



РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор:

профессор *А.Л. Вёрткин* (Москва)

Ответственный редактор:

Ю.С. Полупанова (Москва)

Координаторы по регионам:

В.И. Белокриницкий (Екатеринбург)

О.В. Брезницкий (Ноябрьск, Ямало-Ненецкий АО)

О.В. Еремян (Калининград)

Е.В. Ершова (Челябинск)

А.В. Литус (Волгоград)

Н.Ю. Майкова (Комсомольск-на-Амуре)

Ю.Н. Маркевич (Вологда)

А.А. Мельман (Кувандык)

В.А. Молоков (Самара)

А.П. Нечунаев (Улан-Удэ)

И.Г. Труханова (Самара)

Ю.А. Шихова (Старый Оскол)

А.Н. Яблоков (Северск)

Научный редактор номера:

к.м.н. *М.М. Шамуилова* (Москва)

Редактор раздела

образовательных программ:

к.м.н. *И.С. Родюкова* (Москва)

Верстка *О.А. Пятакова*

Контакты с редколлегией:

127473, Москва, Делегатская, 20/1
ГОУ ВПО МГМСУ,

кафедра клинической фармакологии,
фармакотерапии и СМП

e-mail: kafedrakf@mail.ru

сайт: www.intensive.ru

факс: (495)-611-22-97,

тел.: (495)-611-05-60,

8-903-123-00-66



Гильдия издателей периодической печати

**Рецензируемый журнал
«ВРАЧ СКОРОЙ ПОМОЩИ»**

№ 2/2009

Журнал зарегистрирован
Федеральной службой
по надзору
за соблюдением законодательства
в сфере массовых коммуникаций
и охране культурного наследия.
Свидетельство о регистрации
ПИ № ФС 77-19470
от 26 июня 2005 г.

Журнал
распространяется через каталоги
ОАО «Агентство «Роспечать» — индекс 46543
и «Почта России» — индекс 24216
(ООО «Межрегиональное
агентство подписки»),
а также путем прямой
редакционной подписки

© ИД «ПАНОРАМА»
издательство «МЕДИЗДАТ»
Почтовый адрес редакции:
107031, Москва, а/я 49,
ИД «Панорама»
125040, Москва,
ул. Верхняя, д. 34, офис 502
тел.: (499) 257-01-35

Адрес электронной почты редакции:
medizdat@bk.ru
<http://vsp.medizdat-press.ru>

Решением Высшей аттестационной комиссии Министерства образования и науки Российской Федерации научно-практический журнал «ВРАЧ СКОРОЙ ПОМОЩИ» включен в перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертации на соискание ученой степени кандидата наук.

**ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ РУКОПИСЕЙ
ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ В ЖУРНАЛЕ
«Врач скорой помощи»**

Статьи научно-практического характера, посвященные обсуждению проблем неотложной диагностики и терапии на догоспитальном этапе, интересным случаям из практики, направлять в редколлегию в машинописной форме (до 8 машинописных страниц), а также в электронном виде.

В статьях должны быть указаны все авторы (Ф.И.О. полностью), ведущее учреждение, контактный адрес, телефон, электронная почта. Фото авторов обязательно.

НОВОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ

*А.Л. Вёрткин, В.Л. Бараташвили, А.В. Тополянский,
О.В. Любшина, М.И. Лукашов, А.С. Скотников*
Небулайзерная терапия будесонидом на догоспитальном этапе3

*Н. Пентковский, А. Тополянский, Э. Микаберидзе,
Е. Адонина, М. Харина, А. Ивченко*
Применение эналаприлата для лечения пациентов с гипертоническим кризом
в дебюте острого нарушения мозгового кровообращения9

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

О.В. Савельев, В.В. Игонин, А.А. Некрасов, А.А. Котельников
Эффективность применения стандарта медицинской помощи больным
с бронхиальной астмой в городском округе Тольятти
в период с 1997 по 2007 год (по данным бригад скорой медицинской помощи)19

А.С. Балалыкин, С.М. Козин, С.А. Добродеев, А.Ю. Вахонин
Опыт применения чрескожной эндоскопической гастростомии
для длительного проведения энтерального питания24

Э.Г. Муталова, Н.Н. Сысоева, А.Э. Нигматуллина
Применение фосфолипидного гепатопротекторного препарата фосфоглив
у больных ревматоидным артритом при проведении базисной терапии30

А.Я. Заузолкова, М.Г. Ферапонтов, Н.В. Ферапонтова
Купирование нарушений сердечного ритма
в условиях скорой помощи34

Т.Б. Михайлова
Острое нарушение мозгового кровообращения36

ДИССЕРТАЦИИ

В.Л. Бараташвили
Новые технологии и стандарты неотложной терапии при обострении
бронхиальной астмы у больных на догоспитальном этапе42

НА ЗАМЕТКУ

Искусственное дыхание. Непрямой массаж сердца.
Виды кровотечений. Техника наложения жгута68

НЕБУЛАЙЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ БУДЕСОНИДОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

**А.Л. Вёрткин, д.м.н., профессор,
В.Л. Бараташвили, д.м.н., А.В. Тополянский, к.м.н.,
О.В. Любшина, к.м.н., М.И. Лукашов, к.м.н., А.С. Скотников**

**Кафедра клинической фармакологии, фармакотерапии
и СМП Московского государственного медико-стоматологического
университета (МГМСУ),
Национальное научно-практическое общество
скорой медицинской помощи (ННПОСМП, www.cito03.ru)**

Доля больных бронхиальной астмой (БА) составляет, по данным Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи, около 3% от всех вызовов бригад скорой помощи и примерно в 80% случаев поводом для обращения за медицинской помощью служат жалобы на одышку или удушье.

Для успешного оказания помощи этим больным на догоспитальном этапе необходимо понимание сути патологического процесса при БА. Общеизвестно, что в ее основе лежит хроническое аллергическое воспаление и гиперреактивность бронхов, клинически проявляющееся бронхиальной обструкцией, изменяющейся с течением времени. У предрасположенных лиц это воспаление приводит к повторным эпизодам одышки, тяжести в грудной клетке и кашлю, особенно ночью и/или ранним утром. Эти симптомы сопровождаются распространенной, но вариабельной обструкцией бронхиального дерева, которая может быть частично обратима спонтанно или исчезает под влиянием лечения.

Рекомендуемая последовательность действий врача на догоспитальном этапе:

- постановка диагноза (см. диагностические критерии БА);
- определение степени тяжести обострения БА (см. критерии тяжести обострения БА);
- выбор препарата, его дозы и формы введения (см. выбор препарата, его дозы и формы введения);
- оценка эффекта лечения (см. критерии эффективности лечения);
- определение дальнейшей тактики ведения больного (см. показания для госпитализации).

Диагноз БА на догоспитальном этапе устанавливается на основании жалоб, анамнеза заболевания и клинического обследования (табл. 1).

Таблица 1

Диагностические критерии БА

Жалобы и анамнез заболевания	Наличие приступов удушья или одышки, появление свистящих хрипов, кашля и их исчезновение спонтанно или после применения бронходилататоров и противовоспалительных препаратов; связь этих симптомов с факторами риска БА (см. факторы риска БА); наличие в анамнезе у больного или его родственников установленной БА или других аллергических заболеваний.
Результаты клинического обследования	Вынужденное положение, участие вспомогательной дыхательной мускулатуры в акте дыхания, сухие хрипы, которые слышны на расстоянии и/или при аускультации над легкими.

При наличии (в том числе и у больного) пикфлоуметра или спирометра регистрируется значительная бронхообструкция — объем форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1) или пиковая скорость выдоха (ПСВ) менее 80% от должных или нормальных значений.

Обострение БА может протекать в виде острого приступа или затяжного состояния бронхиальной обструкции (табл. 2).

Таблица 2

Варианты обострения БА

Приступ БА	остро развившееся и/или прогрессивно ухудшающееся экспираторное удушье, затрудненное и/или свистящее дыхание, спастический кашель, или сочетание этих симптомов, при резком снижении показателя пиковой скорости выдоха.
Затяжное состояние бронхиальной обструкции	длительное (дни, недели, месяцы) затруднение дыхания, с клинически выраженным синдромом бронхиальной обструкции, на фоне которого могут повторяться острые приступы БА различной тяжести.

Оценку обострения БА проводят по клиническим признакам и (при наличии пикфлоуметра) функциональным дыхательным пробам. Обострение по степени тяжести может быть легким, среднетяжелым, тяжелым и в виде астматического статуса (табл. 3).

Таблица 3

Критерии тяжести обострения БА

Симптомы	Степень тяжести			Астматический статус
	легкая	средняя	тяжелая	
Физическая активность	Сохранена	Ограничена	Резко снижена	Отсутствует или резко снижена
Сознание	Не изменено, иногда возбуждение	Возбуждение	Возбуждение, испуг, «дыхательная паника»	Спутанность сознания, коматозное состояние
Речь	Предложения	Отдельные фразы	Отдельные слова	Больной не разговаривает
ЧДД	Тахипноэ до 22 в мин (экспираторная одышка)	Тахипноэ до 25 в мин (выраженная экспираторная одышка)	Тахипноэ более 25 в мин (резко выраженная экспираторная одышка)	Тахипноэ более 30 в мин (резко выраженная экспираторная одышка) или брадипноэ менее 12 в мин
Участие в дыхании вспомогательной мускулатуры	Обычно отсутствует	Обычно выражено	Резко выражено	Парадоксальные торакоабдоминальные движения (инспираторное втяжение передней брюшной стенки)
Втяжение яремной ямки	Обычно нет	Обычно да	Обычно да	Обычно да
Дыхание при аускультации	Свистящее, обычно в конце выдоха	Свистящее на вдохе и на выдохе	Громкое свистящее на вдохе и на выдохе	Отсутствие дыхания, «немое легкое»
ЧСС в минуту	<100	100–120	>120	<55
ПСВ, % от нормального или лучшего значения	>80	50–80	<50	<33

Примечание. * Наличие нескольких параметров (не обязательно всех) характеризует обострение.

** ПСВ используется у взрослых и детей старше 5 лет.

В соответствии с Глобальной стратегией по профилактике и лечению бронхиальной астмы (2006), лечение обострения БА предполагает применение селективных β₂-агонистов короткого действия (сальбутамол, фенотерол), холинолитиков (ипратропия бромид), их сочетаний, обязательных при среднетяжелом и тяжелом приступах бронхиальной астмы, а также глюкокортикостероидов (метилпреднизолон, преднизолон, будесонид, беклометазон) и метилксан-

тинов (теофиллин, эуфиллин). Поскольку астма — хроническое воспалительное заболевание, ключевую роль в ее лечении играют противовоспалительные средства — глюкокортикоиды. Даже при коротких, но частых курсах терапии системными глюкокортикоидами возможно развитие тяжелых нежелательных реакций, таких как подавление функции надпочечников, снижение минеральной плотности костей и переломы позвонков, острые язвы желудка, психозы, миопатии, легочные инфекции и др. (Авдеев С.Н.). Кроме того, эффект системных стероидов наступает не ранее чем через 6–24 ч от начала терапии (Rodrigo G., Rodrigo C., 1999).

Альтернативой системным глюкокортикоидам служат ингаляционные препараты, отличающиеся большей липофильностью, большим сродством и селективностью в отношении кортикостероидных рецепторов и более интенсивным метаболизмом при первом прохождении через печень. Помимо не меньшей, чем у системных глюкокортикоидов, эффективности и существенно большей безопасности, ингаляционные глюкокортикоиды характеризуются существенно более быстрым действием (в течение 1–3 ч, Rodrigo G., 2006, Belda J. et al., 2007), что особенно важно при оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе. О более быстром противовоспалительном действии ингаляционного будесонида по сравнению с системными глюкокортикоидами свидетельствует снижение содержания числа эозинофилов в индуцированной мокроте и снижение бронхиальной гиперреактивности уже через 6 ч после его применения (Gibson P.G. et al., 2000). Кроме того, в отличие от системных глюкокортикоидов, ингаляционные препараты этой группы могут оказывать более быстрый клинический эффект за счет «прямого» действия на слизистую бронхов, включающего сосудосуживающий эффект и снижение бронхиального кровотока, уменьшение экссудации плазмы и продукции мокроты в дыхательных путях (McFadden E.R., 1998).

Клинические эффекты ингаляционных кортикостероидов:

- снижение активности симптомов бронхиальной астмы;
- улучшение пиковой скорости выдоха и показателей спирометрии;
- уменьшение бронхиальной гиперреактивности;
- предотвращение обострений и снижение выраженности/активности процессов морфологической перестройки слизистой бронхов (ремоделирование).

Для небулайзерной терапии широко применяют будесонид, высокую эффективность и безопасность которого связывают с его **отличительными особенностями:**

- несколько меньшая по сравнению с другими препаратами этой группы липофильность, позволяющая будесониду быстрее и эффективнее проникать через слой слизи, покрывающий слизистую оболочку;
- длительная задержка препарата в ткани трахеи и главных бронхов благодаря конъюгации с жирными кислотами, обеспечивающая его продолжительное действие;
- высокая активность в отношении кортикостероидного рецептора, превышающая показатели «старых» препаратов беклометазона, флунизолида и триамцинолона.

Высокая эффективность будесонида (по меньшей мере, не уступающая эффективности преднизолона или метилпреднизолона при пероральном приеме в принятых дозах) у взрослых больных с обострением бронхиальной астмы доказана в целом ряде рандомизированных клинических исследований (Авдеев С.Н. и соавт., 2006; Ediger D. et al., 2006; Higgenbottam T.W. et al., 2000; Mitchell C.A. et al., 1995). Эффект терапии в этих исследованиях оценивали через 24 ч — 7 сут терапии. Основанием для применения небулизированного будесонида на догоспитальном этапе могут служить результаты исследования, проведенного А.Н. Цой и соавт. (2002). У 40 больных с обострением бронхиальной астмы была оценена эффективность однократного применения 1,0 мг небулизированного будесонида, 3,25 мг флунизолида, ингалируемого с помощью дозированного аэрозоля и спейсера и 40 мг преднизолона внутрь. Через 6 ч достоверно больший прирост показателя ОФВ₁ (189%) отмечен в группе будесонида, прирост этого показателя в группах флунизолида и преднизолона составил, соответственно, 150 и 151% ($p < 0,05$ по сравнению с будесонидом).

Высокая безопасность небулизированного будесонида в дозах 1, 2 и 4 мг/сут по сравнению с пероральным приемом преднизолона в дозах 5, 10 и 20 мг (длительность каждого режима — 7 дней) показана в двойном слепом рандомизированном плацебо контролируемом исследовании, проведенном Wilson A.M. и соавт. (1998). В группе преднизолона отмечен достоверный дозозависимый эффект препарата на кортизол плазмы, остеокальцин и эозинофилы кро-

ви ($p < 0,05$ по сравнению с плацебо), влияния будесонида на эти показатели не выявлено. По данным Morice и соавт. (1996), применение в течение 5 дней будесонида через небулайзер в дозе 2 мг 2 раза в сутки и преднизолона внутрь в дозе 30 мг/сут у 19 больных ХОБЛ и БА привели к сходному улучшению показателей функции легких, однако биохимические маркеры системной активности стероидов были менее изменены у больных из группы будесонида (табл. 4).

Таблица 4

Сравнительная оценка влияния перорального приема преднизолона и применения будесонида через небулайзер в течение 5 дней на биохимические маркеры системной активности стероидов

Показатель	Будесонид суспензия 2 мг дважды в день	Преднизолон 30 мг/сут
Стероидные метаболиты в моче, мг/24 часа	2012	1079
Сывороточный остеокальцин, нг/мл	2,3	0,6
Соотношение кальций/креатинин в моче	0,28	0,53

Особую роль приобретают новые технологии неинвазивных аэрозольных способов быстрой доставки препаратов в дыхательные пути, благодаря чему достигается высокая местная активность ингаляционных средств, позволяющая не только эффективно уменьшать проявления бронхоспазма, но и в значительной степени снижать частоту системных побочных эффектов. Существующие системы доставки препаратов в дыхательные пути включают:

- дозирующие аэрозольные ингаляторы (ДАИ), включая ДАИ со спейсером и лицевой маской, ДАИ, активируемые вдохом;
- дозирующие жидкостные ингаляторы;
- порошковые ингаляторы;
- небулайзеры, включая активируемые вдохом.

Основные показания к применению небулайзеров на догоспитальном этапе лечения БА:

- при необходимости применение высоких доз препаратов;
- целенаправленная доставка препарата в дыхательные пути;
- если имеют место осложнения при применении обычных доз лекарственных средств и высокая частота применения ингаляционных кортикостероидов и других противовоспалительных средств;
- у детей, особенно первых лет жизни;
- тяжесть состояния (отсутствие эффективного вдоха)
- предпочтение больного.

Преимущества небулайзерной терапии:

- отсутствие необходимости в координации дыхания с поступлением аэрозоля;
- возможность использования высоких доз препарата и получение фармакодинамического ответа за короткий промежуток времени;
- непрерывная подача лекарственного аэрозоля с мелкодисперсными частицами;
- быстрое и значительное улучшение состояния вследствие эффективного поступления в бронхи лекарственного вещества;
- легкая техника ингаляций.

Разработанный Национальным научно-практическим обществом скорой медицинской помощи алгоритм неотложной помощи при приступе БА и астматическом статусе у взрослых представлен в табл. 5.

Таким образом, показания к применению будесонида при оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе возникают при среднетяжелом и тяжелом приступе БА.

Критерии эффективности проводимого лечения:

- «Хорошим» считают ответ на проводимую терапию, если состояние пациента стабильное, уменьшилась одышка и количество сухих хрипов в легких; ПСВ увеличилось на 60 л/мин, у детей — на 12–15% от исходного;
- «Неполным» считают ответ на проводимую терапию, если состояние пациента нестабильное, симптомы в прежней степени, сохраняются участки с плохой проводимостью дыхания, нет прироста ПСВ;
- «Плохим» считают ответ на проводимую терапию, если симптомы выражены в прежней степени или нарастают, ПСВ ухудшается.

Таблица 5

Алгоритм неотложной помощи на догоспитальном этапе при обострении БА

Тяжесть обострения БА	Медикаментозная терапия
Легкий приступ	Сальбутамол 2,5 мг (1 небула) через небулайзер в течение 5–15 мин; или фенотерол + ипратропия бромид 1 мл (20 капель) через небулайзер в течение 10–15 мин * Здесь и ниже — оценить терапию бронходилататорами через 20 мин. При неудовлетворительном эффекте повторить аналогичную ингаляцию бронхолитика до 3 раз в течение часа
Среднетяжелый приступ	Сальбутамол 2,5–5,0 мг (1–2 небулы) через небулайзер в течение 5–15 мин; или фенотерол+ипратропия бромид 1–3 мл (20–60 капель) через небулайзер в течение 10–15 мин + Преднизолон 60–90 мг внутривенно или будесонид через небулайзер 1000–2000 мкг в течение 5–10 мин
Тяжелый приступ	Фенотерол + ипратропия бромид в тех же дозах. При использовании сальбутамола добавить ипратропия бромид. + Преднизолон 90–150 мг внутривенно. ± Будесонид 1000–2000 мкг через небулайзер в течение 5–10 мин

Показания для госпитализации:

- тяжелое обострение астмы;
- отсутствие ответа на бронходилатационную терапию;
- больные из группы риска смерти от бронхиальной астмы;
- угроза остановки дыхания.

С целью апробации предложенного стандарта нами было проведено исследование, в ходе которого рассматривались 2843 вызова СМП по поводу обострения БА, в том числе 1425 больных со среднетяжелым и тяжелым обострением БА (табл. 6). Из них 580 пациентов получали традиционную терапию (системные кортикостероиды, дозированные аэрозольные ингаляторы с β_2 -агонистами, теофиллины), 845 — небулайзерную терапию (сальбутамол или фенотерол+ипратропия бромид и будесонид). Характеристика больных со среднетяжелым и тяжелым обострением БА представлена в табл. 6.

Таблица 6

Характеристика больных с обострением БА, получавших на догоспитальном этапе традиционную и небулайзерную терапию

Тяжесть обострения БА	Традиционная терапия			Небулайзерная терапия		
	всего n=580	60–74 n=381	>75 n=199	всего n=845	60–74 n=574	>75 n=271
2	453 (78%)	294 (50,7%)	159 (27,4%)	615 (72,8%)	421 (23,2%)	193 (22,8%)
3	127 (22%)	87 (15%)	40 (6,9%)	230 (27,2%)	152 (18%)	78 (9,2%)

Таблица 7

Эффективность традиционной и небулайзерной терапии на догоспитальном этапе при среднетяжелом и тяжелом обострении БА

Тяжесть обострения БА	Традиционная терапия			Небулайзерная терапия		
	всего n=580	60–74 n=381	>75 n=199	всего n=845	60–74 n=574	>75 n=271
2	86,2 ± 1,6**	87,7 ± 1,9	83,2 ± 3,0	92,5 ± 1,0	93,3 ± 1,2	90,7 ± 2,1
3	78,7 ± 3,6***	82,1 ± 4,1***	72,1 ± 7,1***	91,7 ± 1,8	92,5 ± 2,1	90,6 ± 3,0

Результаты оценки эффективности традиционной и небулайзерной терапии на догоспитальном этапе при среднетяжелом и тяжелом обострении БА представлены в табл. 7.

Как видно из приведенных в таблице данных, согласно вышеприведенным критериям, применение небулайзерной терапии у больных с обострением БА по сравнению с традици-

онной терапией оказалось достоверно более эффективным (при среднетяжелом обострении — в $92,5 \pm 1,0$ и $86,2 \pm 1,6$ соответственно, при тяжелом обострении — $91,7 \pm 1,8$ и $78,7$ соответственно).

Таким образом, применение небулайзерной терапии, включающей ингаляцию бронхолитиком и будесонида позволяют существенно повысить эффективность терапии на догоспитальном этапе. Кроме того, небулайзерная терапия позволяет, по нашим данным, уменьшить количество госпитализаций в 2 раза, количество повторных вызовов — в 5 раз, что, в конечном итоге, приводит к существенному уменьшению затрат на организацию помощи этим пациентам.

Список литературы

1. Авдеев С.Н., Жестков А.В., Лещенко И.В. и др. Небулизированный будесонид при тяжелом обострении бронхиальной астмы: сравнение с системными стероидами. Мультицентровое рандомизированное контролируемое исследование. Пульмонология, 2006; №4: 58–67.
2. Цой А.Н., Аржакова Л.С., Архипов В.В. Фармакодинамика и клиническая эффективность ингаляционных глюкокортикостероидов у больных с обострением бронхиальной астмы. Пульмонология, 2002; № 3: 88–92.
3. Belda J., Margarit G., Martinez C. et al. Anti-inflammatory effects of high-dose inhaled fluticasone versus oral prednisone in asthma exacerbations. Eur Respir J. 2007; 30: 1143–1149.
4. Ediger D., Coskun F., Kunt Uzaslan E. et al. Clinical effectiveness of nebulised budesonide in the treatment of acute asthma attacks. Tuberkuloz ve Toraks Dergisi 2006; 54: 128–136.
5. Gibson P.G., Saltos N., Fakes K. Acute anti-inflammatory effects of inhaled budesonide in asthma. A randomized controlled trial. Am J Respir Crit Care Med 2001; 163: 32–36.
6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. The 2006 report is available on www.goldcopd.com
7. Higgenbottam T.W., Britton J., Lawrence D. et al. On behalf of the PulmicortT Respules versus oral steroids: A prospective clinical trial in acute asthma. Comparison of nebulised budesonide and prednisolone in severe asthma exacerbation in adults. BioDrugs 2000; 14: 247–254.
8. McFadden E.R. Inhaled corticosteroids and acute asthma. Therapeutic breakthrough or nonspecific effect? Am J. Respir Crit Care Med 1998; 157: 677–678.
9. Mitchell C.A., Alpers J.H., Morton S.M. et al. Comparison of nebulized budesonide with oral prednisolone in the treatment of severe acute asthma. Eur Respir J 1995; 8 (Suppl. 19): 490 s.
10. Morice A.H., Morris D., Lawson-Matthew P. A comparison of nebulized budesonide with oral prednisolone in the treatment of exacerbations of obstructive pulmonary disease. Clin Pharmacol Ther 1996; 60: 675–678.
11. Rodrigo G., Rodrigo C. Corticosteroids in the emergency department therapy of acute adult asthma: An evidence-based evaluation. Chest 1999; 116: 285–295.
12. Rodrigo G.J. Rapid effects of inhaled corticosteroids in acute asthma. An evidence-based evaluation. Chest 2006; 130; 1301–1311.
13. Wilson A.M., McFarlane L.C., Lipworth B.J. Systemic bioactivity profiles of oral prednisolone and nebulized budesonide in adult asthmatics. Chest 1998; 114: 1022–1029.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНАЛАПРИЛАТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ КРИЗОМ В ДЕБЮТЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

**Н. Пентковский, А. Тополянский,
Э. Микаберидзе, Е. Адонина,
М. Харина, А. Ивченко**

МГМСУ, ННПОСМП

Гипертонический криз (ГК) является одним из наиболее частых поводов к вызову скорой медицинской помощи (СМП) в России, причем их частота не имеет тенденции к снижению. По данным ННПОСМП, ежедневно в РФ осуществляется более 20 000 вызовов СМП по поводу ГК.

Увеличение распространенности артериальной гипертензии (АГ), недостаточные меры по ее профилактике и лечению, несоблюдение известных клинических рекомендаций, многочисленные примеры самолечения, а также некоторые демографические процессы (увеличение городского населения и его старение) привело к росту количества ГК.

По современной классификации ГК подразделяется на неосложненный и осложненный. В первом случае речь идет о внезапном повышении артериального давления (АД) без признаков повреждения органов-мишеней и лечение осуществляется таблетированными препаратами. При осложненном ГК наряду с повышением АД состояние пациента вызывает угрозу из-за развития серьезных повреждений жизненно важных органов, и прежде всего головного мозга. Более того, быстрое и чрезмерное снижение АД в этой ситуации может усугубить уже имеющиеся мозговую гипоксию и уменьшить церебральное перфузионное давление (Суслина З.А., Пирадов М.А., 2008).

Выделяют три основных группы ауторегуляторных механизмов: миогенные, метаболические и нейрогенные (Леонова Т.В., 1993). Способность адаптации головного мозга к уровню кровотока тем выше, чем медленнее и постепеннее осуществляется медикамен-

тозная коррекция уровня АД. Поэтому при купировании гипертонических кризов резкое снижение АД не обнаруживает преимуществ перед более осторожной тактикой с преимущественным расчетом на местное вазодилатирующее действие препаратов (Васечкин С.С., Носенко М.М., Косминский П.Г. и соавт., 1993; Гогин Е.Е., 1997).

Многие авторы считают, что мозговой кровоток вследствие его автономной регуляции является величиной постоянной, мало зависящей от общего кровообращения и системного АД. Однако при снижении систолического АД ниже 50 мм рт.ст. и повышении выше 180 мм рт.ст. происходит «срыв механизма ауторегуляции» и мозговой кровоток пассивно следует за АД. При этом изменения мозгового кровотока зависят от скорости повышения, максимальной величины и степени прироста АД по сравнению с исходным уровнем, а также продолжительность сохранения АД на высоких цифрах (Голиков А.П., Рябинин В.А., 1998; Зимин Ю.В., 1996; Paran E., Galily Y., Abu-Rabia Y. et al., 1992).

Выбор медикаментозной терапии ГК осуществляется в пользу внутривенных форм препаратов, во всех случаях пациент госпитализируется в многопрофильный стационар, желательно имеющий возможность проведения компьютерной томографии и специализированные «сосудистые» отделения (Национальные рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии, 2008).

До настоящего времени целесообразность и выбор используемых гипотензивных средств у пациентов в дебюте ОНМК остается дискуссионным, но преобладает

точка зрения о целесообразности их применения в случаях очень высокого АД (систолическое АД — 200 мм рт.ст. и более, диастолическое АД — 120 мм рт.ст. и более) (Яхно Н.Н., Парфенов В.А., 2000). При этом имеется и другая точка зрения, что не следует снижать АД, если оно не превышает 190–200 мм рт.ст. для систолического и 100–110 мм рт.ст. для диастолического (Суслина З.А., Пирадов М.А., 2008; Chalmers J., MacMahon S., Anderson C. et al., 2000), в связи с тем, что снижение артериального давления может приводить к нарастанию выраженности неврологической симптоматики. Показано, что парентеральное применение эналаприлата при купировании ГК приводит к нормализации параметров мозгового кровотока (Калинин Л.Н., Голиков А.П., 2002), а постепенная нормализация АД достоверно уменьшает риск повторных нарушений мозгового кровообращения (Парфенов В.А., 2005).

Целью исследования явилась оценка эффективности и безопасности применения парентеральной формы эналаприлата (Энап Р, КРКА) на догоспитальном и госпитальном этапе у пациентов с ГК в дебюте остро нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и оценка ее влияния на состояние трудоспособности при выписке пациентов из стационара.

Гипотензивный эффект эналаприлата обеспечивается за счет его способности: тормозить активность ангиотензин I — превращающего фермента и влиять на активность симпатoadренальной системы, тонус блуждающего нерва, секрецию альдостерона, антидиуретического гормона, высвобождение простагландинов E₂ и I₂, эндотелина-1 и других биологически активных веществ (Алмазов В.А., 2000).

Критерием включения пациентов в наше исследование являлось систолическое АД ≥ 200 мм рт.ст. и/или диастолическое АД ≥ 120 мм рт.ст.

Материалы и методы исследования

Было проведено многоцентровое открытое неконтролируемое исследование, которое выполнялось по специально разработанному протоколу.

Исследование проводилось в период с июня 2007 г. по июнь 2008 г. в 19 клинических центрах на территории РФ у 100 пациентов

обоих полов в возрасте от 39 до 84 лет с установленным ГК в дебюте ОНМК. Специально подготовленными врачами скорой медицинской помощи (СМП) заполнялись клинические карты, которые оценивались в Координационном центре исследования на валидность, затем полученные результаты заносились в электронную базу данных и соответствующим образом обрабатывались.

Все пациенты были госпитализированы в нейрореанимационные отделения многопрофильных стационаров.

Медицинская помощь больным с ОНМК в основном оказывалась поэтапно: СМП — нейрореанимация — «сосудистая» неврология.

Пациенты были разделены на две группы:

— основная группа (60 человек) — для терапии ГК применялась парентеральная форма эналаприлата в дозе 0,625 мг у 4 пациентов или 1,250 мг — у 56. Все получали традиционную терапию, согласно стандартам при ОНМК;

— группа сравнения (40 человек) — для терапии ГК применялась терапия магния сульфатом и коротко действующими антагонистами кальция (нифедипин) или ингибиторами АПФ (каптоприл), а также лечение, соответствующее стандартам терапии ОНМК.

У всех пациентов во время исследования оценивались: данные физикального обследования; изменение АД, частоты сердечных сокращений; неврологический статус по специализированному опроснику — шкале клинической оценки функционального состояния Kurtzke Functional System; наличие нежелательных явлений и реакций; трудоспособность при выписке из стационара. В обеих группах велся также учет летальных исходов.

Основная группа и группа сравнения были сопоставимы по возрасту, полу и степени тяжести при поступлении в стационар, распределению в группах ОНМК по типам и по распространенности у пациентов АГ и ОНМК в анамнезе. В обеих группах при поступлении преобладали такие симптомы, как головная боль, головокружение, тошнота.

Средний возраст пациентов в основной группе составил 64,6 \pm 8,04 лет, а в группе сравнения — 67,6 \pm 11,71 лет. По полу обследованные больные были распределены следующим образом: в основной группе — 46,7% мужчин и 53,3% женщин, а в группе сравнения — 47,5 и 52,5% соответственно.

Таблица 1

Распределение пациентов по степени тяжести при поступлении в стационар

Состояние	Основная группа		Группа сравнения	
	N	процент	N	процент
Удовлетворительное	2	3,3	0	0,0
Средней степени тяжести	26	43,3	18	45,0
Тяжелое	32	53,6	22	55,0

Таким образом, выделенные группы не различались между собой по полу и возрасту ($p>0,05$).

Степень тяжести определялась врачом на основании показателей жизненно важных функций организма и представлена в табл. 1.

У обследованных больных были выявлены следующие сопутствующие заболевания: хроническая сердечная недостаточность — 10,0 и 17,5%, ишемическая болезнь сердца (ИБС) — 33,3 и 42,5% и мерцательная аритмия — 8,3 и 10,0% (в основной группе и в группе сравнения соответственно). ОНМК в анамнезе отмечался у 11,7% пациентов в основной группе и у 10,0% в группе сравнения. Наличие сахарного диабета отмечалось у 15,0% пациентов как в основной группе, так и в группе сравнения, хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) страдали 16,7 и 30,0%, ожирением — 8,3 и 22,5%, курили 23,4 и 30,0% пациентов из основной группы и группы сравнения соответственно.

Результаты и обсуждение

На момент первичного осмотра в момент приезда СМП у пациентов преобладали

двигательные расстройства, чувствительные расстройства и расстройства координации. Динамика неврологического статуса при первичном осмотре представлена в табл. 2.

Таким образом, через час после введения эналаприлата пациентам с ГК в дебюте с ОНМК параллельно с проведением стандартной терапии ОНМК отмечали повышение уровня сознания пациентов и улучшение динамики двигательных, чувствительных расстройств, нарушений речи, однако полученные различия не достигли статистической значимости.

АД и ЧСС у основной группы измерялись исходно при приезде бригады СМП, далее через каждые 15 мин после внутривенной инъекции эналаприлата в процессе транспортировки больного в стационар в общей сложности один час.

Среднее систолическое давление достоверно снизилось с $219,5 \pm 20,86$ (SEM 2,7) мм рт.ст. до $171,4 \pm 19,99$ (SEM 3,16) мм рт.ст. ($p<0,01$), среднее диастолическое давление достоверно снизилось с $116,7 \pm 12,27$ (SEM 1,58) мм рт.ст. до $94,00 \pm 10,87$ (SEM 1,72) мм рт.ст. ($p<0,01$). ЧСС изменилась с $87,1 \pm 10,31$ (SEM 1,33) уд/мин до $82,3 \pm 7,55$ (SEM 1,19) уд/мин ($p<0,05$). Динамика изменения САД, ДАД и ЧСС после внутривен-

Таблица 2

Динамика неврологического статуса на догоспитальном этапе

Нарушения		Исходно при первичном осмотре		Через час после инъекции эналаприлата	
		N	процент	N	процент
Уровень сознания	ясное	25	41,7	30	50,0
	оглушение	31	51,6	24	40
	сопор	3	5	4	6,67
	кома	1	1,7	2	3,33
Двигательные расстройства		45	75	42	70
Чувствительные расстройства		47	78,3	46	76,7
Нарушения речи		37	61,7	31	51,7
Расстройства координации		52	86,7	53	88,3

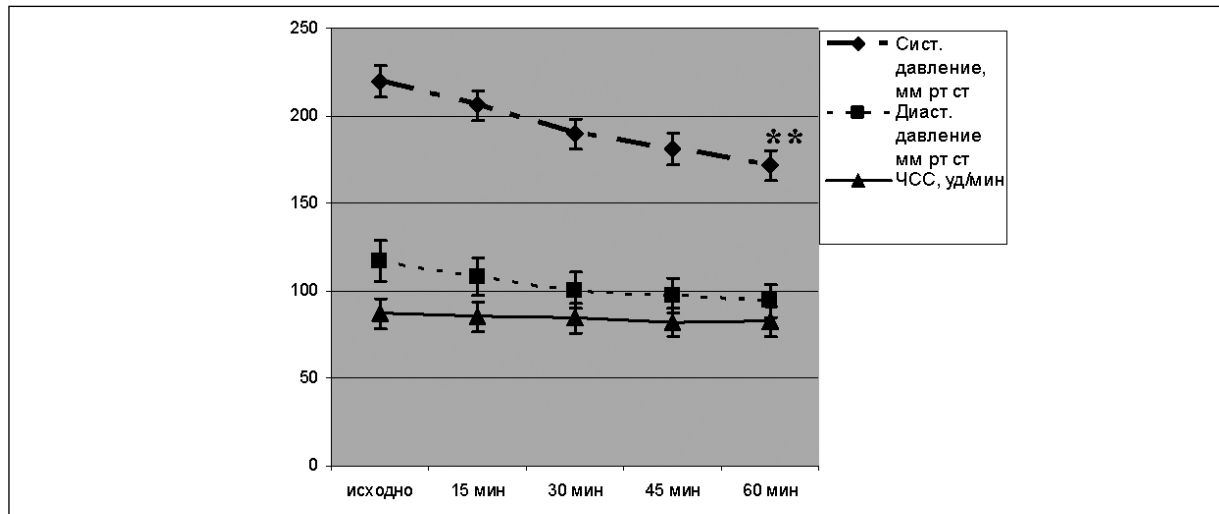


Рис. 1. Динамика изменения САД, ДАД и ЧСС после внутривенной инъекции эналаприлата.
Примечание: ** $p < 0,01$

ной инъекции эналаприлата представлена на рис. 1.

Анализ динамики неврологического статуса по шкале Kurtzke Functional System на госпитальном этапе в специализированном неврологическом отделении у пациентов основной группы и группы сравнения.

Оценку неврологического статуса по шкале Kurtzke Functional проводили при поступлении в отделение, и далее на 7-й, 14-й, 21-й день госпитализации.

Неврологический статус оценивали по следующим параметрам: симптомы поражения пирамидного пути, нарушение координации и чувствительности, симптомы поражения черепных нервов, нарушение функции тазовых органов. В основной группе оценка состояния достоверно улучшилась с 14,1 до 6,3 баллов ($p < 0,01$), минимальное значение составило 0 баллов, максимальное — 23 балла, а в группе сравнения суммарная оценка состояния нарушений ЦНС по данной шкале достоверно улуч-

шилась с 18,4 до 9,8 баллов ($p < 0,01$), минимальное значение составило 0 баллов, максимальное — 21 балл.

Таким образом, при сравнении обеих групп по изначальной оценке неврологического статуса и по динамике восстановления неврологических расстройств в основной группе отмечалось более быстрое восстановление неврологических расстройств.

Анализ трудоспособности пациентов при выписке из стационара.

У больных основной группы статистически значимо ($p = 0,0418$) чаще достигалось полное восстановление трудоспособности. В группе пациентов, получавших эналаприлат, показатель временной трудоспособности был статистически значимо выше ($p < 0,01$), при этом снижение трудоспособности возникало статистически значимо реже ($p < 0,01$). По показателю стойкой утраты трудоспособности не было обнаружено статистически значимых различий. Это может свидетельствовать о том, что коррекция АД в остром периоде

Таблица 3

Трудоспособность пациентов при выписке из стационара

Показатели	Основная группа		Группа сравнения	
	N	процент	N	процент
Полное восстановление	6	10,00*	0	0,00
Временно нетрудоспособен	20	33,3**	1	2,5
Трудоспособность снижена	11	18,3**	21	52,5
Трудоспособность стойко утрачена	18	30,00	12	30,00

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

ОНМК является прогностическим признаком течения заболевания.

При анализе летальных исходов в группах пациентов, получавших и не получавших эналаприлат, не было обнаружено статистически значимых различий.

Нежелательных явлений и реакций при применении эналаприлата в данном исследовании зафиксировано не было. Случаев избыточного снижения давления и отсутствие действия препарата также не было выявлено.

Таким образом, в проведенном исследовании на догоспитальном этапе эналаприлатом систолическое АД достоверно снижалось на 22,0% от исходного, диастолическое — на 19,45%. В то же время при постепенном снижении давления у пациентов основной группы сохранялся повышенный уровень АД, необходимый для поддержания достаточного уровня перфузионного давления в ишемизированной ткани мозга. Через час после введения эналаприлата (совместно со стандартной терапией ОНМК) отмечалось повышение уровня сознания пациентов и улучшение динамики двигательных, чувствительных расстройств, нарушений речи и расстройств координации.

При сопоставлении основной группы и группы сравнения по изначальной оценке неврологического статуса и по динамике восстановления неврологических расстройств в основной группе отмечается более быстрое восстановление неврологических расстройств. Можно предположить, что при купировании ГК эналаприлатом в основной группе происходят более быстрая нормализация ауторегуляции мозгового кровообращения и улучшение перфузии ишемизированных зон головного мозга, что подтверждается достоверным улучшением прогноза трудоспособности. Основная группа имела достоверно больше пациентов с полным восстановлением трудоспособности и временно нетрудоспособных пациентов по сравнению с группой сравнения.

Выводы

1. Внутривенное медленное (0,5 мг/мин) введение эналаприлата в дозе 1,25 мг у больных с ГК в дебюте ОНМК вызывает достоверное снижение артериального давления: систолического АД — на 22,0%, диастолического АД — на 19,45% и не сопровождается ухудшением неврологического статуса.

2. Купирование ГК в дебюте ОНМК на догоспитальном этапе эналаприлатом, по сравнению с конвенционной терапией ГК, способст-

вует более быстрому восстановлению неврологических нарушений и характеризуется достоверным улучшением трудового прогноза.

Проведенное исследование показало, что парентеральное введение эналаприлата способствует эффективному и безопасному снижению АД у пациентов с ГК, осложненным инсультом. При этом динамика АД характеризуется плавным снижением, сопровождающимся уменьшением или исчезновением неспецифической симптоматики криза и отсутствием значительных побочных эффектов.

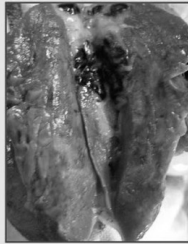
Литература

1. Суслина З.А., Пирадов М.А. Инсульт. Диагностика. Лечение. — М.: Медпресс-информ, 2008.
2. Леонова Т.В. Особенности развития малого мозгового инсульта у больных с дисциркуляторной энцефалопатией. // В кн.: Нарушения центральной и мозговой гемодинамики. — М.: ПМЦРФ, 1993. — С. 73–76.
3. Васечкин С.С., Носенко М.М. Косминский П.Г. и соавт. Влияние периферических вазодилаторов на центральную и мозговую гемодинамику. // В кн.: Нарушения центральной и местной гемодинамики. — М.: ПМЦРФ, 1993. С. 79–84.
4. Гогин Е.Е. Гипертоническая болезнь. — М.: Известия, 1997. — 400 с.
5. Голиков А.П., Рябинин В.А. Лечение гипертонических кризов с использованием комплексного мониторинга гемодинамики. // Национальный конгресс «Человек и лекарство» 24 апреля 1998 г. (Тезисы докладов). — М., 1998.
6. Зимин Ю.В. Ауторегуляция мозгового кровообращения при артериальной гипертензии. // Клинический вестник. — 1996. — № 1. — С. 28–31.
7. Paran E., Galily Y., Abu-Rabia Y. et al. Tnvironmental and genetic factors of hypertension in a biracial Beduin population. // J. Hum. Hypertens., 1992, v. 6. P. 107–112.
8. Национальные рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии, 2008.
9. Яхно Н.Н., Парфенов В.А. Ишемические острые нарушения мозгового кровообращения. Т. 2. 12/2000 http://www.consiliummedicum.com/media/consilium/00_12/519.shtml
10. Chalmers J., MacMahon S., Anderson C. et al. Clinician's manual on blood pressure and stroke prevention. Second ed. // London — 2000. — P. 129.
11. Парфенов В.А. Вторичная профилактика ишемического инсульта. // Русский медицинский журнал. — 2005. — Т. 13. — № 25. — С. 819–823.
12. Алмазов В.А. Гипертоническая болезнь. — М., 2000. — 118 с.
13. Калинин Л.Н., Голиков А.П. Применение эналаприлата для купирования неосложненных гипертонических кризов у больных гипертонической болезнью. // Кардиология. — № 7. — 2002.



Исследование КАЛИПСО

Открытое рандомизированное контролируемое исследование влияния раннего назначения препарата «Амприлан» (рамиприл) на маркёры воспаления плазмы крови и на Прогноз у пациентов с острым коронарным синдромом



Цели исследования:

- Демонстрация преимущества раннего назначения Амприлана больным с ОКС перед стандартной терапией в отношении влияния на показатели воспаления плазмы крови
- Оценка влияния раннего назначения Амприлана на комбинированную конечную точку в течение трех месяцев наблюдения (смерть от любой причины, инфаркт миокарда, госпитализация по поводу дестабилизации стенокардии, ишемический инсульт)

Исследование AIRE

(оценка влияния рамиприла на смертность пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда):

- Рамиприл на 27 % снижает общую смертность у пациентов, перенесших ОИМ
- Снижение риска проявляется уже в течение первых 4 недель терапии рамиприлом
- Рамиприл хорошо переносится

Исследование AIRE (оценка 5-летней выживаемости у пациентов после ИМ, принявших участие в исследовании AIRE):

- Рамиприл с высокой степенью доказательности, основанной на результатах 5-летнего наблюдения продлевает жизнь после инфаркта миокарда у широкого круга пациентов

Развитие ИМ влечет за собой возникновение системной и локальной воспалительной реакции, активации белков острой фазы (компонентов системы комплемента, С-реактивного белка, калликреина, гаптоглобина и т.д.).



КАЛИПСО

иАПФ «Амприлан» препятствует синтезу белков острой фазы, снижая интенсивность воспалительных процессов, а также уменьшает синтез и накопление коллагена, минимизируя ремоделирования миокарда

После инфаркта миокарда все больные должны применять ингибиторы АПФ

Острый инфаркт миокарда

ОИМ с подъемом ST



ОИМ с дисфункцией ЛЖ и/или СН

ОИМ без подъема ST



ОИМ без дисфункции ЛЖ и/или СН

Применение ингибиторов АПФ

Европейские рекомендации по диагностике и лечению острых коронарных синдромов без подъема сегмента ST

Eur Heart J 2007;28:1598-1660



Острый инфаркт миокарда

Сравнительная характеристика исследований AIRE, AIREX, SAVE и TRACE в отношении снижения смертности и относительного риска смерти

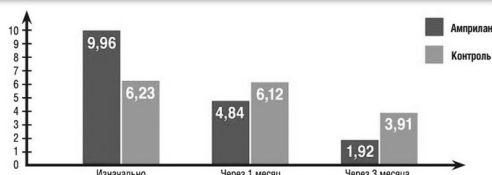
КАЛИПСО

Уровень С – реактивного белка в группе трех месячного приема «Амприлан» снизился на **80,7%**, по сравнению с **37,4%** в группе контроля

Общее количество приступов стенокардии в неделю



Динамика С-реактивного белка



	SAVE	AIRE	AIREX	TRACE
Лекарство	Каптоприл	Рамиприл	Рамиприл	Трандолаприл
Количество пациентов	2231	2006	603	1749
Начальная доза	12,5 мг	2,5 мг	2,5 мг	1 мг
Поддерживающая доза	50 мг	5 мг	5 мг	4 мг
Время после ОИМ	3-6 дней	3-10 дней	3 года	3-7 дней
Снижение смертности	19% (p=0,019)	27% (p=0,002)	36% (p=0,002)	18% (p=0,001)
Количество спасенных жизней/1000	42	57	110	34
Необходимое количество пациентов, для спасения 1 жизни	23	17	9	-

КАЛИПСО

Уровень общего холестерина снизился на **8,1%**
Уровень ХС ЛПНП снизился на **7,8%**
Уровень ХС ЛПВП увеличился на **8,4%**

САНИТАРНЫЙ ВРАЧ

<http://sanvrach.medizdat-press.ru>



**Научно-практический журнал
для главных врачей (руководителей)
подразделений Госсанэпидслужбы, гигиенистов,
санитарных врачей и эпидемиологов**

На страницах журнала вы найдете ответы на наиболее актуальные вопросы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, гигиенической безопасности, управления, развития и организации санэпидслужбы в условиях реформирования здравоохранения. Новые методы и оборудование для оперативного и лабораторно-инструментального контроля. Все новые документы главного государственного санитарного врача и мн. др.

Главный редактор журнала – А. В. Тулакин, д. м. н., профессор, заместитель директора ФНЦГ им. Ф.Ф. Эрисмана по научной работе.

Ежемесячное издание. Объем – 80 с.

В свободную продажу не поступает.

ОСНОВНЫЕ РУБРИКИ

Эпидемиология

- факторы развития туберкулеза легких и др. инфекционных заболеваний в России;
- вакцинопрофилактика и биотерроризм.

Гигиена питания

- решение проблем ожирения и развития ряда др. неинфекционных заболеваний.

Гигиена детей и подростков

- медицинское обеспечение профессиональной ориентации подростков;
- выявление и устранение причин, негативно влияющих на здоровье детей и подростков.

Оригинальные статьи

- новейшие разработки в области профилактической медицины;

- гигиенические проблемы здоровья населения Российской Федерации.

Коммунальная гигиена

- оказание гражданам гигиенически безопасных коммунально-бытовых услуг;
- исследование загрязнения водных бассейнов на муниципальном уровне.

Гигиена труда

- использование сводных расчетов загрязнения атмосферы для нормирования и квотирования выбросов в промышленном городе;
- типовые программы оздоровления труда работников массовых профессий.

Социально-гигиенический мониторинг

- выявление причинно-следственных связей между воздействием факторов окружающей среды и возможными изменениями состояния здоровья человека

Как подписаться на журнал «Санитарный врач»

На почте в любом отделении связи:

по Каталогу агентства «Роспечать» — 82789.

по Каталогу российской прессы «Почта России» — 16631.

Через редакцию: (495) 625-96-11.

Телефон для справок: (495) 740-54-00, 0-00, 17-00.

Терапевт



Научно-практический журнал для врачей терапевтического профиля

На страницах журнала вы узнаете о клинической патологии, тенденциях развития и исходах внутренних болезней, а также современных методах диагностики, схемах лечения и новых лекарственных препаратах. Кроме этого, публикуются клинко-морфологические сопоставления с комментариями патологоанатомической службы и мн. др.

Главный редактор – А. Л. Верткин, д. м. н. профессор, заслуженный деятель науки РФ, лауреат Премий Совета Министров СССР и мэрии Москвы, заведующий кафедрой клинической фармакологии и фармакотерапии МГМСУ.

Издается при информационной, научной и методической поддержке ФПДО МГМСУ, Департамента здравоохранения Правительства Москвы, Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию.

Ежемесячное издание. Объем – 80 с.
В свободную продажу не поступает.

ОСНОВНЫЕ РУБРИКИ

Роль терапевта в первичном звене здравоохранения

- вопросы организации терапевтической службы в поликлинике и стационаре;
- персонализированная оценка результативности медицинской помощи.

Виртуальные клинко-морфологические сопоставления

- клиническая патология как необходимая составляющая диагностики и лечения;
- совпадения и расхождения клинических патологоанатомических диагнозов.

Клинические рекомендации и стандарты оказания терапевтической помощи

- клинические исследования лекарственных препаратов;
- стандарты оказания терапевтической помощи: зарубежный и отечественный опыт научных обществ.

Лекарство как юридический и медицинский феномен

- оценка доказательности и внедрение в практику результатов клинических исследований лекарственных средств;
- основы современной методологии.

Неотложные состояния в практике врача-терапевта

- алгоритмы диагностики и лечения urgentных состояний в терапевтической практике.

Возрастная инволюция и соматическая патология

- социально значимые болезни, ассоциированные с возрастом в общетерапевтической практике;
- новые диагностические и лечебные алгоритмы при социально значимых заболеваниях.

Клиническая фармакология средств природного происхождения

- эффективные и безопасные комбинации в конкретных клинических ситуациях.

Как подписаться на журнал «Терапевт»

На почте в любом отделении связи:

по Каталогу агентства «Роспечать» — 46106.

по Каталогу российской прессы «Почта России» — 12366.

Через редакцию: (495) 625-96-11.

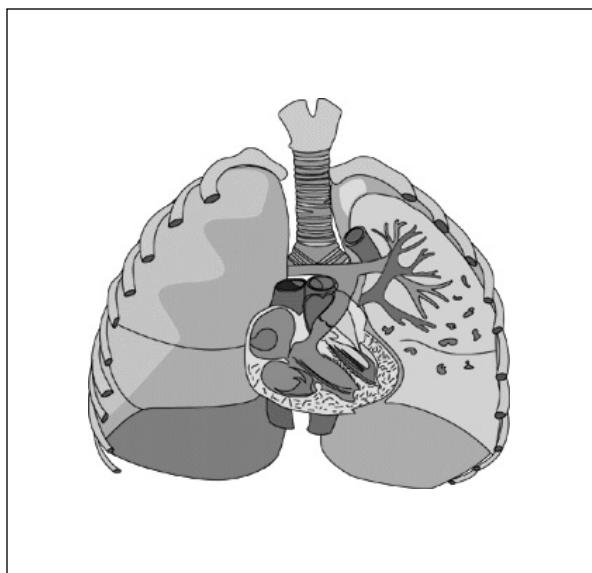
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТАНДАРТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ГОРОДСКОМ ОКРУГЕ ТОЛЬЯТТИ В ПЕРИОД С 1997 ПО 2007 год

(по данным бригад скорой медицинской помощи)

О.В. Савельев, В.В. Игонин,
А.А. Некрасов, А.А. Котельников,
МУЗ г.о. Тольятти, Городская станция скорой медицинской помощи
г. Тольятти, Самарская область

Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний и актуальной проблемой здравоохранения.

В настоящее время ею страдают около 300 млн человек в мире. Наблюдается увеличение распространенности, заболеваемости и смертности от бронхиальной астмы во всех возрастных группах. Установлено негативное влияние БА на социальную сферу жизни. Множество случаев смерти от БА происходит вследствие неоптимального долгосрочного лечения и несвоевременного оказания медицинской помощи во время приступов. Вместе с тем большинство больных БА, получая адекватную терапию, могут вести образ жизни, практически не отличающийся от такового здоровых людей.



С целью уменьшения глобального бремени бронхиальной астмы созданы и регулярно обновляются рекомендации по ведению больных БА. В 1995 году под эгидой Национального института сердца, легких и крови (National Heart Lung and Blood Institute — NHLBI) и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) создана Глобальная инициатива по борьбе с астмой (Global Initiative for Asthma, GINA).

Из доклада специалистов, работающих по программе ВОЗ «Глобальная инициатива против астмы» («The Gloal Initiative fo Asthma») 2006 год

В Тольятти проблема бронхиальной астмы стоит достаточно остро:

В табл. 1 приведены данные Департамента здравоохранения г. о. Тольятти за 2007 год, где представлена динамика вызовов к пациентам, страдающим бронхиальной астмой на протяжении 10 лет.

Как видим из табл. 2 и рис. 1, количество вызовов к астматикам колеблется в больших пределах. Пик вызовов пришелся на 1999–2000 годы, потом снижение, и вновь подъем в 2003 и 2007 годах.

Вероятные причины:

1. Тольятти — город «большой химии». Несколько мировых гигантов химической промышленности.

2. Загруженность автодорог, отсутствие необходимых развязок, наличие автомобильных заторов.

3. Проходящая по территории города федеральная трасса М-5. Постоянный поток транзитного автотранспорта.

Таблица 1

Количество пациентов с бронхиальной астмой

2007 год	Зарегистрировано	Впервые выявлено	Состоит на диспансерном учете
Дети и подростки до 17 лет	3545	368	2991
Взрослые	5575	371	4516
Общее количество	9120	739	7507

Таблица 2

Динамика вызовов к больным с бронхиальной астмой

Год	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Вызовы к пациентам с бронхиальной астмой	6293	6841	7964	7637	5763	5040	5677	5081	4651	4150	5980

4. Промышленность города представлена цементными заводами.

5. Отсутствие подобранного рационального лечения больных бронхиальной астмой.

6. Недостаточная информированность астматиков о Школах бронхиальной астмы.

7. Отсутствие стандарта оказания помощи на догоспитальном этапе (до 2002 года).

8. Отказ пациентов от небулайзеров.

Стоит пояснить некоторые причины. До 2002 года обычный набор медикаментов при приступе бронхиальной астмы был таким: эуфиллин, эфедрин, преднизолон, адреналин, супрастин, хлористый кальций, сульфат магния, папаверин, димедрол, но-шпа, баралгин. Порой вся эта «аптека» назначалась одному пациенту! Не было единых стандартов оказания медицинской помощи, а назначенное терапевтом лечение состояло из теофедрина, эуфиллина и сальбутамола. Отсюда и большое количество вызовов «скорой помощи». Недостаточная информированность о Школах

бронхиальной астмы есть и сейчас. Пациенты не интересуются, терапевты не объясняют.

В 2002 году Городская станция скорой медицинской помощи г. о. Тольятти закупила небулайзеры и соответствующие медикаменты. **Все бригады «скорой помощи» Тольятти ими оснащены независимо от профиля бригады.**

Компрессорный ингалятор (небулайзер — nebula лат. — облако) — это медицинский аппарат, предназначенный для лечения бронхиальной астмы, бронхитов и ларингитов. Ингаляторы образуют пары мельчайших частиц лекарственных средств, которые с вдохом проникают в дыхательные органы, где оказывают лечебное воздействие на пораженные органы. Компрессорные ингаляторы за счет продавливания потока воздуха, содержащего лечебный раствор, формируют аэрозольное облако, при котором образуются мельчайшие частицы, попадающие во все отделы бронхов.



Рис. 1. Динамика вызовов к больным с бронхиальной астмой

Были закуплены необходимые растворы для ингаляций.

Berodual®

Беродуал содержит два компонента, обладающих бронхолитической активностью: ипратропия бромид — м-холиноблокатор, и фенотерола гидробромид — β_2 -адреномиметик.

Atrovent®: ипратропия бромид — м-холиноблокатор.

Berotec®: фенотерола гидробромид — β_2 -адреномиметик.

Pulmicort® (будесонид) — противовоспалительный, противоаллергический.

Указанные средства назначали пациентам с бронхиальной астмой, ХОБЛ, острым стенозирующим ларинготрахеитом в условиях «скорой помощи». Поначалу доходило до курьезов, пациенты категорически отказывались от ингаляций, требовали зуфиллин и эфедрин. В свою очередь, сотрудники «скорой помощи» тоже не желали выполнять стандарт, идя на поводу у больных. А порой просто не хотели тратить время на подготовку небулайзера к работе и объяснения пациентам о преимуществе нового метода лечения.

Таблица 3

Применение небулайзера на догоспитальном этапе

Год	Количество применений
2003	1042
2004	1673
2005	1502
2006	1486
2007	1709

Тем не менее новый метод принят и работает.

Как видим из табл. 3, количество применений небулайзера на догоспитальном этапе продолжает увеличиваться. Тем не менее, если сравнить количество вызовов (табл. 2) и количество применений небулайзера (табл. 3), то становится очевидным, что далеко не на всех вызовах выполняется стандарт. Возможной причиной является то, что у многих пациентов, страдающих бронхиальной астмой, дома есть свои небулайзеры, турбухайлеры и аэропейсеры. И «скорую помощь» вызывают только для введения инъекционных медикаментов или при затянувшихся приступах.

В табл. 4 приведены данные о госпитализации, летальности и повторных вызовах при приступах бронхиальной астмы, процентное соотношение с общим количеством вызовов, а также возрастные аспекты.

Анализируя данные табл. 4, можно подвести итоги:

1. С момента применения небулайзеров в стандарте оказания скорой помощи количество вызовов пошло на спад, с 2,9% в 2001 году до 2% в 2006 году.

2. Рост вызовов с бронхиальной астмой в 2007 году, вероятно, связан с ростом общего количества вызовов.

3. Уменьшилось количество вызовов к детям и подросткам до 17 лет.

4. Снизилось количество госпитализаций.

5. Количество повторных вызовов существенно изменилось по сравнению с 1999 годом.

Таблица 4

Количественная, процентная и возрастная структура вызовов к больным с бронхиальной астмой. Госпитализации, повторные вызовы и летальность

Годы	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Общее количество вызовов	197687	200027	207062	211740	198390	198136	207437	197154	200248	200456	206903
Количество вызовов с бронхиальной астмой											
Взрослые	5535	6088	7009	6950	5321	4673	5357	4815	4405	3926	5652
Дети и подростки до 17 лет	758	753	955	687	442	367	320	266	246	224	328
Всего	6293	6841	7964	7637	5763	5040	5677	5081	4651	4150	5980
процент от общего количества вызовов	3,1%	3,4%	3,8%	3,6%	2,9%	2,5%	2,7%	2,5%	2,3%	2%	2,8%
Госпитализировано	794	754	777	795	565	537	521	445	468	459	954
Повторные вызовы	114	114	131	97	51	80	81	76	71	71	138
Летальность	—	2	2	—	—	1	5	—	1	2	3

6. Летальность варьирует либо вообще нет таких случаев, либо в разные годы от 1 до 5 случаев.

7. Внезапно выросшее количество вызовов в 2007 году, а вместе с тем и госпитализаций и повторов, вероятно, связано с ростом общего количества вызовов или со сбоями в снабжении медикаментами соответствующих групп больных.

8. Остается нежелание сотрудников «скорой помощи» соблюдать стандарты на догоспитальном этапе.

Тем не менее, применение небулайзера в стандарте оказания скорой помощи при бронхиальной астме является более комфортным и простым для пациента, неинвазивным методом, с достаточно выраженным и быстрым эффектом. Кроме того, рекомендуется для оказания помощи детям как оптимальный способ доставки лекарственного средства непосредственно в бронхи и в большинстве случаев без психотравмирующего фактора.

НОВОСТИ

Завершается строительство семи объектов здравоохранения в Омской области

За последние два года в Омской области в строй введены 14 объектов здравоохранения. В 2008 году ремонтные работы проводились в 98 учреждениях. В настоящее время на стадии завершения находятся 7 объектов, начато строительство еще трех. Самый масштабный проект — областной перинатальный центр, возведение которого полностью осуществляется за счет средств областного бюджета, без участия финансовых вложений федерального центра. Такая ситуация является беспрецедентной в масштабах страны. За год существенно возрос объем высокотехнологичной помощи, оказываемой в омских медицинских учреждениях на 56%. С успехом проводятся операции в сфере кардиологии, по пересадке почки, эндопротезирование.

Так, в 2008 году в Омской областной клинической больнице выполнено около тысячи операций на сердце. Специалистами Городской клинической больницы имени А.Н. Кабанова проведено 18 пересадок почки, на оказание этого вида высокотехнологичной помощи клиника получила федеральную лицензию. В 2009 году медучреждения Омской области рассчитывают получить около 15 федеральных лицензий, что позволит оказывать высококачественную помощь в большем объеме, в том числе жителям других регионов страны.

www.regnum.ru

В Ростовской области на федеральной трассе М-4 «Дон» прошли совместные учения Минздравсоцразвития России и МВД России по ликвидации последствий ДТП и организации медицинской помощи пострадавшим

Целью учений стала организация взаимодействия подразделений Госавтоинспекции и учреждений здравоохранения по оказанию помощи пострадавшим.

Как заявила министр Т. Голикова, в программе оказания помощи пострадавшим на дорогах до 2013 г. будут участвовать все регионы. «Уже более 10 субъектов РФ приняли участие в этой программе», — подчеркнула она.

«Ежегодно по этой программе из федерального бюджета будет выделяться от 2,5 до 3 млрд руб.», — отметила Татьяна Голикова. По ее словам, главная задача программы, которая условно именуется «дорожной картой», — успеть оказать помощь пострадавшим ближайшее после аварии время, в течение «золотого часа», когда помощь наиболее эффективна.

Для улучшения системы спасения пострадавших при ДТП будет проведена соответствующая работа, которая включит: оснащение клиник, расположенных вдоль федеральных автомобильных трасс доставкой новых реанимобилей, а также проведение обучения специалистов на пяти федеральных автомобильных дорогах в 12 субъектах РФ. К 2013 году данные мероприятия охватят все субъекты РФ.

Татьяна Голикова также сообщила, что Минздравсоцразвития России совместно с Госдумой рассмотрит поправки в Закон об основах здравоохранения, где будет четко определено понятие «первая помощь». «Мы рассмотрим совместно с Госдумой поправки в Закон об основах здравоохранения, где будет четко определено, что такое «первая помощь». Будут определены роли «Скорой помощи», ГИБДД, спасательных служб, пожарных», — заявила министр.

www.minzdravsoc.ru



Дважды помог, кто скоро помог!
Bis dat, q ui cito dat!

**НАЦИОНАЛЬНОЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
И КАФЕДРА КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ,
ФАРМАКОТЕРАПИИ И СМП, МГМСУ**

Образовательные программы

в том числе ДИСТАНЦИОННЫЕ

Клинические исследования

**Последипломное тематическое
усовершенствование врачей и фельдшеров**

Свидетельства государственного образца

Сертификационные циклы

Клиническая ординатура и аспирантура

Подготовка диссертационных работ

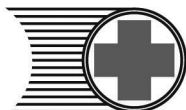
**Стратегия, алгоритмизации процесса принятия
решений в клинике**

**Клинические рекомендации на основе принципов
доказательной медицины**

Форумы, конференции, видеоконференции

Журнал “Неотложная терапия”

Учебно-методическая литература



127473, Москва, ул. Делегатская, д. 20/1

т/ф: (495) 611-05-60, 611-22-97

E-mail: kafedrakf@mail.ru

На правах рекламы

МЕДСЕСТРА

<http://medsestra.medizdat-press.ru>



Ежемесячный профессиональный журнал для медсестер и руководителей сестринского медперсонала

В издании представлена актуальная информация по основным направлениям деятельности и организации работы сестринского персонала, методах ухода за больными, о нормативно-правовом и информационном обеспечении, а также профессиональном образовании медсестер. Методические разработки. Практические рекомендации. Официальные документы Минздравсоцразвития РФ.

Председатель редакционного совета — А. Ю. Бражников, декан факультета ВСО, профессор кафедры организации и управления сестринским делом ММА имени И.М. Сеченова.

Ежемесячное издание. Объем — 80 с.

В свободную продажу не поступает.

ОСНОВНЫЕ РУБРИКИ

Перспективы развития сестринского дела

- информация о направлениях развития сестринского дела.

Обмен опытом

- опыт работы специалистов сестринского дела, акушерского дела и других специалистов в области медицины.

Правовые аспекты

- лицензирование и сертификация в практической деятельности менеджера сестринского дела.

Маркетинг в здравоохранении

- маркетинг в сестринском деле и в здравоохранении.
- маркетинг медицинских услуг.

Межрегиональная лига акушерок

- акушерское дело и проблемы его организации.

Здоровый образ жизни

- сохранение и поддержание здоровья населения страны.

Уход за пациентом

- роль медицинской сестры в организации ухода и реабилитации больных.

Инфекционная безопасность

- дезинфекция, асептики и антисептики.

Страховая медицина

- страхование и проблемы в системе ОМС и ДМС.
- организация системы страховой медицины.

Как подписаться на журнал «Медсестра»

На почте в любом отделении связи:

по Каталогу агентства «Роспечать» — 46105.

по Каталогу российской прессы «Почта России» — 12365.

Телефон для справок: (495) 749-54-83, 9.00—17.00

На правах рекламы

ХИРУРГ

<http://hirurg.medizdat-press.ru>

Научно-практический рецензируемый журнал для врачей хирургического профиля

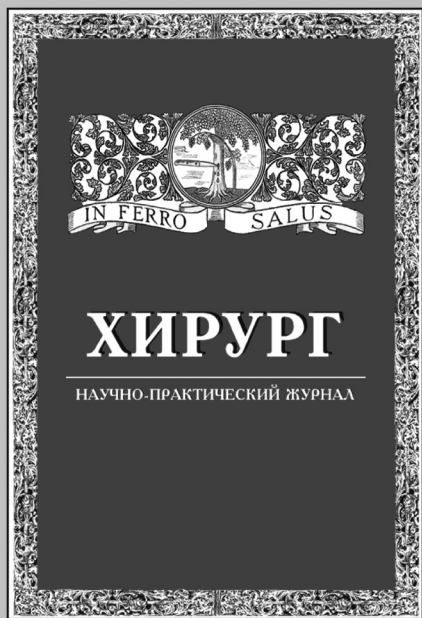
Журнал входит в Перечень рецензируемых изданий ВАК, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.

На страницах журнала вы найдете наиболее актуальные статьи по вопросам организации хирургической помощи населению, о современных методах диагностики, лечения и профилактики хирургических заболеваний, новых медицинских технологиях, результатах научных разработок в области хирургии.

Кроме этого, в журнале освещаются вопросы профессионального образования и переподготовки хирургов, новые нормативно-правовые и методические документы по специальности с комментариями их разработчиков и экспертов.

Главный редактор – И. В. Ярема, д. м. н., чл.-корр. РАМН, заслуженный деятель науки РФ.

Ежемесячное издание. Объем – 80 с. В свободную продажу не поступает.



ОСНОВНЫЕ РУБРИКИ

Организация хирургической помощи

- совершенствование хирургической помощи населению;
- новые технологии и методики оказания медицинских услуг.

Проблемы общей хирургии

- предоперационная подготовка;
- современные методы хирургического лечения.

Проблемы лимфатической системы

- роль лимфатической системы при острой хирургической патологии;
- лимфологические методы лечения.

Коррекция психического статуса хирургических больных

- характер психоэмоциональных проявлений у больных после калечащих операций;
- особенности психофармакотерапии с целью коррекции психического статуса.

Эндоскопическая хирургия

- малоинвазивные оперативные вмешательства при лечении различных заболеваний;
- особенности их использования при выраженном спаечном процессе в брюшной полости, при патологии матки и ее придатков.

Травматология

- тактика обследования и лечения больных с сочетанной травмой;
- современные подходы к ведению больных с переломами трубчатых костей.

Анестезиология и реаниматология

- основные аспекты анестезиологического обеспечения при хирургическом лечении;
- уникальные подходы к анестезиологическому пособию при конкретном заболевании.

Клинический опыт

- нестандартные клинические наблюдения;
- оригинальные операции.

Как подписаться на журнал «Хирург»

На почте в любом отделении связи:

по Каталогу агентства «Роспечать» — 84811.

по Каталогу российской прессы «Почта России» — 12371.

Через редакцию: (495) 625-96-11.

Телефон для справок: (495) 749-54-83, 9.00—17.00

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ГАСТРОСТОМИИ ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРОВЕДЕНИЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

**А.С. Балалыкин, С.М. Козин,
С.А. Добродеев, А.Ю. Вахонин**

**Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, г. Москва
ФГУ 32 Центральный военно-морской клинический госпиталь
г. Железнодорожный, Московская обл.**

Нарушения трофического статуса, по данным литературы, наблюдаются у 30–90% больных хирургического и терапевтического профиля [1]. Именно у этих больных более чем в 3 раза возрастает риск развития тяжелых осложнений (септические и инфекционные осложнения, длительно незаживающие раны, полиорганная недостаточность, нозокомиальная инфекция, длительная искусственная вентиляция легких) и летальных исходов [2].

По данным литературы, 8,7% стационарных пациентов нуждаются в энтеральном питании (ЭП). Особенности проведения ЭП во многом определяются доступом к пищеварительному тракту. Если ЭП будет проводиться больному менее 4 недель, то используют консервативные методы, т.е. зондовое питание. Если необходимо осуществлять нутритивную поддержку свыше 4 недель, то проводят специальные хирургические вмешательства, т.е. выполняют стому [3, 4].

Среди хирургических методов особого внимания заслуживает чрескожная эндоскопическая гастростомия (ЧЭГ), которая у больных с дисфагией стала альтернативой лапаротомной гастростомии [5] и широко применяется за рубежом. Так, с 2000 года в США ежегодно выполняется более 200 тыс. вмешательств [6]. В отечественной литературе имеются лишь единичные сообщения о применении ЧЭГ в педиатрии [7], у больных с перфорацией, ранениями и свищами пищевода [8] и при злокачественных поражениях

пищевода и гортани [9], что говорит о недостаточном внимании к данному методу и необходимости его разработки и освоения.

Цель исследования

Оптимизация энтерального питания у пациентов с дисфагией путем внедрения в клиническую практику метода чрескожной эндоскопической гастростомии.

Материалы и методы

За период с декабря 1999 года по декабрь 2008 года нами выполнена ЧЭГ у 81 больного, используя технику «на себя» по Gauderer-Ponsky [5]. Техника выполнения ЧЭГ «на себя» по Gauderer-Ponsky самая простая и безопасная и наиболее часто используется в клинической практике [10].

Выполняется операция бригадой, которая состоит из двух врачей (хирург и эндоскопист) и медицинской (эндоскопической) сестры. Положение пациента лежа на спине. Этапы ее выполнения следующие:

- 1) выбор места пункции;
- 2) обработка операционного поля и пункция желудка;
- 3) введение проводника-петли через канюлю в желудок и извлечение его при помощи эндоскопа через рот наружу;
- 4) фиксация зонда к проводнику-петле;
- 5) установка гастростомического зонда и эндоскопическое подтверждение правильности его расположения;

6) фиксация гастростомического зонда и монтаж внешних принадлежностей.

В своей работе мы использовали наборы для ЧЭГ следующих фирм: Cook, Тусо, Sherwood Medical (США) и Nutricia (Швейцария) диаметром 20–24 Fr (French = 0,33 мм). Использовали специальный еюнальный зонд для ЭП, который проводился в тонкую кишку через гастростомический зонд с целью проведения зондового питания средств и декомпрессии желудка. Его диаметр — от 6 до 12 Fr.

Выполняли вмешательство за 15–20 мин, а у больных с опухолями гортани требовалось времени в два раза больше, что было обусловлено техническими трудностями при проведении гастроскопа в ротоглотке.

Введение еюнального зонда через гастростомический зонд за связку Трейтца осуществляли следующим образом:

1. Под эндоскопическим контролем еюнальный зонд или проводник-струну проводят через гастростомический зонд в просвет желудка.

2. Захватывают конец еюнального зонда или проводника-струны биопсийными захватывающими щипцами типа «крокодил» или диатермической петлей.

3. Проводят зонд или проводник-струну через привратник глубоко в двенадцатиперстную кишку с помощью эндоскопа. Если используется проводник-струна, то по нему низводят еюнальный зонд в тонкую кишку после извлечения эндоскопа.

4. Рентгенологический контроль правильности установки еюнального зонда.

Среди пациентов преобладали лица мужского пола — 54 (66,7%). Возраст больных на момент выполнения ЧЭГ варьировал от 16 до 85 лет (M (s) — 54,1 (21,1) года). Состояние пациентов на момент выполнения ЧЭГ расценивалось как тяжелое у 79 (97,5%) или крайне тяжелое — 2 (2,5%). В персистирующем вегетативном состоянии (ПВС) находился 41 (50,6%) больной.

Основными показаниями для постановки ЧЭГ были:

1. Заболевания центральной нервной системы (гипоксическая энцефалопатия, нейропатия, боковой амиотрофический склероз (БАС, опухоли и метастазы) с дисфагией — 35 (43,2%).

2. Острое нарушение мозгового кровообращения с дисфагией — 20 (24,7%).

3. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) с дисфагией — 21 (25,9%).

4. Опухоли ротоглотки и гортани с дисфагией — 3 (3,7%).

5. Прочие — 2 (2,5%).

При ретроспективном анализе историй болезни начальный этап исследования включал изучение жалоб и анамнеза больного, данных физикального осмотра и лабораторно-инструментальных методов исследований, подтверждающих диагноз (основной и сопутствующий) с целью установить факт наличия дисфагии.

В основе этиологии дисфагии у большинства пациентов была патология ЦНС — 76 (93,8%) больных. У двух пациентов причиной дисфагии являлась опухоль гортани и в одном случае — рак языка. Одному больному выполнили ЧЭГ с целью проведения ЭП в связи с нарастанием раковой интоксикации и в одном случае с целью декомпрессии желудка (осложнения после операций на органах брюшной полости).

Следующий этап включал изучение жалоб, данных физикального осмотра и лабораторно-инструментальных методов исследования с целью выявления осложнений при использовании зондового питания и ЧЭГ.

Эзофагофиброгастродуоденоскопия (ЭФГДС) для визуализации верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) выполнялась всем больным до выполнения ЧЭГ. ЭФГДС после ЧЭГ выполнялась 19 (23,5%) пациентам для выявления осложнений ЧЭГ.

Фибробронхоскопия выполнялась до ЧЭГ, при наличии клинических признаков, для выявления аспирации в трахеобронхиальное дерево у 25 (30,9%) пациентов. Для выполнения эндоскопических исследований и ЧЭГ применялись различные модели фиброскопов фирмы Olympus (Япония).

Рентгенография легких выполнялась у 100% пациентов с целью диагностики и контроля динамики течения пневмонии и абсцессов в легких. У 16 (19,8%) пациентов была выявлена пневмония, из них у 8 (9,9%) — с абсцессом в легких. Рентгенография околоносовых пазух выполнялась 15 (18,5%) пациентам и у 2 (2,5%) больных был выявлен гнойный пансинусит.

Результаты и обсуждение

Применение консервативных методов доступа к пищеварительному тракту для проведения ЭП сопровождается развитием осложнений, связанных с их использованием и

Таблица

Осложнения при проведении зондового питания

Осложнения	Осложнения	
	<30 сут.	>30 сут.
Аспирация	8	17
Носовое кровотечение при установке зонда	5	3
Гнойный пансинусит	1	1
Трахеопищеводный свищ	–	5
Катарально-эрозивные изменения слизистой оболочки (СО) пищевода	8 (2*)	19 (1*)
Эрозивно-геморрагические изменения СО желудка	3	3
«Острая» язва желудка	–	1
Всего	25 (2*)	49 (1*)

Примечание: * — фиксированным тромб-густком на поверхности эрозий в пищеводе.

особенно длительным приемом. Назогастральный (НГ) зонд до выполнения ЧЭГ использовался у 77 (95,0%) пациентов и назоэнтеральный (НЭ) зонд — у 2 (2,5%) больных, причем в 25 (31,6%) случаях — до 30 суток и у 54 (68,4%) больных — свыше 30 суток, 2 пациента (2,5%) принимали жидкую протертую пищу.

При использовании НГ/НЭ зондов выявлены осложнения со стороны носоротоглотки, верхних отделов ЖКТ и трахеобронхиального дерева (см. табл.).

Осложнения наблюдались в целом у 36 (45,6%) пациентов и встречались чаще (32,9%) при длительном проведении ЭП через НГ/НЭ зонды, но статистически значимых различий по частоте осложнений между группами пациентов по срокам применения консервативных методов доступа для проведения ЭП не было выявлено ($p > 0,05$).

Аспирация встречалась у 25 больных и более чем в два раза чаще при длительном использовании консервативных методов доступа для ЭП. Носовое кровотечение при повторной установке зонда развилось у 8 (10,1%) пациентов и требовало тампонады для остановки. Гнойный пансинусит был выявлен в 2 (2,5%) случаях.

При выполнении ЭФГДС наиболее часто выявлялись катарально-эрозивные изменения слизистой оболочки пищевода — в 27 (34,2%) случаях и более чем в два раза чаще при длительном использовании консервативных методов доступа для ЭП, причем у 3 (3,8%) пациентов являлись источником кровотечения.

У 45 (55,6%) пациентов была выполнена трахеостомия и при длительном использова-

нии зондов для энтерального питания у 5 (6,3%) пациентов развилось тяжелое осложнение — трахеопищеводный свищ, что потребовало выполнения ЧЭГ.

Таким образом, использование консервативных методов (особенно длительное), обеспечивающих доступ для проведения ЭП, сопровождается развитием осложнений, некоторые из которых угрожают жизни пациента и приводят к отказу от проведения ЭП.

ЭП через ЧЭГ, как правило, нужно рассматривать показанным, если ожидается, что введение питательных смесей пациенту будет проводиться в течение периода, превышающего 4 нед. ЭП через ЧЭГ нужно рассматривать как можно раньше у пациентов при прогрессирующих болезнях, чтобы остановить деградацию трофического статуса и последовательно стабилизировать и улучшить индивидуальное качество жизни. На наш взгляд, диапазон заболеваний, при которых используется ЧЭГ для ЭП, широк:

1. Неврологические нарушения с дисфагией: инсульт, ЧМТ, у больных с опухолями и метастазами головного мозга, БАС, ПВС и т.д.

2. Онкологические заболевания: стенозирующие опухоли (ротоглотки, шеи и пищевода) и кахексия, т.е. ЧЭГ может использоваться паллиативно в неоперабельных случаях или устанавливаться до оперативного лечения, лучевой терапии или химиотерапии и удаляется, когда пациенту обеспечат надежное и адекватное пероральное питание.

3. Ранения и повреждения пищевода, лицевая травма и хирургические вмешательства на челюстно-лицевой области, затрудняющие питание естественным путем.

4. Другие клинические ситуации: истощение при синдроме приобретенного иммунодефицита, синдроме короткой кишки, болезни Крона, муковисцидозе, хронической почечной недостаточности.

Основным и главным противопоказанием к ЧЭГ является непродолжительное проведение ЭП, т. е. в сроки менее 4 недель. Другие противопоказания для выполнения ЧЭГ следующие:

1. Общие: агональное состояние и ограниченная продолжительность жизни у пациентов с неблагоприятным прогнозом заболевания; серьезные нарушения коагуляции (коагулопатия потребления: протромбиновый индекс <70%, тромбоциты <150x10⁹/л, фибриноген <2 г/л); тяжелый психоз.

2. Местные: обструкция глотки или пищевода, которая препятствует введению эндоскопа в желудок; смещение органов (печень, толстая кишка) и гепатомегалия; перитонеальный канцероматоз; асцит; перитонит; обширная инфильтрация опухоли стенки желудка в области участка пункции; эрозивный гастрит или язва желудка в области участка пункции.

Уделяя особое внимание показаниям и противопоказаниям при выполнении ЧЭГ, мы в 100% случаев успешно выполнили вмешательство. Первых две ЧЭГ были выполнены в операционной, в дальнейшем все вмешательства выполнялись в условиях палаты интенсивной терапии.

ЭП проводилось достаточно длительно даже с учетом того, что данные получены в основном на момент выписки из стационара, в среднем — 134,3 сут (максимум — 455 сут). В нашей практике наиболее длительное использование гастростомического зонда без его замены у одного пациента уже более 4 лет.

ЧЭГ решает проблему не только обеспечения доступа для проведения длительного ЭП, но и позволяет вводить лекарственные средства в пищеварительный тракт после их измельчения, т.к. больные с дисфагией не могут их глотать самостоятельно, а также проводить декомпрессию желудка.

При выполнении ЭФГДС у 57 (70,4%) пациентов выявлялось значительное или полное отсутствие перистальтики в желудке. На фоне застоя в желудке и большого остаточного объема после введения питательной смеси возможен заброс желудочного содержимого в ротоглотку с аспирацией.

Декомпрессию желудка проводили в 12 (14,8%) случаях. С этой целью у 2 (2,5%) пациентов выполняли проведение через гастростомический зонд еюнального зонда за связку Трейтца одновременно, т.е. как последующий этап после выполнения ЧЭГ, и через некоторое время после выполнения ЧЭГ в 9 (11,1%) случаях. Одному больному проводили только декомпрессию желудка через ЧЭГ, не осуществляя ЭП через гастростомический зонд.

Мы проанализировали факторы, влияющие на потребность в установке еюнального зонда после выполнения ЧЭГ. Имело место различие по частоте следующих признаков: снижение или отсутствие перистальтики при ЭФГДС, предыдущие случаи аспирации в анамнезе и парез голосовых связок, но статистических значимых различий не было выявлено ($p > 0,05$). Мы считаем, что основным критерием для проведения еюнального зонда после установки гастростомического зонда являются случаи аспирации после выполнения ЧЭГ.

В связи с тем, что основное количество пациентов, которым мы выполняли ЧЭГ, были больные неврологического профиля с дисфагией, главное внимание при выборе препаратов для проведения анестезиологического пособия уделялось влиянию их на мозговую гемодинамику. В наибольшей степени этому требованию отвечает короткодействующий анестетик — 1% раствор пропофола. Его можно применять как в целях обеспечения седативного эффекта у больных, находящихся в сознании, так и при многокомпонентной общей анестезии с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ) при использовании миорелаксантов. В обоих случаях введение пропофола должно сочетаться с местной анестезией ротоглотки и передней брюшной стенки в области пункции желудка. Необходимо учитывать то обстоятельство, что пропофол не обладает вагolitической активностью. В этой связи перед его применением необходимо введение 0,1% раствора атропина сульфата. Это тем более необходимо, т.к. опасность вагусных реакций при эндоскопических манипуляциях высока, а также и в целях уменьшения саливации.

Учитывая вышесказанное, при выполнении нами ЧЭГ ни в одном случае не возникли осложнения, связанные с выполнением вмешательства. При мониторинге

показателей гемодинамики и оксигенации крови ни у одного пациента не произошло изменений, приведших к гипоксии как во время вмешательства, так и в ближайшие сутки. У 7 (8,6%) пациентов ЧЭГ выполнялась под общей анестезией с интубацией на ИВЛ, что было обусловлено неадекватностью в поведении больных — 4 случая (4,9%) и отсутствием трахеостомы — 3 случая (3,7%).

Мы выполнили удаление гастростомического зонда после восстановления функции глотания у пациентов в 12 (14,8%) случаях. У 11 (13,6%) больных применяли эндоскопический способ — зонд ЧЭГ обрезали на уровне кожи, затем проталкивали оставшуюся часть зонда в просвет желудка и извлекали с помощью эндоскопа как инородное тело желудка, и в 1 случае, в домашних условиях, зонд ЧЭГ был обрезан на уровне кожи, затем протолкнули оставшуюся часть зонда в просвет желудка, позволяя ей выйти из тела естественным путем. Свищ закрывается самостоятельно через 12–24 ч.

Использование и уход за гастростомическим зондом, по сравнению с зондовым питанием, менее трудоемко — и позволяют с успехом использовать ЧЭГ в домашних условиях. С гастростомическим зондом было выписано или переведено в другие лечебные учреждения для дальнейшего лечения и реабилитации 49 (60,5%) пациентов.

При использовании ЧЭГ для доступа при проведении длительного ЭП осложнения наблюдались нами у 9 (11,1%) пациентов, по сравнению с 45,6% при проведении зондового питания. Осложнений и случаев смерти, связанных с выполнением вмешательства, в нашем исследовании не было. 30-дневная летальность после выполнения ЧЭГ составила 4,9%.

Единственный случай «главного» осложнения — кровотечение из эрозии слизистой оболочки желудка в области ЧЭГ на 5-е сут после вмешательства, которое остановилось самостоятельно.

В основном встречались незначительные осложнения и наиболее чаще инфекция в области стомы — 7 (8,6%) случаев. В 5 случаях наблюдались гиперемия и отечность тканей шириной более 5 мм в среднем на 4,6 сут. Лечение заключалось в ежедневных перевязках полуспиртовыми повязками. У 2 (2,5%) пациентов гиперемия и отечность тканей в области ЧЭГ сопровождалась болезненностью при

пальпации и гнойным отделяемым. Проводилось местное лечение — перевязки с мазью «Левомиколь» и цинковой мазью на фоне антибиотикотерапии с положительным эффектом.

Антибиотикопрофилактику с целью профилактики инфекции в области ЧЭГ мы проводили 52 (64,2%) пациентам. Инфекция в области ЧЭГ при этом развилась в 4 (4,9%) случаях и у 2 (2,5%) пациентов воспалительные изменения наблюдались в отсутствии антибиотикопрофилактики. Статистически значимых различий в частоте развития инфекции в области ЧЭГ при выполнении вмешательства с антибиотикопрофилактикой и без таковой не было получено ($p > 0,05$). На практике используем следующую схему антибактериальной профилактики — внутримышечно однократно вводим дозу цефалоспоринона за 30 мин до процедуры. Если пациенту уже проводят антибиотикотерапию, то нет необходимости добавлять другой антибактериальный препарат.

«Бампер-синдром» — специфичное осложнение, причина которой — чрезмерное давление на ткани стенки желудка и брюшной стенки между внешним и внутренним ограничителями, в результате чего внутренний ограничитель смещается в ткани стенки желудка, а затем и передней брюшной стенки по каналу гастростомы и со стороны желудка частично или полностью закрывается слизистой оболочкой желудка. Проявляется как подтекание питательной смеси вокруг гастростомического зонда и сопротивление и/или боли в животе при введении питательной смеси, воспаление в области гастростомы и неподвижность зонда. «Бампер-синдром» мы наблюдали в 4 (4,9%) случаях. В 2 случаях мы повторно выполнили ЧЭГ и в 2 — установили гастростомический зонд по прежнему каналу стомы.

В 3 (3,7%) случаях при подозрении на желудочно-кишечное кровотечение (снижение гемоглобина) при осмотре слизистой оболочки желудка в области гастростомического зонда выявлены эрозивно-язвенные изменения. Наружный ограничитель был смещен наружу, а внутренний смещали в просвет желудка под эндоскопическим контролем на 2–3 мм каждый. При контрольной ЭФГДС эрозия заэпителизовалась на 7-е сут, а язва — на 20-е сут.

Выводы

1. Использование для длительного ЭП у больных с дисфагией консервативных методов доступа к пищеварительному тракту нецелесообразно, т.к. они приводят к развитию серьезных осложнений, угрожающих жизни пациента, отказу от проведения ЭП и запоздалому применению хирургических методов.

2. Среди инвазивных хирургических видов доступа для проведения длительного энтерального питания ЧЭГ обладает рядом преимуществ: является малотравматичным и непродолжительным (15–20 мин) вмешательством, сопровождающееся минимальными непосредственными операционными осложнениями и смертностью, редко требует общей анестезии.

3. ЧЭГ является технически несложным комплексным оперативным вмешательством, но требующая специального, относительно недорогого, одноразового оборудования и подготовки персонала.

4. Общая частота осложнений, составляющая 11,1%, ниже, чем при консервативных методах — 45,6%. Осложнением, угрожающим жизни, являлось кровотечение из эрозии слизистой оболочки желудка в области гастростомии (1,2%). Инфекционные осложнения передней брюшной стенки, составляющие большинство (8,6%) осложнений, устраняются консервативными мероприятиями.

5. Профилактика осложнений ЧЭГ заключается в обоснованном применении, тщательном соблюдении технических приемов вмешательства и правильном ведении послеоперационного периода.

Литература

1. Гуляев В.А., Мельниченко П.И., Ефименко Н.А. и др. Энтеральное лечебное питание тяжелобольных, раненных и пострадавших в медицинских учреждениях МО РФ: Методические указания. — М.: ГВМУ, 2005. — С. 96.

2. Waitzberg D.L., Caiaffa W.T., Correia M.I. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients // Nutr. — 2001. — Vol. 17. — P. 573–580.

3. Хорошилов И.Е., Луфт В.М. Энтеральное питание // Руководство по парентеральному и энтеральному питанию / Под ред. И.Е. Хорошилова. — СПб.: Нормед-издат, 2000. — С. 131–164.

4. Основы клинического питания: Материалы лекций для курсов Европейской ассоциации парентерального и энтерального питания / Под ред. Л. Сobotка; пер. с англ. Г.П. Тихова, Г.И. Юсупова. — 2-е изд. — Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. — С. 416.

5. Gauderer M.W., Ponsky J.L., Izant R.J. Jr. Gastrostomy without laparotomy: a percutaneous endoscopic technique // J. Pediatr. Surg. — 1980. — Vol. 15. — P. 872–875.

6. Gauderer M.W. Percutaneous endoscopic gastrostomy — 20 years later: a historical perspective // J. Pediatr. Surg. — 2001. — Vol. 36. — P. 217–219.

7. Новиков А.В., Ларькин О.А., Люхин М.Ю. и др. Использование перкутанной эндоскопической гастростомии для длительного питания [Электронный ресурс]. — Междисциплинарная научно-практическая конференция стран СНГ «Э.К. Цыбулькин и развитие неотложной помощи детям». — СПб., 2004. — Доступ: http://www.airspb.ru/c_tez_29.shtml.

8. Жураев Ш.Ш., Телеуов М.К., Баймаханов Б.Б. и др. Чрескожная эндоскопическая гастростомия // Тезисы докладов 2-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. — М., 1997. — С. 165–166.

9. Слесаренко С.С., Коссович В.Г., Лысенко В.Г. Применение чрескожных эндоскопически контролируемых гастростомий в практике работы многопрофильного стационара // Эндоскопическая хирургия. — 2005. — № 1. — С. 127.

10. Loser Chr., Aschl G., He'buterne X. et al. ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition — Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) // Clin. Nutr. — 2005. — Vol. 24. — P. 848–861.

ПРИМЕНЕНИЕ ФОСФОЛИПИДНОГО ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОГО ПРЕПАРАТА ФОСФОГЛИВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ

Э.Г. Муталова, Н.Н. Сысоева, А.Э. Нигматуллина

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»,
кафедра госпитальной терапии №1, г. Уфа

Резюме

В связи с мембранно-репарирующим действием нового фосфолипидного гепатопротектора фосфоглив (ФГ) провели исследование его терапевтического эффекта при лечении 54 больных ревматоидным артритом (РА), получающих базисную терапию. ФГ давали больным в дозе 0,6 г/сут в течение 3 мес. Наблюдалось выраженное снижение гепатотоксических реакций, ферментативной активности, уменьшение размеров печени. При этом отмечено значительное улучшение состояния больных, оцениваемое как по объективным критериям (индекс Ричи, число болезненных суставов), так и по субъективной оценке пациентов. Результаты свидетельствуют о перспективности включения ФГ в терапию больных РА, а также о принципиальной возможности расширения области применения ФГ на основании мембранно-репарирующих свойств входящего в его состав полиненасыщенного фосфатидилхолина в сочетании с иммуномодулирующим и противовоспалительным действием глицирризиновой кислоты.

В последние годы значение лекарственных поражений печени существенно возросло, что, возможно, связано с либерализацией доступа населения к медикаментам вследствие появления в продаже большого количества безрецептурных средств, часто сопровождающегося агрессивной рекламой при отсутствии адекватной информации о возможном побочном действии. Печень принимает на себя основной удар в первую очередь при пероральном приеме лекарств, особенно

обладающих выраженным эффектом «первого пассажа». Большинство ксенобиотиков захватывается неспецифическим путем посредством диффузии из синусоидов через мембрану гепатоцитов. Обратная диффузия, как правило, затруднена ввиду связывания вещества со специфическими внутриклеточными белками. Последние, в свою очередь, переносят его в эндоплазматический ретикулум, где протекают основные процессы метаболизма, и в желчные каналцы, транспортные белки которых участвуют в экскреции метаболитов в желчь.

Известно, что основные противоревматические препараты обладают гепатотоксическим действием, применяются длительными многократными курсами, что приводит к развитию токсического гепатита. Также отмечено, что при их комбинированном применении токсический эффект усиливается. Под воздействием препаратов у больных развиваются токсические гепатиты, сопровождающиеся появлением желтухи, ухудшением общего самочувствия, снижением аппетита, тошнотой, рвотой, увеличением размеров печени, появлением болей в правом подреберье, нарушением пищеварения, ухудшением биохимических показателей крови. Вероятность побочных реакций возрастает с увеличением количества одновременно принимаемых лекарств. Установлено, что если больной принимает одновременно шесть или более препаратов, вероятность побочного действия у него достигает 80%.

В связи с тем, что практически любая патология реализуется на клеточном уровне, а универсальным для всех клеток является их мембранное построение, то становится по-

нятым, что нарушения в структуре цитоплазматических и внутриклеточных биомембран являются общими патогенетическими элементами любого болезненного процесса. В одних случаях повреждение клеточной оболочки может быть первичным и влечет за собой каскад специфических изменений (например, усиленная пролиферация клеток, нарушение агрегации эритроцитов и др.), в других — оказывается вторичным как результат нарушения регуляторных процессов, что способствует многократному усилению патологических механизмов вследствие неизбежного включения цепи связанных между собой внутриклеточных сигнальных процессов [1]. При этом возможно нарушение транскрипции генов определенных функциональных белков или ферментов, приводящее, в свою очередь, к той или иной степени клеточной дисрегуляции. Указанное обстоятельство обуславливает теоретическую универсальность и эффективность лекарственных препаратов, направленных на репарацию поврежденных клеточных мембран. В этом смысле на первый план можно поставить препараты, созданные на основе фосфолипидов, — универсальных компонентов всех клеточных оболочек.

Одним из таких препаратов является фосфоглив (ФГ) — новое лекарственное средство, которое содержит два активно действующих вещества: фосфатидилхолин (ФХ) и глицерризиновая кислота (ГЛК). Растительный ФХ приготовлен из соевых бобов и отличается высоким содержанием полиненасыщенных жирных кислот — линолевой и линоленовой. Это делает его более жидким, чем обычный мембранный ФХ, и позволяет выполнять роль «мембранного клея», способного репарировать дефекты поврежденных мембран [2]. Такое удачное сочетание позволили ФГ хорошо зарекомендовать себя в качестве высокоэффективного гепатопротектора [4, 5].

Целью настоящего исследования явилось изучение гепатопротективной и клинической эффективности комплексного растительного препарата ФГ при проведении базисной терапии у больных ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы

В исследование были включены 54 пациента (45 женщин и 5 мужчин) с различными клиническими формами достоверного РА.

Возраст больных колебался от 36 лет до 51 года (в среднем 43,1 года). Давность заболевания колебалась от 6 мес до 30 лет (в среднем 11,6 + 7,9 лет).

Критерии включения в исследование: информированное согласие; установленный диагноз ревматоидного артрита в соответствии с критериями АРА 1987 года. Критерии исключения: клинически значимые сопутствующие заболевания: инфекционные, аутоиммунные, инфаркт миокарда, НК IIБ — III стадии (классификация Стражеско-Василенко), сахарный диабет декомпенсированный, другие эндокринные заболевания, новообразования, гемоцитопении. Контрольную группу составили клинически здоровые люди.

Клинические методы оценки поражения суставов включали определение суставного индекса, числа болезненных и припухших суставов, суммарную оценку активности заболевания врачом и пациентом, а также выраженности боли по оценке пациента, с использованием визуальной аналоговой шкалы (ВАШ, мм), величину СОЭ (мм/ч). Суставной индекс в баллах использовали для оценки степени выраженности пальпаторной болезненности суставов по D.M. Ritchie и соавт. [3, 8]. Оценка эффективности терапии проводили с помощью комбинированного индекса активности DAS28 по рекомендациям EULAR.

Рентгенологическая стадия РА определялась по классификации Stein-broker путем стандартной рентгенографии кистей и дистальных отделов стоп в прямой проекции. По показаниям проводилась рентгенография других суставов.

Всем больным выполнено комплексное обследование, включающее клиническое исследование крови, мочи, биохимических показателей.

С целью выявления висцеральных поражений всем больным проводились рентгенография грудной клетки, ЭКГ; при необходимости ЭхоКГ, УЗИ внутренних органов.

До применения ФГ больные не менее полугода получали стабильную терапию НПВП (диклофенак-натрия 150–200 мг/сут, индометацин 10–150 мг/сут, пироксикам 60 мг/сут, мовалис 7,5 мг/сут), кортикостероиды в дозе от 5 до 20 мг/сут и базисное лечение (сульфасалазин 2 г/сут, метотрексат 7,5–10 мг/нед). ФГ, содержащий 0,065 г ФХ натриевой соли и 0,035 г ГЛК, применяли по 6 капсул в сутки в течение 12 нед.

Результаты и обсуждение

Утренняя скованность в среднем составляла $160,6 \pm 152,4$ мин, индекс Ричи был $16,1 \pm 4,7$ баллов, болевой синдром по ВАШ и состояние здоровья пациента (СЗП) — соответственно 66 ± 19 и $69,3 \pm 13,4$ мм. Число болезненных (ЧБС) и припухших суставов (ЧПС) было $9,8 \pm 2,6$ и $3,9 \pm 2,3$ соответственно. Активность воспалительного процесса по DAS/28 составляла $5,6 \pm 0,6$ баллов.

При анализе стойкой потери трудоспособности 34 (63%) больных были инвалидами. Из них III группа инвалидности отмечена у 5 (9,2%), II — у 24 (44,4%) и I группа — у 6 (9,4%). Длительность болезни РА в среднем составляла $11,6 \pm 7,9$ лет. Преобладали серопозитивные по РФ — 50 (92,6%) больных, в основном больные были со II степенью (74%) воспалительной активности, со II (48%) и III (42,6%) степенью функциональной недостаточности суставов. При рентгенологическом исследовании определялись чаще II — IV стадии (II — у 17 больных (31,5%), III — у 10 (18,5%), IV — у 26 (48,2%)).

Внесуставные проявления среди больных представлены ревматоидными узлами — в 16 (21%) случаях, периферической полинейропатией — у 7 (9%), синдромом Рейно — в 16 (27%), анемией — у 18 (23%), протеинурией — в 18 (23%), персистирующей лихорадкой — в 17 (22%) и похуданием — в 38 (43%).

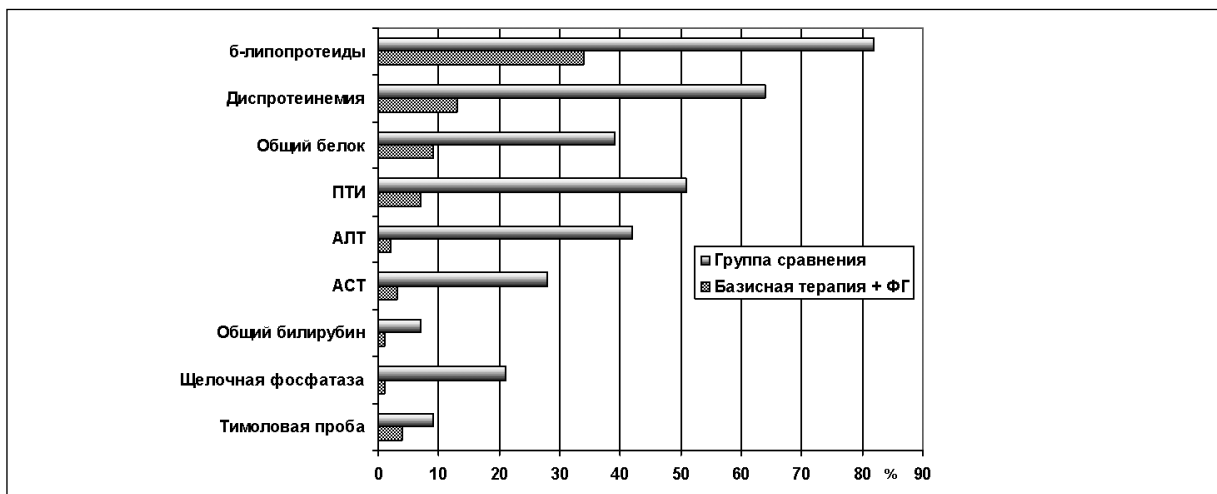
В результате биохимического исследования крови было выявлено увеличение содержания в крови триглицеридов ($1,86 \pm 0,22$ ммоль/л), активности гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП) ($24,35 \pm 2,23$ ед/л), аланинаминотрансферазы (АЛТ) ($21,64 \pm 2,31$ ед/л) и аспартатаминотрансферазы (АСТ) ($23,46 \pm 1,58$ ед/л) по

сравнению с показателями у практически здоровых лиц контрольной группы (соответственно $1,16 \pm 0,08$ ммоль/л, $p < 0,001$; $12,14 \pm 1,04$ ед/л, $p < 0,001$; $16,32 \pm 1,44$ ед/л и $17,56 \pm 1,42$ ед/л, $p < 0,05$), что коррелировало с данными ультразвукового сканирования печени.

Более частая регистрация у больных РА с изменениями эхо-структуры печени повышенного уровня ГГТП (у каждого 5-го обследованного пациента) по сравнению с увеличенными показателями щелочной фосфатазы и аминотрансфераз (у каждого десятого больного) подтверждает данные литературы о том, что ГГТП является более чувствительной к нарушениям в клетках печени, чем АЛТ, АСТ и щелочная фосфатаза [5].

Кроме того, у каждого третьего (у 31,13%) обследованного больного РА была выявлена гиперпротеинемия, у каждого 5-го (18,18%) — гипергликемия, у каждого 6-го (у 16,67%) — повышенный уровень лактатдегидрогеназы, что также коррелировало с патологическими изменениями эхо-структуры органов гепатобилиарной системы и поджелудочной железы. Отклонений от нормы других биохимических тестов у обследованных больных не отмечено, что свидетельствует о значительных компенсаторных возможностях исследуемых органов.

При анализе информации, полученной при сканировании печени, у 36 (66,7%) из 54 обследованных больных обнаружено увеличение размеров органа. Чаще наблюдалось увеличение размеров печени по правой срединно-ключичной линии из-под края реберной дуги на 2–4 см. Увеличение размера левой доли печени наблюдалось у 18,5% больных. Нечеткость контуров печени выявлена у 6 (24%) больных.



Частота проявления гепатотоксических реакций в группах лечения РА с ФГ и сравнения

При ультразвуковой сонографии гепатобилиарной системы у 17 (31,5%) из них выявлено увеличение размеров печени, неоднородность структуры паренхимы печени диагностирована у 38 (82,6%) человек. При эхографии этот сонографический признак характеризуется неоднородностью изображения паренхимы печени за счет чередования зон пониженной и повышенной контрастности и наличием мелких очажков высокой эхогенности, являющиеся отражением склерозированной сосудистой стенки и отека печеночной ткани. Расширение внутрипеченочных желчных протоков наблюдалось у 18 (33,33%) пациентов, что косвенно указывает на наличие холестаза и дилатацию их стенок. Наряду с облитерированными сосудами визуализировались расширенные внутрипеченочные вены у 19 (35,19%) больных.

В результате клинического наблюдения были получены данные, демонстрирующие положительное влияние препарата ФГ на симптомы течения токсического лекарственного поражения печени при лечении противоревматическими препаратами. Было отмечено, что применение гепатопротекторов дает статистически значимый позитивный эффект, существенно снижает риск развития холестаза уже на 2–4 нед лечения. Снижение и нормализация показателей, ассоциированных с внутриклеточным холестазом, наиболее демонстративны в отношении активности щелочной фосфатазы, которая достигала нормальных величин уже на 3-й нед лечения, а в группе сравнения не изменялась. Дополнительным подтверждением эффективности препарата является и более быстрая нормализация аминотрансфераз (4-я нед лечения), т.е. купирование синдрома цитолиза, характерного для лекарственного гепатита. Это влияние ФГ в условиях токсического поражения печени связано, безусловно, с его прямым гепатопротекторным (мембраностабилизирующим) действием, что особенно ценно при длительной противоревматической терапии.

При назначении ФГ были получены следующие результаты: улучшение самочувствия проявлялось уже на 2-й нед лечения снижением утомляемости, уменьшением или исчезновением желтухи и кожного зуда, уменьшением чувства тяжести в правом подреберье, восстановлением сна, повышением аппетита, активизацией умственной и физической деятельности.

При биохимическом исследовании крови отмечалось достоверное ($p < 0,05$) снижение

(от исходного) общего билирубина на $37,7 \pm 7,6\%$, активности АЛТ на $56,7 \pm 8,4\%$, АСТ — на $61 \pm 7,8\%$, ГГТП — на $51,3 \pm 6,4\%$ и ЩФ — на $32,3 \pm 3,9\%$ — на 20-й день лечения.

Ликвидация УЗИ-изменений зафиксирована у 2/3 больных, получавших ФГ, уже на 4–5-й нед лечения, что было связано с улучшением морфологических структур патологически измененного органа.

Таким образом, анализ полученных данных позволяет нам сделать выводы, что применение ФГ у пациентов с РА, получающих базисную терапию, позволяет:

- значительно уменьшить количество и выраженность гепатотоксичных реакций;
- избежать ситуаций, требующих временного прекращения терапии, что сокращает сроки лечения и предотвращает развитие осложнений;
- сохранить в схеме лечения эффективные препараты, добиться лучших результатов терапии.

Литература

1. Арчаков А.И., Сельцовский Ф.П., Ипатова О.М. и др. Фосфоглив: механизм действия и эффективность применения в клинике // Вопросы мед. химии. — 2002, 48, 2, 139–151.
2. Ипатова О.М., Арчаков А.И., Учайкин В.Ф. и др. Эффективность применения инъекционной формы Фосфоглива при лечении гепатитов // Росс. гастроэнтерол. — 2001. — 2, 127–130.
3. Насонов Е.Л., Чичасова Н.В., Имамединова Г.Р. Методы оценки поражения суставов, активности заболевания и функционального состояния больных ревматоидным артритом / Метод. пособие для врачей. — М., 2001.
4. Сторожаков Г.И., Байкова И.Е. Глицирризин в лечении хронических вирусных гепатитов // Клинич. Фармакол. и терап. — 2000, 9 (4), 39–41.
5. Учайкин В.Ф., Дунаевский О.А., Лучшев В.И. и др. Применение нового гепатопротектора Фосфоглив в лечении острых вирусных гепатитов // Клинич. мед. — 2000. — 5, 39–42.
6. Kelsell D.P., Dunlop J., Hodgins M.B. Human diseases: clues to cracking the connexin code? // Trends Cell Biol. — 2001, 11 (1), 2–6.
7. Ploeger B., Mensinga T., Sips A. et al. The pharmacokinetics of glycyrrhizic acid evaluated by physiologically based pharmacokinetic modeling // Drug . Metab. Rev. — 2001, 33 (2), 125–147.
8. Ritchie D.M., Boyle I.A., McInnes G.M. et al. Clinical studies with an articular index for the assessment of joint tenderness in patients with Rheumatoid arthritis // Quarterly J. Med. — 1968, 37, 393–406.
9. Zachariae H., Sogard H. Methotrexate induced liver cirrhosis. A follow-up. *Dermatologica*, 1987, 175, 178–182.

Купирование нарушений сердечного ритма в условиях скорой помощи

Заузолкова А.Я., Ферাপонтов М.Г.,
Ферапонтова Н.В.
МУЗ «Станция скорой медицинской
помощи» город-курорт Кисловодск

- НРС — 2012
- 1760 — 87,5% — оказана медпомощь по поводу НРС
- 252 — 12,5% — НРС, не требующая оказания медицинской помощи (при других заболеваниях)
- МА — 1124 — 68,4%
- Пароксизмальная тахикардия — 472 — 23,5%
- Нарушения проводимости — 36 — 1,7%
- Желудочковые экстрасистолы — 116 — 5,8%
- Желудочковые тахикардии — 12 — 0,6%

	2007 г.	2006 г.
Всего вызовов	65372	71818
Кардиологические заб-я	25559 – 39%	30568 – 42.6%
ИМ/кардиогенный шок	264/29 – 0.4%	278/33 – 0.3%
Стенокардия	1675 – 2.4%	2012 – 2.8%
Нарушения ритма	2012 – 3%	2381 – 3.3%
Отек легких	62	103
ГБ - криз	18730/2473 – 28.5%	22746/2277 – 31.6%

Терапия на догоспитальном этапе пароксизма мерцания предсердий

- Новокаиномид применялся в 50,5% всех случаев нарушения ритма
- Верапамил — 30,2%
- Кордарон — 3,6%
- Обзидан — 2,8%
- Купирование ангиального приступа — 12,8%

Более 60 лет	1088 — 54,1%
40–60 лет	600 — 30%
Менее 40 лет	72 — 3,6%
ИБС	62,4%
ГБ	37,6%
Госпитализация	70 — 3,4%
Повторные вызовы	4,9%

Купирование пароксизмальной тахикардии

- Верапамил — 74,6%
- Новокаиномид — 20,3%
- Обзидан — 2,5%
- Кордарон — 1,8%
- АТФ — 1,6%

Помощь при желудочковых нарушениях ритма

- Лидокаин — 69%
- При нарушениях проводимости — Атропин 0,1% — 1,0 мл — 1,7%

Итоги работы

- Оказание неотложной медицинской помощи проводилось с учетом НРС (монотерапия), а при повторных пароксизмах тахикардии учитывался опыт лечения предыдущих пароксизмов, что в большинстве случаев позволило купировать приступ на дому без последующей госпитализации.

Помощь при гемодинамически значимых нарушениях ритма

- Предсердные нарушения ритма: электрическая кардиоверсия, разряд от 200 до 360 Дж
- Наджелудочковые нарушения ритма: разряд от 100 Дж
- Желудочковые нарушения ритма: разряд от 200 до 360 Дж

Введение кордарона в дозе 150 мг в/в капельно при НРС, сопровождающих инфаркт миокарда с нормальным АД (при мерцательной аритмии) как в процессе скорой помощи на дому, так и во время транспортировки в стационар позволило предупредить развитие асистолии.

Итоги работы

- Частота обращений по поводу НРС по сравнению с 2006 годом имела тенденцию к снижению (0,3%).
- Восстановление синусового ритма является наилучшим подходом к лечению больных с пароксизмальным НРС, т.к. снижается риск ишемического инсульта и смертельного исхода.

- Лидокаин в качестве поддерживающей терапии при транспортировании больного в стационар не применялся в силу малой эффективности.
- Препаратом выбора для купирования суправентрикулярной тахикардии считаем АТФ.
- Основным методом восстановления сердечного ритма в случаях «гемодинамически значимых» аритмий считаем ЭИТ.

Острое нарушение мозгового кровообращения

Михайлова Т.Б. — врач специализированной кардионеврологической бригады МУ Станция скорой медицинской помощи г. Ставрополя

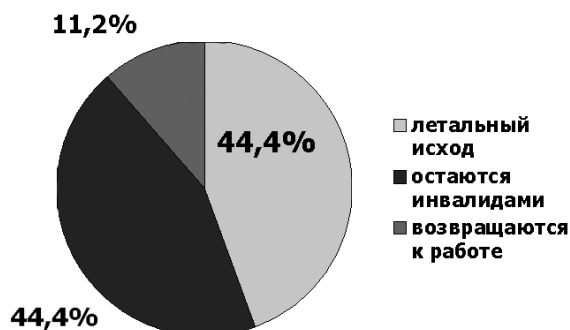
Эпидемиология ОНМК

- В России ежегодно переносят инсульт **450 тыс. человек**, т.е. каждые **1,5 минуты** у кого-то из россиян впервые развивается данное заболевание, при этом до **200 тыс.** случаев заканчиваются летальным исходом, а из выживших пациентов до **80%** остаются инвалидами разной степени тяжести. Лишь около **20%** выживших больных могут вернуться к работе.

ОНМК

- Цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) — одна из ведущих причин смертности и инвалидизации в РФ.
- Доля острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) в структуре общей смертности в нашей стране составляет 21,4%, а инвалидизация после перенесенного инсульта достигает 3,2 на 1000 населения, занимая первое место среди всех причин первичной инвалидизации.

Эпидемиология ОНМК



Эпидемиология ОНМК

- Частота инсультов колеблется в различных регионах мира **от 1 до 4 случаев на 1000 населения** в год, значительно нарастая с увеличением возраста. Инсульты у лиц в возрасте 65–74 лет встречаются почти в 6 раз чаще, чем в возрасте 45–54 лет.

Диагностика ОНМК

- Своевременная диагностика ОНМК на догоспитальном этапе, экстренная госпитализация и правильная лечебная тактика являются чрезвычайно важными в процессе оказания медицинской помощи больным с инсультом.
- Определение характера инсульта (геморрагический или ишемический) возможно только в стационаре после нейровизуализирующего исследования.

Клиника ОНМК

- Клиническая картина ОНМК характеризуется внезапным (в течение минут, реже часов) возникновением очаговой (или общемозговой и менингеальной в случае субарахноидального кровоизлияния) симптоматики, которая является основным критерием диагностики инсульта.
- Для правильной диагностики ОНМК исследуются очаговые, общемозговые и менингеальные симптомы.

Общемозговые симптомы

К общемозговым симптомам относятся:

- изменения уровня сознания,
- головная боль,
- тошнота,
- рвота,
- головокружение,
- генерализованные судороги.

Очаговые симптомы

- Односторонние (справа или слева) двигательные нарушения в конечностях в виде парезов (снижения мышечной силы) или параличей (полное отсутствие движений в конечности) – самые частые симптомы инсульта.
- Речевые нарушения (дизартрия, афазия).

Общемозговые симптомы

- Выделяют количественные и качественные формы изменения уровня сознания. К количественным относят: оглушение (поверхностное и глубокое), сопор, кому (первой, второй и третьей степени).
- Быстрый и несложный способ оценки уровня сознания пострадавшего — оценка по шкале Глазго. Максимальная оценка по шкале Глазго равна 15 баллам (сознание не изменено), минимальная — 3 баллам (смерть мозга).

Очаговые симптомы

- Асимметрия лица (сглаженность носогубной складки).
- Односторонние (в руке и/или ноге) нарушения чувствительности (гипестезия)
- Глазодвигательные нарушения.
- Гемианопсия (выпадение половин полей зрения), дисфагия (расстройства глотания) и др.

Общемозговые симптомы

- Качественные нарушения сознания заключаются в том, что пациент бодрствует, однако продуктивный контакт с ним затруднен или невозможен.
- Головная боль наиболее характерна для геморрагического инсульта.
- Судорожные припадки (тонические, тонико-клонические, клонико-тонические, генерализованные или локальные) также могут быть в дебюте инсульта, чаще всего геморрагического.

Менингеальные симптомы

- Менингеальный синдром является проявлением раздражения менингеальных оболочек, его развитие характерно для геморрагического инсульта. Выделяют следующие менингеальные симптомы:
- Ригидность затылочных мышц.
- Симптом Кернига.

Тактика ведения больных с ОНМК

- **Всех пациентов с подозрением на ОНМК необходимо госпитализировать**
- Транспортировка осуществляется на носилках с приподнятым до 30° головным концом, независимо от тяжести состояния больного.

Дифференциальная диагностика

- Первоочередной задачей на догоспитальном этапе является правильная диагностика ОНМК и дифференциальный диагноз инсульта с другими неотложными состояниями. Патологические состояния, наиболее часто требующие проведения дифференциальной диагностики с ОНМК следующие:

Тактика ведения больных с ОНМК

Относительные противопоказания для госпитализации

- Терминальная кома;
- Деменция с выраженной инвалидизацией до развития инсульта;
- Терминальная стадия онкологических заболеваний.
- Необходимо обеспечить максимально быструю транспортировку больных с инсультом в первые **3 часа от начала развития заболевания**, поскольку в это время в стационаре возможно применение наиболее эффективного метода лечения ишемического инсульта — **тромболитической терапии**.

Дифференциальная диагностика

- Гипогликемия.
- Эпилептический припадок.
- Осложненный приступ мигрени.
- Черепно-мозговая травма (ЧМТ).
- Менингит.
- Энцефалит.
- Опухоль мозга.
- Истерия.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 сентября 2206 года №643

Стандарт медицинской помощи больным с инсультом, неуточненным как кровоизлияние или инфаркт

Лечение ОНМК

- Лечение больных с ОНМК включает два основных направления — базисную и специфическую терапию.

Базисная терапия инсульта направлена на коррекцию жизненно-важных функций организма:

- поддержание дыхания,
- гемодинамики,
- водно-электролитного обмена
- обмена глюкозы,
- коррекцию отека мозга и повышенного внутричерепного давления,
- профилактику и борьбу с осложнениями

Коррекция АД

- **Рутинное снижение АД при инсульте недопустимо!**
- Постепенное снижение АД при ишемическом или недифференцированном инсульте допустимо только при цифрах, превышающих 200/110 мм рт.ст.
- Целевой уровень снижения АД до цифр, превышающих обычно АД на 15–20 мм рт.ст.
- Следует избегать любого резкого падения АД, в связи с чем недопустимым является назначение нифедипина, а в/в болюсное введение гипотензивных препаратов должно быть ограничено.

Лечение ОНМК

Две основные задачи:

1. Стабилизация нарушенных жизненно-важных функций с целью скорейшей доставки в стационар с «наименьшими потерями».
2. Поддержание жизненно-важных функций для создания прочной основы проведения дифференцированной терапии в стационаре.

Водно-электролитный обмен

- Основным инфузионным раствором следует считать 0,9% р-р хлорида натрия. Однако для быстрого восполнения объема циркулирующей крови, с целью поддержания адекватного АД, могут быть использованы и препараты на основе гидроксипроксиэтилкрахмала 6 или 10%-ного.

Коррекция дыхательных нарушений

- Оценка проходимости дыхательных путей. Необходимо устранить причины, затрудняющие дыхание.
- При снижении сознания (ниже 9 баллов по шкале Глазго), брадипноэ < 12 в 1 мин, тахипноэ > 35–40 в 1 мин показаны интубация и проведение ИВЛ.
- При снижении SaO₂ до 92% и/или повышении ЧДД, нарушении ритма дыхания, появлении или прогрессировании цианоза, клинических признаков отека легких, ТЭЛА, пневмонии необходимо проведение оксигенотерапии с начальной скоростью подачи кислорода 2–4 л/мин.

Отек мозга и повышение ВЧД

- Все пациенты должны находиться в постели с приподнятым до 30° головным концом (без сгибания шеи!).
- Введение гипоосмолярных растворов противопоказано.
- При появлении и/или нарастании признаков нарушения сознания — осмотические препараты: маннитол в дозе 0,5–1,0 г/кг каждые 6 час в/в быстро.

Купирование судорожного синдрома

- Для купирования генерализованных судорожных припадков и фокальных судорожных припадков используют диазепам 10 мг в/в медленно, при неэффективности повторно 10 мг в/в через 3–4 мин.

Нейропротективная терапия

- Семакс — синтетический аналог фрагмента аденочортикотропного гормона, обладающий ноотропными свойствами и лишенный гормональной активности. При ОНМК применяется 1% раствор по 3 капли в каждый носовой ход.

Нейропротективная терапия

- Нейропротективная терапия возможна на догоспитальном этапе до выяснения характера нарушений мозгового кровообращения.
- В настоящее время могут быть рекомендованы к использованию в остром периоде инсульта следующие препараты: **кормамгезин, глицин, семакс, мексидол.**

Клинические исследования

1. Российский государственный медицинский университет (Москва).
2. Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова (Москва).
3. НИИ неврологии РАМН (Москва).
4. Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (С.-Петербург).
5. НИИ неврологии им. В.М. Бехтерева (С.-Петербург).

Нейропротективная терапия

- В качестве нейропротектора серно-кислая магнезия должна вводиться в/в медленно: 10 мл 25% р-ра в разведении на 0,9% р-ре хлорида натрия в течение 30 мин.
- Глицин (для пациентов, находящихся в сознании) применяется сублингвально по 1 г (или 10 таблеток по 100 мг).

- Проведенные клинические исследования показали, что включение Семакса в комплекс интенсивной терапии острого полушарного ишемического инсульта снижает показатели ранней летальности, оказывает благоприятное действие на выраженность и скорость восстановительных процессов. Оптимальная доза Семакса 1% при инсультах средней тяжести составляет 12 мг/сут, при тяжелых инсультах — 18 мг/сут.

*Скворцова В.И., чл.-корр. РАМН, проф.,
директор НИИ инсульта ГОУ РГМУ
Росздрава*

Нейропротективная терапия

- **Мексидол** вводится в/в струйно, в течение 5–7 мин или капельно 0,2–0,4 (4–8 мл) в растворе натрия хлорида 0,9% — 100 мл.

Часто встречающиеся ошибки

- Применение хлористого кальция, викасола, аминакапроновой кислоты или аскорбиновой кислоты.
- Применение гипотензивных препаратов, резко снижающих АД.
- Назначение ацетилсалициловой кислоты.
- Применение фуросемида.
- Отказ от госпитализации больных с ТИА.
- Ноотропы в остром периоде инсульта.

Препараты, применение которых при инсульте не рекомендуется

- Фуросемид.
- Пирацетам.
- Эуфиллин.
- Дексаметазон.
- Преднизолон.
- Нифедипин.

НОВОСТИ

В Аткарске Саратовской области после реконструкции открылась городская поликлиника, сообщили в Минздраве Саратовской области

На ее реконструкцию и оснащение из областного и федерального бюджетов было выделено 35 млн руб. (20 млн руб. — из областного, 15 млн руб. — из федерального).

В рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в учреждение были поставлены 22 единицы оборудования, в том числе электрокардиографы, флюорограф, электронный маммограф, рентгеновский и УЗ-аппараты. Кроме того, для ЦРБ Аткарска в 2008 году были закуплены стационарный аппарат искусственной вентиляции легких, операционное оборудование.

www.regnum.ru

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И СТАНДАРТЫ НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БОЛЬНЫХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В.Л. Бараташвили

Работа выполнена в Московском государственном медико-стоматологическом университете Министерства здравоохранения РФ, на Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова г. Москвы и в Научном центре здоровья детей РАМН.

Общая характеристика работы

Актуальность проблемы

В последние десятилетия значительно возросла частота случаев хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), среди которой наиболее тяжело протекает бронхиальная астма (Чучалин А.Г., 2002; Хаитов Р.М., 2003).

Распространенность бронхиальной астмы (БА) неодинакова в различных популяциях и регионах земного шара. Она зависит от интенсивности экспозиций аллергенов, загрязнения окружающей среды, изменения пищевого рациона, иммунной реактивности и генетических особенностей у людей (Smith J.M., 1975; David T.J., 1985; Carr W., 1992; Davidson A.E., 1994). Так, например, изменение общего уровня IgE в подавляющем большинстве определяется наследственностью (Meysers D.A., 1994). Помимо этого частота выявления БА зависит от используемых диагностических критериев, улучшения информированности медицинских работников и населения, диагностирования БА физического усилия или тех случаев, которые ранее трактовались как астматический бронхит.

В России имеет место гиподиагностика БА. По официальным данным, распространенность заболевания в России составляет менее 1%, тогда как в ряде исследований, выполненных в соответствии с рекомендациями

Европейского общества пульмонологов, она составила 5% среди взрослого населения и более 7% — у детей, что в абсолютных цифрах составляет около 7 млн больных.

Для возникновения бронхиальной гиперреактивности и атопической сенсibilизации у детей предрасполагающими факторами являются вредные привычки (курение во время беременности повышает уровень IgE в пуповинной крови новорожденных и в 4 раза увеличивает риск аллергических заболеваний в первые 18 мес. жизни (Anderson H.R., 1987; Gold D.R., 1993; Infante-Richard C., 1993); недоношенность; искусственное вскармливание; перенесенные пневмония или коклюш; аллергические болезни у ребенка (аллергический ринит, атопический дерматит), использование в быту увлажнителей воздуха и электроотопительных приборов (Dold S. et al., 1992). Во многих случаях тяжесть БА недооценивается больными, родителями, врачами, а степень контроля переоценивается. Следствием этого являются недостаточно эффективное лечение, низкий комплаенс, риск прогрессирования и более тяжелого течения заболевания вплоть до летальных исходов.

Особую актуальность приобретает БА у пожилых больных. Это связано как с перераспределением возрастной структуры населения за счет увеличения людей пожилого и старческого возраста, так и с увеличением с возрастом частоты ХОБЛ и БА. Так, БА диагностируется у пациентов пожилого и старческого возраста в 6–43% (Маслова Т.А., Ками-

нин А.И.). Существует мнение, что при целенаправленном исследовании БА выявляется у каждого второго пациента пожилого и старческого возраста с затрудненным дыханием (Акимова Л.Г., Манукян Л.М., Поспилова Р.А., Алиева З.И., 1996). В этом плане ситуация осложняется мультиморбидностью патологии у пожилых, снижением адаптационных возможностей, и как следствие — утяжеление заболевания и трудности в коррекции респираторных нарушений (Бобков В.А, Омельяненко М.Г., Аркина А.И., 1986).

Многие авторы обращают внимание на сочетание БА и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), что особенно актуально у больных пожилого возраста (Батагов С.Я., Немцов В.И., Качанова Т.И., 1997). Так, у этих лиц ИБС диагностируется от 18 до 90,0% (Логвиненко А.С., 1996; Quesenberry P.J. et al., 1999), постинфарктный кардиосклероз — в 7–8%, артериальная гипертензия — в 21–27% (Kurland G. et al.). Показано, что среди пациентов, обращающихся за скорой медицинской помощью по поводу ангинозных болей, многие имеют симптомы плохо контролируемой астмы. Диапазон представлений о тяжести течения ССЗ у больных БА достаточно широк: от выраженных проявлений сердечной недостаточности, нарушений ритма и проводимости до клинически малосимптомных форм. Одним из объяснений более легкого течения ССЗ у больных БА старшего возраста являются ваготония, приводящая к повышению внутриклеточного содержания ЦГМФ и дилатации коронарных артерий, функциональная блокада бета-адренорецепторов, снижающая потребность миокарда в кислороде, уменьшение венозного возврата к сердцу при наличии бронхиальной обструкции, способствующая гемодинамической разгрузке сердца. Но параллельно действуют и отягчающие факторы: гипергистаминемия у больных БА приводит к спазму коронарных артерий, а гипоксемия усугубляет недостаточность кровоснабжения миокарда кислородом.

Основной причиной утяжеления течения БА, увеличение числа госпитализаций в отделение интенсивной терапии и имеющиеся случаи летальных исходов обусловлены неадекватным лечением заболевания, прежде всего его обострения.

В основе заболевания лежит хроническое аллергическое воспаление бронхов, сопровождающееся их гиперреактивностью и кли-

нически проявляющееся периодическими приступами затрудненного дыхания или удушья в результате бронхиальной обструкции, обусловленной бронхоконстрикцией, гиперсекрецией слизи, отеком стенки бронхов. В Великобритании от БА ежегодно умирает 1500 больных в год (Geen R., 2002), в Швейцарии у молодых в возрасте от 1 до 34 лет с 1994 по 1998 год смертность от БА была в 37 случаях из 6,5 млн человек, проживающих в стране (Roman G., 2002), в США у пациентов 18–40 лет с 1980 по 1990 гг. эта смертность увеличилась на 50% (Wenzel S., 2002), а в России она составляет 0,2 на 100 тыс. детей в возрасте 0–15 лет. Изучение летальных исходов у больных БА показывает, что почти 50% смертей можно было бы предотвратить, так как они связаны с неадекватным лечением или неправильным оказанием экстренной медицинской помощи. Поэтому ранняя диагностика и своевременное начало адекватного лечения чрезвычайно важны для предотвращения формирования необратимых изменений в дыхательных путях, инвалидности и смертности больных БА.

Отсутствует настороженность и в отношении специально выделенных групп риска, к которым относятся подростки, пациенты, длительно использовавшие или недавно прекратившие прием системных кортикостероидов, бесконтрольно употребляющие высокие дозы бета-2-агонистов, несколько раз госпитализировавшихся в отделение интенсивной терапии в течение последнего года, имеющие более двух обращений на СМП за последние сутки (Вёрткин А.Л., Намазова Л.С., 2002).

Таким образом, высокая распространенность, тяжесть течения и неблагоприятный прогноз определяют БА как одну из самых значимых медико-социальных заболеваний в современном мире (Чучалин А.Г., 2001; Шмелев Е.И., 2002; Horsley G.R., 1985; Burrows B., 1989).

Как правило, первой инстанцией, куда обращаются больные по поводу обострения БА является скорая медицинская помощь (СМП). По данным Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи (ННПОСМП) доля БА составляет от 3 до 5% от общего количества вызовов СМП, 10–25% пациентов госпитализируются, а догоспитальная летальность составляет 0,04% от общего количества вызовов (Верткин А.Л., Намазова Л.С., 2001, 2002).

Традиционно сложилось, что в нашей стране неотложная терапия при обострении БА нередко проводится устаревшими и утратившими свою клиническую значимость лекарственными средствами. Так, на Втором международном конгрессе «Скорая помощь-2001» при проведении анкетирования врачи СМП среди средств, которые они используют для лечения обострения БА, называли эуфиллин (90%), адреналин (45%), супрастин (28%), димедрол (19%), реланиум (17%), сердечные гликозиды (16%), но-шпа (14%), папаверин и фуросемид (по 12%), анальгин и глюконат кальция (по 9%). Использование данных препаратов не только малоэффективно, но и сопровождается высокой частотой побочных действий, способствует росту повторных вызовов и госпитализаций, а также в значительной степени повышает расходы на лечение. Особенно это бывает трагичным при применении этих лекарственных средств у детей, у пожилых больных и на фоне сопутствующих ССЗ. Более того, использование этих препаратов врачами СМП в ургентных состояниях способствует появлению у пациентов веры именно в эти препараты, вводимые, как правило, парентерально, которые они в дальнейшем приобретают и самостоятельно без пользы применяют при обострении заболевания.

В соответствии с Глобальной стратегией по профилактике и лечению бронхиальной астмы (ВОЗ, 2002) и Федеральным руководством по использованию лекарственных средств (Москва, 2003) лечение обострения БА предполагает применение только селективных бета-2-агонистов короткого действия, холинолитиков, их сочетания, а также глюкокортикостероидов (ГКС) и метилксантинов. При этом особую роль приобретают новые технологии неинвазивных аэрозольных способов быстрой доставки препаратов в дыхательные пути, чем достигается высокая местная активность ингаляционных средств, позволяющая не только эффективно уменьшать проявления бронхоспазма, но и в значительной степени снижать частоту системных побочных эффектов лекарственных средств.

Наряду с качественной ургентной помощью важным представляется лечение, направленное на профилактику обострения и улучшения качества жизни больных БА (Чучалин А.Г., 1996; Британское торакальное общество, 1997), что достигается путем адекватного контроля над симптомами заболевания

при помощи длительной противовоспалительной терапии ингаляционными ГКС. Эти препараты надежно улучшают функцию легких, снижают вариабельность в дневном колебании пикового объема форсированного выдоха, снижают потребность в пероральном приеме ГКС, уменьшают частоту обострений, госпитализаций и развитие необратимой обструкции дыхательных путей (Barnes N.O., 1994, 1998; Дворецкий А.Г., 1995; Paggiaro L.P., 1998).

Для лечения больных БА сравнительно недавно стали использоваться комбинации длительно действующих бета-2-агонистов (сальметерол, формотерол) и кортикостероидов (фликсотид, будесонид). Главным преимуществом такой комбинированной терапии является увеличение эффективности лечения БА даже при использовании низких доз ингаляционных кортикостероидов. Сочетание препаратов двух классов оказывает воздействие на различные проявления бронхиальной астмы, что может улучшить контроль заболевания. Отчетливо выраженные противовоспалительные свойства ингаляционных кортикостероидов обуславливают при их назначении больным БА с разной степенью тяжести и, независимо от возраста, хорошо известные клинические эффекты: повышают функциональные показатели внешнего дыхания, снижают бронхиальную гиперреактивность, уменьшают частоту обострений и выраженность симптомов, улучшают качество жизни.

В последние годы все более широкое распространение при обострениях БА получает небулайзерная терапия, которая позволяет местно вводить высокие дозы бронхоспазмолитиков с целью получения быстрого эффекта. Проведенные за рубежом исследования показали, что после внедрения в практику лечебных стандартов, предусматривающих небулайзерную терапию, наряду с улучшением качества медицинской помощи, уменьшилась стоимость лечения больных с обострением БА (Фармакопея США, 1977; Британское торакальное общество, 1999).

Сложившаяся в России практика свидетельствует о том, что больные, часто обращающиеся на СМП при обострении БА, не стремятся продолжить лечение в профильных учреждениях. Среди пациентов существуют и такие, для которых только купирование приступа является основным способом лечения, и они предпочитают пользоваться услугами

всегда доступной и бесплатной СМП. Между тем, основными слагаемыми этой «бесплатной помощи» являются: стоимость первичного вызова (амортизация оборудования, транспортные расходы, заработная плата персонала, налоги и др.) и затраты на лекарственные средства. В Москве сумма данных затрат в год составляет в среднем 1 320 4886 руб., в том числе на медикаменты — 2 699 112 руб. Если к этому добавить затраты на повторные вызовы (726 312 руб. и 148 460 руб. соответственно), то общая сумма, связанная с расходами только СМП составит 13 931 198 рублей!

Можно ли в этой ситуации что-либо изменить? При условии совершенствования службы СМП, подготовке специалистов, улучшения материально-технического обеспечения оснащения бригад, внедрения новых технологий экстренной помощи больным и стандартов современной терапии ответить на этот вопрос можно утвердительно.

Решению этих насущных вопросов и посвящено настоящее исследование.

Цель исследования

Разработать и внедрить отраслевой Стандарт и Протокол преемственного ведения больных с обострением бронхиальной астмы на догоспитальном этапе.

Задачи исследования

1. Оценить распространенность и медико-социальное значение бронхиальной астмы на догоспитальном этапе.

2. Предложить методику повышения образования врачей и фельдшеров СМП и обеспечить технические условия для современной помощи больным с обострением бронхиальной астмы.

3. Установить наиболее оптимальный препарат, дозу и способы введения при оказании неотложной помощи больным бронхиальной астмой различной степени тяжести, возраста и сопутствующей патологии.

4. Выявить IgE-опосредуемый механизм аллергических реакций, вызванный сенсибилизацией организма к экзогенным аллергенам, для назначения соответствующей базисной противовоспалительной терапии и аллерген специфической иммунотерапии.

5. Создать систему преемственного ведения больных бронхиальной астмой на до-

госпитальном этапе и оценить ее эффективность.

6. Создать Протокол и Стандарт ведения больных с обострением бронхиальной астмы на догоспитальном этапе.

Научная новизна

Впервые в практике СМП организовано и проведено открытое, контролируемое и многоцентровое клиническое исследование «БАНТ» по оценке эффективности и безопасности ингаляционной терапии больных с обострением БА.

Впервые создан реестр вызовов СМП по г. Москве и округам РФ по поводу обострения бронхиальной астмы, согласно которому частота вызовов СМП к больным с обострением БА составляет половину всех вызовов СМП по поводу неотложных бронхолегочных заболеваний и синдромов, требующих экстренной медицинской помощи.

Выявлено, что частые вызовы СМП наблюдаются среди больных длительно и бессистемно применяющих системные ГКС, не наблюдающиеся специалистом и не обучающиеся в Астма-школе.

Разработаны и внедрены образовательные программы для врачей и фельдшеров СМП и больных БА в РФ.

Впервые создана этапная система по внедрению новых технологий с использованием небулайзерной терапии на СМП, включающая как разработку методики лечения, оснащение бригад СМП небулайзерами и пикфлоуметрами, так и обучение персонала, мониторинг контроля эффективности и безопасности лечения.

Определены преимущества новых технологий ведения и мониторинга больных БА на догоспитальном этапе по сравнению с традиционным лечением как по эффективности и безопасности, так и по стоимости.

Доказано, что небулайзерная терапия обострения БА на догоспитальном этапе является более эффективным методом по сравнению с традиционным лечением вне зависимости от сопутствующей патологии и степени тяжести обострения БА.

При традиционной терапии с применением двух и более препаратов эффективность, хотя и достигается более чем у половины больных БА, сопровождается в половине случаев проаритмогенным действием лекарственных средств.

Выявлено преимущество небулайзерной терапии перед дозированными аэрозольными ингаляторами. По результатам анкетирования больных действие небулайзерной терапии оценено большинством пациентов как более быстрое, эффективное и длительное.

Впервые на СМП внедрена оценка эффективности лечения с использованием пикфлоуметрии и разработана система преемственного ведения детей и подростков с бронхиальной астмой.

Установлено, что у подавляющего большинства часто вызывающих СМП по поводу обострения БА детей определяется отягощенная по аллергическим заболеваниям наследственность, высокие уровни общего IgE в сыворотке крови, другие проявления аллергии — круглогодичный аллергический ринит/риносинусит и/или поллиноз и/или атопический дерматит.

Доказано, что своевременно проведенное у часто вызывающих СМП детей детальное клиническое, аллергологическое и иммунологическое обследование, назначение адекватной противовоспалительной терапии, обеспечивает снижение частоты обострения БА и вызовов бригад СМП.

Впервые в РФ созданы отраслевой Стандарт и Протокол ведения больных с БА на догоспитальном этапе.

Практическая значимость

В рамках исследования впервые были разработаны и внедрены протокол образовательных программ для врачей и фельдшеров СМП и больных БА, индивидуальная регистрационная карта и анкета пациента, применяемая в условиях догоспитального этапа. В программах используются новейшие технологии компьютерных коммуникаций, система «кейсов» и тестового контроля.

Установлено, что чаще СМП вызывают больные БА с длительностью заболевания более 5 лет, не наблюдающиеся специалистом и при этом имеющие низкий социальный статус.

Разработана методика ингаляционного введения бета-2-агонистов (сальбутамол) и комбинации их с М-холинолитиком (беродуал) с помощью небулайзера в зависимости от степени тяжести приступа БА у больных взрослых и детей на догоспитальном этапе.

Определены оптимальные дозы и режимы применения беродуала и вентолина при купиро-

вании приступа БА разной степени тяжести у больных различных возрастов.

Показано, что небулайзерная терапия обострения БА на догоспитальном этапе является более эффективным методом по сравнению с традиционным лечением вне зависимости от сопутствующей патологии и степени тяжести обострения БА и вызывает значительно меньшее количество побочных эффектов.

Установлено, что применение небулайзерной терапии на догоспитальном этапе в 1,6 раза экономически выгоднее традиционной терапии.

Своевременно и правильно подобранная базисная противовоспалительная терапия и проведение аллерген-специфической иммунотерапии приводят к снижению степени тяжести и частоты обострений БА.

Внедрение новых технологий ведения больных при обострении БА позволило сократить число вызовов СМП в г. Москве в 2000 г. на 11,0% , в 2001 г. — на 26,2% и в 2002 г. — на 28,2% по сравнению с 1999 годом.

Внедрение результатов исследования

Разработаны, утверждены Комитетом здравоохранения Правительства г. Москвы и внедрены в практику методические рекомендации «Догоспитальная помощь больным бронхиальной астмой» (2000 г.).

Результаты исследования внедрены в практику работы станций СМП г. Москвы — 33 подстанции, Брянска, Нальчика, Пятигорска, Курска, Ессентуков, Южно-Сахалинска, Усть-Илимска, Норильска, Иванова, Сыктывкара, Серова, Нефтеюганска, Йошкар-Олы, Твери, Самары, Челябинска, КДЦ и ОСЗТ НЦЗД РАМН и используются в учебном процессе на кафедрах клинической фармакологии и внутренних болезней МГМСУ.

Проведены более 100 очных и очно-заочных циклов усовершенствования врачей СМП Москвы и РФ, общее количество слушателей — более 4000 человек. Заочная часть очно-заочных циклов проводилась методом дистанционного обучения и контроля знаний или через Интернет или систему «кейсов».

Налажена регулярная методическая работа на подстанциях г. Москвы с участием администрации ССиНМП, старших врачей, а также главного пульмонолога Департамента здравоохранения г. Москвы.

Положения, выносимые на защиту

1. Внедрение Протокола и Стандарта ведения больных БА на догоспитальном этапе позволяет улучшить качество медицинского обслуживания, уменьшить количество вызовов СМП, в том числе и повторных, госпитализаций, обеспечить безопасность лечения и фармакоэкономический эффект.

2. Преемственное ведение больных БА позволяет улучшить диагностику заболевания, уменьшить число обострений и повысить качество жизни.

Содержание работы

Материал и методы исследования

Исследование проведено у 5478 больных (5206 старше 17 лет и 272 младше 17 лет), обратившихся в Астма-школу САО г. Москвы, на 24 подстанции ССиНМП г. Москвы и ОСЗТ НЦЗД РАМН по поводу обострения БА за период 1999–2001 годов (табл. 1).

В последние годы все более широкое развитие при обострениях БА получила так называемая небулайзерная терапия. На сегодняшний день данная техника доставки ингаляционных препаратов считается обязательной во многих нормативных документах и стандартах лечения БА как за рубежом, так и в России.

В связи с этим был начат проект по внедрению в практику НБТ при оказании неотложной помощи больным БА на ССиНМП г. Москвы. Работа состояла из пяти этапов (см. схему).

Схема

Этапы проведения исследования

Этап I

Создание реестра вызовов СМП в РФ и выбор Центров для исследования.



Этап II

Оценка исходной информированности больных БА и сотрудников СМП. Обучение медицинского персонала СМП и больных, оснащение бригад СМП небулайзерами, пикфлоуметрами и медицинскими препаратами, необходимыми для исследования.



Этап III

Проведение открытого, контролируемого, многоцентрового клинического исследования и оценка его эффективности.



Этап IV

Организация, внедрение и оценка эффективности преемственного ведения больных с обострением БА на догоспитальном этапе.



Этап V

Создание отраслевого Стандарта и Протокола ведения больных с БА на догоспитальном этапе.

Таблица 1

Общее количество, методы обследования и лечения больных БА

Методы обследования и лечения	Количество больных	
	> 17 лет	≤ 17 лет
Астма-школа	2742	–
Анкетирование (по телефону)	770	180
НБТ * (I группа) в том числе:	2797	208
беродуал (1А);	1622	–
вентолин (1Б)	1175	–
оптимальная доза беродуала	995	–
оптимальная доза вентолина	730	–
эффективность у пожилых	1600	–
эффективность с сопутствующими ССЗ	1579	–
ТРТ ** (II группа) в том числе:	2409	46
эффективность у пожилых	1420	–
эффективность с сопутствующими ССЗ	1207	–
Преемственное ведение и аллергоиммунологический статус	–	18

Примечание: * — небулайзерная терапия, ** — традиционная терапия.

Мониторинг эффективности внедрения проекта осуществлялся путем непосредственного общения с персоналом бригад СМП, анализа специально разработанных клинических карт и анкет-опросников больных. Постоянно осуществлялась координация работы по внедрению проекта с организаторами здравоохранения, главными специалистами, заведующими подстанций и компаниями, представляющими различные модели небулайзеров и лекарственные препараты. Опыт внедрения небулайзерной терапии на ССиНМП г. Москвы был внедрен в другие Центры исследования.

На **I этапе** проведен анализ статистических данных архивов СМП, входящих в общую клиническую базу региональных отделений ННПОСМП в различных Федеральных округах РФ. По наиболее высокому количеству вызовов СМП (табл. 2) по поводу обострения БА были выбраны города-центры для исследования: Москва, Нальчик, Кисловодск, Ессентуки, Пятигорск, Смоленск, Тверь, Курск, Пермь, Йошкар-Ола, Сатка (Челябинская область), Усть-Илимск, Норильск, Иваново, Нефтеюганск и Южно-Сахалинск.

Как видно из представленных данных, частота вызовов больных БА составляет примерно половину всех вызовов СМП по поводу бронхолегочных заболеваний (БЛЗ) и не имеет существенную тенденцию к снижению за период 1998–2000 гг.

Для определения высокой «популярности» заболевания из 5478 пациентов на **II этапе** исследования были проанализированы 2742 вызова СМП по поводу обострения БА, обратившихся затем в Астма-школу САО г. Москвы за два года (1999–2000).

Внедрение образовательных программ для врачей и фельдшеров СМП проводилось в нескольких направлениях. В 2000 году, в соответствии с требованиями Комитета здравоохранения Правительства г. Москвы, внедрение новых технологий диагностики и лечения на СМП города осуществлялось путем подготовки методических рекомендаций, проведения постоянных семинаров с сотрудниками СМП, старшими врачами подстанций. В методических рекомендациях «Догоспитальная помощь больным бронхиальной астмой» последовательно были представлены определение болезни, механизмы обструкции дыхательных путей и факторы риска развития БА, а также диагностические критерии, классификация тяжести обострения БА, нормативы показателей ФВД, ЧСС, ЧДД, примеры постановки диагноза, типичные ошибки лечения, необоснованность устаревших, утративших свою клиническую значимость, малоэффективных лекарственных средств, используемых на догоспитальном этапе. В методических рекомендациях и на проводимых семинарах (более 100), в которых участвовало более 1500 сотрудников ССиНМП г. Москвы обсуждались основные показания к применению небулайзеров на догоспитальном этапе, их преимущества, техника ингаляции и их правильная обработка, критерии эффективности проводимого лечения, показания для госпитализации, правильная транспортировка больного.

С опытом ССиНМП г. Москвы, методическими рекомендациями и материалами семинарских занятий были ознакомлены сотрудники СМП других городов России. Это позволило на **III этапе** провести открытое,

Таблица 2

Характеристика вызовов СМП по поводу обострения БА в РФ

Города	Частота вызовов			Доля больных в общем количестве вызовов (%)			Доля БА в общем количестве вызовов по поводу БЛЗ (%)		
	1998	1999	2000	1998	1999	2000	1998	1999	2000
Москва	50519	59932	53342	3,2	3,1	3,0	23,4	22,7	20,5
Пермь	7034	7820	6137	-	-	-	-	-	-
Курск	5013	5199	4511	3,1	3,0	2,7	-	-	-
Смоленск	3638	3586	2434	4,2	4,0	3,9	57,0	56,6	48,2
Брянск	3098	2917	3185	-	-	-	-	-	-
Тверь	3759	3469	2784	3,3	3,1	2,4	-	-	-
Нальчик	2279	2421	2608	2,5	2,6	2,5	64,0	70,0	68,0
Пятигорск	768	908	812	3,3	4,6	3,6	-	-	-
Сатка	-	-	-	-	-	-	-	32,8	25,0
В среднем	-	-	-	3,3	3,4	3,0	48,1	45,5	40,4

контролируемое, многоцентровое клиническое исследование эффективности небулайзерной терапии при оказании неотложной помощи больным с обострением БА. В этой части работы анализу подверглись 5206 больных старше 17 лет и 254 больных младше 17 лет. В зависимости от проведенного лечения все больные были распределены на две группы: группа I с применением небулайзерной терапии (НБТ) и группа II — традиционной терапии (ТРТ).

Среди 5206 больных старше 17 лет преобладали женщины — 3306 (63,5%), мужчин было 1900 (36,5%). Средний возраст составил $57,8 \pm 1,9$ лет. Сопутствующая патология была диагностирована у 4440 (85,3%) пациентов, в том числе сочетание двух и более сопутствующих заболеваний, которые зачастую были в стадии обострения или декомпенсации. Из 4440 больных наиболее часто БА протекала на фоне хронического бронхита — 4018 (90,5%), артериальной гипертензии — 2271 (51,1%), ишемической болезни сердца — 1476 (33,2%) и сахарного диабета — 201 (4,5%). Без сопутствующих заболеваний наблюдалось 766 (14,7%) больных.

Обострение БА легкой степени тяжести было выявлено у половины обратившихся больных — 2716 (52,2%), средней тяжести — у 1887 (36,2%), тяжелое — у 594 (11,4%). У 9 пациентов (0,2%) обострение протекало в виде астматического статуса, с угрозой остановки дыхания.

Постоянную терапию в амбулаторных условиях получали 4515 (86,7%) больных. Из них ингаляционные бета-2-агонисты (беротек, вентолин, астмопент, беродуал) в виде дозированного аэрозольного ингалятора (ДАИ) принимали 3766 (83,4%) больных, метилксантины (теофиллины — эуфиллин, теопек, ретафил) — 1904 (42,2%), холинолитики (атровент) — 137 (3,0%) и глюкокортикостероиды (ингаляционно или перорально) — 1196 (26,5%). Постоянно не лечился 691 (13,3%) больной.

По данным анкетирования, проведенного у 770 пациентов, наследственность по БА была отягощена у 155 (20,1%) больных; курили 117 (15,2%); наличие профессиональных вредностей имело место у 124 (16,1%) больных. Аллергическими заболеваниями (поллиноз, дерматиты и т.д.) страдали 139 (18,0%), аллергия на домашнюю пыль, животных, пищевые продукты, пыльцу и др. отмечались у 431 (56,0%) больного.

Продолжительность БА до 5 лет из 770 отмечали 120 (15,6%) больных, от 5 до 10 лет — 247 (32,1%), 11–15 лет — 275 (35,7%), 16–20 лет — 51 (6,6%), более 20 лет страдали 77 (10,0%) пациентов. При этом 154 (20,0%) отмечали положительную динамику заболевания, 445 (57,8%) — отрицательную, остальной 171 (22,2%) затруднился ответить.

Частота обострений в год в среднем составила $20,0 \pm 1,3$ ($p < 0,05$). Среди факторов, вызывающих обострение заболевания, 397 (51,5%) из 770 отметили респираторную инфекцию, 528 (68,6%) — изменение погодных условий, 488 (63,4%) — холодный воздух. Меньшее значение среди причин, способствующих обострению БА, имели эмоциональный стресс и физическая нагрузка (45,0 и 46,6%, соответственно), а также другие факторы (37,0%). Затруднился ответить 21 (2,3%) больной. Существенная роль в обострении БА принадлежала сочетанию нескольких факторов (23,7%).

Из опрошенных 770 пациентов 497 (64,5%) вызывали СМП от 1 до 5 раз в год, 141 (18,3%) — от 6 до 10 раз, 112 (14,6%) — 11 до 20 раз и 20 (2,6%) более 20 раз в год.

Частота госпитализаций за год составила: 1 раз — 347 (45,1%) пациентов, 2 раза — 149 (19,3%), 3 раза — 61 (7,9%), более 3 раз — 56 (7,3%) больных. Не госпитализировались за последние 3 года 157 (20,4%) больных.

Среди 254 больных младше 17 лет преобладали мальчики — 166 (65,3%), девочек было 88 (34,7%). Средний возраст составил $9,3 \pm 0,9$ лет. Превалировали дети в возрасте от 4 до 6 лет — 105 (41,3%) пациентов.

По степени тяжести обострения БА среди больных младше 17 лет пациентов со средне-тяжелым приступом было 109 (42,9%), тогда как легкая степень выявлена у 85 (33,5%) и тяжелая у 60 (23,6%).

Постоянную терапию в амбулаторных условиях получали 119 (46,8%). Из них метилксантины — 50 (42,0%), ингаляционные бета-2-агонисты — 35 (29,4%), антигистаминные препараты — 23 (19,3%), стабилизаторы мембран тучных клеток — 21 (17,6%), глюкокортикостероиды — 7 (5,9%) и препараты кромонового ряда — 20 (16,8%) пациентов. Постоянно не лечились 135 (53,2%) больных.

По данным анкетирования, проведенного у 180 пациентов, наследственность по БА была отягощена у 135 (75,0%) больных, пассивное курение отмечено у 90 (50,0%), аллерги-

ческими заболеваниями (поллиноз, дерматиты, риниты) страдали 144 (80,0%), аллергия на домашнюю пыль, животных, пыльцу, пищевые продукты и др. отмечались у 39 (21,6%) пациентов.

Продолжительность БА у больных младше 17 лет, в среднем до 6 лет, наблюдалась у 59 (32,8%) из 180 опрошенных. При этом 86 (47,8%) больных отмечали положительную динамику заболевания, 42 (23,3%) — отрицательную, остальные 52 (28,9%) затруднились ответить.

Частота обострений за год в среднем составила $43,0 \pm 2,6$. Среди факторов, вызывающих обострение заболевания 140 (77,8%) из 180 больных отмечали в основном респираторную инфекцию. Меньшее значение среди причин, способствующих обострению БА, имели физическая нагрузка и эмоциональный стресс (68 — 37,8% и 58 — 32,2% соответственно), холодный воздух и изменения погоды (53 — 29,4% и 30 — 16,7%), а также другие факторы (4 — 2,2%).

Для проведения небулайзерной терапии 24 подстанции ССиНМП г. Москвы были оснащены небулайзерами, пикфлоуметрами, лекарственными препаратами, предназначенными для ингаляций через небулайзер и клиническими картами для заполнения сотрудником СМП на вызове.

Общее количество небулайзеров на всех подстанциях составили 72 (технические характеристики полностью соответствовали международным требованиям), в том числе: 22 — Pari boy (фирмы PARI GmbH, Германия); 19 — Omron CX (фирмы OMRON, Япония); 14 — Бореал (фирмы FLAEM NUOVA, Италия); 8 — Вояж (фирмы MEFAR s.p.a., Италия); 6 — Этон (фирмы «Этон», Россия); 3 — ИНГпорт (фирмы «ИЗОМЕД», Россия).

Помимо ингаляторов подстанции были оснащены пикфлоуметрами Mini Wright (фирмы CLEMENT CLARKE, Великобритания) для определения пиковой объемной скорости выдоха в абсолютных значениях и в процентах от должной величины (ПСВ % от должн.). Указанные портативные пикфлоуметры отвечают критериям точности Европейского респираторного и Американского торакального обществ, которые позволяют измерить ПСВ в диапазоне 60–800 л/мин.

При лечении с помощью небулайзерной терапии применяли: беродуал (фирмы Boehringer Ingelheim) — комбинация фенотерола гидробромида (бета-2-агонист короткого действия) с ипратропиум бромидом (анти-

холинергическое средство) во флаконах по 20 мл на 17 подстанциях; вентолин (сальбутамол сульфат, фирмы Glaxo Wellcome, Германия) — селективный бета-2-агонист адренорецепторов в небулах по 2,5 мл на 5 подстанциях; сальгим (сальбутамол гемисукцинат, фирмы «Пульмомед», Россия) во флаконах по 10 мл на 2 подстанциях и ингаляционный глюкокортикостероид — пульмикорт (будесонид, фирмы Astra Zeneca, Швеция) в небулах по 2 мл (0,5 мг) на одной подстанции. Помимо небулайзерной терапии применяли внутривенно глюкокортикостероиды (преднизолон в ампулах по 30 мг).

Лечение больных БА (группа I) осуществлялось в соответствии со степенью бронхиальной обструкции. Ингаляция бронхолитика через небулайзер проводилась в течение 5–10 мин, пока раствор полностью не распылялся. Через 20 мин оценивалось клиническое состояние больного и в случае неудовлетворительного результата от проведенной терапии повторялась аналогичная ингаляция. Максимальная доза при дробной терапии составляла у взрослых: беродуал — 4 мл (80 капель), вентолин — 5 мг (2 небулы), сальгим — 5 мг (1/2 флакона); у детей: беродуал — 2 мл (40 капель), вентолин — 5 мг (2 небулы). Во всех случаях доза препарата разводилась в физиологическом растворе до общего объема 2–4 мл. Показанием к назначению глюкокортикостероидов (преднизолон или пульмикорт) являлась средняя и выше степень обострения БА, угроза остановки дыхания, а также случаи легкой степени, если ингаляция бронхолитиков оказалась неэффективной.

При отсутствии небулайзера (в случае вызова, полученного не на подстанции, а по ради или телефону) или отказе от небулайзерной терапии при настойчивой просьбе больного назначалась традиционная терапия.

Методика лечения ТРТ (группа II) проводилась соответственно «Стандартам оказания медицинской помощи больным и пострадавшим бригадами ССиНМП г. Москвы» от 5.11.1998 г. и включала:

- 1) эуфиллин 2,4% — 10,0 в/в;
- 2) преднизолон 60–90 мг или гидрокортизон 125 мг в/в (при наличии гормонозависимости);
- 3) оксигенотерапия увлажненным кислородом. Нередко арсенал препаратов пополнялся: коргликон 0,06% — 1,0 в/в, димедрол 1% — 1,0 в/м, супрастин 2% — 1,0 в/м, тавегил — 2,0 в/м, но-шпа — 2,0 в/м, реланиум — 2,0 в/м и др.

Тяжесть состояния и эффективность терапии оценивались с учетом клинических данных (ЧДД, ЧСС, АД_{сис.}, АД_{диаст.}) и показателей ПСВ.

Пиковую скорость выдоха определяли до назначения небулайзерной терапии (ПСВ_{исх.}) и через 15 мин после проведения лечения (ПСВ 2). Полученные результаты сравнивали с должными или наилучшими для каждого индивидуума (ПСВ_{должн.} %). Абсолютный прирост ПСВ (ПСВ_{абс.}) рассчитывали по формуле: ПСВ_{абс.} (л/мин) = ПСВ 2 (л/мин) — ПСВ_{исх.} (л/мин). Согласно методике, предложенной Dekker et al. (1992), клинически значимым бронходилатационным ответом считали повышение ПСВ после ингаляции бета-2-агониста на 60 л/мин и более.

Оценка результатов лечения с учетом клинических данных и показателей ПСВ проводилась на основании анализа специально разработанной клинической карты, заполняемой медицинским сотрудником СМП, записи в установленной карте вызова и по результатам ретроспективного анкетирования больных по телефону в течение 48 ч после вызова.

Эффективной считалась терапия при уменьшении одышки, ЧСС, АД, возбуждения, количества сухих хрипов в легких, нормализации речи, увеличения ПСВ на 60 л/мин (>15%) или до 70% и более от должной или наилучшей величины для данного больного.

На **IV этапе** проведены организация, внедрение и оценка эффективности преемственного ведения больных с обострением БА. Было обследовано 18 детей — 12 мальчиков и 6 девочек в возрасте от 3 до 14 лет, средний возраст — 10,2±1,2 лет, с частыми повторными вызовами «скорой», направленные сотрудниками СМП в ОСЗТ НЦЗД РАМН для верификации диагноза и выработки тактики противоастматического лечения. Эти пациенты были рассмотрены нами отдельно и составили группу III. Легкая степень тяжести обострения была у 9 (50,0%), средняя — у 5 (27,8%) и тяжелая — у 4 (22,2%) детей. Предшествующее амбулаторное лечение получили 8 (44,4%) больных, в том числе: антигистаминные препараты — 3, метилксантины — 1, стабилизаторы мембран тучных клеток — 2, кромоны — 2 детей. Не получали на амбулаторном этапе лечения 10 из 18 больных (55,6%). Длительность заболевания составляла от 0,5 до 11 лет, в среднем 3,3±1,3 года.

Частота вызовов бригад СМП за год составила 14–35 раз, а частота госпитализаций в стационары СМП — 3–10 раз.

Детям, поступившим для дальнейшего наблюдения в ОСЗТ, было проведено общеклиническое обследование, включавшее определение массы и длины тела, функции внешнего дыхания, общего и биохимического анализов крови, анализа мочи, рентгенологического исследования органов грудной клетки и придаточных пазух носа, ультразвукового исследования органов брюшной полости, ППН и сердца, ЭКГ, по показаниям больным проводились консультации специалистов и дополнительные исследования.

Определение суточного и недельного разброса пиковой скорости выдоха (ПСВ) осуществлялось по методике, описанной в Национальной программе. При этом учитывались как суточные, так и недельные показатели разброса ПСВ в течение всего периода наблюдения за пациентом.

Аллергологическое и иммунологическое обследование, проводимое в отделении, включало: анализ данных аллергоанамнеза, в том числе наличие аллергических заболеваний у ближайших родственников пробанда, кожные проявления аллергии в неонатальном, грудном или более позднем периоде, другие проявления аллергических заболеваний, манифестировавшие ранее, а также результаты скарификационных кожных проб, определение общих и антигенспецифических Ig E-AT, IgG A, M, G в сыворотке крови пациентов.

Этап V включал:

1) статистическую обработку результатов, которая проводилась на персональном компьютере ПК IBM PC/AT (программа Microsoft Excel); результаты исследований были подвергнуты обработке методом вариационной статистики; достоверность различий между средними величинами оценивалась по критерию Стьюдента; «нулевая гипотеза» об отсутствии достоверности различий между сравниваемыми выборками отвергалась при уровне значимости ($p < 0,05$);

2) проведение фармакоэкономического анализа, при котором учитывались цены на лекарственные препараты, соответствующие ценам декабря 2001 года, по данным информационного бюллетеня «Медицина» № 51 (277) (информационного агентства

«Мобиле»): 1 упаковка эуфиллина 2,4% — 10,0 стоила 24 руб. 70 коп., 1 упаковка преднизолона (30 мг) — 52 руб. 20 коп., 1 упаковка раствора натрия хлорида 0,9% — 10,0 — 26 руб. 04 коп., 1 упаковка димедрола 1% — 1,0 — 7 руб. 30 коп., 1 упаковка но-шпы (2 мл) — 142 руб. 80 коп., 1 флакон беродуала (20 мл) — 102 руб. 00 коп.;

3) создание Стандарта и Протокола ведения больных с БА на догоспитальном этапе.

Результаты исследования

Обучение в Астма-школе

Были проанализированы 2742 вызова СМП по поводу обострения БА, обратившихся затем в Астма-школу САО г. Москвы. Среди них 322 (11,7%) больных вызывали СМП более 5 раз в год. Длительность заболевания у подавляющего большинства (66,0%) составила более 5 лет. При этом 15,3% больных курили, у 15,6 и 54,9%, соответственно, наблюдались профессиональные вредности и отягощенный аллергоанамнез. Чаще всего диагностировалась БА среднетяжелой и тяжелой степени тяжести, соответственно 39,4 и 35,2%. У более половины больных была сопутствующая патология, в том числе хронический бронхит у 90,1% пациента, АГ — у 69,5%, ИБС — у 53,7% и сахарный диабет — у 0,8%. Нередко отмечалось сочетание двух и более патологий. Терапия на амбулаторном этапе у большинства больных проводилась системными ГКС (60,0%), ДАИ с бета-2-агонистами (58,0%), теофиллинами (18,0%), реже ингаляционными ГКС (8,0%) и кромонами (7,0%). Вообще не лечились 40,0% больных. Побочные действия системных ГКС в виде увеличения массы тела отмечено у 19,6% больных и повышения АД — у 45,0%. Средний уровень дохода на семью со средним или высшим образованием составлял менее 1 тыс. руб. Ранее в Астма-школе обучались только 8,2% пациентов.

2420 пациентов вызывали СМП до 5 раз в год. Среди них преобладали больные до 60 лет — 64,1%, длительность заболевания более чем у половины (54%) была 5 лет. При этом 14,7% курили, у 3,1 и 32,6%, соответственно, отмечались профессиональные вредности и отягощенный аллергоанамнез. Чаще всего диагностировалась БА среднетяжелой и тяжелой степени тяжести, соответственно в 43,9 и 16,2%. У более полови-

ны больных была сопутствующая патология, в том числе хронический бронхит у 20,5% пациента, АГ — у 57,0%, ИБС — у 24,0% и сахарный диабет — у 39,8%. Терапия на амбулаторном этапе проводилась ингаляционными ГКС (78,0%), ДАИ с бета-2-агонистами (58,0%), реже теофиллинами (2,0%), системными ГКС (5,0%) и кромонами (3,0%). Вообще не лечились — 2,0% больных. Побочные действия системных ГКС в виде увеличения массы тела отмечено в 1,0% случаев и повышения АД — в 4,0%. Средний уровень дохода на семью со средним или высшим образованием составлял менее 1 тыс. руб. Ранее в Астма-школе обучались только 16,3% пациентов.

Причинами вызова СМП, а не обращение в поликлинику помимо обострения БА являлись угроза внезапной смерти в 45,0% случаев, боязнь инвалидности — в 37,0%, ущерб карьере — в 14,0% и чувство страха — в 12,0%.

Таким образом, среди пациентов, обратившихся за помощью на СМП, преобладали больные с длительным анамнезом БА (более чем у половины > 5 лет), с сопутствующей патологией, низким доходом семьи. В отличие от пациентов, редко вызывающих СМП, большая часть больных с БА, ориентированных на лечение СМП и часто пользующихся ее услугами, были в возрасте старше 60 лет, с отягощенным аллергоанамнезом, 2/3 из них имели среднетяжелую и тяжелую степень обострения БА, сопутствующую ИБС и АГ. Эти пациенты получали в основном системные ГКС, а ингаляционные — только в единичных случаях, в Астма-школе не обучались. Больные, вызывающие СМП менее 5 раз в году, лечились более адекватно, используя в 78,0% ингаляционные ГКС.

Проведенные занятия в Астма-школе, включающие стандартный цикл из 4 занятий по рекомендации Российского пульмонологического общества и НИИ пульмонологии МЗ РФ, показали следующие результаты: 37,7% больных не выполняли рекомендаций, полученных в Астма-школе, а 62,3% — придерживались их в течение года. Через год каппанестического наблюдения за ними выявлено снижение степени тяжести БА, дневных и ночных приступов, потребности в бронхолитиках и увеличение показателей ПСВ с $132,7 \pm 8,9$ до $218,2 \pm 10,5$ л/мин ($p < 0,01$). При этом частота вызовов СМП уменьшилась с

Таблица 3

Эффективность лечения больных БА старше 17 лет

Показатели n = 5206		НБТ (I группа) 2797 (53,7%)		ТРТ (II группа) 2409 (46,3%)	
		Эффективность			
		п	%	п	%
Всего больных		2606	93,2	2129	88,4
Степень тяжести обострения	Легкая	1237	95,1	1309	92,5
	Средняя	1025	93,1	684	87,0
	Тяжелая	356	92,0	172	83,1
Сопутствующие заболевания	Хрон. бронхит	1985	94,8	1730	90,0
	Артер. гипертония	1147	94,2	951	90,3
	ИБС	756	94,0	600	89,3
	Сахарный диабет	121	94,5	68	93,1

5,8±1,1 до 3,1±1,2 (p<0,001), госпитализаций — с 63,5 до 21,2%, соответственно. У пациентов, не придерживавшихся рекомендаций, течение БА осталось без изменений.

Таким образом, образовательные программы для больных повышают эффективность и безопасность лечения, улучшают качество их жизни, снижают частоту обращений на СМП и госпитализаций в стационары.

Эффективность и переносимость НБТ и ТРТ у больных БА старше 17 лет.

Из 5206 больных старше 17 лет небулайзерная терапия проводилась 2797 (53,7%) — группа I, традиционная терапия — 2409 (46,3%) — группа II. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести заболевания, сопутствующей патологии и предшествующей терапии (p<0,01).

Небулайзерная терапия впервые проводилась 1945 (69,5%) больным, исходно недоверие к ней испытывали 430 (15,4%).

Для купирования приступа БА среди больных с НБТ у 1622 (58,0%) применялся беродуал и у 1175 (42,0%) вентолин. Причем 2146 (76,7%) получали только небулайзерную терапию, а 651 (23,3%) больной — дополнительную терапию глюкокортикостероидами.

Для купирования приступа БА больным с ТРТ 1079 (44,8%) вводился эуфиллин, 68 (2,8%) преднизолон и 1262 (52,4%) пациентам — эуфиллин и преднизолон одновременно. Кроме того, 241 (10,0%) больному проводилась дополнительная терапия: 78 (3,2%) — антигистаминные препараты (ди-

медрол, супрастин); 101 (4,2%) — сердечные гликозиды (коргликон, строфантин); 27 (1,1%) — спазмолитики (но-шпа и др.) и 18 (0,7%) пациентам реланиум.

В результате НБТ приступ был купирован у 2606 (93,2%) больных, а при ТРТ у 2129 (88,4%) больных (табл. 3, 5). Большинству пациентов I группы — 2580 (92,2%) для купирования приступа потребовалось от 10 до 20 мин и только 217 (7,8%) — более 20 мин.

При легком приступе эффективность НБТ и ТРТ составила соответственно 95,1 и 92,5%, при средней степени тяжести — 93,1 и 87,0%, при тяжелом — 92,0 и 83,1%. Эффективность ТРТ напрямую зависела от степени тяжести приступа БА (табл. 3). Самая низкая эффективность среди больных группы II отмечалась при тяжелом приступе — 83,1% (p<0,001).

Эффективность НБТ и ТРТ не зависела от сопутствующих заболеваний (p>0,005 и p>0,05 соответственно): у больных с сопутствующим бронхитом эффективность составила 94,8 и 90,0%, при артериальной гипертонии — 94,2 и 90,3%, при ИБС — 94,0 и 89,3%, при сахарном диабете — 94,5 и 93,1%.

В клинической картине у большинства больных I группы (93,2%) в результате проведенной НБТ уменьшились возбуждение, одышка, количество сухих хрипов над легкими. Снижился уровень систолического АД с 145,9±1,4 до 134,0±0,9 мм рт.ст. (p<0,001) и диастолического АД — с 86,3±0,7 до 80,7±0,6 мм рт.ст., (p<0,001). После небулайзерной терапии уменьшилось ЧДД в 1,3 раза с 25,4±0,3 до 19,5±0,2 в 1 мин (p<0,001), ЧСС — в 1,1 раза с 90,5±0,8 до 82,0±0,6 в 1 мин (p<0,001) (табл. 4).

Таблица 4

**Изменение клинических показателей и данных пикфлоуметрии
у больных БА старше 17 лет**

Показатели	НБТ (группа I)		ТРТ (группа II)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Речь (баллы)	1,98±0,03	1,1±0,02*	1,9±0,04	1,1±0,03*
АД сист. (мм рт.ст.)	145,9±1,4	134,0±0,9*	148,0±1,5	139,4±1,1*
АД диаст. (мм рт.ст.)	86,3±0,7	80,7±0,6*	88,9±0,8	82,5±0,7*
ЧДД (мин.)	25,4±0,3	19,5±0,2*	25,0±0,4	20,4±0,3*
ЧСС (мин.)	90,5±0,8	82,0±0,6*	90,3±1,0	82,4±0,8*
ПСВ (л/мин)	126,5±8,6	231,5±9,7*	130,4±9,0	221,7±10,1**
Прирост ПСВ (%)		83,0		70,0

Примечание: * — $p < 0,001$; ** — $p < 0,01$ — достоверность различий между показателями до и после лечения.

Таблица 5

Результаты лечения больных БА старше 17 лет

Результат	НБТ (n = 2797)		ТРТ (n = 2409)	
	n	%	n	%
Эффективность	2609	93,2	2129	88,4
Побочные эффекты	96	3,4	807	33,5
Повторные вызовы	86	3,1	145	6,0
Госпитализация	323	11,5	361	15,0

У больных II группы в случаях хорошего эффекта у 88,4% уменьшилась одышка (ЧДД с $25,0 \pm 0,4$ до $20,4 \pm 0,3$ в 1 мин ($p < 0,001$), снизился уровень систолического АД с $148,0 \pm 1,5$ до $139,4 \pm 1,1$ мм рт.ст. ($p < 0,001$) и диастолического АД с $88,9 \pm 0,8$ до $82,5 \pm 0,7$ мм рт.ст. ($p < 0,001$), а также снизилось ЧСС с $90,3 \pm 1,0$ до $82,4 \pm 0,8$ ($p < 0,001$).

Пиковая скорость выдоха достоверно увеличилась как после НБТ, так и после ТРТ с $126,5 \pm 8,6$ до $231,5 \pm 9,7$ л/мин ($p < 0,001$) и с $130,4 \pm 9,0$ до $221,7 \pm 10,1$ л/мин ($p < 0,01$) соответственно. Однако прирост ПСВ в процентах был выше после НБТ, чем после ТРТ, — 83,0 и 70,0% соответственно.

Согласно опросу по телефону, с момента возникновения приступа из 2500 больных 2385 (95,4%) применяли самостоятельно ДАИ от 3 до 25 раз. Хороший, но короткий эффект от ингалятора отмечали 1352 (54,1%) пациента, слабый и короткий — 1023 (40,9%) и 125 (5,0%) отмечали его неэффективность.

Эффект от НБТ по сравнению с дозированным ингалятором оценили как более быстрый 1205 (48,2%) больных, более эффективный — 1670 (66,8%) и более длительный — 1077 (43,1%).

Таким образом, субъективная оценка больными НБТ подтверждает ее высокую эффективность.

При применении НБТ побочные эффекты наблюдались у 96 (3,4%) больных в виде тахикардии (1,0%), аритмии (0,5%), тремора рук (0,7%), головокружения (0,7%), сухого кашля и першения в горле (0,5%). В течение 24 ч после НБТ только 86 (3,1%) больных вызывали бригаду СМП повторно. Госпитализировано 323 (11,5%) больных (табл. 5).

При применении ТРТ побочные эффекты наблюдались у 807 (33,5%) больных в виде тахикардии (10,0%), аритмии (8,1%), тремора рук (12,0%), головокружения (2,5%), сухого кашля и першения в горле (0,9%). Повторно вызывали СМП 145 (6,0%), госпитализирован 361 (15,0%) больной.

Таблица 6

Эффективность НБТ и данные пикфлоуметрии после применения беродуала и вентолина у больных старше 17 лет

Показатели n = 2797		Беродуал (подгруппа IA) 1622 (58,0%)		Вентолин (подгруппа IB) 1175 (42,0%)	
		Эффективность			
		n	%	n	%
Всего больных		1517	93,5	1094	93,1
Степень тяжести обострения	Легкая	707	96,7	543	95,2
	Средняя	620	93,8	405	92,0
	Тяжелая	207	92,4	14	90,2
ПСВ (л/мин) до лечения		123,7±3,1		130,1±8,5	
ПСВ (л/мин) после лечения		228,8±4,5 *		216,0±6,3 **	
Прирост ПСВ (в %)		85,0%		66,0%	

Примечание: * — $p < 0,001$; ** — $p < 0,01$.

Таким образом, НБТ характеризовалась высокой эффективностью (93,2% хороших результатов) и безопасностью (3,4% побочных эффектов), минимальным количеством повторных вызовов (3,1%) и госпитализаций (11,5%). Это позволяет сделать вывод о том, что небулайзерная терапия является высокоэффективным методом оказания неотложной помощи больным БА старше 17 лет. При относительно высокой эффективности ТРТ (88,4%) в 53,3% случаев потребовалось одновременное парэнтеральное введение 2 препаратов, а в 10,9% — 3 и более; в 33,5% были зарегистрированы побочные эффекты; в 6,0% случаев пациенты повторно вызывали СМП, а количество госпитализаций достигло 15,0%. Это свидетельствует о том, что традиционная терапия с назначением устаревших, утративших свою клиническую значимость малоэффективных лекарственных средств с высоким риском побочных эффектов и частотой госпитализаций не соответствует современным стандартам оказания неотложной помощи при обострении приступа бронхиальной астмы.

Эффективность и переносимость НБТ беродуалом и вентолином у больных БА.

Из 2797 больных старше 17 лет, получавших НБТ, в сравнительном аспекте анализировались эффективность и переносимость беродуала 1622 (58,0%) — подгруппа IA и вентолина 1175 (42,0%) больных — подгруппа IB. Подгруппы были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести заболевания, предшествующей амбулаторной терапии ($p < 0,001$).

Сравнение эффективности беродуала и вентолина у больных БА представлено в табл. 6. При всех степенях тяжести приступа БА сохранялась тенденция к большей эффективности НБТ беродуалом, однако статистически эти данные были недостоверны ($p > 0,05$). При этом пиковая скорость выдоха, измеряемая до и после НБТ беродуалом и вентолином, достоверно увеличилась в обеих группах (на 85,0 и 66,0% соответственно, $p < 0,001$ и $p < 0,01$), хотя и в подгруппе с применением беродуала подъем ПСВ был выше на 19%, чем в подгруппе с вентолином.

При анализе результатов было выявлено, что при одинаковой эффективности НБТ беродуалом и вентолином (93,5 и 93,1% соответственно) в случаях применения беродуала наблюдалось меньшее количество побочных эффектов (3,1 и 4,3% соответственно), меньше повторных вызовов (2,9 и 3,5% соответственно) и меньший процент госпитализаций (11,0 и 15,1%).

Таким образом, отмечено преимущество беродуала перед вентолином при проведении НБТ у больных старше 17 лет, когда при одинаковой высокой эффективности (93,5 и 93,1% соответственно) при применении беродуала отмечалось меньшее количество побочных эффектов (3,1 и 4,3% соответственно), повторных вызовов (2,9 и 3,5% соответственно) и госпитализаций (11,0 и 15,1% соответственно) и более высокий прирост ПСВ (85,0 и 66,0% соответственно).

Таблица 7

**Зависимость эффективности НБТ от дозы беродуала
и вентолина у 1725 больных БА старше 17 лет**

Доза	Степень тяжести		
	легкая	средняя	тяжелая
Беродуал — 995 (57,7%)			
1 мл, n = 538 (I)	215 (94,4%)	210 (91,4%)**	71 (90,1%)**
1,5 мл, n = 47 (II)	14 (100%)*	16 (93,7%***)	15 (93,7%***)
2 мл, n = 258 (III)	115 (95,6%)	94 (93,6%****)	30 (93,3%****)
2,5 мл, n = 74 (IV)	27 (92,6%)	25 (100%)	17 (100%)
Вентолин — 730 (42,3%)			
2,5 мг однократно, n = 570	253 (94,9%)	217 (93,1%)	70 (92,9%)
2,5 мг двукратно, n = 105	39 (94,5%)	48 (100%)	12 (91,6%)
2,5 мг трехкратно, n = 15	3 (100%)	3 (100%)	9 (100%)
5 мг однократно, n = 40	14 (100%)	10 (90,0%)	15 (93,3%)

Примечание: * — $p < 0,05$ — между I и II; ** — $p < 0,05$ — I и IV; *** — $p < 0,05$ — II и IV; **** — $p < 0,05$ — III и IV.

Для выявления оптимальной дозы при купировании приступа БА у больных старше 17 лет были проанализированы 1725 случаев применения НБТ (табл. 7).

У 995 (57,7%) больных применялся беродуал в дозе от 1 до 6 мл. В основном однократно назначалась доза 1 мл (у 538 — 54,1%) и 2 мл (у 258 — 25,9%). Выявлено, что при легкой степени тяжести приступа у больных старше 17 лет достаточно эффективной является доза 1,5 мл беродуала однократно, а при средней степени тяжести и тяжелой — 2,5 мл.

У 730 (42,3%) больных применялся вентолин в дозе 2,5–5 мг. В основном у 570 (78,1%) больных однократно применялась доза 2,5 мг. В связи с высокой эффективностью дозы 2,5 мг при легкой, средней и тяжелой степени приступа (94,9, 93,1, 92,9% соответственно) можно считать однократную дозу вентолина 2,5 мг достаточной у больных старше 17 лет, хотя при среднетяжелом приступе препарат может вводиться двух- или трехкратно, а при тяжелом — доза может быть увеличена до 5 мг.

Эффективность и переносимость НБТ и ТРТ у больных БА пожилого возраста.

Среди больных было 3020 пациентов старше 60 лет было 1933 (64,0%) женщины и 1087 (36,0%) мужчин. Средний возраст составил $70,2 \pm 1,7$ лет. Небулайзерная терапия применялась у 1600 человек (53,0%), традиционная терапия — у 1420 (47,0%). Пациенты обеих групп были сопоставимы по клиническим характеристикам.

В результате НБТ приступ был купирован у 1486 (92,9%) больных (табл. 8, 9). Большинство пациентов I группы (90,1%) для купирования приступа потребовалось от 10 до 20 мин, и только 9,9% — более 20 мин.

Наиболее высокая эффективность НБТ выявлена при легком приступе БА (94,8%) и статистически достоверно не зависела от степени тяжести приступа ($p < 0,05$). Эффективность ТРТ напрямую зависела от степени тяжести приступа БА. Самая низкая эффективность среди больных II группы отмечалась при тяжелом приступе — 80,1% ($p < 0,001$).

Эффективность НБТ и ТРТ не зависела от сопутствующих заболеваний ($p > 0,005$ и

Таблица 8

**Эффективность лечения и данные пикфлоуметрии
у больных пожилого возраста**

Показатели n = 3020		НБТ (группа I) 1600 (53,0%)		ТРТ (группа II) 1420 (47,0%)	
		Эффективность			
		п	%	п	%
Всего больных		1486	92,9	1253	88,2
Степень тяжести обострения	Легкая	652	94,8	738	92,0
	Средняя	618	92,0	420	86,4
	Тяжелая	216	91,1	105	80,1
ПСВ (л/мин) до лечения		124,0±5,5		128,4±9,3	
ПСВ (л/мин) после лечения		218,5±7,0 **		212,2±10,1 *	
Прирост ПСВ (в %)		76,0 %		65,0%	

Примечание: * — $p < 0,001$; ** — $p < 0,01$ — до и после лечения.

Таблица 9

Результаты лечения больных БА пожилого возраста

Результат	НБТ (n = 1600)		ТРТ (n = 1420)	
	п	%	п	%
Эффективность	1390	93,2	1253	88,2
Побочные эффекты	67	4,2	608	42,8
Повторные вызовы	58	3,6	93	6,5
Госпитализация	203	12,7	222	15,6

$p > 0,05$ соответственно): у больных с сопутствующим бронхитом эффективность составила 93,0 и 89,3%, при артериальной гипертензии — 93,1 и 89,1%, при ИБС — 93,7 и 88,2%, при сахарном диабете — 93,2 и 90,9%.

В клинической картине у большинства больных I (92,9%) и II (88,2%) групп в результате проведенной терапии нормализовалась речь ($p < 0,001$), уменьшилась одышка и количество сухих хрипов над легкими, снизился уровень систолического АД ($p < 0,001$) и диастолического АД ($p < 0,001$), уменьшилось ЧДД ($p < 0,001$), снизилась ЧСС ($p < 0,001$).

Пиковая скорость выдоха достоверно увеличилась как после НБТ, так и после ТРТ ($p < 0,001$ и $p < 0,01$ соответственно), однако прирост ПСВ в % был выше после НБТ, чем после ТРТ — 76,0 и 65,0% (табл. 8).

При применении НБТ побочные эффекты наблюдались у 67 (4,2%) больных в виде: тахикардии (1,2%), аритмии (0,6%), тремора рук (0,9%), головокружения (0,9%), сухого ка-

шля (0,6%). Только 58 (3,6%) больных I группы повторно вызывали СМП, госпитализировано 203 (12,7%) (табл. 9).

При применении ТРТ побочные эффекты наблюдались у 608 (42,8%) больных в виде тахикардии (10,5%), аритмии (9,5%), тремора рук (15,0%), головокружения (7,8%). В течение 24 ч после ТРТ 93 (6,5%) больных повторно вызывали СМП, госпитализировано 222 (15,6%).

Таким образом, небулайзерная терапия характеризовалась высокой эффективностью (93,2% хороших результатов) и безопасностью (4,2% побочных эффектов) у больных пожилого возраста. Количество повторных вызовов составило 3,6%, госпитализаций — 12,7%. Это позволяет сделать вывод о том, что НБТ является высокоэффективным и безопасным методом оказания неотложной помощи больным БА пожилого возраста на догоспитальном этапе. При относительно высокой эффективности традиционной терапии (88,2%) у больных пожилого возраста в 42,8%

случаев были зарегистрированы побочные эффекты, в 6,5% пациенты повторно вызывали бригаду СМП, а количество госпитализаций у больных II группы достигло 15,6%.

Эффективность и переносимость НБТ и ТРТ у больных БА с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Аналізу подверглись 2786 (74,3%) больных из 3747, которые имели сопутствующие ССЗ (ИБС, АГ). Небулайзерную терапию получали 1579 (56,7%) и традиционную терапию — 1207 (43,3%) пациентов, сопоставимые по клиническим характеристикам.

Установлено, что в 22,2% больные с сопутствующими ССЗ до вызова СМП самостоятельно применяли более 4–5 препаратов одновременно. Обнаружена достоверная зависимость полипрагазии от возраста. Выявлено нередко бесконтрольное применение больными ингаляционных симпатомиметиков: 23,2% больных при ухудшении состояния до 20 раз в сутки пользовались ДАИ, прежде чем вызвать СМП. Постоянную терапию БА на догоспитальном этапе получали 2465 (88,5%) больных. Из них ингаляционные бета-2-агонисты (беротек, вентолин) — 2082 (84,4%), метилксантины (эуфиллин, теопек) — 1058 (42,9%), холинолитики (атровент) — 175 (7,1%), ГКС — 759 (30,8%) пациентов. Вместе с тем беродуал, эффективность и меньший аритмогенный эффект которого доказаны у больных с сопутствующими ССЗ, применялся редко — у 103 (4,2%).

В результате НБТ (группа I) приступ был купирован у 1469 (93,0%) больных, в том числе у 927 (93,3%) с сопутствующей ИБС и у 1300 (93,2%) с сопутствующей АГ. Большинству пациентов I группы (88,5%) для купирования приступа потребовалось от 10 до 20 мин и только 11,5% — более 20 мин. У 110 (7,0%) больных лечение было неэффективным.

При применении ТРТ (группа II) приступ удушья был купирован у 1074 (89,0%) больных, в том числе у 587 (89,1%) с сопутствующей ИБС и у 931 (88,6%) с сопутствующей АГ. У 133 (11,0%) пациентов лечение было неэффективным.

При легком приступе эффективность НБТ и ТРТ составила соответственно 94,8 и 93,1%, при средней степени тяжести — 92,6 и 85,3%, при тяжелом — 89,5 и 80,7%.

В клинической картине у большинства пациентов I группы (93,0%) в результате проводимой НБТ уменьшились возбуждение,

одышка и количество сухих хрипов над легкими. Снизился уровень АД_{сист.} с 178,5±2,1 до 140,7±1,1 мм рт.ст. (p<0,001) и АД_{диаст.} с 89,5±2,4 до 83,1±2,7 мм рт.ст. (p<0,01). Уменьшилось ЧДД с 26,4±1,2 до 19,5±1,8 в мин (p<0,005) и ЧСС с 98,7±1,4 до 83,2±0,7 в мин (p<0,001).

У больных группой II в случаях хорошего эффекта (89,0%) также уменьшились возбуждение, одышка и количество хрипов над легкими. Снизился уровень АД_{сист.} с 169,4±1,8 до 155,2±2,1 мм рт.ст. (p<0,001) и АД_{диаст.} с 83,4±1,3 до 77,0±1,5 мм рт.ст. (p<0,01). Уменьшилось ЧДД с 27,0±1,2 до 20,1±1,4 в мин и ЧСС в 1,1 раза. Однако после введения эуфиллина в 52,3% случаях появилась тенденция к учащению ЧСС.

Пиковая скорость выдоха достоверно (p<0,001) увеличилась как после НБТ, так и после ТРТ, однако прирост ПСВ (%) был выше после НБТ, чем после ТРТ — 78,0 и 70,0% соответственно.

По результатам анкетирования положительную оценку НБТ дали 80,9% опрошенных. С момента возникновения приступа 90,6% больных самостоятельно применяли ингаляционные бета-2-агонисты с помощью ДАИ от 4 до 25 раз. Эффект от НБТ по сравнению с дозированными ингаляторами оценили как более быстрый 42,6%, более эффективный — 56,6%, более длительный — 36,1% больных.

Таким образом, анкетирование больных по телефону подтверждает высокую эффективность и безопасность НБТ при купировании приступа БА.

Побочные эффекты у больных, получавших НБТ, отмечены в 55 (3,5%) случаях в виде: синусовой тахикардии (1,2%), тремора рук (1,2%), головокружения (0,6%), сухого кашля, першения в горле (0,5%). Это были пациенты, получившие от 4 до 25 ингаляций бета-2-агонистов через ДАИ и пероральные формы метилксантинов в течение 1–4 ч до приезда СМП.

В течение 24 ч после НБТ только 27 (1,7%) больных вызывали бригаду СМП повторно. Госпитализирован 201 (12,7%) больной.

Побочные эффекты после применения ТРТ выявлены у 519 (43,0%) больных в виде: синусовой тахикардии (10,2%), аритмии (9,7%), тремора рук (15,3%), тошноты, дискомфорта в левой половине грудной клетки (7,8%).

Повторно после ТРТ вызывали бригаду СМП 45 (3,7%) пациентов. Госпитализированы 172 (14,2%) больных.

Таблица 10

Результаты лечения больных БА с сопутствующими ССЗ

Результат	НБТ (n = 1579)		ТРТ (n = 1207)	
	n	%	n	%
Эффективность	1469	93,0	1074	89,0
Побочные эффекты	55	3,5	519	43,0
Повторные вызовы	27	1,7	45	3,7
Госпитализация	201	12,7	172	14,2

Таким образом, небулайзерная терапия высокоэффективна при купировании приступа БА на догоспитальном этапе, в том числе у больных с сопутствующими ССЗ (табл. 10). Следует отметить, что у большинства больных (1398 из 1579 (88,5%)) эффект наступал при однократном введении бета-2-агонистов в течение 20 мин в отличие от традиционной терапии, где почти у половины больных для купирования приступа потребовалось большее время. Только в 11,5% наблюдений была необходима повторная ингаляция растворов бронхолитиков через небулайзер.

Проведенный сравнительный анализ показал, что эффективность небулайзерной терапии у больных с сопутствующими ССЗ была выше традиционной (93,0 и 89,0% соответственно). Полученные данные подтверждаются результатами ретроспективного анкетирования (в 80,9% случаев дана положительная оценка небулайзерному методу лечения). Особенно значимо различие в эффективности небулайзерной и традиционной терапии при тяжелом (89,5 и 80,7% соответственно) и среднетяжелом приступе (92,6 и 85,3% соответственно).

Принципиально то, что применение небулайзерной терапии по сравнению с традиционной дает значительно меньше побочных эффектов (тремор рук, тахикардия, экстрасистолия) — 3,5 и 43,0% соответственно. Столь большое количество побочных действий при традиционной терапии, очевидно, связано с отрицательным действием на миокард эуфиллина и коргликона после неадекватной ингаляционной терапии бета-2-агонистами, особенно у больных, постоянно применяющих метилксантины, что повышает возможность развития различных нарушений ритма.

Число госпитализаций было чаще при традиционной терапии, чем при НБТ, что также свидетельствует о недостаточном лечении.

Таким образом, НБТ обострения бронхиальной астмы у больных с сопутствующими

ССЗ на догоспитальном этапе обладает большими преимуществами по сравнению с традиционной, за счет высокой эффективности и безопасности проводимого лечения, удобства, неинвазивности методики введения, возможности доставки больших доз лекарственных препаратов. Небулайзерная терапия позволяет уменьшить количество повторных вызовов и госпитализаций больных, что дает, помимо клинических, фармакоэкономические преимущества. Небулайзерная терапия является рациональным методом лечения, позволяющим эффективно купировать приступ БА у больных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией.

Эффективность и переносимость НБТ и ТРТ у больных младше 17 лет.

Из 254 больных младше 17 лет небулайзерная терапия проводилась 208 (81,9%) — группа I, традиционная терапия — 46 (18,1%) пациентам — группа II. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести заболевания, предшествующей амбулаторной терапии.

Продолжительность заболевания БА у больных группы I составила $9,3 \pm 1,1$ лет, у больных группы II — $6,0 \pm 0,7$ лет.

Для купирования приступа БА с помощью НБТ у всех больных (208) применялся беродуал в дозировке 0,5 мл (10 капель) детям до 6 лет и 1 мл (20 капель) — старше 6 лет.

Для купирования приступа БА с помощью ТРТ 12 пациентам (26,1%) парэнтерально вводился эуфиллин с антигистаминными препаратами (димедрол, супрастин), 5 (10,9%) — преднизолон с антигистаминными препаратами и 29 (63,0%) — комбинации эуфиллина, антигистаминных препаратов, преднизолона, спазмолитика (но-шпа), анальгина, лазикса и др.

В результате НБТ приступ БА был купирован у всех 208 (100%) больных, независимо от степени тяжести обострения, тогда как при ТРТ приступ был купирован только у 28

Таблица 11

Эффективность лечения больных БА младше 17 лет

Показатели n= 254	НБТ (группа I) 208 (81,9%)		ТРТ (группа II) 46 (18,1%)	
	Эффективность			
	п	%	п	%
Всего больных	208	100	28	60,9
Легкий приступ	73	100	15	88,2
Средней тяжести	95	100	11	50,0
Тяжелый	40	100	2	28,6

Таблица 12

Изменение клинических показателей и данных пикфлоуметрии у больных БА младше 17 лет

Показатели	НБТ (группа I)		ТРТ (группа II)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Речь (баллы)	1,84±0,03	1,0±0,02**	1,79±0,04	1,18±0,03*
ЧДД (мин)	32,3±0,2	22,5±0,3**	31,7±0,3	25,8±0,2 *
ЧСС (мин)	105,5±0,9	90,3±0,7**	107,1±0,8	99,2±0,6 *
ПСВ (л/мин)	180,7±9,1	293,9±8,5***	–	–
Прирост ПСВ (%)		63,0%	–	–

Примечание: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$.

(60,9%) пациентов, и эффективность ТРТ напрямую зависела от степени тяжести заболевания (табл. 11).

Большинству пациентов 197 (94,7%) для купирования приступа с помощью НБТ потребовалось от 10 до 20 мин, и только у 5,3% — более 20 мин.

В клинической картине практически у всех больных группы I после проведенной НБТ нормализовалась речь, уменьшилось возбуждение, исчезла одышка и сухие хрипы над легкими, уменьшилось ЧДД (32,3±0,2 до лечения и 22,5±0,3 в 1 мин после лечения, $p < 0,01$), снизилось ЧСС (105,5±0,9 до лечения и 90,3±0,7 в 1 мин после лечения, $p < 0,01$) и увеличилась пиковая скорость выдоха на 63,0% (180,7±9,1 до лечения и 293,9±8,5 л/мин после лечения, $p < 0,001$) (табл. 12).

У больных II группы в случаях хорошего эффекта (88,4%) также нормализовалась речь, уменьшилась одышка и количество хрипов над легкими, снизилось ЧДД (31,7±0,3 до лечения и 25,8±0,2 в 1 мин после лечения, $p < 0,05$) и ЧСС (107,1±0,8 до лечения и 99,2±0,6 в 1 мин после лечения, $p < 0,05$).

По данным опроса, положительную оценку НБТ дали все 208 больных. Одышка исчезла у 198 (95,2%), значительно уменьшилась у 10 (4,8%); улучшилось отхождение мокроты у 166 (79,8%) больных.

С момента возникновения приступа из 190 опрошенных больных 103 (54,2%) пациента применяли самостоятельно ДАИ (до приезда СМП) от 1 до 4 раз. Хороший, но короткий эффект от ингалятора отмечали 64 (33,7%), слабый и короткий 117 (61,6%) и 9 (4,7%) больных отметили его неэффективность.

Эффект от НБТ по сравнению с ДАИ оценили как более быстрый 87 (45,8%) больных, более эффективный 115 (60,5%) и более длительный 75 (39,5%).

Результаты НБТ и ТРТ представлены в табл. 13.

При применении НБТ эффективность составила 100%, побочные эффекты не наблюдались, только к 17 (8,2%) больным вызвали повторно бригаду СМП, госпитализирован 61 (29,3%) пациент.

При применении ТРТ эффективность составила 60,9%, побочные эффекты выявлены

Таблица 13

Результаты лечения больных БА младше 17 лет

Результат	НБТ (n = 208)		ТРТ (n = 46)	
	n	%	n	%
Эффективность	208	100	28	60,9
Побочные эффекты	нет	0	12	26,1
Повторные вызовы	17	8,2	14	30,4
Госпитализация	61	29,3	21	45,6

у 12 (26,1%) пациентов в виде: тахикардии — у 7 и головокружения — у 5. В течение 24 часов после ТРТ бригаду СМП повторно вызывали 14 (30,4%) больных. В 39,1% случаев лечение с помощью ТРТ было не эффективным, о чем свидетельствует и высокий процент госпитализаций. Госпитализирован 21 (45,6%) больной и еще 5 — отказались от госпитализации.

Таким образом, НБТ характеризовалась абсолютной эффективностью независимо от степени тяжести обострения БА, отсутствием побочных эффектов, незначительным количеством повторных вызовов и госпитализаций у детей и подростков. Это позволяет сделать вывод о том, что НБТ является высокоэффективным методом оказания неотложной помощи больным БА младше 17 лет, а также обладает большими преимуществами по сравнению с ТРТ за счет безопасности, удобства, неинвазивности методики введения лекарств и отчетливого предпочтения пациентов. После ТРТ эффективность составила всего лишь 60,9% и результаты лечения коррелировали со степенью тяжести обострения БА. При этом для купирования приступа потребовалось одновременное введение двух, а в 63% — трех и более лекарственных

препаратов, что закономерно сопровождалось большим количеством побочных эффектов. Эффективным в основном было лечение легкого приступа, в других случаях облегчения либо не наступало, что требовало госпитализации, либо было временным, что вынуждало пациентов вызывать СМП повторно. Это позволяет сделать вывод о том, что ТРТ у больных младше 17 лет при оказании неотложной помощи при купировании приступа БА малоэффективна, с высоким риском побочных эффектов (26,1%), повторных вызовов (30,4%) и госпитализаций (45,6%)

В результате внедрения проекта небулайзерной терапии на ССиНМП г. Москвы при лечении обострения БА у детей снизилась частота вызовов СМП (рис.) в 2000 г. на 514 (19,2%), в 2001 г. — на 173 (9,8%) и за 6 месяцев 2002 г. — на 89,5 (4,5%).

Эффективность преемственного ведения больных детей БА.

18 пациентов были направлены врачами СМП в ОСЗТ для обследования и назначения базисного лечения. В отделении у всех пациентов также была диагностирована atopическая форма бронхиальной астмы. Наследственность по аллергическим заболеваниям была отягощена у 15 пациентов.

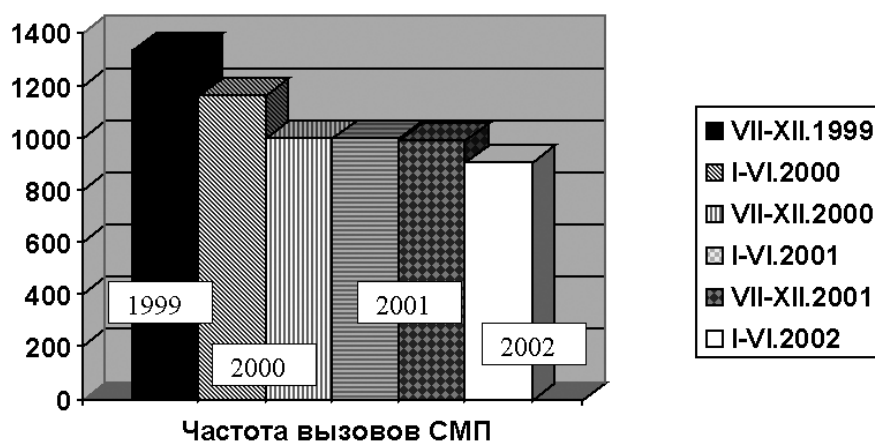


Рис. Частота вызовов бригад СМП к детям с БА в 2000–2002 гг.

Обострение БА на фоне ОРВИ возникало у 17 пациентов, на физическую и эмоциональную нагрузку — у 11 и 6 соответственно, метеочувствительными было 4 детей. У всех пациентов отмечалось сочетание БА с другими аллергическими заболеваниями, в том числе с круглогодичным аллергическим ринитом/риносинуситом — у 13 детей, поллинозом — у 9, атопическим дерматитом — у 5, пищевой аллергией — у 5 и лекарственной аллергией — у 2. 15 (83,3%) пациентов ранее специалистами (аллергологом и/или пульмонологом) не наблюдались. Элиминационный режим в быту не соблюдался ни у одного пациента. Несмотря на наследственную отягощенность по аллергическим заболеваниям и клинические полиорганные проявления аллергии, подавляющее большинство детей в этой группе (83,3%) специалистом (аллергологом/пульмонологом) не наблюдались, элиминационный режим в быту не соблюдался ни в одной семье и более половины пациентов ранее противовоспалительную терапию не получали. По результатам скарификационных кожных проб выявлена высокая сенсibilизация к бытовым аллергенам — у 13 пациентов, к пыльцевым — у 9, к эпидермальным — у 6 и к пищевым — у 4. Чаще всего выявлялась поливалентная сенсibilизация бытовыми и пыльцевыми аллергенами и бытовыми и эпидермальными аллергенами.

Высокий уровень общего IgE отмечен у 17 пациентов (от $163 \pm 119,2$ до $758 \pm 117,6$ МЕ/мл).

Таким образом, IgE — опосредуемый механизм аллергических реакций, вызванный сенсibilизацией организма к экзогенным аллергенам и составляющий патогенетическую основу атопической БА, был подтвержден и у пациентов III группы.

По степени тяжести бронхиальной астмы больные распределились следующим образом: легкое персистирующее течение диагностировано у 9 пациентов (диагноз выставлен впервые), среднетяжелое персистирующее течение — у 5 пациентов (у 3 пациентов — впервые), тяжелое персистирующее течение — у 4 пациентов (2 пациента впервые).

Всем больным была назначена базисная противовоспалительная терапия: инталом (кромогликат натрия) — 9 пациентам с впервые выявленной БА легкого течения, тайледом (недокромил натрия) — 3 пациентам с БА среднетяжелого течения и ИГКС 6 пациентам — 2 с среднетяжелым и 4 пациентам с тяжелым

течением заболевания. Все дети в дальнейшем, в течение 6 месяцев, постоянно наблюдались в отделении, 9 из них была проведена аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ) пыльцевыми аллергенами.

За эти 6 мес наблюдения СМП вызывалась лишь однократно к одному ребенку, госпитализаций больных не было.

Таким образом, все дети данной группы имели атопическую форму БА, подтвержденную данными аллергологического обследования, с преимущественной сенсibilизацией к бытовым, пыльцевым и эпидермальным аллергенам, у всех отмечались сопутствующие аллергические заболевания и никто из них не получал адекватной противовоспалительной терапии. Подбор базисной противовоспалительной терапии и, в части случаев, проведение АСИТ привели к уменьшению количества повторных вызовов и отсутствию госпитализаций больных по неотложным показаниям.

Фармакоэкономический анализ медикаментозной терапии.

Фармакоэкономический анализ медикаментозной терапии БА на догоспитальном этапе выявил значительно меньшие расходы на купирование приступа БА при применении небулайзерной терапии. Так, стоимость лечения одного больного при традиционном лечении составила $25,92 \pm 5,5$ руб., при небулайзерной терапии — $15,91 \pm 1,4$ руб. ($p < 0,01$).

Стандарт и Протокол ведения больных БА на догоспитальном этапе.

С учетом накопленного опыта, обзора литературы, рекомендаций медицинских и научных обществ были созданы Стандарт и Протокол ведения больных БА на догоспитальном этапе.

Первой моделью пациента явилась БА легкой степени тяжести обострения, в фазе острого состояния, без осложнений. Критериями и признаками, определяющими эту модель пациента явились следующие параметры: сознание не измененное или возбужденное; речь сохранена; частота дыхания нормальная или увеличение до 30% нормы; участие вспомогательных мышц нерезко выражено; при аускультации свистящие хрипы, обычно в конце выдоха; ЧСС — < 100 в мин; ПСВ — 70–90%. В протокол включались пациенты с наличием в анамнезе документированно подтвержденной БА, ХОБЛ, повторных пневмоний, аллергических заболеваний (в том числе у родственников пациента), а также

Таблица 14

**Перечень групп лекарственных средств обязательного
и дополнительного ассортимента**

Наименование группы	Кратность (продолжительность) лечения
Противоастматические средства <i>Ингаляционные бета-2-агонисты короткого действия и холинолитические средства, комбинированные препараты</i>	Однократно, при необходимости двукратно
Прочие препараты для лечения заболеваний органов дыхания, не обозначенные в других рубриках <i>Метилксантины</i>	Однократно

Таблица 15

**Перечень медицинских услуг обязательного и дополнительного
ассортимента на этапе диагностики**

Код медицинской услуги	Название медицинской услуги	Кратность выполнения
01.09.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях легких и бронхов	Однократно
01.09.002	Визуальное исследование при болезнях легких и бронхов	Однократно
01.09.005	Аускультация при болезнях легких и бронхов	Двукратно
02.09.001	Измерения частоты дыхания	Двукратно
02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	Двукратно
12.09.001	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков	Двукратно
02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	Двукратно

больные с жалобами на одышку с затрудненным выдохом и появившимися свистящими хрипами и кашлем.

В качестве ингаляционных бета-2-агонистов короткого действия (табл. 14) предложены вентолин (сальбутамол) 2,5 мг через небулайзер в течение 10 мин или беродуал (фенотерола гидробромид и ипратропиума бромид) 1–2 мл (20–40 капель) через небулайзер в течение 10 мин. Результаты терапии следует оценить через 20 мин. При неудовлетворительном эффекте повторить аналогичную ингаляцию бронхолитика. При отсутствии небулайзеров или при настойчивой просьбе больного возможно введение эуфиллина 2,4% — 10–20 мл внутривенно в течение 10 мин.

Для характеристики алгоритмов и особенностей выполнения медицинских услуг на этапе диагностики необходимо (табл. 15): по клиническим данным оценить степень тяжес-

ти обострения: состояние сознания; степень нарушения речи; определить частоту дыхания, участие вспомогательных дыхательных мышц в акте дыхания; провести аускультацию легких, определить ЧСС и ПСВ, измерить АД. При возможности ограничить контакт с причинно-значимыми аллергенами и триггерами; по данным анамнеза уточнить ранее проводимое лечение (бронхоспазмолитические препараты, пути введения; дозы, кратность назначения; время их последнего приема; использование системных кортикостероидов и в каких дозах).

Следующей моделью является модель пациента со средней степенью тяжести, в фазе острого состояния, без осложнений. Критериями и признаками, определяющими модель пациента, являются следующие: сознание — возбуждение; речь ограничена (отдельные фразы); частота дыхания — выраженная экспираторная одышка 30–50%

Таблица 16

**Перечень групп лекарственных средств обязательного
и дополнительного ассортимента**

Наименование группы	Кратность (продолжительность) лечения
Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны <i>Системные и ингаляционные глюкокортикоиды</i>	Однократно, при необходимости двукратно
Противоастматические средства <i>Ингаляционные бета-2-агонисты короткого действия и холинолитические средства, комбинированные препараты</i>	Однократно, при необходимости двукратно
Прочие препараты для лечения заболеваний органов дыхания, не обозначенные в других рубриках <i>Метилксантины</i>	Однократно

нормы; участие вспомогательных мышц выражено; при аускультации легких имеются выраженное свистящее дыхание на вдохе и на выдохе или мозаичное проведение дыхания; ЧСС — 100–120 в 1 мин; ПСВ — 50–70%. В данную модель включены пациенты имеющие в анамнезе документированную БА, ХОБЛ, повторные пневмонии, аллергические заболевания (в том числе у родственников пациента) и пациенты, предъявляющие жалобы на одышку с затрудненным выдохом и появившимся свистящим дыханием и кашлем.

Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов, представленных в табл. 16 следующая: вентолин (сальбутамол) в дозе 2,5–5 мг через небулайзер в течение 10 мин или беродуал (фенотерола гидробромид и ипратропиума бромид) по 2–3 мл (40–50 капель) через небулайзер в течение 10 мин, преднизолон в дозе 20–30 мг внутрь и 60–90 мг внутривенно или метилпреднизолон — 40–80 мг внутривенно или пульмикорт 1000–2000 мкг через небулайзер в течение 10 мин. Результаты терапии следует оценить через 20 мин и при неудовлетворительном эффекте повторить аналогичную ингаляцию бронхолитика.

При отсутствии небулайзеров или при настойчивой просьбе больного возможно введение эуфиллина 2,4% — 10–20 мл внутривенно в течение 10 мин.

Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения медицинских услуг на этапе диагностики аналогична предыдущему (табл. 15).

Третьей моделью пациента определена БА тяжелой степени тяжести, в фазе острого состояния, без осложнений. Критериями и признаками, определяющими модель па-

циента, являются следующие: сознание — возбуждение, испуг, «дыхательная паника»; речь затруднена (отдельные слова); резко выраженная экспираторная одышка >50% нормы; участие вспомогательных мышц резко выражено; при аускультации резко выраженное свистящее дыхание или ослабление проведения; ЧСС — >120 в мин; ПСВ — <50%. Также обязательным является наличие в анамнезе документированной БА, ХОБЛ повторных пневмоний, аллергических заболеваний (в том числе у родственников пациента); наличие одышки с затрудненным выдохом и появлением свистящего дыхания и кашля.

Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов следующая (табл. 17): вентолин (сальбутамол) 2,5–5 мг через небулайзер в течение 10 мин или беродуал (фенотерола гидробромид и ипратропиума бромид) 2–3 мл (40–50 капель) через небулайзер в течение 10 мин и преднизолон 90–150 мг внутривенно или метилпреднизолон 80–120 мг внутривенно и пульмикорт 1000–2000 мкг через небулайзер в течение 10 мин. При неэффективности терапии возможно введение адреналина 0,1% — 0,5 мл подкожно. При отсутствии небулайзеров или при настойчивой просьбе больного также возможно введение эуфиллина 2,4% — 10–20 мл внутривенно в течение 10 мин. Перечень медицинских услуг обязательного и дополнительного ассортимента на этапе диагностики представлены в табл. 15.

Представленный Стандарт и Протокол ведения больных БА на догоспитальном этапе представлен в декабре 2002 года в Экспертный Совет МЗ РФ для апробации и утверждения.

Таблица 17

**Перечень групп лекарственных средств обязательного
и дополнительного ассортимента**

Наименование группы	Кратность (продолжительность) лечения
Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны	Однократно
<i>Системные и ингаляционные глюкокортикоиды</i>	
Противоастматические средства	Однократно
<i>Ингаляционные бета-2-агонисты короткого действия и холинолитические средства, комбинированные препараты</i>	
Прочие препараты для лечения заболеваний органов дыхания, не обозначенные в других рубриках	Однократно
<i>Метилксантины, альфа- и бета-адреномиметики</i>	

Выводы

1. Бронхиальная астма является наиболее частым поводом для вызова скорой медицинской помощи в РФ. Ее частота составляет примерно 3–4% всех вызовов СМП и половину вызовов, обусловленных бронхолегочными заболеваниями и синдромами, требующими экстренной медицинской помощи.

2. Пациенты с обострением БА, ориентированные на лечение по СМП (частота вызовов более 5 раз в год), имеют среднетяжелое и тяжелое обострение и сопутствующую сердечно-сосудистую патологию, длительный стаж заболевания, отягощенный анамнез, неадекватную амбулаторную терапию и низкий семейный доход.

3. Образовательные программы для врачей, фельдшеров СМП и больных БА повышает эффективность и безопасность лечения, улучшает качество жизни пациентов, способствуют снижению в 2–3 раза частоту вызовов СМП и госпитализацию больных.

4. Традиционная терапия обострения БА характеризуется высокой эффективностью только при легкой степени обострения. При средней и тяжелой степени обострения эта терапия, как правило, включающая три и более препаратов, вводимых парентерально, сопровождается побочными эффектами, малоэффективна, требует частой госпитализации, повторных вызовов СМП и экономически невыгодна.

5. Новые технологии лечения с использованием неинвазивной небулайзерной терапии, в отличие от традиционной, являются высокоэффективными, безопасными и экономически оправданными способами догоспитальной помощи больным БА. Небулайзерная терапия

эффективна у 93,2% больных, способствует уменьшению частоты побочных эффектов по сравнению с традиционной терапией на 30,1%, сокращает количество госпитализаций и повторных вызовов на 3,5 и 2,9% соответственно. При этом расходы на одного больного в 1,7 раза ниже, чем при традиционном лечении.

6. У детей небулайзерная терапия также обладает большими преимуществами по сравнению с традиционной за счет высокой эффективности и безопасности, удобства, неинвазивности и безусловного предпочтения детей и их родителей. Небулайзерная терапия в сравнении с традиционной позволяет уменьшить количество повторных вызовов на 22,2%, госпитализаций на 16,3% и обеспечивает значительный фармакоэкономический эффект.

7. При сравнительно одинаковой и высокой эффективности беродуала и вентолина (93,5 и 93,1% соответственно) применение беродуала реже сопровождается побочными эффектами и в большей степени сокращает число госпитализаций и повторных вызовов.

8. Эффективность небулайзерной терапии у больных с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями была выше традиционной (93,0 и 89,0% соответственно) и сопровождалась значительно меньшим количеством побочных эффектов (на 39,5%) и госпитализаций.

8. Часто вызывающие СМП дети с БА должны направляться врачом СМП в специализированный аллергологический центр. Преемственное ведение больных БА детей и подростков сопровождается сокращением числа госпитализаций и повторных вызовов.

9. У детей с БА, часто вызывающих СМП, в результате обследования выявляется IgE-

опосредуемый механизм аллергических реакций, вызванный сенсибилизацией организма к экзогенным аллергенам, высокий уровень IgE, атопическая форма БА, что требует соответствующей базисной противовоспалительной терапии и аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ).

Своевременно и правильно подобранная базисная противовоспалительная терапия снижает степень тяжести и частоту обострений БА у детей и подростков.

Практические рекомендации

1. Для купирования приступа БА у больных старше 17 лет на догоспитальном этапе вне зависимости от предшествующей терапии рекомендуется применение небулайзерной терапии беродуалом в дозе 1,5 мл при легкой степени тяжести и 2,5 мл при среднетяжелом и тяжелом приступе. При неудовлетворительном эффекте через 20 мин повторить аналогичную ингаляцию бронхолитика.

Для купирования приступа БА у больных детей (младше 17 лет) на догоспитальном этапе рекомендуется применение небулайзерной терапии беродуалом в возрастной дозе: 0,5 мл (10 капель) и сальбутамолом в дозе 0,5 небулы (1,25 мг/1,25 мл) детям до 6 лет и 1 мл (20 капель) и 1 небула (2,5 мг/2,5 мл) соответственно детям старше 6 лет.

2. При среднетяжелом и тяжелом приступе БА дополнительно показано введение глюкокортикоидов, особенно у пациентов с гормонально-зависимой формой БА, анамнестическими указаниями на необходимость применения глюкокортикоидов для купирования обострения БА в прошлом.

3. Критериями эффективности проводимой терапии являются уменьшение одышки, количества сухих хрипов в легких, стабилизация гемодинамики (уменьшение ЧСС, АД); увеличение ПСВ на 60 л/мин (>15%).

4. Для повышения эффективности лечения и преемственности в оказании помощи больным с БА следует направлять в специализированные аллергологические центры.

НОВОСТИ

Финансирование здравоохранения не будет урезано: пермский губернатор

Губернатор Пермского края Олег Чиркунов выступил в Законодательном собрании с посланием о социально-экономическом и политическом положении Пермского края. В частности, он заявил, что в течение двух ближайших лет Пермский край должен стать по уровню медицинского обслуживания лучшим в стране. Этого, по мнению главы региона, позволит добиться построение в крае конкурентной модели здравоохранения, когда больницы и поликлиники борются за пациента.

Для построения такой модели в крае заложена прочная основа. Учреждения здравоохранения переводятся на одноканальное финансирование, неработающее население свободно выбирает страховую организацию, несвойственные функции медучреждений выводятся на аутсорсинг, внедряется система фондодержания, бизнес привлекается в сферу здравоохранения.

Несмотря на изменившиеся экономические условия, финансирование здравоохранения не будет урезано. «Ни о каком сокращении финансирования отрасли здравоохранения не может быть и речи. Мы не сокращали бюджет здравоохранения в последние 4 года, не собираемся делать этого и в будущем», — подчеркнул Чиркунов.

В крае будут созданы условия для того, чтобы лучшие специалисты здравоохранения получали достойную зарплату.

www.regnum.ru

НОВЫЕ ВРЕМЕНА – НОВЫЙ ЖУРНАЛ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Ежемесячный журнал «Справочник врача общей практики» предназначен для врачей общей практики (семейных врачей) и других медицинских работников, занимающихся вопросами первичной медико-санитарной помощи населению

В журнале можно прочитать:

- о перспективах развития общей врачебной практики в России и за рубежом;
 - об организации работы врачей общей практики (семейных врачей);
 - о принятии новых законодательных и нормативных актов, регламентирующих работу врачей общей практики (семейных врачей);
 - о новых подходах к профилактике, диагностике, лечению и реабилитации различных заболеваний у разных групп населения (детей, подростков, женщин, мужчин, пожилых людей);
 - о новых стандартах медицинской помощи;
 - о приемах неотложной помощи населению;
 - о новых лекарственных препаратах, новых медицинских технологиях и новом медицинском оборудовании;
 - о возможностях повышения квалификации медицинских работников первичного звена;
 - о решении трудовых и социальных вопросов;
- а также найти много другой интересной и актуальной информации, необходимой медицинским работникам первичного звена в их ежедневной практике.



**Журнал издается Издательским домом «Панорама»
под патронажем Ассоциации врачей общей практики (семейных врачей) России**

Журнал распространяется только по подписке:

- через каталог агентства «Роспечать» – подписной индекс 46312;
- через каталог «Почта России» – подписной индекс 24209;
- через редакцию – т/ф: (499) 257-01-35.

Редакция журнала приглашает к сотрудничеству:

- авторов и фотографов;
- распространителей периодики и рекламных агентов.

Контактная информация:

т/ф: (499) 257-01-35; моб.: (916) 102-25-50
e-mail: gv_vop@mail.ru; <http://svop.medizdat-press.ru>

Контактное лицо: Краснова Анна Яковлевна
На правах рекламы

ИСКУССТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ. НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА. ВИДЫ КРОВОТЕЧЕНИЙ. ТЕХНИКА НАЛОЖЕНИЯ ЖГУТА

Искусственное дыхание. Непрямой массаж на сердце

При внезапном прекращении сердечной деятельности и дыхания наступает состояние клинической смерти. Это может случиться при поражении электротоком, утоплении и в ряде других случаев при сдавливании или закупорке дыхательных путей. Однако если сразу же приступить к непрямому массажу сердца и искусственной вентиляции легких, то в ряде случаев удастся спасти пострадавшего. Наиболее эффективно использование для искусственной вентиляции легких специальных аппаратов, с помощью которых в легкие вдувается воздух.

При отсутствии таких аппаратов искусственную вентиляцию легких проводят различными способами, из которых наиболее распространен способ «изо рта в рот».

Прежде чем начать эту процедуру, надо уложить пострадавшего на спину, чтобы его

воздухоносные пути были свободны для прохождения воздуха. Для этого его голову следует максимально запрокинуть назад. Одну руку подкладывают под шею, а другой надавливают на темя. В результате корень языка отодвигается от задней стенки гортани и восстанавливается проходимость дыхательных путей.

При сжатых челюстях надо выдвинуть нижнюю вперед и, надавливая на подбородок, раскрыть рот, затем очистить салфеткой ротовую полость от слюны или рвотных масс и приступить к искусственной вентиляции: на открытый рот пораженного положить в один слой салфетку (носовой платок), зажать ему нос, сделать глубокий вдох, плотно прижать свои губы к губам пораженного, создав герметичность, с силой вдуть воздух ему в рот (рис. 1). Вдуть надо такую порцию воздуха, чтобы она каждый раз вызвала возможно более полное расправление легких, что обнаруживается по движению. Если язык все же западает, его прошивают или прокалывают

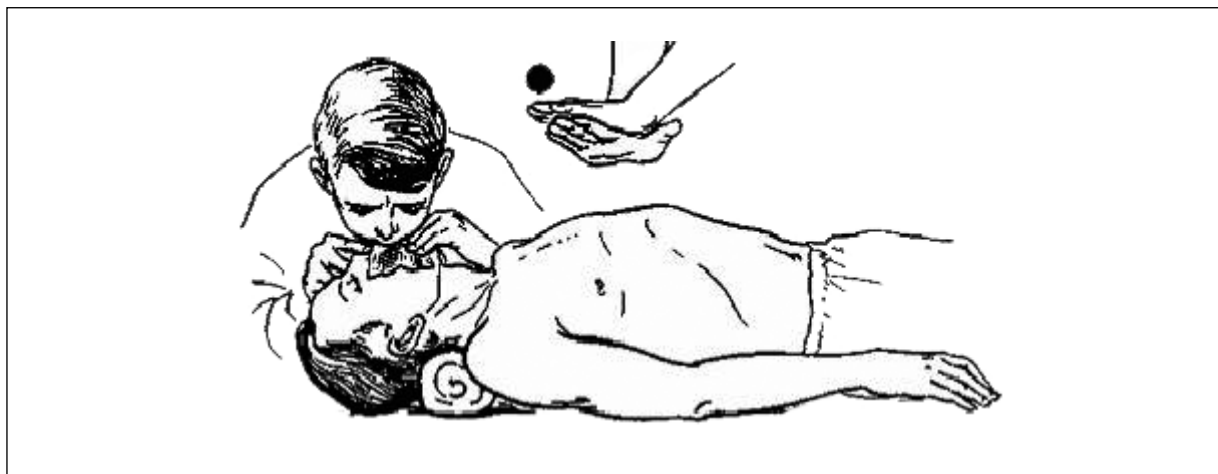


Рис. 1. Искусственная вентиляция легких и непрямой массаж сердца.

Небольшие порции воздуха не дадут никакого эффекта. Воздух вдувают ритмично 16–18 раз в минуту до восстановления естественного дыхания



Рис. 2. Прибинтовывание языка вместе с нижней челюстью к шее, чтобы предупредить его западание

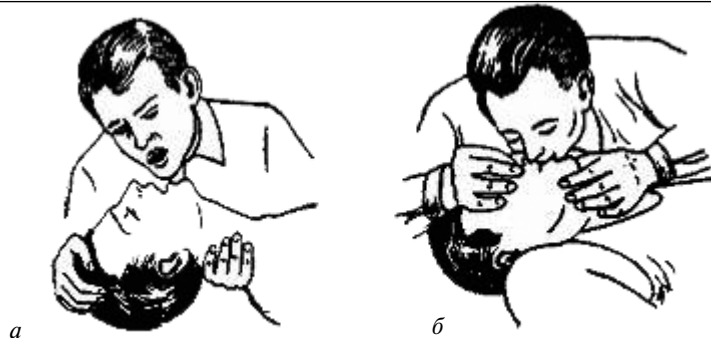


Рис. 3. Искусственное дыхание методом «изо рта в рот»: а — подготовка пострадавшего; б — проведение искусственного дыхания

английской булавкой и фиксируют к воротнику одежды. С этой же целью можно также прибинтовать язык вместе с нижней челюстью к шее (рис. 2).

Подготовив дыхательные пути пострадавшего, вдвывают воздух в рот или нос каждые 5–6 секунд, что соответствует 10–12 дыхани-ям в минуту.

При этом закрывают соответственно нос или рот. После каждого вдвухания («вдоха») открывают рот и нос пострадавшего для свободного (пассивного) выхода воздуха из легких — «выдоха» (рис. 3, 4). Если одновременно проводится наружный массаж сердца, вдвухание воздуха следует приурочить к моменту прекращения надавливания на грудную клетку или же прервать массаж на это время (примерно на одну секунду).

При ранениях нижней челюсти искусственную вентиляцию легких можно выполнять другим способом, когда воздух вдвухают через нос пострадавшего. Рот его при этом должен быть закрыт. Искусственную вентиляцию легких прекращают при установлении достоверных признаков смерти.

При обширных ранениях челюстно-лицевой области искусственную вентиляцию легких указанными способами произвести невозможно, поэтому используют способы Сильвестра, Каллиова. При проведении ис-

кусственной вентиляции легких способом Сильвестра пострадавший лежит на спине, оказывающий помощь встает на колени у его изголовья, берет обе его руки за предплечья и резко поднимает их, далее отводит их назад за себя и разводит в стороны. Так производится вдох. Затем обратным движением предплечья пораженного кладут на нижнюю часть грудной клетки и сжимают ее. Происходит выдох.

При искусственной вентиляции легких способом Каллистова пострадавшего укладывают на живот с вытянутыми вперед руками, голову поворачивают набок, подкладывая под нее одежду (одеяло). Носилочными лямками или связанными двумя-тремя брючными ремнями пострадавшего периодически (в ритме дыхания) поднимают на высоту до 10 см и опускают. При поднимании пораженного в результате расправления его грудной клетки происходит вдох, при опускании вследствие ее сдавливания — выдох.

При внезапном прекращении сердечной деятельности, признаками которого являются отсутствие пульса, сердцебиений, реакции зрачков на свет (зрачки расширены), немедленно приступают к непрямому массажу сердца: пострадавшего укладывают на спину, он должен лежать на твердой, жесткой поверхности. Встают с левой стороны от него и

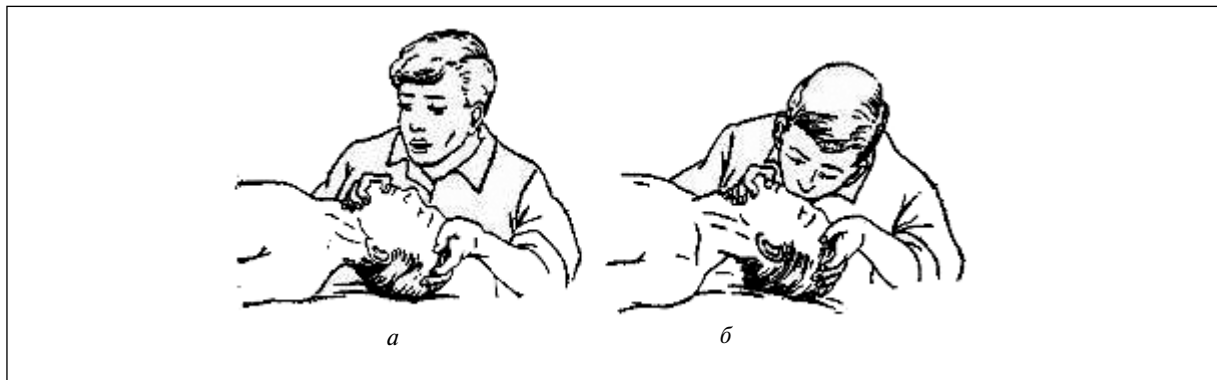


Рис. 4. Искусственное дыхание методом «изо рта в нос»: а — выдох пострадавшего; б — вдувание воздуха

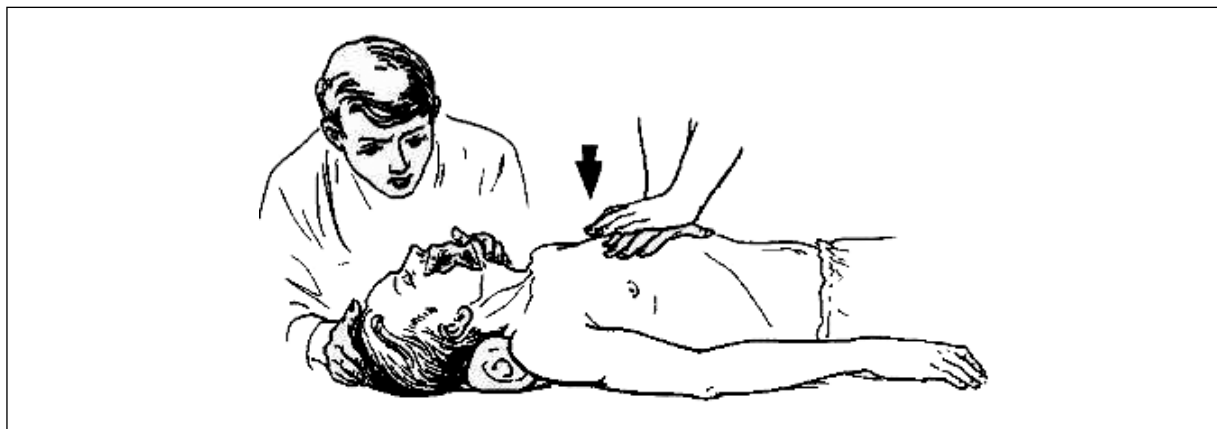


Рис. 5. Искусственная вентиляция легких и непрямой массаж сердца (выдох)

кладут свои ладони одну на другую на область нижней трети грудины. Энергичными ритмичными толчками 50–60 раз в минуту нажимают на грудину, после каждого толчка отпускают руки, чтобы дать возможность расправиться грудной клетке. Передняя стенка грудной клетки должна смещаться на глубину не менее 3–4 см.

Непрямой массаж сердца проводится в сочетании с искусственной вентиляцией легких (рис. 5). В этом случае помощь пораженному должны оказывать два или три человека. Первый производит непрямой массаж сердца, второй — искусственную вентиляцию легких способом «изо рта в рот», а третий поддерживает голову пораженного, находясь справа от него, и должен быть готов сменить одного из оказывающих помощь, чтобы искусственная вентиляция легких и непрямой массаж сердца осуществлялись непрерывно в течение нужного времени. Во время вдувания воздуха надавливать на грудную клетку нельзя. Эти мероприятия проводят попеременно: 4–5 надавливаний на грудную клетку (на выдохе), затем одно вдувание воздуха в легкие (вдох).

Искусственная вентиляция легких в сочетании с непрямым массажем сердца является простейшим способом реанимации (оживления) человека, находящегося в состоянии клинической смерти. При проведении искусственной вентиляции легких и непрямого массажа сердца лицам пожилого возраста следует помнить, что кости в таком возрасте более хрупкие, поэтому движения должны быть щадящими.

Маленьким детям непрямой массаж производят путем надавливания в области грудины не ладонями, а пальцем.

Если прекращение дыхания и сердечной деятельности произошло в результате поражения электрическим током, то сначала необходимо освободить пораженного от действия электричества: быстро выключить рубильник, вывернуть электрические пробки, отбросить провод. При этом надо помнить, что пораженный, не освобожденный от воздействия тока, сам является проводником электричества и прикасаться к нему можно только в резиновых перчатках; провод с его тела снимают сухой деревянной палкой. Ос-

вободив пострадавшего от стесняющей одежды, немедленно приступают к искусственной вентиляции легких, непрямому массажу сердца. После восстановления сердечной деятельности и дыхания пораженного согревают, на раны и ожоги накладывают стерильные повязки.

Техника

Эффективный массаж сердца можно проводить только в том случае, если больной лежит на жесткой поверхности. При проведении массажа на улице больного укладывают спиной на асфальт или жесткие носилки, при проведении массажа в помещении — на пол или длинный стол. Если остановка сердца произошла у больного, находящегося в мягкой кровати, опускают изголовье (убирают подушки), под спину подкладывают поднос, лист фанеры и т.п. Массаж сердца может быть успешным только при одновременном проведении искусственного дыхания.

Непрямой массаж сердца, проводимый одним человеком.

Пострадавшего укладывают на спину, запрокидывают ему голову. Платком или марлей очищают полость рта, делают 3–5 дыханий методом «рот в рот», «рот в нос».

Располагаются слева от больного или опускаются на колени, если он лежит на полу (на земле). На нижнюю треть грудины кладут ладонь левой руки, а сверху нее — ладонь правой руки. Надавливают на грудину достаточно сильно, чтобы она опустилась приблизительно на 5 см, затем задерживают на мгновение в этом положении и быстро отпускают. Цикл «надавливание — отпускание» должен составлять несколько меньше секунды. Через каждые 15 циклов делают 2 частых дыхания методом «рот в рот» или «рот в нос». Признаком эффекта массажа является сужение ранее расширенных зрачков, появление фибрилляции желудочков, а затем и редких сердечных сокращений, восстановление спонтанного дыхания. Массаж продолжают до полного восстановления сердечной деятельности, появления отчетливых сердцебиений и пульса на периферических артериях.

Непрямой массаж сердца, проводимый бригадой СПП (врач и два фельдшера).

Больного укладывают на спину, очищают полость рта, запрокидывают голову, накладывают маску и начинают искусственную вентиляцию легких кислородом. Врач располага-

ется слева от больного и начинает ритмически надавливать на нижнюю треть грудины с частотой 60 циклов в минуту. На каждые 5 циклов (надавливаний) делают один вдох мешком дыхательного аппарата. Показателем правильности массажа является ощущение пульсовой волны на сонной или бедренной артерии при каждом надавливании. Одновременно с этим вводят внутривенно одним шприцем 0,1% раствор адреналина — 0,5 мл и другим шприцем — 4% раствор бикарбоната натрия — 40 мл.

Затем, не вынимая иглы, подключают к ней одноразовую систему для переливания кровезаменителей и крови и начинают переливать 250 мл 4% раствора бикарбоната натрия частыми каплями.

Подключают электрокардиограф и кардиоскоп и начинают непрерывную запись в одном из стандартных отведений. В трубку системы вводят 60–90 мг преднизолона (в зависимости от массы тела больного). Все эти мероприятия занимают около 8–10 мин. Если продолжается асистолия, внутрисердечно вводят 1 мл 0,1% раствора адреналина и 10 мл 10% раствора хлорида кальция. Если появляются фибрилляции, в вену вводят 0,5 мл 0,1% раствора атропина. Не прерывая непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию легких, во вторую вену (на другой руке или ноге) начинают струйно переливать 400 мл 40% раствора глюкозы с добавлением 32 ЕД инсулина. Если продолжается фибрилляция сердца, производят дефибрилляцию.

Массаж сердца прекращают только после восстановления ритмичных сокращений сердца и стабилизации систолического АД на уровне 70–80 мм рт.ст. или при отсутствии сердечных сокращений в течение 15 мин. В пути следования продолжают искусственную вентиляцию легких кислородом, инфузионную и кардиотоническую терапию в зависимости от основного заболевания.

Непрямой массаж сердца у детей. У детей грудная стенка эластична, поэтому непрямой закрытый массаж сердца выполняют с меньшими усилиями и с большей эффективностью. У новорожденных и грудных детей надавливания производят в средней трети грудины большими пальцами рук. У старших детей непрямой массаж сердца производят ладонью одной руки. В соответствии с возрастом ребенка снижают дозы вводимых медикаментозных средств.

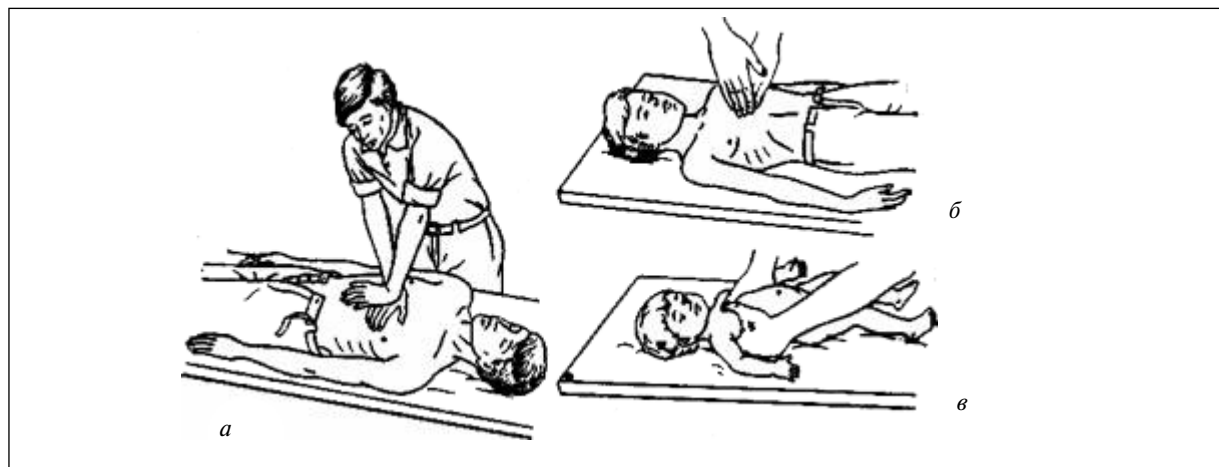


Рис. 6. Закрытый массаж сердца:
а — у взрослого, б — у подростка, в — у ребенка



Рис. 7. Положение пальцев при прощупывании пульса

Осложнения. Наиболее легкие осложнения: гематомы грудной стенки в месте приложения рук реаниматора; изолированные переломы одного или двух ребер.

Специального лечения эти осложнения не требуют. У пожилых пациентов с ригидной грудной стенкой встречаются множественные переломы ребер и даже повреждения легких с развитием закрытого пневмоторакса. Как казуистика описаны случаи повреждения печени, селезенки, желудка. Они отмечены при грубых манипуляциях, проводимых необученными или малоквалифицированными людьми.

Закрытый (наружный, непрямой) массаж сердца должен проводиться сразу же или в ближайшую минуту после остановки сердца. Через 10 минут он уже вряд ли будет эффективным. Проводится массаж сердца в любых условиях. Пострадавший укладывается на спину на ровную плоскость (землю, пол, стол и другую твердую поверхность). Оказывающий помощь становится рядом с ним (если помощь оказывается на полу, то на колени), кладет обе руки (одна на другую) на нижнюю

треть грудины, пальцами к левому соску пострадавшего и ритмично, толчкообразно, всей массой своего тела надавливает на грудную клетку, на глубину не менее 3–4 см (рис. 6).

После каждого надавливания на грудину он поднимает быстро руки. И так 60–70 раз в 1 минуту. Если закрытый массаж сердца эффективен, на сонных и периферических артериях появляется пульс (рис. 7).

При сочетании массажа сердца с искусственным дыханием на каждые 5–6 надавливаний на грудную клетку делают один «вдох».

Эффективный массаж сердца и ИВЛ позволяют неопределенно долго поддерживать жизнь больного без сердечной деятельности, дождаться приезда машины скорой помощи, доставить больного в лечебное учреждение, не допустив развития необратимых изменений жизненно важных функций организма. Известно много случаев успешного оживления больных, находившихся в стадии клинической смерти длительное время; во всех этих случаях врачу удавалось поддерживать периферическое кровообращение массажем сердца. Никогда не следует прекращать массаж сердца и ИВЛ, если не удалось быстро восстановить сердечную деятельность и самостоятельное дыхание. Однако длительный массаж сердца — тяжелая физическая работа, быстро утомляющая реаниматора. Поэтому массаж сердца желательно выполнять поочередно силами 2–3 медицинских работников, что обеспечивает оптимальные условия эффективности массажа при необходимости его длительного проведения (существуют и специальные аппараты для автоматического наружного массажа сердца).

Если закрытым массажем сердца не удастся восстановить периферическое кровообращение в течение 1 мин реанимации, то должен быть решен вопрос о причинах неэффективности его и приняты необходимые меры. Невозможность с помощью массажа сердца восстановить сердечную деятельность нередко наблюдается при возникновении фибрилляции желудочков, устранить которую можно, лишь применяя электрическую дефибрилляцию. Соответствующая аппаратура может быть своевременно доставлена к больному лишь при условии непрерывающейся реанимации. Наиболее частой причиной неэффективности закрытого массажа сердца является потеря сердечной мышцей тонуса. В таких случаях необходимо внутрисердечное введение препаратов, устраняющих атонию миокарда. Иглой длиной 10–12 см, надетой на шприц, пунктируют сердце в третьем или четвертом межреберье, отступив 2 см от края грудины. Направление вкола иглы строго вертикальное. Следует точно установить, что игла находится в полости сердца (в шприц должна легко поступать кровь) и нет опасности ввести препарат в толщу миокарда. Только после этого внутрисердечно вводят 0,3–1 мл 0,1% раствора адреналина или норадреналина, разведенного в 10–15 мл изотонического раствора хлорида натрия. Показано также внутрисердечное введение 5–10 мл 10% раствора хлорида или глюконата кальция.

Другой частой причиной безуспешности закрытого массажа сердца является наличие острой гиповолемии при тяжелой невосполненной кровопотере, резкой атонии сосудов. При этом только ранняя инфузионная терапия (быстрое устранение гиповолемического состояния) может создать условия для успешной реанимации.

Прекращение массажа сердца и других реанимационных мероприятий можно считать оправданным, если у больного, находящегося в состоянии клинической смерти, не удается достичь восстановления периферического кровообращения в течение 10–15 мин, т.е. если при правильно осуществляемом массаже сердца и ИВЛ пульсация сонных и периферических артерий отсутствует; зрачки остаются расширенными, дыхание и сердечная деятельность не восстанавливаются, кожные покровы больного остаются резко бледными или цианотичными.

Виды кровотечений. Техника наложения жгута

Кровотечение — излияние крови из кровеносных сосудов при нарушении целостности их стенки. В зависимости от вида поврежденных сосудов кровотечения бывают артериальные, венозные, капиллярные и смешанные. Особую опасность для жизни представляют артериальные кровотечения, когда под большим давлением кровь изливается или наружу, или в полости тела при внутреннем кровотечении.

Уменьшение объема циркулирующей крови (в норме у человека примерно 5 л) приводит при этом к ухудшению снабжения кислородом сердца, легких, печени, почек, головного мозга.

Кровотечения являются наиболее опасным осложнением ран, непосредственно угрожающим жизни. Под кровотечением понимается выхождение крови из поврежденных кровеносных сосудов. Оно может быть первичным, когда возникает сразу же после повреждения сосудов, и вторичным, если появляется спустя некоторое время.

В зависимости от характера поврежденных сосудов различают артериальные, венозные, капиллярные и паренхиматозные кровотечения.

Наиболее опасно артериальное кровотечение, при котором за короткий срок из организма может излиться значительное количество крови. Признаками артериального кровотечения являются алая окраска крови, ее вытекание пульсирующей струей. Венозное кровотечение в отличие от артериального характеризуется непрерывным вытеканием крови, имеющей более темный цвет, при этом явной струи не бывает. Капиллярное кровотечение возникает при повреждении мелких сосудов кожи, подкожной клетчатки и мышц. При капиллярном кровотечении кровоточит вся поверхность раны. Паренхиматозное кровотечение возникает при повреждении внутренних органов: печени, селезенки, почек, легких (оно всегда опасно для жизни).

Кровотечения могут быть наружные и внутренние. При наружном кровотечении кровь вытекает через рану кожных покровов и видимых слизистых оболочек или из полостей.

При внутреннем кровотечении кровь изливается в ткани, орган или полости, что носит название кровоизлияний. При кровоизлиянии в ткани кровь пропитывает их, образуя при-

пухлость, называемую инфильтратом или кровоподтеком.

Если кровь пропитывает ткани неравномерно и вследствие раздвигания их образуется ограниченная полость, наполненная кровью, ее называют гематомой.

Острая потеря 1–2 л крови, особенно при тяжелых комбинированных поражениях, может привести к смерти.

Признаки наружных кровотечений:

- артериальное: кровь ярко-красного цвета, изливается пульсирующей струей;
- венозное: кровь темно-красного цвета, вытекает равномерной струей;
- капиллярное: кровь выделяется по всей поверхности раны.

Первая медицинская помощь при кровотечениях

В зависимости от вида кровотечения (артериальное, венозное, капиллярное) и имеющихся при оказании первой медицинской помощи средств осуществляют временную или окончательную его остановку.

Временная остановка наиболее опасного для жизни наружного артериального кровотечения достигается наложением жгута или закрутки, фиксированием конечности в положении максимального сгибания, прижатием артерии выше места ее повреждения пальцами. Сонная артерия прижимается ниже раны. Пальцевое прижатие артерий — самый доступный и быстрый способ временной остановки артериального кровотечения. Артерии прижимаются в местах, где они проходят вблизи кости или над ней.

Височную артерию прижимают большим пальцем к височной кости впереди ушной раковины при кровотечении из ран головы.

Нижнечелюстную артерию прижимают большим пальцем к углу нижней челюсти при кровотечении из ран, расположенных на лице.

Общую сонную артерию прижимают к позвонкам на передней поверхности шеи сбоку от гортани. Затем накладывают давящую повязку, под которую на поврежденную артерию подкладывают плотный валик из бинта, салфеток или ваты. Подключичную артерию прижимают к 1-му ребру в ямке над ключицей при кровоточащей ране в области плечевого сустава, верхней трети плеча или в подмышечной впадине.

При расположении раны в области средней или нижней трети плеча прижимают подмышечную артерию к головке плечевой кости, для чего, опираясь большим пальцем на верхнюю поверхность плечевого сустава, остальными сдавливают артерию.

Плечевую артерию прижимают к плечевой кости с внутренней стороны плеча сбоку от двуглавой мышцы.

Лучевую артерию прижимают к подлежащей кости в области запястья у большого пальца при повреждении артерий кисти.

Бедренную артерию прижимают в паховой области к лобковой кости путем надавливания сжатым кулаком (это делают при повреждении бедренной артерии в средней и нижней трети). При артериальном кровотечении из раны, расположенной в области голени или стопы, прижимают подколенную артерию в области подколенной ямки, для чего большие пальцы кладут на переднюю поверхность коленного сустава, а остальными прижимают артерию к кости.

На стопе можно прижать к подлежащим костям артерии тыла стопы, затем наложить давящую повязку на стопу, а при сильных артериальных кровотечениях — жгут на область голени.

Выполнив пальцевое прижатие сосуда, надо быстро наложить, где это возможно, жгут или закрутку и стерильную повязку на рану.

Наложение жгута (закрутки) — основной способ временной остановки кровотечения при повреждении крупных артериальных сосудов конечностей. Жгут накладывают на бедро, голень, плечо и предплечье выше места кровотечения, ближе к ране, на одежду или мягкую подкладку из бинта, чтобы не прищемить кожу. Его накладывают с такой силой, чтобы остановить кровотечение. При слишком сильном сдавливании тканей в большей степени травмируются нервные стволы конечности. Если жгут наложен недостаточно туго, артериальное кровотечение усиливается, так как сдавливаются только вены, по которым осуществляется отток крови из конечности. Правильность наложения жгута контролируется отсутствием пульса на периферическом сосуде.

Время наложения жгута с указанием даты, часа и минуты отмечают в записке, которую подкладывают под ход жгута так, чтобы она была хорошо видна.

Конечность, перетянутую жгутом, тепло укрывают, особенно в зимнее время, но не

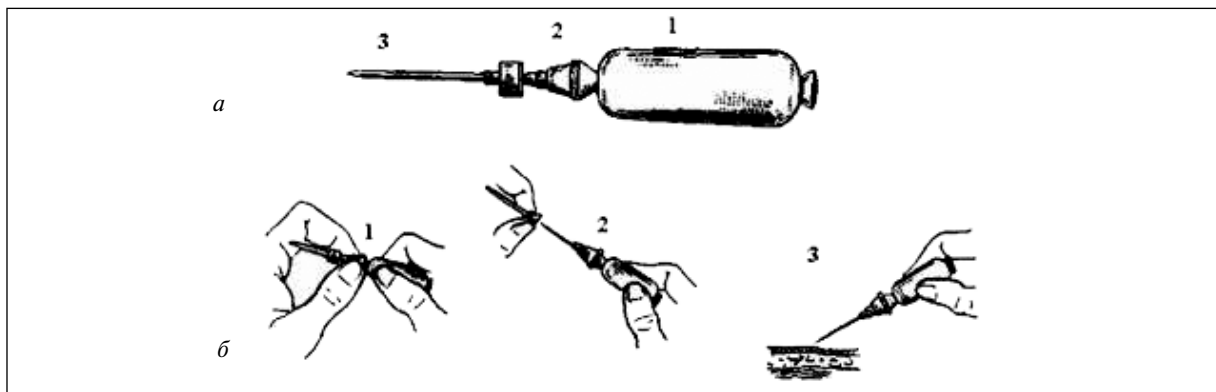


Рис. 8. Шприц-тюбик:

а — общий вид; 1 — корпус; 2 — канюля с иглой; 3 — защитный колпачок;
б — использование; 1 — прокалывание мембраны в корпусе поворотом канюли до упора;
 2 — снятие колпачка с иглы; 3 — положение при вкалывании иглы

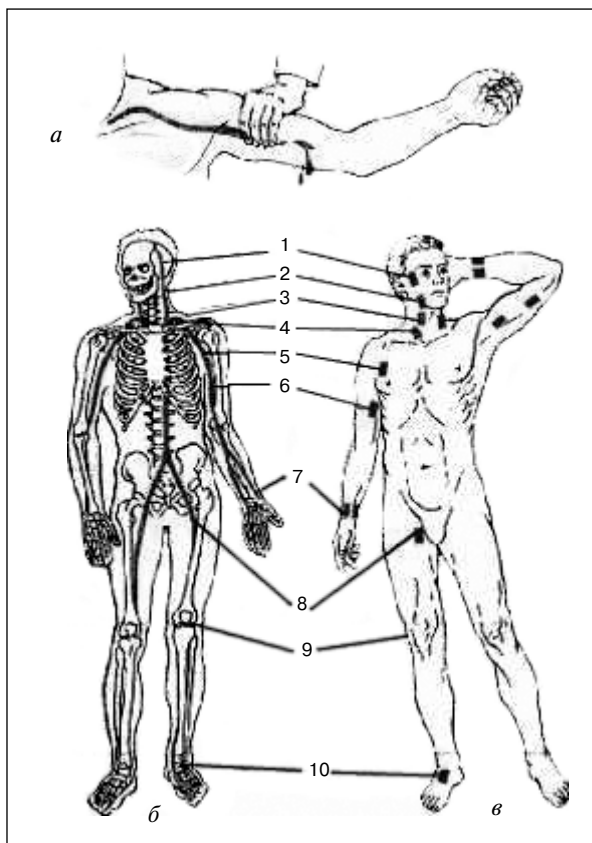


Рис. 9. Схема артериальной сети человека и точки пальцевого прижатия артерий для остановки кровотечений

обкладывают грелками. Пораженному вводят противоболевое средство из шприц-тюбика.

Шприц-тюбик (рис. 8) состоит из полиэтиленового корпуса, инъекционной иглы и защитного колпачка; предназначен для однократового введения лекарств внутримышечно или подкожно.

Для введения противоболевого средства правой рукой берут шприц-тюбик за корпус,

левой за ребристый ободок канюли, корпус поворачивают до упора.

Снимают колпачок, защищающий иглу. Не касаясь иглы руками, вкалывают ее в мягкие ткани верхней трети наружной поверхности бедра, верхней трети плеча сзади, в наружный верхний квадрант ягодицы. Сильно сжимая пальцами корпус шприц-тюбика, выжимают содержимое и, не разжимая пальцев, извлекают иглу.

Использованный шприц-тюбик прикалывают к одежде пораженного на груди, что на последующих этапах эвакуации указывает на введение ему противоболевого средства.

Жгут на конечности следует держать не более 1,5–2 ч во избежание ее омертвения ниже места наложения жгута. В тех случаях, когда с момента его наложения прошло 2 ч, надо выполнить пальцевое прижатие артерии, медленно под контролем пульса ослабить жгут на 5–10 мин и затем снова наложить его немного выше предыдущего места. Такое временное снятие жгута повторяют через каждый час, пока пораженному не будет оказана хирургическая помощь, при этом каждый раз делают отметку в записке. Если жгут трубчатый, без цепочки и крючка на концах, его концы завязывают в узел.

Главная задача при кровотечении — как можно скорее его остановить. Для этого необходимо:

- прижать артерию выше уровня повреждения (рис. 9а). Расположение артерий и места их прижатия в случае возникновения кровотечения показаны на рис. 9б, 9в;
- наложить давящую повязку для временной остановки кровотечения (венозного, капиллярного, а также из небольших артерий).

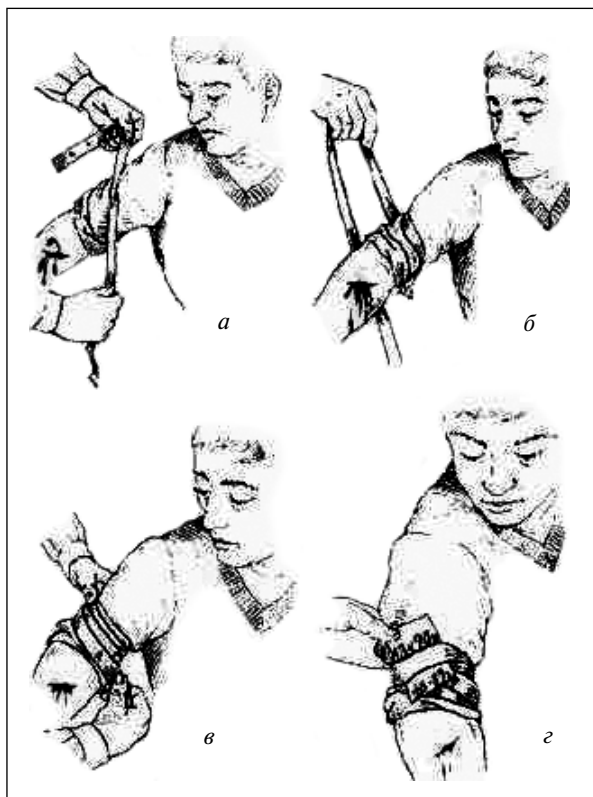


Рис. 10. Техника наложения резинового жгута:
а — растягивание жгута; б — наложение жгута с постоянным его растяжением;
в — витки жгута ложатся один к другому;
г — записка с указанием времени наложения

Учитывая, что у детей артерии более эластичные, а артериальное давление ниже, чем у взрослых, давящей повязкой у них может быть остановлено даже артериальное кровотечение.

Техника наложения давящей повязки: на рану накладывают чистую, желательнее стерильную, марлевую салфетку, поверх нее — плотно свернутый комок ваты, после чего туго бинтуют круговыми ходами бинта.

Применение кровоостанавливающего жгута показано при повреждении крупных артерий конечностей.

Не рекомендуется накладывать жгут на кожу!

Место наложения жгута прикрывается одеждой или бинтом. Жгут должен располагаться выше раны и как можно ближе к ней. Жгут растягивают и в таком виде прикладывают к конечности (рис. 10а). Не ослабляя натяжение, обертывают его несколько раз так (рис. 10б), чтобы витки жгута ложились один к другому (рис. 10в). Концы жгута скрепляют с помощью цепочки и крючка. Жгут затягивают до остановки кровотечения.

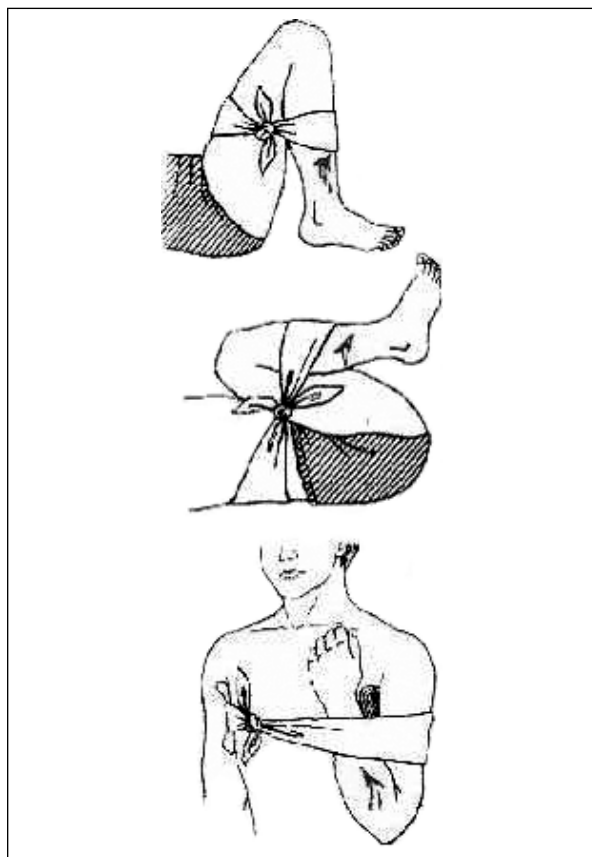


Рис. 11. Приемы остановки кровотечения сгибанием конечностей

Важно запомнить, что максимальные сроки наложения жгута — 2 ч, а в зимнее время — 1 ч, после чего может наступить омертвление конечности ниже места наложения жгута. Для предупреждения этого опасного осложнения к жгуту прикрепляют лист бумаги (рис. 10г) с указанием времени наложения. Необходимо постоянное наблюдение за пострадавшим, так как в случае ослабления жгута кровотечение может возобновиться. Необходимо помнить, что наложение жгута — мера временная, предварительный этап перед окончательной остановкой кровотечения в условиях стационара.

При отсутствии жгута на месте происшествия используют различные подручные материалы (носовой платок, брючный ремень, галстук и др.).

Применение тонких предметов типа проволоки или веревки не рекомендуется из-за опасности грубого дополнительного повреждения тканей, особенно нервов!

Временная остановка кровотечения может быть достигнута сгибанием конечности.

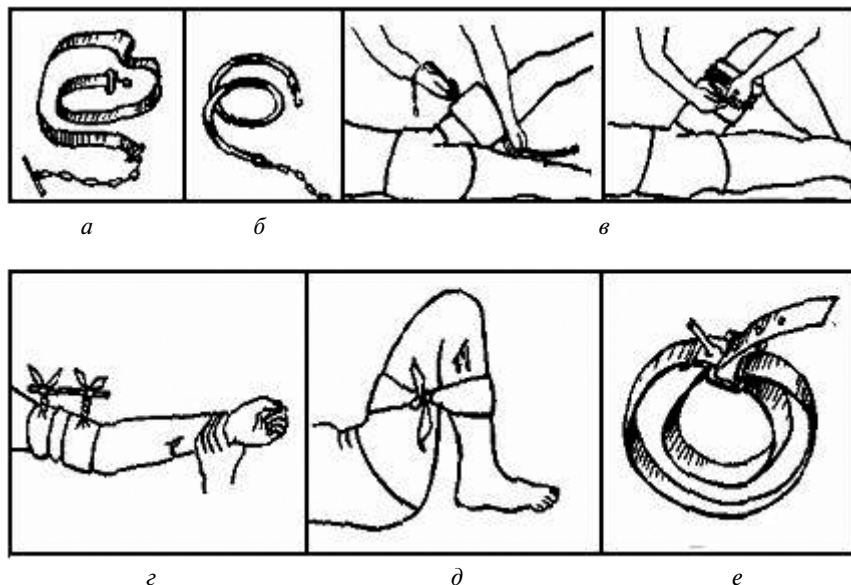


Рис. 12. Способы остановки артериального кровотечения:
 а — ленточный кровоостанавливающий жгут; б — круглый кровоостанавливающий жгут;
 в — наложение кровоостанавливающего жгута; г — наложение закрутки;
 д — максимальное сгибание конечности; е — двойная петля брючного ремня.

На рис. 11–12 показана техника остановки кровотечения при ранениях верхней и нижней конечностей.

При любом виде кровотечения раненой конечности необходимо придать возвышенное положение и обеспечить покой.

При отсутствии жгута артериальное кровотечение может быть остановлено наложением закрутки или путем максимального сгибания конечности и ее фиксации в этом положении.

Для остановки кровотечения с помощью закрутки используют веревку, скрученный платок, полоски ткани. Импровизированным жгутом может служить брючный ремень, который складывают в виде двойной петли, надевают на конечность и затягивают (рис. 12).

Временная остановка наружного венозного и капиллярного кровотечений проводится путем наложения давящей стерильной повязки на рану (закрывают ее стерильными салфетками или бинтом в 3–4 слоя, сверху кладут вату гигроскопическую и туго закрепляют бинтом) и придания поврежденной части тела приподнятого положения по отношению к туловищу. В некоторых случаях временная остановка венозного и капиллярного кровотечений может стать и окончательной.

Окончательная остановка артериального, а в ряде случаев и венозного кровотечений проводится при хирургической обработке ран.

При внутренних кровотечениях на предполагаемую область кровотечения кладут пузырь со льдом, пораженного немедленно доставляют в лечебное учреждение.

Список литературы

1. Популярная медицинская энциклопедия. Гл. ред. Б.В. Петровский. В 1-м томе: аборт — ячур. — М.: Советская энциклопедия, 1979.
2. Основы медицинских знаний: Учебное пособие для учащихся пед. училищ по спец. «Дошкольное воспитание» / Р.В. Танкова-Яшпольская и др. — М.: Просвещение, 1993.
3. Основы медицинских знаний учащихся: Пробн. учеб. для сред. учеб. заведений / М.И. Гоголев, Б.А. Гайко, В.А. Шкуратов, В.И. Ушакова; под. ред. М.И. Гоголева. — М.: Просвещение, 1991.
4. Булай П.И. Первая помощь при травмах, несчастных случаях и некоторых заболеваниях: (Крат. справочник). — Мн.: Беларусь, 1980.
5. Справочник практического врача / Под ред. А.И. Воробьева. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1982.
6. Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи / Под ред. О.М. Елесева. — М.: Медицина, 1988.

ФИЗИОТЕРАПЕВТ

<http://fizio.medizdat-press.ru>

ФИЗИОТЕРАПЕВТ



Научно-практический журнал для врачей-физиотерапевтов

Практика организации физиотерапевтической службы. Оригинальные исследования. Современные методы физиотерапии и новое физиотерапевтическое оборудование. Реабилитация. Курортология. Бальнеология. Проблемы ЛФК и мн. др.

Главный редактор – Г. Н. Пономаренко, д. м. н., профессор, член Межведомственного ученого совета Минздравсоцразвития РФ и РАМН, Комитета МЗСР РФ по новой медицинской технике, сопредседатель Санкт-Петербургского научного медицинского общества физиотерапевтов и курортологов, действительный член РАЕН.

Ежемесячное издание. Объем – 80 с.
В свободную продажу не поступает.

ОСНОВНЫЕ РУБРИКИ

Организация работы в физиотерапии

- организация, структура, объем и содержание работы физиотерапевтических подразделений в лечебных учреждениях.

Оригинальные статьи

- результаты исследований лечебных эффектов новых физических методов лечения, помогающих понять связь между воздействием физических методов патогенетической направленности и основными синдромами заболеваний.

Новые технологии

- современные физиотерапевтические технологии и методические подходы к их применению в практической деятельности врача-физиотерапевта.

Официальный отдел

- приказы, информационные письма, положения и методические рекомендации по

физиотерапевтической службе, должностным обязанностям врачей и среднего медицинского персонала физиотерапевтической службы.

Обзоры и диссертации

- научные обзоры, тезисы в области физиотерапии и авторефераты диссертаций;
- перспективные методы лечения по материалам международных исследований, в т. ч. доказательной медицины.

Последипломное образование

- информация о курсах переподготовки, повышения квалификации, сертификационных циклах по физиотерапии.

Лекции

- описание физических методов лечения пациентов с наиболее распространенными нозологическими формами заболеваний.

Как подписаться на журнал «Физиотерапевт»

На почте в любом отделении связи:

по Каталогу агентства «Роспечать» — 84881.

по Каталогу российской прессы «Почта России» — 13534.

Через редакцию: (495) 625-96-11.

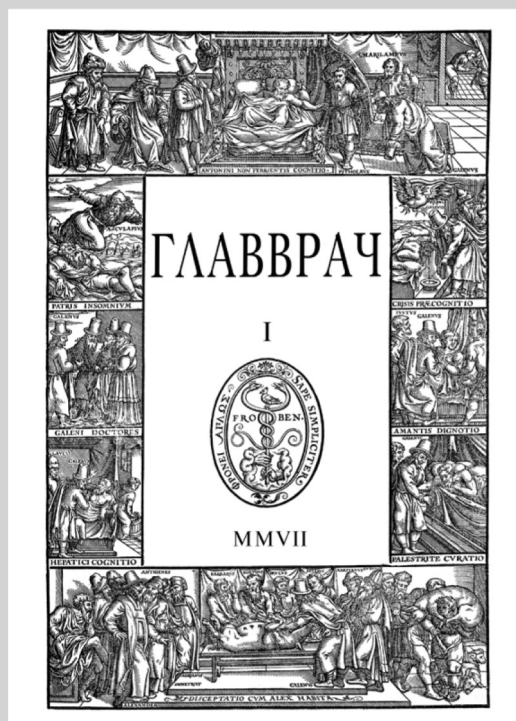
Тел. (495) 749-54-88, 8-800-17-00-00

Главврач – ВАШ ПУТЬ К ЭФФЕКТИВНЫМ УПРАВЛЕНЧЕСКИМ РЕШЕНИЯМ

Ежемесячный журнал «ГлавВрач» предназначен для руководителей учреждений здравоохранения разного уровня — от главных врачей и их заместителей различных лечебно-профилактических учреждений до руководителей здравоохранения муниципального, регионального и федерального уровней

В журнале можно прочитать:

- о перспективах развития отечественного и зарубежного здравоохранения;
- об организации работы медицинских учреждений;
- о новых законодательных и нормативных актах, регламентирующих медицинскую деятельность;
- об интересном региональном и зарубежном опыте в сфере здравоохранения;
- о работе ЛПУ в системах ОМС и ДМС;
- о лекарственном обеспечении;
- об управлении качеством;
- о психологии управления;
- о подготовке кадров;
- о решении трудовых и социальных вопросов,



а также найти много другой интересной и актуальной информации, необходимой руководителям учреждений здравоохранения для принятия эффективных управленческих решений.

Журнал издается Издательским домом «Панорама».

Главный редактор журнала — **А.И. Вялков**, д.м.н., профессор, академик РАМН, директор НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением

Журнал распространяется только по подписке:

- через каталог «Роспечати» – подписной индекс 80755;
- через каталог «Почта России» – подписной индекс 99650;

Редакция журнала приглашает к сотрудничеству:

- авторов;
- фотографов;
- распространителей периодики.
- рекламных агентов.

Контактная информация:

тел. редакции: **8(916) 102-25-50**

e-mail: **gv_vop@mail.ru**, <http://gv.glav-vrach.ru>

тел. для справок: **(495) 749-54-83**, с 9⁰⁰ до 17⁰⁰

ЭКОНОМИСТ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

<http://economist.medizdat-press.ru>



Универсальный журнал-справочник адресован заместителям главного врача по экономическим вопросам, экономистам организаций здравоохранения, работникам финансово-плановых отделов медицинских учреждений, маркетологам отделов маркетинга медицинских услуг, преподавателям экономики здравоохранения и экономики социальной сферы, студентам медицинских вузов и колледжей, изучающих экономику здравоохранения, всем, кто проявляет интерес к экономическим вопросам здравоохранения.

*Председатель редакционного совета — министр здравоохранения Московской области, доктор медицинских наук, профессор **В.Ю. Семенов**.*

*Главный редактор — **А.Л. Пиддэ**, д.э.н., профессор.*

ОСНОВНЫЕ РУБРИКИ ЖУРНАЛА:

- Социальная политика и здравоохранение
- Основы экономики здравоохранения
- Финансовый менеджмент
- Методы экономического анализа
- Финансы аптечных учреждений
- Ценообразование в здравоохранении
- Новости законодательства
- Основные документы экономиста
- Маркетинг медицинских услуг
- Экономическая учеба (заочный семинар)

Ежемесячное издание. Объем — 80 с. В свободную продажу не поступает.

КАК ПОДПИСАТЬСЯ НА ЖУРНАЛ «ЭКОНОМИСТ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ»:

На почте в любом отделении связи:

- по Каталогу агентства «Роспечать», полугодовой подписной индекс — 36273, цена — 2460 р. за 6 мес.
- по Каталогу российской прессы «Почта России», полугодовой подписной индекс — 99369, цена — 2460 р. за 6 мес.
- через редакцию — тел./факс отдела подписки: (495) 625-96-11.

Тел. для справок: (495) 749-54-83. 9.00–17.00