

3. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Метод. пособие / Под ред. А.А. Скоромца. — СПб. Фолиант, 2003.- 54 с.

VII. ТЕРАПИЯ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УРАДИПИЛА (ЭБРАНТИЛА) И КЛОФЕЛИНА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМИ КРИЗАМИ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ТЕРАПИИ

*Ибрагимов М.С., Никифоров Е.В., Тунис А.В., Анореев А.Н., Ходыкина Л.П., Минин В.В.,
ГБОУ ВПО УГМУ МЗ РФ Кафедра внутренних болезней №2,
МБУ ЦГКБ №24 г.Екатеринбург*

Внедрение в клиническую практику современных антигипертензивных препаратов и новых схем назначения их комбинаций несомненно положительно отразилось на снижении общей смертности от сердечно-сосудистых и мозговых катастроф у больных с артериальной гипертензией (АГ). Но, несмотря на это, эпизоды гипертонических кризов (ГК) остаются достаточно высокими у больных с АГ в связи с рядом обстоятельств, как со стороны пациентов, так и со стороны практикующих врачей. Среди всех обращений пациентов терапевтического профиля за неотложной помощью примерно 27% составляют обращения по поводу ГК.

За последние десятилетия в области неотложной гипертензиологии получены данные о достаточно высокой эффективности при терапии ГК таких гипотензивных препаратов как энап (эналаприла малеат - иАПФ), урапидила (эбрантил – альфа - блокатор), альбетора (альфа - и бета - блокатор), адалат, никардипин (антагонисты Са каналов - дигидропиридиновый ряд). На сегодняшний день в литературе встречается лишь небольшое количество исследований (в отличие от других гипотензивных препаратов), посвященных применению урапидила при

лечении ГК. В связи с чем сравнительная оценка гипотензивного эффекта урапидила у больных с ГК является актуальной задачей.

Целью исследования явилась сравнительная оценка гипотензивных эффектов урапидила и клонидина при купировании ГК на разных этапах оказания экстренной медицинской помощи.

Материал и методы.

В исследование были включены 48 больных с диагнозом осложненный и неосложненный ГК в возрасте от 38 до 72 Средний возраст $62 \pm 7,4$, из них 20 мужчин и 28 женщин.

Больным на догоспитальном этапе был назначен урапидил как в виде монотерапии так и в составе комплексного лечения ГК. Препарат разводился на 15 мл. физиологического раствора и вводился внутривенно медленно в течение 2-3 минут. С целью контроля эффективности препарата было осуществлено мониторирование АД, ЧСС, через каждые 3-5 минут после терапии урапидилом на догоспитальном этапе бригадой СМП. Контроль ЭКГ проводился у больных с осложнениями ГК в виде острого коронарного синдрома (ОКС) и острой левожелудочковой недостаточности (ОЛЖН), а также при наличии в анамнезе ишемической болезни сердца и нарушений ритма сердца. Субъективно были прослежены клинические данные до и после терапии. Полученные в ходе исследования результаты были сопоставлены (ретроспективно) с результатами проведенного ранее (с 2002 по 2004 гг.) клинического исследования в условиях палаты реанимации и интенсивной терапии (ПРИТ) кардиологического отделения МБУ ЦГКБ №24, где терапия ГК осуществлялась инъекционной, внутривенной формой 0,01% - 1,0 мл клофелина в разведении 15 мл физиологического раствора.

Результаты и их обсуждения.

Среднее время пребывания бригады СМП у пациента с ГК составляло 34 минуты. Из полученных анамнестических данных выяснилось, что объем антигипертензивной терапии колебался среди больных АГ, течение которой осложнилось ГК. Поводами для вызова бригады СМП являлось выраженное

повышение цифр АД, что сопровождалось определенными клиническими проявлениями (таблица №1).

На рисунке №1 приведена сравнительная оценка динамики САД в группах терапии урапидилом и клофелином.

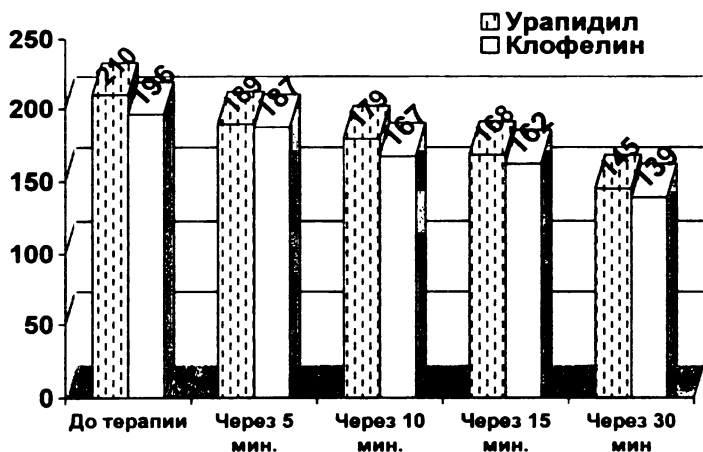


Рисунок №1 Динамика САД в группах терапии

Исходные цифры САД в обеих группах статистически не различались до начала терапии ГК. Следует отметить, что снижение САД на фоне терапии выбранными препаратами происходило плавно и не отмечалось резкого снижения показателей САД до нежелательных цифр. В обеих группах достоверное снижение САД от исходного, наблюдалось на 15-ой минуте после проведенной гипотензивной терапии. В группе урапидила эта цифра составляла 168 мм рт.ст (20%), а группе терапии клонидином соответственно 162 мм рт.ст (17%).

Снижения ДАД также происходило медленно, резких колебаний цифр АД на фоне проведенной терапии как в группе клофелина, так и в группе урапидила. На 15 минуте после проведенной терапии констатировано статистическое достоверное снижение ДАД в обеих группах после начатой

терапии. (в группе клофелина цифры ДАД 92 мм рт.ст. – 14% , а в группе урапидила 100 мм рт.ст. – 9,9%).

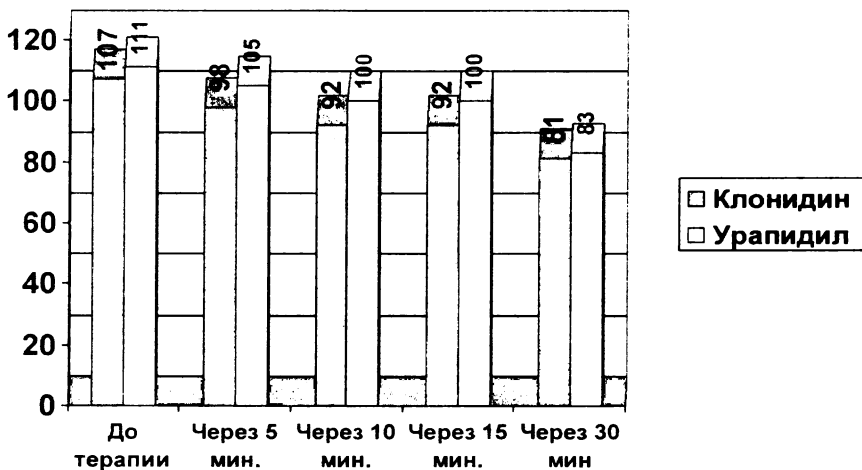


Рисунок №2 Динамика ДАД в группах терапии

Одним из ключевых моментов при лечении ГК является улучшение клинко - субъективных данных. Успех гипотензивный терапии заключается в одновременном улучшении клинических показателей и постепенном снижении цифр АД с наименьшими побочными эффектами конкретного препарата, используемого при купировании ГК. В таблице №1 приведена динамика клинических симптомов, которые констатированы у больных в разных группах терапии до и после лечения ГК, а также выявленные побочные эффекты клофелина и урапидила.

Таблица 1

Субъективные данные до и после терапии урапидилом и клонидином

ГРУППЫ / СИМПТОМЫ	До лечения		После лечения		P
	клонидин	урапидил	клонидин	урапидил	
Головная боль	87%	83%	12%	p<0,005	10% p<0,005

Боль в области сердца	52%	46%	18%	p<0.005	25%	p<0.005	p<0.005
Головокружение	71%	67%	22%	p<0.005	15%	p<0.005	p<0.005
Шум в голове	75%	71%	11	p<0.005	9%	p<0.005	
Тошнота	85%	92%	7%	p<0.005	4%	p<0.005	
Дрожь	78%	72%	6%	p<0.005	4%	p<0.005	
Сердцебиение	69%	63%	3%	p<0.005	2%	p<0.005	
Одышка	54%	43%	4%	p<0.005	2%	p<0.005	
Тревога	86%	89%	3%	p<0.005	3%	p<0.005	
Сухость во рту	11%	13%	51%	p<0.005	18%		p<0.005
Слабость	13%	12%	43%	p<0.005	32%	p<0.005	p<0.005
Сонливость	2%	3%	52%	p<0.005	31%	p<0.005	p<0.005

Таблицы №1 демонстрирует насколько эффективна терапия ГК обоими гипотензивными препаратами и какие побочные эффекты преобладают у того и/или другого лекарственного средства после его применения.

После проведенной гипотензивной терапии было констатировано статистическое достоверное снижение основных клинических симптомов в определенном процентом отношении. Следует отметить, что лечение определенного варианта ГК проводилось комплексно. И поэтому важно знать, что в этих случаях эффективность конкретного гипотензивного препарата оценивалась в составе комплексной терапии осложненного ГК.

Одним из интересных эпизодов являлся констатация статистического значимого различия между группами клофелина и эрбантила по отношению появления (или развития) побочных эффектов. У больных пролеченных клофелином статистически значимо чаще наблюдались такие побочные эффекты как сухость во рту, слабость, сонливость по сравнению с группой терапии эбрантилом. Также отмечена статистически значимая разница в отношении снижения интенсивности болевого синдрома после проведенной терапии, которая в группе клофелина преобладала по сравнению с группой эбрантила.

Заключение.

1. Относительно новый альфа-блокатор урапидил в среднетерапевтической дозе 25 мг (5 мл) является высокоэффективным гипотензивным препаратом для купирования осложненных и неосложненных ГК как в виде монотерапии, так и в составе комплексной терапии при сочетанной патологии.

2. На фоне терапии урапидилом отмечено значительно меньше побочных эффектов по сравнению с клонидином.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УРАДИПИЛА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ ПОМОЩИ

*Мошкин Н.И., Савченко С.П., Большакова И.А.
ГБУЗ НСО «ССМП» г. Новосибирск*

Препарат «Эбрантил» (урапидил) появился в арсенале станции скорой медицинской помощи г. Новосибирска в 2012 году, в качестве одного из основных антигипертензивных средств, расширив возможности экстренной и неотложной терапии неосложненных и осложненных гипертонических кризов на догоспитальном этапе.

В ГБУЗ НСО «ССМП» был проведен анализ случаев оказания помощи пациентам с гипертоническими кризами. Всего было проанализировано 222 случая, требующих медицинского вмешательства, из них 113 (50,9%) - внутривенного введения антигипертензивных препаратов. Сравнились результаты применения урапидила и эналаприлата. В 67,25% случаев был выбран эналаприлат, в 32,75% - урапидил. В группе эналаприлата исходное среднее систолическое артериальное давление (САД) было 195,7 мм.рт.ст., в группе урапидила 215,4. Урапидил гораздо чаще выбирался у пациентов с очень высоким исходным САД (более 200 мм.рт.ст.) в сравнении с эналаприлатом (86,1% против 35,5%). Среднее время, необходимое для достижения гипотензивного эффекта и уменьшения клинических проявлений, была примерно одинаковой (32,5 мин для эналаприлата и 35,5