

Алгоритм медичної допомоги за автономної дисрефлексії: керівництво для медсестер

Крок 1

- Посадіть пацієнта або підніміть узголів'я ліжка. Це допоможе перерозподілити кров до нижніх кінцівок і черевної порожнини;
- опустіть ноги пацієнта, якщо він не перебуває у стані шоку;
- зніміть або послабте компресійні панчохи, бандажі, ремені, щільний одяг;
- контролюйте артеріальний тиск (АТ) та пульс щохвилини — дві до стабілізації стану

Крок 2

- Перевірте чи приймав пацієнт антигіпертензивні препарати або засоби, що підвищують тиск;
- розпочніть швидке обстеження



Сечовидільна система



Якщо є постійний сечовий катетер (катетер Фолея або цистостома):

- перевірте всю систему на перегини, закупорку, неправильне положення;
- переконайтеся, що мішок для сечі не переповнений



Виявили
проблему —
негайно
усуньте



Катетер функціонує
нормально, але АТ
залишається підвищеним —
обережно промийте
сечовий міхур 10—15 мл
фізіологічного розчину



Якщо катетера немає:

- виконайте катетеризацію зі знеболенням: перш ніж поставити катетер, введіть лідокаїновий гель і зачекайте 3—5 хв

За призначенням лікаря:

- якщо систолічний АТ ≥ 150 мм рт. ст., перед катетеризацією розгляньте можливість застосування антигіпертензивних препаратів короткої дії

Якщо катетер забився — замініть його.

- Якщо у чоловіків є **труднощі з катетеризацією** — використовуйте катетер Куде (Coudé) або викличте уролога

Якщо після усунення проблеми із сечовидільною системою симптоми не зникають, перевірте наявність калової закупорки. За систолічного АТ ≥ 150 мм рт. ст. перед пальцевим дослідженням прямої кишки розгляньте фармакологічну корекцію АТ

Кишківник

Перевірте пряму кишку в такому порядку:

- застосуйте місцевий анестетик (лідокаїновий гель 2%);
- зачекайте 3—5 хв, доки зменшиться чутливість;
- виконайте обережне пальцеве дослідження та визначте наявність калових мас



Якщо кал не можна видалити або симптоми погіршуються:

- зупиніть мануальну евакуацію із застосуванням місцевого анестетику й розгляньте додаткову медикаментозну терапію;
- після стабілізації АТ < 150 мм рт. ст. відновіть режим агресивного випорожнення кишківника

Крок 3

Продовжуйте **спостереження** за станом пацієнта:

- здійснюйте моніторинг АТ що дві — п'ять хвилин до стабілізації стану.

Якщо причину автономної дизрефлексії не виявили або АТ залишається високим, перевірте менш поширені причини (J.2.28)

Крок 4

Якщо причину не з'ясували або АТ не вдається знизити, скеруйте пацієнта у відділення невідкладної допомоги для:

- моніторингу гемодинаміки;
- внутрішньовенної медикаментозної корекції (гідралазин, нітрогліцерин, нітропрусид)

Застереження

1. НЕ застосовуйте β-блокатори, оскільки вони можуть посилити α-адренергічну активність.
2. Обережно з нітрогліцерином! Пацієнти, які приймають інгібітори фосфодіестерази
3. (препарати для лікування еректильної дисфункції), можуть мати різку гіпотензію.
4. НЕ призначайте на тривалий час антигіпертензивних препаратів, оскільки після усунення тригера АТ швидко нормалізується