

## СЛУЧАИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ЭУФИЛЛИНОМ БОЛЬНЫМИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Коршунова А.И., Тимофеева Е.С., Голенков А.В., Мадянов И.В.

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова*

*e-mail: moxarel@yandex.ru, ewgenia.t@icloud.com*

---

Эуфиллин – препарат первой помощи при лечении бронхиальной астмы (БА) и хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ). Нам встретилось только одно упоминание на злоупотребления им в отечественной литературе. Цель исследования – описать случаи злоупотребления эуфиллином больными с БА в условиях скорой медицинской помощи (СМП). В течение трех лет наблюдали двух больных (1 мужчину 58 лет и 1 женщину 36 лет) с БА, которые почти ежедневно вызывали бригаду СМП для снятия приступа одышки эуфиллином. Другие препараты были не эффективны в купировании приступа БА. Больные длительное время страдали БА, наблюдались врачами-пульмонологами и получали базисную терапию по поводу БА. Однако, несмотря на это, практически ежедневно, а иногда и несколько раз в день, вызывали бригаду СМП для внутривенного введения эуфиллина (2,4% – 10 мл), aggravating приступы удушья (одышки). При отказах в инъекции больные повторяли вызовы СМП, чтобы получить указанное лекарственное средство. Основными факторами для формирования злоупотребления эуфиллином являлись: неадекватное проведение врачами процедуры добровольного информированного согласия, неприверженность к терапии, неправильное использование ингаляторов. У пациентов наблюдалась социальная изоляция (дезадаптация), отсутствие тесных семейных связей и/или одиночество, те или иные признаки психических расстройств (агравация, личностные расстройства, табачная зависимость). Эуфиллин является лекарственным средством, не вызывающим зависимости, но которым могут злоупотреблять больные с БА (шифр по МКБ-10 – F55.8). Такие вызовы существенно повышают нагрузку на СМП и снижают эффективность ее работы. Нужны дополнительные исследования, чтобы проследить механизм формирования таких случаев злоупотребления лекарственными средствами, для их профилактики и коррекции.

---

Ключевые слова: эуфиллин, злоупотребление, одышка, скорая медицинская помощь

## CASES OF THE ABUSE OF EUPHILLINE IN PATIENTS WITH THE BRONCHIAL ASTHMA ON THE EMERGENCY

Korshunova A.I., Timofeeva E.I., Golenkov A.V., Madyanov I.V.

*The Chuvash State University*

*e-mail: moxarel@yandex.ru, ewgenia.t@icloud.com*

---

Euphilline is a first care's drug for the bronchial asthma and chronic obstructive pulmonary disease. Purpose of the research is described cases of Euphilline's abuse patient the bronchial asthma on the emergency. Other drugs don't effective for cut a attack of the bronchial asthma. For three years, two patients were observed (1 man, 58 years old and 1 woman, 36 years old) with asthma, who almost every day called the emergency brigade to relieve the attack of dyspnea. Other drugs were not effective in relieving an attack of asthma. Patients have bronchial asthma for a long time, visited pulmonologists and have a base therapy for bronchial asthma's treat. However, they appealed on the emergency every day, sometimes a few time, for intravenous injection of the Euphilline (2,4% 10 ml), aggravated a attack of the bronchial asthma. When emergency denied the request, patients repeat a call. Main factors to form the abuse is inadequate inadequate conduct of voluntary informed consent procedures by doctors, non-adherence to therapy, inappropriate use of inhalers. Patients had social isolation (maladaptation), lack of close family ties and / or loneliness, certain signs of mental disorders (aggravation, personality disorders, tobacco dependence). Euphilline is a drug, it hasn't addiction but patients with bronchial asthma abuse it. This treatment raises up the load on the emergency and reduce the grate of working. Additional studies are needed to trace the mechanism of the formation of such cases of drug abuse, for their prevention and correction.

---

Key words: euphilline, abuse, dyspnea, emergency

## **Введение**

Согласно официальной статистике, в настоящее время число больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), бронхиальной астмой (БА) и астматическим статусом в Российской Федерации равно 1 млн человек. Три вызова из 100 у бригад скорой медицинской помощи (СМП) в нашей стране приходится на больных БА, при этом две трети случаев обращения составляют жалобы на одышку и удушье [3, 4].

БА входит в состав так называемой психосоматической «святой семерки», исходя из этого БА необходимо рассматривать не только с биологической точки зрения, но и психологической. На достижение полного контроля над БА влияют не только точность и скорость постановки диагноза и правильного подбора медикаментов, но и учет психологических особенностей больного, установления с ним контакта [2].

Большинство пациентов не считают себя больными БА, не заботятся о своем состоянии, считая, что симптомы исчезнут сами, игнорируют прием назначенных препаратов, объясняя тем, что улучшения состояния при приеме не чувствуют. Несмотря на введение в практическую медицину международной программы GINA (Global Initiative for Asthma), количество ошибок в диагностике и лечении на разных этапах оказания медицинской помощи, продолжает возрастать [2,7,9,10].

Цель исследования – описать случаи злоупотребления эуфиллином больными с БА в условиях СМП.

**Материалы и методы.** В течение трех лет наблюдали двух больных (1 мужчину 58 лет и 1 женщину 36 лет) с БА, которые почти ежедневно вызывали бригаду СМП для снятия приступа одышки эуфиллином. Другие препараты были не эффективны в купировании приступа БА. Учитывались данные анамнеза, объективного осмотра, частота обращения больных за помощью на станцию СМП.

## **Результаты с клиническим описанием случаев**

**Пациент К., 58 лет.** БА с 20 лет (имеет наследственную предрасположенность по матери), ХОБЛ (эмфизематозный тип), хронический бронхит курильщика (курит с 16 лет по 20 сигарет в день). Профессиональные вредности отрицает. В течение последних 15 лет находился в местах лишения свободы, где, со слов пациента, обострения основного заболевания не наблюдалось. Аллергологический анамнез не отягощен, туберкулез отрицает.

Проживает один, имеет инвалидность 2 группы. Способность к самообслуживанию сохранена, но тем не менее пренебрегает правилами личной гигиены. Разведен, имеет дочь, однако контакт с ней не поддерживает. Снимает квартиру, жилищно-бытовые условия которой являются неудовлетворительными. Основная активность в течение дня – просмотр

телевизионных телепередач. Уровень образования: средний. Основной доход – пенсия по инвалидности.

Со слов пациента, в большинстве случаев, курение провоцировало ухудшение состояния. В июле-августе 2016 г. начал активно вызывать бригаду СМП с частотой один раз в день для купирования приступа БА, который протекал с усилением экспираторной одышки, увеличением частоты дыхательных движений до 26 в мин., сухими свистящими хрипами по всем легочным полям, дыхательной недостаточностью 0-1 ст. Пациент не был госпитализирован ввиду улучшения состояния (одышка снижалась, ЧДД-20 в мин., количество хрипов уменьшалось), даны рекомендации для обращения к пульмонологу в поликлинику по месту проживания. Со слов сотрудников СМП, во время проведения терапии больной часто вел себя агрессивно, всячески провоцировал на конфликт, обвинял медработников в некомпетентности.

С периода января 2017 г. до сентября 2018 г. частота вызова бригад СМП для купирования приступа варьировала в среднем от 2 до 3 в сутки. Клинические проявления приступа БА при повторном вызове были сомнительными (дыхание: везикулярное, ЧДД – 24 в мин., дыхательной недостаточности не было, вынужденное положение не занимал, лежал на спине), но пациент настаивал на введении эуфиллина. Если бригада СМП отказывала в его введении эуфиллина ввиду отсутствия приступа, то пациент сразу же вызывал другую.

Медикаментозная терапия для купирования в течение всего времени оставалась неизменной (введение эуфиллина 2,4%-10,0 мл). При проведении электрокардиографии больному К. отмечались частые одиночные экстрасистолы, учащение ЧСС до 86 уд в мин., даже при регулярном приеме 50 мг метопролола. При указании о наличии данных побочных явлений вследствие использования препарата эуфиллин проявлял раздражение («я сам лучше знаю», «мне пульмонолог назначила»), введение лекарственных средств предпочитал начать с раствора эуфиллина, отмечал, что даже от низких доз общее состояние улучшается; отказывался отвечать на вопросы о том, как и когда во время приступа применяет ингаляторы. Начиная с сентября 2018 г. частота вызова бригад, составляла уже четыре раза в сутки. Несмотря на регулярное посещение участкового терапевта, ввиду отсутствия быстрого улучшения больной нерегулярно принимал базисную терапию, а в случае приступа обращался лишь в СМП, так как эуфиллин при купировании приступа обладал более быстрым эффектом, чего не наблюдалось при использовании препаратов базисной терапии.

**Пациентка М., 36 лет.** В анамнезе БА, смешанная форма, с 8 лет, хронический бронхит курильщика. Курит с 17 лет по 10 сигарет в день. Профессиональные вредности, туберкулез отрицает. Купирование приступа происходит с помощью тех же лекарственных средств

(небулайзерная терапия, эуфиллин 2,4% – 10 мл, преднизолон 30 мг в 1 мл, дексаметазон 4 мг в 1 мл), хотя есть все основания предполагать нерегулярный прием базисной терапии.

Инвалид 2-й группы с 18 лет, не работает, не замужем. Способность к самообслуживанию сохранена, однако пациентка неопытна, пренебрегает правилами личной гигиены. Проживает в неудовлетворительных жилищно-бытовых условиях вместе с дочерью и внуком. Образование: среднее. Основной доход – пенсия по инвалидности.

За последние три года наблюдения частота вызова СМП составляет один раз в день, при этом клинические проявления приступа БА сомнительны: вынужденное положение не занимает, при аускультации дыхание везикулярное, хрипы не прослушиваются, ЧДД – 19 в мин., дыхательной недостаточности нет. Базисную терапию принимает нерегулярно, жалуясь на несистематическую выписку лекарственных препаратов и неэффективность ингаляционной терапии. При оказании помощи настаивает на введении дополнительной ампулы эуфиллина (утверждает, что при использовании лишь 1 ампулы приступ не купируется), от глюкокортикоидной терапии отказывается.

За период вызова бригад СМП у этих двух пациентов астматического статуса не наблюдалось.

### **Обсуждение результатов**

Оба описанных случая полностью укладываются в рубрику F.55 (по МКБ-10) – Злоупотребление веществами (лекарственными средствами), не вызывающими зависимости. В практике наиболее часто используются антидепрессанты (другие психотропные средства; F.55.0), слабительные (F.55.1) и ненаркотические анальгетики (F.55.2). Важными диагностическими указаниями для квалификации состояния являются: длительный необоснованный прием препаратов, часто в повышенных дозах; попытки отговорить больного от приема вещества или запретить его употребление почти всегда встречают негативные реакции («сопротивления»), несмотря на предостережения о возможности развития соматоневрологических проблем. В МКБ-10 для эуфиллина рекомендуется использовать рубрику F.55.8 – другие вещества, которые не вызывают зависимости. Мы в своей практике наблюдали случаи злоупотребления стероидами и гормонами [5], что является более характерным, поскольку для этого имеется шифр F.55.5 [6]; еще укажем злоупотребления средствами снижения кислотности (F.55.3) и витаминами (F.55.4).

Описанные случаи злоупотребления эуфиллином встречаются в последнем Национальном руководстве по скорой помощи, в котором А.Л. Верткин и К.А. Свешников указывает о возможном развитии «эуфиллиновой зависимости» [4]. Однако для диагностики синдрома зависимости (по МКБ-10) необходимы такие признаки, как повышение дозы вещества для достижения эффекта, который достигался раньше меньшей дозой (рост

толерантности); нарушение способности контролировать длительность и дозировку вещества; физиологическое состояние отмены (так называемый абстинентный синдром), когда прием вещества был прекращен или значительно снижен; использование другого вещества для облегчения или избегания синдрома отмены; непреодолимая потребность принять вещество [6]. Все перечисленное характерно для различных психоактивных веществ (они изменяют психическое состояние человека, вызывая «опьянение», а при повторном – неоднократном использовании могут вызывать зависимость), к которым, как известно, эуфиллин не относится. Поэтому предложение А.Л. Верткина и К.А. Свешникова о выделении новой «эуфиллиновой зависимости» весьма заманчиво, но пока, на наш взгляд, не совсем обоснованно [4]. По поводу уже упомянутых случаях злоупотребления гормональными препаратами также делалась попытка ввести в клиническую практику абстинентный (отмены) синдром на фоне гормональной терапии, но не была поддержана клиницистами и учеными [7].

Основным фактором для формирования злоупотребления эуфиллина, а возможно и другими лекарственными средствами, не вызывающими зависимости, по нашему мнению, служит неадекватно проведенная врачами процедура добровольного информированного согласия, согласно которому пациенту на доступном для него уровне цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи и последствиях отказа от нее (ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ); порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (отказа от него), а также формы соответствующих документов утверждены Приказом Минздрава России от 20.12.2012 г. №1177н. Больной в ходе этой процедуры получает исчерпывающие ответы на все возникающие вопросы. Наиболее благоприятные условия для этого возникают, когда больной помогает врачу в лечебном процессе (имеются доверительные, «партнерские отношения»). Хуже складываются обстоятельства для такого сотрудничества при патерналистской модели взаимоотношений врача и больного, преобладающего в наших лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения. Это приводит к неприверженности к базисной терапии с БА, которая по данным зарубежной литературы превышает 50%. Поэтому зачастую нужны дополнительные вмешательства для улучшения приверженности к лечению БА, в ряде случаев образовательных программ больных и врачей (медработников), упрощения и разъяснений схем лечения. Преодоления врачебных коммуникативных барьеров обеспечивает последовательность в реализации рекомендаций на практике [7].

По данным систематического обзора, эти ошибки касаются скорости и/или глубины вдоха (40-47% случаев ошибок), отсутствие постингаляционной задержки дыхания (42-49%),

отсутствия полного выдоха до ингаляции (42-50%) и отсутствие задержки дыхания после вдоха (33-40%); правильная техника в использовании ингаляторов составляет от 28 до 35%. Причем за 40 лет наблюдений не произошло существенных улучшений в устранении неправильной техники ингаляции [10]. Поэтому у нас есть все основания предполагать неправильное использование ингаляторов наблюдаемыми нами больными с БА, злоупотребляющими эуфиллином.

Соблюдение требований может быть улучшено путем обучения пациентов и врачей правильному использованию ингаляторов. Ингаляторы должны быть простыми в использовании и иметь множество механизмов обратной связи и контроля, которые позволили бы контролировать их использование, облегчили самообразование пациентов и дали им уверенность в реальной жизни [9].

Другими факторами, способствующими злоупотреблению эуфиллином можно отнести характерологические особенности больных с БА (эгоцентризм, «уход в болезнь», социальная изоляция и дезадаптация), а также весьма вероятное наличие психических расстройств (личностных, тревожно-депрессивных, табачной зависимости).

Все выше перечисленное не способствовало (мешало) формированию приверженности к базисной терапии БА. Для достижения желаемой инъекции эуфиллина больные прибегали к аггравации своего состояния и при наличии соответствующих патохарактерологических черт добивались своей цели (получение инъекции эуфиллина).

Возникает искушение описанные случаи увязать с синдромом Альбатроса, заключающегося в преследовании больным ранее лечившего его врача с целью вымогания у него анальгетиков (наркотических средств), иногда в требовании проведения повторной операции; зачастую наблюдается у психопатических личностей (с личностными расстройствами). Рассматривается специалистами как вариант синдрома Мюнхгаузена [1]. Однако наличие подтвержденного диагноза БА исключает такие аналогии.

### **Заключение**

Злоупотребление эуфиллином больными БА связано с несоблюдением режима базисной терапии БА (отсутствием приверженности к терапии), неправильным использованием ингаляторов, характерологическими особенностями, интенсивным табакокурением, провоцирующим приступы удушья (одышки). Нет оснований считать эти случаи эуфиллиновой зависимостью, симулятивным расстройством (поведением). Однако нужны дополнительные исследования для выявления механизмов формирования злоупотребления эуфиллином при БА, разработки профилактических и коррекционных мероприятий у таких больных.

## Список литературы

1. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж: МОДЭК, 1995. 640 с.
2. Боговин Л.В. Психологические особенности пациентов с бронхиальной астмой и их влияние на кооперативность // Астма и аллергия. 2016. №3. С. 8-11.
3. Верткин А.Л. Национальное руководство по скорой помощи. М.: Эксмо, 2012. С. 199-200.
4. Верткин А.Л., Свешников К.А. Руководство по скорой медицинской помощи: для врачей и фельдшеров. М.: Эксмо, 2017. С. 86.
5. Голенков А.В., Мадянов И.В. Злоупотребление гормональными препаратами: еще одна проблема в наркологии? // Дискуссионные вопросы наркологии: профилактика, лечение и реабилитация: Материалы Российской науч.-практ. конф. Иваново, 2005. С. 50-52.
6. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: Изд-во «Триада-Х», 1999. 232 с.
7. Gillisen A. Patient's adherence in asthma // J. Physiol. Pharmacol. 2007. Nov. Vol. 58. Suppl. 5(Pt 1). P. 205-222.
8. Hochberg Z., Pacak K., Chrousos G.P. Endocrine withdrawal syndromes // Endocr. Rev. 2003. Aug. Vol. 24, N4. P. 523-538.
9. Molimard M. How to achieve good compliance and adherence with inhalation therapy // Curr. Med. Res. Opin. 2005. Vol. 21. Suppl. 4. P. S33-37.
10. Sanchis J., Gich I., Pedersen S. Aerosol Drug Management Improvement Team. Systematic Review of Errors in Inhaler Use: Has Patient Technique Improved Over Time? // Chest. 2016. Aug. Vol. 150, N2. P. 394-406.