

ФГОУ ВО «Санкт–Петербургский государственный университет»

Кафедра госпитальной терапии

Допускается к защите

Заведующий кафедрой:

Д.м.н., профессор Обрезан А.Г.

« » _____

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

НА ТЕМУ: Анализ организации терапевтической помощи при лечении неотложных состояний и заболеваний внутренних органов в районной больнице ленинградской области

Выполнила студентка

Мелкиседекянц Александра Денисовна

608 группы

Научный руководитель

д.м.н. проф. Дерюгин Михаил Владимирович

Санкт–Петербург

2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	3
ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	7
1.1. Пневмония.....	7
1.2. Инсульт.....	12
1.3. Инфаркт миокарда.....	20
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.....	27
2.1. Характеристика исследуемого контингента больных.....	27
2.2. Статистическая обработка результатов.....	28
ГЛАВА 3. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ, ИНСУЛЬТА, ИНФАРКТА МИОКАРДА В РАЗНЫЕ ИСТОРИЧЕСКИЕ ПЕРИОДЫ.....	30
3.1. Организационные подходы при лечении больных с острой внебольничной пневмонией в различные периоды времени.....	30
3.2. Организационные подходы при лечении инсульта в периоды 2001–2002 г., 2006–2007 г. и 2013–2014 г.....	36
3.3. Организационные подходы при лечении инфаркта миокарда в периоды 2001–2002 г., 2006–2007 г. и 2013–2014 г.....	41
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	49
ВЫВОДЫ.....	51
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	52
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	62

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АСК – ацетилсалициловая кислота

АБТ – антибактериальная терапия

АВСК – активированное время свертывания крови

АД – артериальное давление

АЧТВ – активированное частичное тромбопластиновое время

БЛНПГ – блокада левой ножки пучка Гиса

ВДБ – время “дверь-баллон”

ВКБ – время от первого медицинского контакта до баллона

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения

ВП – внебольничная пневмония

Время DI-Do – период от поступления до выписки из первичного учреждения

гиперХС – гиперхолестеринемия

гипоХС – гипохолестеринемия

ЗМА – задняя мозговая артерия

ИАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

ИВЛ – искусственная вентиляция легких

ИИ – ишемический инсульт

ИМбпST – инфаркт миокарда без подъема сегмента ST

ИМпST – инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST

ЛФК – лечебная физическая культура

МАКМАХ – Межрегиональная Ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии

МЗРФ – Министерство Здравоохранения Российской Федерации

НАБИ – Национальная Ассоциация по борьбе с инсультом

ОИМ – острый инфаркт миокарда

ОКС – острый коронарный синдром

ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения

ПМА – передняя мозговая артерия

РРС – Российское Респираторное Сообщество

СД – сахарный диабет

СМА – средняя мозговая артерия

ТИА – транзиторная ишемическая атака

ТЛТ – тромболитическая терапия

ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких

ЦНС – центральная нервная система

ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство

ЭКГ – электрокардиограмма

GRACE – Global Registry of Acute Coronary Events

ВВЕДЕНИЕ

При лечении неотложных состояний и «острых» заболеваний важнейшим мероприятием в профилактике осложнений и уменьшении летальности, является оказание своевременной медицинской помощи на всех этапах медицинского обслуживания. По данным ВОЗ на протяжении предыдущего десятилетия основными болезнями, уносившими больше всего человеческих жизней, были ишемическая болезнь сердца, инсульт, респираторные инфекции нижних дыхательных путей и хроническая обструктивная болезнь легких. В 2012 году во всем мире от сердечно-сосудистых заболеваний умерли 17,5 миллионов человек (или 3 из каждых 10). Из этого числа 7,4 миллиона человек умерли от ишемической болезни сердца и 6,7 миллионов – от инсульта. Инфекции нижних дыхательных путей также остаются ведущей инфекционной причиной смерти [6].

По данным МЗ за 2013 год, в РФ первую строчку причин летальности занимает смертность от болезней системы кровообращения – 696,5 человек на 100000 тысяч населения. Инсульт головного мозга стоит на втором месте. Ежегодно около 450000 человек переносят инсульт. Смертность от инсульта составляет 175 случаев на 100000 населения в год. Показатели летальности от поражения головного мозга вследствие сосудистых осложнений, в России в 4 раза выше, чем в США и Канаде. Среди инфекционных болезней в РФ – 1-е место (обуславливает каждую вторую смерть в гериатрической популяции и 90% летальных исходов от респираторных инфекций у лиц старше 64 лет) занимает пневмония [2]. По данным МЗРФ, в 2014 в РФ количество зарегистрированных больных с диагнозом пневмония, установленным впервые в жизни составляет 615325 тысяч человек (это 420,7 на 100000 населения). Несмотря на совершенствование методов лечения, летальность от пневмонии варьирует от 1–3% у лиц молодого и среднего возраста без сопутствующих заболеваний до 15–30% в случаях тяжелого течения заболевания.

Порядок и правила оказания медицинской помощи в РФ регулируются Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Оказание медицинской помощи в РФ регламентируется также соответствующими инструкциями (Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Чучалин А.Г., Беленкова Ю.Н., Оганова Р.Г. и др.) и методическими рекомендациями. Каждое лечебное учреждение ведет статистику поступивших пациентов, исходов лечения и осложнений. Это тоже регулируется соответствующими инструкциями (Stephan Windecker., Philippe Kolh., Kristian Thygesen., Paul M. Tulkens., Peter A. Ringleb). Согласно руководящих документов при лечении каждого заболевания рекомендуется использовать различные медикаментозные средства. Некоторые фармакологические препараты и медицинские манипуляции обязательны к применению, другие назначаются при определенных показаниях, третьи – только в качестве дополнительной терапии (с недоказанным клиническим эффектом).

Цель работы: Провести статистический анализ терапевтического лечения больных, поступивших в районную больницу Ленинградской области с «острыми заболеваниями»: инфаркт миокарда, ишемический инсульт и внебольничная пневмония. Оценить соответствие проводимой терапии в периоды 2001–2002, 2006–2009 и 2013–2014 годы, лечебным рекомендациям Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Задачи:

1. Провести анализ стационарного лечения больных острой внебольничной пневмонией, острым ишемическим инсультом и острым инфарктом миокарда в районной больнице Ленинградской области в периоды 2001–2002 гг., 2006–2009 гг. и 2013–2014 гг.

2. Оценить соответствие проводимой терапии в данные периоды времени, действующим лечебным рекомендациям Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Пневмония

Внебольничная пневмония является одной из актуальных проблем современной медицины. Это заболевание распространено среди населения из-за ряда определенных факторов: антропогенная нагрузка на дыхательную систему, загрязнение окружающей среды, табакокурение, аллергены, генетическая предрасположенность [23]. ВП является заболеванием, которое плохо диагностируется в амбулаторных условиях. По данным ВОЗ респираторные инфекции нижних дыхательных путей занимают 4 место в рейтинге смертности уступая лишь ишемической болезни сердца, инсульту и хронической обструктивной болезни легких. Пневмония является важнейшей инфекционной причиной смертности детей во всем мире. Она является причиной 15% всех случаев смерти детей в возрасте до 5 лет во всем мире [6]. Среди инфекционных болезней – 1-е место (обуславливает каждую вторую смерть в гериатрической популяции и 90% летальных исходов от респираторных инфекций у лиц старше 64 лет) занимает пневмония [2]. ВП имеет высокую летальность, поэтому необходимо дальнейшее изучение ее этиологии, клинического течения, фармакотерапии и других аспектов [11,12,35]. Происходит увеличение числа больных с тяжелым течением ВП и смертности [35]. В России ежегодно регистрируются 1,5 миллиона заболевающих пневмонией, летальность от пневмоний превышает 20 человек на 100 тыс. населения [4,7]. Распространённость внебольничной пневмонии в европейских странах составляет более 3 млн. человек в год, в США – более 5 млн. случаев в год [16].

Под внебольничной пневмонией следует понимать острое заболевание, возникшее во внебольничных условиях – то есть вне стационара либо позднее четырех недель после выписки из него, или диагностированное в первые 48 ч от момента госпитализации, или развившееся у пациента, не находившегося в домах сестринского ухода/отделениях длительного медицинского наблюдения более 14 суток, и сопровождающееся симптомами

инфекции нижних отделов дыхательных путей и рентгенологическими признаками «свежих» очагово–инфильтративных изменений в легких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы [35]. Внебольничной пневмонией чаще заболевают лица мужского пола в возрасте 64–75 лет, часто имеет место поздняя госпитализация, что подтверждается тяжестью течения болезни, непродолжительным нахождением на ИВЛ и кратковременностью пребывания в клинике [14].

Наиболее частыми возбудителями ВП являются:

1. Грамположительная флора: *Staphylococcus pneumoniae* (30–50%), *Streptococcus spp.*
2. Атипичные микроорганизмы: около 8–30% *Chlamydomphila pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae* и *Legionella pneumophila*. Пневмония, вызванная *Legionella pneumophila*, занимает второе место по частоте летальных исходов после пневмококковой пневмонии [35].
3. *Staphylococcus aureus* и грамотрицательные бактерии, такие как *Haemophilus influenzae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*. Чаще всего выявляются у пациентов с сопутствующими заболеваниями (ХОБЛ, СД). У лиц пожилого возраста в этиологии пневмонии важную роль играет *Klebsiella pneumoniae* [8].
4. У больных с тяжелым, порой фатальным течением ВП наиболее часто выделяется *Staphylococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacteriaceae* [23,26].

Антибактериальная терапия является этиотропным лечением пневмонии. Но даже используя современные методы лечения поставить этиологический диагноз пневмонии удастся лишь в небольшом проценте случаев [19,29,45]. Невозможность поставить этиологический диагноз пневмонии определяется несколькими факторами, такими как: прием антибиотиков до обращения пациента за помощью, отсутствие у 30 % больных продуктивного кашля, а также, потому что микробиологические методы требуют много времени для интерпретации результата и чаще всего проводятся уже после применения антибактериальных средств [26].

Для лечения ВП рекомендуется три класса антибактериальных препаратов: β -лактамы (амоксциллин, амоксициллин/клавуланат), цефалоспорины (цефтриаксон), макролиды и респираторные фторхинолоны (моксифлоксацин, левофлоксацин) [25,29,36]. В таблице 1.1.1. в приложении представлены рекомендованные препараты для лечения пневмонии при нетяжелом и тяжелом течении ВП.

Так же важным фактором при лечении пневмонии является соблюдение дозовых режимов антибактериальных средств и правильное назначение ступенчатой терапии (если пациент нуждался в парентеральном назначении антибиотиков). В таблице 1.1.2. в приложении представлены дозовые режимы различных антибиотиков.

Назначение антибиотиков необходимо строго в первые 8 часов госпитализации пациента. При тяжелой ВП назначение антибиотиков должно быть неотложным, отсрочка в их назначении на 4 часа и более существенно ухудшает прогноз заболевания (увеличение процента летальности, удлинение сроков пребывания в стационаре) [22].

Если через 48–72 часа не наблюдается положительной динамики в течении заболевания, можно констатировать неэффективность стартовой терапии (например: не наблюдается снижение температуры и уменьшение признаков интоксикации) или наоборот отмечается прогрессирование пневмонии, то необходимо заменить антибиотик (например: заменить амоксициллин на макролид или наоборот добавить макролид к уже имеющейся терапии, в связи с тем, что возможно инфицирование атипичными возбудителями) [8,35]. Одним из широко представленных на фармакологическом рынке макролидных антибиотиков, применяемых для лечения нетяжелой ВП, как в качестве монотерапии, так и в составе комбинированной АБТ, является азитромицин [13]. Доказано, что азитромицин может действовать не только бактериостатически, как другие макролиды, но в отличие от антибиотиков этого класса и бактерицидно. Бактерицидный эффект достигается благодаря способности азитромицина

создавать очень большие внутриклеточные концентрации на многие патогены, находящиеся внутри клеток [18]. Исследование ПеГАС–II (2004–2005 гг.) продемонстрировало стабильность устойчивости пневмококка в отношении пенициллина и макролидов и ее отрицательную динамику в отношении тетрациклина и ко–тримаксозола; полирезистентность микроорганизма снизилась, но статистически недостоверно.

Целесообразность комбинированной терапии (β -лактамы+макролид, респираторный фторхинолон) при тяжелой пневмонии подтверждена рядом исследований [8,11,23,27]

Обычная продолжительность АБТ бактериальных ВП – 7–10 дней [28,55]. Более длительное назначение антибиотиков чаще всего зависит от этиологического агента. Количество койко–дней, указанных в стандарте по специализированной медицинской помощи при пневмонии средней степени тяжести, составляет 10 дней, если пневмония протекает без осложнений [8].

При подозрении на возможность атипичных возбудителей ВП возможно назначение отдельных классов макролидов или респираторных фторхинолонов [16,37].

Одной из угроз для человечества при назначении антибактериальных средств, является антимикробная резистентность [12]. На долю неправильного назначения антибактериальных препаратов приходится до 50% всех назначений антибиотиков [14]. Это приводит к увеличению сроков госпитализации, экономическим потерям, а иногда и к повышению уровня летальности (например, при наличии метициллинорезистентных штаммов *Streptococcus aureus*) [10,54]. Резистентность пневмококков к пенициллину обычно сочетается с устойчивостью к цефалоспорином I–II поколений, тетрациклинам, ко–тримаксозолу. В то же время сохраняют активность цефалоспорины III–IV поколений (кроме цефтазидима), респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин), ванкомицин и линезолид [31] В России установлен высокий уровень устойчивости к тетрациклинам

(около 30%) и клотримазолу (около 25%), диктующий необходимость отказаться от использования данных препаратов в терапии ВП [11].

При благоприятном течении ВП пациентам рекомендуется ступенчатая терапия антибиотиками. Ступенчатая антибиотикотерапия предполагает 2–этапное применение антибиотиков: начало лечения с парентеральных препаратов с последующим переходом на их пероральный прием [35]. Ступенчатая антимикробная терапия направлена на улучшение исходов, сокращение сроков лечения [37].

Помимо этиотропного лечения для борьбы с пневмонией используется патогенетическая и симптоматическая терапия.

В настоящее время действенным методом борьбы с пневмококковой инфекцией признана специфическая вакцинопрофилактика. Разработаны официальные международные рекомендации, плановая иммунизация групп риска, которая осуществляется в рамках национальных календарей вакцинации. В России применение полисахаридной вакцины «Пневмо 23» начато с 1999 г., продемонстрирована ее высокая эпидемиологическая эффективность для профилактики амбулаторного воспаления легких, достигающая 80 % [18].

При непродуктивном сухом кашле назначают противокашлевые средства, при затрудненном отхождении мокроты – отхаркивающие и муколитические препараты. В случае, если температура тела пациента поднимается выше 38,4 показаны жаропонижающие средства. Если пневмония протекает с бронхообструктивным синдромом, то лечение бронхиальной обструкции у больных ВП проводится с использованием теофиллина 2,4% по 10,0 мл внутривенно или в виде капельной инфузии. Возможно пероральное применение теофиллинов или назначение ингаляционных симпатомиметиков (сальбутамол, формотерол) или холинолитиков (ипратропия бромид).

Одним из видов лечения при пневмонии является физиотерапия. В настоящее время физиотерапии ограничивается ЛФК, массажем грудной

клетки, дыхательной гимнастикой и ингаляциями (улучшение дренажной функции бронхов). Противопоказания к назначению физиотерапии: выраженная интоксикация, температура тела выше 38°C, сердечная недостаточность II—III стадии, легочное кровотечение и кровохарканье, тромбоэмболии, инфаркт–пневмония, пневмоторакс, подозрение на новообразование, наличие других общих противопоказаний для физиотерапии.

При выраженной интоксикации проводится дезинтоксикационная терапия (по стандартам МЗ данная терапия должна проводиться в 100% случаев) [24]. На начальном этапе лечения большинство больных нуждается в оксигенотерапии [38]. Медикаментозная противовоспалительная терапия показана при замедленном рентгенологическом разрешении ВП и обычно назначается после завершения курса антибактериальной терапии.

1.2. Инсульт

В современной России среди причин смертности на втором месте после инфаркта миокарда стоит инсульт головного мозга. По данным ВОЗ за 2012 год инсульт занимает второе место по статистике смертности во всем мире.

По данным Министерства Здравоохранения за 2014 год инфаркт мозга, как диагноз, установленный впервые в жизни, перенесли 266449 человек, это составляет 182,2 на 100 тысяч населения. В Санкт–Петербурге, например, частота инсульта в 2008 году составила 528 случаев на 100000 населения, при этом летальность при ишемическом инсульте в том же году равнялась 39%. По данным Всероссийского центра профилактической медицины, в нашей стране от цереброваскулярных заболеваний умирает 39% женщин и 25% мужчин. Ишемический инсульт составляет 80% среди всех инсультов. Причем 95% ИИ и ТИА связаны с осложнениями эмболического характера из бляшек, локализующихся в экстракраниальных отделах артериальной системы. По данным НАБИ, 31% пациентов, перенесших инсульт, нуждаются

в специальном уходе, 20% не могут самостоятельно ходить и лишь 8% могут вернуться к прежней полноценной жизни.

Подавляющее большинство пациентов умирает в первые несколько часов после обширного ишемического инсульта, в результате гипоксии [1]. Диагноз ИИ основывается на клинических данных и подтверждается результатами компьютерной томографии или магнитно–резонансной томографии [5,39,55].

ИИ занимает ведущее место в стойкой инвалидизации населения в мире, данный факт обосновывает дальнейшие исследования, которые направлены на повышение эффективности реабилитационных мероприятий у данной группы пациентов [78].

Лечение ИИ наиболее эффективно в условиях специализированного отделения, в котором имеются: необходимый медицинский персонал, современные консервативные и хирургические технологии, которые включают интервенционную радиологию, сосудистую хирургию и нейрохиргию [5,55]. При лечении пациентов с ишемическим инсультом необходим мультидисциплинарный подход и адекватное лабораторно–инструментальное обследование, включающее доступные ежедневно (24 ч в сутки 7 дней в неделю) методы нейровизуализации; возможность проведения ранней мобилизации, базисной терапии и профилактики осложнений [74].

Эффективные меры профилактики и лечения ИИ в остром периоде с учетом разнообразия его причин основываются на понимании патогенеза данного заболевания [91]. Примерно в 20% случаев ИИ возникает как осложнение атеросклеротического поражения сосудов.

Лечение ишемического инсульта можно разделить на группы–немедикаментозное, которое включает в себя физиотерапию и лечебную физкультуру, медикаментозное и хирургическое.

Больным с ИИ необходимо поддерживать нормоволемию. Основным инфузионным раствором для пациентов с ИИ является 0,9% натрия хлорид, который рекомендуется к применению МЗРФ у всех больных с ИИ.

Медикаментозное лечение

Внутривенный тромболитизис

Одним из эффективных методов лечения, который необходимо провести в первые 4,5 часа с момента развития ИИ, является внутривенный тромболитизис [39,55,63]. В данном методе используется внутривенное введение тканевого активатора плазминогена (Актилизе). Внутривенный активатор плазминогена вводится из расчета 0,9 мг/кг (но не более 90 мг), 10% раствора вводится в течение 1 мин, остальная часть — в последующие 60 мин. Данный метод рекомендован к применению как в европейских (ESO, 2008/2009) [61], так и североамериканских (AHA–ASA, 2013) [72] руководствах по ведению пациентов с ИИ. По результатам международного мультицентрового рандомизированного исследования IST–3 (International Stroke Trial–3), результаты которого опубликованы в 2013 году, внутривенная тромболитическая терапия rt–PA не только улучшает исход заболевания, но и впоследствии влияет на улучшение качества жизни у больных после ИИ [71].

Условия для применения данного метода:

1. ИИ (исключено внутричерепное кровоизлияние) в период до 4,5 ч, вызывающий умеренный и стойкий неврологический дефицит;
2. отсутствие у больного в анамнезе внутричерепного кровоизлияния, травм головы, инсульта или инфаркта миокарда (в течение последних 3 месяца), желудочно–кишечного кровотечения или гематурии (в течение последнего 21 дня), больших хирургических операций (в течение последних 14 дней), артериальных пункций (в течение последних 7 дней);
3. отсутствие по данным КТ обширного поражения головного мозга (более 1/3 полушария), исключение эпилептического припадка с неврологическим дефицитом или признаков кровотечения либо травмы (переломов);
4. систолическое АД <185 мм рт. ст., диастолическое АД <110 мм рт. ст.;
5. отсутствие приема непрямых антикоагулянтов (или, в случае их приема, международное нормализованное отношение <1,7) или гепарина (в

случае его использования — активированное частичное тромбопластиновое время в пределах нормы);

6. согласие больного и(или) членов его семьи на проведение тромболизиса.

Во время тромболизиса больной наблюдается в палате интенсивной терапии с мониторингом основных жизненно важных функций. После проведения тромболизиса до назначения антиагрегантов или антикоагулянтов необходимо провести КТ головного мозга, чтобы исключить внутричерепное кровоизлияние [39,55].

Внутриартериальный тромболизис

В специализированных центрах возможно осуществить внутриартериальный тромболизис [39,59,61]. В качестве тромболитиков используются урокиназа, проурокиназа. Основные кандидаты для проведения внутриартериального тромболизиса — больные с ИИ, вызванным закупоркой СМА. Внутриартериальный тромболизис может быть эффективен при ИИ в вертебробазиллярной системе.

Применение антикоагулянтов и дезагрегантов

Дольше всего и чаще всего в качестве антикоагулянта при ИИ используется введение гепарина. Данный препарат используется в случаях прогрессирующего течения инсульта, а также при его вероятном кардиоэмболическом характере. В качестве дезагреганта всем больным с ИИ в острейшем периоде показано назначение ацетилсалициловой кислоты в дозе 160—325 мг/сут [39,59]. По данным ЕС/IC bypass study [39], у пациентов со стенозом СМА, получавших аспирин в течение 42 мес, частота ИИ достигала 9,5% случаев, а ИИ на стороне стеноза — 7,8%. В рекомендациях АНА/ASA, опубликованных в 2011 г. [57], у пациентов с ТИА или ИИ предпочтение отдается применению аспирина в дозе 50–325 мг ежедневно, поддержанию АД на уровне <140/90 мм рт. ст. и уровня холестерина <200 мг/дл. Национальные клинические рекомендации по инсульту 2012 г. (Великобритания) указывают на важность двойной антитромбоцитарной

терапии (аспирин и клопидогрел) в течение первых 3 месяца после инсульта [79]. АСК относится к антитромбоцитарным средствам, наиболее широко изученным в рамках первичной профилактики инсульта в 6 крупных рандомизированных испытаниях – PHS [85], BDT [80], TPT [88], HOT [64], PPP [51], WHS [82]. Результаты двух больших рандомизированных слепых плацебо–контролируемых исследований [47,48,70] продемонстрировали эффективность и безопасность АСК при назначении в первые 48 ч после развития инсульта. Результаты двух крупных исследований IST[69] и CAST[47] позволили рекомендовать как можно более раннее назначение АСК при ИИ. Не рекомендовано применение АСК в течение первых 24 ч после проведения тромболизиса [61,72]. В исследовании CHARISMA было выявлено, что комбинация клопидогреля и аспирина не приводит к снижению риска инсульта, по сравнению только с аспирином [43].

Нейропротективные средства

В нашей стране у больных ИИ ни одно из используемых нейропротективных лекарственных средств не может быть расценено как эффективное с позиции доказательной медицины [39,59,61]. В качестве примера следует отметить крупные рандомизированные исследования, которые были посвящены эффективности церебролизина – CASTA [53], цитиколина – ICTUS [42], закончившиеся нейтральными результатами, а также альбумина – исследование ALIAS 2, прерванное досрочно по соображениям безопасности (в группе альбумина в 10,8 раз чаще развивался отек легких, в 2,4 раза чаще – внутримозговые гематомы, в 1,69 раз – пароксизмы мерцательной аритмии по сравнению с группой плацебо при сопоставимой с плацебо частотой достижения первичной конечной точки).

Антигипертензивная терапия. Гиполипидемическая терапия.

В качестве патогенетической терапии ОНМК рассматривается назначение статинов, гипотензивных препаратов и мочегонных средств. Препаратами выбора для вторичной профилактики повторного нарушения

мозгового кровообращения, являются и-АПФ, они уменьшают частоту повторных нарушений мозгового кровообращения [32].

Гиполипидемическую терапию следует начинать с соблюдения строгой диеты. При проведении медикаментозной гиполипидемической терапии следует иметь в виду следующие обстоятельства:

1. Перед тем, как назначить гиполипидемический препарат делается попытка немедикаментозной коррекции гиперХС. Для этого проводится диетотерапия в течение 3–6 месяцев.

2. Для получения стабильного клинического эффекта медикаментозная гипоХС терапия проводится непрерывно в течение 2–5 лет и более.

3. Приоритет отдается предупреждению прогрессирования атеросклеротического процесса, а не первичной его профилактике. Препараты назначаются прежде всего лицам с ИБС, перенесшим инфаркт миокарда, а также прошедшим хирургическую реваскуляризацию сердечной мышцы. ГипоХС препараты показаны также пациентам с поражением сонных и периферических артерий.

4. При проведении гипоХС терапии предпочтение отдается гиполипидемическим лекарственным средствам из группы статинов.

Витамины

Витамины используют часто. В настоящее время наибольшее распространения получили витамины группы В. В 2013 году китайскими учеными на основании мета-анализа по витаминам группы В была опубликована информация, о том что витамины группы В снижают количество гомоцистеина, повышение которого является одним из факторов риска возникновения ишемического инсульта.

Физиотерапия и ЛФК

В общей структуре физиотерапии применяются такие методы, как электростимуляция конечностей, иглорефлексотерапия, пневмомассаж, занятия с логопедом, артикуляционная гимнастика, прогревание. Основной задачей реабилитации является восстановление нарушенных функций и социальная реадaptация больных, включая восстановление навыков самообслуживания, социальной активности, межперсональных отношений, когда это возможно – трудоспособности [7,30]. Все средства лечебной физкультуры с первых дней их применения должны быть направлены на восстановление управления движениями и нормального соотношения силы и тонуса мышц. Еще одним важным направлением восстановительного лечения пациента с инсультом является психологическая реабилитация. Известно, что у данной категории пациентов заостряются характерологические особенности личности, резко снижается память, в первую очередь на текущие события, имеются те или иные нарушения речи [3]. Все эти аспекты следует учитывать в процессе общения с данной категорией пациентов.

Вторым важным «прорывом» в лечении пациентов в остром периоде ИИ является широкое внедрение методик активной ранней реабилитации, предпосылкой к которому послужила публикация результатов исследования AVERT [15].

Активизация и реабилитация больного должны начинаться с первого дня инсульта. Участие логопеда и психолога необходимы с самого начала болезни. При дисфагии раннее введение назогастрального зонда позволяет избежать осложнений, связанных с неполноценным питанием. Особенно трудными проблемами являются нарушения работы кишечника и мочеиспускания, которые влияют на исход инсульта в остром периоде и в значительной степени определяют качество жизни пациентов в течение месяцев и лет постинсультной реабилитации [21].

Хирургическое лечение

Гемикраниэктомия

Данный вид хирургического лечения используется преимущественно при лечении злокачественного инсульта, когда происходит повреждение проксимального отдела СМА и происходит уменьшения васкуляризации на 50%, с вовлечением ПМА и ЗМА. Объединенный анализ 93 пациентов, включенных в исследования DECIMAL, DESTINY и HAMLET, показал, что по сравнению с контрольной группой через год у пациентов в группе декомпрессионной хирургии было больше пациентов с баллом по модифицированной шкале Рэнкина (mRS) <4 или <3 и был более высокий процент выживших [90]. Систематический обзор 12 обсервационных ретроспективных исследований продемонстрировал, что такие факторы, как время хирургического вмешательства, сторона поражения, клинические признаки вклинения и вовлечение других сосудистых территорий, достоверно не влияют на конечный результат [62]. В 2013 г. были опубликованы результаты исследования DESTINY II. Было продемонстрировано, что гемикраниэктомия, проведенная у пациентов старше 60 лет, также сопряжена с лучшим функциональным исходом (mRS <4 через 6 мес.) и меньшей частотой летальных исходов ($p < 0,05$) по сравнению с пациентами без гемикраниэктомии.

Каротидная эндартерэктомия и эндоваскулярные методы лечения

В последнее десятилетие были получены убедительные данные о преимуществе данного хирургического лечения над консервативным при гемодинамически значимом сужении сонных артерий (более 70%) [32]. Широкое распространение получили метод баллонной ангиопластики и стентирования. В настоящее время стентирование сонных артерий является абсолютной альтернативой каротидной эндартерэктомии.

Наиболее частыми осложнениями ИИ являются: пневмония, урологические инфекции, тромбоз глубоких вен голени и тромбоэмболия

легочной артерии. Профилактика этих состояний весьма проста, но требует выполнения четких указаний, что в конечном итоге дает хороший прогноз больным с ИИ [32].

Примерные сроки стационарного лечения больного с ИИ составляет 21 день, если у него нет нарушения жизненно важных функций, при этом если есть поражение жизненно важных функций продолжительность лечения увеличивается до 30 дней.

1.3. Инфаркт миокарда

В современной России среди причин смертности на первом месте стоит инфаркта миокарда. По данным ВОЗ за 2012 год ишемическая болезнь сердца занимает первое место по статистике смертности во всем мире. В настоящее время летальность от острого инфаркта миокарда во всем мире составляет около 5–7%, в Российской Федерации этот процент достигает 15,5%.

Диагноз инфаркт миокарда возможно поставить, если присутствует хотя бы один из нижеперечисленных критериев [89]:

1. Повышение и/или снижение уровня биомаркера некроза миокарда, если хотя бы одно значение выше порогового уровня (99 перцентиль референтного уровня) и присутствует хотя бы один признак: клинические симптомы ишемии миокарда; новые или предположительно новые значимые изменения ST–T или БЛНПГ; формирование патологических зубцов Q на ЭКГ, нарушений локальной сократимости, внутрикоронарный тромб при ангиографии или аутопсии.

2. Сердечная смерть, сопровождающаяся новыми ишемическими изменениями ЭКГ или БЛНПГ, если смерть наступила до выполнения тестов на биомаркеры или повышения уровня биомаркеров.

3. После чрескожного коронарного вмешательства уровень тропонина существенно повысился (>5 раз от порогового уровня), а исходно был ниже порогового уровня, или если уровень тропонина повысился >20% при исходно повышенном содержании

4. . Дополнительно присутствует хотя бы один признак: симптомы ишемии миокарда, новые ишемические изменения ST–T или БЛНПГ, визуальные признаки новой потери жизнеспособного миокарда или нарушений локальной сократимости, ангиографические признаки процедурных осложнений

5. Тромбоз стента связан с инфарктом миокарда если выявлен при ангиографии или аутопсии в сочетании с клиникой ишемии миокарда и повышением/снижением уровня сердечного биомаркера, если хотя бы одно значение биомаркера было выше порогового уровня.

6. После коронарного шунтирования уровень сердечного тропонина существенно повысился (>10 раз от порогового уровня), а исходно был ниже порогового уровня. Дополнительно присутствует хотя бы один признак: новый патологический Q или БЛНПГ, ангиографические признаки новой окклюзии коронарной артерии или шунта, визуальные признаки потери жизнеспособного миокарда или нарушений локальной сократимости [3].

Общие принципы лечения инфаркта миокарда заключаются в следующем: купировании болевого синдрома (фентанил 0,1 мг + дроперидол 5 мг, промедол 20 мг + диазепам 5-10 мг), восстановлении кровотока, уменьшения потребности миокарда в кислороде и лечении осложнений. Диагностика ОКС складывается из определённого алгоритма, который представлен на рисунке 1.3.1.

Рисунок 1.3.1



Исследования пациентов, отобранных для реваскуляризации, показали, что существенная доля смертности и осложнений вызвана промедлением с

началом лечения [60,84]. Период ожидания диагностической катетеризации должен быть минимальным.

Существует несколько видов реперфузии при остром коронарном синдроме с подъемом ST:

1. Тромболизис (фибринолиз)
2. Балонная ангиопластика.
3. Тромболизис (догоспитальный) с последующей ангиопластикой.

Цели, которые должны быть достигнуты при лечении ОКС, который манифестирует ИМпST и ИМбпST: это коронарография с последующей реваскуляризацией миокарда, данные мероприятия не только купируют симптомы, но и улучшают прогноз данного заболевания. Решение о необходимости проведения и времени проведения коронароангиографии решается после стратификации риска по шкале GRACE. Стратификация риска в шкале GRACE основана на клинических характеристиках, оценке изменений на ЭКГ и биохимических маркеров.

Инвазивная стратегия лечения показана у следующей группы пациентов с ОКС без подъема сегмента ST [20]:

1. Бальная оценка по шкале GRACE >140, либо при наличии любого нижеперечисленного критерия высокого риска: наличие продолжающейся или рецидивирующей ишемии миокарда; изменения сегмента ST в динамике; наличие глубокой депрессии сегмента ST в отведениях V2–V4, свидетельствующей о продолжающемся трансмуральном повреждении задних отделов миокарда левого желудочка; нестабильность гемодинамики; наличие жизнеугрожающих желудочковых аритмий.
2. При рецидивирующей симптоматике на фоне назначения интенсивной медикаментозной терапии
3. При наличии индуцированной ишемии миокарда в ходе проведения нагрузочного тестирования, проводимого в процессе стационарного лечения.

Схемы антикоагулянтной и антиагрегантной терапии при проведении коронарной ангиопластики у пациентов с ОКС без подъема сегмента ST [20]:

1. До начала проведения коронарной ангиопластики: Ацетилсалициловая кислота 75–100 мг 1 раз/сутки должна быть назначена с момента поступления пациента в стационар. Клопидогрель 600 мг принять как можно раньше в день проведения коронарной ангиопластики.

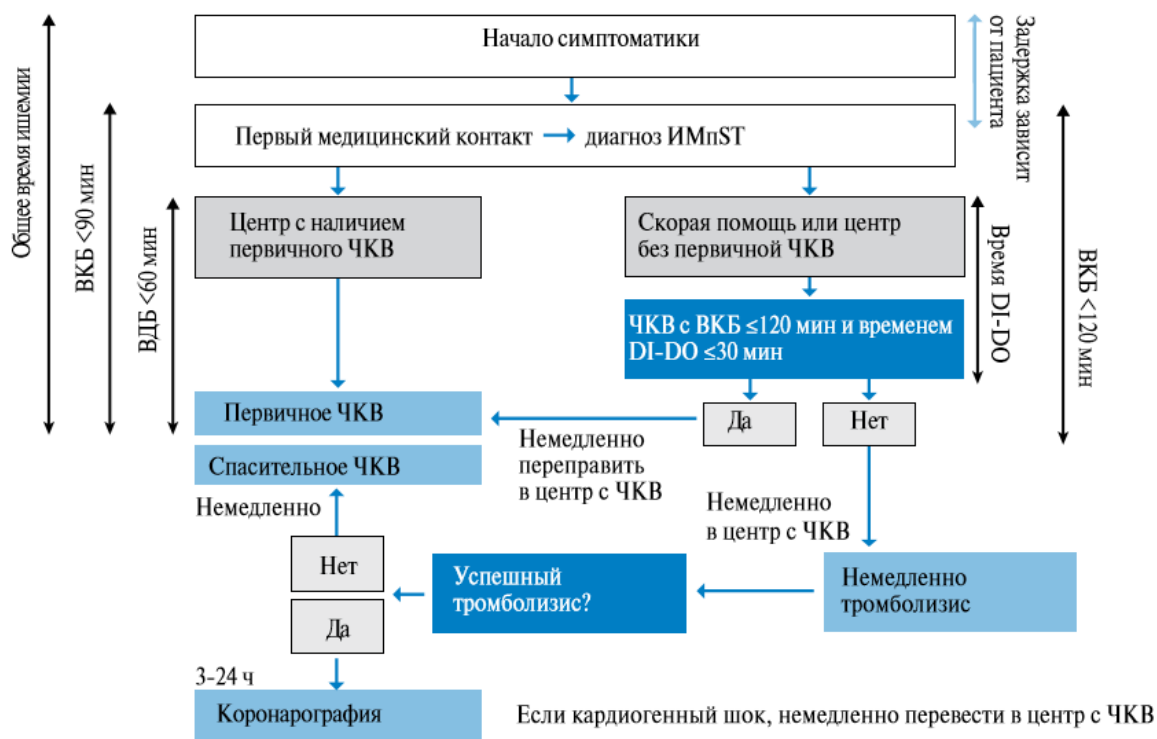
2. Если в процессе лечения пациент получал любой из перечисленных антикоагулянтов (дальтепарин, надропарин, фондопаринукс, нефракционированный гепарин), в начале процедуры коронарной ангиопластики необходимо ввести внутривенно болюсно нефракционированный гепарин из расчета 40–100 ЕД/кг веса пациента (до достижения АВСК 250–300 секунд). В послеоперационном периоде рекомендовано назначение любого низкомолекулярного гепарина или фондопаринукса в терапевтических дозировках продолжительностью не более 24 ч:

3. В послеоперационном периоде нефракционированный гепарин назначается внутривенно капельно при наличии высокого риска развития тромбообразования в зоне. Препарат вводится в дозировке 12–15 ЕД/кг/ч (но не более 1000 ЕД/ч) под контролем показателя АЧТВ (целевое значение АЧТВ 50–70 секунд) продолжительностью не более 24 ч.

4. После выполнения коронарной ангиопластики показан длительный прием антиагрегантов.

Главная проблема в оказании помощи при ИМпST — промедление, поскольку наибольший эффект реперфузия имеет в первые 2 часа от начала симптоматических проявлений [58,86]. Если мы имеем дело с ИМбпST, то у нас есть сутки на решение о дальнейшей тактике ведения пациента. По нынешним оценкам, только 66% пациентов получают рекомендованную помощь в течение 120 минут [76].

Организация помощи пациенту с ИМпСТ с учётом до- и внутригоспитального ведения и реперфузионных стратегий в течение 12 часов от первого медицинского контакта с идеальными временными интервалами вмешательства



[Kolh P et.al, 2014]

Схемы антикоагулянтной и антиагрегантной терапии при проведении коронарной ангиопластики у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST[20]:

1. До начала ЧКВ как можно раньше принять антиагреганты в нагрузочных дозировках: Ацетилсалициловая кислота – 325–500 мг (разжевать); Клопидогрель – 600 мг.
2. В начале процедуры ЧКВ (после катетеризации коронарной артерии направляющим катетером) внутривенно болюсно ввести нефракционированный гепарин из расчета 100 ЕД/кг веса пациента. В послеоперационном периоде рекомендовано назначение эноксапарина или фондопаринукса: Эноксапарин – 1 мг/кг подкожно 2 раза в сутки; Фондопаринукс – 2,5 мг подкожно 1 раз в сутки
3. Нефракционированный гепарин в послеоперационном периоде назначается только при наличии высокого риска развития тромбообразования

в зоне вмешательства (неполное раскрытие стента, остаточный тромбоз в зоне проведения ЧКВ, наличие неприкрытых диссекций). Препарат вводится внутривенно капельно в дозировке 12–15 ЕД/кг/ч (но не более 1000 ЕД/ч) под контролем показателя АЧТВ (целевое значение АЧТВ 50–70 секунд) продолжительностью не более 24 ч. Контроль АЧТВ осуществлять через 3, 6, 12, 24 ч от момента начала инфузии препарата

Одним из направлений лечения ИМ является проведение тромболизиса (алтеплаза 15 мг в/в болюсно; 0,75 мг/кг в течении 30 минут). Тромболизис проводят в условиях, если первичное ЧКВ не может быть проведено вовремя. Тромболизис может быть начат уже догоспитально [44,45,77] и в течение первых 120 минут от начала симптоматики [41,81,86]. После него должна следовать немедленная транспортировка в центр для рутинной коронароангиографии всех пациентов и для спасающей ЧКВ при, если тромболизис не дал результата.

Лечение на госпитальном этапе по мимо тромболизиса так же включает в себя назначения таких групп препаратов, как ИАПФ (лизиноприл - 10 мг 1 раз в сутки, каптоприл - 6,25 2 раза в сутки), β -блокаторы (пропранолол, бетаксолол, карведилол), статины (аторвастатин 40-80 мг - высокодозированная статинотерапия), блокаторы альдостерона (эплеренон)

Так же одним из направления лечения является кардиореабилитация, которая проводится поэтапно [33]. В кардиореабилитацию пациентов после ОИМ входит: психотерапия, ЛФК, которая включает в себя лечебную гимнастику в зале или индивидуально в палате под контролем врача; дозированную ходьбу; массаж и т. д., психологическая адаптация.

Вторичная профилактика при ИМ заключается в следующем:

1. Отказ от курения (Исследование SAVE (Sleep Apnea Cardiovascular Endpoints), в которое включались больные после ИМ с систолической дисфункцией ЛЖ, продемонстрировало, что отказ от курения напрямую связан со снижением всех случаев смерти на 40%, смерти от повторного ИМ или частоты госпитализации вследствие СН на 30%)

2. Нормализация АД (АД должно быть <140 (и не ниже 110) /90 мм рт. ст). Для медикаментозной коррекции АД предпочтительны β-адреноблокаторы и/или иАПФ)
3. Нормализация индекса массы тела
4. Нормализация липидного (назначение статинов)
5. Антиагреганты (например: применение АСК 75–100 мг 1 раз в сутки)
6. Антикоагулянты (тройная антитромботическая терапия: сочетание АСК, клопидогрела и антагониста витамина К с целевым МНО 2–2,5).
7. Блокаторы β-адренергических рецепторов
8. ИАПФ
9. Блокаторы рецептора ангиотензина II (у больных с клиническими проявлениями СН и/или ФВ ≤40% вместо ИАПФ может использоваться валсартан, особенно если имеется непереносимость ИАПФ)
10. Антагонисты альдостерона

Сроки пребывания пациента в стационаре с диагнозом ИМ, если он протекал без осложнений, составляет 12 дней.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

2.1. Характеристика исследуемого контингента больных

В настоящую работу были включены результаты статистического отчета районной больницы Ленинградской области за 2014 г. и данные из историй болезни пациентов, госпитализированных на различные отделения этой больницы за период с 2001 по 2014 г. Всего в исследование было включено 255 историй болезни пациентов. Из них: 90 больных проходили обследование и лечение в терапевтическом отделении (диагноз основного заболевания – острая внебольничная пневмония); 90 пациентов лечились в неврологическом отделении (диагноз – острый ишемический инсульт) и 75 – в кардиологическом (с острым инфарктом миокарда). Исследуемый контингент состоял из 114 женщин (44,7%) и 141 мужчины (55,3%). В статистический анализ были включены преимущественно пациенты трудоспособного возраста (от 18 до 60 лет). Средний возраст составил 53,4 лет ($\pm 1,64$). Для корректного сравнения результатов проводимой терапии в разные исторические периоды, мы анализировали медицинскую документацию за три промежутка времени. I период – 2001–2002 гг., II период – 2006–2007–2008 гг. и III период – 2013–2014 гг. По каждой нозологии был проведен статистический анализ проводимой терапии. Нами фиксировались основные группы препаратов, прописанных данным пациентам, осложнения заболеваний, сроки лечения, исходы заболеваний.

В таблице 2.1.1. представлены данные годового отчета районной больнице Ленинградской области за 2014 г., где указано количество пролеченных больных и умерших пациентов по интересующим нас нозологическим формам. В исследование включены только пациенты трудоспособного возраста (от 18 до 60 лет).

Таблица 2.1.1.

Количество пролеченных больных и умерших пациентов с диагнозами внебольничная пневмония, острый ишемический инсульт и острый инфаркт миокарда в районной больнице Ленинградской области в 2014 г

Заболевание	Общее количество пролеченных больных (от 18 до 60 лет)	Количество умерших (N и % от госпитализированных с данным заболеванием)
Пневмония	439	25 (5,6 %)
Инсульт	601	187 (31,1 %)
Инфаркт миокарда	348	16 (4,5 %)

Распределение пациентов по заболеваниям и по лечебно–историческим периодам представлено в таблице 2.1.2.

Таблица 2.1.2.

Распределение обследованных больных по различным заболеваниям

Заболевание	2001–2002 гг. (количество историй болезни)	2006–2007–2008 гг. (количество историй болезни)	2013–2014 гг. (количество историй болезни)
Пневмония	30	30	30
Инсульт	30	30	30
Инфаркт миокарда	25	25	25

2.2. Статистическая обработка результатов

Математическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием программ Excel (Microsoft Inc. 1985–2011), Statistica for Windows Version 6.0, были рассчитаны средняя арифметическая, стандартная ошибка средней арифметической.

ГЛАВА 3. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ, ИНСУЛЬТА, ИНФАРКТА МИОКАРДА В РАЗНЫЕ ИСТОРИЧЕСКИЕ ПЕРИОДЫ

3.1. Организационные подходы при лечении больных с острой внебольничной пневмонией в различные периоды времени.

Одним из важных заболеваний, требующих оказания неотложной помощи, является пневмония. Внебольничная пневмония (ВП) относится к наиболее частым заболеваниям у человека и является одной из ведущих причин смерти от инфекционных болезней в развитых странах [35]. В таблице 3.1.1. представлены данные о частоте встречаемости пневмонии в России по данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Таблица 3.1.1.

Показатели заболеваемости внебольничной пневмонией в 2014 и 2015 годах в абсолютных цифрах и в расчете на 100000 населения

Внебольничная пневмония	Абсолютные цифры заболеваемости	Показатель на 100000 населения
2015 год (январь–август)	327700	224,67
2014 год	343705	240,0

По данным представленным в таблице №1 видно, что заболеваемость внебольничной пневмонией в 2015 году снизилась на 6,5 %. На сайте Министерства Здравоохранения Российской Федерации представлены данные по отдельным регионам РФ. Очевидна статистическая разница: самые высокие показатели заболеваемости зарегистрированы в Забайкальском крае (499,9 на 100000. населения); в Кировской области (485,6); в Архангельской области (457,1); в Приморском крае (378,5); в Красноярском крае (356,7); в Иркутской области (377,9); Бурятии (383,3), на Алтае (345,0); в Чукотском автономном округе (369,0). Во всех вышеперечисленных регионах заболеваемость пневмонией более, чем в 1,5 раза выше чем в среднем по России. Такая высокая заболеваемость в данных регионах обусловлена,

прежде всего, климатическими факторами – продолжительной холодной зимой.

Заболеваемость острой пневмонией по данным госпитализации районной больницы Ленинградской области в 2014 году составило 439 чел. (41,02 % из всех госпитализированных с болезнью органов дыхания). Летальность от острой пневмонии составила 25 человек (5,7% от всех пациентов с пневмонией).

Одной из задач нашего исследования было проведение анализа, как изменились лечебные подходы в течение 15 лет. Для чего мы анализировали медицинскую документацию за три промежутка времени. I период – 2001–2002 гг., II период – 2006–2007–2008 гг. и III период – 2013–2014 гг.

В настоящее время госпитализация в районную больницу проводится в основном пациентов среднего и тяжелого течения. Пневмония легкой степени лечится преимущественно амбулаторно. За прошедшие 15 лет существенным образом изменились подходы к лечению пневмонии. На рисунке 3.1.1. представлены данные по частоте использования различных групп антибиотиков в зависимости от годов лечения.

Рисунок 3.1.1.

Назначение антибиотиков в периоды 2001–2002 г., 2008–2009 г. и 2013–2014 г.



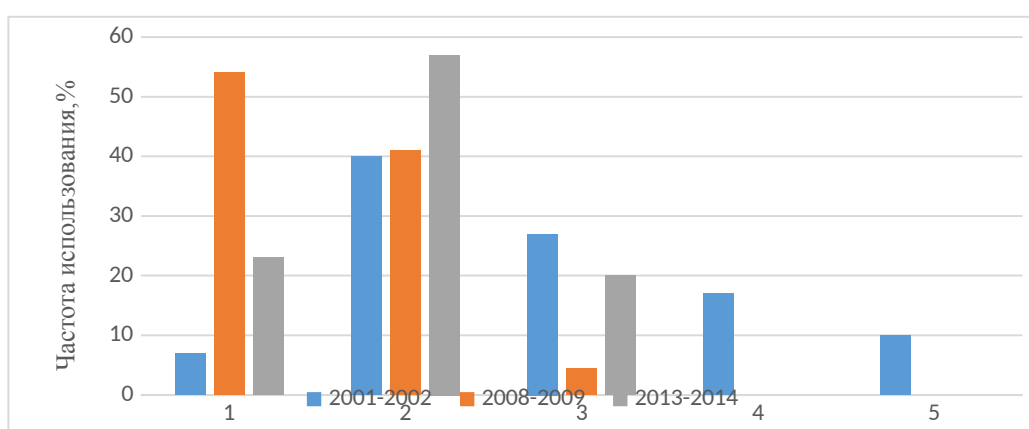
Обозначения: 1–Пенициллины, 2–Аминогликозиды, 3–Линкозамиды, 4–Тетрациклины, 5–Метрогил, 6–Цефалоспорины, 7–Макролиды, 8–Карбепенемы, 9–Фторхинолоны, 10–Сульфаниламиды

По данным, представленным на рисунке 3.1.1. видно, что основными препаратами для лечения пневмонии в 2001–2002 годах были пенициллины и

аминогликозиды, их использовали в 73–83% случаев, реже использовались линкозамиды и тетрациклины и цефалоспорины 20–43 % назначений. В 2008–2009 г. основными химиотерапевтическими препаратами были цефалоспорины, поэтому назначались всем поступившим пациентам, реже назначались пенициллины (36%) и метрогил 9%. В 2013–2014 г. антибактериальная терапия проводилась в основном цефалоспоринами (87%) и метрогилом (50%). Остальные препараты назначались достаточно редко.

Рисунок 3.1.2.

Частота назначения комбинаций антибиотиков при лечении пневмонии

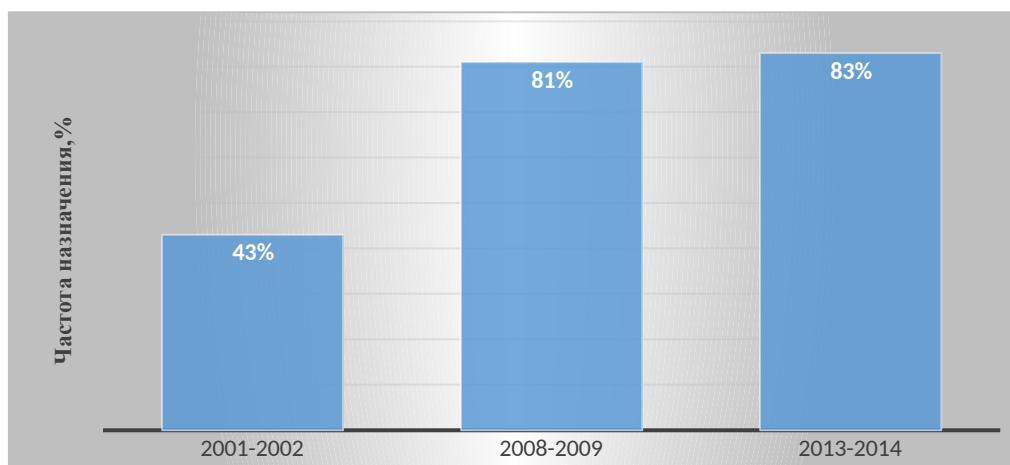


Опираясь на информацию, которая представлена на рисунках 3.1.1. и 3.1.2. очевидно, что АБ терапия в 2001–2002 годах в основном проводилась двумя антибиотиками (40% случаев). Однако низкая терапевтическая эффективность противомикробных препаратов в то время, требовала назначения третьего, четвертого и даже пятого препарата. В 2008–2009 г. в основном проводилась монотерапия цефалоспоринами, либо в сочетании с пенициллинами (36% случаев). В 2013–2014 году химиотерапия в основном проводилась двумя антибиотиками (цефалоспорины + метрогил).

Синдром интоксикации при пневмонии сопровождается воспалительный процесс в лёгких. Тяжесть интоксикации, зависит от величины основного патологического процесса и сопутствующих заболеваний. На рисунке 3.1.3. представлена информация о том насколько часто пациентам назначалась дезинтоксикационная терапия.

Рисунок 3.1.3.

Частота назначения дезинтоксикационной терапии

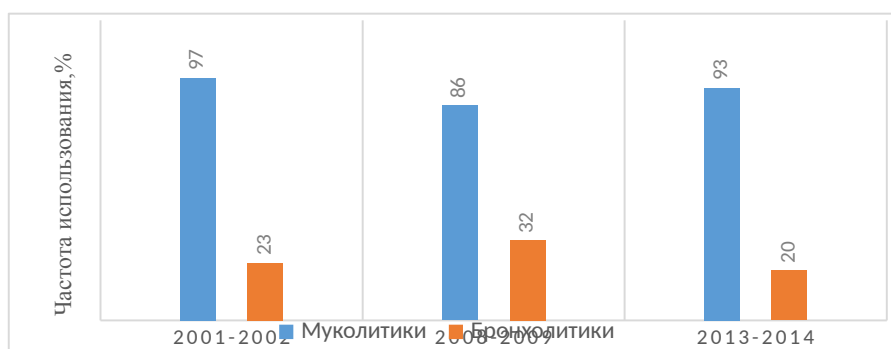


По данным представленным на рисунке 3.1.3. очевидно, что частота назначения дезинтоксикационной терапии увеличилась, начиная с 2008–2009 годов, практически на 50%.

Помимо антибактериальных препаратов при лечении пневмонии используются муколитики и бронхолитики. На рисунке 3.1.4. представлена частота использования данных групп препаратов.

Рисунок 3.1.4.

Частота использования муколитических и бронхолитических средств

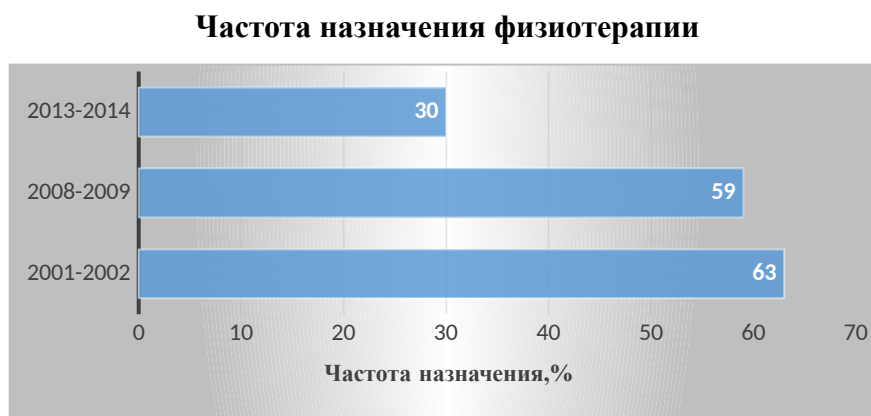


По данным представленным на рисунке 3.1.4. практически в 100% случаях пациенты получали муколитическую терапию, а в бронхолитиках нуждался только каждый третий. Данные группы препаратов назначались во все анализируемые нами периоды примерно с одинаковой частотой.

Одним из видов лечения пневмонии распространенным в 2001–2002 годах было физиотерапевтическое лечение. На рисунке 3.1.5. показано, как

снижается частота назначения физиотерапевтических процедур. За прошедшие 15 лет назначение физиотерапии снизилось более, чем в два раза.

Рисунок 3.1.5.



Физиотерапия включала в себя такие методы, как ИКВ, электрофорез, ЛФК, УВЧ, ингаляции отхаркивающими средствами, ингаляции смесями бронхолитиков, массаж грудной клетки. В настоящее время физиотерапии ограничивается ЛФК, массажем грудной клетки, дыхательной гимнастикой и ингаляциями.

Нами был проведен анализ, соответствуют ли проводимые в районной больнице Ленинградской области мероприятия, рекомендациям по диагностике и лечению пневмоний в РФ. Данный руководящий документ зарегистрирован в 2012 году и утвержден Министерством здравоохранения и социального развития РФ от 29 декабря 2012 года № 1658н. Так же в исследовании мы опирались рекомендации РРС и МАКМАХ от 2010 года.

1) Согласно рекомендациям, все больные должны получать в стационаре дезинтоксикационную терапию. В нашем случае она проводилась в 80% случаев.

2) В руководящих документах рекомендовано проводить терапию двумя антибиотиками с обязательным назначением макролидов. Рекомендуемые схемы: пенициллины+макролид, цефалоспорины+макролид, карбопенемы+макролид. В нашем случае в виду отсутствия макролидов, они заменялись на другие препараты.

3) Рекомендации предлагают назначать муколитики 50% пациентов, а бронхолитики по показаниям. В нашем случае муколитики назначались в 93% случаев, а бронхолитики в 20 % процентах случаев.

4) Согласно руководящим документам физиотерапия (ЛФК и дыхательные упражнения, массаж) должны использоваться в 100%, 80%, 30% процентах случаев соответственно, а все остальные виды физиотерапевтического лечения имеют низкий усредненный показатель частоты использования. За прошедшие 15 лет доля физиотерапевтического лечения с 60% охвата снизилась в два раза.

Таким образом лечение внебольничной пневмонии в районной больнице Ленинградской области в целом соответствует существующим рекомендациям. Единственным расхождением является отсутствие макролидов во врачебных назначениях.

Пневмония опасна своими осложнениями. В историях болезни указаны три вида осложнений: инфекционно–токсический шок, дыхательная недостаточность 2 степени и плеврит. Наиболее часто встречалась дыхательная недостаточность, которая купировалась уже на 2–3 день лечения. На рисунке 3.1.6. представлена частота осложнений.

Рисунок 3.1.6.



По данным представленным на рисунке 3.1.6. видно, что максимальная частота осложнений наблюдается в 2013–2014 годах. Скорее всего это связано с более четкой фиксацией осложнений в истории болезни. Общая

продолжительность лечения по 2013 – 2014 годам наблюдений составляла около 11 ± 1 дней. Количество койко–дней, указанных в стандарте по специализированной медицинской помощи при пневмонии средней степени тяжести, составляет 10 дней, если пневмония протекает без осложнений.

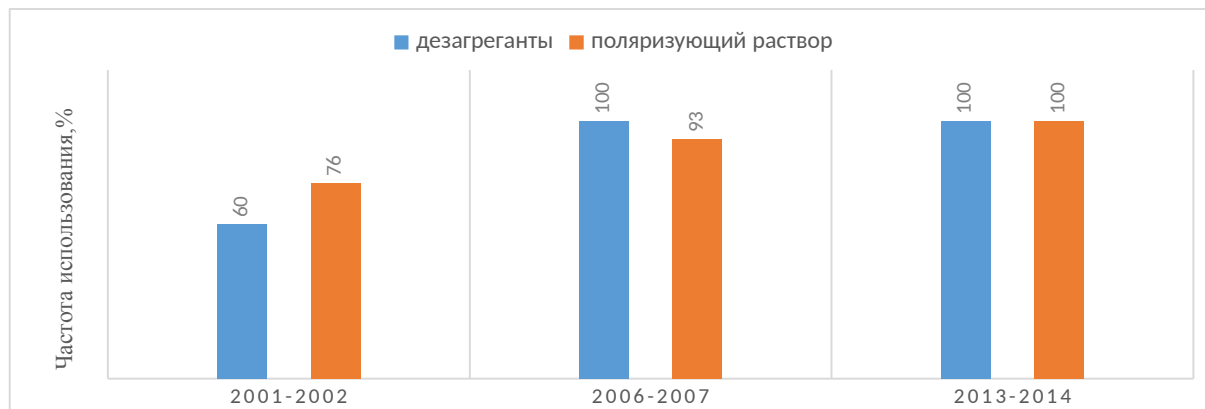
3.2. Организационные подходы при лечении инсульта в периоды 2001–2002 г., 2006–2007 г. и 2013–2014 г.

Инсульт – одно из самых распространенных заболеваний, которое занимает второе место в показателях мировой статистики летальности. Ежегодно около 450000 тысяч человек переносят инсульт. По данным Министерства Здравоохранения РФ в 2014 году 266449 пациентам был поставлен диагноз инсульт (182,2 на 100000 населения). Около 200 тыс. россиян погибают ежегодно вследствие перенесенного инсульта. В РФ проживает более 1 млн. человек с последствиями данного заболевания, из них 80 % являются инвалидами.

По данным годового отчета районной больницы Ленинградской области из 867 человек, госпитализированных с болезнями нервной системы, инсульт был у 601 пациента (69%), при этом умерли из этих пациентов 187 человек (31%).

Второй задачей нашего исследования был анализ сосудистых заболеваний головного мозга на примере лечения ишемического инсульта. Лечение инсультных больных – это всегда очень длительный и поэтапный процесс, который должен пройти целый ряд последовательных стадий. Сначала такие пациенты проходят лечение в реанимационном отделении, где ведется борьба за поддержание витальных функций, затем в неврологическом стационаре, где занимаются восстановлением.

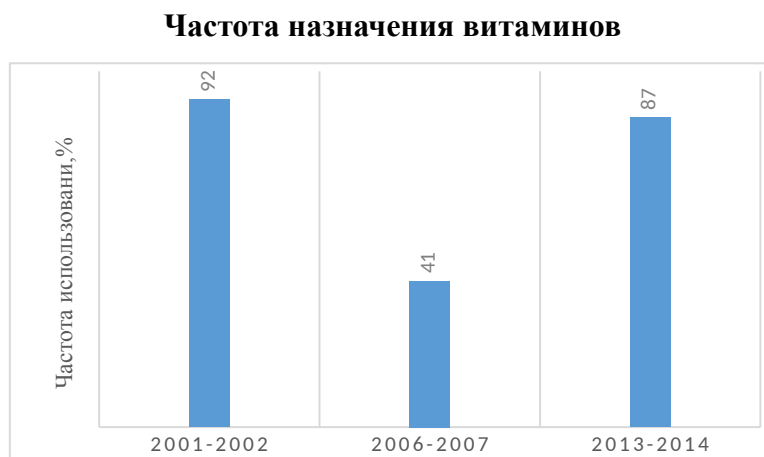
Одним из основных направлений в лечении инсультов является назначение дезагрегантов и коррекция водно–электролитного баланса. На рисунке 3.2.1. представлена информация о назначении данных групп препаратов.

Частота использования дезагрегантов и поляризующего раствора

На данном рисунке видно, что в настоящее время (в 2013–2014 г.) дезагреганты и поляризующий раствор используются в 100 % случаев. Но такие назначения были не всегда. В период 2001–2002 г. дезагрегантная и внутривенная инфузионная терапия проводилась 2/3 поступившим в стационар.

В качестве патогенетической терапии ОНМК рассматривается назначение статинов, гипотензивных препаратов и мочегонных средств. В районной больнице Ленинградской области в качестве мочегонных средств чаще всего назначались гипотиазид и фуросемид, так же вместе с этими двумя препаратами назначались ингибиторы АПФ или блокаторы кальциевых каналов. В 2014 г. такие назначения получали все 100% больных. Группа статинов назначалась в 60% случаев.

Так же пациентам с инсультом назначают витамины. Чаще всего назначают витамины группы В. В период 2013–2014 практически все получали цитофлавин. На рисунке 3.2.2. представлена информация о назначении витаминов в разные исторические периоды.



В разные периоды времени пациенты получали различные витамины. Если в 2001–2002 г. витамины назначались без патогенетической привязки к поражению ЦНС (например: группы А, В, С, Е), то в 2013–2014 г. это был препарат влияющий на нейроны – цитофлавин. Витамины используют часто. В периоды с 2001–2002 и 2013–2014 г их вводили практически всем пациентам. Снижение показателя по назначению витаминов в 2006–2007 г связано с тем, что были введены в практическую деятельность новые рекомендации по лечению ОНМК, где данный вид терапии был исключен из обязательных процедур.

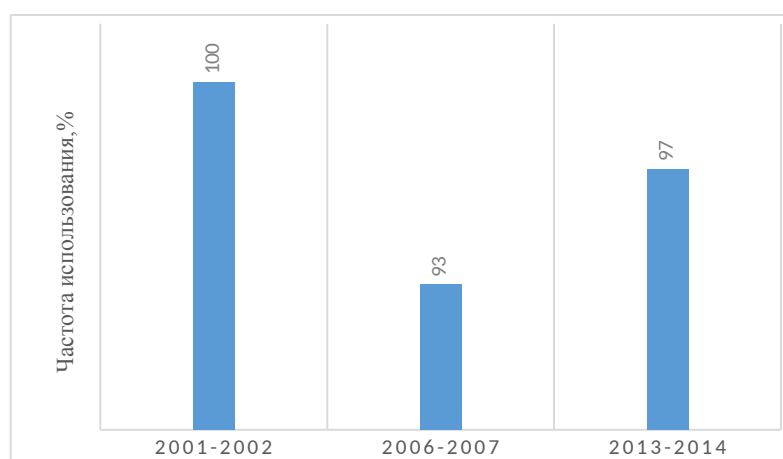
В 2001–2002 годах отмечается высокий процент назначения сосудистых препараты (например: циннаризин, кавинтон, трентал, курантил) и церебропротекторы (пирацетам, актовегин, глиатилин, мексидол). На рисунке 3.2.3 заметна постепенная тенденция к уменьшению назначения данных групп препаратов.

Частота использования сосудистых препаратов и церебропротекторов

Тенденция к снижению назначения церебропротекторов объясняется, тем что в рекомендациях American Heart Association/American Stroke Association 2005 было указано, что нейропротективные препараты при лечении ОНМК не имеют доказанного действия, и поэтому не рекомендуются к применению при лечении инсульта. В 2013–2014 годах никому из пациентов не было назначено сосудистых препаратов, так как они не входят список обязательных назначений при лечении ОНМК.

У больных ишемическим инсультом существует неврологический дефицит, который такие пациенты начинают восстанавливать в основном немедикаментозными методами, такими, как физиотерапия. На рисунке 3.2.4. представлена частота использования физиотерапевтических методов лечения и ЛФК в различные исторические периоды.

Рисунок 3.2.4.

Частота использования физиотерапии и ЛФК

В общей структуре физиотерапии были применены такие методы, как электростимуляция конечностей, иглорефлексотерапия, пневмомассаж, занятия с логопедом, артикуляционная гимнастика, прогревание, ЛФК. Процент физиотерапии во все периоды был очень высок, что говорит о необходимости применения методов физиотерапии и ЛФК в физической реабилитации пациентов.

Нами был проведен анализ, соответствуют ли проводимые в районной больнице Ленинградской области мероприятия, рекомендациям по диагностике и лечению пневмоний в РФ. Данный руководящий документ принят в 2012 году и утвержден Министерством здравоохранения и социального развития РФ от 29 декабря 2012 года № 1740н.

1) Согласно рекомендациям, все больные должны получать в стационаре регидратационную терапию и дезагреганты. В нашем случае, в 2013–2014 годах она проводилась в 100% случаев.

2) В вышеуказанном приказе рекомендовано проводить патогенетическую терапию гипотензивными препаратами, мочегонными средствами и статинами. В 2014 году гипотензивные препараты и мочегонные препараты назначались всем пациентам, а статины только 60% пациентам.

3) Рекомендации предлагают назначать цитофлавин, как средство, влияющее на нейроны. В 2014 году цитофлавин получали практически все пациенты

4) В приказе МЗ РФ нет указания по обязательному назначению сосудистых средств, поэтому в 2014 году такие препараты назначались.

5) В рекомендациях по лечению ОНМК в первые часы заболевания рекомендовано проводить тромболитическую терапию. В анализируемых нами историях болезни сроки заболевания не соответствовали указанным временным интервалам для проведения тромболиза. Однако данные медикаменты есть в наличии в отделении реанимации.

6) В рекомендациях по лечению ОНМК рекомендовано назначать ноотропные и психостимулирующие средства (например: глицин,

церебролизин, цитиколин), в 2013–2014 году эти препараты назначались в 43% случаев.

7) Для физической реабилитации пациентов в рекомендациях указано проведение физиотерапии, массажа, ЛФК, данный вид лечения проводился практически всем пациентам.

Таким образом лечение ишемического инсульта в районной больнице Ленинградской области в целом соответствует существующим рекомендациям, но при этом в данной больнице в 2013–2014 годах недостаточно назначались ноотропные и психостимулирующие препараты.

Общая продолжительность лечения по 2013–2014 годам наблюдений составляла около 13 ± 1 дней. Количество койко–дней, указанных в стандарте по специализированной медицинской помощи при ишемическом инсульте, составляет до 30 дней, вне зависимости от осложнений.

3.3. Организационные подходы при лечении инфаркта миокарда в периоды 2001–2002 г., 2006–2007 г. и 2013–2014 г.

Инфаркт миокарда является одной из клинических форм ИБС и занимает одно из ведущих мест в мировой статистике по изучению причин летальности. Несмотря на то, что в настоящее время происходит активное внедрение современных лечебно–диагностических технологий, смертность от ИМ остается высокой. Много больных погибают в течение первых суток, или на догоспитальном этапе. Около 5–15% больных из числа выписавшихся из стационара умирает в течение первого года, последующая ежегодная летальность составляет 2–5%. По данным районной больницы Ленинградской области из 2698 человек, госпитализированных с болезнями системы кровообращения. ОИМ был у 348 пациентов (13%), при этом умерли 16 человек (5% от всех госпитализированных с инфарктом миокарда).

Третьей задачей нашего исследования был анализ результатов лечения сердечно–сосудистых заболеваний на примере инфаркта миокарда. Лечение пациентов с ИМ всегда этапное. Начиная от рентгеноперационной, где им проводят эндоваскулярное обследование и реваскуляризацию миокарда, до

кардиологического отделения, где проводят терапевтическое лечение и физическую реабилитацию.

Важным направлением в лечении пациентов с ОИМ является назначение дезагрегантов и антикоагулянтов. В качестве дезагрегантов в 2013–2014 году использовалась комбинация аспирина и блокатора P2Y₁₂ рецептора к аденозиндифосфату (например: клопидогрел), во все остальные исторические периоды использовался аспирин. В качестве антикоагулянта во все временные промежутки использовался гепарин. На рисунке 3.3.1. представлена частота использования антикоагулянтов и дезагрегантов.

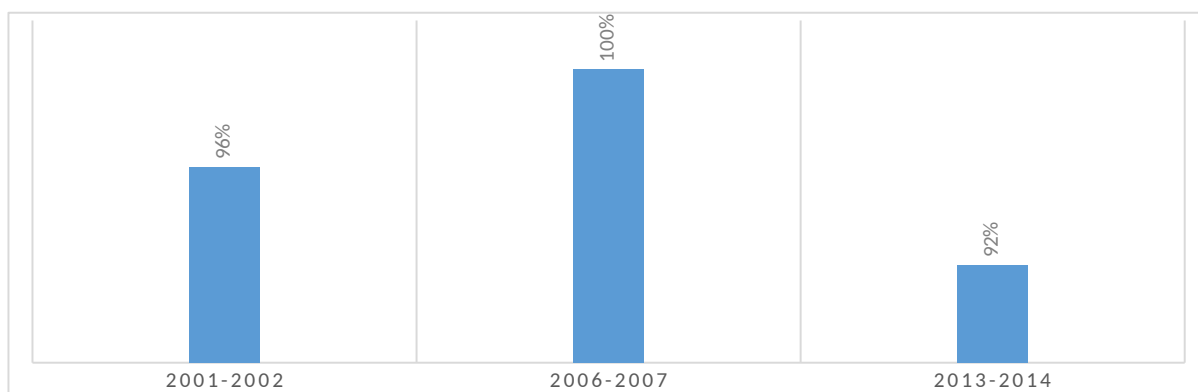
В таблице 3.3.1. показано, что во все периоды времени дезагреганты назначали каждому пациенту. С 2013–2014 г. процент использования антикоагулянтов уменьшился на 24%.

Рисунок 3.3.1.

Частота использования антикоагулянтов и дезагрегантов

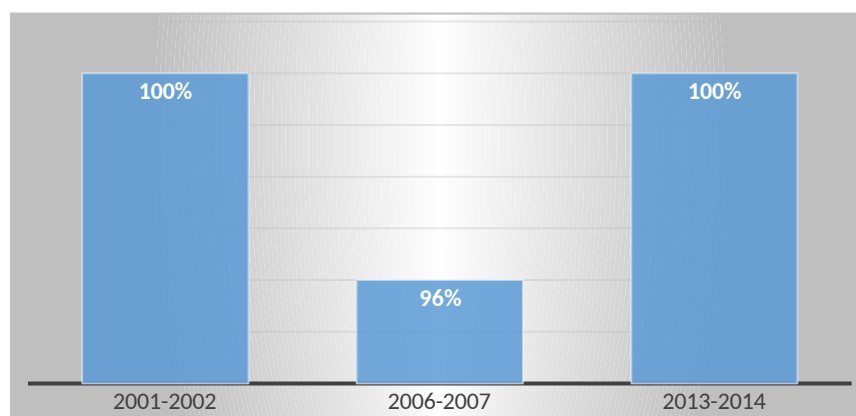


Одной из ведущих фармакологических групп при лечении ИМ являются β -адреноблокаторы. Назначение этих препаратов рекомендовано практически всем пациентам с ИМ. Они не только обладают кардиопротективным действием, уменьшают ремоделирование сердца, но и улучшают прогноз у больных ИМ. На рисунке 3.3.2. представлена информация о частоте назначения β -адреноблокаторов.

Частота назначения β -адреноблокаторов

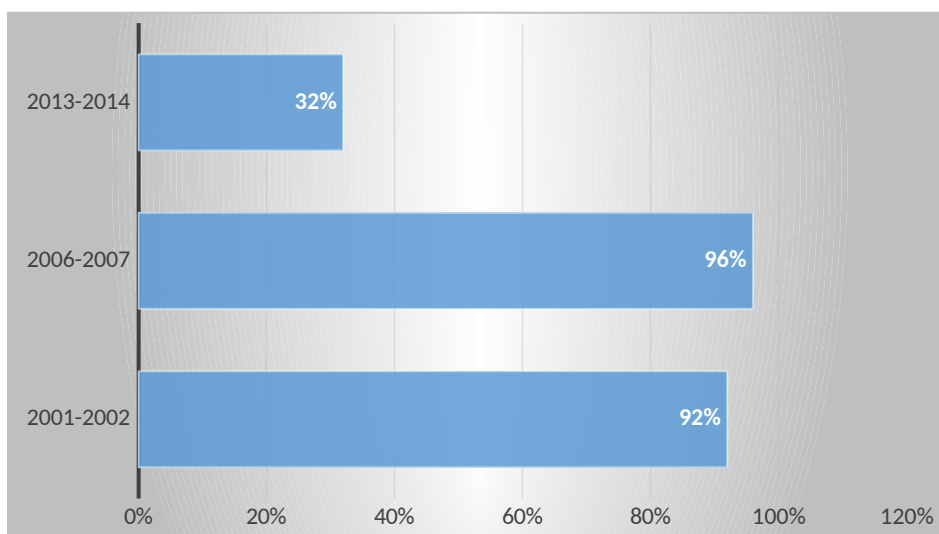
Во все периоды имеет место высокий процент назначения данных препаратов, это говорит о том, что данные препараты хорошо работают у пациентов, перенесших ОИМ.

Еще одной группой важнейших препаратов в лечении ОИМ является назначение ингибиторов АПФ. Высокая эффективность ИАПФ проявляется в снижении смертности и частоты повторных госпитализаций, профилактике развития СН и ее прогрессирования у больных после ОИМ. На рисунке 3.3.3. представлена информация о частоте использования ИАПФ в разные исторические периоды.

Частота использования ИАПФ

Во все временные промежутки сохраняется высокий процент назначения этой группы препаратов.

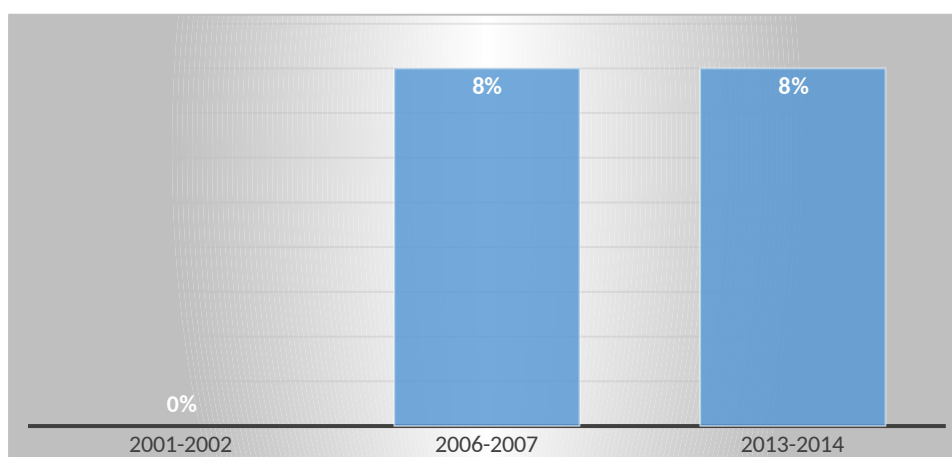
В качестве антиангинальных средств при терапии ИМ используются нитраты. На рисунке 3.3.4. показана частота использования данной группы препаратов.

Частота использования нитратов

В периоды 2001–2002 г. и 2006–2007 г. нитраты использовались очень часто, но в 2013–2014 годах произошло значительное снижение использования нитратов. Мы не нашли объяснения данному феномену.

Всем пациентам с ИМ показано применения растворов электролитов. По нашим данным, во все периоды данная терапия назначалась всем 100% пациентам.

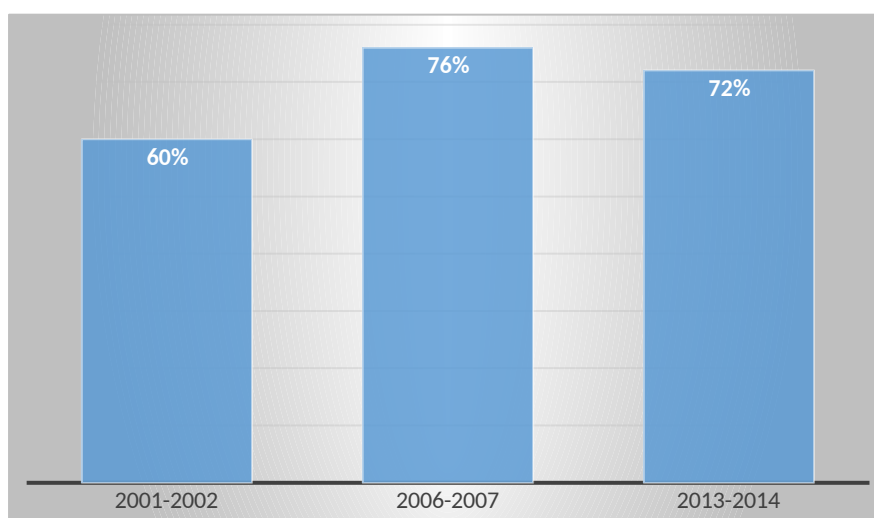
Одним из важных методов лечения ОИМ является ТЛТ. Введение препаратов, активирующих эндогенный фибринолиз, приводит к расщеплению нитей фибрина. Следует помнить, что интервал между началом ангинозного приступа и началом ТЛТ не должен превышать 12 часов. На рисунке 3.3.6. представлена информация о проведении тромболитической терапии в разные временные промежутки.

Частота проведения тромботической терапии

В 2001–2002 годах данная терапия не применялась, а в остальные два временных промежутка она остается равной и составляет 8% (по 2 человека).

На рисунке 3.3.6. представлена частота назначения диуретиков. Во все временные периоды частота назначения данной группы препаратов находится примерно на одном уровне.

Рисунок 3.3.6.

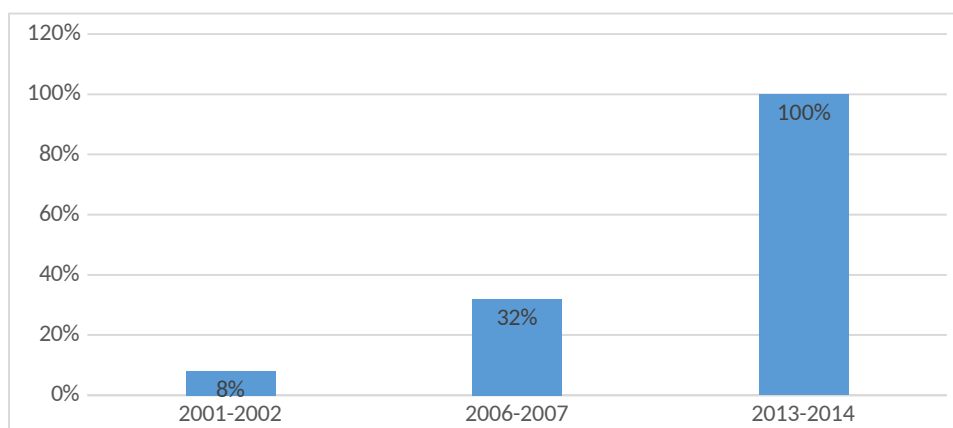
**Частота назначения диуретиков**

Одним из направлений лечения ОИМ является назначение гиполипидемических

средств. Всем больным рекомендовано как можно раньше в период госпитализации назначать статины в высокой дозе независимо от исходного значения холестерина и липопротеинов низкой плотности, при отсутствии противопоказаний или истории непереносимости статинов. На рисунке 3.3.7. представлена частота использования гиполипидемических средств в различные исторические периоды.

Рисунок 3.3.7.

Частота использования гиполипидемических средств

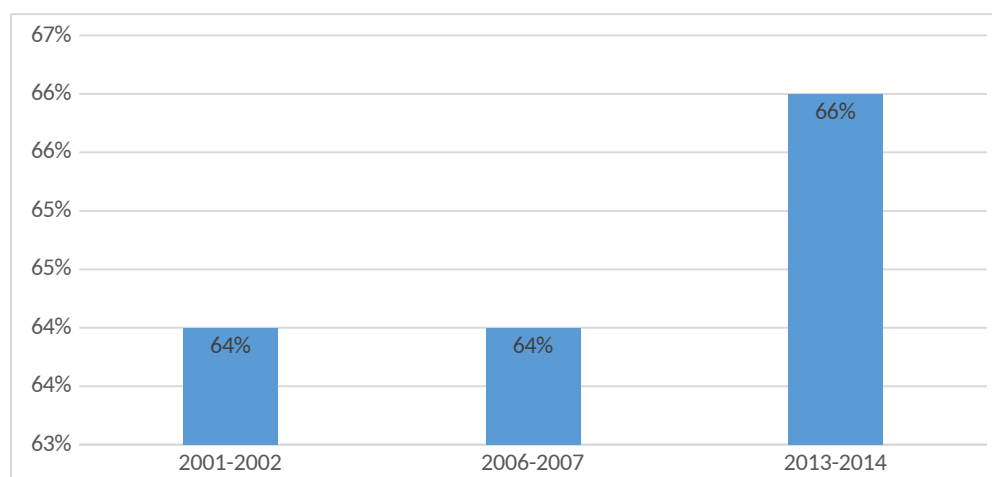


На рисунке видно, что процент назначения статинов сильно вырос за 14 лет, если в 2013–2014 годах статины получали все пациенты, то в 2001–2002 г. их предписывали только в 8 % случаев.

После купирования острой стадии ОИМ и начала лечения в кардиологическом отделении больше половины больным назначается ЛФК, которая включает в себя лечебную гимнастику в зале или индивидуально в палате под контролем врача; дозированную ходьбу; массаж и т. д. На рисунке 3.3.8. представлена частота назначения физиотерапии пациентам.

Рисунок 3.3.8.

Частота назначения физиотерапии



Лечение в стационаре больных с ОИМ составило в среднем в 2001–2002 г. – 19 дней, в 2006–2007 г.– 19 дней, в 2013–2014 г.– 15 дней. Количество койко–дней, указанных в стандарте по специализированной медицинской помощи при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST, составляет 12 дней, если заболевание протекает без осложнений.

4 июля 2014 года на базе данной больницы Ленинградской области стало работать кардиохирургическое отделение, где проводится КАГ и стентирование сосудов сердца. Введение новых методов лечения позволило снизить длительность пребывания пациентов в стационаре. Решение об организации кардиохирургического отделения было принято до 2013 года. В 2013 году в больнице проводилась установка соответствующего оборудования и ремонт рентген– операционной. Сотрудники вновь открытого кардиохирургического отделения в это время работали в НИИ кардиологии. Поэтому всех больных с ОИМ, нуждающихся в обследовании сосудов и оперативном лечении переводили из районной больницы в НИИ кардиологии на 2 сутки поступления.

Нами был проведен анализ, соответствуют ли проводимые в районной больнице Ленинградской области мероприятия, рекомендациям по диагностике и лечению ОИМ в РФ. Данный руководящий документ принят в 2015 году и утвержден Министерством здравоохранения и социального развития РФ от 1 июля 2015 года № 404н.

Согласно приказа во всех лечебных учреждениях здравоохранения введен стандарт оказания медицинской помощи больным с ИМ. В этом приказе предложена таблица со всеми диагностическими и лечебными назначениями. Предлагается частота применения и лечебных и диагностических манипуляций.

- 1) Всем пациентам с ОИМ в обязательном порядке необходимо назначение: инфузионной терапии, дезагрегантов, статинов и нитратов.
- 2) Практически всем пациентам рекомендовано применения ИАПФ–90%, гепарина–85%.
- 3) По показаниям, достаточно часто рекомендовано назначение бета– блокаторов – 55% и мочегонных средств – 50%.
- 4) Вновь поступившим больным ИМ с повышением сегмента ST в сроки до 12 часов рекомендовано проведения КАГ и стентирования. Частота таких манипуляций должна достигать 80% в соответствующей группе пациентов.

Условия районной больницы в части оснащённости медицинским оборудованием соответствуют выполнению данного стандарта. Анализ историй болезни показал, что из обязательных медикаментозных назначений не выполняется только предписания нитратов (32%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нами был проведен анализ, терапевтического лечения больных, поступивших в районную больницу Ленинградской области с «острыми заболеваниями»: инфаркт миокарда, ишемический инсульт и внебольничная пневмония.

Лечение внебольничной пневмонии в районной больнице Ленинградской области в целом соответствует существующим рекомендациям. Всем пациентам со среднетяжелым течением заболевания при поступлении в стационар назначали: антибактериальное лечение (с использованием двух и более антибиотиков) и дезинтоксикационную терапию. По показаниям назначали муколитики и бронхолитики. Единственным расхождением с существующими рекомендациями является отсутствие макролидов во врачебных назначениях (ввиду их отсутствия в данной больнице) и снижение охвата пациентов физиотерапевтическими процедурами. В 2013–2014 году всего 30% пациентов посещали физиопроцедуры, в предыдущие годы их было в два раза больше (до 60%).

Проводимая терапия острой внебольничной пневмонии занимала примерно 11 дней в стационаре (по стандарту средний койко–день должен составлять около 10 дней).

В настоящее время для лечения больных ишемическим инсультом в районной больнице Ленинградской области в обязательном порядке назначают дезагреганты, поляризирующий раствор и витамины (цитофлавин). Остальные группы препаратов назначали по дополнительным показаниям и крайне редко. Физическая реабилитация и физиотерапия проводились всем, находящимся на стационарном лечении. Общая продолжительность лечения в 2013–2014 годам составляла около 13 ± 1 дней (по стандарту до 30 дней).

При лечении больных с ОИМ в обязательном порядке назначали: инфузионную терапию, дезагреганты, статины, антикоагулянты и ИАПФ. По показаниям использовали диуретики, β -блокаторы. В период 2013–2014 году 8% пациентов проведена тромболитическая терапия. С 4 июля 2014 года на

базе данной больницы Ленинградской области стало работать кардиохирургическое отделение, где проводится КАГ и стентирование сосудов сердца.

Введение новых методов лечения позволило снизить длительность пребывания пациентов в стационаре до 15 дней (по сравнению с 2007 годом 19 дней). Единственным расхождением с существующими рекомендациями является недостаточно частое назначение нитратов (32%, по стандарту 100%).

В таблице 2.1.2. представлены данные годового отчета о пролеченных больных с интересующей нас патологией в 2014 г.

Таблица 2.1.2.

Количество пролеченных больных и умерших пациентов с диагнозами внебольничная пневмония, острый ишемический инсульт и острый инфаркт миокарда в районной больнице Ленинградской области в 2014 г.

Заболевание	Общее количество пролеченных больных (от 18 до 60 лет)	Количество умерших (N и % от госпитализированных с данным заболеванием)
Пневмония	439	25 (5,6 %)
Инсульт	601	187 (31,1 %)
Инфаркт миокарда	348	16 (4,5 %)

Нами обращено внимание на госпитальную летальность больных с пневмонией, ишемическим инсультом и острым инфарктом миокарда. По данным литературы в Северо–Западном регионе России летальность в стационарах от ишемического инсульта составляет в среднем 39 %, от пневмонии тяжелого течения—до 10%. Введение новых медицинских технологий позволило снизить частоту неблагоприятных исходов при инфаркте миокарда до 4,5 % по сравнению с другими стационарами (8–10%).

ВЫВОДЫ

1. Лечение пациентов в районной больнице Ленинградской области с острыми заболеваниями в целом соответствует существующим стандартам оказания медицинской помощи.
2. Имеются небольшие расхождения во врачебных назначениях и рекомендациях МЗ РФ. Отсутствие назначения макролидов и нечастое назначение нитратов, не влияет на эффективность проводимой терапии при пневмонии и инфаркте миокарда.
3. Требуется дополнительное изучение причин высокой летальности пациентов от ишемического инсульта, так как основное лечение проводится в соответствии со стандартом.
4. Введение новых медицинских технологий в районной больнице Ленинградской области: коронароангиографии и стентирование сосудов сердца позволяет сократить процент госпитальной летальности до 4,5% и длительность лечения до 15 дней.
- 5.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ворлоу Ч.П., Деннис М.С., Ван Гейн Ж. и др. Инсульт. Практическое руководство для ведения больных. Перевод с англ. Борисова А.В., Бульбы Л.В., Бульбы Ю.И. и др. 1998. Политехника, СПб. С. 629:16-19.
2. Горбич О.А., Чистенко Г.Н. Эпидемиологические аспекты проблемы пневмоний // Военная медицина. – 2010. – №4.– С.81–84.
3. Демиденко ТД. Гольдблат Ю.В. Руководство для среднего медицинского персонала неврологического реабилитационного отделения. – Л. Медицина, 1984.
4. Заболеваемость всего населения России в 2014 году [Электронный ресурс] // 2016. Режим доступа: <http://www.rosminzdrav.ru/> (дата обращения: 29.01.2016)
5. Инсульт: диагностика, лечение и профилактика. Под ред. З.А. Суслиной, М.А. Пирадова. М.: МЕДпресс–информ, 2008;288 с.
6. Информационный бюллетень. – 2015. – №331. – Режим доступа: <http://www.who.int>. (дата обращения 29.01.2016).
7. Кадыков А. С, Черникова Л.А., Шведков В.В. Жизнь после инсульта. Популярное практическое руководство по реабилитации больных, перенесших инсульт. – М: «Миклош», 2002. – 46 с.
8. Клинические рекомендации. Пульмонология /под ред. А.Г.Чучалина. М.: ГЭОТАР–Медиа, 2011. 225 с.
9. Козлов Р.С. Антимикробные препараты и резистентность микроорганизмов // ProАнтибиотик. 2011.С.11–14.
10. Козлов Р.С., Сивая О.В., Шевелев А.Н. Перспективы применения новых цефалоспоринов в терапии пневмококковых инфекций // Пульмонология. 2011.№3. С.53–58.
11. Козлов, С.Н. Современная антимикробная химиотерапия / С.Н. Козлов, Л.С. Страчунский. – М.: МИА, 2009. – С. 297–298, 313.
12. Козлов Р.С., Сивая О.В., О.И. Кречикова О.И. / Динамика резистентности *Streptococcus pneumoniae* к антибиотикам в России за период 1999–2009 гг. по данным многоцентрового проспективного исследования ПеГАС. // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2010. – № 12. – С. 329–341.

13. Лещенко И.В. Макролиды и внебольничная пневмония // Практическая пульмонология. – 2014. – №1. – С. 5–20.
14. Мустафин Т.И., Кудояров. Актуальные вопросы внебольничной пневмонии // Медицинский вестник Башкортостана. – 2014. – №5, Т. 9. – С. 39–41.
15. Неврология: национальное руководство/под редакцией Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт –М.: ГЭОТАР–Медиа, 2009. 610–615 с.
16. Ноников В.Е. Антибиотики–макролиды в пульмонологической практике // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. 2004; №2(13): 24–26.
17. Ноников В.Е., Евдокимова С.А. Диагностика и алгоритм лечения внебольничной пневмонии// Фарматека. – 2012. – №15. – С. 15–20.
18. Огарков П. И., Жоголев С. Д. 59. Этиологическая характеристика внебольничных пневмоний и их специфическая иммунопрофилактика // Вакцинация. 2003. № 5 (29). С. 2–3.
19. Особенности внебольничных пневмоний в Дальневосточном регионе / Л.В.Круглякова [и др.] // Бюл. физиол. и патол. дыхания. 2005. Вып.21. С.14–18.
20. Петров Ю.П., Стельмашок В.И., Полонецкий О.Л., Бейманов А.Э., Черноглаз П.Ф., Максимчик А.В., Петров Д.Ю. Показания к проведению коронарной ангиопластики (инструкция по применению). – Минск, 2009. – 30 С.
21. Пизова Н.В. Амбулаторное ведение больных после тяжелого инсульта с деменцией. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013; (4):78–83.
22. Пульмонология: национальное руководство/под редакцией А.Г. Чучалина. –М.: ГЭОТАР–Медиа, 2009. –960 с.
23. Синопальников А.И. Бактериальная пневмония// Респираторная медицина: в 2–х т. / под ред. А.Г.Чучалина. М.: ГЭОТАР–Медиа, 2007. Т.1. С.474–509.
24. Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с пневмонией средней степени тяжести. Приказ МЗ РФ от 29.12.12. № 31658н.

- 25.** Стецюк О.У., Андреева Т.В., Козлов Р.С. Место внутривенной формы азитромицина в лечении внебольничной пневмонии // Пульмонология. 2012. №1. С.103–111.
- 26.** Структура бактериальных возбудителей внебольничной пневмонии в многопрофильных стационарах Смоленска / С.А.Рачина [и др.] // Пульмонология. 2011. №1. С.5–18.
- 27.** Суслина З.А., Танашян М.М., Домашенко М.А. Антитромботическая терапия ишемических нарушений мозгового кровообращения. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. 224 с.
- 28.** Сэнфордский справочник. Антимикробная терапия / Д. Н. Гилберт [и др.]. – М.: Эксмо, 2009. – 288 с.
- 29.** Таточенко В.К. Рациональное применение антибиотиков в педиатрической практике при лечении острых инфекций верхних и нижних дыхательных путей // Consilium medicum . 2013. Экстравыпуск. С.5–7.
- 30.** Фейгин В., Виберс Д., Браун Р. Инсульт: клиническое руководство. М.: Бином; СПб.: Диалект, 2005;608 с.
- 31.** Циммерман Я.С. проблема растущей резистентности микроорганизмов к антибактериальной терапии и перспективы эрадикации *Helicobacter Pylori* // Клиническая медицина. 2013. Т.91, №6. С.14–20.
- 32.** Черникова Л.А. Клиническое, физиологические и нейропсихологические аспекты баланс–тренинга у больных с последствиями инсульта//Биоуправление: теория и практика. Коллективная монография. – Новосибирск. –1998. – №3. – С. 80–87.
- 33.** Чумакова Г.Л., Орлова Н.В. Выбор оптимальной интенсивности физических тренировок у больных с инфарктом миокарда и артериальной гипертонией. Журнал сердечная недостаточность.2002; 5: 5–9.
- 34.** Чучалин А.Г., Цой А.Н., Архипов В.В. Диагностика и лечение пневмоний с позиций медицины доказательств // Consilium medicum. – 2002. – № 12, Т. 4. – С. 620–644.
- 35.** Чучалин, А.Г. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / А.Г. Чучалин, А.И. Синопальников, Р.С. Козлов. – М.: Медицина, 2010.

- 36.** Яковлев С.В. Клинико–фармакологическое обоснование выбора антибиотиков при внебольничных инфекциях дыхательных путей // *Consilium medicum*. 2013. Экстравыпуск. С.4–5.
- 37.** Яковлев С.В. Стратегия и тактика рационального применения антибиотиков // *Consilium medicum*. 2013. Экстравыпуск. С.3–4
- 38.** Ярыгин В.Н., Мелентьева А.С. Руководство по геронтологии и гериатрии// Введение в клиническую гериатрию: в 2–х т. /: ГЭОТАР–Медиа, 2010. Т.2. С.306–307.
- 39.** Adams H.P., del Zoppo G., Alberts M.J. Guidelines for the Early Management of Adults With Ischemic Stroke. *Stroke* 2007; 38:1655—711.
- 40.** Antithrombotic Trialists` Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomized trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction and stroke in high-risk patients // *BMJ*. 2002. Vol. 324. P. 71–86.
- 41.** Armstrong PW, Gershlick AH, Goldstein P, et al. Fibrinolysis or primary PCI in ST-segment elevation myocardial infarction. *N Engl J Med* 2013; 368(15):1379–87.
- 42.** Bernhardt J. et al. A Very Early Rehabilitation Trial for Stroke (AVERT): phase II safety and feasibility // *Stroke*. 2008. Vol. 39. P. 390–396.
- 43.** Bhatt D, Fox K, Hacke W, Berger P, Black H, Boden W, Cacoub P, Cohen E, Creager M, Easton J, Flather M, Haffner S, Hamm C, Hankey G, Johnston S, Mak K, Mas J, Montalescot G, Pearson T, Steg P, Steinhubl S, Weber M, Brennan D, Fabry-Ribaudo L, Booth J, Topol E: Clopidogrel and aspirin versus aspirin alone for the prevention of atherothrombotic events. *N Engl J Med* 2006; 354:1706-1717.
- 44.** Bonnefoy E, Lapostolle F, Leizorovicz A, et al. Primary angioplasty vs. prehospital fibrinolysis in acute myocardial infarction: a randomized study. *Lancet* 2002; 360(9336):825–9.
- 45.** Bonnefoy E, Steg PG, Boutitie F, et al. Comparison of primary angioplasty and pre-hospital fibrinolysis in acute myocardial infarction (CAPTIM) trial: a 5-year follow-up. *Eur Heart J* 2009; 30(13):1598–606.
- 46.** Canadian guidelines for the initial management of community-acquired pneumonia: an evidence-based up-date by the Canadian Infectious Diseases Society and the Canadian Thoracic Society. *The Canadian Community-*

Acquired Pneumonia Working Group / L.A.Mandell [et al.] // Clin. Infect. Dis. 2000. Vol.31, №2. P.383–421.

47. CAST (Chinese Acute Stroke Trial) Collaborative Group. CAST: randomised place-bo-controlled trial of early aspirin use in 20 000 patients with acute ischaemic stroke. Lancet 1997; 349:1641—9.

48. Chen Z.M., Sandercock P., Pan H.C. et al. Indication for early aspirin use in acute ischemic stroke. A combined analysis of 40 000 randomized patients from the Chines Acute Stroke Trial and the International Stroke Trial // Stroke. 2000. Vol. 31. P. 1240–1249.

49. Clinical characteristics at initial presentation and impact of dual therapy on the outcome of bacteremic Streptococcus pneumoniae pneumonia in adults / K.Weiss [et al.] // Can. Respir. J. 2004. Vol.11, №8. P.589–593.

50. Clinical characteristics at initial presentation and impact of dual therapy on the outcome of bacteremic Streptococcus pneumoniae pneumonia in adults / K.Weiss [et al.] // Can. Respir. J. 2004. Vol.11, №8. P.589–593.

51. Collaborative Group of the Primary Prevention Project (PPP). Low-dose aspirin and vitamin E in people at cardiovascular risk: a randomized trial in general practice // Lancet. 2001. Vol. 357. P. 89–95.

52. Comparison of beta-lactam and macrolide combination therapy versus fluoroquinolone monotherapy in hospitalized Veterans Affairs patients with community-acquired pneumonia / T.P.Lodise [et al.] // Antimicrob. Agents Chemother. 2007. Vol.51, №11. P.3977–3982.

53. Davalos A. et al. Citicoline in the treatment of acute ischaemic stroke: an international, randomised, multicentre, placebo–controlled study (ICTUS trial) // Lancet. 2012. Vol. 380(9839). P. 349–357.

54. European Lung White Book. – Режим доступа : <http://www.erswhitebook.org/> (дата обращения 29.01.2016)

55. European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack. Cerebrovasc Dis 2008; 25:457—507.

56. Fang G.D. et al. // The 36th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. New Orleans, 1996. Abstr. A91.

57. Furie KL, Kasner SE, Adams RJ, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack: a guideline for

healthcare professionals from the american heart association/american stroke association. *Stroke*. 2011 Jan; 42(1):227–76. DOI: <http://dx.doi.org/10.1161/STR.0b013e3181f7d043>.

58. Gershlick AH, Banning AP, Myat A, et al. Reperfusion therapy for STEMI: is there still a role for thrombolysis in the era of primary percutaneous coronary intervention? *Lancet* 2013; 382(9892):624–32.

59. Gilligan A.K., Thrift A.G., Sturm J.W. et al. Stroke units, tissue plasminogen activator, aspirin and neuroprotection: which stroke intervention could provide the greatest community benefit? *Cerebrovasc Dis* 2005; 20:239–44.

60. Graham MM, Knudtson ML, O'Neill BJ, Ross DB. Treating the right patient at the right time: Access to cardiac catheterization, percutaneous coronary intervention and cardiac surgery. *Can J Cardiol* 2006; 22(8):679–83.

61. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections / M.Woodhead [et al.] // *Eur.Respir. J.* 2005. Vol.26, №6. P.1138–1180.

62. Gupta R. et al. Hemispherectomy for massive middle cerebral artery territory infarction: A systematic review // *Stroke*. 2004. Vol. 35. P. 539–543.

63. Hacke W., Kaste M., Bluhmki E. et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4, 5 hours after acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 2008; 359:1317–29.

64. Hansson L., Zanchetti A., Carruthers S.G. et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the hypertension optimal treatment (HOT) randomized trial // *Lancet*. 1998. Vol. 351. P. 1755–1763.

65. Health, United States, 2006: With Chartbook on Trends in the Health of Americans. National Center for health Statistics. URL: <http://www.cdc.gov/nchs/data/abus/abus06/pdf>

66. Heiss W.D. Cerebrolysin in patients with acute ischemic stroke in Asia: results of a double-blind, placebo-controlled randomized trial // *Stroke*. 2012. Vol. 43(3). P. 630–636.

67. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults / L.A.Mandell [et al.] // *Clin. Infect. Dis.* 2007. Vol.44, Suppl.2.

68. International Stroke Trial Collaborative Group. The International Stroke Trial (IST): a randomised trial of aspirin, subcutaneous heparin, both, or

neither among 19435 patients with acute ischaemic stroke. *Lancet* 1997; 349:1569—81.

69. International Stroke Trial Collaborative Group. The International Stroke Trial (IST): a randomised trial of aspirin, subcutaneous heparin, both, or neither among 19435 patients with acute ischaemic stroke // *Lancet*. 1997. Vol. 349. P. 1569–1581.

70. IST (International Stroke Trial) Collaborative Group. The International Stroke Trial (IST): a randomized trial of aspirin, subcutaneous heparin, both, or neither among 19,435 patients with acute ischemic stroke // *Lancet*. 1997. Vol. 349. P. 1569–1581.

71. IST-3 collaborative group. The benefits and harms of intravenous thrombolysis with recombinant tissue plasminogen activator within 6 h of acute ischaemic stroke (the third international stroke trial [IST-3]): a randomised controlled trial // *Lancet*. 2012. Vol. 379(Issue 9834). P. 2352–2363.

72. Jauch E. et al. Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association // *Stroke*. 2013. Vol. 44.

73. Kolh P., Windecker S., Alfonso F., Collet J. Ph., Cremer J., Falk V. et al. 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) Developed with the special contribution of the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). *Eur. J. Cardiothorac Surg.* 2014; 46(4): 517–592.

74. Langhorne P., Pollock A. What are the components of effective stroke unit care? // *Age Ageing*. 2002. Vol. 31. P. 365–371.

75. Maragakis L.L., Perencevich E.N., Cosgrove S.E. Clinical and economic burden of antimicrobial resistance // *Expert. Rev. Anti-Infect. Ther.* 2008. Vol.6, №5. P.751–763.

76. Miedema MD, Newell MC, Duval S, et al. Causes of delay and associated mortality in patients transferred with ST-segment-elevation myocardial infarction. *Circulation* 2011; 124(15):1636–44.

77. Morrison LJ, Verbeek PR, McDonald AC, et al. Mortality and prehospital thrombolysis for acute myocardial infarction: A meta-analysis. *JAMA* 2000; 283(20):2686–92.
78. Mukherjee D. Epidemiology and the global burden of stroke / D. Mukherjee, C.G. Patil // *World Neurosurg.* – 2011. – Vol. 76(6). – P. 85–90.
79. National clinical guideline for stroke, 4 th ed. London: Royal College of Physicians; 2012.
80. Peto R., Gray R., Collins R. et al. Randomized trial of prophylactic daily aspirin in British male doctors // *BMJ.* 1988. Vol. 296. P. 313–316.
81. Pinto DS, Frederick PD, Chakrabarti AK, et al. Benefit of transferring ST-segmentelevation myocardial infarction patients for percutaneous coronary intervention compared with administration of onsite fibrinolytic declines as delays increase. *Circulation* 2011; 124(23):2512–21.
82. Ridker P.M., Cook N.R., Lee I.M. et al. A randomized trial of low-dose aspirin in the primary prevention of cardiovascular disease in women // *N. Engl. J. Med.* 2005. Vol. 352. P. 1293–1304.
83. SMART-COP: a tool for predicting the need for intensive respiratory or vasopressor support in community-acquired pneumonia / P.G.Charles [et al.] // *Clin. Infect.Dis.* 2008; Vol.47, №3. P.375–384.
84. Sobolev BG, Fradet G, Kuramoto L, Rogula B. The occurrence of adverse events in relation to time after registration for coronary artery bypass surgery: a populationbased observational study. *J Cardiothorac Surg* 2013; 8:74.
85. Steering Committee of the Physicians Health Study Research Group. Final report on the aspirin component of the ongoing physicians' health study // *N. Engl. J. Med.* 1989. Vol. 321. P. 129–135.
86. Steg PG, Bonnefoy E, Chabaud S, et al. Impact of time to treatment on mortality after prehospital fibrinolysis or primary angioplasty: data from the CAPTIM randomized clinical trial. *Circulation* 2003; 108(23):2851–6.
87. Steg PG, James SK, Atar D, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2012; 33(20):2569–619.
88. The Medical Research Council's General Practice Research Framework. Thrombosis prevention trial: randomized trial of low-intensity oral anticoagulation with warfarin and low-dose aspirin in the primary prevention of

ischemic heart disease in men at increased risk // *Lancet*. 1998. Vol. 351. P. 233–241.

89. Thygesen K. et al. The Writing Group on behalf of the Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Universal Definition of myocardial infarction. *Nat. Rev. Cardiol.* Advance Online Publ. 25 August. doi:10.1038/nrcardio.2012.122.

90. Vahedi K. et al. Early decompressive surgery in malignant infarction of the middle cerebral artery: A pooled analysis of three randomised controlled trials // *Lancet. Neurol.* 2007. Vol. 6. P. 215–222.

91. Warlow C, Rinkel G, Hankey GJ, et al. *Stroke: Practical Management*, 3 rd ed. Oxford: Blackwell Publishing Ltd; 2008. p. 1008.

92. Waterer G.W., Somes G.W., Wunderink R.G. Monotherapy may be suboptimal for severe bacteremic pneumococcal pneumonia // *Arch. Intern. Med.* 2001. Vol. 161, №15. P. 1837–1842.

93. Woodhead M, Blasi F, Ewig S, et al. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections – summary. *Clin Microbiol. Infect* 2011; 17 (6):1–24.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Таблица 1.1.1.

Группа	Наиболее частые возбудители	Рекомендованные режимы терапии
Пневмония нетяжелого течения ¹	<i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>S. aureus</i> Enterobacteriaceae	Бензилпенициллин в/в, в/м ± макролид внутрь ² Ампициллин в/в, в/м ± макролид внутрь ² Амоксициллин/клавуланат в/в ± макролид внутрь ² Амоксициллин/сульбактам в/в, в/м ± макролид ² Цефотаксим в/в, в/м ± макролид внутрь ² Цефтриаксон в/в, в/м ± макролид внутрь ² Эртапенем в/в, в/м ± макролид внутрь ² или Респираторный фторхинолон (левофлоксацин, моксифлоксацин) в/в
Пневмония тяжелого течения ³	<i>S. pneumoniae</i> Legionella spp. <i>S. aureus</i> Enterobacteriaceae	Амоксициллин/клавуланат в/в + макролид в/в Цефотаксим в/в+ макролид в/в Цефтриаксон в/в+ макролид в/в Эртапенем в/в + макролид в/в или Респираторный фторхинолон (левофлоксацин, моксифлоксацин) в/в + цефотаксим, цефтриаксон в/в

[Чучалин А.Г. и др., 2010]

Примечание: 1 Предпочтительна ступенчатая терапия. При стабильном состоянии пациента допускается сразу назначение препаратов внутрь. 2 Следует отдавать предпочтение наиболее изученным при ВП макролидам с улучшенными фармакокинетическими свойствами (азитромицин, кларитромицин) и/или благоприятным профилем безопасности и минимальной частотой лекарственных взаимодействий (джозамицин, спирамицин). 3 При наличии факторов риска *P. aeruginosa* – инфекции (бронхоэктазы, прием системных

глюкокортикоидов, терапия антибиотиками широкого спектра действия более 7 дней в течение последнего месяца, истощение) препаратами выбора являются цефтазидим, цефепим, цефоперазон/сульбактам, тикарциллин/клавуланат пиперациллин/тазобактам, карбапенемы (меропенем, имипенем), ципрофлоксацин. Все вышеуказанные препараты можно применять в монотерапии или комбинации с аминогликозидами II-III поколения. При подозрении на аспирацию целесообразно использовать амоксициллин/клавуланат, цефоперазон/сульбактам, тикарциллин/клавуланат, пиперациллин/тазобактам, карбапенемы (меропенем, имипенем).

Таблица 1.1.2.

Режим дозирования АМП у взрослых больных ВП

Препараты	Внутрь	Парентерально	Примечания
Природные пенициллины			
Бензилпенициллин	-	2 млн. ЕД 4-6 раз в сутки	-
Бензилпенициллин прокаин	-	1,2 млн. ЕД 2 раза в сутки	-
Аминопенициллины			
Амоксициллин	0,5-1 г 3 раза в сутки	-	Независимо от приема пищи
Ампициллин	Не рекомендуется	1-2 г 4 раза в сутки	Низкая биодоступность при приеме внутрь
Ингибиторозащищенные пенициллины			
Амоксициллин/клавулат	0,625 г 3 раза в сутки или 1-2 г 2 раза в сутки	1,2 г 3-4 раза в сутки	Во время еды
Ампициллин/сульбактам	-	1,5 г 3-4 раза в сутки	-
Амоксициллин/сульбактам	1 г 3 раза в сутки или 2 г 2 раза в сутки	1,5 г 3 раза в сутки	Независимо от приема пищи
Тикарциллин/клавулат	-	3,2 г 3 раза в сутки	-
Пиперациллин/тазобактам	-	4,5 г 3 раза в сутки	-
Цефалоспорины III поколения			
Цефотоксим	-	1-2 г 2-3 раза в сутки	-
Цефтриаксон	-	1-2 г 1 раз в сутки	-
Цефалоспорины VI			
Цефепим	-	1-2 г 2 раза в сутки	-
Ингибиторозащищенные цефалоспорины			
Цефоперазон/сульбактам	-	2-4 г 2 раза в сутки	-
Карбапенемы			
Имипенем	-	0,5 г 3-4 раза в сутки	-
Меропенем	-	0,5 г 3-4 раза в сутки	-
Эртапенем	-	1 г в сутки 1 раз в сутки	-
Макролиды			
Азитромицин	0,251-0,5 г у раз в сутки или 2 г однократно	0,5 г 1 раз в сутки	За 1 час до еды
Кларитромицин	0,5 г 2 раза в сутки	0,5 г 2 раза в сутки	Независимо от приема пищи
Кларитромицин СР	1 г 1 раз в сутки	-	Во время еды

Джозамицин	1 г 2 раза в сутки или 0,5 г 3 раза в сутки	-	Независимо от приема пищи
Спирамицин	3 млн МЕ 2 раза в сутки	1,5 млн МЕ 3 раза в сутки	Независимо от приема пищи
Эритромицин	Не рекомендуется	0,5-1,0 г 4 раза в сутки	-
Линкозамиды			
Клиндамицин	0,3-0,45 г 4 раза в сутки	0,3-0,9 г 3 раза в сутки	До еды
Ранние фторхинолоны			
Ципрофлоксацин	0,5-0,75 г 2 раза в сутки	0,4 г 2 раза в сутки	До еды Одновременный прием антацидов, препаратов Mg, Ca, Al ухудшает всасывание
Респираторные фторхинолоны			
Левифлоксацин	0,5 г 1 раз в сутки	0,5 г 1 раз в сутки	Независимо от приема пищи. Одновременный прием антацидов, препаратов Mg, Ca, Al ухудшает всасывание
Моксифлоксацин	0,4 г 1 раз в сутки	0,4 г 1 раз в сутки	
Гемифлоксацин	320 мг 1 раз в сутки	-	
Амингликозиды			
Амикацин	-	15-20 мг/кг 1 раз в сутки	-
Другие препараты			
Рифампицин	-	0,3-0,45 г 2 раза в сутки	За 1 ч до еды
Метронидазол	0,5 г 3 раза в день	0,5 г 3 раза в сутки	После еды
Линезолид	0,6 г 2 раза в день	0,6 г 2 раза в сутки	Независимо от приема пищи

[Чучалин А.Г. и др., 2010]