

группы (n=38) вводили 1% раствор морфина гидрохлорида внутривенно. Пациентам основной группы (n=56) внутривенно вводили раствор морфина гидрохлорида, инкубированный на плазме, содержащей этиловый спирт. После чего снижение концентрации этого анестетика проходило три экспоненциальные фазы: $t_{1/2}^a = 3,8 \pm 0,1$ мин (распределительная фаза), $t_{1/2}^b = 39 \pm 0,7$ мин (фаза элиминации), $t_{1/2}^g = 180 \pm 1,7$ мин (период полувыведения). После введения морфина гидрохлорида в контрольной группе аналогичные показатели имели следующее значение: $t_{1/2}^a = 2,7 \pm 0,3$ мин (распределительная фаза), $t_{1/2}^b = 28 \pm 0,9$ мин (фаза элиминации), $t_{1/2}^g = 126 \pm 2,1$ мин (период полувыведения). Итак, в основной группе продолжительность действия морфина гидрохлорида значительно увеличивается, смещается зависимость эффекта и концентрации препарата в плазме, снижается плазменный клиренс. Потенцирование эффекта морфина гидрохлорида этанолом можно объяснить следующими механизмами. Этанол, как мелкая органическая молекула легко растворяется в липидном бислое клеточных мембран, уменьшая при этом их вязкость и увеличивая текучесть. Изменение вязкостно-эластических свойств биомембран вызывает целый ряд различных эффектов: изменение структуры и функции рецепторов к ряду медиаторов, в том числе опиатам, дофамину, надреналину, изменение структуры и функции ферментных систем (Na⁺-K⁺-АТФазы, ацетилхолинэстеразы, аденилатциклазы и др.), рецепторозависимых ионных каналов и транспортных молекул, ассоциированных с клеточными мембранами. Таким образом, этанол повышает чувствительность опиатных рецепторов к морфину, что обеспечивает перmissive характер взаимодействия между химическими веществами.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Касаткин В.Ф., Каймакчи О.Ю.,
Чижиков Н.Б., Санамянц С.В., Максимов А.Ю.

Для профилактики и лечения острого послеоперационного панкреатита после панкреатодуоденальной резекции большое значение отводится медикаментозным средствам. В соответствии с ферментативной теорией, любое повреждающее действие этиологического фактора на поджелудочную железу вызывает образование гипотетического фермента цитокиназы. Данный фермент активирует трипсин, который вызывает аутокаталитическую реакцию. После пересечения поджелудочной железы из поврежденных клеток железы выделяются ферменты, под действием которых трипсиноген переходит в трипсин, в свою очередь активирующий калликреин. Последний, действуя на киноген, образует высокоактивный пептид каллидин, быстро превращающийся в брадикинин. Избыточное количество брадикинина способствует ряду реакций, которые приводят к отеку, крово-

излияниям в ткань железы и забрюшинную клетчатку. В основной группе больных вводили ингибиторы протеаз (гордокс), инкубированные на эритроцитной массе (n=28), в контрольной группе гордокс вводили внутривенно капельно (n=25). У больных основной и контрольной групп активность калликреина по сравнению с нормой была выше, соответственно, в 3,4 и 3,1 раза (p<0,05). Содержание прекалликреина у больных основной и контрольной групп было ниже аналогичного показателя у здоровых людей на 27,9% и 30,6% (p<0,05). Активность специфических ингибиторов калликреина у больных основной и контрольной групп была выше нормальных значений: активность α₂-макроглобулина в сыворотке крови у больных основной и контрольной групп по сравнению с нормой была выше на 32,1% (p<0,05) и 36,8% (p<0,05), α₁-протеиназного ингибитора – на 36,5% (p<0,05) и 44,0% (p<0,05). Анализ динамики компонентов калликреин-кинин системы у больных показал, что после внутривенного введения гордокса у больных основной группы активность калликреина прогрессивно снижалась, а у пациентов контрольной группы повышение калликреина в крови происходило за счет усиленного перехода прекалликреина в калликреин.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ГИПОТЕНЗИВНОГО ЭФФЕКТА НЕФИКСИРОВАННЫХ КОМБИНАЦИЙ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Маль Г.С., Шанин П.В.

*Кафедра клинической фармакологии
и фармакотерапии,*

*Курский государственный медицинский университет,
Курск*

Артериальная гипертония является согласно рекомендациям ВНОК по борьбе с артериальной гипертензией одной из самых распространенных болезней современного человечества, ею страдает 30-40 % работоспособного населения. В течение последних 20 лет гипертония является главной причиной визита больного к врачу. Во всех возрастных группах риск развития осложнений пропорционален степени повышения артериального давления, не зависит от пола и типа повышенного давления. Уменьшение артериального давления уменьшает сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность.

Программу лечения больных гипертонией составляет максимальное сокращение риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, что достигается путем снижения артериального давления до < 140/90 мм. рт. ст. и меньше. В зависимости от уровня артериального давления ли отсутствия осложнений лечение нужно начинать или с низких доз одного препарата или с низких доз комбинаций двух лекарств. В большинстве случаев необходимо проводить комбинированное лечение с применения целого ряда препаратов.

Начинать лечение можно препаратами, относящимися к 5 группам лекарств: диуретики, β-

блокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ и антагонисты рецепторов ангиотензина II.

На выбор врача влияет много факторов: предыдущий опыт приема больным гипотензивных средств, цена лекарства, характер риска, наличие или отсутствие повреждений органа - мишени, наличие других заболеваний, которые могут поддерживать или ограничивать применение гипотензивных препаратов.

Преимуществами комбинированной гипотензивной терапии является то, что оба препарата можно применять в малых дозах, что не даст побочного действия, из-за различных механизмов действия увеличивается вероятность того, что осложнения повышения артериального давления можно будет успешно контролировать.

Одним из возможных оптимальных способов комбинированной терапии является сочетание ингибитора АПФ и диуретика в нефиксированной комбинации, при этом доза ингибитора АПФ может меняться и подбираться индивидуально, а доза диуретика стандартная и оптимальная терапевтическая, которая не меняется.

Целью настоящего исследования явилось определение клинической эффективности нефиксированных комбинаций препаратов у больных гипертонической болезнью для визуализации гипотензивного эффекта.

В исследование были включены 34 мужчины в возрасте от 45 до 59 лет с гипертонической болезнью 2 степени, 2 стадии. Диагноз определялся согласно рекомендациям ВНОК по артериальной гипертензии (2004). Для визуализации эффективности нефиксированных комбинаций препаратов у больных гипертонической болезнью согласно рандомизации были сформированы группы лиц с фармакологическим вмешательством, сопоставимые между собой по возрасту и стратификационным признакам.

Методы исследования включали в себя клинические, биохимические, функциональные, статистические.

Обследованные пациенты включались в группы с учетом стратификационных признаков (стадия гипертонической болезни, возраст), критериями исключения были: вторичная артериальная гипертензия, недостаточность кровообращения более IIА стадии, сочетанная патология, требующая дополнительной коррекции.

Программа обследования включала: стандартный опрос (по опроснику Rose); определение артериального давления; исследование антропометрических данных; регистрация ЭКГ (в покое, в 12 стандартных отведениях).

В течение 3 недель пациенты получали гипотензивную терапию: эналаприл в суточной дозе 10 - 20 мг. и индапамид в суточной дозе 2,5 мг, а также нефиксированную комбинацию – энзикс-дуо (эналаприл – 20 мг, индапамид – 2,5 мг.)

Перед началом лечения пациенты предъявляли жалобы на головную боль (85%), головокружение (71%), тошноту и рвоту (28%), снижение работоспособности (50%). При измерении артериального давления регистрировалось повышение систолического (в

среднем $166,4 \pm 2,4$) и диастолического (в среднем $102,6 \pm 1,6$) давления.

После 3 недель терапии в состоянии больных отмечена положительная динамика. Улучшилось общее самочувствие пациентов, уменьшились или исчезли головокружение (у 66%), головные боли (у 46%), повысилась работоспособность (у 90%). Систолическое АД снизилось до $132,2 \pm 1,8$, среднее ДАД снизилось до $91,0 \pm 1,4$

У всех больных наблюдалась хорошая переносимость лечения, побочных явлений не было. Ни у одного больного содержание электролитов не снизилось ниже нормальных значений. Не выявлено также по сравнению с исходным уровнем достоверного повышения содержания холестерина.

Таким образом, нефиксированная комбинация эналаприла и индапамида обладает выраженным гипотензивным эффектом, достоверно снижая средние величины систолического и диастолического артериального давления, уменьшает выраженность субъективных проявлений и не сопровождается значительными побочными эффектами, что позволяет рекомендовать ее в качестве адекватного способа коррекции.

Работа представлена на научную заочную электронную конференцию «Современные интенсивные способы медицинской визуализации» 15-20 августа 2005 г. Поступила в редакцию 30.07.2005 г.

РЕГИОНАЛЬНАЯ ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ, КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ФАГОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ КЛЕТОК КУПФЕРА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Салахиддинов К.З., Файзиев И.Р.

Несмотря на устойчивый интерес клиницистов и исследователей к проблеме механической желтухи, результаты лечения её всё ещё остаются недостаточно удовлетворительными /Савельев В.С. и соавт., 1983; Никифоров Б.В., Прохницкий В.А., 1984; Лубенский Ю.М., Нахинсон Р.А., 1984; и др./ Это обстоятельство стимулирует разработку новых способов лечения этого грозного осложнения многих заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. /Сазонов А.М. и соавт., 1986; Алексеев А.А. и соавт., 1988; Лопаткин Н.А., Лопухин Ю.М. 1986; Буянов В.М., Алексеев А.А. и соавт 1990 и др/

В.С.Савельев и соавт. /1983/, Шиманко И.И и соавт. /1983/ доказали, что общая лимфостимуляция на фоне управляемой лимфостомии положительно влияет на функции печени при механической желтухе. Однако применяемый ими способ требует наружного отведения лимфы, тщательного учета её дебита и адекватной коррекции потерь белка и других биологических составляющих лимфы. Это не всегда выполнимо в условиях практического здравоохранения. В указанных исследованиях не освещен вопрос о влиянии общей лимфостимуляции на звездчатые ретикулоэндотелиоциты. Д.Н. Маянский /1981/ называет их уникальным вариантом органоспецифических макрофагов. Около 80-90% всех фиксированных макрофагов – звездчатые ретикулоэндотелиоциты./