

в течение 3-5 минут. Экспозиция жгута на предплечье 20 минут, после чего он снимался.

Во время перевязок оценивалось состояние раневой поверхности и околограневых тканей. Если на перевязке рана была чистой, заполненной грануляциями нормального цвета с незначительным или без серозного отделяемого - это трактовалось как очищение раны и данному пациенту отменялось дальнейшее введение основного фармакологического препарата.

Время очищения раны при травматических повреждениях от 7 до 13 суток, а при гнойногнойных процессах от 5 до 20. У больных, которым вводился мексibel, отмечалось значительное уменьшение болей, снятие отека, отсутствие лимфорей, заживление происходило в среднем от 7 до 11 суток.

После снятия вторичных швов и заживления кожной раны пациент проводил амбулаторное лечение в медицинском учреждении по месту службы.

Заключение. На основании анализа комплексного регионального применения мексibела с целью стимуляции заживления и ускорения очищения посттравматических и гнойных ран кисти выявлено, что препарат хорошо переносится больными, не вызывает побочных реакций при внутривенном введении, дает положительный терапевтический эффект с быстрым регрессом болевого синдрома и общего недомогания больных, значительно сокращает сроки заживления раневых поверхностей. Есть основание рассматривать мексibel как перспективный отечественный препарат для повышения эффективности комплексной терапии заболеваний кисти.

ЛИТЕРАТУРА

1. Луцевич О.Э., Стимуляция репаративных процессов при заживлении ран./ О.Э. Луцевич, В.Г. Ширинский // Хирургия. – 2008. – № 6. – С. 6-10.
2. Лечение ран антиоксидантами /Толстых, М.П., [и др.] // Москва-Махачкала. –: Издательский дом «Эпоха» . – 2004. – 170 с.
3. Лечение тяжелых послеоперационных гнойно-воспалительных и септических осложнений с использованием антиоксидантных препаратов / Чисов, В.И., [и др.] // Хирургия. –2008. – № 11. – С.14-19.

ХАРАКТЕРИСТИКА СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ

АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Матвейчик А.И., Ёрш И.Р.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Введение. В литературе нет единого мнения о причинах повышения АД у больных с бронхиальной обструкцией. До сих пор сложным представляется разделение эссенциальной и симптоматической артериальной гипертензии, протекающей на фоне хронического легочного заболевания [1].

Целью исследования явилось определение характера суточного профиля АД у пациентов артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с неконтролируемой бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы. Обследован 91 пациент, из них 30 пациентов АГ в сочетании с БА (основная группа), 33 - БА (1-я группа сравнения), 28 - АГ I-II степени (2-я группа сравнения) и 30 практически здоровых людей (группа контроля). Основная группа пациентов и группа сравнения 1 дополнительно были разделены на 2 подгруппы в зависимости от результатов теста по контролю над астмой (Asthma Control Test – АСТ, 2002). Контролируемая БА имела место у 17 (56,7%), а неконтролируемая – у 13 (43,3%) пациентов основной группы. Каждому включенному в исследование пациенту основной группы и группы сравнения 2 после 2-х недельного перерыва в приеме гипотензивных препаратов проведено суточное мониторирование АД (СМАД) с помощью аппарата «Кардиотехника-4000 АД» и спирография с помощью медицинского диагностического комплекса «Сфера-4». Рассчитывали следующие показатели: ЧСС, средние значения систолического артериального давления (САД), диастолического артериального давления (ДАД), пульсового артериального давления (ПАД), «нагрузку давлением» по индексу времени (ИВ) и индексу площади (ИП); вариабельность АД, жизненную емкость легких (ЖЕЛ), форсированную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ), пиковую объемную скорость выдоха (ПОС), мгновенную объемную скорость после выдоха 25% ФЖЕЛ (МОС25), мгновенную объемную скорость после выдоха 50% ФЖЕЛ (МОС50), мгновенную объемную

скорость после выдоха 75% ФЖЕЛ (МОС75), среднюю объёмную скорость в интервале между 25% и 75% ФЖЕЛ (СОС25-75), объём воздуха, выдохнутого в течение первой секунды форсированного выдоха (ОФВ1) и индекс Тиффно.

Обработка результатов осуществлялась с использованием пакета программ Statistica 6.0. Данные в работе представлены в виде медианы и 25-го и 75-го квартилей (Me (25; 75)).

Результаты и обсуждение. Выраженные нарушения показателей СМАД наблюдались у пациентов АГ в сочетании с неконтролируемой БА. Так, САД за дневное время суток у пациентов данной подгруппы составило 151 (143;167) мм.рт.ст, за ночное время суток – 143 (121;152) мм.рт.ст, что на 6,7% ($p>0,05$) и на 14,4% ($p<0,05$) выше по сравнению с соответствующими показателями пациентов АГ (141,5 (140;148) и 125 (120;134) мм.рт.ст.). ПАД у лиц данной подгруппы на 17,1% ($p<0,01$) за дневное время и на 24,3% ($p<0,01$) за ночное время было выше, чем в группе сравнения 2 и составило соответственно 65 (49;81) и 64 (49;52) мм.рт.ст. против 55,5 (52,5;58,5) и 51,5 (48,5;57,5) мм.рт.ст. У пациентов данной подгруппы наблюдалось значительное увеличение индекса гипертензии САД за дневное и ночное время по сравнению с пациентами АГ. Так индекс гипертензии САД за дневное время у данной подгруппы пациентов был выше в 1,6 раза, а за ночное время – в 2,4 раза по сравнению с группой пациентов АГ и составил соответственно 83(45;99)%, 100(49;100)% против 51(40;69)%, 42(32;86)% ($p<0,05$). Аналогичная тенденция в изменении других показателей «нагрузки давлением» (ИВ, ИП) наблюдалась у пациентов данной подгруппы по сравнению с пациентами АГ. ИВ САД за дневное время и сутки в целом был выше в 2 раза, за ночное время – в 2,3 раза ($p<0,002$) и составили 85,7 (46,3;99,1)%, 83,4 (44,9;98,5)%, 100 (49,1;100)% соответственно против 41,3 (25,6;60,8)%, 40 (31,9;52,3)% и 43,2 (20,2;78,7)% у пациентов группы сравнения 2. ИВ ДАД за сутки у них был выше в 1,5 раза, за дневное время – в 1,3 раза, за ночное время – в 2 раза ($p<0,01$) и составил соответственно 36,8 (30,3;57,5)%, 35,8 (32,3;66,7)%, 29,4 (19,1;44,8)% против 24,7 (15,1;32,3)%, 27,6 (20,7;40,2)%, 14,9 (5,3;27,3)% у пациентов АГ.

Наиболее значительные изменения наблюдались при определении ИП у пациентов АГ в сочетании с неконтролируемой БА по сравнению с пациентами АГ. ИП САД за сутки, дневное и ночное время составили 335,3 (131,7;582,7), 170 (99,7;339,1), 173,6 (43,7;243,6) мм*час против 97,75 (44,4;175,7), 55,1 (27,1;101,8), 22,9 (18,3;68,8)мм*час, т.е. данный показатель более чем в 2 раза превышал значения данного показателя по сравнению с пациентами АГ ($p < 0.05$). Менее значимые изменения ИП наблюдались по ДАД у данной подгруппы пациентов по сравнению с группой сравнения 2.

Кроме того нами изучен характер суточного ритма АД у пациентов данной подгруппы в зависимости от теста контроля над астмой. Недостаточное снижение САД ночью («non-dippers») наблюдалось более чем у половины пациентов данной подгруппы (53,8%), в тоже время лица с ночным повышением САД («night-peakers») регистрировалось у 15,4% случаев, нормальный суточный ритм САД («dippers») выявлен у 30,8% пациентов. Лиц с избыточным снижением САД в ночное время не выявлено. При исследовании суточного ритма ДАД установлено, что «dippers» наблюдался у 30,8%, «non-dippers» - у 23,1%, «over-dippers» - у 30,8%, «night-peakers» - у 15,4% пациентов.

Заключение. У пациентов АГ в сочетании с неконтролируемой БА наблюдается увеличение средних значений САД за дневное время на 6,7%, за ночное время суток на 14,4%, а ПАД на 17,1% за дневное время, на 24,3% за ночное и на 14,5% за сутки в целом по сравнению с пациентами АГ. Показатели «нагрузки давлением» (ИБ и ИП) у данной группы пациентов были выше чем у пациентов АГ, кроме того у них наблюдалось уменьшение количества лиц с нормальным суточным ритмом АД.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кириллов М.М. Особенности гемодинамики при бронхиальной астме, сочетанной с гипертонической болезнью / М. М. Кириллов, Т. Г. Шаповалов // Терапевтический архив : - 2002. - Том74, N12. - С.64-66.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ ВИЧ НА АКТИВАЦИЮ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ