

структуры и имели четкие контуры высокой оптической плотности. Были сформированы корковые пластинки толщиной до 1,0 мм. Эндостальная и периостальная реакции были не выражены. Не определялись тени футляра питающей артерии.

В этих наблюдениях, после 10 сеансов электростимуляции рентгенологическая картина состояния регенерата оставалась прежней, что говорило об отсутствии ожидаемого стимулирующего эффекта.

Таким образом, внутритканевая электростимуляция позвоночника по методике А.А.Герасимова в условиях фиксации способствует сращению переломов замедленной консолидации. Существенной активизации остеогенеза при формировании дистракционного регенерата не получено. При дефектах костей эффекта от электростимуляции ожидать не стоит. Этот метод может быть использован при условии стабильной фиксации и как дополнение к оперативным технологиям при замещении дефекта костей.

****АНДРЕЕВ А.Н., ИБРАГИМОВ М.С., КОРНИЕНКО Н.Ю.,
ТУНИС А.В., ЦУРКАН М.А.***

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АДАЛАТА (РАСТВОРА) В БЛОКЕ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОНМК, СОПРОВОЖДАЮЩЕГОСЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

**Уральская государственная медицинская академия*

По данным Европейского общества кардиологов (ЕОК), в 2004 г. одной из главных осложнений течения гипертонической болезни (ГБ) остается острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). По нашим собственным данным, у больных, госпитализированных в ПИТ – ОАР с диагнозом ОНМК, частота повышения артериального давления наблюдается у 78% случаев. Анамнестически гипертоническая болезнь присутствует у 85% пациентов, перенесших ОНМК [1, 2].

Спонтанное и волнообразное повышение АД (которое часто встречается у этой категории больных) на фоне базисной терапии значительно усугубляет течения основной патологии и отрицательно отражается в состоянии больного. Следует констатировать тот факт, что данные эпизоды часто наблюдаются у больных с тяжелыми формами ОНМК и, особенно у больных молодого возраста с гипертоническим анамнезом. Другой момент, то есть стойкое повышение АД при данной патологии требует не только интенсивного снижения цифр АД, но и

надежного контроля над ним [3].

На сегодняшний день арсенал препаратов для интенсивного снижения и длительного контроля АД при злокачественной гипертензии у больных с ОНМК не велик [4]. Используемые при этом препараты гипотензивного ряда требуют повторного их ведения через определенный промежуток времени в связи с фармакокинетикой этих лекарственных средств. Длительная, внутривенная инфузия общеизвестных гипотензивных препаратов не апробирована (в связи с возможными побочными эффектами).

В настоящее время лидирующая позиция в отношении качественного (можно сказать и количественного) снижения АД во временном интервале при лечении АГ остается за антагонистами кальциевых каналов (АКК). Практически все группы АКК хорошо сочетаются с другими классами антигипертензивных препаратов [5].

С 2004 г. в зарубежной медицинской литературе приводятся данные об удачном применении препарата адалата - АКК дигидропиридинового ряда при лечении ГБ и стабильных форм стенокардии. Одно из положительных качеств этого препарата - возможность внутривенного и длительного ведения через шприцевой дозатор. Это характеристика данного препарата явилась основанием применения его у больных с ОНМК сопровождающегося с АГ, а во-вторых, дигидропиридиновая группа АКК является препаратом выбора при данной патологии.

Цель исследования. Оценить гипотензивный и пролонгирующий антигипертензивный эффект адалата у больных с ОНМК в сочетании с АГ.

Задачи исследования

1. Изучить гипотензивный эффект адалата при внутривенной инфузии, учитывая отношения скорость ведения и АД.
2. Оценить пролонгирующий антигипертензивный эффект адалата и его влияние на ЧСС.
3. Изучить состояния центральной и периферической гемодинамики с помощью интегральной РЭГ в процессе лечения.

Материал и методы. В исследования включены 20 больных с диагнозом ОНМК в сочетании с АГ (АД > 180/100 мм. рт. ст.), в возрасте от 42 до 73-х лет (средний возраст 65,4±8,2). Из них в I группу вошли 10 больных, где была проведена терапия: базисная + адалат, во II группе 10 больных которым была проведена терапия: базисная + гипотензивный препарат.

Не были включены в исследования больные: а) с исходной ЧСС более 100 в минуту; б) с исходными ЭКГ-изменениями в виде выраженного нарушения коронарного кровообращения (различные формы гипоксии, ишемии и повреждения миокарда); в) анамнестически уточ-

ненная непереносимость АКК.

Всем больным наряду со стандартной диагностикой проведены: а) длительное мониторирование АД, ЧСС, ЭКГ, SpO₂; б) интегральная тетраграфия.

Результаты и их обсуждения. В I группе на фоне проведенной базисной терапии внутривенное ведение адалата с начальной скорости 1,25 мг/час через 24 минуты привело к снижению систолического АД (САД) в среднем на 18%, а ДАД на 15% ($p < 0.005$). В последующем при продолжении терапии с такой же скоростью наблюдалось медленное (в течение 50 минут) снижение в среднем еще на 4% САД, и 5% ДАД. В среднем на 53 минуте САД снизилось на 22%, а ДАД на 20%. После достижения целевого уровня АД для данного состояния скорость инфузии была снижена до 1,0 мг/час. При этом не наблюдалось последующее повышение АД. В целом длительная инфузия адалата со скоростью 1 мг/час под мониторингом АД благоприятно отражалось на показателях, как САД, так и ДАД. Учитывая, что при ОНМК резкое снижение АД может привести к нарушению перфузии головного мозга, умеренный и качественный гипотензивный эффект адалата делает его препаратом выбора при соответствующей патологии.

Одним из позитивных свойств адалата при инфузии со скоростью 1 мг/час являлось его пролонгирующее антигипертензивное действие. В процессе лечения не было зарегистрировано частых эпизодов резкого повышения АД и учащения ЧСС. Колебание цифр АД во временном интервале составляло: для САД на $11,5 \pm 4$ мм рт. ст., для ДАД на $7,8 \pm 3,5$ мм рт. ст. Это объясняется медленным сосудорасширяющим эффектом адалата в отличие от неретардных форм дигидропиридинов.

В основной группе при изучении состояния центральной и периферической гемодинамики было зафиксировано следующее: а) не наблюдалось достоверное изменение показателей СИ, УО, МОК; б) первая кривая достоверного снижения ОПСС констатировано в среднем через 75 минут; у больных с гипердинамическим типом кровообращения и с низким ОПСС после снижения АД, в среднем через 90 минут наблюдалось повышение ОПСС.

В контрольной группе в отличие от основной группы часто наблюдались эпизоды повышения АД, которые купировались внутривенным ведением гипотензивных препаратов (дибазол, MgSO₄, дроперидол, клофелин, энап). На фоне терапии выше указанными гипотензивными препаратами в контрольной группе, не наблюдались эпизоды резкого снижения АД до нежелательных цифр и ухудшения показателей центральной и периферической гемодинамики. В контрольной группе колебание цифр АД было достоверно выше по сравнению с ос-

новой группой, где проводилась терапия адалатом.

Выводы

1. Все больные с ОНМК в сочетании с АГ должны быть госпитализированы в БРИТ с целью проведения комплексной терапии и непрерывного наблюдения за жизненно важными показателями.

2. Качественное гипотензивное и антигипертензивное действия адалата делает его препаратом выбора при лечении больных ОНМК с АГ с целью эффективного снижения АД и надежного контроля над ним.

3. Отсутствие негативного влияния на гемодинамику и выраженных побочных эффектов при инфузии адалата имеет большое клиническое значение и дает возможность практическому врачу более широко назначать этот препарат при ОНМК в сочетании с АГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гогин Е.Е. Гипертоническая болезнь. – М., 1997. – С.10-29.
2. Трошин В.Д., Густов А.В., Трошин О.В. Острые нарушения мозгового кровообращения. - Нижний Новгород: Изд-во НГМА, 2000. - С.5-33.
3. Кушаковский М.С. Гипертоническая болезнь. – СПб: Сотис, 1995. - С.142-203.
4. Карлов Ю.А. Клиническая гипертензиология: анализ завершенных исследований 2001-2002гг. // Кардиология. - 2002. – Т. 42, №10. - С.62-66.
5. Моисеева С.В. Антагонисты кальция и инсульт // Клиническая фармакология и терапия. - 2004. - №5. - С.44-49.

***АНДРЕЕВ А.Н., ТУНИС А.В., СКАРЕДИН С.Н., ГРЫЗАН Ю.В.,
ЦУРКАН М.А., ИБРАГИМОВ М.С., ХОДЫКИНА Л.П.**

ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МУ ЦГКБ №24

**Уральская государственная медицинская академия*

В развитых странах мира болезни сердечно – сосудистой системы (ССС) уносят больше жизни, чем все болезни, вместе взятые. В США от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) ежегодно умирает более одного миллиона человек. Около 60 млн. американцев страдают ССЗ, из них 5 млн. – ИБС, при этом экономические потери с учетом стоимости лечения и утраты трудоспособности достигают 50 млрд. долларов [1,2].

Приведенные цифры подчеркивают значимость заболеваний ССС и необходимость согласованной и планомерной борьбы с ними.

В последние годы мы наблюдаем значительный прогресс в изу-