

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

В статье изложены методы обучения в школе больных с хронической обструктивной болезнью легких. В частности, отказ от курения, психологическая поддержка и вакцинация против гриппа. Комплексная программа реабилитационного лечения хронической обструктивной болезни легких в условиях поликлиники способствует профилактике обострений заболевания, а при его возникновении – более легкому течению, что замедляет прогрессирование заболевания, снижает потребность в стационарном лечении и уменьшает количество дней нетрудоспособности.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, реабилитация, поликлиника

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) занимает четвертое место в структуре основных причин смертности населения, а её вклад в снижение трудоспособности и инвалидизацию населения еще более значителен [1]. Нет достаточных оснований прогнозировать улучшение ситуации в ближайшей перспективе, поскольку негативное влияние на человека внешних и внутренних факторов значительно опережает возможности его оздоровления [2]. Изменение характера течения острых воспалительных заболеваний легких, увеличение числа лиц с повышенной бронхиальной реактивностью, присоединение аллергических осложнений и снижение эффективности антибактериальной терапии препятствуют полному излечению и восстановлению функциональных возможностей респираторной системы, создавая потенциальные предпосылки для увеличения числа больных ХОБЛ [3].

Актуальность медикосоциального аспекта проблемы ХОБЛ требует разработки и безотлагательного внедрения в практику клинических рекомендаций по обучению пациентов, современной лекарственной терапии и реабилитации. С особой остротой ставятся вопросы оптимизации мероприятий первичной, вторичной и третичной профилактики [4]. Опыт работы ведущих учреждений показывает, что при правильной организации лечебных и реабилитационных мероприятий улучшается социальная адаптация пациентов, уменьшаются проявления болезни, восстанавливается функциональный статус и снижается стоимость лечения [5].

Определяющими условиями позитивных результатов восстановительного лечения больных ХОБЛ являются ранняя диагностика болезни, определение функциональных способностей дыхательной и сердечнососудистой систем, индивидуальных психологических особенностей пациента, а также возможности лечебных учреждений для проведения реабилитации [6].

По мнению отечественных и зарубежных исследователей основными принципами реабилитации больных ХОБЛ должны стать раннее начало, комплексность и непрерывность восстановительных мероприятий, учет клинических особенностей болезни, индивидуальных и психологических факторов, условий труда и быта, а также создание методологических основ прогнозирования исходов реабилитации. Насколько рационально будут использоваться эти принципы реабилитации, настолько эффективными окажутся и её результаты [7].

Несмотря на существенный прогресс в решении многих научных и практических вопросов вышеуказанной проблемы, реабилитационное направление в комплексном лечении больных ХОБЛ еще только получает свое развитие.

Целью нашего исследования явилось разработка и внедрение дифференцированных программ восстановительного лечения больных, перенесших обострение ХОБЛ, с применением немедикаментозных методов, позволяющие повысить эффективность комплексного лечения в условиях поликлиники.

Материалы и методы исследования. В исследование включались лица, диагноз ХОБЛ у которых соответствовал критериям, изложенным в современных

рекомендациях (GOLD, 2011). В случае отсутствия четких признаков ХОБЛ больные в обследуемые группы не включались. Для изучения особенностей клинико-функционального и психологического состояния больных ХОБЛ, перенесших обострение заболевания, проведено динамическое обследование 80 больных мужчин в возрасте от 30 до 60 лет (средний возраст 51,9±3,7 лет), находившихся на диспансерном учете и лечении в условиях городских поликлиник г. Алматы. В исследование включались пациенты ХОБЛ 1-2 стадии, которые перенесли обострение заболевания, не требовавшее стационарного лечения.

При изучении анамнеза установлено, что 67 (83,7%) больных ХОБЛ являются курильщиками со средним стажем курения 16,5±2,6 лет. Индекс курящего человека (ИК) составил, в среднем, 101,8±7,6.

В методологическом плане на первом этапе выполнения работы на основании изучения особенностей клинико-функционального состояния больных ХОБЛ в раннем периоде после обострения заболевания была обоснована необходимость восстановительного лечения и оценена его эффективность по обычно применяемой в поликлинике программе.

На втором этапе выполнения работы, после уточнения особенностей течения ХОБЛ, разрабатывались оптимизированные программы восстановительного лечения и оценивалась их эффективность. Программы восстановительного лечения в условиях поликлиники назначались больным ХОБЛ после купирования обострения заболевания, в среднем, на 6-7 сутки от начала обострения.

Выделены следующие группы больных ХОБЛ: контрольная группа – 40 - получившие стандартную программу восстановительного лечения в условиях поликлиники; основная группа – 40 - получившие стандартную программу восстановительного лечения с дополнительным включением обучения в школе больных ХОБЛ, отказом от курения, психологической поддержки и вакцинацией против гриппа. При составлении групп применялся метод рандомизации: основная и контрольная группы были представлены равноценным составом больных по полу, возрасту, осложнениям, степени тяжести заболевания и физическим возможностям.

Стандартная программа восстановительного лечения в условиях поликлиники включала: диету № 15 (№ 10 при сопутствующей ИБС и артериальной гипертензии), медикаментозную терапию (бронхолитики, муколитики и отхаркивающие средства), лечебную физкультуру (дыхательную гимнастику).

Для решения поставленных задач программа обследования больных ХОБЛ включала общеклинические, лабораторные, инструментальные и психофизиологические методы исследования. Наряду с тщательным изучением жалоб, анамнеза болезни и жизни, динамики объективных данных, также проводили рентгенологическое исследование органов грудной клетки и бронхоскопию. Исследование функций внешнего дыхания (ФВД) проводили в положении больного сидя с последующей компьютерной обработкой результатов на микропроцессоре. Эхокардиографию (ЭхоКГ) проводили в одно- и двухмерном режиме в положении больного лежа на левом боку. Оценку физического состояния больных осуществляли с помощью теста с 6-минутной ходьбой, при проведении

которого, степень одышки измерялась с помощью дискретной шкалы Борга. Показатели психоэмоционального состояния больных до и после курса реабилитации изучали по результатам проведения психологического теста «САН».

Статистическая обработка полученных результатов исследования проводилась при помощи пакета прикладных программ Statistica 7 for Windows. Различия количественных показателей считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате обследования установлено, что основными жалобами больных ХОБЛ, перенесших обострение заболевания, были: приступообразный кашель со скудной, трудно отделяемой слизистой мокротой у 65,0% больных; одышка, возникающая при умеренных физических нагрузках – у 42,5% больных; умеренная слабость у 53,5% больных; потливость у 85,0% больных. При аускультации легких у подавляющего большинства больных выслушивалось жесткое дыхание, сухие свистящие хрипы у 83,5% больных, влажные хрипы – у 6,2% больных, ослабленное везикулярное дыхание у 7,2% больных. При аускультации сердца выслушивались приглушенные сердечные тоны у 67,5% больных, акцент второго тона над легочной артерией у 19,5% больных.

При рентгенологическом исследовании у больных ХОБЛ обнаруживали увеличение прозрачности легочной ткани, эмфизема легких выявлена у 19,5% больных, пневмоклероз в прикорневых отделах легких – у 6,2% больных. При микроскопическом исследовании мокроты содержание лейкоцитов составляло, в среднем, $8,4 \pm 2,1$ в поле зрения.

Данные общеклинического исследования крови свидетельствовали о наличии остаточного воспалительного процесса в бронхах, что подтверждалось статистически достоверным увеличением у больных ХОБЛ содержания лейкоцитов, СОЭ, палочкоядерных нейтрофилов. Наличие умеренного периферического лимфоцитоза, которое отмечалось у 28,5% больных ХОБЛ, сопровождалось статистически достоверным снижением содержания Т-лимфоцитов и повышением содержания В-лимфоцитов. Изменение количественного содержания популяции В-лимфоцитов, выявленных у 22,5% больных ХОБЛ, сопровождалось нарушением их функциональной активности, о чем свидетельствовало увеличение уровня иммуноглобулинов классов А, М и G. В показателях свертывающей и противосвертывающей системы крови у больных ХОБЛ, перенесших обострение заболевания, отмечалось повышение уровня фибриногена, в среднем до $3,9 \pm 0,3$ г/л, у 60,0% пациентов и продление тромбинового времени, в среднем до $14,2 \pm 0,2$ с у 13,5% пациентов.

У больных ХОБЛ выявлялось статистически достоверное повышение парциального давления углекислого газа и общего CO_2 крови на фоне пониженного парциального давления кислорода крови, что свидетельствовало о наличии у исследованных больных умеренной гиперкапнии и гипоксемии. При инструментальном исследовании у больных ХОБЛ выявлялось статистически достоверное снижение показателей ФВД, характеризующих нарушения вентилиционной функции легких по обструктивному типу. Отмечалось уменьшение $ОФV_1$, $МОС$ на всех уровнях. Снижение резервов дыхания привело к достоверному снижению МВЛ и увеличению ЧД.

При эндоскопическом исследовании бронхов, которое проведено 32,5% больным ХОБЛ после обострения заболевания, выявлялись гиперемия слизистой трахеи и бронхов, наличие вязкого секрета слизистого характера, снижение эластичности трахеи и бронхов.

При исследовании гемодинамики у больных ХОБЛ, перенесших обострение заболевания, получены данные, свидетельствующие о функциональных нарушениях деятельности сердечно-сосудистой системы, что подтверждалось статистически достоверным повышением систолического давления в легочной артерии, уменьшением ударного и увеличением минутного объема кровообращения, частоты сердечных сокращений, снижением фракции выброса, повышением периферического сосудистого сопротивления. Изучение состояния микроциркуляции показало, что у больных

ХОБЛ имеются существенные ее нарушения, связанные со снижением показателя средней перфузии и повышением нейрогенного и миогенного тонусов, показателя шунтирования ($p < 0,05$). Данные изменения свидетельствовали о наличии застойных явлений в микроциркуляторном русле.

При изучении толерантности к физической нагрузке с применением теста с 6-ти минутной ходьбой получены данные, подтверждавшие снижение ТФН (уменьшение пройденного расстояния на 31,9%, процента от должного расстояния, повышение частоты дыхания на высоте нагрузки на 27,7%, неадекватное нарастание одышки, повышение частоты сердечных сокращений на 13,7%).

По данным теста «САН» у больных ХОБЛ после перенесенного обострения заболевания отмечалось статистически достоверное снижение показателей самочувствия, активности и настроения, что свидетельствовало о снижении психологической адаптации обследованных пациентов.

Таким образом, комплексная оценка клинико-функционального и психологического состояния больных ХОБЛ в раннем периоде после перенесенного обострения заболевания свидетельствовала о наличии у них патологических изменений дыхательной и сердечно-сосудистой систем, дыхательной недостаточности, снижении функционального состояния иммунной системы, остаточного воспалительного процесса в бронхах, нарушений микроциркуляции, снижении толерантности к физической нагрузке и психологической адаптации больных. Полученные результаты обосновывали необходимость проведения восстановительного лечения данной категории больных в условиях поликлиники.

Обычно применяемая в поликлинике лечебная программа оказала положительное влияние на общее состояние и самочувствие больных контрольной группы. Субъективно пациенты отмечали уменьшение частоты кашля, облегчение отхождения мокроты и уменьшение ее количества, улучшение переносимости рекомендуемых нагрузок, повышение активности, улучшение настроения. Однако у 48% больных данной группы сохранялись кашель, одышка при повышении интенсивности физических нагрузок, повышенная утомляемость и сниженная работоспособность – у 42,7% больных. Незначительный прирост основных показателей функционального состояния кардио-респираторной системы, микроциркуляции, а также недостаточное снижение активности воспалительного процесса в бронхах свидетельствовали о недостаточном воздействии обычно применяемой программы на основные звенья патогенеза заболевания у больных ХОБЛ. Удовлетворительные результаты восстановительного лечения были получены у 58,3% больных ХОБЛ. Оказывая в целом положительное влияние, эта программа не приводила к существенному повышению эффективности восстановительного лечения у больных ХОБЛ на поликлиническом этапе, что потребовало ее оптимизации.

В результате восстановительного лечения больных ХОБЛ основной группы по оптимизированной программе отмечено улучшение самочувствия и уменьшение одышки при ходьбе у всех больных, уменьшение кашля и улучшение отхождения мокроты – у 84,5% и 93,3% больных соответственно. Отсутствие мокроты к окончанию курса лечения отмечалось у 76,6% больных. Кроме этого, пациенты отмечали повышение активности и переносимости физических нагрузок, улучшение настроения, «облегчение» дыхания. Слабость и потливость исчезли к окончанию курса лечения у 92,5% больных основной группы.

Мокрота для повторного исследования, полученная у 23,3% больных ХОБЛ основной группы, имела слизистый характер. При исследовании мокроты после окончания курса восстановительного лечения отмечалось уменьшение количества лейкоцитов с $8,6 \pm 2,1$ до $2,2 \pm 1,4$ в п/з ($p < 0,01$), что указывало на выраженную противовоспалительную активность предложенных программ и улучшение дренажной функции бронхов.

При изучении в динамике показателей общего анализа крови у больных ХОБЛ основной группы в результате восстановительного лечения в условиях поликлиники выявлено

статистически достоверное снижение количества лейкоцитов, палочкоядерных нейтрофилов, эозинофилов и СОЭ, что указывало на существенный противовоспалительный эффект предложенной программы. Это подтверждалось снижением уровней фибриногена у больных основной группы с $4,1 \pm 0,2$ до $2,2 \pm 0,3$ г/л ($p < 0,01$) и С-реактивного белка – с $1,53 \pm 0,3$ до $0,85 \pm 0,1$ усл. ед. ($p < 0,05$).

В результате восстановительного лечения по оптимизированной программе у больных ХОБЛ (основной группы) произошло статистически достоверное снижение общего количества лимфоцитов, увеличение популяции Т-лимфоцитов ($p < 0,05$), а снижение избыточного уровня В-лимфоцитов сопровождалось уменьшением содержания иммуноглобулинов классов А, М, G ($p < 0,05$), что свидетельствовало об улучшении функциональной активности иммунитета.

Улучшение вентиляционной функции легких, уменьшение отека слизистой бронхов за счет снижения активности воспалительного процесса в бронхах, увеличение pO_2 и снижение pCO_2 улучшение реологических свойств крови способствовали выраженной стимуляции микроциркуляции. За счет снижения нейрогенного ($p < 0,05$) и миогенного ($p < 0,001$) тонусов у больных ХОБЛ основной группы отмечалось высоко достоверное увеличение перфузии ($p < 0,001$) и снижение показателя шунтирования ($p < 0,001$), что свидетельствовало об улучшении функционального состояния микроциркуляторного русла.

В результате проведенного лечения у больных ХОБЛ (основной группы) на фоне уменьшения воспалительной активности, дыхательной недостаточности, улучшения насыщения крови кислородом и микроциркуляции произошло статистически достоверное снижение ЧСС, повышение УО, фракции выброса и снижение систолического давления в легочной артерии, что свидетельствовало о благоприятном влиянии программы восстановительного лечения на основные показатели функционального состояния сердечно-сосудистой системы. Улучшение деятельности кардиореспираторной системы способствовало повышению у больных ХОБЛ толерантности к физической нагрузке, что подтверждалось статистически достоверным приростом пройденного расстояния, процента от должного расстояния и снижением одышки при нагрузке.

По данным теста «САН» у больных ХОБЛ основной группы отмечено существенное улучшение показателей психологического состояния, что подтверждалось статистически достоверным приростом показателей самочувствия, активности и настроения.

Результаты проведенного исследования показали высокую клиническую эффективность разработанной программы у 83,3% больных. Все пациенты указывали на хорошую переносимость процедур, улучшение общего самочувствия, уменьшение или исчезновение одышки, повышение активности и улучшение сна. Следовательно, включение обучения в школе больных ХОБЛ, отказ от курения, психологическая поддержка и вакцинация против гриппа в комплексную программу восстановительного лечения больных ХОБЛ, перенесших обострение заболевания, вносило дополнительный реабилитационный эффект за счет уменьшения активности воспалительного процесса в бронхиальном дереве, улучшения вентиляционной функции легких, коррекции иммунных нарушений, уменьшения проявлений дыхательной недостаточности, повышения ТФН и улучшения психологической адаптации.

Эффективность разработанных программ восстановительного лечения подтверждалась и оценкой отдаленных результатов лечения больных ХОБЛ в условиях поликлиники. Динамическое наблюдение за состоянием пациентов в течение года показало, что применение в комплексных программах восстановительного лечения больных ХОБЛ, перенесших обострение заболевания, способствовало профилактике обострений заболевания, а при его возникновении – более легкому течению, что замедляет темпы прогрессирования заболевания, снижает потребность в стационарном лечении и уменьшает количество дней нетрудоспособности.

Таким образом, применение обучения в школе больных ХОБЛ, отказом от курения, психологической поддержки и вакцинацией против гриппа в комплексной программе реабилитационного лечения больных ХОБЛ в условиях поликлиники способствует профилактике обострений заболевания, а при его возникновении – более легкому течению, что замедляет прогрессирование заболевания, снижает потребность в стационарном лечении и уменьшает количество дней нетрудоспособности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики ХОБЛ // Пер. с англ. под ред. А.С. Белевского. - М.: Российское респираторное общество, 2012. – 80с.
- 2 Старцева Я., Кузубова Н., Титова О., Дидур М. Легочная реабилитация больных ХОБЛ // Врач, 2011. - № 3. - С. 60-62.
- 3 Василенко Л.В., Бельтюков Е.К. Эффективность легочной реабилитации у больных хронической обструктивной болезнью легких в условиях дневного стационара // Вестник Уральской медицинской академической науки, 2010. - № 2. – С. 30.
- 4 Лицкевич Л.В. Эффективность программ медицинской реабилитации при хронической обструктивной болезни легких // Здравоохранение. - Минск: 2012. - № 9. - С. 51-55.
- 5 Мухарлямов Ф.Ю., Сычева М.Г., Рассулова М.А., Разумов А. Физиотерапия в комплексной реабилитации больных хроническими заболеваниями легких // Физиотерапевт, 2013. - № 4. - С. 85-92.
- 6 van Ranst D, Otten H, Meijer JW, van 't Hul AJ. Outcome of pulmonary rehabilitation in COPD patients with severely impaired health status // Int J Chron Obstruct Pulmon Dis., 2011. – 6. – P. 647-657.
- 7 Saey D, Bernard S, Gagnon P, Laviolette L, Soicher J, Maltais F, Esgagne P, Coats V, Devost AA. Pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease // Panminerva Med., 2009. – Jun. - 51(2). – P. 95-114.

З.К. КАСЫМБАЕВА, М.К. ЗАТЫБЕКОВА, Б.К. КАБДОЛДАНОВА, С.К. КАСИМОВА, Е.К. МОЛДАБЕКОВ, И.Н. МЫШКИНА
НАУҚАСТАРДАҒЫ ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ АУРУЫН ЕРТЕ ОҢАЛТУШАРАЛАРЫН ӨТКІЗУДІҢ ТИІМДІЛІГІ

Түйін: Мақалада өкпенің созылмалы обструктивті ауру бар науқастардың мектебінде: темкіден бас тарту, психологиялық қолдау көрсету және тұмауға қарсы екпе жасау қытылады. Емхана жағдайында өкпенің созылмалы обструктивті ауруын оңалту емінің кешендік бағдарламасында аурудың қозуын алдын- алу, қозу пайда болған жағдайда аурудың жеңіл ағымда өтуі асқину деңгейін төмендетеді, бұл стационарлық емнің қажеттілігін және еңбекке жарамсыздық күндерін азайтады.

Түйінді сөздер: өкпенің созылмалы обструктивті ауруы, оңалту, емхана.

Z. KASYMBAYEVA, M. ZATYBEKOVA, B. KABDOLDANOVA, S. KASIMOVA, E. MOLDABEKOV, I.N. MYSHKINA
EFFICIENCY OF CARRYING OUT EARLY REHABILITATION
PATIENTS WITH THE CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Resume: In article training application at school of patients of a chronic obstructive pulmonary disease is stated, refusal of smoking, psychological support and vaccination against flu in the comprehensive program of rehabilitation treatment of a chronic obstructive pulmonary disease in the conditions of polyclinic promotes prevention of exacerbations of a disease, and at its emergence – to easier current that slows down disease progressing, reduces need for hospitalization and reduces number of days loss of days of working capacity.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, rehabilitation, polyclinic.

УДК 616.379-008.64

М.А. НУРМАКОВА, Н.З. ЗАРУБЕКОВА, Б.Д. МАХАНОВА
КазНМУ им. Асфендиярова,
ГКЦ. Алматы

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭБРАНТИЛА (УРАПИДИЛА) ПРИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

В статье представлена оценка эффективности и безопасности применения Эбрантила (урапидила) в качестве препарата для комбинированной терапии у пациентов с тяжелой степенью неконтролируемой АГ. В результате проведенного исследования с использованием препарата Эбрантил у больных с артериальной гипертензией отмечен достоверный положительный эффект, выражающийся стойким гипотензивным действием препарата, улучшением самочувствия, улучшением качества жизни больных. Препарат Эбрантил рекомендован для применения в комплексной терапии у больных АГ, метаболическим синдромом.

Ключевые слова: Артериальная гипертензия, Эбрантил, комбинированная терапия.

Артериальная гипертензия представляет собой одну из серьезнейших проблем современного здравоохранения. Артериальной гипертензией страдает более 40% взрослого населения РК и эта цифра имеет тенденцию к увеличению. В последние годы произошли значительные изменения в определении подходов к диагностике и лечению артериальной гипертензии. Внедрение в клиническую медицину новых антигипертензивных средств обусловлено разными причинами, важнейшей из которых является предупреждение риска развития тяжелых осложнений АГ надолго которых приходится от 20% до 50% всей сердечно-сосудистой смертности. Она обусловлена как уровнем повышения артериального давления (АД) у больных АГ, так и ассоциированными клиническими состояниями, такими как инфаркт миокарда, инсульт, стенокардия, сердечная недостаточность и др. Выраженное повышение артериального давления требует контролируемого его снижения во избежание острых осложнений и ограничения поражения органов-мишеней.

В течение последних лет в качестве препарата выбора для комбинированной терапии АГ с успехом применяется препарат Эбрантил (урапидил). Эбрантил является антагонистом периферических, постсинаптических α_1 -адренорецепторов центральным агонистическим действием на рецепторы серотонина 5-HT_{1A}. Его действие на данные рецепторы предотвращает сосудосуживающее действие катехоламинов, приводя к снижению периферического сосудистого сопротивления. Эбрантил снижает артериальное давление без изменения частоты сердечных сокращений. Клиническая эффективность урапидила (Эбрантила) у больных с АГ доказана в ряде многоцентровых исследований.

Целью нашего исследования являлась оценка эффективности и безопасности применения Эбрантила (урапидила) в качестве препарата для комбинированной терапии у пациентов с тяжелой степенью неконтролируемой АГ.

Материалы и методы.

Под нашим наблюдением находилось 37 пациентов, из них мужчин было 20, женщин - 17. Средний возраст больных составил 59,6±4,2 года. У всех больных диагностирована АГ 2 степени (ВОЗ/МОАГ, 1999). Продолжительность заболевания 9,7±1,2 года. Критерием включения в группу наблюдения было недостижение пациентами целевых уровней артериального давления (ниже 140/90 мм рт. ст.)

В исследование не включались больные с сопутствующим поражением миокарда, постинфарктным атеросклерозом, постоянной формой мерцательной аритмии, выраженной систолической дисфункцией левого желудочка (фракция выброса <45%). ХСН в стадии декомпенсации.

Всем больным проводились общеклинические, лабораторно-инструментальные методы исследования, контроль ЭКГ.

До начала терапии препаратом Эбрантил у наблюдавшихся больных средняя величина систолического артериального давления составляла 180,3±6,2 мм рт.ст., диастолического – 110,4±9,3 мм рт.ст. Эбрантил назначался в дозе 25 мг (1 ампула содержит 5 мл 0,5% раствора, т.е. 25 мг) в/в медленно в течение 5 мин. Гипотензивный эффект поддерживался оральным приемом препарата по 30 мг 2 раза в день в течение 5-7 дней, с последующим переходом только на капсулы по 30-60 мг 2 раза в день. Критерием оценки гипотензивного эффекта Эбрантила была динамика абсолютных величин систолического и диастолического артериального давления. Показатели АД определялись трижды в сутки. Эффективность терапии оценивалась по клиническим данным и цифрам артериального давления. Длительность наблюдения в стационаре составила 10 дней, а в амбулаторных условиях 2 недели.

Результаты и обсуждение.

У 92,3% пациентов внутривенное введение Эбрантила в течение 45 минут привело к достоверному снижению систолического артериального давления на 28,2% и диастолического - на 16,5% (p<0,05), при этом частота сердечных сокращений

достоверно не изменялась. Стойкий гипотензивный эффект был достигнут на 5-7 день систолическое артериальное давление снизилось до 130,6±7,3 мм рт. ст., диастолическое - до 88,7±6,4 мм рт.

На фоне лечения препаратом Эбрантил отмечалось постепенное и стабильное снижение уровня систолического и диастолического артериального давления. Пациенты отмечали улучшение самочувствия, проявляющееся в уменьшении головных болей, слабости, головокружения, нормализации сна. Препарат хорошо переносится. У 4 пациентов наблюдались такие побочные эффекты, как чувство жара, головная боль и головокружение, которые не привели к отказу от лечения препаратом, а прошли после снижения дозировки препарата. Эбрантил мало влияет на изменения АД, обусловленные изменением положения тела, не вызывает ортостатическую гипотензию.