

ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ МЕДСЕСТРИ В МАНІПУЛЯЦІЙНОМУ КАБІНЕТІ ПРИ ВИНИКНЕННІ ПОБІЧНИХ ПРОЯВІВ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ПАЦІЄНТІВ

В. О. Корневич, О. О. Прохоренко

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

Вступ. Анафілаксія – це алергічне захворювання із життєво небезпечними респіраторними та серцево-судинними симптомами, що вимагає негайного лікування. Оскільки виникнення анафілаксії є непередбачуваним, визначення її частоти і характеру є важливим для прогнозу, профілактики та лікування.

Мета роботи – оцінити пацієнтів із симптомами, діагнозом і лікуванням, що вказують на анафілаксію, в маніпуляційному кабінеті різних відділень: терапевтичного, хірургічного, ортопедично-травматологічного, відділення реанімації та інтенсивної терапії, описати тяжкість анафілактичної реакції, симптоми і лікування, яке провела медсестра в маніпуляційному кабінеті.

Основна частина. Проспективне дослідження проводили на основі аналізу анкет медсестер маніпуляційного кабінету вищезгаданих відділень.

Поширеність анафілаксії впродовж життя в загальній популяції оцінюють приблизно в 0,05–2,00 % зі змінними показниками захворюваності – від 1,5–7,9 випадку на 100 000 людино-років у Європі до 42 випадків на 100 000 людино-років у США. Найтяжчі випадки анафілаксії зазвичай пов'язані із симптомами з боку серцево-судинної та дихальної систем. Однак діагностика анафілаксії може бути складною у пацієнтів з багатьма симптомами, без певного алергологічного анамнезу і за відсутності проявів з боку шкіри та слизових оболонок. Гострий початок анафілаксії, варіабельність симптомів та їх швидкоплинний і непередбачуваний характер можуть створювати проблеми в діагностиці й наданні вчасної допомоги. Препаратом першої лінії лікування анафілаксії є адреналін, але, як показує дослідження, не всі пацієнти отримують це лікування.

Висновки. Анафілаксія – це серйозна, небезпечна для життя реакція генералізованої або системної гіперчутливості. Більшість симптомів анафілаксії проявляється гостро та прогресує за короткий період часу. Тому важливо, щоб медсестри маніпуляційного кабінету, які першими помічають зміни стану пацієнта, могли встановити діагноз анафілаксії та/або анафілактичного шоку і надати екстрену/невідкладну медичну допомогу згідно з протоколом.

Ключові слова: анафілаксія; анафілактичний шок; адреналін; медсестра; надання допомоги.

THE FEATURES OF THE MEDICAL NURSE'S WORK IN THE MANIPULATION ROOM WHEN SIDE EFFECTS OF MEDICATIONS OCCUR IN PATIENTS

V. O. Kornevych, O. O. Prokhorenko

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University

Introduction. Anaphylaxis is an allergic disease with life-threatening respiratory and cardiovascular symptoms that requires immediate treatment. Since the occurrence of anaphylaxis is unpredictable, determining its frequency and nature is important for prognosis, prevention, and treatment.

The aim of the study – to evaluate patients with symptoms, diagnosis, and treatment indicative of anaphylaxis in the procedural rooms of various departments, such as therapeutic, surgical, orthopedic-traumatological, and the departments of resuscitation and intensive care. The secondary goal was to describe the severity of anaphylactic reactions, symptoms, and treatment administered by the nurse in the procedural room. The prospective study was conducted based on the analysis of questionnaires completed by nurses in the procedural rooms of all the aforementioned departments.

The main part. The prevalence of anaphylaxis throughout life in the general population is estimated at approximately 0.05–2.0 %, with variable incidence rates (hereinafter referred to as IR) ranging from 1.5 to 7.9 cases per 100,000 person-years in Europe to 42 cases per 100,000 person-years in the United States. The most severe cases of anaphylaxis are usually associated with symptoms involving the cardiovascular and respiratory

systems. Nevertheless, diagnosing anaphylaxis can be challenging in patients with multiple symptoms, without a clear allergological history, and in the absence of manifestations on the skin and mucous membranes. The acute onset of anaphylaxis, variability of symptoms, and their rapid and unpredictable nature can pose challenges in diagnosis and timely intervention. Adrenaline is the first-line treatment for anaphylaxis, but research indicates that not all patients receive this treatment.

Conclusions. Anaphylaxis is a serious, life-threatening reaction of generalized or systemic hypersensitivity. Most symptoms of anaphylaxis manifest acutely and progress rapidly over a short period. Therefore, it is crucial for nurses in procedural rooms, who are often the first to encounter anaphylaxis in patients, to be able to diagnose and provide emergency medical assistance according to the protocol.

Key words: anaphylaxis; anaphylactic shock; adrenaline; nurse; provision of assistance.

Вступ. Медсестра є висококваліфікованим і часто взаємозамінним помічником лікаря. Це медичний працівник, що зазвичай першим контактує з пацієнтом, який перебуває у невідкладному стані. Знання і навички медсестри при наданні невідкладної медичної допомоги є не менш важливими, ніж лікаря. На сьогодні медсестра не тільки повинна забезпечувати висококваліфікований догляд, але й зобов'язана знати етіологію, патогенез, симптоматику найпоширеніших захворювань людини, розуміти можливості сучасних методів дослідження, володіти основами клінічної фармакології, принципами лікування згідно з діючими протоколами і стандартами, чітко орієнтуватися та розпізнавати пацієнта, який перебуває у невідкладному стані, самостійно приймати рішення і бути відповідальною за них, щоб до прибуття лікарів стабілізувати критичний стан пацієнта, вплинувши на найважливіші життєво небезпечні ланки.

Всесвітня організація охорони здоров'я у 2002 р. оприлюднила документ «Укріплення сестринських і акушерських служб. Стратегічні напрями на 2002–2008 рр.», в якому наголошено на тому, що «Сестринські служби є одним із стовпів медико-санітарної допомоги. Медсестри також є найважливішим ресурсом і платформою для розширення діяльності в галузі охорони здоров'я і досягнення цілей, які стоять перед національними системами охорони здоров'я» [1]. Медсестра зобов'язана вміти ідентифікувати пацієнта, який перебуває в критичному стані, й надати екстрену/невідкладну медичну допомогу згідно з діючими протоколами. У міру своєї професійної компетентності їй доводиться стикатися з анафілаксією та анафілактичним шоком.

Анафілаксія – це алергічне захворювання із життєво небезпечними респіраторними та серцево-судинними симптомами, що вимагає негайного лікування. Оскільки виникнення анафілаксії є непередбачуваним, визначення її частоти і характеру є важливим для прогнозу, профілактики та лікування [2, 3].

Перші відомості про анафілаксію з'явилися понад 4600 років тому, на сьогодні, за результатами десяти європейських досліджень, її частота становить від 1,5 до 7,9 на 100 000 людино-років [2]. Поширеність анафілактичного шоку, за даними інтернаціональних досліджень, коливається в межах 0,05–2,00 % [4]. На основі результатів трьох європейських популяційних досліджень поширеність анафілаксії оцінюють у 0,3 % (95 % ДІ 0,1–0,5) [5, 6]. На щастя, летальність при анафілаксії є низькою, тобто менше 0,001 % [2]. Згідно з даними інших досліджень, на сьогодні частота анафілактичних реакцій у країнах Європи становить від 1–3 до 10–20 випадків на 10 000 населення на рік [7], смертність – 0,65–2,00 % серед усіх пацієнтів з анафілаксією [2]. Поширеність анафілаксії впродовж життя в загальній популяції оцінюють приблизно в 0,05–2,00 % зі змінними показниками захворюваності – від 1,5 до 7,9 випадку на 100 000 людино-років у Європі [5] до 42 випадків на 100 000 людино-років у США [5]. Слід відмітити, що дані про анафілаксію досить відносні, оскільки вони базуються на опитуванні пацієнтів, медсестер і лікарів. Аналізуючи міжнародні дослідження, можна відзначити, що частота анафілаксії різко зросла в усіх вікових групах населення, тому питання діагностики та лікування є актуальним не тільки для лікарів, а й для всього медичного персоналу, який надає допомогу пацієнту.

Мета роботи – оцінити пацієнтів із симптомами, діагнозом і лікуванням, що вказують на анафілаксію, в маніпуляційному кабінеті різних відділень: терапевтичного, хірургічного, ортопедично-травматологічного, відділення реанімації та інтенсивної терапії, описати тяжкість анафілактичної реакції, симптоми і лікування, яке провела медсестра в маніпуляційному кабінеті.

Основна частина. Побічна дія лікарських засобів відома досить давно, навіть коли ще не було ліків-хіміопрепаратів [5, 6, 8]. В останні 120–140 років,

коли саме вони становили основну масу лікарських засобів, побічна дія стала зіставною з їх основною, лікувальною дією [5].

Різке глобальне підвищення частоти анафілактичного шоку в останні 30 років є наслідком загального зростання захворюваності на алергічні захворювання, від яких страждає до 10 % населення планети. Це зумовлено бурхливим розвитком хімічної промисловості, забрудненням навколишнього середовища, широким застосуванням гербіцидів, інсектицидів, збільшенням використання лікарських препаратів як у лікуванні людей, так і у тваринництві та рослинництві.

Найчастіше побічна дія лікарських засобів проявляється в маніпуляційному кабінеті – центральному місці будь-якого відділення, оскільки в ньому виконують маніпуляції, що є невід'ємною частиною лікувального процесу.

У цьому дослідженні було проаналізовано анкети медсестер маніпуляційного кабінету і карти пацієнтів, в яких розвинулись алергічні реакції на лікарські засоби в період з 2022 до 2023 р. Проте визначити епідеміологічну ситуацію з анафілаксією вкрай важко, враховуючи те, що немає відповідної статистики та документообігу і дані зібрано на основі анкетування медсестер та пацієнтів. Основним завданням було встановити кількість алергічних реакцій протягом року, препарати, що стали лідерами у розвитку анафілаксії, перші симптоми, які виникли у пацієнтів, вікову категорію хворих із проявами анафілаксії та дії медсестри при її діагностуванні.

Пацієнтів було включено у вибірку з будь-якою клінічною підозрою на анафілаксію й оцінено відповідно до клінічних критеріїв діагностики анафілаксії Європейської академії алергології та клінічної імунології [9]. Анафілаксія є високоюмовірною, якщо наявний будь-який з таких критеріїв:

1. Раптове виникнення симптомів з боку шкіри та/або слизових оболонок разом із порушенням дихання та/або тяжкою гіпотензією (сistolічний артеріальний тиск, нижчий 90 мм рт. ст., і порушення перфузії).

2. Раптова поява симптомів з боку двох чи більше систем (шкіри та/або слизових оболонок, дихальної, серцево-судинної систем та/або шлунково-кишкового тракту) після контакту з можливим алергеном.

3. Тяжка гіпотензія після контакту з відомим алергеном для цього пацієнта.

У дослідженні брали участь тільки ті пацієнти, які відповідали клінічним критеріям анафілаксії. Збір да-

них проводили у пацієнтів, які були на момент опитування в стаціонарі (спілкування відбувалося при прямому контакті), й у тих осіб, яких уже виписали (аналізували їх амбулаторні карти). До уваги брали анамнез, об'єктивні дані, включаючи життєво важливі показники, а також лікування, яке проводили, кількість пацієнтів, яким призначили препарат першої лінії згідно з протоколом – адреналін. Тяжкість анафілаксії оцінювали за шкалою тяжкості алергічної реакції SAMPSON (рис.) [10].

Ступінь тяжкості залежить від вираження симптомів ураження системи. Шкала містить у собі п'ять ступенів: від 1-го (легкі симптоми) до 5-го (тяжкі симптоми).

Наступним завданням було оцінити застосування адреналіну. З огляду на нормативно-правові акти, які визначають алгоритм дій медичних працівників при анафілаксії та/або анафілактичному шоці (клінічний протокол «Екстрена медична допомога: догоспітальний етап», затверджений наказом МОЗ України від 05.06.2019 р. № 1269; Уніфікований протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Медикаментозна алергія, включаючи анафілаксію», затверджений наказом МОЗ України від 30.12.2015 р. № 916; Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я», затверджений наказом МОЗ України від 29.03.2002 р. № 117, із змінами, внесеними згідно з наказом МОЗ України від 18.06.2003 р. № 131-0 в редакції від 25.01.2023 р.), медсестри зобов'язані ідентифікувати пацієнта, стан якого погіршився внаслідок введення лікарських засобів, і надати йому екстрену/невідкладну медичну допомогу.

У дослідженні взяли участь 57 пацієнтів (з них 52,63 % жінок і 47,36 % чоловіків) з відповідними критеріями, які відповідали діагнозу анафілаксії. З них 5 осіб мали шкірні прояви вперше. За період дослідження летальних випадків не зареєстровано.

Шкірні прояви та респіраторні симптоми були найчастішими ознаками анафілаксії і становили 100 % у популяції жінок та 85,15 % – чоловіків (табл.).

Гіпотензію оцінювали заistolічним артеріальним тиском, легка становила від 110 до 90 мм рт. ст., тяжка – нижче 90 мм рт. ст.

Клінічні прояви з боку дихальної системи переважали у чоловіків і становили 40,75 %, провідним симптомом був ларингоспазм (72,72 %), у жінок – також ларингоспазм (66,6 %) (див. табл.). З боку

Система	Симптоми	H.L. Muller, 1966	J. Ring, 1999	H.A. Sampson, 2003	A. Muraro, 2007	L. Cox, 2017	Proposed grading system
Шкірна та слизова оболонка	Свербіж шкіри, губ, очей, носа тощо	I	I	II	I	I	I
	Гіперемія	-	I	II	I	I	I
	Генералізована кропив'янка	I	I	II	I	I	I
	Ангіоневротичний набряк гортані	II	I	II	I	I	I
ШКТ	Оральний/піднебінний свербіж/поколювання	-	-	I	I	I	I
	Нудота/гіперсалівація	II	II	II	I	I	I
	Абдомінальний біль	II	II	-	II	II	II
	Блювання	II	III	III	II	II	II
Верхні дихальні шляхи	Діарея	-	III	IV	II	II	II
	Назальні симптоми	-	II	II	I	I	I
	Свербіж у горлі	-	-	III	I	III	I
	Охриплість голосу	III	II	IV	II	-	II
	Відчуття утрудненого дихання без причини	-	-	-	-	-	II
	Ангіоневротичний набряк верхніх дихальних шляхів	III	III	IV	II	-	III
Нижні дихальні шляхи	Стридор	-	-	IV	II	IV	III
	Кашель	-	-	-	-	I	II
	Відчуття стиснення в грудях, задишка	III	II	IV	II	III	II
	Легкий/помірний бронхоспазм	II	III	IV	II	III	II
Неврологічні симптоми	Тяжкий бронхоспазм	III	III	IV	III	IV	III
	Дихальна недостатність	IV	IV	V	III	V	IV
	Раптова зміна рівня активності	I	-	II	I	-	II
ССС	Пресинкопе (запаморочення, слабкість)	II	-	IV	II	-	II
	Сплутаність свідомості, сонливість	III	-	-	III	-	III
	Страх смерті	III	-	IV	II	-	III
	Втрата свідомості	IV	III	V	III	V	IV
ССС	Раптова релевантна гіпотонія	IV	II	V	III	V	III
	Бліда та в'яла дитина	-	-	-	-	-	III
	Короткий епізод колапсу, синкопе	IV	-	-	III	V	III
	Серцева недостатність, зупинка серця	IV	IV	V	III	V	IV

Рис. Шкала тяжкості алергічної реакції SAMPSON та найбільш поширені шкали.

шлунково-кишкового тракту яскравішу реакцію відзначено в жінок (60 % від загальної симптоматики).

Вираженої статистичної різниці з боку шкіри та слизових оболонок і центральної нервової системи між жінками та чоловіками не відмічали. Згідно з результатами аналізу статистичних даних, анафілаксію I ступеня спостерігали у 3 пацієнтів, лише 9 хворих мали анафілаксію II ступеня, тоді як у 45 осіб виражені симптоми відповідали проявам III і IV ступенів, вони першочергово потребуватимуть введення адреналіну як препарату першої лінії.

Симптоми анафілаксії найчастіше виникають через декілька секунд – декілька хвилин після контакту з етіологічним фактором (іноді пізніше, навіть через кілька годин) [11]:

- шкіра та підшкірна клітковина: кропив'янка, ангіоневротичний набряк, гіперемія;
- дихальна система: набряк верхніх дихальних шляхів, захриплість, стридор, кашель, хрипи, задишка, нежить;

– шлунково-кишковий тракт: нудота, блювання, біль у животі, діарея;

– системні прояви: артеріальна гіпотензія та інші симптоми шоку (в 30 % випадків); можуть виникати одночасно з іншими симптомами анафілаксії або (зазвичай) незабаром після них;

– рідше: запаморочення або головний біль, відчуття тривоги.

Чим швидше з'являються симптоми, тим більша ймовірність розвитку тяжкої анафілактичної реакції, що загрожує життю, симптоми, які спочатку не викликають занепокоєння (наприклад, симптоми з боку шкіри та підшкірної клітковини), можуть швидко стати небезпечними для життя, якщо не розпочати відповідного лікування.

Існують також пізні або двофазні реакції, при яких симптоми розвиваються або з'являються знову через 8–12 год. Симптоми анафілаксії можуть тривати декілька днів, незважаючи на адекватне лікування. При проведенні аналізу анкет пацієнтів з пізніми

Таблиця. Симптоми, перелічені за системами органів, відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я

Симптом	Жінки, n=30 (%)	Чоловіки, n=27 (%)
Шкіра та слизові оболонки	30 (100)	19 (85,15)
Генералізований свербіж	11 (36,6)	8 (42,10)
Генералізована гіперемія	2 (6,6)	3 (15,78)
Генералізована кропив'янка	10 (33,3)	8 (42,10)
Локальний ангіоневротичний набряк	12 (40)	9 (47,36)
Генералізований ангіоневротичний набряк	-	-
Дихальні шляхи	9 (30)	11 (40,75)
Ларингоспазм	6 (66,6)	8 (72,72)
Бронхообструктивний синдром	3 (33,3)	1 (9,09)
Шлунково-кишковий тракт	18 (60)	7 (25,9)
Дисфагія	-	-
Нудота	11 (61,11)	7 (100)
Біль у животі	3 (16,6)	5 (71,42)
Блювання	3 (16,6)	1 (14,2)
Діарея	-	1 (14,2)
Серцево-судинна система	23 (76,6)	26 (96,2)
Тахікардія	18 (78,2)	24 (92,3)
Брадикардія	-	-
Легка гіпотензія	3 (13,04)	8 (30,76)
Тяжка гіпотензія	5 (21,7)	10 (38,4)
Мимовільне сечовипускання	-	-
Центральна нервова система	30 (100)	21 (77,7)
Занепокоєння	30 (100)	21 (100)
Запаморочення	15 (50)	6 (28,57)
Збудження (страх смерті)	7 (23,3)	12 (57,14)

симптомами не виявлено, всі прояви розвивалися під час введення препарату або до 10 хв після закінчення маніпуляції.

Особливу увагу слід приділити клінічним критеріям діагностики анафілаксії згідно з WAO (2020), таким, як:

1. Раптова поява симптомів (протягом хвилин чи годин після експозиції до ймовірного тригера) з боку

шкіри та/або слизової оболонки (наприклад, генералізована кропив'янка, свербіж чи гіперемія, набряк губ, язика і язичка), а також ≥ 1 з наведених нижче:

- порушення дихання (наприклад, задишка, бронхоспазм із супутнім свистячим диханням, стридор, зменшення пікової швидкості видиху, гіпоксемія);

- зниження артеріального тиску чи симптоми, що вказують на органну недостатність (наприклад, гіпотензія, синкопе, неконтрольоване сечовипускання/дефекація);

- тяжкі шлунково-кишкові симптоми (спазмоподібний біль у животі, багаторазове блювання), особливо після контакту з нехарчовими алергенами.

2. Раптове, значуще для пацієнта зниження артеріального тиску або бронхообструкція, або стридор після впливу відомого чи високоймовірного алергену (протягом декількох хвилин або годин) навіть без типових уражень шкіри.

Симптоми анафілактичного шоку (незалежно від етіології) проявляються порушенням перфузії. Цей вид шоку належить до дистрибутивних. Дистрибутивний шок виникає внаслідок надмірної вазодилатації і порушення розподілу кровотоку.

Відповідно до вищезазначених нормативно-правових актів, маніпуляційна медсестра при роботі з пацієнтом з анафілактичним шоком та анафілаксією зобов'язана оцінити його стан, а саме:

- визначити прохідність дихальних шляхів та наявність набряку ротової порожнини;

- визначити наявність дихального дистрес-синдрому, провести відповідні лікувальні заходи;

- виявити ознаки шоку, розпочати відповідне лікування;

- визначити наявність ознак анафілаксії.

Медсестра, запідозривши в пацієнта анафілаксію, асоційовану з лікарськими засобами, забирає в нього три зразки крові (перший зразок – після надання допомоги хворому, друга – протягом 30–120 перших хвилин після розвитку реакції, третя – через 24 год після появи симптомів) для визначення базового рівня триптази.

Медсестра чітко вказує час забору зразків крові, взятих для визначення рівня триптази, зокрема в медичних записах пацієнта, при заповненні форми замовлення і власне на трьох пробірках-зразках [11].

Згідно з протоколом надання допомоги при виникненні в пацієнта анафілаксії/анафілактичного шоку, медсестра повинна діяти таким чином:

1. Припинити вплив лікарського засобу, який викликав побічну реакцію.

2. Ввести епінефрин (1 мг/мл):

– для дорослих: 0,5 мл у передньобокову поверхню стегна; 0,01 мл/кг маси тіла до максимальної сумарної дози 0,5 мл [12];

– для дітей віком 6–12 років: 0,3 мл внутрішньом'язово у передньобокову поверхню стегна;

– для дітей віком <6 років: 0,15 мл внутрішньом'язово у передньобокову поверхню стегна.

Якщо ознаки анафілаксії не зникають після внутрішньом'язового введення першої дози епінефрину, можна продовжити введення кожні 5–15 хв з використанням наведених вище доз. Згідно з наказом МОЗ України, якщо медсестра виявила кропивницю або свербіж, то вона вводить дифенгідрамін (1 мг/кг), максимальна доза – 25–50 мг внутрішньом'язово, внутрішньовенно, для підсилення його дії при кропивниці можна одночасно вводити антигістамінні препарати (блокатори H₂-гістамінових рецепторів, шлях введення – внутрішньовенно) [11, 12].

За наявності ознак гіпоперфузії медсестра вводить хворому збалансовані кристалоїди до 1 л болюсно, швидко, при необхідності можна ввести повторний болюс (максимально – 3 рази) з обов'язковою повторною переоцінкою стану пацієнта.

При судинному колапсі медсестра внутрішньовенно за допомогою крапельниці вводить пацієнту епінефрин (0,5 мкг/кг/хв).

Усім пацієнтам з анафілаксією, в яких знижена SpO₂, медсестра подає через маску високу концентрацію кисню залежно від тяжкості стану. Далі, за необхідності, застосовує стандартні методи для відновлення прохідності дихальних шляхів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Оспанова Т. С. Клінічний медсестринський діагноз : навч. посіб. / Т. С. Оспанова, О. С. Більченко, Ж. Д. Семидоцька. – Харків : ХНМУ, 2019. – 156 с.

2. The epidemiology of anaphylaxis in Europe: a systematic review / S. S. Panesar, S. Javad, D. de Silva [et al.] // *Allergy*. – 2013 – Vol. 68, No. 11. – P. 1353–1361. DOI: 10.1111/all.12272.

3. Epidemiology and outcomes of anaphylaxis associated out-of-hospital cardiac arrest / S. Y. Lee, S. C. Lee, S. D. Shin [et al.] // *PLoS One*. – 2018. – Vol. 13, No. 3. – P. 1/13 – 13/13.

4. Taylor C. R. Anaphylaxis and anaphylactoid reactions / C. R. Taylor, W. Carr, S. Gebauer // *Family Medicine*. Springer. – 2015. – No. 19 – P. 1–9. DOI: 10.1007/978-1-4939-0779-3_39-1.

Можна використовувати системні глюкокортикостероїди, оскільки вони знижують ризик виникнення респіраторних симптомів пізньої фази та генералізації процесу (внутрішньовенна інфузія – гідрокортисон: максимум для дорослих – 200 мг, для дітей – 100 мг або метилпреднізолон: максимум для дорослих – 50–100 мг; для дітей – 1 мг/кг, максимум – 50 мг) [11, 12].

Пацієнти, які перенесли анафілаксію або анафілактичний шок, підлягають госпіталізації у відділення інтенсивної терапії. Для попередження розвитку пізніх ускладнень важливими є своєчасна діагностика і можливість надання професійної невідкладної допомоги на ранньому госпітальному чи госпітальному етапі, вони дозволяють уникнути серйозних ускладнень, розвитку незворотних змін в організмі та покращити результати подальшого лікування.

За результатами аналізу отриманих даних, лише 25 % пацієнтів з тяжкою анафілаксією отримали ін'єкцію адреналіну, 65 % – глюкокортикостероїди, 10 % – антигістамінні препарати.

Висновки. Робота медсестри маніпуляційного кабінету при веденні пацієнтів з анафілаксією та анафілактичним шоком є вкрай важливим і складним аспектом медичної допомоги. Вона вимагає відповідного рівня підготовки, знань та навичок у веденні невідкладних станів. Медсестра повинна добре знати симптоми анафілаксії та анафілактичного шоку, щоб вчасно надати допомогу. Анафілаксія – тяжка реакція, розвивається швидко і може закінчитися летально. Тому доцільно протокол дій при цій патології розмістити у лікувальних закладах на стендах з метою проведення швидкої діагностики та невідкладного вчасного лікування.

5. Клінічні аспекти та методи діагностики медикаментозної алергії / В. Д. Бабаджан, П. Г. Кравчун, Н. В. Шумова [та ін.] // *Клініч. імунологія. Алергологія. Інфектологія*. – 2013. – № 2 (спецвипуск). – С. 35–40.

6. Пухлик Б. М. Алергологія : посіб. для студ. мед. вузів, лікарів-інтернів / Б. М. Пухлик. – Вінниця : Нова Книга, 2004. – 240 с.

7. Simons F. E. Anaphylaxis / F. E. Simons // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 2010. – Vol. 125. – P. 161–181.

8. Алергологія : підручник / [Ю. В. Вороненко, Л. В. Кузнецова, Б. М. Пухлик та ін.] ; за ред. Ю. В. Вороненка, Л. В. Кузнецової. – К., 2008. – 366 с.

9. Anaphylaxis: guidelines from the European academy of allergy and clinical Immunology / A. Muraro, G. Roberts, M. Worm [et al.] // *Allergy*. – 2014. – Vol. 69, No. 11. – P. 1027–1045.

10. Anaphylaxis in an emergency setting – elicitors, therapy and incidence of severe allergic reactions / K. Beyer, O. Eckermann, S. Hompes [et al.] // *Allergy*. – 2012. – Vol. 67, No. 11. – P. 1451–1456. DOI: 10.1111/all.12012.

REFERENCES

1. Ospanova, T.S., Bilchenko, O. S., & Semydotska, Zh.D. (2019). *Klinichnyy medsestrynskyi diahnoz: navch. posib. [Clinical nursing diagnosis: teaching. Manual]*. Kharkiv: KHNMU [in Ukrainian].

2. Panesar, S.S., Javad, S., de Silva, D., Nwaru, B.I., Hickstein, L., & Muraro, A. (2013). The epidemiology of anaphylaxis in Europe: a systematic review. *Allergy*, 68(11), 1353-1361.

3. Lee, S.Y., Lee, S.C., Shin, S.D., Song, K.J., Ro, Y.S., & Park, J.H. (2018). Epidemiology and outcomes of anaphylaxis-associated out-of-hospital cardiac arrest. *PLoS One*, 13(3). DOI: 10.1371/journal.pone.0194921.

4. Taylor, C.R., Carr, W., & Gebauer, S. (2015). Anaphylaxis and anaphylactoid reactions. *Family Medicine*, 1-9. DOI: 10.1007/978-1-4939-0779-3_39-1.

5. Babazhan, V.D., Kravchun, P.G., Shumova, N.V. (2013). Klinichni aspekty ta metody diahnozyky medykamentoznoyi alerhiy. [Clinical aspects and methods of diagnosis of drug allergy]. *Klinichna imunolohiya. Alerholohiya. Infektolohiya. Clinical immunology. Allergology. Infectology* 2, 35-40 [in Ukrainian].

6. Pukhlyk, B.M. (2004). *Alerholohiya : posib. dlya stud. med. vuziv, likariv-interniv – Allergology: manual. for students med. universities, doctors – interns*. Vinnytsia: Nova knyha [in Ukrainian].

11. Медикаментозна алергія, включаючи анафілаксію : уніфікований протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги // Наказ МОЗ України від 30.12.2015 р. № 916.

12. Екстрена медична допомога: догоспітальний етап : новий клінічний протокол // Наказ МОЗ України від 05.06.2019 р. № 1269.

7. Simons, F.E. (2010). Anaphylaxis, *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 125(2), 161-181. DOI: 10.1016/j.jaci.2009.12.981.

8. Voronenko, Yu.V., Kuznetsova, L.V., & Pukhlyk, B.M. (2008). *Alerholohiya [Allergology]*. Kyiv [in Ukrainian].

9. Muraro, A. (2014). Anaphylaxis: Guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy*, 69(8), 1026-1045. DOI: 10.1111/all.12437.

10. Beyer, K. (2012). Anaphylaxis in an emergency setting – elicitors, therapy and incidence of severe allergic reactions. *Allergy*, 67(11), 1451-1456. DOI: 10.1111/all.12012.

11. Order of the Ministry of Health of December 30 (2015). Unifikovanyy protokol ekstrenoyi, pervynnoyi, vtorynnoyi (spetsializovanoyi) ta tretynnoyi (vysokospetsializovanoyi) medychnoyi dopomohy. Medykamentozna alerhiya, vklyuchayuchy anafilaksiyu [Unified protocol of emergency, primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical care Drug allergy, including anaphylaxis]. No. 916 [in Ukrainian].

12. Order of the Ministry of Health (2019). Novyy klinichnyy protokol. Ekstrena medychna dopomoha: dohospitalnyy etap [New clinical protocol. Emergency medical care: pre-hospital stage.] No. 1269 [in Ukrainian].

Отримано 09.11.2023