

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ФАРМАКОТЕРАПІЇ**

ЛІКИ – ЛЮДИНІ

**Сучасні проблеми створення,
вивчення та апробації
лікарських засобів**

Матеріали XXVIII всеукраїнської
науково-практичної
конференції з міжнародною участю

**3 лютого 2011 року
м. Харків**

*Реєстраційне посвідчення УкрІНТЕІ
№ 1 від 10 січня 2011 року*

Харків
Видавництво НФаУ
2011

Аналізуючи результати клінічних досліджень, можна з упевненістю укласти, що гомеопатичні препарати - ефективні і безпечні динамізовані лікарські засоби, а гомеопатичний метод терапії - шлях до вирішення проблеми побічної дії ліків і раціональної фармакотерапії.

Література

1. Башмакова Н. В. Альтернативные методы глазами соотечественников / Н. В. Башмакова, Е. В. Башмакова, Н. Н. Бедрань, М. В. Юдина // Укр. гомеопат. щорічник. – 2002.— Т. V. – С. 95 - 98.
2. Давыденков В. В., Патудин А. В. Из истории ветеринарной гомеопатии // Тез. докл. XIII Московской международной гомеопатической конференции «Развитие гомеопатического метода в современной медицине». Москва. - 24-25 января 2009 г. – С. 98.
3. Іванів А.П. Перспективы создания и утверждения национальной номенклатуры динамизированных (гомеопатических) лекарственных средств на Украине // Провизор. - 2001. – № 11. – С. 12 - 13.
4. Кейн С. Гомеопатическая фармация: введение и руководство / С. Кейн. - М. : ГМ, 2002. – 256 с.
5. *Костенникова З.П.* Введение в гомеопатическую фармацию / *Костенникова З.П., Акашкина Л. В., Островский А. З.* — М. : Симилия, 2003. — 208 с.
6. Костинская Н.Е. Проблемы гармонизации рынка гомеопатических средств в странах Европы // Провизор. – 2001. - №21. – С.14-16.
7. Мощич О.П. Гомеопатичні лікарські засоби, їх офіційний статус у світі та в Україні, стан виробництва та реалізації // Український гомеопатичний щорічник. – Том V (2002). – С.163-173.
8. Фатак С.Р. Краткий реперторий и Materia Medica гомеопатических лекарств / С.Р. Фатак – Новосибирск, 2000. – 864 с.

ПОДДЕРЖАНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПЕРФУЗИОННОГО ДАВЛЕНИЯ В КОМПЛЕКСЕ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Голдовский Б.М., Петрушевская М.В., Сериков К.В.,
Поталов С.А., Воротынцев С.И.

Запорожская медицинская академия последипломного образования

Острые нарушениям мозгового кровообращения (ОНМК) остаются

важной проблемой, которая обуславливает высокую летальность и инвалидизацию больных – только 15-20% больных перенесших инсульт головного мозга (ГМ) не утрачивают своей трудоспособности [1].

В настоящее время существует несколько рекомендаций по оказанию неотложной медицинской помощи (НМП) и проведению интенсивной терапии (ИТ) больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Наиболее распространенными являются рекомендации по раннему лечению ишемического инсульта у взрослых согласно Американской ассоциации сердца и Американской ассоциации инсульта (AHA-ASA, 2007), исходя из которых пациентам с подозрением на инсульт ГМ в условиях догоспитального этапа (ДЭ) рекомендуется [3]:

- Работать по протоколу “ABC”
- Проводить постоянный кардиальный мониторинг
- Обеспечить внутривенный доступ
- Оксигенотерапия при сатурации кислорода менее 92%
- Исключить гипогликемию
- Исключить пероральное введения лекарств и пищи
- Предупредить приёмное отделение о больном с ОНМК
- Срочно доставить больного в ближайшее учреждение, способное лечить острый инсульт ГМ.

При этом не рекомендуется:

- Вводить жидкость содержащую декстрозу пациентам без гипогликемии
- Производить избыточную внутривенную инфузионную нагрузку
- Чрезмерно снижать систолическое (АД сист.) и диастолическое (АД диаст.) артериальное давление.

Материалы и методы.

Под нашим наблюдением находилось 12 больных с ОНМК в возрасте 62-73 года. Средний возраст составил 67,5 лет. Из них 5 мужчин (41,5%) и 7 женщин (58,5%).

В нашей практике мы используем протокол интенсивной терапии ишемического инсульта на догоспитальном этапе по Усенко Л.В., Мальцеву Л.А., Цареву А.В., Черненко В.Г., 2004 [2], который состоит из следующего алгоритма:

1. Постановка диагноза (типичная клиника), отметка времени начала развития инсульта
2. Оценка витальных функций (дыхательные пути, дыхание, гемодинамика)
3. Обеспечение адекватного газообмена
4. Обеспечение периферического венозного доступа с умеренной

- инфузионной терапией
5. Оценка неврологического статуса по шкале ком Глазго
 6. Антиагрегантная терапия
 7. Первичная нейропротекция
 8. Коррекция гипотензии/гипертензии
 9. Ранняя госпитализация в инсультное отделение.

Результаты и их обсуждение.

Постановка диагноза – производится согласно данным анамнеза и клинической картины.

Оценка витальных функций – первичный осмотр согласно алгоритму “ABC”:

A (airways) – восстановление проходимости дыхательных путей

B (breathing) – вспомогательная вентиляция легких;

C (circulation) – восстановление кровообращения;

Обеспечение адекватного газообмена – в зависимости от уровня насыщения кислородом артериальной крови (SaO_2) при проведении пульсоксиметрии, решается дальнейшая тактика проведения респираторной поддержки:

- при $\text{SaO}_2 < 94\%$ необходимо проведение ингаляции кислорода через лицевую маску или носовой катетер
- при гипоксемии ($\text{SaO}_2 < 90\%$) на фоне проводимой оксигенотерапии, уровне сознания по ШКГ < 8 баллов, тахипноэ > 30 в минуту, брадипноэ < 10 в минуту, частоте сердечных сокращений (ЧСС) < 60 или > 130 в минуту – необходима интубация и проведение ИВЛ по показаниям.

Инфузионная терапия – с целью адекватного “венозного” доступа производилась катетеризация периферической (при необходимости центральной) вены с дальнейшей умеренной инфузионной терапией 0,9% раствором натрия хлорида.

Антиагрегантная терапия – аспирин использовали в дозе 100-300 мг/сут per os, в первые 24-48 часов с момента развития инсульта.

По результатам рандомизированных мультицентровых исследований аспирин снижает смертность и частоту повторного инсульта минимально, но статистически значимо [4].

Первичная церебропротекция – сульфат магния вводили в дозе 7-10 мг/кг из расчета по магнию (в среднем 10-15 мл 25% раствора), в/в.

Сульфат магния является одним из нейропротекторных препаратов, который ослабляет развитие начальных звеньев поражающего нейроны глутаматного каскада [5].

Коррекция гипотензии - для коррекции гипотензивных нарушений использовали вазопрессоры, а именно дофамин (200 мг препарата в 200 мл 0,9% NaCl или 5% глюкозы), вводили в/в капельно медленно, под

контролем АД.

- 2-5 мкг/кг/мин – расширяет мезентериальные и почечные сосуды без увеличения ЧСС и АД
- 5-10 мкг/кг/мин – выраженный инотропный эффект, мягкая вазодилатация вследствие стимуляции β_2 -адренорецепторов либо умеренная тахикардия
- 10-20 мкг/кг/мин – дальнейшее усиление инотропного эффекта, выраженная тахикардия
- более 20 мкг/кг/мин – резкая тахикардия, сосудистый спазм вследствие стимуляции α_1 -адренорецепторов и ухудшение перфузии тканей

Коррекция гипертензии - неотложная антигипертензивная терапия не проводилась, за исключением случаев чрезвычайно высоких значений АД >220/120 мм рт. ст. (см. табл. 1).

Таблица 1. Предлагаемая схема антигипертензивного лечения при остром ишемическом инсульте (модификация Brott and Ringleb, 1994).

Параметры гемодинамики	Медикаментозная коррекция
АД сист. 180-220 мм рт. ст. и/или АД диаст. 105-140 мм рт. ст.	Не лечить
АД сист. более 220 мм рт. ст. и/или АД диаст. более 120 мм рт. ст. (при повторных измерениях)	• Лакардия (лабеталол) 10-20 мг в/в струйно в течении 1-2 мин. Можно повторять введение каждые 10 мин. Суточная доза 200 мг. или в/в капельно 50-200 мг/сут в 200 мл 0.9% р-ра NaCl или 5% глюкозе. • Никардипин 5 мг/час в/в капельно в качестве начальной дозы, затем в зависимости от эффекта, титруя, повышают дозу до 2,5 мг/час каждые 5 минут до максимальной дозы 15 мг/час. • Клонидин 0,15-0,3 мг, в/в. • Каптоприл 6,25-12,5 мг, per os. • Натрия нитропруссид в/в капельно 0,5 мкг/кг/мин. • Нитроглицерин 5 мг в/в, затем 1-4 мг/час, в/в.
АД диаст. более 140 мм рт.ст.	

Церебральное перфузионное давление - кровоток в сосудах головного мозга в норме определяется церебральным перфузионным давлением (ЦПД), которое соответствует среднему системному артериальному давлению в сосудах основания мозга. Этот показатель широко используется с целью определения перфузии головного мозга.

При снижении ЦПД происходит компенсаторная вазодилатация артерий и артериол, что обеспечивает поддержание мозгового кровообращения на оптимальном уровне. По мнению ряда авторов, ЦПД в норме составляет 70-100 мм рт. ст., при его снижении до 50 мм рт. ст. возникают метаболические признаки ишемии головного мозга.

ЦПД рассчитывали, как разницу между средним АД (САД) и внутричерепным давлением (ВЧД):

$$\text{ЦПД} = \text{САД} - \text{ВЧД}, \text{ мм рт. ст.}, \text{ где:}$$

- при оценке сознания по шкале ком Глазго (ШКГ) в 13-15 баллов, ВЧД составляет 15 мм рт. ст.
- 12-9 баллов = 20 мм рт. ст.
- менее 8 баллов = 30 мм рт. ст.

Исходя, из этого мы производили целевую коррекцию значений САД, с целью поддержания адекватного мозгового кровотока у пациентов с ОНМК.

$$\text{САД} = \text{ЦПД} + \text{ВЧД}, \text{ мм рт. ст.}, \text{ где:}$$

$$\text{САД} = 70 \text{ (нижняя граница нормы ЦПД)} + 15 = 85 \text{ мм рт. ст.} - \text{ у пациентов в сознании или заторможенностью (ШКГ 13-15 баллов)}$$

$$\text{САД} = 70 + 20 = 90 \text{ мм рт. ст.} - \text{ у больных в сопоре (ШКГ 12-9 баллов)}$$

$$\text{САД} = 70 + 30 \text{ мм рт. ст.} = 100 \text{ мм рт. ст.} - \text{ у больных в коме (ШКГ менее 8 баллов)}$$

Выводы.

Мониторинг и поддержание нормальных значений ЦПД позволяет снизить риск развития ишемии головного мозга во время оказания неотложной медицинской помощи, путем целевой коррекции нарушений гемодинамики (гипотензии/гипертензии).

Литература.

1. Зозуля І.С., Боброва В.І., Сич Н.С. Застосування корвітіну в гострому періоді мозкового інсульту// Сучасні аспекти інтенсивної терапії невідкладних станів (Матеріали) – Запоріжжя. – 2010. – С. 46-47
2. Усенко Л.В., Мальцева Л.А., Царев А.В., Черненко В.Г. Ишемический инсульт глазами анестезиолога (Современные подходы к интенсивной терапии) – Днепропетровск, 2004. – 137 с.
3. Рекомендации по раннему лечению ишемического инсульта у взрослых, 2007 (Рекомендации Американской ассоциации

сердца/Американской ассоциации инсульта – АНА/ASA) //Практична ангіологія. – № 1/1. – 2008. – С.46-56.

4. Adams H.P., Adams K.J., Brotl T. et al. American Stroke Association (ASA) Guidelines for the early management of patients with ischemic stroke // Stroke, 2003, 29: 1056-1083.

5. Muir K.W., Lees K.R. Dose optimization of intravenous magnesium sulfates after acute stroke // Stroke, 1998, 29: 918-923.

СКОРАЯ ПОМОЩЬ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Голдовский Б.М., Поталов С.А.

Запорожская медицинская академия последипломного образования

Основы законодательства Украины о здравоохранении определяют правовые, организационные, экономические и социальные принципы здравоохранения в Украине, регулируют общественные отношения в этой отрасли с целью обеспечения гармоничного развития физических и духовных сил, высокой работоспособности и долголетней активной жизни граждан, устранения факторов, которые вредно влияют на их здоровье, предупреждение и снижение заболеваемости, инвалидности и смертности, улучшения наследственности.

Государственные, общественные или другие органы, обязаны обеспечить приоритетность здравоохранения в собственной деятельности, не нанося вреда здоровью населения в пределах своей компетенции оказывать помощь больным, инвалидам и потерпевшим от несчастных случаев, способствовать работникам органов и заведений здравоохранения в их деятельности.

Поскольку три интегральных показателя состояния здоровья населения - смертность, рождаемость и продолжительность жизни – являются все таки низкими в Украине в сравнении с другими странами СНГ. В среднем рядовой гражданин Украины не доживает 10-15 лет своей жизни. Причем смертность наивысшая среди мужчин работоспособного возраста и составляет около 28% от показателя общей смертности.

Доказано, что качественно основные причины смертности в упомянутом контингенте населения подобные к общеевропейским: сердечно-сосудистые, катастрофы, травматизм на производстве и в быту, дорожно-транспортные происшествия, суициды. Но количественно в Украине они значительно преобладают.

Анализ показывает, что большинство случаев смерти по экзогенным причинам объясняются вредными привычками - алкоголизмом (25%), курение (47%), хроническими стрессогенными