

Наибольшие трудности возникают при лечении госпитальной пневмонии неизвестной этиологии. В таких случаях принято назначать комбинированную терапию, которая чаще всего состоит из 2 или 3-х антибиотиков [3]:

1. пенициллиновый в сочетании с аминогликозидным антибиотиком;
2. цефалоспориновый вместе с аминогликозидным антибиотиком;
3. цефалоспориновый 3 поколения в сочетании с макролидным антибиотиком;
4. пенициллиновый (цефалоспориновый) вместе с аминогликозидным антибиотиком и клиндамицином.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сидоренко С. В., Яковлев С. В. Антибактериальная терапия пневмоний у взрослых. Учебно-методическое пособие для врачей. — Москва, 1999.
2. Состояние антибиотикорезистентности грамотрицательных возбудителей нозокомиальных инфекций в отделениях интенсивной терапии. Информационное письмо. Межведомственный научный совет по внутрибольничным инфекциям при РАМН и МЗ РФ. — М., 1998, — 12 с.
3. Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких (взрослое население). Научный редактор издания: Чучалин А. Г. Составители: Новиков Ю. К., Белевский А. С., Княжеская Н. П., Антонов Н. С., Куценко М. А. Министерство здравоохранения Российской Федерации. — М., 1999.

Современные подходы к терапии обострений бронхиальной астмы

Н. А. КАРОЛИ, А. П. РЕБРОВ.

Саратовский государственный медицинский университет.

Бронхиальная астма (БА) является одной из актуальных проблем медицины. Для этого заболевания характерно неуклонное прогрессирование процесса с возможным развитием летального исхода. Летальность от БА продолжает расти, каждый год от астмы в США погибает более 5000 человек. И если в 1979 г. число смертельных случаев от БА в США составило 0,9 на 100 тыс. населения, то в 1995 г. эта цифра увеличилась более чем в 2 раза (2,1 на 100000 населения).

Основной причиной обращения за экстренной медицинской помощью является развитие тяжелого обострения астмы. Под обострением БА понимаются эпизоды прогрессивного нарастания экспираторной одышки, кашля, появления свистящих хрипов или различные сочетания этих симптомов. Обострения характеризуются прогрессивным нарастанием бронхиальной обструкции, которую оценивают по изменению объема форсированного выдоха за 1 с (ОФВ1) или пиковой скорости выдоха (ПСВ), а также повышением вариабельности ПСВ при суточном мониторингировании этого показателя. Эти показатели более объективно отражают тяжесть обострения астмы, чем клинические симптомы. По тяжести можно выделить легкие, среднетяжелые или умеренные, и тяжелые обострения астмы. Классификация тяжести обострения бронхиальной астмы приведена в таблице 1. Следует отметить, что тяжесть обострения не является

синонимом тяжести течения БА, хотя между ними существует определенная связь. Так, легкой форме БА, как правило, свойственны легкие обострения заболевания. При среднетяжелой и тяжелой астме могут наблюдаться легкие, среднетяжелые и тяжелые обострения.

Тактика лечения обострений астмы определяется этапом, на котором оно проводится. В то же время алгоритм терапии обострения БА независимо от его тяжести имеет несколько общих принципов.

1. При первичном осмотре необходимо оценить тяжесть приступа, провести пикфлоуметрию, при возможности пульсоксиметрию (в стационаре — ЭКГ, рентгенография, исследование содержания калия сыворотки, газов крови).
2. Провести физикальное обследование для оценки тяжести обострения и выявления возможных осложнений (пневмоторакса, пневмомедиастинума, ателектазов, пневмонии и др.).
3. Определить характер проводимой ранее терапии:
 - количество доз бронхолитического препарата, путь введения;
 - время, прошедшее с момента последнего приема бронхолитика;
 - применялись ли глюкокортикоиды, их дозы.
4. Уточнить длительность обострения и его возможные причины, предшествующие госпитализации по поводу БА, наличие тяжелых или жизнеугрожающих обострений астмы в анамнезе.

Таблица 1
Классификация тяжести обострений бронхиальной астмы [1, 2, 4]

ПОКАЗАТЕЛЬ	ТЯЖЕСТЬ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ			
	ЛЕГКОЕ	СРЕДНЕТЯЖЕЛОЕ	ТЯЖЕЛОЕ	ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩЕЕ
Физическая активность	Сохранена	Ограничена	Резко снижена или отсутствует	Резко снижена или отсутствует
Одышка	При ходьбе	При разговоре	В покое	В покое
Разговорная речь	Предложения	Фразы	Отдельные слова	Отсутствует
Сознание	Больной может быть возбужден	Больной обычно возбужден	Больной возбужден	Заторможенность, спутанность сознания, может быть кома
Частота дыхания	Увеличена	Увеличена	Более 30 в 1 мин.	Увеличена или уменьшена
Участие вспомогательной мускулатуры	Обычно нет	Часто	Всегда	Парадоксальные торако-абдоминальные движения
Свистящие хрипы	Немного, обычно в конце выдоха	Громкие, в течение всего выдоха	Громкие, в течение вдоха и выдоха	Отсутствуют, дыхание поверхностное, «немое» легкое
ЧСС	<100 в мин.	100-120 в мин.	>120 в мин.	Брадикардия
Парадоксальный пульс	Отсутствует <10 мм рт. ст.	Может быть 10-25 мм рт. ст.	Часто бывает > 25 мм рт. ст.	Отсутствие свидетельствует о мышечном утомлении
ПСВ после приема бронхолитика (% от должных или индивидуально наилучших для больного значений)	>80%	60-80%*	< 60%* или 100 л/мин или ответ длится менее 2 часов	<33%
PaO ₂ , мм рт. ст.	Норма, тест обычно не нужен	>60	<60, возможен цианоз	<60, цианоз
PaCO ₂ , мм рт. ст.	<45**	<45	>45	>45
SaO ₂ , %	>95	91-95	<90	<90

Примечание. Наличие нескольких параметров (не обязательно всех) позволяет дать общую характеристику обострения; многие из этих параметров не были исследованы систематически, поэтому они служат лишь ориентировочными. * — по рекомендациям экспертов EPR-2 — 50-80% и 50% соответственно; ** — по рекомендациям экспертов EPR-2 — 42 мм рт. ст.

5. Удалить причинно-значимые аллергены или триггеры обострений (если они известны).

6. Проведение неотложной терапии в зависимости от тяжести обострения. В процессе терапии и наблюдения тяжесть обострения может быть пересмотрена.

7. Наблюдение в динамике за клиническими симптомами, мониторингирование ПСВ, SaO_2 , газов крови.

8. Обучение больного пользованию небулайзером и/или дозированным аэрозольным ингалятором.

При осмотре обращают внимание на наличие у пациента признаков, свидетельствующих о развитии тяжелого или жизнеугрожающего обострения астмы:

- нарушения сознания;
- выраженной одышки, из-за которой больной произносит только отдельные слова или короткие фразы;
- участия в дыхании вспомогательных мышц;
- бледности, цианоза;
- отсутствия дыхательных шумов при аускультации;
- подкожной эмфиземы;
- парадоксального пульса более 25 мм рт.ст. При неотложных состояниях парадоксальный пульс определяют по первому тону Короткова на высоте вдоха и на глубине выдоха. Если разница составляет более 12 мм рт. ст., то парадоксальный пульс считается положительным.

ПСВ менее 50-60% от должного или наилучшего для больного значения или менее 100 л/мин.

В случае, если исходное состояние больного оценивается как легкое или среднетяжелое, необходимо начать ингаляции бета2-агонистов либо через дозированный ингалятор со спейсером большого объема (начальная доза 400-800 мкг), либо через небулайзер (начальная доза 2,5-5 мг). Через 15-20 минут после ингаляции делается заключение о тяжести обострения астмы (таблица 1).

Алгоритм терапии легкого обострения на этапе «амбулаторная помощь-скорая помощь»

В случае, когда по критериям состояние больного оценивается как легкое, больные могут самостоятельно начать ингаляции бета2-агонистов либо через дозированный ингалятор со спейсером большого объема (начальная доза 400-800 мкг), либо через небулайзер (начальная доза 2,5-5 мг) с интервалом в 20 минут трижды в течение 1 часа.

При легком обострении больной может полностью провести курс терапии обострения самостоятельно в соответствии с составленным заранее планом (желательно наблюдение врача в течение первых двух-трех суток).

При обострении БА легкой степени рекомендуется:

Продолжить ингаляции бета2-агонистов каждые 3-4 часа в течение 1-2 суток.

Для профилактики приступов одышки необходимо назначение или изменение противовоспалительного лечения: ингаляционные кортикостероиды в средних и высоких дозах, если пациент не получал их ранее, или увеличение дозы ингаляционных глюкокортикостероидов (ГКС) в 2 раза, если больной уже принимал их.

Пациент должен находиться под амбулаторным наблюдением пульмонолога или терапевтов для контроля за эффективностью терапии.

Алгоритм терапии среднетяжелого обострения на этапах «амбулаторная помощь-скорая помощь»

В случае, если по критериям состояние больного оценивается как среднетяжелое, пациент:

- продолжает ингаляции бета2-агонистов через небулайзер (2,5 мг) или дозированный ингалятор со спейсером большого объема (400 мкг) трижды в течение часа,
- назначают системные стероиды (30-60 мг однократно).

ЧЕРЕЗ 15 МИНУТ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕЙ ИНГАЛЯЦИИ САЛЬБУТАМОЛА ПРОИЗВОДИТСЯ ОЦЕНКА ПСВ

ЭФФЕКТ ХОРОШИЙ

1. Состояние стабильное.
2. ПСВ 80% от должного.
3. Эффект 2-агонистов продолжается 4 часа.
4. Терапия после ликвидации острого приступа.

ЭФФЕКТ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫЙ

1. Состояние нестабильное, симптомы в прежней степени или нарастают, ПСВ < 80%.
2. Госпитализация в стационар.
3. Продолжение терапии в машине «скорой помощи»

При положительной динамике через 1 час больной может быть оставлен дома. При этом пациент должен:

— продолжать ингаляции бета2-агонистов (через небулайзер или дозированный ингалятор (ДИ)-спейсер) каждые 3-4 часа в течение 1-2 суток;

— принимать системные стероиды в дозе 40-60 мг в один или два приема в течение 3-10 дней.

В случае, если пациент ранее получал ингаляционные кортикостероиды, рекомендуется увеличение их дозы в 2 раза. Если больной не принимал ингаляционные ГКС, то необходимо начать их прием в средних и высоких дозах.

Пациент должен находиться под наблюдением в течение 3-7 дней, так как сохраняется вероятность развития повторного обострения.

Если в течение еще 1 часа при среднетяжелом обострении эффект от проводимой терапии неполный или отсутствует, то больной должен немедленно обратиться за медицинской помощью и должен быть госпитализирован в отделение пульмонологии или реанимационное отделение.

При транспортировке больного в машине «скорой помощи» продолжают ингаляции бета2-агонистов, добавляют ингаляции ипратропия бромидом (атровента), который вводят с помощью небулайзера (0,5 мг) или ДИ-спейсер (4-8 вдохов) каждые 30 минут 3 раза, затем каждые 2-4 часа по необходимости. Можно смешивать сальбутамол и атровент в одном небулайзере. При возможности — кислородотерапия.

Алгоритм терапии тяжелого обострения на этапах «амбулаторная помощь-скорая помощь-стационар»

Если в течение еще одного часа при среднетяжелом обострении эффект от проводимой терапии неполный или отсутствует, если исходно или после первого часа терапии делается заключение о наличии у больного тяжелого или жизнеугрожающего обострения, то больной должен немедленно обратиться за медицинской помощью и должен быть госпитализирован в пульмонологическое или реанимационное отделение.

Показаниями для госпитализации больных с БА служат:

1. Обострение БА средней тяжести при отсутствии эффекта от лечения в течение 1 часа.
2. Тяжелое и жизнеугрожающее обострение БА.
3. Отсутствие условий для оказания квалифицированной помощи и наблюдения за больным в динамике на амбулаторном этапе.
4. Больные, составляющие группу риска неблагоприятного исхода заболевания.

При сборе анамнеза у пациента с обострением БА необходимо тщательно анализировать наличие факторов, ассоциированных с развитием жизнеугрожающего обострения астмы (группа риска неблагоприятного исхода).

Лечение обострения в условиях стационара.

При тяжелом и жизнеугрожающем обострении состояние больного оценивается каждые 15-30 минут. Мониторирование состояния больного включает:

- оценку клинических симптомов;
- определение ПСВ или ОФВ1;
- определение SaO_2 и газового состава артериальной крови при $\text{SaO}_2 < 92\%$;
- определение кислотно-основного состояния;
- определение содержания калия в сыворотке крови;
- ЭКГ;
- рентгенографию органов грудной клетки (при поступлении).

Начало лечения не следует откладывать из-за лабораторных изменений. Сбор короткого анамнеза и физикальное обследование больного во время обострения имеют важное значение для выбора последующего лечения. При первичном осмотре больного необходимо:

1. Оценить тяжесть обострения, провести пикфлоуметрию с определением ПСВ.
2. Определить характер проводимой прежде терапии: бронхолитики, глюкокортикостероиды и их дозы.
3. Уточнить длительность обострения и его возможные причины, предшествующие госпитализации по поводу БА, наличие астматических статусов (или TOA) в анамнезе.
4. Провести физикальное обследование для оценки тяжести обострения и выявления возможных осложнений (пневмоторакса, пневмомедиастинума, ателектазов и др.).

Обязательна постоянная ингаляция увлажненным кислородом при помощи носовых катетеров или масок Вентури (40-60% FiO_2) до сатурации кислорода более 90%.

Продолжается или начинается (если до этого пациенту не был назначен) прием системных ГКС. Показаниями для назначения ГКС при обострении астмы являются [1-4]:

1. Неэффективность применения бета2-агонистов короткого действия.

2. Среднетяжелые, тяжелые или жизнеугрожающие обострения астмы.

3. Гормонозависимые пациенты.

Можно выделить две рекомендуемые схемы их применения.

1. Эксперты EPR-2 рекомендуют назначать системные кортикостероиды (преднизон, преднизолон, метилпреднизолон) по 120-180 мг/сутки перорально в 3 или 4 приема в течение 48 часов, затем 60-80 мг/сутки до тех пор, пока ПСВ не достигнет 70% от должного или индивидуально лучшего показателя, после чего сохраняется 40-60 мг в сутки перорально в один или два приема. Возможно применение гидрокортизона 200 мг в/в [4].

2. Британским торакальным и Канадским обществами рекомендуются другие дозы: 30-60 мг/сутки преднизолона перорально или гидрокортизон 200 мг внутривенно каждые 6 часов [2, 3].

Назначенную суточную дозу препарата сохраняют без снижения в течение 7-14 дней или до исчезновения ночных симптомов астмы, нормализации физической активности, повышения ПСВ до лучших для пациента значений (80% от максимального показателя), после чего следует одномоментная отмена препарата (если пациент не получал до этого системные ГКС в качестве базисной терапии). При этом особо указывается на возможность одномоментной отмены препарата при длительности терапии ГКС 15 дней и менее.

В качестве бронхолитической терапии используют комбинацию бета2-агонистов и холинолитиков, которые вводят через небулайзер или ДИ-спейсер каждые 20 минут еще в течение часа. Если через 20 минут после последней ингаляции ПСВ более 50% от должного или индивидуально лучшего для пациента значения, то продолжают ингаляции салбутамола (возможно в сочетании с холинолитиками) по 2,5 мг через небулайзер или 400 мкг через ДИ-спейсер каждый час до ПСВ > 60-75% от должного, затем по 2,5 мг каждые 6 часов (4 раза в сутки).

Если через 20 минут после последней ингаляции салбутамола ПСВ остается менее 50% от должного или индивидуально лучшего для пациента значения, то повторить ингаляции салбутамола (возможна комбинация с холинолитиками) по 2,5 мг через небулайзер или 400 мкг через ДИ-спейсер каждые 20 минут еще в течение часа. Если через 15-20 минут после последней ингаляции ПСВ сохраняется менее 50% от должного либо наилучшего для больного значения, то больной подлежит госпитализации в отделение реанимации.

Показаниями для перевода больного в отделение реанимации являются:

1. Тяжелое обострение БА (при отсутствии эффекта от проводимого лечения в течение 2-3 часов).

2. Жизнеугрожающее обострение БА с развитием признаков приближающейся остановки дыхания или потери сознания.

Терапия в отделении реанимации:

— кислородотерапия;

— введение бета2-агонистов ингаляционно (каждые 4-6 часов);

— ГКС перорально (если больной может глотать) или парентерально;

— аминофиллин внутривенно 5-6 мг/кг каждые 10-30 минут (доза снижается, если пациент до поступления принимал препараты теофиллина), в дальнейшем доза уменьшается до 0,6-1,0 мг/кг (720 мг/сут., максимальная суточная доза 2 г);

— возможно введение парентеральных бета2-агонистов;

— при неэффективности проводимой терапии показана респираторная поддержка.

Критерии перевода из отделения реанимации:

1. Полное купирование тяжелого или жизнеугрожающего обострения астмы.

2. Уменьшение тяжести обострения астмы:

— ЧДД ≤ 25 в минуту;

— ЧСС ≤ 110 в минуту;

— ПСВ ≥ 250 л/минуту или ≥ 50% от должного значения;

— РаО₂ ≥ 70 мм рт. Ст. или SaO₂ ≥ 92%.

Выписка из стационара. Больному следует назначить препараты, рекомендуемые при выписке, по крайней мере, за 12 часов (желательно за 24 часа) до ухода пациента из стационара. При этом необходимо убедиться, что это лечение контролирует течение заболевания.

После выписки из стационара пациент должен находиться под наблюдением участкового терапевта или пульмонолога в течение 4-6 недель.

Таким образом, современная диагностика и терапия обострений БА включают в себя оценку тяжести состояния больных с использованием показателей бронхиальной проходимости, назначение бета2-агонистов и холинолитиков, вводимых через небулайзеры или через дозированные ингаляторы со спейсерами большого объема, вместо эуфиллина в качестве средства первой линии для купирования бронхиальной обструкции. Хочется надеяться, что широкое внедрение этих методов в клиническую практику позволит повысить эффективность лечения обострений БА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чучалин А. Г., Медников Б. Л., Белевский А. С. и др. Бронхиальная астма. Руководство для врачей России (формулярная система). Пульмонология (прилож.). — 1999; 40 с.

2. British Thoracic Society. British guidelines on asthma management: 1995 review and position statement. Thorax. 1997; 52 (Suppl. 1): S1-21.

3. Canada Guideline. Canada Asthma Consensus Report. 1999; 93 p.

4. National Asthma Education and Prevention Program. Expert Panel Report II: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. Bethesda, MD: National Institute of Health, 1997.

Современные проблемы здоровья подростков

С. В. МАЛЬЦЕВ, Е. Л. ИЛЮШИНА.

Казанская государственная медицинская академия.

Детская Республиканская клиническая больница МЗ РТ.

В настоящее время обострились многие проблемы нашего общества, и они напрямую связаны с состоянием всех аспектов здоровья подростков, особенно в старшей возрастной группе. Прежде всего, это необходимость решения демографических проблем (падение рождаемости, высокие показатели смертности в репродуктивном возрасте, сокращение средней продолжительности жизни, отрицательный естественный прирост), обеспечение обороноспособности страны, повышение интеллектуального потенциала общества.

За последние годы увеличилась заболеваемость подростков, изменилось их репродуктивное поведение, увеличивается число ранних беременностей, аборт, заболеваний, передаваемых половым путем, трудно внедряются современные методы контрацепции. Стали угрожаемыми саморазрушающие формы по-

ведения подростков (жестокость, насилие, токсикомания и др.). В структуре смертности подростков ведущее место занимают несчастные случаи, отравления, убийства, самоубийства. Подготовка юношей к службе в армии стала государственной и трудно решаемой задачей — это связано с проблемами физического, соматического, психического здоровья, наркоманией, ВИЧ-инфицированием. Существовавшая система медицинской помощи подросткам оказалась неспособной решить весь комплекс проблем состояния их здоровья — не снизились заболеваемость, инвалидность и смертность.

В соответствии с приказом МЗ РФ № 154 от 5.05.1999 г. осуществлен поэтапный перевод медицинского обеспечения детей 15-18 лет в детские амбулаторно-поликлинические учреждения. По этому приказу, таким образом, медицинское обеспечение всех