

Секция 9: Медицинские науки

АЛЬМУХАМБЕТОВА РАУЗА КАДЫРОВНА

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

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

ЖАНГЕЛОВА ШОЛПАН БОЛАТОВНА

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

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

ПОЛЗИК ГАЛИНА БАКЕТОВНА

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

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

ТӨРЕХАНҚЫЗЫ МАРЖАН

врач-интерн

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

НҰРБЕКОВА ГҮЛНАЗ ҚАЛДЫБАЙҚЫЗЫ

врач-интерн

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

СҰЛТАН МАҚПАЛ МҰХАНҚЫЗЫ

врач-интерн

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

ДУЙСЕБАЙ РОЗА ШУПШЕКҚЫЗЫ

врач-интерн

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

ҚАЛМАХАН ҚАЗЫНА МЫРЗАХАНҚЫЗЫ

врач-интерн

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Общеизвестно, что метаболический синдром – комплекс метаболических, гормональных и клинических нарушений, являющихся факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Медико-социальная значимость метаболического синдрома обусловлена более высокой частотой развития у пациентов жизненно опасных сердечно-сосудистых заболеваний. Основные симптомы и проявления метаболического синдрома: артериальная гипертензия, абдоминально-висцеральное ожирение; инсулинорезистентность и гиперинсулинемия; дислипидемия (липидная триада). Лечение артериальной гипертензии относится к патогенетической терапии метаболического синдрома, поскольку, она вносит определенный вклад в формирование и прогрессирование данного синдрома. Общеизвестно, что один из основных механизмов развития АГ и сердечно-сосудистых осложнений, а также поддержания высокого уровня АД является повышенная активность симпатической нервной системы. Согласно рекомендациям по диагностике

и лечению АГ 2013, Европейского общества по АГ (ESH) и Европейского общества кардиологов (ESC) антигипертензивные препараты центрального действия являются также эффективными и чаще всего используются в различных комбинациях с другими препаратами.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности и безопасности применения моксонидина (Физиотенз фармацевтической фирмы Эббот) в комбинированной терапии АГ у больных с метаболическим синдромом.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 43 больных с метаболическим синдромом в возрасте от 66 до 73 лет (средний возраст – $69,3 \pm 0,9$), из них мужчин - 20; женщин - 23. Помимо общеклинических анализов исследовали уровень глюкозы натощак, липидограмму. Всем больным рассчитывали индекс массы тела, также определяли окружность талии, САД, ДАД и пульсовое АД (ПАД). Антигипертензивную эффективность препарата оценивали по уровню офисного АД и показателям СМАД, ДМАД. Использовались краткосрочные (в течение 4-8 недель от начала лечения) и отдаленные критерии (через 12): достижение целевого уровня АД; отсутствие гипертонических кризов; влияние на модифицируемые факторы риска.

20 больных АГ (контрольная группа) получали комбинированную антигипертензивную терапию: иАПФ, БАБ и диуретики. 23 пациентам помимо этих препаратов был назначен моксонидин по 0,4 мг в сутки. Курс лечения, начатый в стационаре, был продолжен амбулаторно в течение 8 -12 недель.

Результаты и обсуждение. Ведущим клиническим признаком метаболического синдрома является абдоминально-висцеральное ожирение, По результатам нашего наблюдения ИМТ был в пределах от 25 до 29 – у 8 (18,6%) , от 30 до 34,9 был у 23 (53,5%) больных, от 35-40 у 9 (20,9%) и свыше 40 у 3 (7 %). Среди обследованных нами больных АГ I степени выявлена у 6 (13,9%); II степени - у 22 (51.2%) и III – у 15 (34,9%)

пациентов. Нарушение толерантности к глюкозе обнаружено у 24 пациентов (55,8%) и сахарный диабет 2 типа имел место у 19 (44,2%) больных, причем он зарегистрирован у 27 (62,8%) пациентов с явным ожирением. Наиболее частым вариантом дислипидемии является липидная триада: сочетание гипертриглицеридемии, низкого уровня ЛПВП и повышения ЛПНП. По результатам нашего изучения дислипидемия была обнаружена у 39 (90,7%).

Результаты лечения представлены в таблице №1. Через 8 недель лечения отмечено значимое снижение, как офисных, так и среднесуточных абсолютных показателей САД и ДАД.

Таблица 1. Сравнительные результаты лечения по группам

Показатели	Исследуемая группа			Контрольная группа		
	До лечения	Через 8 недель	Через 12 недель	До лечения	Через 8 недель	Через 12 недель
САД	178,5±2,3	146,8±0,01	130,9±0,02	176,4±2,1	161,4±4,7	154,7±0,2
ДАД	95,2±1,6	90,2±0,005	89,1±0,04	94,1±1,8	93,8±0,8	91,1±2,9
ПАД	63,3±1,8	56,2±3,5	40,2±2,4	61,4±2,9	58,1±4,8	49,1±3,1
ИМТ	28,1±1,2	28,0±0,9	26,6±0,7	29,2±2,7	29,1±2,0	28,2±0,5
ЛПНП	4,1±1,2	3,7±1,2	2,2±1,1	4,1±1,2	4,0±1,2	3,4±1,1
ЛПВП	0,85±0,3	0,85±0,7	1,09±0,3	0,84±0,7	0,84±0,2	1,02±0,6
ТГ	2,4±0,06	2,4±0,06	1,8±0,04	2,3±0,09	2,3±1,5	2,1±0,6
холестерин	6,9±1,5	6,2±1,1	4,9±0,9	6,7±1,8	6,6±1,4	5,4±0,9

Общепризнано, что одним из важных условий антигипертензивной терапии у больных с метаболическим синдромом является достижение целевого уровня артериального давления - ниже 140/90 мм рт. ст. (и для больных сахарным диабетом - ниже 130/85 мм рт. ст.), так как именно при этом условии наблюдается меньше сердечно-сосудистых осложнений. При этом также необходимо учитывать влияние антигипертензивного препарата на углеводный и липидный обмен. Через 2 месяца на лечение ответили 78,2%, а целевого уровня достигли 61,9% больных в исследуемой группе, тогда как в контрольной группе эти показатели были ниже – 69,6% и 58,7%.

Кроме того, уменьшая инсулинорезистентность, массу тела и улучшая липидные параметры благоприятно действует при метаболическом синдроме.

По результатам нашего наблюдения в процессе комбинированной терапии с моксонидидом у 3 (7%) больных отмечена сухость во рту, при снижении дозы до 0,2 мг он исчез.

Таким образом, комбинированная терапия с центральным симпатолитиком - моксонидином у больных с метаболическим синдромом снижает уровень АД до целевых значений у 61,0% больных, при этом имеет достаточно высокий профиль безопасности.

Литература:

1. Алгоритмы ведения пациента с артериальной гипертензией. Общероссийская общественная организация «Содействия профилактике и лечению артериальной гипертензии «Антигипертензивная Лига». Санкт-Петербург, 2015. Издание первое. 29 с.
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.