

Секция 9: Медицинские науки

ЖАНГЕЛОВА ШОЛПАН БОЛАТОВНА

К.м.н., доцент, профессор кафедры внутренних болезней №2,

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

АЛЬМУХАМБЕТОВА РАУЗА КАДЫРОВНА

К.м.н., доцент, профессор кафедры внутренних болезней №2,

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

САВУТБЕКОВА ЛАУРА МУРАТОВНА

врач-интерн

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

ТӘЖІБАЙ ТАҢШОЛПАН МАМЫРЖАНҚЫЗЫ

врач-интерн

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

ҚУАТАЛЫ ӘСЕМ ҚУАНЫШҚЫЗЫ

врач-интерн

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

КОЛБАЙ АРАЙЛЫМ ЗҰЛЫПБЕКҚЫЗЫ

врач-интерн

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

ТҰНҒАТАР ГУЛНУР ДАУЛЕТЖАНҚЫЗЫ

врач-интерн

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

УСТРАНЕНИЕ ГИПЕРСИМПАТИКОТОНИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Инфаркт миокарда (ИМ) у большинства пациентов является мощным психотравмирующим фактором, сопровождается сильными эмоциональными переживаниями и может привести к состоянию психологической дезадаптации. Исследованиями доказано, что уровень смертности среди больных, перенесших ИМ и страдающих депрессией, в 3–6 раз выше, чем среди таких же больных, не имеющих признаков депрессии, отмечено и повышение развития новых случаев ИМ в течение пяти лет. Также у пациентов после ИМ нередко преобладают симптомы тревоги: беспокойство, ожидание худшего, эмоциональная лабильность, раздражительность, постоянный страх «за сердце» и за состояние здоровья в целом. Всё это сопровождается вегетативными расстройствами в виде приступов сердцебиения, одышки, головокружения, а также различными нарушениями в сексуальной сфере. Маркерами повышенной симпатической активности со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС) являются: высокая частота сердечных сокращений (ЧСС) в покое (оптимальная до 75 ударов в минуту у здоровых), повышение артериального давления (АД), вариабельность АД и пульса. Как известно, тахикардия - самостоятельный фактор риска сердечно-сосудистой летальности и прогностически - маркер развития ИБС, артериальной гипертензии (АГ), сахарного диабета (СД) 2 типа. Поэтому контроль состояния вегетативной нервной системы играет важную роль в комплексной терапии инфаркта миокарда [1, с.7-29; 2, с.12-81; 3, с 14-29].

Целью нашего исследования явилось изучение влияния моксонидина (Физиотенз, фирма Abbott) на состояние больных, перенесших инфаркт миокарда.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 48 больных ИБС, в возрасте от 54 до 78 лет (средний возраст $67,2 \pm 1,5$), из них 18 женщин и 30 мужчин, в исследование включались пациенты только с ПИКС, подтвержденным на ЭКГ, из них давность инфаркта до 1 года установлена у 17 (35,4%), до 3-х лет – у 26 (54,2%), свыше 3-х лет – у 5 (10,4%). Этой группе пациентов наряду с традиционной схемой лечения (гиполипидемические препараты, дезагреганты, кардиопротекторы) был назначен симпатолитик центрального действия последнего поколения - моксонидин в дозе 0,2 – 0,4 мг. Контрольную группу составили 40 больных с ИБС после перенесенного инфаркта миокарда в анамнезе, также подтвержденным по ЭКГ, сопоставимых по возрасту и полу, по давности перенесенного инфаркта миокарда, которые получали традиционную терапию, только без назначения моксонидина. Длительность наблюдения составила 2 месяца. Пациентам проводили: клиническое обследование - сбор анамнеза, объективный осмотр, применяли инструментальные методы (ЭКГ), а также оценивали состояние вегетативного статуса по объективным данным (наличие тахикардии, гипервентиляции, потливости, покраснению кожных покровов), субъективным данным проявлений тревоги: беспокойство, страх, раздражительность, чувство неспособности справиться или находиться в текущей ситуации, нарушения сна.

Результаты и обсуждение. По результатам нашего исследования большинство пациентов (34 - 70,8%) предъявляли жалобы на дискомфорт в области сердца, периодические боли, неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение. Следует отметить, что многие симптомы депрессии являются общими с основным заболеванием и иногда их бывает трудно различить. Практически все больные (46 – 95,8%) указывали на повышенную утомляемость, раздражительность, эмоциональную

неустойчивость, страх. В ряде случаев наблюдались скрытые, маскированные депрессии. В клинической картине такой депрессии имели место различные виды нарушений сна, аппетита, изменение массы тела, повышенная утомляемость или раздражительность, снижение физической активности, а также болевой синдром разной локализации (кардиалгии, головные боли, боли в спине). Согласно литературным данным, различают следующие виды психических нарушений: тревожно-депрессивный, кардиофобический и депрессивно-ипохондрический синдромы. Пациенты с депрессией чаще жалуются на приступы стенокардии, у них достоверно ниже толерантность к физической нагрузке, они нерегулярно принимают рекомендованные препараты, не соблюдают рекомендованную диету, продолжают курить, неохотно участвуют в мероприятиях по реабилитации и вторичной профилактике. Психоэмоциональные переживания играют большую роль в возникновении приступов стенокардии. Нередки жалобы пациентов на учащенное сердцебиение и ощущение нехватки воздуха. Возникают психо-эмоциональные симптомы: беспокойство, страх, нервозность. Эмоциональное напряжение всегда сопряжено с болевыми и вегетативными феноменами.

Моксонидин уменьшает активность симпатической нервной системы, действуя на центральную нервную систему, в частности на стволовые структуры мозга. Снижает АД в комбинированной терапии, причем возможно сочетание со всеми антигипертензивными препаратами. Моксонидин – представитель третьего поколения центральных симпатолитиков, в отличие от первых поколений высокоселективен в отношении имидазолиновых рецепторов.

В процессе проведенной нами терапии моксонидином отмечалась достоверная положительная динамика практически по всем исследуемым показателям, включая урежение ЧСС, исчезновение симптомов тревоги и симпатикотонии. Ни у одного больного не наблюдалось симптомов сонливости или заторможенности. Практически все пациенты отмечали улучшение субъективного эмоционального статуса, повышение

работоспособности, исчезновение дискомфорта в области сердца, сердцебиения.

Таким образом, результаты исследования показали, что у больных с перенесенным инфарктом миокарда применение моксонидина в дозе по 0,2-0,4 мг в течение 2-х месячного курса устраняет гиперсимпатокотонию и способствует улучшению субъективного и объективного статуса пациентов.

Литература

1. Алгоритмы ведения пациента с артериальной гипертензией. Общероссийская общественная организация «Содействия профилактике и лечению артериальной гипертензии «Антигипертензивная Лига». Санкт-Петербург, 2015. Издание первое. С. 7-29.
2. Рекомендации ESH/ESC 2013 Г. по лечению артериальной гипертензии (перевод на русский язык с англ. Российского медицинского общества по артериальной гипертензии. 2013 г // *Journal of Hypertension* 2013; 31(7):1281-1357
3. Клинический протокол диагностики и лечения «артериальная гипертензия» РЦРЗ МЗ РК от «30» ноября 2015 года, Протокол № 18.- С 14-29.