

включают лечение фоновых, сопутствующих заболеваний и активацию регенеративно-репаративных процессов мозга. Немаловажную роль в профилактике инсультов отводится антиагрегантным средствам.

В зависимости от давности инсульта применяют различные препараты. В остром периоде инсульта применяются реперфузия и нейропротекция (магния, глицин, препараты альфа-липоевой кислоты и др.). В раннем восстановительном периоде назначаются препараты, влияющие на репаративные процессы в головном мозге (нейропептиды, ноотропы, вазоактивные препараты и др.). В позднем восстановительном и резидуальном периодах рекомендованы препараты, предотвращающие развитие вторичных патологических синдромов, например контрактур мышц парализованных конечностей (миорелаксанты и др.). Одновременно с целью коррекции различных психопатологических расстройств (в первую очередь, тревоги и нарушения сна) на всех этапах восстановительного лечения назначают транквилизаторы.

В настоящее время успешное применение находят препараты, влияющие на холинергическую нейротрансмиссию. Введение таких препаратов в лечение позволяет за счет дополнительной активации нейропластичности значительно ускорить и сделать более эффективным процесс восстановления.

Таким образом, основными направлениями реабилитации больных, перенесших инсульт, являются: активизирующий уход, лечение положением, онтогенетическая кинезотерапия, медикаментозное обеспечение процессов гомеостаза.

Литература:

1. Белова А.Н. Нейрореабилитация. Руководство для врачей. М. 2000

2. Юнусов Ф.А., Гайгер Г., Микус Э. Организация медико-социальной реабилитации за рубежом. М., Общероссийский общественный фонд «Социальное развитие России», 2004.

3. Erita T., Ilmavirta M. Does an intensive care stroke unit reduce the early case-fatality rate of ischaemic stroke. Stroke 1990; 21 (Suppl. 1): 153.

УДК 614.27: 615.225.2 (517.14)

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА

¹Р. Е. Кулубеков, ²С. А. Акитова, ³Г. Ш. Сабрбаева

¹Государственный медицинский университет г. Семей

²КГКП «МО Глубоковского района ВА с. Бобровка»,

³КГКП «МО Глубоковского района ВА с. Прапорщиково»

В обзоре представлены лекарственные средства, применяющиеся для рациональной терапии артериальной гипертензии. Описаны их фармакологические параметры, возможный режим дозирования и ожидаемые нежелательные эффекты.

Гипертензияға қарсы дәрігерлік заттар

Артериальды гипертензияның рациональды емінде қолданылатын дәрі-дәрмектер көрсетілген. Олардың фармакологиялық көрсеткіштері, мөлшерлеу режимдері мен болжам жағымсыз әсерлері сипатталған.

Antihypertensive remedies

In review were performed the remedies rational therapy for treatment arterial hypertension. Pharmacodynamics and pharmacokinetics parameters not rigdts, and possible regime of dosage and expertly adverse effects.

Антигипертензивные средства действуют на одну или несколько анатомо-физиологических структур, участвующих в регуляции АД и оказывают эффект путем вмешательства в механизмы повышения АД. Нами представлены группы гипотензивных препаратов, используемых в амбулаторной практике, а также возможные стандарты лечения артериальной гипертензии.

Диуретики - препараты, прямое действие которых на почки приводит к угнетению реабсорбции натрия и воды, и следовательно, увеличивает объем экскретируемой жидкости. Все диуретики первоначально снижают АД за счет увеличения экскреции натрия, уменьшения объема циркулирующей крови, внеклеточной жидкости и снижения сердечного выброса. Через 6-8 недель отмечается постепенное уменьшение диуретического действия при нормализации сердечного выброса. В этих условиях гипотензивный эффект диуретиками связан с уменьшением периферического сопротивления, обусловленный снижением миогенного тонуса сосудов вследствие уменьшения концентрации внутриклеточного натрия и увеличением калия в сосудистой стенке. Диуретики понижают как систолическое, так и диастолическое давления, поддерживают или даже увеличивают

сердечный выброс, почти не вызывают ортостатической гипотонии.

Гидрохлортиазид (гипотиазид, эзидрекс) - тиазидный диуретик с умеренным по силе и средним по продолжительности действием. Назначается внутрь по 25-100 мг/сут при однократном или двукратном применении. Лечение может быть длительным или прерывистым. В первом случае стремятся к минимальной эффективной дозе препарата. У больных с почечной недостаточностью при клубочковой фильтрации менее 20 мл/мин (уровень креатинина в плазме выше 2,5 мг/100 мл) гидрохлортиазид, из-за неэффективности не применяется как и другие тиазиды.

Фуросемид (лазикс) - мощный сульфаниламидный диуретик кратковременного действия. Назначается по 40-120 мг/сут внутрь или в/в. Максимальная доза 240 мг/сут.

Спиронолактон (альдактон, верошпирон) - калийсберегающий диуретик с длительным действием. Диуретический эффект выражен умеренно, гипотензивное действие слабо и непостоянно. Гипотензивный эффект не проявляется при нормальном или низком АД. Назначается по 25 - 100 мг/сут.

Триамтерен (дайтек, птерофен) - калийсберегающий слабый диуретик со средней продолжительностью

действия. Увеличивает экскрецию натрия и хлоридов, уменьшает калия и аммония. Эффект препарата повышается при комбинации со спиронолактоном. Самостоятельный диуретический эффект небольшой, гипотензивный выше, чем у спиронолактона. Назначается по 100-300 мг/сут в комбинации с другими гипотензивными средствами. Входит в состав комбинированного препарата - триампура (гипотиазид и триамтерен).

Амилорид (медамор) - калийсберегающий слабый диуретик со средней продолжительностью действия. Некомкурентный антагонист альдестерона. Увеличивает экскрецию натрия и хлоридов, уменьшает калия и ионов водорода. Самостоятельный диуретический эффект слабый. Потенцирует диуретический и гипотензивный эффект умеренных и мощных диуретиков. Не метаболизируется в организме, поэтому может применяться при заболеваниях печени. Назначается внутрь по 5 - 30 мг/сут в комбинации с другими диуретиками, но не калийсберегающего действия. Входит в состав препарата мочуретик (амилорид и гипотиазид).

При артериальной гипертензии со сниженной клубочковой фильтрацией, хронической недостаточности кровообращения с отеками рекомендуется применять мощные диуретики короткого и среднего действия (фуросемид, этакриновая кислота). Калийсберегающие диуретики, обладающие слабым диуретическим и гипотензивным действием, применяются в основном при артериальной гипертензии или ХНК с развитием вторичного гиперальдостеронизма или для профилактики гипокалиемии при длительной терапии салуретиками.

Побочные эффекты. В первые 2 недели применения мощных или умеренных диуретиков возникает значительное снижение калия в крови. Но содержание внутриклеточного калия изменяется незначительно. Продолжение лечения диуретиками чаще всего не вызывает дальнейшего уменьшения концентрации калия. Однако необходимо учитывать, что гипокалиемия снижает почечную экскрецию некоторых препаратов (например, дигоксина), что может привести к возникновению серьезных нарушений. Для профилактики и предупреждения гипокалиемии необходимо стремиться перейти на минимальные эффективные дозы диуретиков, применять препараты средней длительности действия (12-16 ч), ограничить употребление поваренной соли (4-6 г/сут), увеличить потребление калийсодержащих продуктов, назначить препараты калия. При применении мощных или умеренных диуретиков у больных, особенно с ожирением, или при длительном лечении ими отмечается повышение уровня мочевой кислоты в крови. Гиперурикемия также наблюдается при сочетании диуретиков с бета-адреноблокаторами. Длительное лечение диуретиками может привести к развитию острой подагры или хронической нефропатии. При концентрации мочевой кислоты выше 10 мг/дл необходимо пользоваться урикозурическими средствами. При приеме фуросемида возможна обратимая глухота, исчезающая после прекращения лечения. При применении калийсберегающих диуретиков возможно развитие гиперкалиемии и метаболического ацидоза. При длительном приеме спиронолактона из-за стероидной структуры препарата возможна гинекомастия. При применении триамтерена и амилорида возможна азотемия.

Противопоказания к назначению. За исключением амилорида: тяжелая почечная и печеночная недостаточность, беременность в первые месяцы. Относительно противопоказан гидрохлортиазид при сахарном диабете. При гиповолемии и выраженной анемии противопоказан фуросемид. Основные противопоказания калийсберегающих диуретиков: гиперкалиемия, неполная

атриовентрикулярная блокада, совместное применение нескольких калийсберегающих диуретиков.

Бета-адреноблокаторы. Вследствие структурного сходства с эндогенными катехоламинами блокируют действие катехоламинов на сердце и сосуды. Гипотензивное действие обусловлено различными эффектами препаратов. На 15-20% снижается сердечный выброс, на 60% уменьшается уровень ренина, снижается парасимпатическая иннервация. Важным свойством данной группы: постоянство гипотензивного эффекта, не зависящего от физической нагрузки, положения тела и т.д. и может поддерживаться в течение длительного времени (около 10-15 лет) при рациональном приеме. Также отсутствует зависимость между концентрацией в крови и продолжительностью их действия. Для лечения гипертензии препараты можно применять 1 или 2 раза в сут. Для максимального снижения АД применяют большие дозы бета-блокаторов, чем для блокады рецепторов сердца и периферических тканей. Очень эффективны в гипотензивном плане бета-блокаторы длительного действия: некардиоселективные бета-блокаторы (надолол, пенбуталол, кардиоселективный ацебуталол. Однократный прием этих препаратов обеспечивает гипотензивный эффект в течение 18-24 часов. Монотерапия бета-блокаторами дает эффект только в 40-50% у больных с "мягкой" гипертензией, поэтому монотерапия при артериальной гипертензии II и III стадии нерациональна. Чаще применяют комбинацию с диуретиками (пиндолол+бринальдикс, тобанум-хлорпроналлол + бринальдикс и т.д.).

При гипертензии чаще используются пропранолол и празозин.

Пропранолол широко используется для понижения АД при легкой и умеренной гипертензии. При тяжелой гипертензии особенно полезен для предупреждения рефлекторной тахикардии, которая часто развивается при назначении вазодилататоров прямого действия. При применении пропранолола в первый раз антигипертензивный эффект обусловлен уменьшением сердечного выброса из-за развития брадикардии. При продолжении лечения сердечный выброс возвращается к норме, но АД остается сниженным из-за уменьшения периферического сосудистого сопротивления. Лечение начинают с суточной дозы 80 мг, разделенной на несколько приемов. Эффективная антигипертензивная дозировка находится в диапазоне 80-480 мг в сутки. Показателями бета-блокирующего действия являются брадикардия в состоянии покоя и снижение ЧСС при нагрузке. Пропранолол можно назначать один или два раза в сутки.

Празозин и другие α_1 -блокаторы оказывают блокирует α_1 -рецепторы артериол и венул. Альфа-блокаторы снижают АД, за счет как резистивных, так и емкостных сосудов, поэтому АД снижается в большей степени в вертикальном, чем в горизонтальном. Применение диуретиков может привести к задержке солей и жидкости. Препараты высокоэффективны в сочетании с пропранололом и диуретиками.

Вазодилататоры расслабляют гладкую мускулатуру артериол, снижая системное сосудистое сопротивление. В амбулаторной практике применяют пероральные препараты гидралазин и миноксидил. Их комбинируют с антагонистами кальция.

Гидралазин. Артериолярный вазодилататор. В монорежиме может привести к значительному повышению давления в легочной артерии, что опасно для больных с митральным пороком и стенокардией. Препарат принимают внутрь начиная с 10-25 мг 2-4 раза в сутки. Через 2-4 дня дозу увеличивают до достижения гипотензивно-

го эффекта. Ориентировочная доза составляет 100-200 мг в сутки, максимально - допустимая доза - 400 мг/сут. Введение в/в или в/м чаще необоснованно, т.к. даже для снятия гипертонического криза можно использовать другие препараты.

Миноксидил. Артериолярный вазодилататор. Более эффективен, чем гидралазин. Эффективен при тяжелой гипертензии и почечной недостаточности, но с применением диуретиков и бета-блокаторов. Назначается внутрь по 1-2,5 мг два раза в сутки, постепенно увеличивая дозу до 40 мг в сутки.

Таблица 1. - Антигипертензивное назначение других бета-блокаторов.

препараты	точка приложения	режим дозирования
метопролол	кардиоселективность не абсолютна и симптомы астмы могут обостряться	дозы могут колебаться от 100 до 450 мг в сутки
надолол	Неселективный	начальная суточная доза 40 мг. коррекция доз должна проводиться не чаще 1 раза в 4-5 дней
картеолол	Неселективный	начальная суточная доза 2,5 мг. коррекция доз должна проводиться не чаще 1 раза в 4-5 дней
атенолол	Селективный	начальная суточная доза 50 мг. коррекция доз должна проводиться не чаще 1 раза в 4-5 дней
бетаксолол	Селективный	начальная суточная доза 10 мг. коррекция доз должна проводиться не чаще 1 раза в 4-5 дней
пиндолол	парциальный агонист, β -блокатор с внутренней симпатомиметической активностью.	начальная суточная доза 10 мг.
ацебуталол	парциальный агонист, β -блокатор с внутренней симпатомиметической активностью.	начальная суточная доза 400 мг.
пенбуталол	парциальный агонист, β -блокатор с внутренней симпатомиметической активностью.	начальная суточная доза 20 мг.
лабетолол	α - и β - неселективный блокатор	200 -400 мг в сутки. При неотложных гипотензивных состояниях 20-80 мг в/в.

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) Гипотензивная активность связана с ингибирующим влиянием на ренин-ангиотензивную систему и стимуляцией каллекреин-кининовой системы. Ингибиторы АПФ понижают АД за счет снижения ОПСС. Сердечный выброс и ЧСС не меняются, не происходит рефлекторной симпатической активации и поэтому ингибиторы АПФ могут применяться при ИБС и кардиомегалии (каптоприл).

Токсичность ингибиторов АПФ. Может развиваться выраженная гипотензия у больных с гиповолемией, связанной с приемом диуретиков, ограничением натрия хлор в диете или потери жидкости через ЖКТ. Возможно развитие почечной недостаточности, особенно у больных со стенозами почечных артерий, гиперкалиемии, отеков, сухого кашля. Также возможны кожные аллергические реакции, лекарственная лихорадка, изменения вкусовых ощущений (у 10% больных). Частота их ниже при приеме эналаприла и лизиноприла.

Стандарты медикаментозной терапии артериальной гипертензии

Стандарт лечения артериальной гипертензии I стадии.

При неэффективности немедикаментозной терапии:

Вариант 1. Повышение АД с выраженными проявлениями активизации симпато-адреналовой системы: раздражительность, потливость, плохой сон и т.д.:

1) Бета-адреноблокаторы: пропранолол по 40 мг 3 раза в сутки.

Вариант 2. Избыточная масса тела.

1) Бета-адреноблокаторы: пропранолол по 40 мг 3 раза в сутки.

2) Диуретики: гидрохлортиазид 25-50 мг/сут в первой половине дня.

Стандарт лечения артериальной гипертензии II стадии.

Вариант 1. Средний возраст, умеренное питание.

1) Бета-адреноблокаторы: пропранолол 80-120 мг/сут в 3 приема.

2) Антагонисты кальция – нифедипин 90-120 мг в сутки в 2-3 приема

Вариант 2. Средний возраст, повышенное питание

1) Бета-адреноблокаторы: пропранолол по 90-120 мг/сут в 2-3 приема.

2) Диуретики: гидрохлортиазид 50-75 мг/сут в первой половине дня.

Вариант 3. Артериальная гипертензия с кардиальной симптоматикой.

1) Антагонисты кальция – нифедипин 40-60 мг в сутки в 2-3 приема

2) Ингибиторы АПФ – каптоприл 50 – 100 мг в сутки в 3 приема

3) Диуретики: гидрохлортиазид 50-75 мг/сут в первой половине дня.

Вариант 4. У пожилых людей.

1) Ингибиторы АПФ – каптоприл 50 – 100 мг в сутки в 3 приема

2) Диуретики: гидрохлортиазид 25-50 мг/сут в первой половине дня.

3) Препараты центрального действия: метилдопа по 250 мг 2 раза в день, коррекция дозы через 2 дня.

Стандарт лечения артериальной гипертензии III стадии.

Вариант 1. Повышение АД с выраженными проявлениями активизации симпато-адреналовой системы: тремор рук, слабость, сердцебиение, раздражительность, потливость, плохой сон и т.д.:

1) Бета-адреноблокаторы: пропранолол 60-100 мг/сут в 2-3 приема.

2) Антагонисты кальция – нифедипин 80 мг/сут в 2-3 приема

3) Диуретики – гидрохлортиазид – 75 мг/сут в первой половине дня.

4) Ингибиторы АПФ – каптоприл 50 – 100 мг/сут в 3 приема

Вариант 2. Избыточная масса тела.

1) Бета-адреноблокаторы: атенолол по 50-100 мг/сут в 1-2 приема.

2) Диуретики: фуросемид 80 мг в сутки 2 – 3 раза в неделю.

3) Препараты центрального действия – метилдопа по 250 мг 2 раза в день, коррекция дозы через 2 дня.

4) Антагонисты кальция – нифедипин 120 мг в сутки в 2-3 приема.

Вышеуказанные схемы должны оказать эффект на 2-3 сутки. При эффекте лечение может длиться 2-3 недели. В случае неэффективности: изменение режима дозирования препаратов; замена недостаточно эффективного препарата или отсутствующего препарата другим из этой же группы; вызов на консультацию кардиолога или госпитализация в специализированное кардиологическое отделение.

Литература:

1. Холодов Л.Е., Яковлев В.П. Клиническая фармакокинетика. М.: Медицина, 1985. 462 с.

2. Кукес В.Г. Клиническая фармакология. М.: Медицина, 1991. 653с.

3. Соловьев В.Н., Фирсов А.А., Филлов В.А. Фармакокинетика: Руководство.- М.: Медицина, 1980, 423 с.

4. Вотчал Б.Е. Очерки клинической фармакологии М., Медицина 1965.- С.470-490.

5. Williams-Ashman H.G., Reddi A.H. // Annu.Rev.Phys,1971.V.33.P.31-34.

6. Moeschlin S. Side effects of drugs // Fourth edition. Excerpta Medical Foundation,1963.- 220 p.

7. Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С., Лепахин В.К. Клиническая фармакология и фармакотерапия. М., Медицина, 1993. С. 390-456.

УДК 61: 001 (043.2) (476)

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ РАДИОЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

Л. М. Пивина¹, А. К. Мусаханова¹, А. Ж. Жумадилова², Т. И. Белихина³

¹Государственный медицинский университет г. Семей,

²Семейная врачебная амбулатория №3, ³НИИ радиационной медицины и экологии, г. Семей

В статье представлены результаты исследования качества жизни у больных с ишемической болезнью сердца, подвергшихся воздействию радиации в результатах испытаний ядерного оружия. Мы изучили качество жизни пациентов с хронической сердечной недостаточностью, уровень депрессии и тревоги, индекс активности и индекса качества жизни.

Радиоэкологиялық жайсыз жағдайда тұратын, жүрек ишемиялық ауруымен ауыратын тұрғындардың өмір сапасы

Мақалада ядролық қару сынақтарының нәтижесінде, радиациялық әсерлерге ұшыраған, жүрек ишемиялық аурулармен ауыратын науқастардың өмір сапасы зерттеуінің нәтижелері көрсетілген. Сондай-ақ созылмалы жүрек жетіспеушілігі ауруларымен ауыратын науқастардың өмір сапасы, депрессия және үрейдің көрсеткіші, белсенділік индексі және өмір сапасының индексі зерттелген.

Life quality in the patients with ischemic heart disease living in unfavorable radiological conditions

In the paper we have presented results of investigation of life quality in the patients with Ischemic heart disease exposed to radiation in the results of nuclear weapon tests. We have studied life quality of the patients with chronic heart failure, rates for depression and anxiety, activity index and index of life quality.

Введение

Обширные территории Восточно-Казахстанской области подверглись радиационному загрязнению в результате испытаний ядерного оружия, а население – многократному острому и хроническому сочетанному внешнему и внутреннему облучению в диапазоне средних и малых доз.

Медико-демографическая статистика свидетельствует о высоких уровнях заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения, имеющих высокую чувствительность к действию ионизирующих излучений, среди населения Восточно-Казахстанской области.

Болезни, возникающие в результате нарушения баланса адаптационного, репродуктивного и энергетического гомеостаза влияют не только на физическое состояние человека. Они изменяют его психологию, эмоциональные реакции, а также создают значительные проблемы в социальной области.

Традиционная оценка результатов лечения лабораторно-диагностическими методами не всегда дает возможность определить их влияние на качество жизни

пациента, потому что, оценивая эффективность лечебных мероприятий, врачи в основном анализируют отклонение различных физиологических параметров и показателей организма от так называемой «нормы». При этом больные, как правило, сосредоточены на субъективных изменениях состояния организма, психологических и социальных проблемах, появившихся в их жизни в связи с болезнью.

Оценка качества жизни – новое и перспективное направление в диагностике, которое дает возможность точнее оценивать нарушения в состоянии здоровья пациентов, определять оптимальный курс лечения, а также оценить ожидаемые результаты по параметрам, которые объединяют научный подход врачей-специалистов и субъективную точку зрения пациента. Использование опросников позволяет оценить восприятие больным своего здоровья, его точку зрения на свои функциональные возможности, его мнение о степени своего общего благополучия. Показатели качества жизни изменяются в процессе лечения в зависимости от состояния больного, что позволяет осуществлять контроль за качеством лечения.