

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПСИХОТРОПНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Н. В. Егорова, А. С. Галявич, К. К. Яхин

Казанская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением (главврач — канд. мед. наук Р. Р. Хамитов) МЗ РФ, кафедра факультетской терапии (зав. — проф. А. С. Галявич), кафедра психиатрии (зав. — проф. К. К. Яхин) Казанского государственного медицинского университета

Согласно заключению экспертов Всероссийского научного общества кардиологов, артериальная гипертензия (АГ) стала самым распространенным заболеванием, определяющим структуру сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности [2]. Этим обусловлено повышенное в последнее время внимание к проблеме диагностики и лечения АГ. Можно отметить интерес к пограничным психическим нарушениям, возникающим в процессе течения АГ, и их коррекции для большей эффективности лечения гипертонии [1, 3, 5]. При этом как в отечественной, так и в зарубежной литературе практически отсутствует информация об особенностях течения АГ у пациентов, которые уже изначально имеют такие хронические психические заболевания, как шизофрения, органическое заболевание головного мозга, эпилепсия, и вынуждены практически пожизненно получать соответствующее, часто комбинированное лечение психотропными препаратами. Указывается лишь, что установлены повышенная заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистой патологии в популяции больных шизофренией и органическим заболеванием головного мозга, и связанная с этим меньшая продолжительность жизни независимо от получаемой нейрорепитивной терапии [6, 9]. Отмечается также более высокая распространенность таких модифицируемых факторов риска, как курение, склонность к алкоголю, малоподвижный образ жизни, несбалансированное питание, избыточная масса тела, нарушенная толерантность к глюкозе и инсулиннезависимый сахарный диабет [7—8].

Кроме того, широкий набор психотропных средств, получаемый этими больными, обуславливает определенные ограничения в выборе гипотензивного препарата, так как приходится учитывать возможные осложнения, возникающие в результате интеракции препаратов между собой. Рациональное же использование таких известных соматотропных эффектов большинства нейрорепитивных и антидепрессантов, как гипотензивный, антиангинальный, позволяет в ряде случаев обойтись без дополнительного назначения препаратов этой направленности, избежать полипрагматизации и нередких при ней реакций лекарственной несовместимости [4]. Однако вся информация о соматотропном влиянии психотропных средств ограничивается описанием отдельных возникающих эффектов и симптомов (понижение АД, увеличение массы тела, изменение отдельных параметров ЭКГ и т.д.), но не дает описания целостной картины комплексного влияния комбинированного психотропного лечения на течение АГ как нозологической единицы.

Цель настоящего исследования: выявление особенностей течения АГ у больных шизофренией, органическим заболеванием головного мозга и эпилепсией, находящихся в условиях длительного стационарного комбинированного лечения психотропными препаратами, с учетом факторов риска, динамики уровня АД в процессе лечения, возникающих осложнений АГ.

Выборку осуществляли из числа больных, находящихся на стационарном лечении в Казанской психиатрической больнице специализированного типа с

интенсивным наблюдением за период с января 1998 по апрель 2003 г. Всего было отобрано 158 пациентов, страдающих гипертонической болезнью и психическим заболеванием — шизофренией, органическим заболеванием головного мозга или эпилепсией в возрасте от 21 года до 79 лет. Среди них было 70 (44,3%) женщин и 88 (55,7%) мужчин. Большинство больных были в возрасте 50 лет и старше (73,4%). Продолжительность течения гипертонической болезни — от 6 месяцев до 27 лет, психического заболевания — от 1,5 лет до 32 лет, продолжительность непрерывного пребывания в больнице — от 4 месяцев до 11,6 года (в среднем 6 лет). У 124 (78,5%) человек АГ была до поступления в больницу, из них мозговой инсульт (МИ), в основном ишемический, в анамнезе имелся у 6 человек, транзиторная ишемическая атака — у одного, ИМ (инфаркт миокарда) — у 10. У остальных АГ впервые была выявлена во время стационарного лечения в клинике. Исходно АГ I степени имела у 52 (32,9%) человек, II — у 91 (57,6%), III — у 15 (9,5%), среди них 1-я (низкая) степень риска острых сердечно-сосудистых событий определялась у 3,8% пациентов, 2-я (средняя) — у 24,1%, 3-я (высокая) — у 31,0%, 4-я (очень высокая) — у 47,5%. Наиболее высокой распространенностью отличались следующие факторы риска: приверженность к курению (94,9%), ожирение 1—2-й степени (29,8%), отягощенная наследственность АГ (41,1%), нарушенная толерантность к глюкозе и сахарный диабет 2-го типа (19,0%), гиперхолестеринемия (18,4%), причем у 30,4% больных наблюдалось сочетание двух и более факторов риска. Поражения органов-мишеней (в основном гипертоническая ангиопатия и гипертрофия левого желудочка) были у 112 (71%) больных, ассоциированные клинические состояния (в основном стенокардия, МИ и ИМ в анамнезе, застойная сердечная недостаточность) — у 43 (27,2%).

За время наблюдения большинство больных с первых дней пребывания в больнице получали комбинированную

психотропную терапию в 5 вариантах: 1) 3 препарата (2 нейролептика и один антидепрессант) — 43 (27%) человека; 2) 2 препарата (2 нейролептика или нейролептик и антидепрессант) — 57 (36%); 3) один нейролептик или антидепрессант — 31 (20%); 4) противосудорожные препараты — 9 (6%); 5) у 18 (11%) больных имела место ранняя отмена всех психотропных препаратов из-за отсутствия прямых показаний к их назначению в данный момент.

Лечение гипертонической болезни осуществляли с момента регистрации повышенного уровня АД с учетом степени риска, получаемой психотропной терапии, сопутствующей патологии. Из гипотензивных применялись тиазидные диуретики, ИАПФ, β -адреноблокаторы, препараты центрального действия, в основном в виде монотерапии или комбинации 2 препаратов. Зачастую суточные дозы указанных лекарственных средств были минимальны (например, гипотиазид — 25 мг, атенолол — 25 мг, эналаприл — 2,5 мг).

К концу периода наблюдения и лечения у 83% пациентов наблюдалось снижение как САД (в среднем на 13,6% от исходного уровня), из них целевой уровень (рис. 1) был достигнут у 113 (71,9%) больных, так и ДАД (75%). АД снизилось в среднем на 12,4%, из них целевой уровень достигнут у 110 (70%) лиц. Целевой уровень как по САД, так и по ДАД (рис. 2) был получен у 199 (69%) пациентов. У 109 (69%) пациентов, достигших целевые значения АД (140/90 мм Hg и ниже), преобладали 1 и 2-й варианты психотропного лечения (соответственно у 47 и 37), 3-й вариант был у 18 человек, 4-й — у 5, 5-й — у 2. Больным этой группы чаще назначали такие нейролептики, как аминазин в суточных дозах от 200 до 350 мг, тизерцин до 150 мг, рисполепт до 6 мг, из антидепрессантов — ципрамил (20 мг), анафранил (100—150 мг). Наибольшее снижение АД от 30 до 55 мм Hg от исходного уровня наблюдалось у 40 человек, получающих 1 и 2-й варианты психотропной терапии. АД снижалось доста-

Рис. 1. Динамика уровня САД в процессе лечения. Обозначения: САД_{иск.} — систолическое АД исходное, САД_{кон.} — систолическое АД конечное.

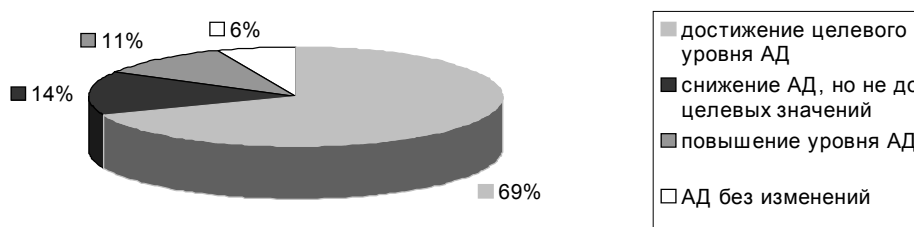


Рис. 2. Динамика уровня АД в процессе лечения.

точно постепенно, в течение примерно 1—3 месяцев и достигало целевых значений к концу первого полугодия — первого года пребывания в клинике, что позволило также постепенно, параллельно снижению АД, сократить дозы, кратность приема, а зачастую и вовсе отказаться от гипотензивных препаратов. Отметим, что у пациентов этой категории мы не наблюдали выраженных ортостатических реакций, повлекших за собой какие-либо негативные последствия.

У 22 (14%) больных со снизившимся АД, но не достигшим целевых значений, САД снизилось от 30 до 5 мм Hg (в среднем на 17,5 мм Hg, или на 11%) от исходного уровня, ДАД — от 15 до 5 мм Hg (в среднем на 10 мм Hg, или на 7%). У них преобладал 5-й вариант психоактивной терапии (у 7). Комбиниро-

ванное лечение из двух и более препаратов получали по 5 человек, монотерапию — 4.

У 17 (11%) больных с повысившимся АД по сравнению с исходным уровнем САД возросло от 5 до 25 мм Hg (в среднем на 15 мм Hg, или на 7%). Преобладали пациенты старше 50 лет (94%) с различными вариантами органического заболевания головного мозга (53%) и шизофренией (47%). Большинство пациентов страдали АГ (82%). Преобладающими у них являлись 5 (35%) и 3-й (30%) варианты терапии. Во время активного первоначально психотропного лечения уровни АД в большинстве ситуаций снижались часто до целевых значений при параллельной монотерапии гипотензивными средствами. В дальнейшем же, при отмене нейролептиков и антидепрессантов, уровни АД повыша-

лись в течение 1—2 месяцев. При этом возникала необходимость в увеличении дозировок, кратности их приема, комбинации гипотензивных препаратов.

У 10 (6%) больных АД осталось без изменений. Исходно преобладала АГ 1 и II степени (по 40%). Были использованы 5 и 3-й (70%) варианты лечения. За время пребывания в стационаре 7 (4,4%) человек перенесли ишемический МИ: один из больных умер, у 13 (8%) был ИМ: умерли 6. Данные осложнения и исходы наблюдались преимущественно в группе пациентов, у которых АД или повышалось, или не изменялось.

Таким образом, у обследованных психически больных была достаточно высокой распространенность модифицируемых факторов риска кардиоваскулярных заболеваний. Несмотря на положительную динамику уровня АД и достижение его целевых значений, в большинстве случаев больные нуждаются в дополнительной коррекции факторов, ухудшающих прогноз АГ. Наиболее благоприятное течение АГ (снижение АД и стабилизация его на уровне 140/90 мм Hg и ниже) наблюдалось в группе пациентов, получавших комбинированную психотропную терапию из 2 или 3 препаратов. Рациональное использование последней позволяло в большинстве случаев снизить дозы и кратность приема гипотензивных средств, уменьшить количество комбинируемых препаратов или вовсе отказаться от них.

ЛИТЕРАТУРА

1. Благовидова О.Б. Аффективные расстройства при гипертонической болезни: *Àâõ ðãð. àèññ. ... èàí ä. ì ää. í àóê.* — Ì., 2000.
2. Доклад экспертов научного общества по изучению АНГГ, Всероссийского научного общества кардиологов и Межведомственного Сове-

та по сердечно-сосудистым заболеваниям (ДАГ1) "Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертензии в Российской Федерации". //Клин. фармакол. и тер. — 2000. — №9(3). — С. 5—7.

3. Петухов О.И. Психические расстройства у больных АГ и их терапевтическая коррекция: *Àâõ ðãð. àèññ. ... èàí ä. ì ää. í àóê.* — Казань, 2002.
4. Райский В.А. Психотропные средства в клинике внутренних болезней. — М., 1988.
5. Румянцева Г.М., Соколова Т.Н. и др. Депрессия у больных гипертонической болезнью. — М., 2000. — Вып. 3. — С.3.
6. Baldwin I.A. //Psychol. Med.—1979. — Vol. 9.— P.611—619.
7. Bergen A. W., Caporaso N. // J. Natl Cancer Inst. — 1999. — Vol. 91. — P. 1365—1375.
8. Brown S., Birtwistle J. et al. // Psychol Med. — 1999. — Vol. 29. — P 697—701.
9. Felker B., Yazel J.J., Short D. // Psychiatr Serv.—1996.—Vol.47.—P. 1356—1363.

Поступила 05.06.03.

PECULIARITIES OF THE COURSE OF ARTERIAL HYPERTENSION IN MENTALLY ILL PERSONS IN PROLONGED COMBINED THERAPY WITH PSYCHOTROPIC MEDICATIONS

N.V. Egorova, A.S. Galyavich, K.K. Yakhin

S u m m a r y

Peculiarities of the course of arterial hypertension are studied in 158 mentally ill patients during prolonged combined treatment with psychotropic drugs. The efficiency of combined treatment of arterial hypertension depending on combination, daily doses and psychotropic therapy duration is estimated. It is established that mentally ill persons have high incidence of modified risk factors, requiring additional correction of factors impairing arterial hypertension prediction, despite the positive dynamics of arterial hypertension level in the majority of patients. The most favourable course of arterial hypertension was observed in persons getting combined psychotropic therapy with two or three drugs, rational use of which in the majority of cases made it possible to decrease doses of hypotensive drugs or abandon them.