

pharmacotherapy methods. To eliminate the undesirable effects of irrational use of a large number of drugs, evidence-based deprescribing algorithms are now widely used. One of the tools that have proven their effectiveness are so-called "restrictive" lists (Beers criteria and STOPP/START criteria), anticholinergic drug burden scales, guidelines for preventing falls in elderly patients.

Keywords: drugs; adverse drug reactions; polymorbidity; elderly; drug interactions; polypharmacy; deprescribing; Beers criteria; STOPP/START criteria; anticholinergic drug burden; falls.

Сведения об авторах:

Садовская Ольга Геннадьевна; УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра клинической фармакологии, клинический ординатор; тел.: (+37529) 6585462; e-mail: olga.sadovskaya.org@gmail.com.

Гавриленко Лариса Николаевна, канд. мед. наук, доцент; УО «Белорусский государственный медицинский университет», доцент кафедры клинической фармакологии, главный внештатный специалист по клинической фармакологии Министерства здравоохранения Республики Беларусь; тел.: (+37544) 7975951; e-mail: larisa.gavrilenko@gmail.com.

УДК 616.12-008.331.1:618.173]-08

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

В.Э.Сушинский, А.Н.Гришкевич, Н.Н.Мороз-Водолажская, А.И.Близнюк

Белорусский государственный медицинский университет,
пр. Дзержинского, 83, 220116, г. Минск, Республика Беларусь

Цель работы – обобщить данные об особенностях артериальной гипертензии у женщин перименопаузального периода. Определены основные группы лекарственных средств, рекомендуемые к использованию при данной патологии. Установлено, что наибольшей эффективностью обладают индивидуальные схемы применения препаратов заместительной гормональной терапии.

Ключевые слова: артериальное давление; артериальная гипертензия; перименопауза; заместительная гормональная терапия.

Артериальная гипертензия (АГ) – широко распространенное заболевание, частота которого в популяции составляет 44,9%. Однако, наиболее важным представляется медико-социальное значение заболевания, оказывающего несомненное влияние на увеличение риска развития осложнений.

В патогенезе АГ играют роль различные факторы: активность ренин-ангиотензин-альдостероновой систем (РААС), симпатико-адреналовой системы (САС), повышенная солечувствительность, дисфункция сосудистого эндотелия и др. При этом, ведущие механизмы развития АГ могут различаться у разных пациентов. Именно поэтому оптимизация принципов фармакотерапии АГ для каждого пациента, совершенствование методов лечения АГ в особых группах пациентов, в том числе, у женщин, находящихся в периоде перименопаузы, является важной задачей.

Цель работы – обобщить данные об особенностях артериальной гипертензии у женщин пе-

рименопаузального периода. Определены основные группы лекарственных средств, рекомендуемые к использованию при данной патологии.

Исследованы основы лечения артериальной гипертензии в перименопаузе.

Перименопаузальный период – это хронологический физиологический период в жизни женщины от момента появления первых климактерических симптомов (изменение менструального цикла, симптомы эстрогендефицитного состояния) до 2 лет после последней самостоятельной менструации. Выделяют три фазы: пременопауза – начало снижения функции яичников – последняя менструация; менопауза – последнее менструальное кровотечение; постменопауза – прекращение функционирования яичников [1, 5].

Среди лиц молодого возраста АГ чаще наблюдается у мужчин. У женщин, с началом перименопаузального периода, частота АГ существенно возрастает, при этом, первые проявления АГ по

времени нередко совпадают с началом перимено-паузального периода, а иногда и предшествует ему. Существует целый ряд причин, обуславливающих такую ситуацию. К 45–50 годам, к периоду перименопаузы, женщины часто имеют целый ряд факторов развития АГ: избыточную массу тела, нарушение липидного и углеводного обмена, курение и др.

Имеются данные, что у женщин с климактерическим синдромом АГ наблюдается в 2 раза чаще, чем у женщин того же возраста с сохраненным гормональным циклом. О защитном влиянии у женщин гормонального фона свидетельствуют и данные исследования NHANES III, согласно которым максимальная частота АГ у женщин наблюдается после 59 лет. В то же время, при снижении уровня эстрогенов в крови повышение АД наблюдается не сразу, а через несколько лет. В патогенезе АГ у женщин может играть роль и увеличение уровня андрогенов в крови. Тестостерон оказывает действие на РААС, способствуя задержке натрия в организме. Большое клиническое значение имеет дискретный выброс катехоламинов, который, во многом, определяет как высокую вариабельность АД в течение суток, так и клинические проявления АГ в перименопаузе.

Длительно протекающая АГ приводит к поражению органов-мишеней. В то же время, уже в предменопаузе среди женщин без повышения АД 30% обследуемых имеют нарушения суточного ритма артериального давления (АД), особенно часто – отсутствие адекватного ночного снижения АД [2]. В период менопаузы у женщин, страдающих АГ, также регистрируются признаки поражения органов-мишений, нарушение функции эндотелия.

АГ в ряде случаев протекает бессимптомно или ее клинические проявления выражены слабо, поэтому заболевание нередко выявляется при случайном измерении АД, что еще больше подчеркивает важность и необходимость проведения скрининговых обследований.

В свою очередь, в период перименопаузы, у пациенток возможен целый спектр симптомов, прежде всего нейровегетативных, таких как чувство приливов жара, головные боли, головокружение, потливость. При этом, на повышение АД обращается внимание как врачами, так и самими пациентками. Следует отметить, что многие из симптомов перименопаузы наблюдаются и при повышении АД.

Наличие климактерических проявлений и АГ взаимно отягощают течение друг друга [2]. Менопауза удваивает риск развития гипертонии даже

после корректировки на такие факторы, как возраст и ИМТ [4]. В то же время, снижение уровня женских половых гормонов является важным, но, с учетом всей сложности патогенеза АГ, не единственным фактором развития заболевания.

При АГ необходимо использовать индивидуализированное лечение. У женщин в перименопаузе с учетом всех особенностей патогенеза этот принцип особенно важен.

Лечение должно включать коррекцию факторов риска, при необходимости – нормализацию нередко наблюдаемых нарушений липидного и углеводного обмена. Важное значение при назначении фармакотерапии имеет необходимость воздействовать на органы-мишени и лечение сопутствующих заболеваний.

Сегодня определены 5 основных групп антигипертензивных лекарственных средств: бета-адреноблокаторы, диуретики, блокаторы кальциевых каналов, антагонисты рецепторов ангиотензина II.

В перименопаузе у женщин, исходя из имеющихся в этот период у пациенток патогенетических нарушений, при АГ целесообразным представляется назначение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), обладающих схожим с эстрогенами влиянием, снижающих активность РААС и САС, положительно влияющих на водно-электролитный обмен, функцию эндотелия и проявления метаболического синдрома.

ИАПФ являются лидерами по силе регресса гипертрофии миокарда левого желудочка, положительному влиянию на состояние сосудистой стенки и эндотелия.

Назначая ИАПФ, необходимо сделать выбор в пользу лекарственных средств, обладающих высоким сродством к тканевому АПФ, длительным действием, доказавших свою эффективность и безопасность при терапии АГ.

ИАПФ хорошо зарекомендовали себя в устранении основных симптомов климактерия: «приливов», потливости, головных болей, головокружения, нарушений сна, покраснения кожи, способствуя уменьшению нейровегетативных и психоэмоциональных нарушений при климактерическом синдроме легкой или средней степени тяжести. Терапия ИАПФ способствует нормализации суточного профиля АД и его вариабельности. В такой ситуации терапия ИАПФ эффективна и без дополнительной заместительной гормональной терапии.

Имеются данные о том, что применение заместительной гормональной терапии (ЗГТ) не связано с повышением АД. Кроме того, ее назначение не противопоказано женщинам с АГ, и ЗГТ

может быть назначена до тех пор, пока уровень АД может контролироваться антигипертензивным препаратом [3, 5]. При этом, несмотря на данные о том, что заместительная гормональная терапия снижает риск сердечно-сосудистых катастроф, она не может заменить гипотензивную терапию с достижением целевого АД.

Целесообразность проведения ЗГТ у женщин с помощью стероидных половых гормонов в пременопаузальный период неоспорима. Однако, ее эффективность и безопасность зависят от индивидуальных особенностей женщины и правильного выбора лекарственного средства.

Предпочтительна разработка индивидуальных схем и форм применения лекарственных средств для ЗГТ в зависимости от периода климактерия, наличия или отсутствия матки, возраста женщины и сопутствующей экстрагенитальной патологии (таблетированные формы, пластыри, гели, интравагинальные и инъекционные препараты). ЗГТ проводится в виде трех режимов и включает в себя: монотерапию эстрогенами и прогестагенами в циклическом или непрерывном режиме, комбинированную терапию эстроген-гестагенными препаратами в циклическом режиме (прерывистая и непрерывная схемы приема препаратов), комбинированную терапию эстроген-гестагенными препаратами в монофазном непрерывном режиме. Трансдермальные формы в виде пластырей, геля и интравагинальных таблеток назначают в циклическом или непрерывном режиме, учитывая период климактерия, при наличии противопоказаний для применения системной терапии или непереносимости этих препаратов. [3, 5, 6].

Таким образом, диагностика и лечение АГ в период перименопаузы требуют большого внимания и должны быть основаны на индивидуализированном подходе с учетом гормональных изменений в организме женщины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мадянов, И.В. Менопаузальная гормональная терапия: что должен знать врач-терапевт? / И.В.Мадянов, Т.С.Мадянова // Лечебный врач. – 2017. – №3. – С.44–47.
2. Сметник, В.П. Защитное влияние эстрогенов на сердечно-сосудистую систему / В.П.Сметник // Consilium Medicum. – 2002, экстравыпуск. – С.3–6.
3. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension // European Heart Journal. – 2018. – Р.1–98.

4. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy / R.J.Baber [et al.] // Climacteric. – 2016. – Vol.19, No.2. – P.109–150.
5. Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women – 2011 update: a guideline from the American Heart Association / L.Mosca [et al.] // J Am Coll Cardiol. – 2011. – Vol.57. – P.1404–1423.
6. Effects of hormone therapy on blood pressure / Z.Issa [et al.] // Menopause. – 2015. – Vol.22. – P.456–468.

FEATURES OF TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION IN PERIMENOPAUSE

**V.E.Sushynskij, A.N.Hryshkevich,
N.N.Maroz-Vadalazhskaya, A.I.Bliznuk**

Belarusian State Medical University, 83 Dzerzhinski Ave., 220116, Minsk, Republic of Belarus

Objective: to aggregate data on arterial hypertension features in women in period of perimenopause. Major groups of medicines, recommending for use in this pathology, have been established. Individual schemes of hormone replacement therapy preparations use were found to be the most effective.

Keywords: blood pressure; arterial hypertension; perimenopause; hormone replacement therapy.

Сведения об авторах:

Сушинский Вадим Эдуардович, канд. мед. наук, доцент, УО «Белорусский государственный медицинский университет», зав. кафедрой общей врачебной практики; тел.: (+37529) 1253893; e-mail: sushynskv@rambler.ru.

Мороз-Водолажская Наталья Николаевна, канд. мед. наук, доцент; УО «Белорусский государственный медицинский университет», доцент кафедры общей врачебной практики; тел.: (+37529) 6231703; e-mail: n_moroz@mail.ru.

Близнюк Анатолий Иванович, канд. мед. наук, доцент; УО «Белорусский государственный медицинский университет», доцент кафедры общей врачебной практики; тел.: (+37544) 7305646; e-mail: blizniuh Anatoli@yandex.com.

Гришкевич Алина Николаевна, канд. мед. наук, доцент; УО «Белорусский государственный медицинский университет», доцент кафедры общей врачебной практики; тел.: (+37529) 1924717; e-mail: alingris@yandex.ru.