

мин для урапидила). В результате терапии эналаприлатом среднее САД составило 160,0 мм.рт.ст., ДАД - 91,1 (на 18,25% и 13,81% от исходного). В группе урапидила достигнуто снижение среднего САД до уровня 166,4 мм.рт.ст., ДАД – до 91,4 мм.рт.ст., то есть на 22,75% для САД и на 16,68% для ДАД от исходного. Клинически значимых побочных эффектов в группе урапидила зафиксировано не было, случаев гипотонии, повторного обращения не было. Необходимый эффект был достигнут у 100% пациентов.

Таким образом, урапидил является эффективным и управляемым препаратом для купирования гипертонического криза в условиях скорой помощи.

Применение урапидила уменьшает объективные и субъективные клинические проявления, не вызывает значимых побочных эффектов.

Урапидил не уступает, а чаще превосходит действие других парентеральных препаратов для лечения гипертонических кризов (в т.ч. эналаприлата), все чаще выбирается персоналом скорой помощи как препарат первой линии при тяжелых, рефрактерных артериальных гипертензиях, гипертонических кризах.

## **ЭБРАНТИЛ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА ЕКАТЕРИНБУРГА**

*Хусаинова Д.Ф., Холкин И.В., Соколова Л.А.*

*ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, кафедра скорой медицинской помощи, МБУ «ССМП», г. Екатеринбург*

Среди всех обращений пациентов терапевтического профиля за неотложной помощью 27% составляют обращения по поводу гипертонического криза (ГК). Оценка гипотензивного эффекта эбрантила у больных с ГК на догоспитальном этапе является актуальной задачей, которая требует дальнейшего изучения и анализа.

**Цель исследования** - оценка гипотензивного эффекта эбрантила при купировании ГК на догоспитальном этапе.

**Материалы и методы:** Проведено ретроспективное исследование карт вызовов 41 пациента с диагнозом ГК за январь 2013 года, обратившихся на ССМП г.Екатеринбурга. Больные в возрасте от 44 до 85 лет, средний возраст  $63,63 \pm 10,98$  года, из них 12 мужчин (29%) и 29 женщин (71%). Диагноз ГК ставился на основании следующих клинических данных: внезапное начало, индивидуально значимое повышение систолического и/или диастолического артериального давления (АД) у больных первичной (эссенциальной) или вторичной (симптоматической) АГ, появление или усугубление клинической (церебральной, кардиальной, вегетативной) симптоматики (ВНОК, 2010 год).

Всем исследуемым больным врачами скорой медицинской помощи (СМП) назначен и применен препарат эбрантил 25 мг с антигипертензивной целью. Препарат разводился на 15 мл 0,9% NaCl, вводился внутривенно медленно в течение 2-3 минут. С целью контроля эффективности действия препарата осуществлялось мониторирование артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), через каждые 5 минут после терапии эбрантилом на догоспитальном этапе бригадой СМП.

Статистическая обработка результатов проводили с использованием пакетов программ SPSS 16.0 и Statistica 6.0. Значимость частоты выявления признака в группах оценивалась с помощью критерия  $\chi^2$ . Дискретные переменные представлены в виде процента от общего числа больных в группе. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждения:** Основная часть пациентов с ГК имела возраст от 51 до 70 лет (70%). Разделив пациентов на группы от 40 до 60 лет и с 61 до 80 лет не получено значимых различий в частоте встречаемости ГК ( $\chi^2 = 1,760$ ,  $p = 0,185$ ). Поводы к вызову бригады СМП распределились следующим образом: боль в груди у пожилого человека при повышении АД (30 л) – 49%, боль в груди у молодого человека с большой вероятностью коронарной катастрофы (30 к) – 37%, задыхается (25ж) – 7%, без сознания (21р) – 7%. Все вызовы зарегистрированы первично. Место вызова во всех случаях – квартира. Время доезда бригады СМП до пациентов составило

25,34±12,78 минут. Время обслуживания пациентов составило 35,22±13,12 минут. Большинство больных измеряли повышенный уровень АД самостоятельно до приезда СМП (67%). Эбрантил применялся как монотерапия в качестве антигипертензивного препарата в 87% случаев.

Исходно уровень систолического АД (САД) составил 199,26±30,01 мм рт.ст. (от 130 до 260 мм рт.ст.), диастолического АД (ДАД) – 105,12±12,13 мм рт.ст. (от 85 до 140 мм рт.ст.). После применения среднетерапевтической дозы (25 мг) первый пик снижения САД до 168,32±25,51мм рт.ст., ДАД до 101,11±19,47 достигнут на 15 – ой минуте. На 30–ой минуте САД составило 147,56±20,83 мм рт.ст. (от 110 до 200 мм рт.ст.), ДАД - 84,63±10,02 мм рт.ст. (от 60 до 110 мм рт.ст.) (рис.1).

На фоне лечения эбрантилом выявлена тенденция к стабилизации ЧСС – от 85,53±17,68 (от 57 до 150 ударов в мин.) до 78,49±12,45 (от 60 до 130 ударов в мин.).

Таким образом, зарегистрировано снижение среднего САД на 26% при применении эбрантила на 30 минуте, уменьшение ДАД на 20%, урежение ЧСС на 8%.

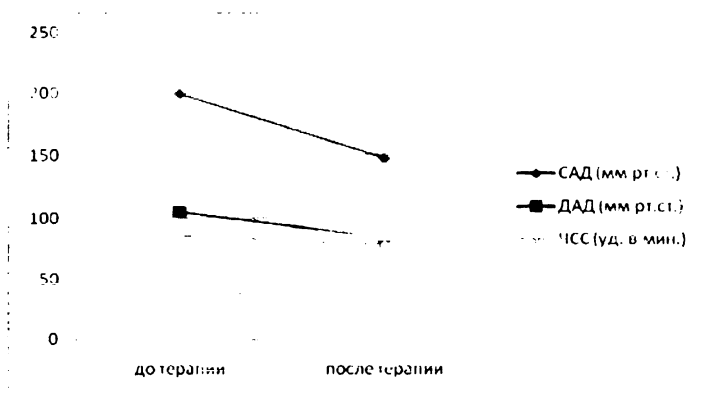


Рис.1. Динамика АД и ЧСС у больных с ГК в результате терапии эбрантилом.

Следует отметить, что снижение показателей АД у всех пациентов сопровождалось улучшением самочувствия, проявившееся в уменьшении одышки, головной боли, головокружения, тошноты, сердцебиения, тревоги.

Побочных эффектов и осложнений на догоспитальном этапе при применении эбрантила не зарегистрировано.

Больные из группы наблюдения в 17% (7 человек) доставлены в приемный покой терапевтических стационаров, 83% пациентов (34 чел.) оставлены на дому с рекомендациями лежать не менее 1 часа и им вызван актив участкового терапевта.

**Выводы:**

1. Зарегистрировано снижение среднего САД к 30 минуте после терапии эбрантилом 25 мг в/в на 26%, ДАД – на 20%, урежение ЧСС на 8%.
2. Побочные эффекты препарата на этапе СМП не наблюдались.
3. Альфа-блокатор - эбрантил в средне- терапевтической дозе 25 мг (5 мл) является высокоэффективным гипотензивным препаратом для купирования ГК на догоспитальном этапе.