарати (блокатори H<sub>2</sub> гістамін рецепторів (наприклад - фамотидин, циметидин), шляхи введення - в/в, перорально у поєднанні з дифенгідраміном.

Негайно транспоруйте пацієнта,

паралельно проводячи постійну оцінку  
та моніторинг стану з фіксуванням  
показників АТ, ЧД, РС  
кожні 5 хвилин



Локальна алергічна реакція  
(наприклад кропивниця або набряк  
Квінке, який не блокує дихальні  
шляхи)

може лікуватись введенням  
антигістамінних препаратів.

Питання?



## Ключові моменти:

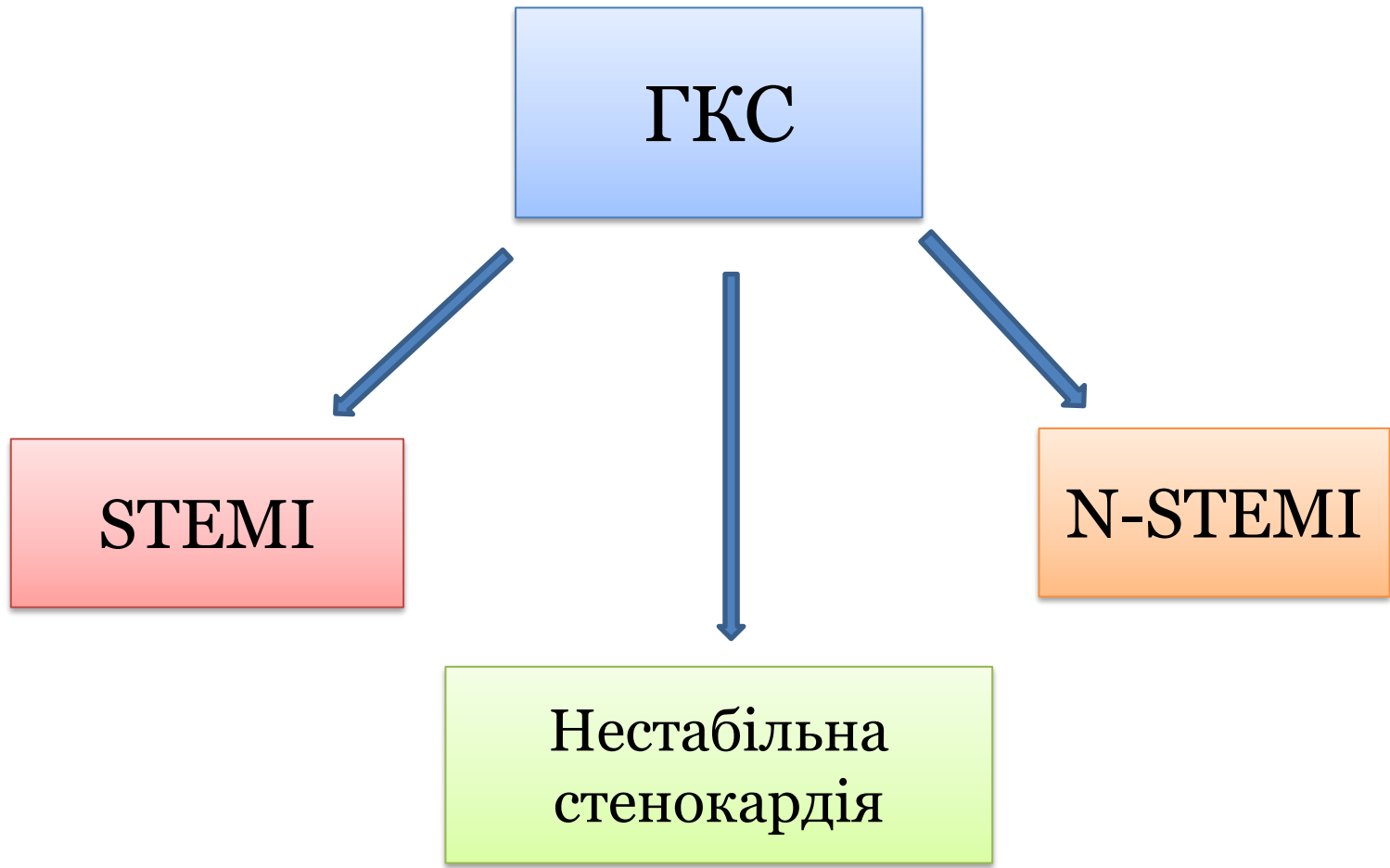
- При підозрі на анафілаксію працівники ЕМД мають застосовувати **епінефрин** як препарат першої лінії лікування.
- Шок може статися одномоментно без попереднього прояву шкірних та дихальних симптомів.
- Спазми в животі також є типовим симптомом анафілактичної реакції.
- Нема достатньо доказів ефективності застосування стероїдних препаратів в лікуванні алергічних реакцій та\або анафілаксії.

# Лекція №2

## Гострий коронарний синдром

## МЕТА:

1. Знати класифікацію ГКС
2. Вміти обстежити пацієнта з ГКС
3. Швидко діагностувати STEMІ
4. Знати характерні зміни ЕКГ
5. Знати особливості лікування ГКС
6. Знати протипокази до тромболітичної терапії



## Критерії включення:

1. Біль у грудях або дискомфорт в інших частинах тіла (наприклад - рука, щелепа, епігастральна ділянка)
2. Задишка
3. Нудота, блювота
4. Надмірне потовиділення
5. Запаморочення
6. Ознаки серцевої недостатності
7. Втрата свідомості, шок

## Неспецифічний характер болю:

1. Пацієнтів похилого віку.
2. З цукровим діабетом.
3. Післяопераційних пацієнтів, які приймають знеболюючі.
4. У жінок (гормональний вплив).
5. Біль замаскований під диспепсію.



# НЕСТАБІЛЬНА СТЕНОКАРДІЯ

- прогресуюча;
- що вперше виникла ( до 28 діб);
- спонтанна (варіантна, Принцметала)
- рання післяінфарктна ( протягом 28 діб після ГІМ)

Тропаніни  
в нормі

**ЕКГ**  
норма  
або депресія  
ST/або інверсія Т

# N-STEMI

біль за грудиною, специфічні,  
чи неспецифічні прояви

Тропоніни(+)  
підвищені

**ЕКГ**  
норма/або  
депресія ST/або  
інверсія T



# STEMI

біль за грудиною, чи інший прояв,  
що змушує думати про інфаркт

Тропоніни(+)  
підвищені

## ЕКГ

1. Гострий підйом ST (підйом  
більше 0,1 в двох стандартних  
суміжних відведеннях /або більше  
0,2- в двох і більше суміжних  
прекардіальних відведеннях

1. Свіжа БЛНПГ

# ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ

ЗМІНИ НА ЕКГ

ТАК

НІ

Тропонін (+)

ТАК

НІ

STEMI

NSTEMI

НЕСТАБІЛЬНА  
СТЕНОКАРДІЯ

## Обстеження (первинний огляд)

**A**- прохідні

**B**- можлива **задишка** (подаємо кисень високим потоком, до показників SpO<sub>2</sub>), ЧД, аускультация, SpO<sub>2</sub>, трахея/**яремні вени**

**C**- PS центральний та периферийний, перфузія, монітор, **B/v**

**D**- свідомість по AVPU, зіниці, м'язевий тонус, глюкоза ( якщо свідомість порушена), термометрія

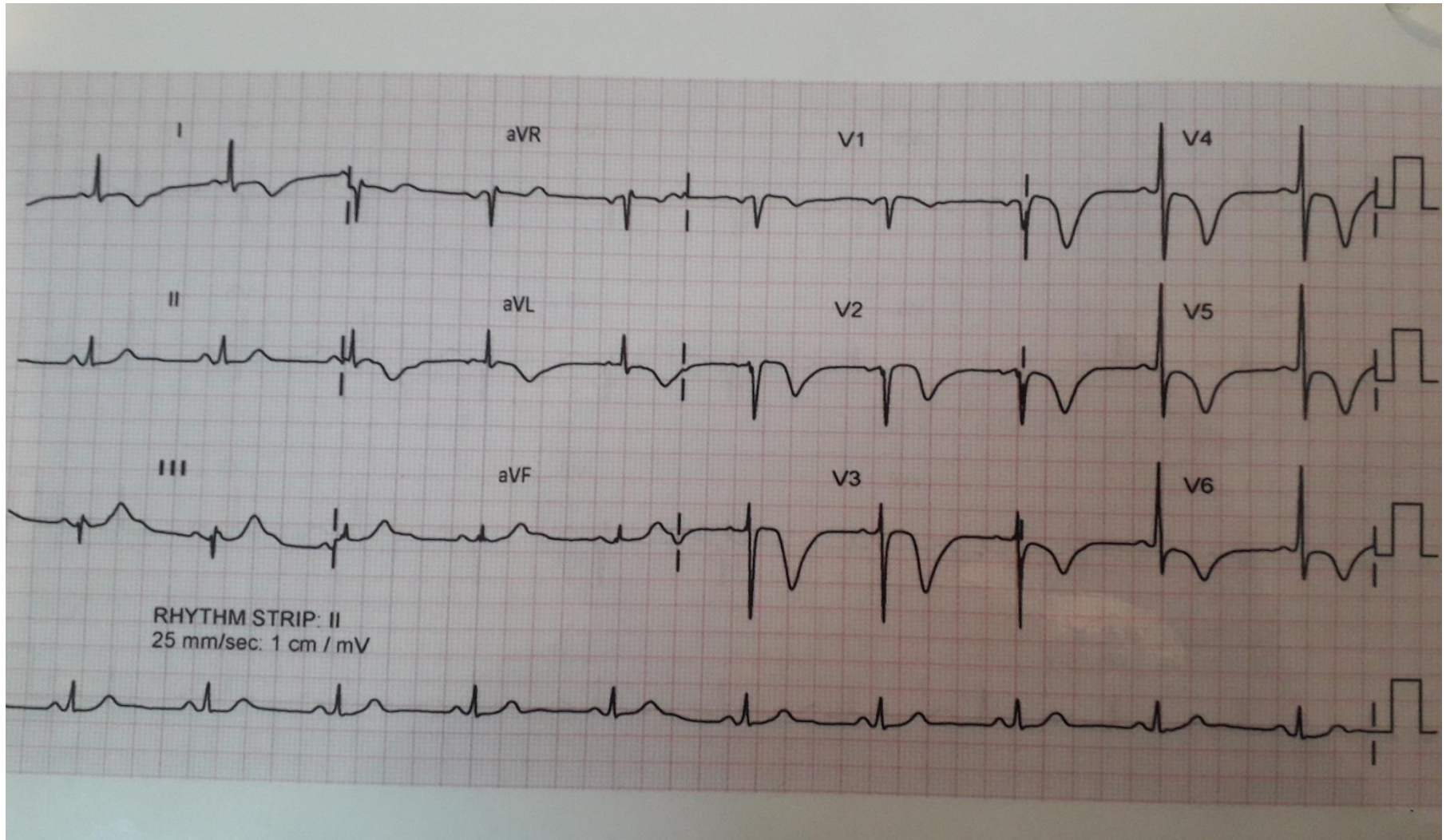
**E**- контроль температурного режиму

# Біомаркери ( тропоніни)

- Визначення кардіального тропоніну повинно бути частиною первинного огляду( це ознака пошкодження міокарда)
- Тест проводити **не раніше 3 годин з моменту появи симптоматики**
- Тропонін Т – 3-4 годин до 12 годин ( тах 10 днів)  
Тропонін І – 4-6 годин до 12 годин ( тах 10 днів)

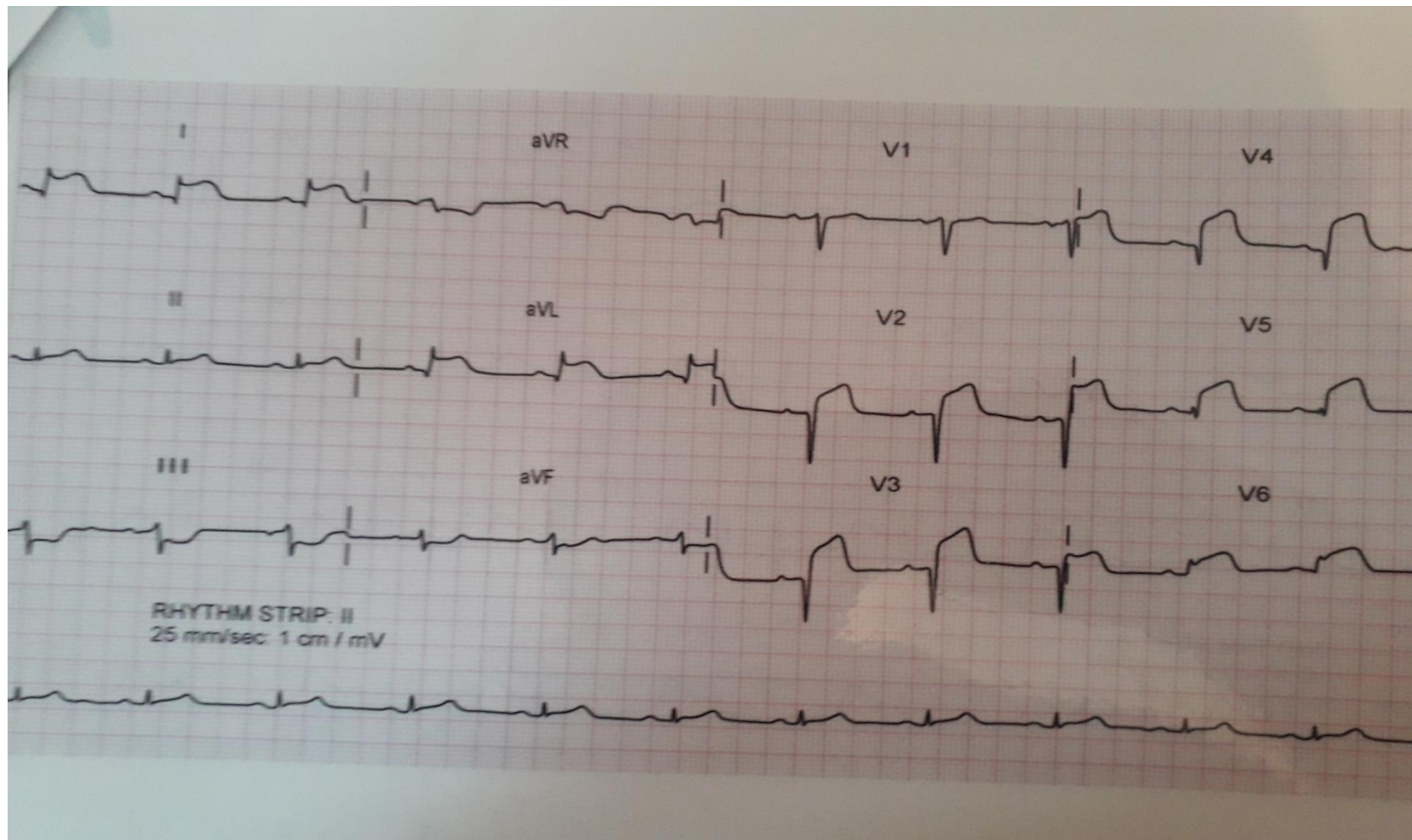
Н.В. Обов'язково вказувати час проведення тесту

# NSTEMI(інверсія зубця T)

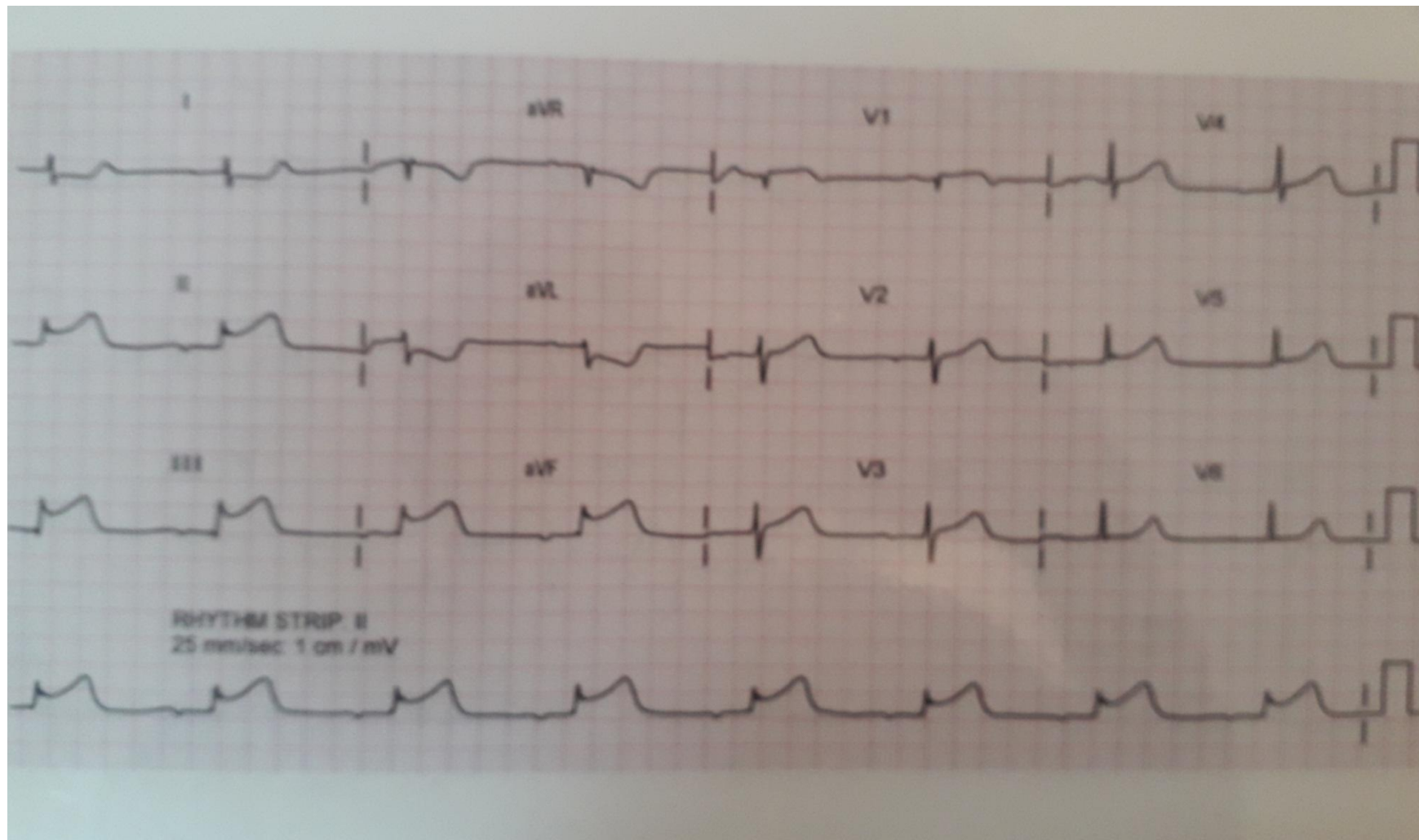


# NSTEMI (депресія сегмента ST)

# STEMI (передньо-боковий)

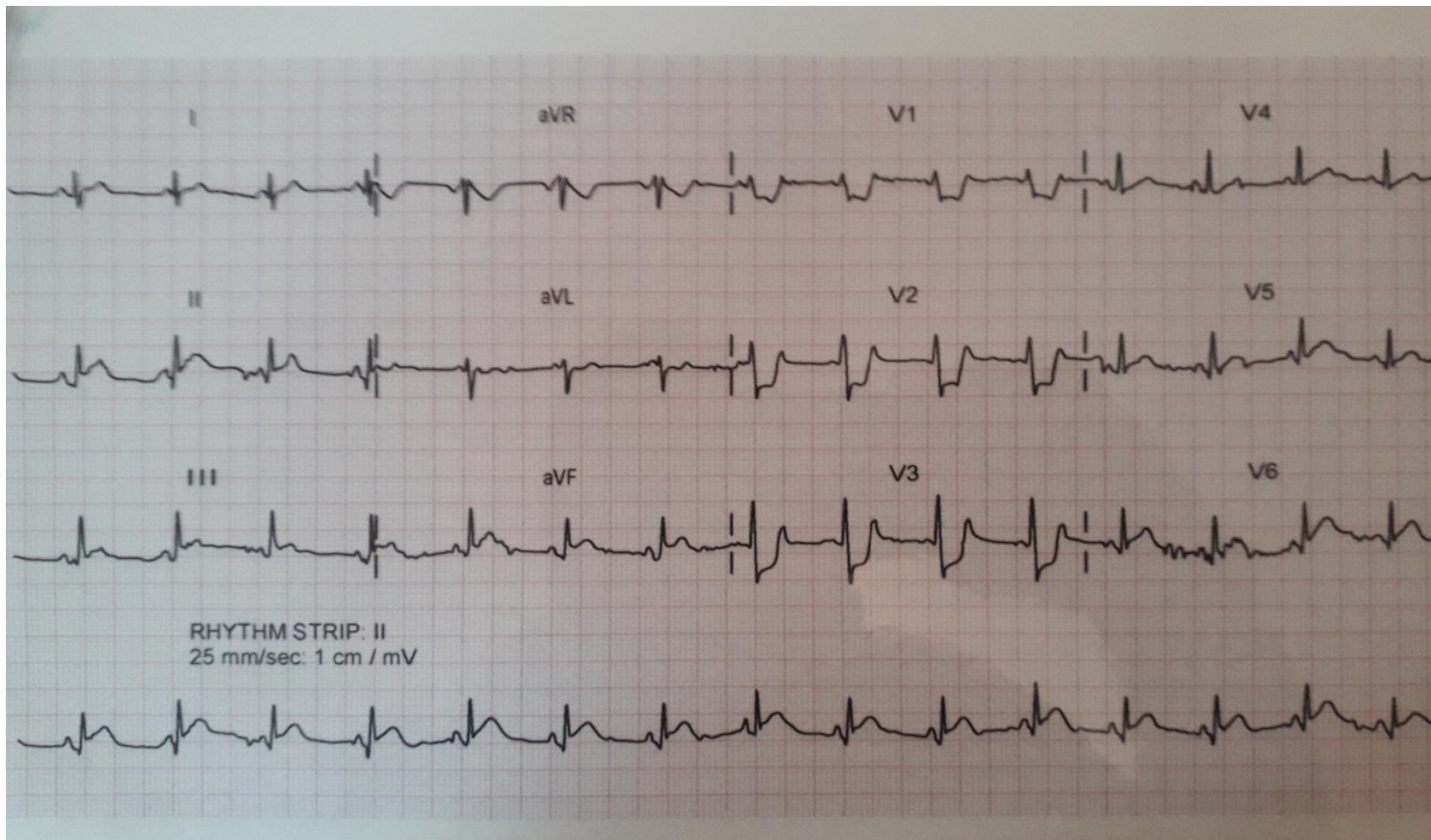


# STEMI (нижній)





# STEMI (задній)



# Інфаркт правого шлуночка

Завжди підозрюємо у пацієнтів з

- Нижнім інфарктом
- Клінікою шоку
- Відсутністю хрипів в легенях
- набряком шийних вен
- Підйомом сегменту ST більше 0,1 мм в V4R
- **Н.В. Уникайте нітратів і вазопресорів! Лікування проводимо введенням інфузійних розчинів.**

# Загальні принципи лікування ГКС

**М** - морфін, в/в ( до седації або пригнічення дихання) якщо нітрати не ефективні, NSTEMI з обережністю через підвищену смертність

**О** - O<sub>2</sub> в максимальній концентрації до визначення SpO<sub>2</sub>, утримуй на показнику 94-98%

N.B. Не показано, якщо немає ознак диспноє, гіпоксії або серцевої недостатності

**N** – нітрогліцерін ( якщо АТ вище 100 мм.рт.ст. або немає підозри на інфаркт правого шлуночку)

0,5 мг під язик інтервалом 3-5 хв.

якщо не приймав блокатори фосфодіестерази до 48 год

**A** – аспірин 300МГ (не в захисній упаковці),

клопідогрель 300 мг( до 75 років), низькомолекулярні гепаріни

# Лікування STEMІ

## РЕПЕРФУЗІЙНА ТЕРАПІЯ

Покази:

1. якщо від початку болю не більше 12 годин
2. Свіжа БЛНПГ

Від контакту з медиком до балону не більше  
120 хв.

ТАК

НІ

Чрезшкірне  
коронарне  
втручання (РСІ)

Тромболізіс



# Протипокази до тромболізису

## **АБСОЛЮТНІ**

- геморагічний інсульт в анамнезі;
- ішемічний інсульт за попередні 6 місяців;
- перенесена операція/значна травма 3 тині тому;
- активна кровотеча( окрім menses) 1 міс;
- новоутворення або травма ЦНС;
- розшаровуюча аневрізма аорти або підозра;
- коагулопатії

# Протипокази до тромболізису

## ВІДНОСНІ

- рефрактерна гіпертензія (АТ більше 180 мм.рт.ст.);
- ТІА за останні 6 місяців;
- використання оральних антикоагулянтів;
- вагітність або 1 тиждень після пологів;
- судинні пункція, яку не можна притиснути;
- загострення виразки шлунку;
- с-г печінки в термінальній стадії;
- інфекційний ендокардит;
- алергія на тромболітики

# Запропонувати 3 методи лікування **STEMI**

- Госпіталізація в КРВХ з метою ургентного стентування
- Догоспітальний тромболізис та госпіталізація в КРВХ з метою ургентного стентування
- Госпіталізація в кардіологічне відділення з можливим проведенням догоспітального тромболісису

Питання ?



## Ключові моменти

1. Гострий коронарний синдром може проявлятися нетиповим болем, нечіткими або лише загальними скаргами.
2. Швидка діагностика інфаркту міокарда з подйомом сегмента ST.
3. Важливе визначення часу появи симптомів.
4. Особливості надання допомоги при ГІМ правого шлуночка.
5. Транспортування пацієнта у відповідний лікувальний заклад.

# Лекція №3

## Бронхіальна астма

# Бронхіальна астма- одна з найбільш важливих медико-соціальних проблем



Захворювання спостерігається у всіх вікових груп населення.

Неефективний контроль призводить до погіршення стану пацієнта, у деяких випадках до летальності.

## Бронхіальна астма –

захворювання на основі алергійного запалення бронхів, яке характеризується періодичними нападами експіраторної задишки внаслідок генералізованої бронхообструкції, зумовленою бронхоспазмом, гуперсекрецією слизу, набряком стінки бронхів.



## Клінічні симптоми

епізодична задишка з  
утрудненням при видиху

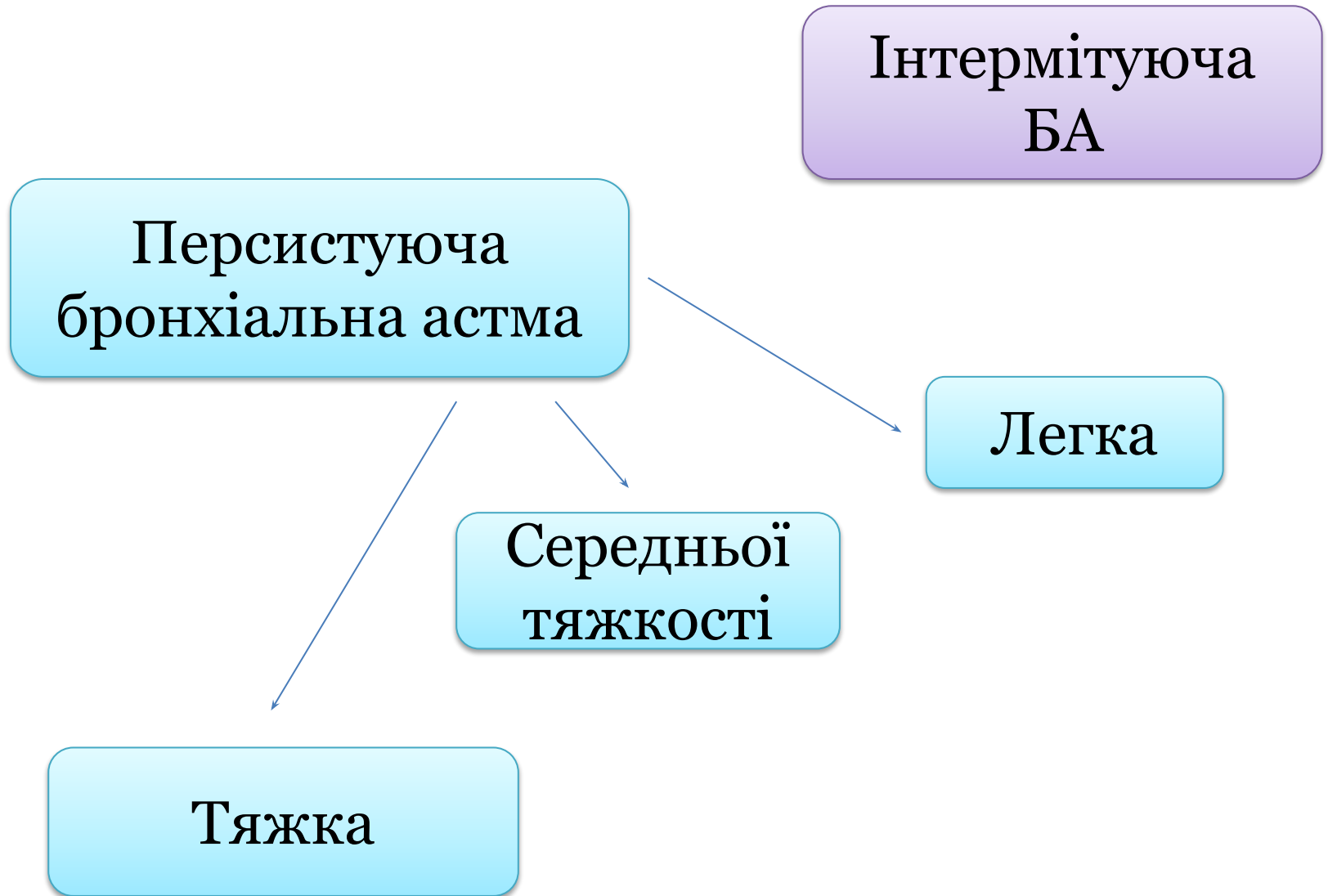
напади ядухи,  
переважно вночі

кашель, більше вночі та при  
фізичному навантаженні

епізодичні свистячі хрипи в легенях

відчуття скутості у грудній клітці

# Класифікація БА за ступенем важкості



## Інтермітуюча БА

- Симптоми (епізоди кашлю, свистячого дихання, задишки) короткотривалі, виникають **рідше 1 разу на тиждень упродовж не менше як 3 місяців.**
- Нічні симптоми виникають до 2 разів на місяць.
- Короткотривалі загострення.

## Легка персистуюча БА

- Симптоми виникають частіше, щонайменше 1 раз на тиждень, але рідше 1 разу на день упродовж більше 3 місяців.
- Нічні симптоми астми виникають частіше 2 разів на місяць.
- Симптоми загострення можуть порушувати активність і сон.
- Наявність хронічних симптомів, які потребують симптоматичного лікування майже щоденно.



## Персистуюча БА

середньої тяжкості

- Симптоми виникають **щоденно**.
- Нічні симптоми астми виникають частіше 1 разу на тиждень.
- Загострення призводять до порушення активності та сну.
- Необхідність у **щоденному прийомі бета-2-агоністів короткої ді**

## Тяжка персистуюча бронхіальна астма

- Незважаючи на лікування, що проводиться, відсутність належного контролю захворювання.
  - Постійна наявність тривалих денних симптомів.
  - Часті нічні симптоми.
  - Часті, важкі загострення.**
  - Обмеження фізичної активності, зумовлене БА

## При огляді під час нападу

- дихання шумне
- експіраторна задишка з  
подовженим свистячим видихом
- дистанційні хрипи
- блідість шкіри, дифузний ціаноз
- напруження шийних м'язів
- набухання шийних вен

# Ступені важкості БА

## ЛЕГКИЙ НАПАД

Незначне утруднення дихання без участі допоміжної мускулатури в диханні. Загальний стан не порушується.

## НАПАД СЕРЕДНЬОЇ ТЯЖКОСТІ

- дихання значно утруднене;  
- жорстке дихання з подовженим видихом;  
- відчуття страху;  
- зміна поведінки;  
- вимушене положення;  
- в процесі дихання бере участь допоміжна мускулатура;  
- розсіяні свистячі хрипи

## ТЯЖКИЙ НАПАД

- поверхнєве дихання з різко утрудненим видихом;  
гучні, свистячі дистанційні хрипи;  
- вимушене положення;  
- виражена експіраторна або змішана задишка за участю допоміжної мускулатури;  
- наростає ціаноз

## Критерії контролю БА:

Відсутність ( $\leq 2$  епізодів на тиждень) денних симптомів.

Відсутність обмеженої повсякденної активності, включно із фізичними навантаженнями.

Відсутність нічних симптомів або пробудження через астму.

Відсутність ( $\leq 2$  епізодів на тиждень) потреби у препаратах «швидкої допомоги».

Нормальні показники функції легенів

**Відсутність загострень**



## Надання екстреної допомоги

1. Кисень для підтримання  $SpO_2$  94-98%.
2. сальбутамол 5 мг + іпратропію бромід 0,5 мг небулайзером з керованим киснем( можливість повторення до 3 раз).
3. Стероїди - метилпреднізолон (2 мг/кг, макс. доза - 125 мг) в/в або в/м; АБО дексаметазон (0,6 мг/кг, макс. доза - 16 мг) в/в, в/м або п/о.
4. Магnezії сульфат (40 мг/кг в/в, макс. доза - 2 г (8мл)) протягом 10-15 хв при вираженому бронхоспазмі та при занепокоєнні щодо наростаючій дихальній недостатності.



**Лікарські засоби, дози та доставкові пристрої,  
зареєстровані в Україні , що застосовуються в лікуванні БА**

Препарат	Інгалятор (мкг)	Розчин для небулайзера (мг/мл)	Ампули для ін'єкцій (мг)	Тривалість дії(години)
<b>β2-агоністи КОРОТКОЇ ДІЇ</b>				
<b>САЛЬБУТАМОЛ</b>	<b>100</b>	<b>2,5 небули по 2мл</b>		<b>4-6</b>
<b>β2-агоністи ПРОЛОНГОВАНОЇ ДІЇ</b>				
<b>САЛЬМЕТЕРОЛ</b>	<b>25</b>			<b>12+</b>
<b>АНТИХОЛІНЕРГЕТИКИ</b>				
<b>ТІОТРОПІУ БРОМІД</b>	<b>18</b>			<b>24+</b>

Препарат	Інгалятор (мкг)	Розчин для небулайзера (мг/мл)	Для перорос	Ампули для ін'єкцій (мг)	Тривалість дії (години)
<b>β2-агоніст з АНТИХОЛІНЕРГЕТИКОМ</b>					
<b>ФЕНОТЕРОЛ/ІПРАТРОПІУМ БРОМІД</b>	<b>50/20</b>	<b>0,5/0,25 в 1 мл</b>			<b>6-8</b>
<b>ІНГАЛЯЦІЙНІ КОРТИКОСТЕРОЇДИ</b>					
<b>ФЛЮТИКАЗОН</b>	<b>50,125,250</b>	<b>2\2 небули по 2 мл</b>			<b>12+</b>
<b>СИСТЕМНІ КОРТИКОСТЕРОЇДИ</b>					
<b>ПРЕДНІЗОЛОН</b>			<b>5мг (таб)</b>	<b>30мг/мл</b>	