

011. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИСРЕГУЛЯТОРНЫХ АРИТМИЙ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ.

habits of diagnostics and therapy of dysregulatory arrhythmias at women in postmenopause

Ю.В. Кащенко, О.В. Кащенко

ФГУЗ МСЧ ГУВД по Воронежской области
ГУЗ ВОКЦ ЛФК и СМ «Реабилитация»

Реферат. Кардионеврология – интегральное направление в медицине, основной целью которого является исследование мозга при определенных заболеваниях сердца. В статье рассматриваются вопросы диагностики и лечения дисрегуляторных аритмий у женщин в постменопаузе как один из частных аспектов кардионеврологии. Сложность данной патологии объясняется многообразием неврологических проявлений, а также отсутствием единых подходов к терапии данных состояний. Комплексный алгоритм диагностики и терапии дисрегуляторных аритмий у женщин в постменопаузе должен быть доступен для врачей общей практики в виду частой обращаемости к ним данных пациентов.

Ключевые слова: дисрегуляторные аритмии, климактерический период, терапия, врачи общей практики

Abstracts. Cardioneurology - an integrated direction in the medicine which main objective is brain research at certain diseases of heart. In the given article questions of diagnostics and therapy of dysregulatory arrhythmias at women in postmenopause as one of private aspect in cardioneurology are discussed. Complexity of the given pathology speaks variety of neurologic displays, and also absence of uniform approaches to therapy of the given conditions. The complex algorithm of diagnostics and therapy dysregulatory arrhythmias at women in postmenopause should be accessible to general practitioners in a kind frequent appealability to them of the given patients.

Keywords: dysregulatory arrhythmias, climacterical period, therapy, general practitioners

Введение. Благодаря современным диагностическим возможностям значительно расширились и углубились представления о тесной взаимосвязи между кардиальной и церебральной патологией. Сложилась целая система взглядов на взаимоотношения сердца и мозга, выделяющаяся в отдельную дисциплину – кардионеврологию [1].

В тоже время особый интерес для медицины представляет факт как половых, так и социальных различий в течении одних и тех же заболеваний, называемых гендерспецифическими. Актуальность этой проблемы связана с увеличением численности женщин старшей возрастной группы, в том числе женщин постменопаузального возраста, составляющих около 10% всей женской популяции и прогнозируется дальнейшее ежегодное увеличение этой цифры. Определяя диагностическую и лечебную тактику однотипных заболеваний, необходимо учитывать гендерные особенности, прежде всего это касается гормонального статуса [2]. Не вызывает сомнений взаимосвязь пола, гормонального статуса и развития сердечно-сосудистых заболеваний. До настоящего времени гендерспецифический подход пока был реализован только у женщин в рекомендациях по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, основанных на доказательных исследованиях [АНА Scientific Statement, Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women, 2004] и в большом когортном исследовании постменопаузальных женщин Women's Health Initiative, выявившим независимый предиктор коронарных событий – повышенную ЧСС, причем более выраженная взаимосвязь прослеживалась у женщин более старшего возраста [3].

Учитывая возросшую частоту функциональных (дисрегуляторных) аритмий, как известно, центрально обусловленных и ассоциирующихся с первичной дезорганизацией высших отделов нейро-гормональной регулирующей системы, данные нарушения ритма рассматриваются в контексте вегетативной дисрегуляции. Наряду с этим, климактерические расстройства, связанные с дисбалансом в вегетативной нервной системе, объясняются экстрагенитальной локализацией рецепторов к эстрогенам и прогестерону, располагающихся, в частности, в головном мозге. Абсолютно все органы и системы нашего организма находятся под постоянным нервно-гуморальным контролем. Индикатором отклонений, возникающих в регулирующих системах является сердечный ритм [4].

В климактерическом периоде выделяют следующие фазы: переход к менопаузе (предменопауза), менопауза (диагноз ставится ретроспективно, через 12 месяцев после последней менструации), постменопауза (начинается с менопаузы и заканчивается в 65-69 лет). У 60-80% женщин в пери- или менопаузе могут возникать различные проявления эстрогенодефицитного состояния, или так называемые климактерические расстройства. Широко известны основные клинические проявления климакса : вазомоторные, эмоционально-психические и вегетативные расстройства. Чаще всего вегетативный дисбаланс выражается в усиленном потоотделении, сердцебиении, приступах головокружения [5]. Таким образом, вегетативный дисбаланс является основанием для включения в комплекс лечебных

мероприятий вегетотропной терапии. Следует также учитывать, что привычный «клинический портрет», отражающий вегетативный дисбаланс, свойственен не всем пациенткам данной группы, поэтому необходимо руководствоваться результатами диагностических методов для оценки состояния вегетативной нервной системы. Так как жалобы данных пациентов неспецифичны, а клинические проявления достаточно разнообразны, то обращаются они прежде всего к врачам общей практики. Это обуславливает использование доступных методов обследования и лечения, имеющихся в арсенале участковых и семейных врачей. Чаще всего (согласно литературным данным) для оценки деятельности ВНС применяют метод вариационной тахипульсометрии, основанный на записи пульсовой волны в течение 5-10 минут в зависимости от выраженности аритмии. Однако при кратковременных записях, исследователь искусственно ограничивает число изучаемых регуляторных механизмов, сужает диапазон изучаемых управляющих воздействий [6].

Материалы и методы исследования.

В данной работе предлагается оценивать взаимодействие вегетативной и сердечно-сосудистой систем с помощью анализа variability ритма сердца при проведении суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру (комплекс суточного мониторирования ЭКГ «Кардиотехника», «ИНКАРТ» г. Санкт-Петербург) как с целью определения типа вегетативной регуляции (ваго, нормо, или симпатотония), так с целью подбора необходимой медикаментозной терапии, а в последующем для контроля эффективности проводимой терапии и, при необходимости, для коррекции проводимого лечения. В зависимости от преобладания симптоматики и сопутствующей патологии, проводились следующие исследования: осмотр глазного дна, УЗИ почек, РЭГ и УЗДГ магистральных сосудов головы и шеи. Пациентки с ожирением, заболеваниями щитовидной железы и другой тяжелой сопутствующей соматической патологией в исследование не включались.

Не секрет, что женщины в постменопаузе, предъявляющие жалобы на перебои в работе сердца, чаще обращаются к врачу терапевтического профиля и считают нежелательным назначение заместительной гормональной терапии гинекологами-эндокринологами. Препаратом, удовлетворяющим эти требованиям, является грандаксин – транквилизатор, обладающий селективной анксиолитической, вегето-корректирующей, стрессопротективной и мягкой психостимулирующей активностью. К несомненным достоинствам данного препарата относится показание к назначению при климактерическом синдроме, а также доступность в общеврачебной практике.

Цель исследования – изучение особенностей клинического течения дисрегуляторных аритмий у женщин в постменопаузе, а также возможности терапевтической коррекции вегетативного дисбаланса

и органической патологии сердечно-сосудистой системы у данных пациенток.

Под нашим наблюдением на базе ГУЗ ВОКЦ ЛФК и СМ «Реабилитация» и «ФГУЗ МСЧ ГУВД по ВО» находилось 37 женщины в возрасте от 52 до 65 лет. Все предъявляли жалобы на перебои в работе сердца, чувство «замирания» сердца или приступы учащенного сердцебиения. Все пациентки были в постменопаузе. Помимо жалоб на аритмию беспокоили раздражительность, тревога, бессонница, чувство онемения конечностей, головные боли, шум в ушах, приливы.

Результаты исследования.

При проведении суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру парасимпатикотония установлена у 17 пациенток, симпатикотония – у 12 и нормотония у 8 пациенток. Ишемические изменения сегмента ST, соответствующие II ФК стенокардии зафиксированы у 10 пациенток, низкая толерантность к физической нагрузке – у 25 пациенток. Аритмический синдром, представленный ЖЭ высоких градаций – у 7, сочетание ЖЭ и НЖЭ – у 10, приступы синусовой тахикардии – у 6 человек. Лечение было комплексным: все пациентки получали дезагреганты, при вегетативном дисбалансе назначался грандаксин 50 мг х 2 раза в сут. в течение 2-х месяцев, при аритмии – бета-блокаторы под адекватным контролем показателей гемодинамики, при ангинальных болях – нитраты. В каждом случае наблюдение проводилось не менее двух месяцев с последующим контролем ХМ ЭКГ. Субъективное уменьшение выраженности вегетативных проявлений на 2-й неделе исследования отметили 10 человек, к середине исследования – 17 пациенток, что проявлялось уменьшением эмоциональной лабильности, улучшением качества сна, исчезновением приступов удушья. Тенденция к стабилизации вегетативного статуса за счет уменьшения парасимпатической составляющей – у 24 пациенток.

Все пациентки хорошо переносили лечение. Побочных проявлений, аллергических реакций зарегистрировано не было.

Выводы.

Таким образом, особенностью течения дисрегуляторных аритмий у женщин в постменопаузе являются выраженные расстройства вегетативной регуляции на фоне гормонального дефицита. Комплексная терапия у пациенток данной возрастной группы с использованием грандаксина, дезагрегантов и антиаритмиков, привела к уменьшению субъективной составляющей и уменьшению общего количества экстрасистол при проведении контрольного ХМ ЭКГ. Полученные данные свидетельствуют о нормализации вегетативного тонуса, и как следствие, позволяют говорить об улучшении качества жизни пациенток. Следовательно, правильные решения вопросов гендерной кардионеврологии возможны только при объединении усилий специалистов различных областей медицины,

не последняя роль в решении этой проблемы отводится врачам общей практики.

Список литературы:

1. Верещагин Н.В. и соавт. Клиническая медицина. 1991. №6 С.3
2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства : клиника, диагностика, лечение.- М: Медицинское информационное агенство, 2000 г.
3. Hsia J., Larson J.C., Ockene J.K. et al. Resting heart rate as a low tech predictor of coronary events in women : prospective cohort study. BMJ March 7, 2009.
4. Сметник В.П., Кулакова В.И. Руководство по климактерию.// М: Медицинское информационное агенство, 2001 – 685 с.
5. Балан В.Е., Зайдиева Я.З. Возможности коррекции климактерических расстройств негормональными средствами // Лечащий врач.- 05.2000.- №5-6, стр 24-27.
6. Баевский Р.М., Иванов Г.Г., Чирейкин Л.В. «Методические рекомендации по анализу вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиологических систем» // «Вестник аритмологии» № 4 – 2000 г.

012. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАЛСАРТАНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ВЫСОКИМ РИСКОМ ОСЛОЖНЕНИЙ.

EFFICACY VALSARTAN IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND HIGH COMPLICATIONS RISK.

С.Д. Маянская, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой кардиологии и ангиологии Казанской государственной медицинской академии, г. Казань, Россия

Е.В. Мальшева, аспирант кафедры кардиологии и ангиологии Казанской государственной медицинской академии, г. Казань, Россия.

Э.Б. Фролова, заместитель главного врача по лечебной работе, Клинического госпиталя МВД МСЧ по РТ, г. Казань, Россия

О.Ю. Михопарова, заведующая отделением функциональной диагностики, Клинического госпиталя МВД МСЧ по РТ, г. Казань, Россия

Л.И. Горнаева, заведующая кардиологическим отделением, Клинического госпиталя МВД МСЧ по РТ, г. Казань, Россия

S. Mayanskaya, PHD, Professor, Head Department of Cardiology and Angiology of the Kazan state medical academy. Kazan, Russia.

E. Malysheva, Graduate, Department of Cardiology and Angiology of the Kazan State Medical Academy. Kazan, Russia.

E.Frolova, deputy chief physician of medical work, the Clinical Hospital Ministry of Internal Affairs Medical Unit at RT, Kazan, Russia

О.Михопарова, head of the department of functional diagnostics, Clinical Hospital Ministry of Internal Affairs Medical Unit at Tatarstan Republic, Kazan, Russia

Leah Igizovna Gornaeva, head of cardiology department, Clinical Hospital Ministry of Internal Affairs Medical Unit at Tatarstan Republic, Kazan, Russia

Реферат. Добавление валсартана в ежедневной суточной дозе 160 мг к базисной гипотензивной терапии пациентам с умеренной формой артериальной гипертензии (АГ) в течение 6 недель сопровождалось достоверным понижением среднего уровня АД на протяжении суток на фоне снижения «ночного» уровня ДАД. При этом уменьшалась «нагрузка давлением», подавлялся утренний рост систолического АД и ДАД и улучшался суточный ритм АД, что обеспечивало органопротективный эффект у этих больных. Гипотензивное действие валсартана сопровождалось улучшением показателей качества жизни пациентов с АГ высокого риска.

Abstract. Adding valsartan in doses of 160mg once daily to standard antihypertensive therapy for patients with mild arterial hypertension (AH) for 6 weeks was effective in lowering mean blood pressure (BP) during 24-hour period against the background of "night" level the diastolic BP (DBP) decreased. BP load decreased, early morning systolic BP and DPB surge suppressed, and circadian BP rhythm improved that organoprotective effect provided in this patients. Antihypertensive effect of valsartan was accompanied by improved quality life of patients with AH at high complications risk.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, суточное мониторирование артериального давления, валсартан.

Key words: Arterial hypertension, ambulatory blood pressure monitoring, valsartan

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) остается основным фактором риска развития жизненно опасных сердечно-сосудистых осложнений. Для оценки эффективности индивидуальной фармакотерапии АГ недостаточно наличие только параметров «офисного» артериального давления (АД) [6]. Как правило, при характеристике результативности антигипертензивной терапии с помощью традиционного контроля в кабинете врача велика вероятность искажения полученных результатов, так как влияние многих факторов при этом не учитывается [1]. При суточном мониторировании артериального давления (СМАД) возможно получение достаточно полной информации о суточном изменении АД, исключение ночной гипертензии и, так называемой, «гипертензии белого халата». Все это позволяет косвенно охарактеризовать гемодинамическую нагрузку на «органы-мишени» и оценить эффективность подобранной антигипертензивной терапии [2].

В последнее время большое внимание уделяется вопросам эффективности блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА). Интересные данные получены