

рази у межах норми); інсульту стовбура головного мозку. **Покроковий підхід до лікування.** Основною метою лікування є зниження високого рівня летальності та тяжкості серйозних ускладнень за допомогою застосування атропіну і/або пралідоксиму, а також підтримуючої терапії та деконтамінації пацієнта. До лікування цих пацієнтів слід залучувати ранню допомогу експертів та терапію критичних станів. Усі пацієнти із тяжким отруєнням підлягають уважному спостереженню у перші 4–5 днів.

УДК 616-001.186(798)

Марков Ю.І.

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

Холодові ушкодження: рекомендації 2014 року штату Аляска (США)

Проблема холодкових ушкоджень є доволі актуальною. Географічна північ — той регіон, де подібні ушкодження зустрічаються частіше. На прикладі рекомендацій 2014 року штату Аляска (США) розглянуто основні клінічні підходи при гіпотермії на догоспітальному та госпітальному етапах. Усі випадки розглядають залежно від рівнів зниження внутрішньої температури тіла: легка гіпотермія (35–32 °С), помірна (32–28 °С), тяжка (менше за 28 °С). У клініці розрізняють такі градації відчуття холоду. I. *Холодове тремтіння* — приблизна температура понад 35 °С (гіпотермія відсутня), значення температури 35–32 °С (м'яка гіпотермія). Подібні ситуації не потребують застосування спеціальних методів зігрівання. II. *Помірна гіпотермія* — супроводжується порушеннями психіки, коли температура має значення менше за 30 °С (тремтіння припиняється, втрачається свідомість при температурі 32–28 °С). При цьому застосовують методи зовнішнього зігрівання тіла. III. *Тяжка гіпотермія*. Значне зниження вітальних ознак. Значний ризик фібриляції шлуночків з тяжкими наслідками при температурі менше за 28 °С. IV. *Вітальні ознаки* зазвичай втрачаються за температури 24 °С та нижче. Спонтанна фібриляція шлуночків та зупинка серця (асистолія). У двох останніх градаціях (III–IV) здатність до нагрівання тіла без спеціальних зовнішніх методів зігрівання втрачена. Важливе значення мають вимірювання та моніторинг внутрішньої температури, вмале поведіння з гіпотермічним пацієнтом, початкова оцінка та лікування охолоджених пацієнтів (залежно від рівня зниження температури тіла), їх транспортування у спеціальних термоізоляційних мішках, лікувальні заходи (особливо у випадках тяжкої гіпотермії та коли втрачаються вітальні ознаки). Питання здійснення захисту дихальних шляхів та судинного доступу (з подальшою інфузійною терапією), констатації зупинки серця у пацієнтів з гіпотермією у багатьох організаційних та лікувальних аспектах

мають свої особливості. Слід враховувати механізм виникнення та вид холодової травми. Дотримання клінічних настанов з надання невідкладної допомоги пацієнтам дозволяє покращити кінцеві результати лікування пацієнтів з холодовою травмою.

УДК 15.099+615.212+615.9

Маркова С.О.¹, Курділь Н.В.²

¹Міська лікарня швидкої медичної допомоги, м. Миколаїв, Україна

²ДП «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Клінічний випадок успішного лікування токсичного гепатиту, обумовленого гострим отруєнням ненаркотичним анальгетиком парацетамолом

Парацетамол. Код АТС N02BE01. Фармакотерапевтична група: анальгетики та антипіретики. У людини вживання 15 г парацетамолу протягом доби провокує інтоксикацію, а понад 25 г — смерть. Статистика свідчить, що в США і країнах Європи парацетамол є лідером за кількістю отруєнь, у тому числі з летальним результатом. 11.06.2018 бригадою екстреної медичної допомоги у токсикоз-терапевтичне відділення лікарні швидкої медичної допомоги м. Миколаєва була доставлена хвора Я., 22 років, студентка. З анамнезу захворювання відомо, що протягом того ж дня дівчина з суїцидальною метою прийняла велику кількість таблеток парацетамолу. При опитуванні у лікарні було з'ясовано, що хвора Я. напередодні придбала в різних аптеках та випила близько 110 таблеток парацетамолу (в різних дозах — 200, 350 та 500 грамів), разом із хворою були доставлені пусті упаковки від зазначених таблеток. При надходженні у стаціонар хвора була в свідомості, дещо загальмована. Температура тіла, дихання, серцевий ритм та артеріальний тиск були у нормі, шкіра та слизові звичайного кольору, живіт м'який безболісний. Проведено промивання шлунка, очищення кишечника, ентеросорбція, інфузійна терапія розчинами глюкози, кристалоїдів, реосорбілакту, соди 4%. Призначено антидот — ацетилцистеїн (140 мг/кг на добу), гепатопротектори — ліпоева кислота (20 мг/кг на добу), силібінін (20 мг/кг на добу) та симптоматичну терапію. На другу добу зареєстровано різке підвищення рівня АсАТ — 1073 (норма — до 32), АлАТ — 1116 (норма — до 33) та зниження протромбінового індексу (ПТІ) — 38,0. На третю добу показники ферментів крові набули максимальних значень: АсАТ — 19740, АлАТ — 14800, а показник ПТІ знизився до 13,0. Одночасно з'явилися жовтяниця, збільшення печінки, асцит, кров'янисті виділення з піхви, зниження діурезу. Продовжувалася антидотна терапія, ентеросорбція, введення глюкози, кристалоїдів, свіжозамороженої