

У.М. ДАТХАЕВ, Г.М. САЯКОВА, Г.Р. ТУРГАНОВА

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медициналық университеті

МАҚПАЛ АМУРСКИЙ "PHELLODENDRON AMURENSES" ЖӘНЕ ОНЫҢ ПАЙДАЛЫ СИПАТТАРЫ

Түйін: Мақалада қарастырылған - химиялық құрам және мақпал Амурдың халық медицинасында қолдануы. Сол өсімдік бас- деңгейдің қанында қантын нығайтады, заттың айырбасын шамаға деген келтіреді, нормаландыруға жұмыс асқазан асты безімін нығайтады, қан қысымын томендетеді, фунгисид сипатпен ие болады, резистенттілікті жоғарылатады, томпаққа, саркомаларға және гематомаларға.

Түйінді сөздер: Мақпал Амур, күншығыс медицина, бойдың теңгерімінің қалпына келтіру, артериялық қысым, өкпенің туберкулезінің, ауруға шалдығудың алдын алуының.

U.M. DATHAEV, G.M. SAYAKOVA, G.R. TURGANOV

Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov

AMUR VELVET «PHELLODENDRON AMURENSES» AND ITS BENEFICIAL PROPERTIES

Resume: Amur velvet helps lower blood sugar levels, lead to normal metabolism, contribute to the normalization of the pancreas, lower blood pressure, have a fungicidal properties, increases the resistance to tumors, sarcomas and hematoma.

Keywords: Amur velvet, oriental medicine, restore balance in the body, arterial pressure, pulmonary tuberculosis, prevention of diseases.

УДК. 616.1./4-08 (03)

А.К. ҚАИРБЕКОВ, Қ. ҚҰНАНБАЙ, А.Б. СЕЙДАНОВА, С.Т. ТУРУСПЕКОВА, А.Т. МУСИЛОВА

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медициналық Университеті

Клиникалық фармакология, ЕДШ және физиотерапия кафедрасы

ГЕРИАТРИЯЛЫҚ ТӘЖІРИБЕДЕ СТЕНОКАРДИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Соңғы онжылдықтағы демографиялық өзгерістер халықтың қартаюуына негізделген. Дамыған елдерде ұзақ өмір сүру қалыпты жағдайға тән. Өмір сүрудің ұзаруына тұрақты үрдіс қалыптасқан: ол 80-нен астам жылға жетті. ДДҰ анықтауы бойынша Қазақстанда халықтың орташа жас ұзақтығы 65 жас. Қазақстанда қарт адамдардың саны барлық халық санының 7,14 % немесе 1,1 млн адамды құрайды. БҰҰ зерттеулері бойынша Қазақстанда қартаюу 2050 жылға қарай 25% жоғарлайды деп күтілуде. Қарт адамдарда жүрек қантамыр жүйесі аурулары, соның ішінде ЖИА жиі кездеседі. Егде жастағы науқастарда ЖИА-ның диагностикалық әдістері мен емін жаңа сатыға көтеру өзекті мәселе болып табылады.

Түйінді сөздер: стенокардия, тромбоциттер агрегациясы, микроциркуляция, жүректің ишемиялық ауруы, клопидогрель.

Қарт адамдарды емдеуде функционалды, жанұялық, қоғамдық және медициналық мәселелерді міндетті түрде ескеру қажет. Гериатрия тәжірибесінде стенокардияны емдегенде ұстамалардың санына үнемі бағытталуға болмайды, себебі ишемиялық кезеңдер ауырсынусыз да болуы мүмкін. Миокардтың ауырсынусыз ишемиясы ЖИА ның негізгі клиникалық түрлерінің бірі. Бұл кезде миокардтың функциялық немесе электірлік белсенділігі, зат алмасу және перфузия бұзылыстары тек аспаптық зерттеу арқылы анықталады. Миокардтың ауырсынусыз ишемиясы ЖИА ның кез келген түрінде және өртүрлі ағымында кездеседі. Миокардтың ауырсынусыз ишемиясы кенет өлімнің қаупін 5-6 есе, аритмияда -2 есе, жүрек жеткіліксіздігінің және миокард инфарктысы дамуын -1,5 есе жоғарлатады. Стенокардиясы бар науқастардың емі көп жағдайда өмір бойы жүргізіледі. Бұл кезде нитраттар, β-адреноблокаторлар, кальций антагонисттері және миокард зат алмасуын жақсартатын дәрілік заттар (ДЗ) қолданылады. Тұрақты стенокардиясы бар науқастарды емдеу мақсаты:

1) Болжамның ағымын ескерту. Антитромбоцитарлық (ацетилсалицил қышқылы немесе клопидогрель) және липидтөмендетуші (статиндер) ДЗ, β-адреноблокаторларды (миокард инфарктынан кейін), ангиотензинтүзуші ферменттер ингибиторларын қолданады.

2) Өмір сүру сапасын жақсарту, стенокардия немесе миокард инфаркты дамуын азайту. Антиангиналды немесе ишемияға қарсы ДЗ (β-адреноблокаторлар, кальций антагонисттері, нитраттар, цитопротективті препараттар) қолданылады. Стенокардия емі әрбір тұлғаға жеке болуы қажет, сонымен қатар көп құрамды ДЗ болмауы тиіс (полипрагмазия). Гериатриялық фармакотерапия кезінде ең

негізгі ережелердің бірін есте сақтау қажет - төмен доза ережесі. Бір уақытта геропротекторлар тағайындайды, оксигенотерапия жүргізіледі.

Қарт адамдарда қосымша аурулардың саны 5-6 дан кем емес: жүрек ырғағының бұзылыстары, артериалды қан қысымы, липидтік алмасу бұзылыстары. Ағзаның жастық ерекшеліктері ДЗ фармакодинамикасы мен фармакокинетикасына әсерін тигізеді. Қарт адамдарда ДЗ жоғары сезімталдық, фармакологиялық үйлесімсіздік және дәрілік интоксикацияның болу мүмкіндігі жоғары болады.

Әдістемесі.

Қарт адамдардағы ДЗ фармакокинетикасы сипатталады:

- АІЖ сіңуінің баяулауы;
- Ағзаға таралуының өзгешеліктері;
- Бауырда сіңірілуінің төмендеуі;
- ДЗ ағзадан шығарылуының төмендеуі.

Гериатриялық тәжірибеде ағзаға ДЗ жиі пероралды (ішке қабылдау) қолданылады. Қарт адамдарда АІЖ жұмысының және мезентералды қантамырларда қанайналымның төмендеуі, сіңірілу деңгейінің азаюы сіңірілудің бұзылысына алып келеді. Бұл өз кезегінде фармакотерапиялық әсердің баяу дамуына әкеледі. Ішек қызметінің бұзылысы айрықша орын алады. Дәрілік заттар паренхиматозды ағзаларға тез өтетіні, баяулау – бұлшықетке және одан баяу май тініне өтетіні белгілі. Ағзада ДЗ ақуыздармен соның ішінде альбуминдермен байланысады. Жасқа байланысты альбуминдер санының азаюы ДЗ белсенді бөлігінің ұлғаюына әкеледі. Гериатриялық тәжірибеде оның мөлшері жас және орташа жастағы адамдармен салыстырғанда аз болуы тиіс (1-1,5 есе). Полиморбидтілік, функционалды жеткіліксіздік, негізгі және қосымша ауруын ДЗ фармакокинетикасы мен

фармакодинамикасына әсер тигізеді. Қарт адамдарда бір уақытта анемия, бүйректік және бауырлық жеткіліксіздік, қант диабеті, зат аламасу бұзылысы болуы мүмкін. Бұндай науқастар жиі бірнеше ДЗ қабылдайды. Бұл өскерлестіктің қауіп қатерін жоғарлатып, емге бейімділігін төмендетеді. Науқастардың емдеу нұсқасы қарапайым және жеңіл етіп құрасыту керек.

Зерттеу нәтижелері және талдау.

Үнемі қарт адамдардың ДЗ қолдануын (2-3 айда бір рет), қабылдау мен мөлшерін бақылау қажет.

Нитраттар- вазодилаторлар тобына жататын ең белгілі ДЗ .ЖИА бар науқастардың емінде негізгі 3 түрлі нитраттар қолданылады: нитроглицерин ,изосорбид динитрат, изосорбид - 5-мононитрат. Нитраттар төж артерияларына қантамыр кеңейткіш әсер көрсетеді. Нитраттарды аздаған мөлшерін тағайындағанның өзінде вазодилатацияны шақырады. Бұл ДЗ миокардтың субэпи және субэндокардиалды бөліктерінің арасындағы қанағысын реттеп, оттегімен қамтамасыз етуін жақсартады. Нитроглицерин әсерінен жүрек ,ми, кіші қанайналым шеңберінің тамырлары кеңейеді, ал керісінше бүйрек артериялары тарылады.

Стенокардия ұстамасын басу үшін нитроглицеринді таблетка түрінде тіл астына және аэрозоль түрінде қолданылуға болады. Тіл астына ингаляция түрінде шырышты қабатқа нитроглицериннің 0,2-0,4 мг түседі. Нитроглицеринді тілдің астына таблетка түрінде қабылдағанда оның әсері 1-3 мин аралығында байқалады, вазодилатациялық әсері 20-30 мин сақталады. Кейбір деректер бойынша нитроглицеринді ингаляция түрінде қабылдағанда оның гемодинамикалық әсері таблетка түрінде қабылдағанға қарағанда тез басталатыны анықталған.

Гериятриялық тәжірибеде нитроглицеринді аздаған мөлшерде тағайындау қажет (1/2 таблетка). Нитроглицеринді профилактикалық мақсатта қолданады Егер нитроглицеринді ұзақ уақыт қолданса, оның белсенділігі төмендейді (жарамдылық мерзімі 1 ж зауыттық қорапта- ашқан соң 2 ай).

Егде жастағы науқастарда нитроглицеринді қабылдағаннан кейін бастың айналуы, АҚҚ төмендеуі, талу кейде коллапс дамиды. Асқынуларды болдырмау үшін науқастар нитроглицеринді валидолмен бірге тек көлденең бағытта қабылдау керек. Терілік аппликациядан кейін антиангиналды әсер 30-60 мин кейін дамиды және 3-5 сағатқа сақталады. Нитроглицериннің ұзақ әсерлі ДЗ (сустак, нитронг, нитрогранулонг, сустанит т.б) жоғары антиангиналды қасиетке ие деген хабарлама п.б. Нитраттармен емдегеннен кейін шамамен 6-8 аптадан кейін олардың әсері төмендейді. Жоғары АҚҚ ,көзішілік қысымы бар және аяқтың веналарында варикозды кеңеюі бар науқастарға нитраттарды тағайындамаған жөн. Сонымен стенокардия ұстамасын басу үшін қысқа әсерлі нитраттарды қолданады (нитроглицеринді таблетка және аэрозоль түрінде).

Гериятриялық тәжірибеде ЖИА емдеу үшін β-адреноблокаторларды да қолданылады. Олардың теріс инотропты әсері нәтижесінде миокардтың оттегіге қажеттілігі төмендейді және жүректің жиырылуы азаяды. β-адреноблокаторлар миокардтың қозуын азайтады, миокардтың ишемияланған аймағын артық адренергиялық және метаболикалық стимуляциядан қорғайды, аритмия дамуына кедергі келтіреді. Бұдан басқа бұл топтың ДЗ қанның реологиялық қасиетін , миокард аймағының қандануын жақсартады. ЖИА бар қарт науқастардың емінде β-адреноблокаторлардың әсері жайында ірі көпорталықты зерттеулердің нәтижелері дәлелдейді: MIAMI (Metoprolol in Acute Myocardial Infarction) зерттеулерінде метопрололдың плацебомен салыстырғандағы әсері көрсетілген. Егде жастағы науқастар тобында метопрололдың өлім көрсеткішін 29% төмендеткені анықталды. ISIS-I (First International Study of Infarct Survival) зерттеулері ЖИА бар науқастардың емінде ателололдың әсерін зерттеген. Жедел миокард инфарктының алғашқы тәулігінде ателолол қабылдаған науқастар тобында өлім көрсеткіші 32% төмендегені анықталды. β-адреноблокаторлармен емдеуді аздаған мөлшерден бастау қажет. Қарт адамдарға анаприлиннің бастапқы мөлшері тәулігіне 3 рет 10-20 мг , 5-7 күннен соң тәуліктік мөлшерін 40-80 мг дейін

жоғарлатуға болады. Емді жүректің жиырылу жиілігін, АҚҚ бақылай отырып (100/60 мм сб кем емес) жүргізеді.

β-адреноблокаторларды ұзақ қолданғанда оны біртіндеп тоқтатқан дұрыс. Бірден тоқтатқан жағдайда гиперадренергиялық жағдай дамуы мүмкін (стенокардия ұстамалары жиілейді, ырғақ бұзылысы пайда болады, миокард инфаркты дамуы мүмкін кейде кенет өлімге алып келеді). β-адреноблокаторлар теріс инотропты әсер көрсетеді және ұзақ уақыт қолданған кезде жүрек жеткіліксіздігі дамуын есте сақтауымыз қажет. Қарт адамдарда пропранололды қолдану нәтижесінде липид алмасуында өзгерістер және тромбоциттердің агрегациялық қабілеті күшейген. Бұндай жағдайда бірізгілікте липотропты заттармен бірге кардиоселективті ДЗ тағайындалады (метопролол 50 мг күніне 2 рет, ацебутолол 200 мг күніне 2 рет биспролол 5 мг тәулігіне). Кальций антогонистері-біркелкі емес препараттар тобына жатады, 2 үлкен топқа бөледі: дигидропиридиндер (нифедипин, амлодипин, фелодипин және т.б.) және дигидропиридин емес (верапамил, дилтиазем). Дигидропиридиндер жүрекке және атриовентрикулярлы өткізгіштікке инотропты әсер көрсетеді, сол себепті синусты брадикардия, атриовентрикулярлы блокада, синусты түйін әлсіздік синдромы бар науқастарға тағайындалады. Дигидропиридин емес кальций антогонистері теріс ино және хронотропты әсер етеді, атриовентрикулярлы өткізгіштікті баяулатады.

Гериятриялық тәжірибеде қолданылатын ең эффективті препараттардың тәуліктік дозасы: нифедипин – 30—40 мг, форидон – 30—40 мг, верапамил – 120—240 мг, дилтиазем – 120—240 мг, сензит – 150—200 мг.

Кальций антогонистерін екі не одан көп ай үзбей емдеген жағдайда да олардың антиангиналды әсері төмендеуі мүмкін. Бұл кезде ДЗ ауыстыру қажет немесе комбинирленген ем жүргізеді, бірақ мөлшерін жоғарлатуға болмайды. Кальций антогонистерімен ұзақ емдегенде симпато адреналды және ренин-ангиотензин-альдостерон жүйесі іске қосылуы миокардтың электрлік тұрақсыздығына әкелуі мүмкін.

Кальций антогонистерін біртіндеп тоқтату ұсынылады. Жедел тоқтатқан жағдайда ЖИА өршуі ықтимал (әсіресе верапамил, дилтиазем). Кальций антогонистерін гериятриялық тәжірибеде қолдану көрсетілген: АҚҚ жоғарлағанда (нифедипин, дилтиазем), аритмияда (верапамил), аяқ қантамырлары атеросклезозында (сензит), β-адреноблокаторларға қарсы көрсеткіш болғанда. Стенокардияны емдеуде нитраттар, β-адреноблокаторлар, кальций антогонистері негізгі препараттар болып табылады. Осы ДЗ антиангиналды әсері негізінен коронарлы артерия мен жүйелі гемодинамиканың өзгерісі нәтижесінде іске қосылады. Жоғарыда айтылып кеткен ДЗ комбинирленген түрде тағайындалады.

Стенокардиясы бар науқастарға альтернативті ем - метаболикалық терапия жүргізуге бағытталған. Бұл бағыт цитопротективті деп аталады. Цитопротективті 2 әдіс қолданылады:

- Қышқылдық декарбоксилдеуді белсендіру арқылы глюкоза заталмасуын күшейту
- Миокардта майдың қышқылдануын азайту

Стенокардия емінде әсіресе қарт адамдарда миокардтың цитопротекторлары мен стандартты антиангиналды ДЗ бірігіп қолдану ең тиімді болып табылады. Клиникалық тәжірибеде триметазиден (предуктал) жиі қолданылады. Триметазидин антиангиналды және цитопротективті ДЗ жатады, ишемияға қарсы әсер көрсетеді, стенокардия ұстамаларының пайда болуын болдыртпайды. 20 мг күніне 3 рет немесе 35 мг күніне 2 рет тағайындалады. Триметазидин жүректің жиырылу жиілігіне және АҚҚ әсерін тигізбейді.

Соңғы жылдары статиндердің липидтік алмасуды қалпына келтіру көрсеткіштерінен басқа , липидтік емес плейотропты әсері анықталды. Ол эндотелийдің функционалды жағдайына әсерін тигізеді. Статиндердің антиангиналды ДЗ бірлесіп қолданылуы стенокардиясы бар науқастарда физикалық жүктемеге төзімділігін жоғарлатады.

Қорытынды

Қорыта келе гериатриялық тәжірибеде ЖИА бар науқастарды жеке тұлғалық емдеу қажет. Антиангиналды ДЗ таңдау ЖИА мен

атеросклероздың қауіп қатерін азайтып, аурудың ағымы мен науқастардың өмір сүру сапасын жақсартады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Аронов Д.М. // Рус.мед. журнал. – 2000. – N2. – С. 71–77.
- 2 Бочкарева Е.В., Кокурина Е.В., Кондратьев В.В. // Кардиология. – 1998. – N2. – С. 20–24.
- 3 Васляева С.Н., Люсов В.А., Цыганкова О.В. и др. // Рос. кардиол. журнал. – 2004. – N4. – С. 74–83.
- 4 Верткин А.Л., Мартынов И.В., Гасилин В.С. и др. Безболевая ишемия миокарда. – М.: Тетрафарм, 1995.
- 5 Воробьев П.А. // Клин. геронтология. – 2005. – N1. – С. 4–12.
- 6 Горбачев В.В., Мрочек А.Г. Профилактика преждевременной и внезапной смерти: Справ. пособие. – Мн.: Высш. школа, 2000.
- 7 Карпов Ю.А., Сорокин Е.В. Стабильная ишемическая болезнь сердца: стратегия и тактика лечения. – М.: Реафарм, 2003.
- 8 Козиолова Н.А. // Кардиология. – 2000. – N11. – С. 50.
- 9 Метелица В.И. // Справочник по клинической фармакологии сердечно-сосудистых лекарственных средств. – М.: Медпрактика, 1996. – С. 54–211.
- 10 Оганов Р.Г., Поздняков Ю.М., Карпов Ю.А. // Кардиология. – 2004. – N10. – С. 95–101.
- 11 Огороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т.6: Диагностика болезней сердца и сосудов. – М.: Мед. лит., 2002.
- 12 Постоялко Л.А. // Здоровоохранение. – 2004. – N9. – С. 14–19.
- 13 Пристром М.С., Сухих Ж.Л., Семенов И.И. // Здоровоохранение. – 2004. – N8. – С. 37–41.
- 14 Сидоренко Б.А., Преображенский Д.В. Нитраты. – М.: ЗАО «Информатик», 1998.
- 15 Сидоренко Б.А., Преображенский Д.В. // Кардиология. – 2000. – N9. – С. 100–119.
- 16 Халалюк А.В., Сытый В.П., Уснич В.М. и др. // Рецепт. – 2004. – Приложение: Тез. к осенней IX конф. «Научные и организационные вопросы профилактики и лечения возрастной патологии». – С. 68–71.
- 17 Чирчия С.Л., Фрагасо Г. // Миокардиальная цитопротекция: от стенокардии до тромболитика: М-лы сателлитного симпозиума. XIV конгр. Евр. кардиол. о-ва. – 1992. – С. 2–5.
- 18 Эльштейн Н.В. // Терапевт. архив. – 2001. – N1. – С. 65–67.
- 19 ACC/AHA/ACP – ASIM guidelines for the management of patients with chronic stable angina // JACC. – 1999. – V. 33. – P. 2092–2197.
- 20 Scandrian A.S., Neo J., Hakki A.H. // Geriatrics. – 1986. – V.41, N 10. – P. 51–54, 56, 60.

А.К. ҚАЙРБЕКОВ, Қ. ҚҰНАНБАЙ, А.Б. СЕЙДАНОВА, С.Т. ТУРУСПЕКОВА, А.Т. МУСИЛОВА ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Резюме: Таким образом, лечение больных ИБС в гериатрической практике имеет свои особенности и требует индивидуального подхода. Дифференцированный подход к выбору антиангинального препарата, борьба с факторами риска атеросклероза и ИБС, учет сопутствующих заболеваний, использование средств немедикаментозной терапии способны в значительной мере стабилизировать течение заболевания и улучшить качество жизни больных.

Ключевые слова: агрегация тромбоцитов, микроциркуляция, ишемическая болезнь сердца, клопидогрель

K. KUNANBAI, A.K. KAIRBEKOV, A.B. SEIDANOVA, S.T. TURUSPEKOVA, A.T. MUSSILOVA FEATURES OF TREATMENT OF PATIENTS A STENOCARDIA ARE IN GERIATRICS PRACTICE

Resume: Thus, treatment of patients ischemic heart trouble in geriatrics practice has the features and requires individual approach. The differentiated going near the choice of antianginal preparation, fight against risk of atherosclerosis factors and ischemia of heart, account of concomitant diseases, use of facilities of unmedicament therapy is able to a great extent to stabilize the flow of disease and improve quality of life of patients.

Keywords: microcirculation, clopidogrel, ischemic heart disease, aggregation of thrombocyte.

ӘӨЖ 618.15/.16-002.992.282-085

Қ. ҚҰНАНБАЙ, А.К. ҚАЙРБЕКОВ, М.М. ҚАЛИЕВА, А.Б. СЕЙДАНОВА., М. ҚАРЖАУБАЕВА

ДӘЛЕЛДІ ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Evidence-Based Pharmacotherapy (тікелей аударғанда – дәлелдерге негізделген фармакотерапия) ең үздік қол жетімді мәліметтерге негізделген тиімді және сапалы емді қамтамасыз етеді. Осындай фармакотерапия дәлелдерге негізделген (Evidence-Based Medicine) және алынған дәлелдерді іздестіру, салыстыру, жалпылау және таратуға бағытталған медицинаның бір саласы болып табылады және басты мақсаты нәтижесін науқастың пайдасына қолдану.

Кілт сөздер: дәлелді фармакотерапия, рандомизирленген бақыланған зерттеу, мета-талдау, Кокрен Ассоциациясы

Тақырыптың өзектілігі: Қазіргі күні жаңа әдістемелердің өзінде ескі мәліметтер келтіріледі, ал кітаптарда және баяндамаларда берілген эксперттер ұсыныстары дәлелдермен нақтыланбаған [1,2,3]. Қазіргі уақытта жыл сайын 2 миллионнан астам мақаланы баспадан шығаратын, шамамен 40000 биомедициналық

журналдар бар [4]. Тәжірибелі дәрігерлер және денсаулық сақтау өкілдері көптеген мәліметтерді критикалық түрде бағалауға мұқтаж, осы дәлелді медицина концепциясының пайда болуына негіз болды.