

язвенной болезни по клиническим проявлениям: болевой, диспептический, смешанный, бессимптомный и латентный.

Для болевой формы длительно протекающей ЯБЖ и ДПК характерны «сглаженность» болевых ощущений, отсутствие зависимости возникновения болей от приема пищи. Ранние, «голодные» и ночные боли констатированы только в каждом 4-м наблюдении. Диспептический вариант течения заболевания отмечен у 14 больных «старой» язвой. В 24,7% случаев диагностирован сочетанный вариант течения заболевания (на фоне невыраженного болевого синдрома присутствовали проявления желудочной диспепсии). У 32,9% пациентов констатирован латентный вариант, при котором язвы впервые проявлялись осложнениями (кровотечением, перфорацией, пенетрацией, рубцовой деформацией желудка и ДПК с формированием стеноза). У 9,4% больных ЯБ протекала бессимптомно и верифицирована как находка при проведении ФГДС.

«Позднюю» ЯБ (81%) удается диагностировать только на основании данных ФГДС. Сведения истории заболевания и истории жизни пациентов оказываются малоинформативными. Болевые ощущения оказываются невыраженными и не сопровождаются четкой связью с приемом пищи и диагностированы у 27 пациентов. В 5,3% наблюдениях можно выделить бессимптомный вариант заболевания (язва обнаруживалась только при ФГДС без клинических проявлений). Диспептический вариант констатирован у 11,2% пациентов, сочетанный вариант течения – в 21 случае, латентный – в 20% случаев (ЯБ впервые проявлялась осложнениями).

При острых язвах чаще (16,9%) других вариантов течения заболевания преобладали латентные его формы. На первое место выходили клинические проявления желудочно-кишечного кровотечения. Нередко прослеживалась связь манифестации острых язв желудка и ДПК, осложненных кровотечением, с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов.

Таким образом, у больных старших возрастных групп при ЯБЖ и ДПК отмечаются особенности клинического течения данного заболевания, не наблюдаемые у людей, страдающих ГДЯ в молодом и зрелом возрасте.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1 Звенигородская Л.А., Бондаренко Е.Ю., Морозов И.А., Чикунова Б.З. Язвенная болезнь у пожилых: клинические особенности и значение *H. pylori* // Клиническая геронтология. – 2007. – Т.13, №1. – С. 9-14

2 Шевченко Ю.Л., Селезнев И.Ю. О совершенствовании медицинской помощи больным с заболеваниями органов пищеварения // Коллегия МЗ РФ: Мат. коллегии. – М., 2004. – 6 с.

3 Лазебник Л.Б., Гусейнзаде М.Г., Ефремов Л.И. Эпидемиология язвенной болезни // Терапевтический архив. – 2007. – №2. – С. 12-15

4 Михеева О.Н. Язвенная болезнь у пожилых пациентов с артериальной гипертонией // Клиническая геронтология. – 2008. – Т. 14, №1. – С. 17-25

5 Минушкин О.Н., Володин Д.В., Зверков И.В. и др. Возраст и эрадикационное лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Терапевтический архив. – 2007. – №2. – С. 22-26

**Т Ұ Ж Ы Р Ы М**

**А.А. ТАЖИЕВ**

*Сарқаң қаласының орталықтың аудандық ауруханасы*

**ЖАРАНЫҢ АУРУЫ БАС ЕГДЕ**

Асқазаннан және саусақты ішектен жаралы аурулардан жиіліктен 10 дейін 23% егде ауру былқ-сылғып жатыр. Зерттеулер мақсатпен ауру егде және қарттық жасыда асқазанның және саусақты ішектің жаралы аурулары клиникалық суреттер ерекшеліктер талқылану көрінді. Зерттеулер материал және әдістер: тексерған 107 ауру. Клиникалық және биохимиялық талдаулар қосқан кешенді тексеру барлық ауру жүргізілді қан және ішкі ағзаларды қарайтын медицина аспабы. Зерттеулері және олардың талқылауы нәтижелер: 27,7% «ескі» жаралы ауру емделушілердің, 55,4% жағдайларға – асқазаннан және саусақты ішектен ойылымдар «кешірек» түр, 16,9% – асқазанның және саусақты ішектің өткір ойылымдарды. Клиникалық әсер етулер бойынша жаралы ауруда ағымда бес вариантта ерекшелеуге егде болады: қатерлі, диспептік, аралас, белгісіз және жасырын.

**S U M M A R Y**

**A.A. TAZHIYEV**

*Central regional hospital of Sarkand c.*

**PEPTIC ULCER AT THE ELDERLY**

Frequency of a peptic ulcer of a stomach and duodenum at elderly patients fluctuates from 10 to 23%. Research objective was to study features of a clinical picture of a peptic ulcer of a stomach and a duodenum at patients of elderly and senile age. Material and research methods: 107 patients are surveyed. By all patient it was conducted the complex examination including clinical and biochemical analyses of a blood and urine, a fibrogastroduodenoscopy. Results of research and their discussion: the «old» peptic ulcer is diagnosed for 27,7% of patients, in 55,4% cases – «late» type of a gastroduodenal ulcer, in 16,9% – acute stomach ulcers and a duodenum. At elderly it is possible to allocate five options of a current of a peptic ulcer on clinical implications: painful, dyspeptic, admixed, asymptomatic and latent.

УДК 616.12-008.331.1:616.831

**А.А. ТАЖИЕВ**

*Центральная районная больница, г. Сарканд*

**ЭФФЕКТИВНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ УРАПИДИЛА ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРИЗАХ**

*Изучена эффективность применения урапидила у пациентов с гипертоническими кризами, осложненными острым нарушением мозгового кровообращения. Оценены систолическое и диастолическое артериальное давление и частота сердечных сокращений у 61 пациента с применением урапидила и у 79 пациентов контрольной группы – стандартная терапия. Урапидил эффективен и безопасен при лечении гипертонических кризов, осложненных острым нарушением мозгового кровообращения.*

**Ключевые слова:** инсульт, гипертензивный криз, урапидил.

**П**оказатель заболеваемости ОНМК в странах СНГ составляет от 260 до 280 на 100 тыс населения [1]. Более 50% людей, перенесших инсульт, умирают на протяжении первого года после болезни [2]. Осложненный гипертензивный криз (ГК) – это острое значительное внезапное повышение АД более чем на 30% от исходного уровня, которое приводит к появлению вторичной клинической симптоматики нарушения функций жизненно важных органов или нейровегетативных нарушений [3]. ГК, осложненные ОНМК, относятся к экстренным состояниям (emergensy), требующим проведения лечебных мероприятий по жизненным показаниям и снижения АД в сроки от нескольких минут до одного часа [4]. Для экстренного купирования ГК применяется внутривенное введение мощных антигипертензивных препаратов, таких как урапидил, с переходом в дальнейшем на постоянный прием пероральной комбинированной антигипертензивной терапии (АГТ) [5]. Урапидил – антигипертензивный препарат с центральным и периферическим механизмом действия. Вследствие уникальной комбинации он уменьшает преднагрузку (снижает давление в легочных капиллярах и легочной артерии) и постнагрузку (снижает общее периферическое сопротивление сосудов) на миокард. Урапидил снижает общее сопротивление в сосудах почек и улучшает кровообращение в почках, не повышая внутричерепное давление. Как показали исследования, урапидил способен снижать агрегационную активность тромбоцитов, вызванную катехоламинами, что является очень важным в терапии ишемических инсультов. Внутривенное введение урапидила приводит к развитию быстрого антигипертензивного эффекта (в течение 2 мин). Наряду с быстрым началом препарат обладает большой продолжительностью действия – до 9 ч. Этого времени достаточно, чтобы купировать ГК [3, 4, 5].

Цель исследования – оценить эффективность применения урапидила в комплексной терапии у пациентов с ГК, осложненными ОНМК.

#### Материал и методы

В исследование включены 140 пациентов с ГК, осложненными ОНМК. Учитывались пол, возраст, исходный уровень АД, неврологический статус. Также анализировались и учитывались длительность гипертензии в анамнезе, наличие сахарного диабета, болезней почек и хронической почечной недостаточности. Все больные разделены на две группы: основная группа (61 пациент) наряду с базисной АГТ получили урапидил, и контрольная группа (79 пациентов), в которой применялась только стандартная терапия. Урапидил вводили внутривенно болюсно в начальной дозе 25 мг (длительная инфузия – 4–6 ч в дозе 100 мг). Для оценки АГТ измеряли уровень снижения АД – систолического и диастолического, динамику ЧСС до введения препаратов (урапидила и стандартной терапии) и через 20, 30, 60 минут после.

#### Результаты и обсуждение

У больных наблюдалась типичная неврологическая симптоматика: гемиплегия на противоположной инсульту стороне, положительный симптом Бабинского, моторная афазия, сенсорная афазия, бульбарный синдром, менингеальные симптомы, парез VII–XII ЧМН по центральному типу, асимметрия лица, нарушение мочеиспускания и дефекации.

Следует особо подчеркнуть, что до сих пор в рутинной практике в качестве АГТ наиболее активно использовался магния сульфат  $MgSO_4$  – у 10 пациентов из группы урапидила и у 11 из контрольной группы. После введения препарата АД в течение 15 мин снижалось на 5–10 мм

рт.ст., что является крайне недостаточным при экстренном состоянии.

Анализ динамики уровней АД выявил, что в группе больных, которым применяли урапидил, наблюдалось более быстрое снижение систолического и диастолического АД. Важно отметить, что снижение АД при введении урапидила не сопровождалось компенсаторной тахикардией.

Согласно результатам проведенного регрессионного анализа влияния отдельных антигипертензивных препаратов на достижение целевого АД у больных с ГК, только урапидил имел значительно большее и достоверное влияние ( $p < 0,002$ ) на быстрое достижение и удержание целевых уровней АД в сравнении с другими препаратами, рутинно используемыми для купирования ГК. Среди больных, которым не вводили урапидил, целевых цифр АД удалось достигнуть у 7 пациентов за такой же промежуток времени.

Среднее время достижения целевых уровней АД в группе урапидила было короче ( $36 \pm 12$  мин) по сравнению с группой, которая получала только базисную терапию ( $58 \pm 8$  мин) ( $p < 0,0001$ ).

Влияние ИАПФ и бета-блокаторов было еще менее значимым. Это не отрицает целесообразности применения оцененных классов базисных препаратов в комплексной терапии, однако указывает на возможную недостаточную эффективность отдельных формуляций и очевидную недостаточность используемых доз.

Случаи гипотензии и повторного повышения АД в группе урапидила наблюдались реже по сравнению с контрольной группой, что свидетельствует о более эффективном удержании АД при применении урапидила. В каждой группе пациентов наблюдалось два летальных случая – у пациентов с геморрагическим инсультом; непосредственная причина смерти – отек и набухание головного мозга.

Таким образом, внутривенное введение урапидила больным с ГК, осложненными ОНМК, на фоне стандартной базисной терапии ОНМК, в том числе антигипертензивной, является эффективным и безопасным методом ургентной терапии. Применение урапидила вызывает достоверно более быстрое снижение систолического и диастолического АД, достижение их целевых уровней в течение часа и более частое удержание при отсутствии компенсаторной тахикардии в сравнении со стандартной АГТ. Применение урапидила у больных с ГК, осложненными ОНМК, является безопасным: частота гипотензии реже таковой при стандартной терапии, отсутствует синдром отмены после инфузии и появление иных побочных эффектов.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Иркин О.И., Пархоменко А.Н. Современная тактика лечения больных с гипертензивными кризами // Медицина неотл. состояний. – 2010. – №2. – С. 23-25
- 2 Сиренко Ю.В. Лечение гипертензивных кризов в Украине: чем больше выбор препаратов, тем шире возможность //Здоров. України. – 2010. – №3. – С.12
- 3 AHA/ASA Guidelines for the Early Management of Adults With Ischemic Stroke // Stroke. – 2007. – Vol. 38. – P. 1655-1711
- 4 Guidelines Committee. 2007 European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertens. – 2007. – Vol. 25. – P. 1101-1187
- 5 Anderson C.S. et al. Intensive blood pressure reduction in acute cerebral haemorrhage trial (INTERACT): a randomised pilot trial // Lancet Neurol. – 2008. – Vol. 7. – P. 391-399

ТҰЖЫРЫМ

**А.А. ТАЖИЕВ**

*Сарқаң қаласының орталықтың аудандық ауруханасы*

**ТИІМДІ ҚОЛДАНУ УРАПИДИЛ КРИЗ ГИПЕРТЕНЗИЯ**

Зерттеулер мақсат – қолданулар тиімділігі бағалау урапидил ми қан айналулар өткір бұзушылықпен шиеленістіріп алған гипертензия криз. Зерттеулер материалдар және әдістер: 140 емделушілердің тексерған. Топтарға барлық ауру бөлген: негізгі топ базистік қарсы жоғары қан тамырының тарылуы терапиядан қатар (61 емделуші), урапидил алды, және (79 емделушілердің) бақылау топ тек қана үйреншікті терапия қолданылды. Көк тамырда енгізу ургент терапиялар тиімді және қауіпсіз әдіспен урапидил келіп жатыр. Қолдану систола және диастолалық тамыр қысымдың шүбәсіз тезірек төмендетуін урапидил шақырады.

**S U M M A R Y**

**A.A. TAZHIYEV**

*Central regional hospital of Sarkand c.*

**EFFECTIVE APPLICATION URAPIDIL AT HYPERTENSIVE CRISES**

Research objective – to estimate efficiency of application urapidil at the hypertensive crises complicated by acute disturbance of a cerebral circulation. Materials and research methods. 140 patients are surveyed. All patients are divided into groups: the main group (61 patients) along with basic anti-hypertensive therapy, received urapidil, and the control group (79 patients) was applied only standard therapy. Intravenous administration urapidil is an effective and safe method of emergency therapy. Application urapidil causes authentically faster depression of systolic and diastolic arterial pressure.

## **НЕВРОЛОГИЯ**

УДК 617.9

**К.К. КАЙМАКОВ**

*Городская поликлиника №3, г. Атырау*

### **ПРИЧИННЫЕ ФАКТОРЫ, ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА КАВИНТОН В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

*В статье представлен анализ результатов лечения больных цереброваскулярным заболеванием препаратом Кавинтон в Атырауской городской поликлинике №3 за последние три года.*

**Ключевые слова:** инсульт, цереброваскулярные заболевания (ЦВБ), кровоснабжение мозга, церебральная сосудистая недостаточность, Кавинтон, Кавинтон форте.

**И**нсульт – это острое развитие неврологического дефицита в результате нарушения мозгового кровообращения по ишемическому или геморрагическому типу. Ишемический инсульт развивается в результате локальной артериальной окклюзии, что приводит к недостаточному поступлению кислорода и глюкозы в ткань мозга, а также ведет к последующим нарушениям обменных процессов в бассейне пораженного сосуда.

Ишемический инфаркт – это необратимый структурный дефект мозговой ткани. Транзиторная ишемическая атака – это преходящее полностью обратимое состояние, при котором неврологический дефицит сохраняется не более 24 часов.

Инсульт в настоящее время является одной из главных причин смертности и инвалидизации населения земного шара, занимая в большинстве стран 2-3 место в структуре общей смертности. Восстановление прежней трудоспособности после мозгового инсульта у большинства людей проблематично. Только 10-20% возвращаются к труду, из них около 8% сохраняют свою профессиональную пригодность, 20-43% больных нуждаются в постороннем уходе, у 33-48% пациентов наблюдаются явления гемипареза, а 18-27% имеют речевые нарушения. Инсульт накладывает особое обязательство на членов семьи больного и ложится тяжелым социально-экономическим бременем на общество. От 3 до 5% бюджета на здравоохранение в развитых странах приходится на больных мозговым инсультом. Таким образом, инсульт является проблемой чрезвычайной медицинской и социальной значимости.

#### **Результаты и обсуждение**

По анализам трех последних лет по Городской поликлинике № 3 города Атырау количество пролеченных больных цереброваскулярным заболеванием составило: в 2010 г. 140 человек – 44,7%, в 2011 г. 120 человек – 47,5%, в 2012 г. – 100 больных – 52,3%.

По анализу летальных случаев от цереброваскулярных болезней, число умерших составило 84,5% от числа всех умерших больных по неврологическим заболеваниям.

По возрастным группам в 2012 году пролеченные больные по ЦВБ в возрасте от 60-70 лет и старше составили 43 человека (56,8%), а в возрасте от 40 до 60 лет – 57 человек (40,6%). По половому признаку больший процент заболеваемости от ЦВБ выявлен среди мужчин, чем среди женщин. Так, показатель мужской заболеваемости составил 68,1% (64 больных), женской – 31,9% (36 больных), что в два раза меньше.

От общего количества вылеченных больных от ЦВБ больший процент составляют больные гипертонической болезнью и атеросклерозом сосудов головного мозга – 69,5%, остальное число больных – 30,5%. Это больные, страдающие сосудистой мальформацией, аневризмой сосудов головного мозга, ишемической болезнью сердца с нарушением ритма, больные с почечной патологией с симптоматической гипотонией и на фоне алкогольной интоксикации. Проведенное исследование показало большое разнообразие причин инсульта.

#### **Этиология инсульта**

– Атеросклеротические и атеротромботические стенозы крупных артерий на основании мозга.