

# **ТАКТИКА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З ІНФЕКЦІЙНО-ТОКСИЧНИМ ШОКОМ, ЯКІ ПРИБУЛИ З ЕНДЕМІЧНИХ ТА ЕПІДЕМІЧНИХ КРАЇН ЗА ХВОРОБОЮ ЕБОЛА**

*Бондаренко А.В.*

2014 рік для медичних працівників запам'ятовується найбільшою в історії епідемією хвороби, викликаной вірусом Ебола (ХВВЕ), жертвами якої впродовж року від моменту її оголошення в країнах Західної Африки (станом на 22.02.15) стали 9604 людини з 23729 інфікованих [1]. Захворювання, що спалахнуло в Гвінеї, через сухопутні кордони поширилося на сусідні Сьєрра-Леоне та Ліберію, наземним транспортом потрапило в Сенегал і Малі, повітряним транспортом у Нігерію, Іспанію, Сполучені штати Америки та Великобританію. 2014 р. паралельно з епідемією в Західній Африці у своєму природному ендемічному вогнищі в Демократичній Республіці Конго був зареєстрований обмежений спалах ХВВЕ (66 випадків з летальністю 74,2%). Цей спалах не мав епідемічного й етіологічного зв'язку з епідемією в Гвінеї, Сьєрра-Леоне та Ліберії [2].

Спалахи ХВВЕ серед людей до 2014 р. були зареєстровані в Судані, Кот-д'Івуаре, Габоне, Республіці Конго, Уганді, Демократичній Республіці Конго, Південноафриканській Республіці. Не можна забувати, що в цих країнах, а також у країнах Західної Африки реєструються й інші геморагічні гарячки. туберкульоз, малярія, черевний тиф. Усі вони мають потенціал до високої летальності, а клінічна картина характеризується різноманіттям неспецифічних симптомів, що викликає великі труднощі під час діагностики на початковому етапі.

Складність ситуації полягає й у тому, що в умовах, коли щодня здійснюються масові переміщення людей в найвіддаленіші країни світу, інфекції, ендемічні тільки для певних територій, виходять за межі свого природного ареалу, стаючи міжнародною проблемою. Як показала практика, незважаючи на усі заходи профілактики, ризик завезення ХВВЕ в Україну залишається високим. У зв'язку з цим медичні працівники мають бути готові до зустрічі з указаною проблемою, й опанувати тактику надання допомоги таким хворим.

В основному тактика ведення хворих на ХВВЕ має бути спрямована на раннє розпізнавання захворювання й імовірних ускладнень у поєднанні з наданням відповідної терапії. Під час надання допомоги хворим на ХВВЕ медичні працівники повинні приділяти пильну увагу стандартним заходам обережності й носити спеціальні захисні костюми, включаючи окуляри, респіратори й рукавички. Оцінку стану кожного пацієнта завжди необхідно починати зі швидкого огляду для виявлення невідкладних станів і надання відповідної невідкладної допомоги, включаючи комплексне лікування інфекційно-токсичного шоку й паліативну терапію за показаннями. Боротьбу з інтоксикацією, обезводненням, кровотечею, шоком проводять загальноприйнятими методами [3].

Тактика ведення хворого з інфекційно-токсичним шоком (ІТШ) у перші 2 години включає підтримку вітальних функцій. Кисень, який постачається через назальні катетери або маску, дозується до SpO<sub>2</sub> 90%. Після початкової болісної інфузії 1000 мл Рінгера-Лактата продовжують швидке вливання Рінгера-Лактата або фізіологічного розчину з розрахунку 20 мл/кг/год (до 60 мл/кг протягом перших 2 годин). негайно призначається емпірична протимікробна терапія: 1) антибіотики широкого спектру дії; 2) протималярійні препарати (після виявлення в мазку й товстій краплі крові малярійних плазмодіїв); 3) протівірусні препарати (рибавірин у разі підозри на вірусні геморагічні гарячки). За наявності портативного рентген-апарата проводиться рентгенологічне дослідження органів грудної клітки (для виключення туберкульозу й пневмоній). Якщо виявлено кашель у хворого, необхідне проведення дослідження мокроти на кислотостійкі бактерії та фарбування мокроти за Грамом.

Кожні 30 хвилин вимірюється пульс, артеріальний тиск (АТ), частота дихальних рухів (ЧДР), SpO<sub>2</sub>, центральний венозний тиск (ЦВТ), діурез. Крім того, проводиться аускультация легенів на наявність крепітації та хрипів й оцінка психічного стану. Після стабілізації клінічних показників контроль повторюється щогодинно з урахуванням лабораторних даних. Догляд за пацієнтом потребує регулярного контролю рівня глюкози крові. При гіпоглікемії внутрішньовенно вводять 25–50 мл 40% розчину глюкози.

Якщо зростає дихальна недостатність (зростає ЧДР, знижується SpO<sub>2</sub>) необхідно перевірити подачу кисню й збільшити швидкість потоку, якщо це можливо. За наявності у хворого задишки призначається «Сальбутамол». У разі підвищення ЦВТ і появи хрипів або крепітації в легенях треба запідозрити гіпергідратацію. У цьому випадку швидкість інфузії уповільнюється й призначаються вазопресори.

Тактика ведення хворого з ІТШ наступні 2 години (2–4 година після початку терапії), також включає підтримку вітальних функцій. Кисень титрується до SpO<sub>2</sub> 90%. Якщо систолічний АТ > 90, слід продовжувати вливання розчину з розрахунку 2 мл/кг/год. Якщо систолічний АТ < 90 протягом 2 годин і довше, застосовуються вазопресори й продовжується інфузія дозою 5–10 мл/кг/год.

Тактика ведення хворого з ІТШ у період з 6 по 24 годину від початку терапії: якщо ніяких змін у систолічному АТ не з'явилося, продовжити інфузію. Необхідно переглянути попередній діагноз (можливо, має місце гостра хірургічна патологія), встановити джерело додаткової інфекції. У разі систолічного АТ > 90 продовжувати інфузію з розрахунку 2 мл/кг/год. Якщо призначені вазопресори, необхідно знизити швидкість надходження рідини. Якщо систолічний АТ < 90, збільшити дозу вазопресорів на фоні інфузії Рінгера-Лактата або дозу фізіологічного розчину до 2 мл/кг/год. Продовжується емпірична протимікробна терапія. Харчування хворого проводиться за допомогою призначення 50% декстрози по 25–50 мл кожні 6 годин. Контроль параметрів проводиться кожну годину якщо систолічний АТ < 90 або в разі

прийому вазопресорів; в інших випадках – кожні 2 години. ЦВТ та наявність крепітації в легенях контролюються кожні 6 годин.

Через 24 години від початку терапії проодить повна переоцінка стану хворого. Контроль клінічних параметрів проводиться кожні 8 годин (вимір систолічного АТ – кожену годину після відміни вазопресорів), потім щодня. Добираються доступні методи діагностики й лікування основного захворювання. Треба запідозрити наявність первинної легеневої або серцевої патології. Після досягнення сатурації 90 % припинити дотацію кисню. Швидкість інфузії уповільнюється до 2 мл/кг/год, хворого переводять на оральну регідратацію, якщо він може ковтати й не має блювати. Протимікробну терапію можна проводити з використанням перооральних форм препаратів. Після стабілізації стану хворого здійснюється перехід на ентеральне харчування. Більшість пацієнтів втрачає апетит, тому їжу дають рідкому виді, невеликими порціями, часто. Якщо хворий не може добре ковтати (унаслідок, наприклад, зміни психічного стану, тяжкої задишки або у зв'язку з постійною блювотою), через ризик аспірації їжу ентерально не дають.

Таким чином, проведення лікування хворих з ІТШ не встановленої етіології в умовах відсутності в Україні експрес-методів діагностики ХВВЕ повинно включати в себе поєднання різних інфузійних розчинів, крові або її компонентів, а також схеми емпіричної протимікробної терапії. Реальний вміст інфузійно-трансфузійної терапії визначається клініко-лабораторними показниками хворого на певний момент.

#### **Література**

1. WHO: Ebola Situation Report – 25 February 2015 [Electronic Resource]. – Mode of access: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/153582/1/roadmapsitrep\\_25Feb15\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/153582/1/roadmapsitrep_25Feb15_eng.pdf)
2. WHO: Ebola Situation Report – 19 November 2014 [Electronic Resource]. – Mode of access: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144032/1/roadmapsitrep\\_19Nov14\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144032/1/roadmapsitrep_19Nov14_eng.pdf)
3. WHO: Clinical Management of Patients with Viral Haemorrhagic Fever: A Pocket Guide for the Front-line Health Worker – 13 April 2014 [Electronic Resource]. – Mode of access: [http://www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/130883/2/WHO\\_HSE\\_PED\\_A\\_IP\\_14.05.pdf](http://www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/130883/2/WHO_HSE_PED_A_IP_14.05.pdf)

## **ЗАХОДИ З ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ДО ЛІЦЕНЗІЙНОГО ІСПИТУ «КРОК 3» У ХАРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ**

*В'юн В.В., Тельнова Л.Г., Власенко А.В.*

Якісна медична допомога населенню є показником наявності достатньої кількості висококваліфікованих кадрів. Зміни у вищій медичній освіті, інтеграція її в європейський освітній простір вимагають нових підходів до під-