

Л.В. Фоменко¹, Л.А. Исаевская², В.В. Красько¹, Н.Н. Шамборский¹, В.М. Самохвалова¹

¹Комунальное учреждение «Городская больница № 17», Кривой Рог
²Комунальное учреждение «Бердянская городская больница», амбулатория № 4

Методы преодоления резистентности к лечению при артериальной гипертензии

В статье изложены методы преодоления одной из причин резистентности к лечению при артериальной гипертензии (как истинной, так и псевдорезистентности) на фоне тревожно-депрессивных расстройств путем применения транквилизаторов, анксиолитиков как препаратов первого ряда неотложной терапии у пациентов с лабильной артериальной гипертензией и повышением артериального давления на фоне панических атак до консультации психиатра.

Ключевые слова: резистентная артериальная гипертензия, тревожно-депрессивный синдром, гипертензивный криз.

Введение

Артериальная гипертензия (АГ), несмотря на наличие множества эффективных препаратов для снижения артериального давления (АД), остается актуальной проблемой кардиологии, особенно резистентная АГ, будучи разнородной по своему генезу (Обертинаська О.Г., 2015). В настоящей публикации мы пытались найти способы преодоления резистентности АГ, обусловленной функциональными расстройствами нервной системы, в частности астено-невротическим и тревожно-депрессивным синдромами. Длительное течение этих расстройств снижает приверженность больных проводимому лечению, отчасти ввиду того, что оно воспринимается ими как неэффективное (Доценко С.Я., 2013; Збітнева В.О., Бусел С.В., 2017). Резистентную АГ диагностируют при сохранении повышенных показателей АД, несмотря на комплайнс при приеме трех антигипертензивных препаратов, желательно подтвержденном амбулаторным мониторированием АД (Moser M., Setaro J.F., 2006). Подбор терапии при стабильном течении АГ можно проводить в соответствии с общепринятыми стандартами. В большинстве случаев эта терапия эффективна.

В последнее время отмечено увеличение количества случаев АГ, которые достаточно хорошо контролируются антигипертензивными препаратами большую часть суток, но периодически (чаще — во второй половине дня, вечером) пациенты отмечают повышение АД на 35–40 мм рт. ст. в течение короткого периода — за 15–20 мин. Подъем АД сопровождается ощущением сердцебиения, жара, головокружения. Пациенты редко при этом самостоятельно предъявляют жалобы на ощущение тревоги, беспокойства, немотивированного страха; их выявляют при активном опросе. Больные расценивают тревогу как следствие или обоснованную реакцию на повышение АД, но при подробном сборе анамнеза можно выявить, что немотивированная тревога и страх, порой по интенсивности соответствующие панической атаке, возникают все же до повышения АД. При этом повышение АД трудно купируется введением антигипертензивных препаратов и заметно снижается на фоне применения транквилизаторов и даже седативных препаратов. Особенно эффективен плановый прием транквилизаторов или анксиолитиков, а иногда и сочетанное применение препаратов обеих групп в зависимости от выраженности симптоматики. На фоне регулярного применения психотропных препаратов через несколько дней отмечают улучшение самочувствия пациентов, прекращаются или становятся менее выраженным подъемы АД, отмечаемые закономерно в «привычное время», становится менее выраженной эмоциональная окраска этих эпизодов. При преобладании депрессивных расстройств пациентам назначают антидепрессанты. Назначение психотропных препаратов осуществляется и врачами-интернистами при необходимости достижения быстрого эффекта у пациентов с повышением АД до высоких показателей, при не-

возможности ургентной консультации психиатра, а также при отказе пациента от его консультации.

Клинический случай № 1

Пациентка Щ., 65 лет. Регулярно обращалась за медицинской помощью по поводу повышения АД, преимущественно в вечернее время, сопровождавшееся ощущением внутренней дрожи, беспокойства, сердцебиения, болью колющего характера в области верхушки сердца. Самостоятельное измерение АД, выявлявшее повышенные до 170–180/100 мм рт. ст., а порой и более высокие показатели, еще больше усиливало страх. При этом больная регулярно принимала назначенное плановое лечение (рамиприл, индапамид, бисопролол). Эти препараты были достаточно эффективны на протяжении суток, АД оставалось в пределах нормы. Повышение АД отмечалось по вечерам на фоне приступов немотивированного беспокойства и усугубилось за 2–3 нед до обращения. При этом больная отмечала ухудшение сна, снижение настроения в течение этого же периода. Диагностирована неврастения в течение последних 20 лет, периодически принимала транквилизаторы, седативные препараты. АД повышено в течение около 10 лет. На фоне эпизодов повышения АД беспорядочно самостоятельно принимала антигипертензивные препараты, однако отмечала их незначительную эффективность. Регулярно антигипертензивные препараты не применяла в связи с тем, что не отмечала быстрого антигипертензивного эффекта от их приема, а также ввиду опасения побочных эффектов.

Госпитализирована в кардиологическое отделение. При поступлении кожа частая, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипы отсутствуют. Границы сердца в пределах нормы. Ритм сердца правильный, тоны удовлетворительной звучности. Частота сердечных сокращений (ЧСС) — 75 уд./мин. АД — 170/96 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отеков нет. Выражение лица тревожное. На электрокардиограмме ритм синусовый, правильный, патологических изменений не выявлено. При ультразвуковом исследовании сердца выявлены признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. Общие анализы крови, мочи, биохимические показатели крови в пределах нормы.

После применения фабомотизола самочувствие и состояние пациентки улучшилось в течение 1 нед. Прекратились подъемы АД, приступы паники, улучшился сон. Плановую антигипертензивную терапию рамиприлом, бисопрололом и индапамидом не меняли; ее эффективность повысилась на фоне приема анксиолитика и транквилизатора. После прекращения приема фабомотизола через 2 мес приступы паники и повышение АД преимущественно в вечернее и ночное время 1 раз в 2–3 дня, а то и ежедневно, возобновились. Возврат к терапии улучшил состояние. После окончания курса лечения фабомотизолом в течение 2 мес и перехода на седативные препараты состояние пациентки остается удовлетворительным, плановая антигипертензивная терапия — эффективной.

Клінічнийслучай № 2

Пациентка З., 58 років. В течіє 6 місяців 3 рази ургентно госпіталізована в кардіологічне відділення, регулярно 2–3 рази в неделю викликала «швидку допомогу» по поводу підвищення АД до 170–180/100 мм рт. ст. Подъеми АД супроводжувалися головокруженням, ощущенням сердцебійності, онеменням тела, замірания серця, страхом смерті. ЧСС при цьому складала 78–85 уд./хвилину. Пациентка отмічала підвищення АД в течіє 5 років до обрашення. АГ заливалася в пределах 1-ї ступені, течіє стабільне, не супроводжувалося вираженою суб'єктивною симптоматикою.

При госпіталізації кожні покрови чисті, обычної окраски. Підвищено питання. В легких дыхання везикулярне. Границі серця в пределах норми, ритм правильний, тона удовлетворительної звучності, умеренно виражений акцент другого тона на аорти. АД 175/100 мм рт. ст. ЧСС 76 уд./хвилину. Живот мягкий, безболезненний. Печень у краю реберної дуги, селезенка не пальпирується. Отеків немає. Нистагм, парези конечностей, менингальянічні знаки не виявлені. Вираженість лица тревожна.

Амбулаторно принімала планову терапію валсартаном, індапамідом, залишаючись ефективною більшу частину времени наблюдения, але не предотвращавши подъеми АД на фоне приступообразно виникших тревоги і беспокойства. Последние виявлені при целенаправленном расспросе, больная не упоминала их при предъявлении жалоб. На электрокардиограмме и эхокардиограмме признаки гипертрофии миокарда левого желудочка отсутствуют. Добавление к проводимой терапии флюксетина и гидазепама в течение 1 недели снизило тревожность, колебания АД стали значительно менее выражены, улучшился сон. Терапия гидазепамом прекращена через 10 дней, флюксетином — продолжена до 2 месяцев. В стационаре АД повышалось до 140/95 мм рт. ст. и не сопровождалось онемением тела, головокружением.

Заключение

В стационаре около ½ пациентов с підвищенням АД приступообразного характера, супроводжуючогося вираженою емоціональною, тревожно-депресивною окраскою, госпіталізують з диагнозом «гіпертоніческий криз», часто провоцируемим паническими атаками, которым подвержены эти пациенты. Причем развитие тревожно-депрессивных расстройств у кардиологических больных, преимущественно женщин, усугубляет течение АГ, приводит к резким колебаниям АД, повышает риск осложнений, снижает эффективность лечения и создает впечатление резистентности АГ к нему. Добавление к терапии препаратов с анксиолитическим, транквилизирующими и антидепрессивным эффектом повышает эффективность антигіпертензивної терапии, уменьшает колебания АД и улучшает самочувствие больных. Пациентам настоятельно рекомендована консультация психиатра для коррекции при необходимости проводимого лечения и определения режима и длительности приема психотропных препаратов.

Таким образом, считаем целесообразным у пациентов с лабильным течением АД, склонностью к гіпертензивним кризам с выраженной эмоциональной окраской в виде тревоги и страха целенаправленно выявлять при сборе анамнеза соответствующую

симптоматику, изменения настроения, сна, для своевременного назначения транквилизаторов и антидепрессантов, стабилизации течения основного заболевания (в данном случае — АГ), снижения риска осложнений, частота которых снижается при эффективном контроле АД, улучшения качества жизни пациентов. Это позволяет снизить резистентность к лечению, направленному на АГ, обусловленную изменениями психоэмоциональной сферы.

Список использованной литературы

- Доценко С.Я. (2013) Прихильність до антигіпертензивної терапії хворих з неконтрольованою артеріальною гіпертензією. Запорож. мед. журн., 2: 13–17.
 Збітнева В.О., Бусел С.В. (2017) Аналіз причин недостатньої прихильності до лікування та методи їх корекції у хворих на резистентну та псевдорезистентну артеріальну гіпертензію в практиці сімейного лікаря. ScienceRise: Medical Science, 2(10): 15–18.
 Обертинська О.Г. (2015) Резистентна артеріальна гіпертензія: пошук оптимальної комбінованої терапії. Укр. кардіол. журн., 6: 113–124.
 Moser M., Setaro J.F. (2006) Resistant or Difficult-to-Control Hypertension. N. Engl. J. Med., 355: 385–392.

Методи подолання резистентності до лікування при артеріальній гіпертензії

Л.В. Фоменко, Л.А. Ісаєвська, В.В. Красько,
 М.М. Шамборський, В.М. Самоквалова

Резюме. У статті викладені методи подолання однієї з причин резистентності до лікування при артеріальній гіпертензії (як справжньої, так і псевдорезистентності) на тлі тривожно-депресивних розладів шляхом призначення транквілізаторів, анксиолітиків як препаратів першого ряду невідкладної терапії у пацієнтів із лабільною артеріальною гіпертензією і підвищеннем артеріального тиску на тлі панічних атак до консультації психіатра.

Ключові слова: резистентна артеріальна гіпертензія, тривожно-депресивний синдром, гіпертензивний криз.

Methods for overcoming resistance in treatment of arterial hypertension

L.V. Fomenko, L.A. Isaevskaya, V.V. Krasko,
 N.N. Shamborsky, V.M. Samokhvalova

Summary. In the article the methods for overcoming one of the causes of difficulties in treatment of arterial hypertension (both true and pseudo-resistance) on a background of anxiety-depressive disorders by prescribing tranquilizers, anxiolytics as drugs of the first choice of urgent therapy in patients with labile arterial hypertension before a psychiatrist consulting is consulted.

Key words: resistant arterial hypertension, anxiety-depressive disorder, hypertensive crisis.

Адрес для переписки:

Фоменко Лариса Васильевна
 50000, Кривой Рог, ул. Каткова, 2
 КУ «Городская больница № 17»,
 кардиологическое отделение
 E-mail: lfomenko717@gmail.com

Получено 31.07.2019