

больных ХГС, основанной на рН-метрии кожи ККГ. Было установлено, что при выявлении у пациентов величины рН кожи ККГ < 4,40 ед. С вероятностью более 95,5% можно квалифицировать высокую (> 6·10<sup>5</sup> МЕ/мл), от 4,40 до 5,57 ед. – умеренную (6·10<sup>5</sup>–3·10<sup>5</sup> МЕ/мл) и > 5,57 ед. – низкую (< 3·10<sup>5</sup> МЕ/мл) вирусную нагрузку. Полученные данные подтверждают важную клинико-патогенетическую роль тканевого ацидоза при ХГС.

### НОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Игуменова Н.Ю., Кильдебекоева Р.Н.,  
Ахметова К.К., Мингазова Л.Р.

*Башкирский государственный медицинский  
университет, Уфа, e-mail: romashka040282@mail.ru*

Заболевания сердечно-сосудистой системы являются одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в России в 2-4 раза выше, чем в западно-европейских странах, США, Канаде, Австралии. Внедрение новых медицинских технологий в профилактике АГ привлекает все большее число исследователей как в нашей стране, так и за рубежом. Одним из перспективных направлений являются обучающие программы для повышения комплаентности у пациентов АГ.

**Цель работы.** Показать эффективность применения обучающей программы на основе информационно-психологических методик у больных АГ.

**Материалы и методы исследования.** Основную группу составили 35 пациентов с АГ в возрасте от 30 до 60 лет (средний возраст 42,3 ± 4,5 года), длительностью заболевания 10,5 ± 1,2 лет, которым в условиях дневного стационара проводили образовательную информационную программу. Группой сравнения были 20 пациентов с АГ, получавшие антигипертензивную терапию, но образовательную программу им не проводили. Диагноз АГ установлен согласно Рекомендациям европейского общества кардиологов (2007). В исследование были включены больные АГ I-II степени, которым проводилось общеклиническое исследование, электрокардиография, эхокардиография и анализ вариабельности сердечного ритма.

**Результаты исследований.** Анализ показателей внутрисердечной гемодинамики в основной группе через 12 месяцев наблюдения выявил более выраженную позитивную тенденцию, наблюдалось уменьшение линейных и объемных показателей ЛЖ по сравнению с контрольной группой. Так у пациентов с АГ I степени КДО ЛЖ снизился на 4,3 ± 1,2%, а при АГ II степени на 3,7 ± 3,1%, КСО ЛЖ – на 5,6 ± 1,3 и 3,7 ± 1,2%, ТМЖП – на 6,1 ± 2,4%

и на 4,4 ± 2,2%, ТЗСЛЖ – на 4,2 ± 1,3 и на 3,5 ± 2,4%, соответственно. У пациентов АГ I степени наблюдалось снижение систолического АД на 9,8 ± 1,2% и диастолического АД – на 6,3 ± 1,8%. При АГ II степени – на 13,3 ± 1,2 и 9,2 ± 1,6% соответственно. Установлено, что проведение образовательной программы у пациентов с АГ привело к повышению уровня навыков по самостоятельному измерению АД, так если в начале обучения самостоятельно умели измерять АД 7 (20%) лиц, то после обучения – 35 (100%) ( $p < 0,05$ ). Стали чаще контролировать уровень АД, число пациентов ежедневно измеряющих свое АД возросло с 9,7 ± 3,5 до 37,5 ± 5,7%, увеличили двигательную активность 85% пациентов ( $p < 0,05$ ), проявили заинтересованность в показателях липидов крови 96% ( $p < 0,05$ ). Возросло число лиц принимающих адекватную антигипертензивную терапию с 9,9 ± 2,4% до 85,1 ± 4,8% ( $p < 0,05$ ). Пациенты с АГ отметили, что обучение положительно повлияло на рацион питания – уменьшилось потребление животных жиров, кофе и соли на 15,7%, увеличилось потребление растительных жиров, овощей, кисло-молочных продуктов на 21,3%. Результаты обучения больных АГ показали, что снизилось число лиц, имеющих высокий уровень ситуативной тревожности с 43,1 ± 5,8 до 27,8 ± 5,3% ( $p < 0,05$ ). Анализ одного из основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний – отношения к курению показал, что 26,3 ± 7,6% лиц с АГ стали выкуривать меньшее количество сигарет в день.

Таким образом, результаты исследования показали, что у пациентов с АГ, которым в условиях дневного стационара проводили образовательную программу, за год количество госпитализаций уменьшилось на 12%, число вызовов «скорой помощи» сократилось на 40%, длительность одного случая временной нетрудоспособности – на 17,14%, обращаемость в амбулаторно-поликлинические учреждения – на 21,4%, частота осложнений уменьшилась на 25,7%.

Наши данные подтверждают необходимость внедрения в клиническую практику системы обучения больных артериальной гипертензией, что, несомненно, будет способствовать улучшению качества жизни.

### ВАЖНОСТЬ ВЫБОРА УСТРОЙСТВА И ПРЕПАРАТА ДЛЯ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Парахонский А.П.

*Кубанский медицинский институт, Краснодар,  
e-mail: para.path@mail.ru*

Несмотря на принятие многих клинических рекомендаций, стандартов терапии бронхиальной астмы (БА), по данным аптечных продаж, в лечении обструктивных заболеваний лёгких количество применяемых бронхолитиков пре-

вышает базисную противовоспалительную терапию БА. Чтобы достигнуть оптимальной средней дозы беклометазона – 450-460 мкг в сутки на больного, надо в 6 раз увеличить назначение ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС). К сожалению, основную часть ИГКС составляют низкие дозы кортикостероидов, которые не обеспечивают оптимальную суточную дозу препарата, необходимую для эффективной базисной терапии БА.

Важными причинами недостаточной эффективности ингаляционной терапии и обострений БА являются неправильная техника ингаляций, недостаточное обучение, низкий контроль и комплайнс пациентов. В медицинской практике традиционно используются обычные дозированные аэрозольные (ДАИ) и порошковые (ДПИ) ингаляторы, спейсеры. Но такое разнообразие не гарантирует правильной техники ингаляции. Процент ошибок при использовании ДАИ превышает 80%, а ДПИ – 60%. Многие проблемы возникают из-за нарушения координации дыхания пациентов, что характерно для детей и пожилых людей. При этом снижается лёгочная депозиция, а, следовательно, и эффективность терапии БА. Например, будесонид в ингаляторе «Турбухалер» при увеличении скорости вдоха до 60 л/мин. демонстрирует более высокую лёгочную депозицию близкую к 30%. Увеличение количества ошибок ведёт к снижению контроля БА. Преодолеть эти сложности можно с помощью специальных тренировок, использования спейсера, применяя бесфреоновую формулу лекарства или используя активируемые вдохом ингаляторы «Лёгкое дыхание». Последние имеют наибольшие преимущества по сравнению с другими технологиями. Их удобства отмечают и врачи, и пациенты. Например, ингалятор «Лёгкое дыхание» при скорости вдоха 10-15 л/мин. обеспечивает лёгочную депозицию на уровне 56-59%, что позволяет снизить дозу беклометазона в два раза по сравнению с этим препаратом во фреон-содержащем ДАИ.

Опыт терапии больных БА препаратом – Беклазон Эко Лёгкое дыхание свидетельствует, что пациенты, начавшие пользоваться ингаляторами «Лёгкое дыхание», достигают лучшего контроля БА по сравнению с использовавшими традиционные ДАИ. На фоне использования новых типов ингаляторов, как у детей, так и у взрослых, статистическая значимость продемонстрирована по важным показателям контроля БА: частоте курсов пероральных кортикостероидов при обострениях БА, числу посещений врача общей практики по поводу БА. Уменьшилось также использование  $\beta_2$ -агонистов короткого действия, антибиотиков и системных глюкокортикостероидов. Установлено улучшение функциональных показателей лёгких уже через месяц после начала лечения, и эта тенденция сохранялась. У пациентов регистрировалось уменьшение частоты

дыхательных движений, улучшение основных клинических симптомов заболевания. Большинство из них отметили исчезновения ощущения заложенности в груди и одышки. Отсутствие обострений доказало эффективность двухмесячного курса лечения и высокий уровень безопасности терапии.

Таким образом, правильный выбор типа ингалятора оказывает существенное влияние на эффективность терапии БА. Беклазон Эко Лёгкое дыхание является оптимальным препаратом выбора для базисной терапии БА по соотношению эффективности и стоимости.

### НОВЫЕ ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Парахонский А.П.

*Кубанский медицинский институт, Краснодар,  
e-mail: para.path@mail.ru*

Сегодня в мире бронхиальной астмой (БА) страдает более 300 млн. человек, и количество больных постоянно увеличивается. Ингаляционная терапия – наиболее эффективный метод терапии БА и хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ). В настоящее время большинство пациентов и для базисной, и для бронхолитической терапии используют дозированные аэрозольные ингаляторы (ДАИ).

Установлено, что для подбора рациональной терапии необходимо учитывать три фактора.

1. Особенности пациента: строение и физиология респираторного тракта, инспираторный манёвр (вдох).

2. Действующее вещество: размеры частиц, плотность, форма, электростатический заряд, свойства лекарственного вещества и его форма выпуска и пр.

3. Система доставки: ДАИ, порошковые ингаляторы, небулайзеры, спейсеры, ингаляторы «Лёгкое дыхание» и т.п.

Основным ограничением является высокий процент ошибок в технике ингаляции, который приводит к недостаточному проникновению дозы лекарств в лёгкие, что ведёт к снижению эффективности терапии и повышению риска возникновения побочных эффектов. С точки зрения пациента, ингалятор должен быть доступным по цене, удобным в использовании, не требующим при применении посторонней помощи. С точки зрения врачей, ингаляторы должны увеличивать поступление лекарств в лёгкие и сокращать орофарингеальную фракцию препарата, остающуюся после вдоха в ротовой полости и глотке. Доставка лекарства при этом не должна зависеть от особенностей дыхания пациента, скорости вдоха и наличия в этот момент выраженной бронхиальной обструкции.

Показано, что более 50% пациентов не способны синхронизировать активацию ингалятора