

НОВЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ РЕАКТИВНОСТИ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Хусаинова Д.К., Салихов И.Г.,
Терегулов Ю.Э., Мухаметшина Ф.Н.
*Казанский государственный медицинский
университет, кафедра госпитальной терапии*

Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан.

Цель. Изучить особенности эндотелий - зависимой регуляции сосудистого тонуса у больных СКВ.

Материалы и методы. В данной работе проведено комплексное обследование 52 больных с системной красной волчанкой. Контрольную группу составили 25 здоровых добровольцев в возрасте от 22 до 50 лет (средний возраст 32-2 года) без отягощенной наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям, без вредных привычек, с нормальным артериальным давлением, не страдающих сахарным диабетом, не имеющих сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе и с нормальными показателями общего холестерина. Группы были сопоставимы по полу и возрасту, длительности заболевания. В каждой группе преобладали женщины, лица трудоспособного возраста. Среди здоровых исследуемых больше было женщины 16(64%) и 9(26%) соответственно. ($p < 0,05$). Средний возраст больных СКВ приходился на 2-3 десятилетия жизни. Возраст больных был от 17 до 52 лет. Давность заболевания на момент обследования у больных СКВ составила $7,4 \pm 0,7$ (от 2 месяцев до 20 лет).

Для оценки эндотелиальной функции использовали ультразвуковой метод D. Celermajer и соавт. в нашей модификации

Результаты. У здоровых лиц при пробе с реактивной гиперемией отмечено увеличение просвета сосуда в диастолу и систолу, и снижение относительного систолического прироста.

У всех больных СКВ выявлены: увеличение жесткости сосудистой стенки, ультразвуковые признаки изменения плечевой артерии; при пробе с реактивной гиперемией на 15 сек. адекватная реакция плечевой артерии наблюдалась у 38% пациентов, патологическая у 48% и неопределенная у 14% больных. При СКВ поражение почек выявлено у всех больных с патологической реакцией, при адекватной - только у 40% больных.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Хусаинова Д.К., Терегулов Ю.Э.,
Салихов И.Г., Мухаметшина Ф.Н.
*Казанский государственный медицинский
университет, кафедра госпитальной терапии*

Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан.

Цель: изучить особенности эндотелий - зависимой регуляции сосудистого тонуса у больных РА.

Методы: в данной работе проведено комплексное обследование 106 больных РА. Контрольную

группу составили 33 здоровых добровольца в возрасте от 22 до 50 лет (средний возраст 32 ± 2 года). Возраст больных составил $43 \pm 3,5$ (от 17 лет до 67). Давность заболевания у больных с ревматоидным артритом составила в среднем $8 \pm 0,6$ года. Первая степень активности встречалась у 18% человек, вторая – у 51% и третья – у 31%. У большинства больных встречалась серопозитивная форма и медленно прогрессирующее течение, 1-2 степени функциональной недостаточности суставов. Для оценки эндотелиальной функции использовали ультразвуковой метод D. Celermajer и соавт. в нашей модификации. Нами введен показатель, характеризующий жесткость сосудистой стенки – относительный систолический прирост (ОСП).

ОСП=(просвет сосуда (ПС) в систолу-ПС в диастолу)/ПС в диастолу

Результаты: у всех больных ревматоидным артритом выявлены: увеличение жесткости сосудистой стенки, ультразвуковые признаки изменения плечевой артерии. У больных с увеличением степени ФН суставов сосуды становятся более жесткими, а также происходит достоверное снижение вазодилатации при проведении пробы с реактивной гиперемией

Выводы: учитывая негативное влияние жесткости сосуда ($r = -0,4$ $p = 0,05$)

на вазодилатацию у больных РА, можно предположить, что данный факт способствовал наблюдаемому различию в ответе плечевой артерии во время проведения пробы с реактивной гиперемией.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СПИННОМОЗГОВОЙ АНЕСТЕЗИИ

Черный А.И.

*Саратовский Государственный медицинский
университет, кафедра скорой медицинской и
анестезиолого-реанимационной помощи,
Саратов*

Введение. Усовершенствование и пересмотр многих методологических приёмов проведения спинномозговой анестезии (СА), профилактики ее осложнений, позволили существенно повысить эффективность и безопасность метода. Несмотря на это полностью лишить СА осложнений, особенно психоневрологических (ПНО), ведущим из которых, несомненно, является головная боль (ГБ), не удаётся. Сопутствующие ГБ тошнота, и рвота препятствуют нормальному питанию и в целом отрицательно сказываются на репутации метода, как среди больных, так и среди персонала. Все это в последующем может служить основой судебного иска с участием анестезиолога и администрации лечебно-профилактического учреждения.

В литературе описаны абсолютные и относительные противопоказания к СА, однако отсутствуют данные о факторах риска развития головной боли. При этом отсутствуют данные о связи ПНО с интракраниальной гемодинамикой периоперационного периода, а также с влиянием вазоактивных препаратов на возникновение и течение головной боли.

Принятый алгоритм лечения головной боли (постельный режим, инфузионная терапия, анальгетики, кофеин, экстрадуральное введение солевых растворов, декстранов, аутокрови), а также постоянное совершенствование методик проведения СА как способов профилактики последней (уменьшение диаметра иглы и изменение конфигурации её среза, направление среза при пункции, способ извлечения иглы) не приводят к исчезновению ПНО.

Цель исследования: снижение ПНО (головной боли) на основе разработки лечебной премедикации и интраоперационной поддержки внутримозговой гемодинамики во время СА при хирургическом вмешательстве.

Материал и методы. Клинические исследования проведены у 82 пациентов оперированных в условиях СА. Группу 1 (40) составили пациенты, которые оперированы в условиях спинномозговой анестезии. В группу 2 (42) вошли пациенты, которым в процессе предоперационной подготовки, к инфузионной терапии добавлялся вазейнотропный препарат – инстенон (Nuscamed). За 60 минут до операции 2 мл препарата растворяли в 400 мл 5% раствора глюкозы и вводили в/в со скоростью не более 30 капель в минуту. Инфузионную поддержку осуществляли путем введения кристаллоидов: до операции из расчета 12мл/кг массы тела и 15 мл/кг/ч интраоперационно. Оценивали мозговой кровоток (МК) по ультразвуковому исследованию средней мозговой артерии (“Satellite 2595

X DVD”, Toshiba, Япония). При этом исходные показатели МК принимались за 100%, что позволило на последующих этапах исследования проводить оценку изменений показателей в процентах от исходного. Вегетативный статус пациентов оценивали по индексам Кердо и Хильдебранта, характеру дермографизма. Измерялось систолическое, диастолическое и среднединамическое артериальное давление (САД, ДАД, СДАД), S_aO_2 .

Результаты. При анализе интракраниальной доплерограммы выявлен ряд гемодинамических изменений, расцениваемых как дезадаптация МК, максимум которой достигается при “обвале” гемодинамики. Наиболее часто и выражено дезадаптация отмечалась у пациентов с симпатикотонией. В 1-ой группе у 3-х пациентов послеоперационный период осложнился развитием ПНО, что составило 7,5 %. Использование инстенона предотвращало спазм мозговых сосудов, как проявление дезадаптации МК при “обвале” центральной гемодинамики, что привело к снижению более чем вдвое частоты развития головной боли во 2-ой группе больных – 2,5 % (1 пациент).

Вывод: применение вазейнотропической терапии и адекватной волемической коррекции венозного возврата в периоперационном периоде позволило избежать дезадаптации гемоликвородинамики и снизить частоту развития головной боли, а также периоперационной тошноты и рвоты.

Фармацевтические науки

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ГРАНУЛ, ТАБЛЕТОК И КАПСУЛ «ЭКОСОРБА» С БИОФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПОЗИЦИЙ

Сухотерина Н.В., Турецкова В.Ф.

ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет МЗ РФ»,
Барнаул

На современном этапе одной из задач фармацевтической технологии является создание рациональных лекарственных форм, обеспечивающих оптимальное терапевтическое действие при минимуме побочных эффектов. Одним из важнейших фармацевтических факторов, влияющих на биологическую доступность (БД), является лекарственная форма (ЛФ). Особенность лекарственной формы, как фармацевтического фактора, состоит в том, что она является объединяющим фактором, так как биологическая доступность лекарственных веществ в различных лекарственных формах в свою очередь будет зависеть и от других фармацевтических факторов, таких как природа используемых вспомогательных веществ, технология изготовления и физико-химические свойства лекарственных веществ. Поэтому правильный выбор лекарственной формы – необходимое условие оптимального действия лекарственных веществ.

В предыдущих исследованиях нами разработана технология получения иммобилизованного экспериментального препарата «ЭкоСорб» на основе БАВ

коры и побегов облепихи способом пропитки на гранулированном энтеросорбенте СУМС– 1. На основе гранул «ЭкоСорба» предложены современные и наиболее технологичные лекарственные формы - таблетки и капсулы. Учитывая только достоинства и недостатки ЛФ, нельзя сделать правильный выбор в пользу какой-либо ЛФ предложенного экспериментального препарата и поэтому изучение ЛФ «ЭкоСорба» с биофармацевтических позиций является актуальным.

В настоящее время широко развиваются специальные методы «in vitro», отражающие в определенной степени фармацевтическую доступность лекарственных препаратов.

Целью настоящего исследования является сравнительная оценка гранул, таблеток и капсул «ЭкоСорба» по таким показателям фармацевтической доступности, как «распадаемость» и «растворение».

Тесты «распадаемость» и «растворение» являются официальными и включены в ГФ XI изд., а также нормируются ОФС 42-003-00 от 01.03.2001г. «Растворение». Определение распадаемости таблеток и капсул «ЭкоСорба» проводили на лабораторном идентификаторе процесса распадаемости – «качающаяся корзинка». При испытании гранул, таблеток и капсул на тест «растворение» использовали прибор типа «вращающаяся корзинка». В качестве среды в тестах использовали 0,1 н раствор кислоты хлористоводородной. Установлено, что таблетки «ЭкоСорба» распадаются в течение 5 мин, время распадаемости кап-