

второго антибиотика применялись фторхинолоны парентерально и внутрь (табл. 2).

**Таблица 2<sup>а</sup>**

**Лечение внебольничной пневмонии**

	Вирусно-бактериальная пневмония А/Н <sub>1</sub> N <sub>1</sub> (n=55)	Бактериальная пневмония (n=143)
Оксигенотерапия	36 (65,4%)	9 (6,29%)
ИВЛ	7 (12,7%)	2 (1,4%)
Цефтриаксон в/в	53 (96,3%)	109 (76,2%)
Цефотаксим в/м	11 (20%)	55 (38,5%)
Азитромицин внутрь	8 (14,5%)	27 (18,9%)
Кларитромицин внутрь	22 (40%)	44(30,8%)
Таваник в/в кап.	16 (29,1%)	31 (21,7%)
Таваник внутрь	29 (52,7%)	14 (9,8%)
Противовирусные препараты	55 (100%)	110 (76,9%)
Арбидол	10 (18,2%)	73(51%)
Тамифлю (осельтамивир)	55 (100%)	50(35%)

Учитывая сложившуюся эпидемическую обстановку, большинство пациентов получали противовирусные препараты (табл. 2). При выявлении вируса А/Н<sub>1</sub> N<sub>1</sub> 2009 swine все больные получали осельтамивир согласно рекомендациям ВОЗ, тогда как в группе сравнения чаще применялся арбидол ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, лечение пневмонии, ассоциированной с вирусом гриппа А/Н<sub>1</sub> N<sub>1</sub> 2009 swine, проводилось в соответствии с клинико-организационным руководством «Порядок оказания медицинской помощи при инфекции, вызванной пандемическим вирусом гриппа А/Н1N1/Калифорния/04/09, жителям Свердловской области» и в 91% случаев привело к клиническому (из них в 49% - рентгенологическому) выздоровлению.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Council of State and Territorial Epidemiologists position statement: national reporting for initial detections of novel influenza A viruses. Atlanta: CSTE, 2007.
2. Pandemic (H1N1) 2009 – update 94. Geneva: World Health Organization, April 1, 2010. - Режим доступа: <http://www.who.int / ru . - 09.04.2010>.
3. Vincent A. L. et al. Swine influenza viruses: a North American perspective // Adv Virus Res, 2008; 72: 127–154.

**ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ  
РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ ЭПИДЕМИИ ГРИППА  
А/Н1N1 2009 swine**

*Алкина М.В., Трельская Н.Ю., Бельтюков Е.К., Смоленская О.Г.,  
Курындина А.А.*

*Кафедра внутренних болезней, эндокринологии и клинической фармакологии ГОУ  
ВПО УГМА Росздрава.*

Осенний период 2009 года ознаменовался значительным ростом заболеваемости острыми респираторными инфекциями (ОРИ) в городе Екатеринбурге. Для оказания медицинской помощи лицам с острыми респираторными заболеваниями в МУ «ГКБ №40» было развернуто 290 коек, из них 120 – в инфекционном корпусе и 270 – в терапевтическом корпусе. Кроме того, на базе городского ожогового центра было развернуто дополнительное отделение на 24 койки интенсивной терапии и 6 реанимационных коек.

В течение ноября было госпитализировано 654 пациента, из них с ОРВИ - 97 человек (14,8 %); с бактериальной пневмонией - 159 человек (24,3 %) и с вирусно-бактериальной пневмонией – 398 человек (60,9 %). Из 398 человек с вирусно-бактериальными пневмониями, тяжелое течение наблюдалось у 52 пациентов (13%), лечившихся в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации. У 45 человек был идентифицирован вирус гриппа А/Н1N1 2009 swine. При этом особенностью течения болезни у этих пациентов было обширное повреждение легких (в 83% случаев двухстороннее поражение), быстрое развитие острой дыхательной недостаточности, потребовавшее длительной поддержки кислородом и/или перевода на ИВЛ.

Лечение больных вирусно-бактериальной пневмонией проводилось согласно клинико-организационному руководству «Порядок оказания медицинской помощи при инфекции, вызванной пандемическим вирусом гриппа А/Н1N1/Калифорния/04/09, жителям Свердловской области» (приказ МЗ Свердловской области от 21.08.2009 года № 808-п) и информационному письму №24-0/10/1-5039 в редакции от 03.11.2009.

В условиях массового поступления больных в приемном отделении была организована сортировка поступающих пациентов по уровню гипоксемии, определявшейся с помощью пульсоксиметрии. Больные с дыхательной недостаточностью (ДН) 1 степени госпитализировались в терапевтические отделения, больные со 2 и 3 степенью ДН госпитализировались в ОРИТ.

Все пациенты с вирусно-бактериальной пневмонией получали:

- противовирусный препарат озельтамивир 75 мг 2 раза в сутки внутрь, в тяжелых случаях доза увеличивалась до 150 мг 2 раза в сутки
- антибактериальную терапию цефалоспоринами III поколения (цефтриаксон 2 г внутривенно 1 раз в сутки) в сочетании с респираторными фторхинолонами (моксифлоксацин 0,4 г или левофлоксацин 0,5 г 1 раз в сутки внутривенно или внутрь).
- В 67% случаев больным требовалась кислородная поддержка. ИВЛ и неинвазивная вентиляция легких проводились у 8 пациентов.

Кроме того, проводилась дезинтоксикационная, муколитическая (амброксол) и бронхолитическая небулайзерная терапия, по показаниям - глюкокортикостероиды, гепарин.

В 60 % случаев в результате проведенного лечения наступило выздоровление, у 33 % больных – улучшение, в одном случае – смерть (0,25%).

Таким образом, правильная организация помощи больным с ОРВИ, своевременное назначение противовирусного препарата (озельтамивир) в сочетании с рациональной антибактериальной терапией (цефалоспорины III поколения + респираторные фторхинолоны), симптоматическая терапия дали высокий клинический эффект у больных с вирусно-бактериальными пневмониями, в том числе при поражении вирусом гриппа А/Н1N1 2009 swine. Важнейшим компонентом терапии была своевременная длительная поддержка кислородом под контролем пульсоксиметрии, что позволило значительно уменьшить необходимость перевода больных на ИВЛ и снизить летальность.

## **АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ НАПРАВИТЕЛЬНЫХ ДИАГНОЗОВ ВРАЧЕЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ У ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ В СОСТОЯНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ**

*Андреев А.Н.<sup>1</sup>, Лукьянова А.Г.<sup>1</sup>, Хусаинова Д.Ф.<sup>2,\*</sup>*

*Уральская государственная медицинская академия, кафедра внутренних болезней №2<sup>1</sup>, кафедра скорой медицинской помощи<sup>2</sup>.*

Объем доставки больных с ургентной патологией бригадами скорой медицинской помощи (СМП) для госпитализации продолжает возрастать, составляя в последние годы в Екатеринбурге (без перевозок) в динамике 33-37% [2]. В связи с этим, среди важнейших проблем «тактической медицины», различные аспекты безопасной транспортировки больных занимают одно из ведущих мест [1]. Ведущий показатель адекватности оценки транспортабельности и эффективности корригирующей терапии больного – летальность в машине СМП (колебания данного показателя в последние годы около 1,5%) [3]. Особую группу случаев, требующих высокой квалификационной подготовки врачей, как приемных отделений, так и врачей СМП – доставка больных в состоянии клинической смерти.

**Цель исследования** – оценить структуру направительных диагнозов врачей СМП у лиц, находящихся в терминальном состоянии, доставленных в приемное отделение ЦГКБ № 6.

**Материалы и методы исследования** – Проведено кросс-секционное исследование 28 больных, доставленных бригадами СМП в критическом состоянии в приемное отделение ЦГКБ № 6 за 2006 - 2009 годы. Возраст данной группы больных от 26 до 83 лет (медиана возраста – 54,5 лет). Из них 18 человек – мужчины (64%) и 10 женщины (36%).

Состояние клинической смерти оценивалось по следующим критериям. Основные признаки клинической смерти:

1. Отсутствие сознания;
2. Отсутствие самостоятельного дыхания;
3. Отсутствие пульсации на магистральных сосудах.

Дополнительные признаки клинической смерти:

1. Широкие зрачки;
2. Арефлексия (нет корнеального рефлекса и реакции зрачков на свет);
3. Бледность, цианоз кожного покрова.