

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ С УЧЕТОМ ТОНУСА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН

Водоевич В.П.¹, Ларионова И.Н.², Пашковский А.Р.², Салаш Т.В.¹

¹ Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Республика Беларусь;

² Учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 2 г. Гродно», Гродно, Республика Беларусь

Реферат. Обследовано и пролечено дифференцированно 45 пациенток с артериальной гипертензией II ст. (АГ) в возрасте 40–60 лет (климактерический период) в зависимости от состояния вегетативной нервной системы и психоэмоционального состояния. Показано, что при гипертонических кризах с преобладанием симпатикотонуса и явлениями тревожности необходимо использовать наряду с ингибитором АПФ β-адреноблокатор и транквилизатор грандаксин. Пациенткам с преобладанием парасимпатикотонуса и высоким уровнем депрессии необходимо назначать антагонист кальция (амлодипин) и антидепрессант amitриптилин. Предложенное лечение позволило стабилизировать артериальное давление и привести его до целевого уровня на 2 дня раньше, чем в группе сравнения, где лечение проводилось стандартно — согласно протоколам Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, климактерический период, вегетативная нервная система, депрессия, тревожность, дифференцированное лечение.

Введение. Самым частым из психосоматических заболеваний является артериальная гипертензия. Лечение этих заболеваний должно проводиться поэтапно: 1) центральная нервная система (ЦНС); 2) вегетативная нервная система (ВНС); 3) артериальное давление (АД) [1]. В протоколах МЗ РБ по лечению АГ рекомендуется 6 групп средств, из которых β-адреноблокаторы оказывают влияние на ВНС, а остальные только участвуют в третьем этапе — снижении АД.

В климактерический период, когда происходит угасание функции яичников и снижение уровня эстрогенов, у женщин возрастает частота развития АГ и кардиалгий, в половине случаев сопровождающихся изменением конечной части желудочкового комплекса ЭКГ. Нагрузочные тесты обычно не выявляют ишемии миокарда, а коронарография — стенозирующего поражения артерий. Несмотря на это, у женщин часто необоснованно диагностируется ишемическая болезнь сердца. Нередко боли расцениваются и как проявление дисгормональной вегетативной дистонии или психовегетативного синдрома [1–3]. Эстрогены оказывают существенное влияние на тонус сосудов, стимулируя образование эндотелием оксида азота (NO) и препятствуя действию на сосудистую систему ангиотензина II. Поэтому дефицит эстрогенов может быть одной из причин болевых ощущений в груди [2, 3, 5–7]. В исследовании Кириченко А.А. и Флегентова О.Н. [3] участвовало 297 женщин в постменопаузе (средний возраст — 54,9±1,08 года). Результаты показали, что сжимающие, давящие и щемящие болевые ощущения в груди провоцируются главным образом (93,1%) психоэмоциональными факторами и сопровождаются повышением АД. У всех женщин отсутствовал положительный эффект от приема нитратов. Как правило, боли сопровождались вегетативной реакцией — ощущением нехватки воздуха (62,0%), сердцебиением (58,6%), потливостью (48,3%), снижением настроения и быстрой утомляемостью (34,5%). Исследователи (Околькова А.Н.) указывают, что раздражительность и депрессия, нарушения сна регистрируются в этом периоде у 28% женщин [4].

Все вышеуказанное позволяет сделать вывод о том, что при лечении АГ в климактерическом периоде должны учитываться нарушения со стороны ВНС и психоэмоционального состояния женщин.

Цель работы — доказательство преимущества дифференцированного лечения АГ в климактерическом периоде с учетом исходного состояния ВНС и психоэмоционального состояния женщин по сравнению со стандартным лечением согласно протоколам лечения МЗ РБ.

Материалы и методы. Обследовано 45 женщин с АГ II ст., риск 1–3 в возрасте от 40 до 60 лет, которые поступили в стационар в основном по скорой помощи с частыми гипертоническими кризами. Как известно, менопауза наступает чаще всего в 45–55 лет [4]. Климактерический синдром может возникать в различные периоды: в пременопаузе, менопаузе, через 1–1,5 и 3–5 лет после менопаузы [4]. Нами были обследованы женщины не только в период менопаузы, но и до ее наступления, а также и после ее окончания.

Исследование ВНС проводили по врачебному опроснику А.М. Вейна [1], вегетативному индексу Кердо (соотношение диастолического артериального давления и частоты сердечных сокращений) = $(1 - Д / ЧСС) \times 100$. При симпатикотонии — индекс положительный, при парасимпатикотонии — отрицательный, а при отсутствии дисбаланса ВНС индекс равен 0. Индекс измерялся 5 раз в течение дня, на основании среднего значения опре-

деляли тонус ВНС. Учитывались и другие вегетативные показатели. У пациенток с симпатикотонусом отмечались бледность и сухость кожи, холодные конечности, блеск глаз, неустойчивая температура, склонность к тахикардии, тахипноэ, большая работоспособность, инициативность, физическая выносливость и хорошая деятельность к вечеру, тревожность, сон беспокойный. У пациенток с парасимпатикотонусом отмечались холодная, влажная кожа, гипергидроз и гиперсаливация, яркий красный дермографизм, брадикардия, дыхательная аритмия, апатичность, нерешительность, низкая инициатива, склонность к депрессии, лучшая производственная деятельность в утренние часы.

Оценка тревоги и депрессии производилась нами по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS). Она состоит из 14 суждений (7 — для депрессии и 7 — для тревоги). При 0–7 баллах считали уровень нормальным, при 8–10 баллах оценивали как субклинически выраженную тревогу или депрессию, более 11 баллов — выраженную тревогу или депрессию.

Пациенткам ежедневно по несколько раз в день производилось измерение АД и подсчет ЧСС, а также подсчитывалось количество приливов жара во всем теле, сопровождающихся болями в области сердца и повышением АД. Учитывались общее состояние пациенток, нарушение сна, динамика ЭКГ.

Всем женщинам утром назначался ингибитор АПФ лизиноприл в дозе 10 мг внутрь. Пациенткам, у которых преобладал симпатический отдел ВНС и были повышенные уровни тревоги, вечером назначался β -адреноблокатор пропранолол в дозе 20 мг, а также транквилизатор грандаксин (тофизопам) в таблетках по 50 мг 2 раза/сут. Пациенткам, у которых преобладал парасимпатический отдел ВНС и были повышенные уровни депрессии, вечером назначался антагонист кальция амлодипин в дозе 5 мг и антидепрессант амитриптилин в таблетках по 25 мг — 1/2 таблетки днем и 1 таблетка на ночь. Назначение амитриптилина производилось совместно с психотерапевтом, учитывалось кардиотоксическое действие препарата, которое происходит тогда, когда амитриптилин назначается в больших дозах (до 12 таблеток в сут) для лечения депрессии как отдельного заболевания и проявляется холинолитическим, атропиноподобным действием, приводя к учащению работы сердца и срыву ритма. Этот холинолитический эффект мы использовали для подавления функции парасимпатического отдела ВНС у пациенток II группы, где гипертонические кризы протекали с наклонностью к брадикардии.

Группа сравнения (20 женщин с АГ II ст., риск 1–3) по возрасту и другим клиническим показателям (приливы жара, боли в области сердца, нарушения сна и т. д.) ничем не отличалась от группы с дифференцированным лечением. Пациентки получали также 2 гипотензивных препарата — ингибитор АПФ и второй — антагонист кальция или β -адреноблокатор (выбор — эмпирический). Исследование ВНС не производилось.

Результаты и их обсуждение. Из 45 обследованных женщин у 22 преобладал симпатический отдел ВНС (I группа), и у них наблюдался быстрый подъем АД, сопровождающийся учащенным сердцебиением. У 13 женщин преобладал парасимпатический отдел ВНС (II группа), и гипертонические кризы происходили с медленным подъемом АД без учащения ЧСС, а даже с наклонностью к брадикардии. У 10 пациенток выявлено «равновесие» (нормотонус) ВНС (III группа), у них гипертонические кризы, приливы жара, боли в области сердца и т. д. наблюдались значительно реже.

По госпитальной шкале депрессии и тревоги в I группе определялись высокие уровни тревоги — $18,3 \pm 1,2$ балла, а во II группе — депрессии ($17,9 \pm 1,3$ балла). В III группе уровни тревоги и депрессии были значительно ниже: $12,1 \pm 1,0$ и $11,6 \pm 0,9$ балла соответственно.

Через 5 дней дифференцированного лечения в I и II группах у всех женщин удалось стабилизировать АД и привести его до целевого уровня (ниже 140/90 мм рт. ст.). У всех женщин прекратились приливы жара (исходное количество приливов колебалось от 5 до 15 раз в сут), исчезли боли в области сердца, уменьшилось сердцебиение (I группа), улучшился сон. У 3 женщин из I группы стал положительным на ЭКГ зубец Т (был отрицательным в грудных отведениях V_2, V_3, V_4). Нормализация зубца Т за 5 дней на ЭКГ указывает на то, что отрицательный зубец Т был обусловлен вегетативными нарушениями, а не ИБС. Отрицательный зубец Т в грудных отведениях ЭКГ мы наблюдаем часто даже в юношеском возрасте (диагноз «НЦД и ВСД по кардиальному типу»). Достоверно снизились уровни тревоги в I группе ($18,3 \pm 1,2$ и $12,1 \pm 0,9$ балла, $P < 0,01$) и депрессии во II группе ($17,9 \pm 1,3$ и $11,8 \pm 1,1$ балла, $P < 0,01$).

В группе сравнения стабилизировать АД удалось на 2 дня позже, т. е. через 7 дней. Приливы жара и боли в области сердца не купировались, не наступило и заметного улучшения сна. По госпитальной шкале после 7-дневного лечения высокие исходные уровни тревоги ($19,1 \pm 2,4$ балла) и депрессии ($16,7 \pm 1,4$ балла) достоверно не снизились: $17,9 \pm 1,6$ и $16,2 \pm 1,2$ балла соответственно, $P > 0,5$.

Заключение. Лечение АГ в климактерическом периоде должно сопровождаться устранением дисбаланса ВНС (приведение к нормотонусу) и коррекцией психоэмоционального состояния женщин.

Литература

1. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение / А.М. Вейн и [др.]; под общ. ред. А.М. Вейна. — М.: МИА, 2003. — 752 с.
2. Предменструальный синдром / П.А. Золтан [и др.] // Журн. венгер. гинекологов. — 2003. — № 66. — С. 2017–221.
3. Кириченко, А.А. Гипертензия и кардиалгии в климактерии / А.А. Кириченко, О.Н. Флегентова // Леч. врач. — 2006. — № 6. — С. 92–94.
4. Окорочков, А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: 10 т. / А.Н. Окорочков. — М.: Мед. лит., 2001. — Т. 2: Диагностика ревматических и системных заболеваний соединительной ткани. Диагностика эндокринных заболеваний. — 576 с.

5. Рудакова, Т.П. Особенности ишемической болезни сердца у женщин // Новые Санкт-Петербург. врач. ведомости. — 2000. — № 1. — С. 47–50.

6. Роль дисфункции эндотелия в развитии ишемии миокарда у больных ишемической болезнью сердца с неизменными и малоизмененными коронарными артериями / В.Б. Сергиенко [и др.] // Кардиология. — 1999. — № 1. — С. 25–30.

7. Endothelial dysfunction in patients with chest pain and normal coronary arteries / A.A. Quyyumi [et al.] // Circulation. — 1992. — Vol. 86, № 6. — P. 1864–1871.

DIFFERENTIAL APPROACH TO THE TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION WITHIN CLIMACTERIC PERIOD CONSIDERING THE AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM TONE AND THE PSYCHOEMOTIONAL STATE OF FEMALES

Vodoevich V.P.¹, Larionova I.N.², Pashkovskiy A.P.², Salash T.V.¹

¹*Educational Establishment “Grodno State Medical University”, Grodno, Republic of Belarus;*

²*Health Care Institution “Grodno City Clinical Hospital 2”, Grodno, Republic of Belarus*

As many as 45 female patients aging 40–60 (climacteric period) with arterial hypertension of degree II were assessed and treated depending on the state of their autonomic nervous system and psychoemotional state. It has been demonstrated that in hypertensive crisis with predominance of sympatheticotonus and anxiety signs it is warranted to administer a β -blocker and grandaxin tranquilizer together with an ACE inhibitor. In patients with parasympatheticotonus predominance and high level of depression it is essential to administer a calcium antagonist (amlodipine) and an antidepressant amitriptylinum. The performed treatment made it possible to stabilize arterial pressure and decrease it to the target level 2 days earlier than in controls who underwent standard treatment according to protocols by the Ministry of Health of the Republic of Belarus.

Keywords: arterial hypertension, climacteric period, autonomic nervous system, depression, anxiety, differential treatment.