

«Магний – новые горизонты». 29.11–01.12.2005. Москва, Россия.

*Клинико-эпидемиологические проблемы ревматологии, гастроэнтерологии, кардиологии, нефрологии, неврологии и инфектологии*

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД  
ГИПОТЕНЗИВНОЙ КОРРЕКЦИИ КРИЗОВ  
БРИГАДАМИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ В РАМКАХ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ  
МЕДИЦИНЫ**

Дородных И.А., Сафронов Р.Г.\*  
*Курский государственный медицинский  
университет*

*\*Курский медицинский институт  
Курск, Россия*

**Введение**

Гипертонический криз (ГК) остается достаточно частой причиной обращения больных за медицинской помощью и, учитывая возможность развития тяжелых и даже фатальных осложнений, требует оказания адекватной неотложной помощи на догоспитальном этапе.

На сегодняшний день в России для лечения ГК по “скорой помощи” применяются препараты, не соответствующие современным позициям терапии, например: дибазол, дроптаверин, папаверин, метамизол, димедрол, сульфат магния, клонидин, дроперидол. Целью исследования явилось изучение фармакоэпидемиологических особенностей купирования гипертонических кризов бригадами скорой медицинской помощи (СМП) в условиях внедрения стандартов и адаптированных с учетом возможностей СМП в соответствии с доказательной медициной.

**Материалы и методы**

На подстанциях СМП г. Курска проанализированы 18086 карт регистрации вызовов СМП за март 2005 и 2007г.г.

**Результаты исследования**

В марте 2005г. было обслужено 669 больных с ГК. Для лечения на вызовах проведено 1115 инъекций, в 2007 году- 665 инъекции. Наиболее часто в 2005 году применялись: папаверин(75,3%), дибазол (70,2%), анальгин (53,6%), димедрол (42,4%). Сернокислая магнезия применялась в 21% случаев, причем 16,2%- внутримышечно. Также использовались: эуфиллин- 22% случаев, фуросемид- 16,4% случаев, внутривенное введение клофелина- в 16% случаев, в единичных случаях- но-шпа, баралгин, кеторол. Таблетки обзидана применялись у 5,6% больных. Повторные вызовы в течение суток составили 10,6% случаев, а госпитализация- 10,8% случаев. В марте 2007 года было обслужено 402 больных с гипертоническим кризом, в 42% случаев для лечения применялись таблетированные формы препаратов: наиболее часто- нифедипин в 28% случаев, бета-блокаторы в 16% случаев. Сернокислая магнезия использовалась в 20,3% случаев и только внутривенно. Реже в 2,7-4,8 раза использова-

лись папаверин, дибазол, димедрол, анальгин. В этой группе больных повторные вызовы в течение суток имелись в 3,2% случаев, госпитализация в 2,8% случаев.

**Заключение**

Полученные результаты подтверждают эффективность работы врачей в условиях внедрения современных стандартов лечения ГК, что позволяет улучшить качество догоспитальной помощи.

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И  
ИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ  
СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ,  
ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ  
И ХРОНИЧЕСКИМ  
ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ  
НЕФРИТОМ**

Марасаев В.В., Арзимонова Н.А., Абиссова Т.О.,  
Василевская О.А., Бажина О.В.

*Государственная медицинская академия  
Ярославль, Россия*

**Актуальность:** Морфологическим эквивалентом тубулоинтерстициального компонента (ТИК) при гломерулярном поражении почек является сочетание диффузной гиалиновой и гиалиново-гидропической дистрофии канальцевого эпителия, а также изменение в почечном интерстиции в виде гистиолимфоцитарной клеточной инфильтрации и склероза.

Учитывая функциональное многообразие интерстициальной ткани, вовлечение ее в патологический процесс ведет к значительным нарушениям. Появившиеся за последние годы ряд исследований, свидетельствуют о ведущей роли тубулоинтерстициального компонента в прогрессировании почечной патологии. Ведущая роль в прогрессировании канальцевых повреждений и развитии нефросклероза принадлежит провоспалительным цитокинам (ФНО- $\alpha$ ), факторам роста – моноцитарному и хемоаттрактантному протеину (MCP-1) и трансформирующему фактору роста  $\beta$  (TGF- $\beta$ ), привлекающим в интерстиций фибробласты.

**Цель исследования:** на основании клинико-лабораторных, морфологических и инструментальных методов оценить тубулоинтерстициальный компонент у больных люпус-нефритом (ЛН), хроническим гломерулонефритом (ХГН) и хроническим тубулоинтерстициальным нефритом (ХТИН). Оценить роль провоспалительных цитокинов (ФНО- $\alpha$ ), хемокинов (MCP-1) и факторов роста (TGF- $\beta$ ) у больных СКВ, ХГН и ХТИН.

**Материалы и методы исследования:** Обследовано 94 человека (43 больных с люпус-