

В.С. Дністрянський, А.П. Дністрянська, міська клінічна лікарня № 1 м. Вінниці, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Лікування артеріальної гіпертензії у жінок в перименопаузальному періоді

Артеріальна гіпертензія (АГ) — одна із найбільш актуальних проблем сучасної кардіології. Це патогенетично неоднорідне захворювання, яке виникає внаслідок багатьох механізмів підвищення артеріального тиску (АТ) [1, 4].

Особливо складні етіопатогенетичні чинники розвитку АГ у жінок у перименопаузальному періоді. Існує концепція вазоактивності статевих гормонів, яка ґрунтується на даних стосовно багатоглибкого впливу естрогенів і прогестерону на механізми, що контролюють АТ [2].

Дефіцит естрогенів призводить до інсулінорезистентності, змін ліпідного обміну, перерозподілу жирової тканини та розвитку абдомінального ожиріння, що є фактором ризику серцево-судинних ускладнень, таких як АГ і хронічна серцева недостатність. Перебіг АГ у жінок в пре- і постменопаузальному періоді має свої особливості, зумовлені гормональним статусом жінки, що потребує особливої корекції. Слід зазначити, що у багатьох випадках застосування замісної гормонотерапії у такої категорії хворих також може зумовлювати підвищення АТ. Вибір гіпотензивної терапії має бути зумовлений здатністю препарату адекватно знижувати АТ, відновлювати як центральну, так і внутрікардіальну гемодинаміку, відповідно забезпечувати перфузію, призупиняти ураження органів-мішеней і бути безпечним [3].

Згідно з рекомендаціями Української асоціації кардіологів і протоколів МОЗ України з профілактики і лікування АГ у хворих з діабетичною хворобою нирок, метаболічним синдромом, хронічною серцевою недостатністю, а також у випадку кашлю на тлі застосування інгібіторів АПФ рекомендовано в комплекс гіпотензивної терапії включати блокатори рецепторів ангіотензину II (БРА), які запобігають реалізації його основних фізіологічних ефектів, зменшують масу серця завдяки регресу гіпертрофованого міокарда, зменшують післянавантаження і загальний

периферичний опір, що призводить до зменшення кінцевого систолічного об'єму, кінцевого діастолічного тиску в лівому шлуночку та підвищення фракції викиду (ФВ). Таким чином, вирівнюючи гемодинаміку і геометрію серця, БРА сприяють ліквідації як систолічного, так і діастолічного варіантів перевантаження. Спостерігається також і нефропротективна дія [1, 2].

Мета дослідження — оцінити ефективність і безпечність застосування БРА Лоріста (лозартан) у жінок у перименопаузальному періоді з АГ і серцевою недостатністю.

Матеріали і методи

Проведено проспективне дослідження ефективності та безпечності застосування препарату Лоріста у складі комплексної гіпотензивної терапії.

Обстежено 78 жінок у віці ≥ 45 років (середній вік $53,8 \pm 0,5$ року) з АГ, хронічною серцевою недостатністю I-II функціонального класу за NYHA. Усі пацієнтки відзначали часті епізоди або стабільне підвищення АТ протягом $5,5 \pm 0,3$ року. Тривалість проявів клімактеричного синдрому становила $4,7 \pm 1,2$ року. До складу комплексної терапії входили тiazидоподібні діуретики, Лоріста, метаболічні та гіполіпідемічні препарати, фітоестрогени, седативні засоби. Лорісту призначали у дозі 50 мг/добу. Ефективність терапії оцінювали через два, чотири і вісім тижнів від початку лікування. Критеріями ефективності слугували показники АТ, дані ехокардіографії та холтеровського моніторингу ЕКГ, лабораторні показники. Безпечність терапії оцінювали через вісім тижнів лікування за показниками функції печінки (активність аланінамінотрансферази і дегідрогенази) і нирок (рівень креатиніну у крові). Динаміку АТ оцінювали за добовим моніторингом в умовах вільного рухового режиму за загальноприйнятною методикою. Лабораторні дослідження проводили за загальноприйнятим протоколом для хворих кардіального профілю.

Статистичну обробку проводили шляхом підрахунку коефіцієнтів Стьюдента.

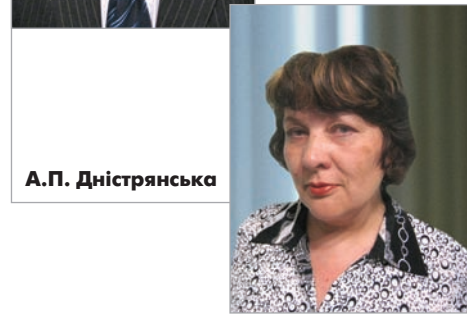
Результати досліджень та обговорення

Через два тижні від початку лікування було досягнуто зниження АТ до цільового ($\leq 135/85$ мм рт. ст.) у 63 хворих (82%). У трьох пацієнток гіпотензивний ефект був відсутнім, їх виключили з дослідження і призначили гіпотензивні засоби інших груп. У дванадцяти осіб спостерігалось суттєве зниження АТ, однак бажаного рівня не було досягнуто, через те дозу Лорісти цим хворим було збільшено до 100 мг на добу. Протягом наступних 4 і 8 тижнів у хворих, які приймали Лорісту в дозах 50-100 мг на добу, АТ становив: систолічний — 127 ± 4 мм рт. ст. (до лікування — 156 ± 7 мм рт. ст.), $p < 0,001$; діастолічний — $78,3 \pm 2$ мм рт. ст. (до лікування — $97,1 \pm 3$ мм рт. ст.), $p < 0,05$. Через шість тижнів терапії Лорістою в дозі 100 мг на добу (було призначено 12 жінкам після двох тижнів лікування 50 мг на добу) у 7 хворих дозу препарату було знижено до 75 мг на добу при збереженні належного гіпотензивного ефекту і задовільного самопочуття, а у 5 — до 50 мг на добу. Динаміка показників ехокардіограми під впливом проведеної терапії засвідчила про вірогідне покращення внутрікардіальної гемодинаміки за рахунок ліквідації процесів ремоделювання. Так, ФВ до лікування становила $49,7 \pm 0,78\%$, а після — $58,8 \pm 1,7$ ($p < 0,05$). Спостерігалось суттєве зменшення кінцевого систолічного об'єму (КСО) та об'єму лівого передсердя. Так, КСО до лікування був $84,8 \pm 1,33$ мл, а після терапії — $51,0 \pm 4,5$ мл ($p < 0,005$), що вказує на суттєве посилення скоротливої (систолічної) функції лівого шлуночка. Зменшилося концентричне потовщення задньої стінки лівого шлуночка і перегородки серця, що свідчить про регрес гіпертрофованого міокарда та покращення діастолічної функції лівого шлуночка в результаті проведеного курсу лікування.

Застосування препарату Лоріста у комплексі терапії не викликало жодних побічних дій.



В.С. Дністрянський



А.П. Дністрянська

Проведені лабораторні спостереження за функціональним станом печінки і підшлункової залози через 8 тижнів лікування не виявляли змін в активності трансамін аз крові, залишався незмінним і загальний білірубін крові. Одночасно з цим спостерігалось суттєве зниження рівня креатиніну у крові, що опосередковано вказує про наявність нефропротективного ефекту препарату.

Висновки

Таким чином, комплексна терапія АГ у жінок у перименопаузальному періоді з використанням препарату Лоріста сприяє нормалізації АТ, покращенню кардіальної гемодинаміки, значному зменшенню та ліквідації хронічної серцевої недостатності. Застосування препарату протягом 8 тижнів не погіршувало функції печінки, але виявило нефропротективну дію.

Література

1. Коваленко В.М. Лікування артеріальної гіпертонії в особливих клінічних випадках. — К., — 2005. — 5000.
2. Свищенко У.П. Гіпертонічна хвороба. — К., — 2002. — 502 с.
3. Brown M., Palmer J., Castaigne C.R. et al. Morbidity and mortality in patients randomised to double-blind treatment with a longacting calcium-channel blocker or diuretic in the INSIGHT. *Lancet*, 2000, 356: 366-372.
4. Lawes C.M., Vander Hoom S., Law M.R. et al. Blood pressure and the global burden of disease 2008. Part 1: estimates of blood pressure levels. *J Hypertens* 2006; 24 (3): 413-22.

Анкета читателя

Для получения тематического номера газеты заполните анкету и отправьте по адресу:

«Медицина газета «Здоров'я України», ул. Народного Ополчення, 1, г. Киев, 03151.

Укажите сведения, необходимые для отправки тематического номера «Кардиология. Ревматология. Кардиохирургия»

Фамилия, имя, отчество

Специальность, место работы

Индекс

город

село

район область

улица дом

корпус квартира

Телефон: дом

раб.

моб.

E-mail:

Нам важно знать Ваше мнение!

Понравился ли вам тематический номер «Кардиология. Ревматология. Кардиохирургия»?

Назовите три лучших материала номера

1.

2.

3.

Какие темы, на ваш взгляд, можно поднять в следующих номерах?

Публикации каких авторов вам хотелось бы видеть?

Хотели бы вы стать автором статьи для тематического номера «Кардиология. Ревматология. Кардиохирургия»?

На какую тему?

Является ли для вас наше издание эффективным в повышении врачебной квалификации?