

**Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги
та медицини катастроф Полтавської обласної ради»
Департамент охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації**

МАТЕРІАЛИ

**V Всеукраїнської науково-практичної
конференції з міжнародною участю
«Екстрена та невідкладна допомога
в Україні: організаційні, правові,
клінічні аспекти»
28 лютого 2025 року**



ПОЛТАВА

2025

5. Михайлищук В. С. Про деякі патофізіологічні аспекти травматичного шоку. *Вісник Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника. Серія «Біологія»*. 2012. № 16. С. 125-128. URL: <http://lib.pu.if.ua:8080/bitstream/123456789/17786/1/%D0%9C%D0%B8%D1%85%D0%B0%D0%B9%D0%BB%D0%B8%D1%89%D1%83%D0%BA%20%D0%92.%20%D0%A1.%20%D0%A1.125-128.pdf>.
6. Порядок надання домедичної допомоги постраждалим при підозрі на шок: Наказ Міністерства охорони здоров'я України №441 від 09.03.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0356-22#n543> (дата звернення: 09.03.2022).

НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ ПРИ СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Анатолій ЛЕВКОВ, Микола СТОНОГА

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

Судинна патологія головного мозку, а саме інсульт, є однією з головних причин захворюваності та смертності у світі. За ступенем поширеності інсульт - найбільш вагома причина тривалої непрацездатності, частково інвалідизації, зниження якості життя пацієнтів та їх рідних, розвитку деменції [1].

Невідкладними станами, які часто супроводжують судинні катастрофи головного мозку, є гострі стани потьмарення, або якісно продуктивного порушення свідомості, серед яких найчастіше зустрічаються делірій та сутінкові стани потьмарення свідомості [2]. В нашому розумінні проблема гострих якісних змін свідомості традиційно знаходиться в компетенції психіатра. Разом з тим, в зарубіжній клінічній практиці деліріозний стан та сплутаність свідомості розцінюється як неврологічна або навіть соматична проблема.

Метою даної роботи є висвітлення етіо-патогенетичних та клінікотерапевтичних аспектів деліріозних станів.

Гострі психічні порушення є мультидисциплінарною пролемою та досить часто зустрічаються в неврологічній, нейрохірургічній практиці, клініці внутрішніх та інфекційних хвороб.

Серед них особливе місце займають деліріозні стани, які, як правило розвиваються при судинних катастрофах головного мозку, в рамках декомпенсації соматичної патології та є важливим маркером погіршення прогнозу захворювання. Кожен випадок делірію у пацієнта обумовлює необхідність ретельного обстеження для з'ясування причин його розвитку і призначення адекватної терапії. Пацієнти з явищами делірію можуть становити небезпеку для себе і оточуючих, потребують постійного медичного супроводу, ретельного спостереження.

Досить часто хірурги вимушені звертатися за допомогою до невропатологів та психіатрів у зв'язку зі зміною стану свідомості пацієнта після оперативного втручання. Проблема периопераційних інсультів вивчається науковцями й клініцистами. Провокуючим фактором деліріозних станів в даному випадку є проведення анестезії під час оперативного втручання, його об'єм, крововтрата, яка несе за собою гемодинамічні порушення.

Раннє виявлення і лікування деліріозних станів повинно бути одним з пріоритетних завдань в роботі з тяжкохворими пацієнтами, зокрема неврологічного та терапевтичного профілю.

Делірій визначається як гострий стан потьмарення свідомості, який супроводжується вираженими когнітивними та поведінковими порушеннями. За даними вітчизняних та закордонних авторів, частота розвитку делірію складає 10-31% на момент госпіталізації пацієнтів до лікувального закладу, у 3-30% він розвивається протягом перебування в стаціонарі. У пацієнтів похилого віку частота розвитку деліріозного стану значно вища і може досягати 50% [3].

Виділяють фактори, які підвищують ризик виникнення деліріозних станів. Дані фактори співзвучні з факторами ризику цереброваскулярної

патології: вік старше 65 років, чоловіча стать, низький рівень рухової активності, нераціональне харчування, порушення водно-електролітного балансу, поліпрагмазія, безсистемне неконтрольоване використання ноотропних препаратів, тяжка хронічна соматична патологія (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, хронічні захворювання печінки та нирок), наявність в анамнезі судинних захворювань головного мозку, попередніх інсультів, черепно-мозкових травм, нейроінфекцій, стан хронічного емоційного стресу, стійкий больовий синдром, вживання алкоголю, тривале порушення сну.

В патогенетичному аспекті, в основі розвитку делірію лежить поєднаний ефект гострого чи хронічного ураження головного мозку й патологічної стресреакції (надлишковий викид кортизолу, асептичне запалення). Важлива роль в патогенезі делірію належить нейрохімічним змінам. Дефіцит холінергічної й надлишкова активація допамінергічної нейротрансмітерних систем призводять до розвитку порушень у когнітивній та поведінковій сферах. Розлади сну і загострення стану саме у нічний час, які спостерігаються при деліріозних станах, вчені пов'язують з порушеннями в мелатонінергічній нейротрансмітерній системі [4]. Клініко-лабораторні дослідження підтверджують важливу роль нейроендокринних і нейроімунних порушень в розвитку делірію. Рівень Среактивного білка, інтерлейкінів, кортизолу в різних біосферах організму корелює з тяжкістю і тривалістю перебігу деліріозного стану. Наявність алеля АРОЕ4 є генетичним фактором ризику делірію. В спинномозковій рідині пацієнтів з делірієм визначається підвищення рівня білка S-100B і нейроспецифічних енолаз - маркерів деструкції нейронів [5].

Діагностика. Делірій не є самостійною проблемою в неврологічній чи соматичній практиці, він є проявом основного захворювання і декомпенсації стану. В психіатричній практиці також делірій розцінюється як попередній діагноз, а після проведення обстеження і з'ясування причинно-наслідкових зв'язків стає ускладненням основного захворювання.

При постановці діагнозу згідно МКХ-10, з урахуванням нової її модифікації МКХ-10-АМ (Австралійська модифікація, 2017 р.) деліріозний стан відноситься до рубрики «F05» Делірій, не спричинений алкоголем та іншими психоактивними речовинами. Діагностичними критеріями є: за етіологією неспецифічний органічний церебральний синдром характеризується одночасним порушенням свідомості та уваги, усвідомлення, мислення, пам'яті, психомоторної поведінки, емоцій, режиму сну та активності. Тривалість може бути різною, а ступінь тяжкості варіює від середнього до дуже тяжкого. В дану діагностичну рубрику включено гострий або підгострий: - мозковий синдром, - стан сплутаності свідомості (неалкогольний), - інфекційний психоз, - органічна реакція, - психоорганічний синдром. З діагностичної рубрики виключено: біла гарячка, спричинена алкоголем або неуточнена «F10.4».

Делірії, які виникають як ускладнення судинних мозкових катастроф включені до рубрики «F05.0» Делірій, не спричинений деменцією.

Делірій, спричинений деменцією кодується «F05.1», але, як було сказано вище, даний стан не є самостійною патологією. Тому деліріозний стан, що відповідає описаним вище критеріям, але розвивається на фоні деменції кодується у межах рубрик «F00-F03».

Також, при первинних діагностичних сумнівах є можливість наступних варіацій кодування: «F05.8» Інший делірій. Делірій змішаного походження та «F05.9» Делірій, неуточнений.

Існують чисельні діагностичні шкали та опитувальники, які використовуються для оцінки делірію: «Delirium Rating Scale - Revised-98», «Confusion Assessment Method», «Delirium Symptom Interview».

Найпростішими у використанні є методики дослідження порушень уваги (завдання на віднімання 7 від 100, запам'ятовування різних серій цифр, називання складних слів по буквам з одночасним стисканням пальців дослідника під час називання певної букви тощо). Але усі діагностичні та скринінгові методики не є специфічними, їх чутливість досить низька для

постановки діагнозу. Порушення уваги можуть супроводжувати чисельні патологічні процеси, в тому числі психічні та органічні. Елементарно, у лікаря-клініциста немає часу на їх використання.

Найціннішим для постановки клінічного діагнозу є ретельний збір анамнестичних даних у рідних пацієнта, свідків зміни його стану, персоналу лікувального відділення, в якому він перебував, динамічне спостереження за станом пацієнта. Ретельне фізикальне та лабораторне обстеження проводиться з метою виявлення станів, які сприяють виникненню делірію та впливають на його перебіг.

Базуючись на отриманих даних клініцисти спираються на діагностичні критерії делірію за DSM-IV та МКХ-10. Діагностичні критерії делірію за DSM-IV:

1. Розлади свідомості (знижена ясність усвідомлення обстановки) із зниженням спроможності зосередження, підтримання або переключення уваги;

2. Розлади когнітивної сфери (пам'яті, порушення мовлення, дезорієнтація) або розвиток розладів сприйняття, які не пояснюються наявністю деменції.

3. Розлади розвиваються упродовж короткого часу (декількох годин або днів), тенденція до хвилеподібного коливання симптоматики протягом доби.

4. Анамнестичні дані про наявність органічних етіологічних факторів.
Діагностичні критерії делірію за МКХ-10:

A. Порушення свідомості та уваги.

B. Глобальний розлад когнітивної функції.

C. Психомоторні розлади.

D. Розлади циклу сон/неспанья.

E. Емоційні розлади.

Диференціальна діагностика деліріозних станів викликає труднощі, так як наявні когнітивні розлади не є специфічними, вони характерні головним

чином для деменції, але можуть бути при інтоксикаціях, інфекційних та неопроцесах, психічній патології.

Деменція характеризується хронічними порушеннями когніції та поведінки, які розвиваються поступово, прогресують досить повільно. Розлади свідомості характерні для пізніх стадій деменції, коли діагностика не викликає сумнівів. Зниження пам'яті наявне при обох станах, але при делірії, головним чином, страждає фіксаційна пам'ять. Порушення мовлення при делірії та деменції відрізняються: хаотичність мови при делірії на противагу прогресуючій афазії при деменції. Сфера мислення страждає при обох станах, але при делірії мислення незв'язне і нелогічне, тоді як при деменції збіднене і сповільнене. Галюцинаторні розлади є частими при деліріозних станах, в той час як при деменції вони характерні тільки для окремих форм, наприклад для деменції з тільцями Леві, яку також супроводжує розвиток паркінсонізму. Треба зауважити, що делірій часто ускладнює перебіг деменції, тобто наявність деменції не виключає розвиток делірію, інсульту. Більш того, делірій може бути прогностичною ознакою розвитку судинної мозкової катастрофи [6].

Деліріозні стани є ургентною патологією, потребують екстреної госпіталізації пацієнта і невідкладної комплексної терапії. Обсяг лікувальних заходів визначається з урахуванням етіології та клінічної картини. Негайної медикаментозної корекції потребують не тільки тяжкі форми делірію, а й порушення психічних функцій будь-якого ступеню вираженості. Така необхідність виникає у зв'язку з потенційною небезпекою пацієнта для оточуючих і самого себе. Лікувальні та профілактичні заходи при деліріозному стані спрямовані, перш за все, на усунення його причинного фактора. Основне завдання - це фармакотерапія основного захворювання, а також купірування збудження, нормалізація сну. Важливою є інфузійно-детоксикаційна терапія, підтримання водно-електролітного балансу, нейропротекція, з огляду на те, що в основі патогенезу лежать метаболічні порушення в головному мозку; усунення психічних розладів

будь-якої інтенсивності; стабілізація роботи серцево-судинної системи, зниження вираженості печінкової та ниркової недостатності.

Дискусійним залишається питання місцезнаходження пацієнтів з деліріозними розладами, які виникли в соматичному стаціонарі. Пацієнти з порушенням свідомості потребують перебування у відділенні реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ), так як тут можлива адекватна седація. Не обов'язковим є переведення до психіатричного стаціонару. Ефективними є вчасно проведені адекватні медикаментозні заходи, спрямовані та купірування делірію.

На етапі купірування делірію пацієнту необхідно забезпечити суворий лікувально-охоронний режим з динамічним спостереженням медичного персоналу, профілактикою травматизації. Для купірування психомоторного деліріозного збудження частіше використовують транквілізатори - анксиолітики, які володіють снодійною, седативною, анксиолітичною, міорелаксуючою та протисудомною дією, в той час як нейролептики (антипсихотичні препарати: рисперидон, кветиапін, галоперидол) необхідно застосовувати з обережністю через ризик виникнення колапсу. При призначенні психотропних препаратів доцільно уникати надмірної седації в денний час, так як можна не звернути увагу на декомпенсацію соматичної патології та ранній розвиток специфічних ускладнень. Комбінація бензодіазепінів та нейролептиків зменшує ймовірність виникнення екстрапірамідних симптомів. Одночасно з психотропними препаратами призначають дезінтоксикаційну терапію, корегують порушення гемодинаміки.

Застосування антипсихотичних препаратів з профілактичною метою натепер вважається недоцільним. Для профілактики делірію рекомендовано своєчасно коригувати соматичний стан пацієнтів. Важливо також мінімізувати інтенсивність зовнішніх подразників, контролювати підтримання адекватного режиму сон-неспанья, орієнтування пацієнта.

Раціональним є застосування препаратів мемантину, ривастигміну, мелатоніну [7].

Таким чином, лікування делірію в неврологічній, соматичній, хірургічній практиці - складне мультидисциплінарне медичне завдання, яке вимагає ґрунтовного підходу до діагностичних, диференціально-діагностичних позицій зі схожими станами. Деліріозний стан є предиктором розвитку та поглиблення когнітивного дефіциту. Тому роль лікаря полягає, перш за все, у ретельному діагностичному пошуку, контролі лікувальних заходів та своєчасній їх корекції, спостереженні за пацієнтом в динаміці з метою терапії можливих пізніх ускладнень.

Своєчасна комплексна адекватна медикаментозна терапія та симптоматична корекція із застосуванням психотропних препаратів повинна проводитися з ретельним контролем соматичного та неврологічного стану пацієнта.

Список літератури

1. Дельва МЮ. Постінсультний делірій: предиктори розвитку, характеристики, наслідки. Світ медицини та біології. 2017;2(60):44-48.
2. Infante MT, Pardini M, Balestrino M, et al. Delirium in the acute phase after stroke: comparison between methods of detection. *Neurol Sci.* 2017;386:1101-1104.
3. Khan BA, Zawahiri M, Campbell NL, et al. Biomarkers for delirium - a review. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59(2):256-261.
4. Гринь ВГ. Лімбічна система. Ретикулярна формація. Ядра стріопалідарної системи. Вісник проблем біології та медицини. 2016;4(1,133):17- 20.
5. Скрипніков АМ, Гринь КВ, Погорілко ОВ. Деменція: Клінічний, патоморфологічний та психофармакологічний аспекти. Особливості догляду за пацієнтами з деменцією: навчально-методичний посібник. Полтава: «Астроя», 2021. 148с. ISBN 978-617-7915-25-5.

6. Foster J, Burry LD, Thabane L, et al. Melatonin and melatonin agonists to prevent and treat delirium in critical illness: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*. 2016;5:199. doi:10.1186/s13643-016-0378-2.

КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО ЧАСУ

Левков А.А., Юрченко В.С., Кулик Е.А.

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

Мета: Ознайомлення з екстреною та невідкладною медичною допомогою, домедичною допомогою в умовах бойових дій. Як надати першу медичну допомогу? Які правила медичної допомоги? Пріоритети надання допомоги у різних типах ситуацій.

Екстрена та невідкладна медична допомога є клінічною практично-орієнтованою нормативною дисципліною, під час вивчення якої відбувається формування у студентів професійних вмінь з організації негайних медичних дій, спрямованих на відновлення гостро порушених функцій життєзабезпечення пацієнтів і постраждалих.

В умовах воєнного стану варто бути готовим до всього, навіть якщо ви цивільна особа. Прості речі рятують життя. А чітке розуміння алгоритму дій допоможе взяти себе в руки в екстреній ситуації та надати першу допомогу постраждалому. Тож ми вирішили підготувати для вас найкращі ресурси, де можна детальніше дізнатись про надання першої домедичної допомоги.

Перш ніж ми продовжимо, варто запам'ятати найважливіше правило будь-якої допомоги - збереження власного життя. Це означає, що якщо ви не є впевненими у власній безпеці, ви не розпочинаєте надання допомоги.

У цій статті ми поговоримо про:

- різницю між домедичною допомогою та тактичною медициною;