

**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

дыхания

Оротрахеальную интубацию производили согласно приказу МОЗ Украины от 01.03.2004 года № 108 “Про усовершенствование организации неотложной нейрохирургической помощи”, при этом, для интубации трахеи было достаточно одного из факторов: уровень сознания по ШКТГ < 8 баллов; тахипное > 30 в минуту; гипоксемия ($\text{SaO}_2 < 94\%$ или $\text{PaO}_2 < 70$ мм рт.ст.); гиперкапния ($\text{PaCO}_2 > 45$ мм рт.ст.).

Альтернативой интубации трахеи является использование ларингеальной маски

Выводы.

1. Благодаря проводимому алгоритму все пострадавшие были доставлены в течение “золотого” часа в Запорожскую городскую больницу экстренной и неотложной медицинской помощи со стабильными показателями витальных функций организма
2. Смертей на догоспитальном этапе не было.

Литература

1. Малыш И.Р., Дворский П.Д., Згржебловская Л.В., Крылюк В.О. Стратегия эмпирической антибактериальной терапии у пострадавших с тяжелой политравмой // Материалы Всеукраинской научно-практической конференции. Запорожье. – 2010. – С. 95-97.
2. Рошчін Г.Г., Гайдаєв Ю.О., Мазуренко О.В., Гур'єв С.О., Барамія Н.М., Заруцький Я.Л., Кукуруз Я.С., Малиш І.Р. Надання медичної допомоги постраждалим з політравмою на до госпітального етапі. – Київ. 2003. – С. 33.
3. Watch Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania. Крововтрата і анемія у хірургічних хворих. Методи профілактики і лікування без переливання крові // Безкровна медицина. Успіхи і перспективи. – Львів 2008. – С.126-149.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ АРИТМІЙ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Голдовський Б.М., Риндіна Л.И., Поталов С.О., Лабенський Д.В.
Запорізька медична академія післядипломної освіти
Запорізька міська клінічна лікарня екстреної та швидкої
медичної допомоги

Лікування аритмій серця належить до проблемних питань кардіології через відсутність єдиного підходу до терапії порушень ритму серця.

За сучасними даними, реальні можливості та показання для застосування антиаритмічних засобів досить обмежені. Це пов'язано з

тим, що для жодного з наявних антиаритмічних препаратів немає переконливих доказів щодо його здатності покращувати прогноз хворих із різними порушеннями серцевого ритму. Не випадково впродовж останніх десятиліть спостерігається стрімкий прогрес інтервенційних технологій, використання яких на відміну від медикаментозного лікування дає пацієнтам шанс на повне усунення аритмій різного характеру. Водночас медикаментозна терапія порушень серцевого ритму залишається актуальною: застосування антиаритмічних засобів посідає важливе місце у разі необхідності профілактики частих пароксизмів аритмій, насамперед фібриляції передсердь [1].

Аритмії - найчастіше ускладнення інфаркту міокарда (ІМ) та найчастіша причина смерті на догоспітальному етапі. Половина летальних результатів при ІМ відбувається в перші дві години, в більшості випадків внаслідок фібриляції шлуночків. На госпітальному етапі аритмії є другою за частотою (після гострої серцевої недостатності) причиною летальних результатів хворих з ІМ [2].

Шлуночкова тахікардія виникає приблизно у 15-20% хворих на ІМ, фібриляція шлуночків — у 4-18%, вони є основними безпосередніми причинами смерті хворих із ГКС на догоспітальному етапі лікування. Пароксизмальна передсердна тахікардія та тріпотіння передсердь спостерігаються при даній патології досить рідко, в 1-7% випадків, миготлива аритмія — у 10-25% хворих. Блокади однієї, двох або трьох гілок пучка Гіса реєструються у 10-20% хворих із ГКС. Навіть при монофасцикулярній блокаді летальність вища, ніж без порушень провідності (відповідно 27 і 15%), а при біфасцикулярній блокаді вона досягає 45%. Ще більш несприятливий прогноз при трьохгілковій блокаді (4,5%) [3].

В останні роки відбулися помітні зміни багатьох уявлень про лікування аритмій у хворих з гострим ІМ. Порушення серцевого ритму при ГКС є однією з основних причин збільшення летальності цього контингенту хворих, тому особливе значення надається правильній діагностиці та корекції цих станів.

Матеріали та методи досліджень. Догоспітальний етап надання медичної допомоги досліджено на основі аналізу карт інтенсивної терапії кардіореанімаційних бригад за 2009-2010 рік.

Вивчалися анамнестичні данні, показники ЕКГ, клінічні прояви аритмій [4].

Під час дослідження оброблено карти 133 пацієнтів у віці від 52 до 86 років (жін.-71, чол.-62). Із загальної кількості хворих, які отримали антиаритмічну терапію, пацієнти із фібриляцією передсердь склали 80 осіб, із надшлуночковою пароксизмальною тахікардією -20, із тріпотінням передсердь -2, шлуночковою пароксизмальною тахікардією

-10, фібриляцією шлуночків -7, шлуночковою екстрасистолією -14 (рис 1). Середній вік обстежених $72,2 \pm 0,7$ років.

При визначенні тактики і методів лікування аритмій важливо враховувати, яким захворюванням страждає хворий, які фактори сприяють виникненню і прогресуванню аритмії (рис. 2).

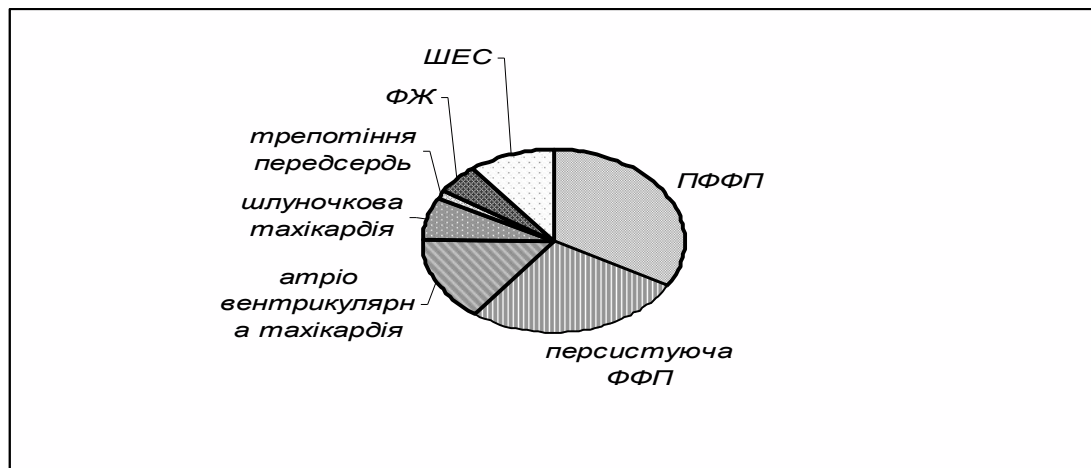


Рис. 1 Форми аритмій

Всі пацієнти, за даними анамнезу, страждають на ішемічну хворобу серця, яка часто ускладнюється порушенням ритму серця [4]. Більшість складає група хворих із гострим коронарним синдромом - 51(38%).

Поряд з гострою лівошлуночковою недостатністю порушення ритму зустрічалося у 29 осіб (22%). На тлі кардіосклерозу аритмія встановлена у 18 пацієнтів (14%) .

Фібриляція (миготіння) передсердь характеризується безладним серцевим ритмом, при якому відсутні координовані скорочення міокарда передсердь, частота яких може досягати 400 і більш за хвилину. При цьому тільки частина з цих скорочень передається через АВ-з'єднання на шлуночки (до 200-220 імпл./хв.). Інші імпульси блокуються [5].

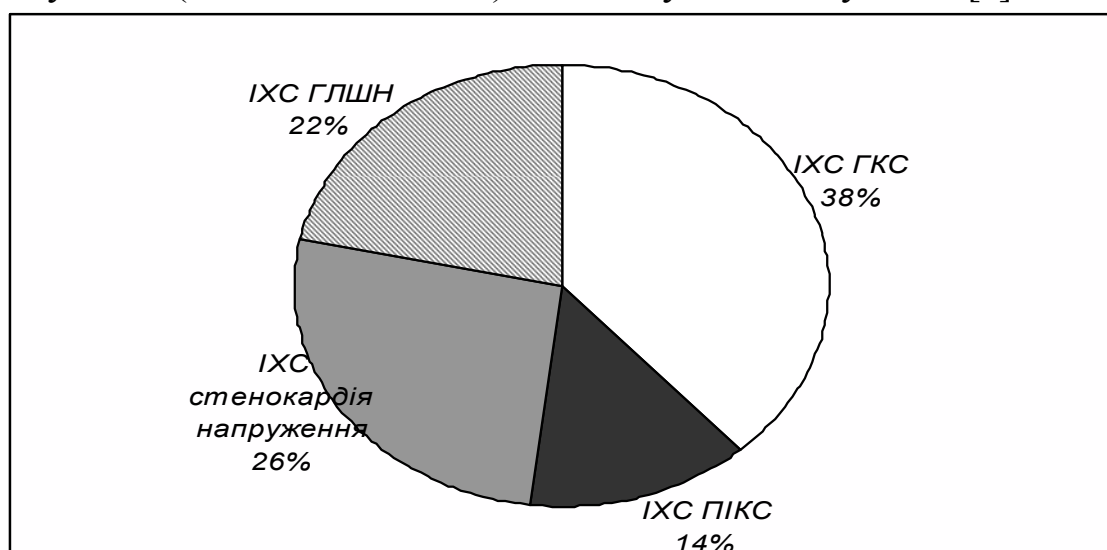


Рис. 2. Структура захворюваності пацієнтів з гострими порушеннями ритму

Тому, відповідно до протоколів лікування аритмій [6], внутрішньовенно вводились препарати, що подовжують реполяризацію (аміодарон), препарати, пригнічують проведення через швидкі натрієві канали (новокаїнамід), β -адреноблокатори (пропранолол), антагоністи кальцію (верапаміл), серцеві глікозиди (дігосин, строфантин). Для визначення тактики ми приймали до уваги клінічні прояви, стан хворого, ступінь серцевої недостатності.

При лікуванні постійної форми фібриляції передсердь (парксизм прискорення) у 44 пацієнтів, що складало 33,1% від загальної групи, позитивний результат отримали при введенні серцевих глікозидів та їх поєднанні з верапамілом, кордароном у 28 хворих (92,8% ефективності) (рис.3). Застосування кордарону, та його поєднання з верапамілом було ефективним у 70% випадків. Верапаміл використовували у 5 пацієнтів, що дало ефект у 80% випадків.

При персистуючій формі фібриляції передсердь (36 чол.- 27,1%) невідкладна допомога була направлена на відновлення синусового ритму або зменшення кількості серцевих скорочень. Це досягали введенням кордарону, ефективність відповідала 85,7%, а кардіоверсія новокаїнамідом склала лише 27,8%. Застосування верапамілу у даній групі хворих синусовий ритм не відновило, але сприяло значному зменшенню ЧСС (рис. 4).

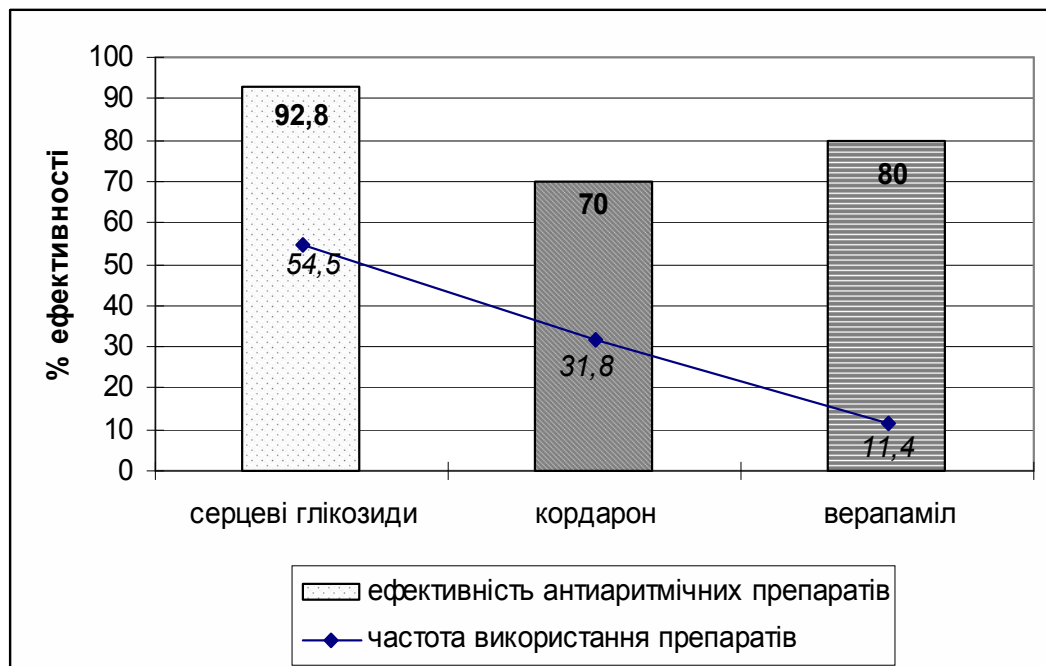


Рис. 3. Ефективність застосування антиаритмічних препаратів при ПФФП

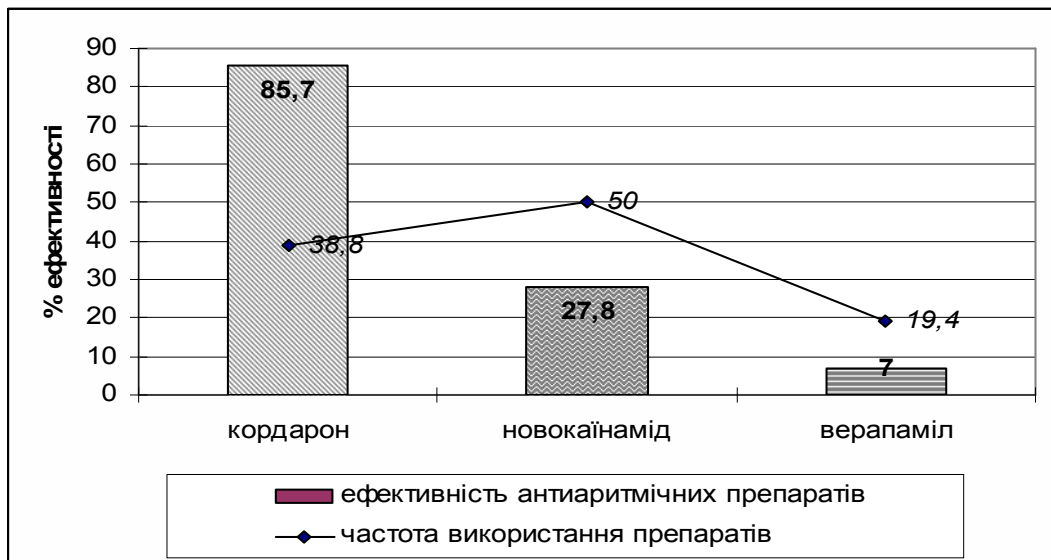


Рис. 4. Ефективність застосування антиаритмічних препаратів при персистуючій ФФП

Пароксизмальні тахікардії - це раптове збільшення частоти серцевих скорочень до 140-250 в хвилину при збереженні, у більшості випадків, правильного регулярного ритму [7]. Експрес-діагностика пароксизмальної аритмії на догоспітальному етапі може викликати труднощі. Зокрема, пароксизмальна суправентрикулярна тахікардія, або тріпотіння передсердь з аберантними шлуночковими комплексами буває важко відрізнити від шлуночкової тахікардії.

Досліджувалася група хворих із пароксизмальною тахікардією у кількості 30 осіб, що склало 22,6% від загальної кількості.

При лікуванні надшлункової тахікардії використовували верапаміл, що мало позитивний результат у 78% випадків. Призначення новокаїнаміду дало аналогічний ефект.

Надання невідкладної допомоги при шлуночкових тахікардіях включало застосування кордарону (ефективність – 71,4%) та новокаїнаміду (ефективність – 34%). Попереднє введення лідокаїну, що скорочує реполяризацію, в багатьох випадках, не призводило до терапевтичного ефекту.

Група хворих із тріпотінням передсердь склала 1,5% від загальної кількості. Медикаментозна терапія (верапаміл, кордарон, новокаїнамід) стан пацієнтів суттєво не змінила. Ефект відмічався лише у 34% випадків.

Фібриляція та тріпотіння шлуночків - тяжкий стан серцевої діяльності, що веде до її припинення і смерті. Тріпотіння шлуночків характеризується ектопічними імпульсами з міокарда шлуночків із частотою 250-300 імп. за хвилину і відсутністю діастолі. Фібриляція (миготіння) шлуночків характеризується хаотичним скороченням окремих ділянок міокарда шлуночків із частотою більш 300 імп. за

хвилину, що призводить до припинення кровообігу. Тому, всім пацієнтам даної групи (5,2% від загальної кількості) проводились реанімаційні заходи із використанням ЕІТ. Із антиаритмічних препаратів вводили лідокаїн та кордарон, що дало 57,1% позитивних результатів терапії.

У багатьох випадках до фібриляції та тріпотіння шлуночків призводить до екстрасистолії високих градацій (класифікація за Lown), а у хворих на інфаркт міокарда або анеризму лівого шлуночка є передвісником раптової смерті. Поява екстрасистолії на фоні дисфункції міокарду є чутливим показником функціонального стану міокарду та внутрішньо серцевої гемодинаміки. Шлуночкову екстрасистолію в цій групі пацієнтів (10,5% від загальної кількості) ініціювали ІХС ОКС та інфаркт міокарду. Введення кордарону зменшувало кількість екстрасистол у 87,5 % випадків. Лідокаїн проявив ефект у 75% хворих. Позитивний ефект відмічали і при застосуванні новокаїнамідру (64,2%).

Результати та їх обговорення. Всі антиаритмічні препарати мають ряд побічних ефектів. У зв'язку з цим, головним завданням лікаря ШМД є вірно вибрати тактику надання допомоги, що визначається послідовністю та дозуванням препаратів. Так, для лікування пароксизмів, що супроводжуються ознаками ішемії міокарда, більш оправдано застосування кордарону або пропранололу, які володіють антиангінальною дією; при наявності ознак серцевої недостатності доцільно використання серцевих глікозидів та їх комбінації із кордароном.

Вважається, що поєднання двох або більше антиаритмічних препаратів із різними електрофізіологічними властивостями повинно проявляти синергізм, який призводить до зниження доз цих препаратів та зменшення ризику побічних ефектів. Але при комбінації антиаритмічних препаратів ми стикаємося з посиленням проявів аритмії на тлі підвищення токсичності ліків. У зв'язку з цим, на нашу думку, слід використовувати монотерапію. Слід зазначити, що впродовж останніх 20 років у нашій країні не з'явилося жодного нового антиаритмічного препарату, навпаки, їх асортимент поступово звужувався, що, у свою чергу, обмежувало вибір лікаря [1]. І найкращі результати, на сьогоднішній день, ми спостерігали при введенні кордарону, оскільки цей препарат є найбільш ефективним і має найменший ризик аритмогенних ефектів, що узгоджується з даними літератури [8].

У зв'язку з цим, як при монотерапії антиаритмічними препаратами, так і при комбінації препаратів необхідно оцінювати співвідношення користі та ризику розвитку побічних ефектів та ускладнень.

При своєчасній діагностиці гострого коронарного синдрому на до

госпітальному етапі проведення тромболітичної терапії дозволяє різко знизити частоту виникнення стійкої шлуночкової тахікардії і вторинної фібриляції шлуночків. Тому застосування тромболізу у перші години захворювання є важливим моментом в лікуванні ГКС.

Висновки

1. Ретельна діагностика порушень серцевого ритму й провідності на догоспітальному етапі надає можливість розпочати лікування у кожному конкретному випадку, згідно з стандартами невідкладної допомоги, та знизити летальність.

2. Застосування кордарону при аритміях є найбільш ефективним і має найменший ризик аритмогенних ефектів.

3. Важливим моментом надання невідкладної допомоги є наявність сучасного медичного обладнання для проведення електричної кардіоверсії та медикаментозного лікування.

4. Встановлено, що частим ускладненням гострого коронарного синдрому на догоспітальному етапі є порушення ритму з переходом до тяжких форм з високою летальністю. Своєчасна діагностика та проведення тромболізу є пріоритетним шляхом у лікуванні ГКС.

Література

1. Жарінов О.Й. Сучасні підходи до застосування антиаритмічних препаратів // Здоров'я України.- 2010,№2.-С. 23.
2. Glass L, Lerma C. Risk stratification for arrhythmic sudden cardiac death //Heart Rhythm. - 2006. — Vol..3.N.12 (doi: 10.1016).
3. **Зербіно Д.Д., Соломенчук Т.М., Малик О.Р. Рантова смерть внаслідок хвороб системи кровообігу, гострої коронарної недостатності та інфаркту міокарда: вік, стать і професія померлих (аналіз динаміки за 18 років) // Український медичний часопис. — 2004. — №5/43. — С. 106-109.**
4. **Хэмптон Д. Р. ЭКГ в практике врача. – М.:Мед. лит., 2006.- 432 с.**
5. **Попов В.В., Радзевич А.Э., Князева М.Ю., Копица Н.П. Электрокардиографические методы выявления факторов риска жизнеопасных аритмий и внезапной сердечной смерти при ИБС. /Под ред. проф. А.Э. Радзевича. — М. ГОУВПО МГМСУ Росздрава, 2007. — 180 с.**
6. Денисюк В.І., Денисюк О.В. Фібриляція передсердь:стандарти лікування та профілактики //Острые и неотложные состояния, 2007.-№2.-С.4-8.
7. Glass L. Cardiac oscillations and arrhythmia analysis // Complex Systems Science in Bio Medicine (International Topics in Biomedical Engineering} / Ed. by T. Dcisbocck, Y. Kresh. — New York:

Springer. 2006. — P. 409-422.

8. Руденко ВТ. Клиническое применение кордарона / Медицина неотложных состояний. — 2007. — №4. — С. 80-82.

ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ СИНДРОМУ БРОНХІАЛЬНОЇ ОБСТРУКЦІЇ У ДІТЕЙ (огляд літератури)

Давидова А.Г.

Запорізький державний медичний університет
Кафедра дитячих хвороб факультету післядипломної освіти.

Бронхіальна обструкція є актуальною проблемою дитячої анестезіології та інтенсивної терапії [11, 13, 62, 63]. Анатомо-фізіологічні особливості – вузький просвіт, гідрофільність слизової оболонки та підслизового шару зумовлюють частий розвиток дихальної недостатності. При вираженій обструкції може розвинути втомлення дихальної мускулатури, підвищення $PaCO_2$ та зниження PaO_2 [2], що при відсутності терапії призведе до розвитку коматозного стану, зупинки дихання та серцевої діяльності [11]. Бронхообструктивний синдром зустрічається майже у 30% дітей раннього віку [9], але у більшості випадків він не супроводжується дихальною недостатністю, яка потребує інтенсивної терапії. У дітей старше 3-х років тяжка бронхіальна обструкція має місце переважно при бронхіальній астмі (БА) [11], при цьому у відділення анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ) госпіталізуються близько 10% дітей, що надходять до стаціонару [7].

Актуальним є вивчення предикторів розвитку тяжкого бронхоспазму у дітей різного віку. Так, факторами ризику розвитку астматичного стану вважають вірусну інфекцію, пубертатний вік дитини, раптову відміну кортикостероїдів при гормонозалежності, передозування β_2 -агоністів, медикаментозну алергію та масивний контакт з алергеном [6, 14, 40, 49, 54, 57]. Серед факторів ризику розвитку тяжкої ДН при БОС у дітей раннього віку звертають увагу на соціально-економічні аспекти та недоношеність [29, 44], штучне вигодовування [26, 29], частоту дихання більше 45, сатурацію кисню менше 95% та вік до 6 місяців [60], чоловічу стать, пасивне паління та обтяжену спадковість [29]. В інших дослідженнях достовірний вплив мав вік дитини до 2-х місяців, неадекватна гідратація та звертання за невідкладною допомогою протягом останнього тижня, а достовірного зв'язку з соціо-економічними аспектами, як і з грудним вигодовуванням та наявністю БА у батьків [23], як і з недоношеністю [60], виявлено не