

ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ НА ВВЕДЕННЯ ПРОТИДИФТЕРІЙНОЇ СИРОВАТКИ ТА ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА

З 1991 року відмітився початок зростання захворювання на дифтерію на території України, з періодами підвищення (1991-1994), стабілізації (1995) та спаду (1996). Ця епідемічна ситуація надала підставу робочій групі Європейського регіонального бюро ВООЗ вважати Україну проблемною щодо дифтерії державою Європи.

Першим серйозним кроком в боротьбі з дифтерією є введення протидифтерійної сироватки. Це допомогло знизити летальність на 70-80%. Разом з тим введення цього препарату може ускладнюватися розвитком алергічних реакцій (анафілактичний шок та сироваткова хвороба) для боротьби з якими ЛОР-лікар повинен мати знання та засоби протишокової терапії.

Медична допомога хворому в стані гострої анафілаксії повинна проводитися чітко, швидко і у правильній послідовності. Насамперед, необхідно запобігти подальшому введенню сироватки в організм, потрібно забезпечити надходження хворому свіжого повітря та вдихання кисню. Внутрішньовенно, струменево, дуже повільно вводиться 0,2-0,5 мл 0,1% адреналіну в 10-20 мл 40% розчину глюкози або ізотонічного розчину хлориду натрію. Додатково для боротьби із судинним колапсом вводиться 2 мл кордіаміну або 2 мл 10% розчину кофеїну. Якщо після вище перерахованих заходів не нормалізується артеріальний тиск, тоді налагоджується крапельниця – 300 мл 5% розчину глюкози + 1-2 мл 0,2% розчину норадреналіну й будь-які глюкокортикоїдні препарати (гідрокортизон 125-250 мг, преднізолон 90-120 мг).

При набряку легень дози цих препаратів слід збільшити. Кортикостероїдні препарати застосовуються у всіх затяжних випадках анафілактичного шоку. Тривалість лікування і дози препарату залежать від стану хворого.

Для ліквідації явищ бронхоспазму додатково до адреналіну в/в вводиться 10 мл 2,4% розчину еуфіліну на 10 мл ізотонічного розчину хлориду натрію (або 40 % розчину глюкози).

При виникненні стридорозного дихання і відсутності ефекту від комплексної терапії за життєвими показаннями проводиться трахеотомія.

При вираженому набряковому синдромі (набряк легень, мозку) з успіхом застосовується інфузія рідин з високим осмотичним тиском (нативна плазма, реополіглюкін, реосорбілакт).

Хворого в стані анафілактичного шоку із вираженими гемодинамічними показниками необхідно тепло вкривати, обкладати грілками і постійно давати вдихати кисень.

Прогноз у разі анафілактичного шоку залежить від своєчасної, інтенсивної і адекватної терапії, а також від ступеня сенсibiлізації організму.

Необхідно пам'ятати, що значну небезпеку для життя має місце у 2-5% хворих з пізніми алергічними реакціями, які перенесли анафілактичний шок, а також алергічні ускладнення з ураженням життєво важливих органів і систем організму.

Перебіг хвороби вважається сприятливим тільки за 5-7 діб після гострої реакції.

© Р.А. Абизов, В.Р. Абизов, Я.В. Шкоба, С.О. Лакиза, Я.С. Начеса, С.С. Самойленко, 2021

*Р.А. АБИЗОВ, С.С. САМОЙЛЕНКО, Н.В. БОЖКО, С.О. ЛАКИЗА, Л.В. САВЧУК,
Ю.І. ОНИЩЕНКО (КИЇВ, УКРАЇНА)*

НАШ ВНЕСОК У РОЗВИТОК ТКАНИНОЗБЕРІГАЮЧОЇ ВИСОКОЧАСТОТНОЇ ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАЛЬНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ОНКОТОЛАРИНГОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

В ЛОР-клініці НУОЗ України імені П.Л. Шупика з 2005 р. застосовується високочастотне електрозварювання (ВЧЕ). Нами розроблено і удосконалено ВЧЕ-інструменти та режими їх застосування. Вперше створено експериментальну модель системи сполучних тканин і на її основі описано механізм структурних перетворень в

тканинах під впливом ВЧЕ. В експериментах на неопромінених і опромінених щурах було доведено ефективність застосування ВЧЕ у роз'єднанні та з'єднанні тканин, а на свинях – повне та щільне закриття експериментальних ран та герметичність сформованого безшовного глотко-стравохідного співвустя.