

## ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Войченко Н. А.,  
Кузнецова И. В.,  
Мычка В. Б.,  
Акарачкова Е. С.,  
Кириллова М. Ю.,  
Успенская Ю. Б.

РМАПО

Институт клинической кардиологии им А. Л. Мясникова Российского кардиологического научно-практического комплекса  
МГМУ им. И. М. Сеченова

В последние 20 лет в России отмечается повышение заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний среди лиц обоих полов. Так, в период постменопаузы среди женщин на фоне гипоэстрогении, сопровождающейся дислиппротеидемией, усилением вазоспастических реакций, наблюдается рост распространенности ишемической болезни сердца и гипертонической болезни (Сметник В. П., 2006). Одной из первоочередных задач, стоящих перед специалистами, является решение вопроса о необходимости и возможности назначения заместительной гормональной терапии (ЗГТ) в как можно более ранние сроки после наступления менопаузы, т. е. до развития необратимых атеросклеротических изменений сердца и сосудов, обусловленных дефицитом эстрогенов. Только при этом условии ЗГТ сможет обеспечить первичную профилактику сердечно-сосудистых заболеваний и улучшить качество жизни у женщин в постменопаузальный период.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния заместительной гормональной терапии на уровень артериального давления, состояние микроциркуляции, сосудистой стенки и метаболический статус у женщин в постменопаузе.

В исследовании участвовали 60 пациенток (средний возраст –  $49,6 \pm 5,2$  года) с диагностированной постменопаузой в сочетании с климактерическим синдромом, имеющих показания для назначения ЗГТ. Женщины были разделены на 2 группы. В первую вошли 15 пациенток с хирургической менопаузой и 15 пациенток с естественной менопаузой, которым после тщательного обследования гинекологом и при отсутствии противопоказаний назначали ЗГТ, включающую 1 мг 17В-эстрадиола и 2 мг дроспиренона (анжелик). 30 пациенток группы контроля не получали ЗГТ. Перед включением в исследование проводилось общеклиническое обследование. Рассчитывался индекс массы тела; оценивался гормональный статус пациенток, по показаниям выполнялась

остеоденситометрия, онкоцитологическое исследование, маммография, ультразвуковое исследование органов малого таза. Проводили биохимический анализ крови. Результаты лечения оценивались через 24 недели.

На фоне проводимой ЗГТ через 24 недели в среднем по группе по результатам клинического измерения артериального давления (АД) отмечалось достоверное снижение его уровня по сравнению с исходным. Так, систолическое АД снизилось с  $134,3 \pm 11,2$  до  $122,3 \pm 12,4$  мм рт. ст. ( $p < 0,05$ ). Диастолическое АД – с  $89,3 \pm 7,1$  до  $82,1 \pm 8,1$  мм рт. ст. ( $p < 0,05$ ). Масса тела в среднем уменьшилась с  $80,7 \pm 2,3$  до  $77,4 \pm 1,7$  кг, ИМТ – с  $27,95 \pm 4,70$  до  $26,75 \pm 3,9$  кг/м<sup>2</sup> ( $p > 0,05$ ). Через 24 недели лечения установлено снижение показателя висцерального ожирения: окружность талии уменьшилась с  $89,2 \pm 1,2$  до  $87,6 \pm 0,8$  см ( $p < 0,05$ ). Уровень глюкозы в плазме крови натощак значимо не изменился ( $5,5 \pm 0,1$  ммоль/л до начала терапии и  $5,4 \pm 0,1$  ммоль/л через 24 недели лечения). ЗГТ оказала благоприятное влияние на липидный профиль крови. Достоверно снизился уровень общего холестерина в плазме крови (с  $6,3 \pm 0,62$  до  $5,5 \pm 0,57$  ммоль/л ( $p < 0,005$ )) и холестерина липопротеидов низкой плотности (с  $3,8 \pm 0,64$  до  $3,4 \pm 0,64$  ммоль/л ( $p < 0,005$ )). Содержание холестерина липопротеидов высокой плотности значимо не менялось ( $1,7 \pm 0,74$  и  $1,8 \pm 0,86$  ммоль/л до и после лечения соответственно). Уровень триглицеридов до лечения составлял  $1,0 \pm 0,90$  ммоль/л и после лечения –  $1,1 \pm 0,93$  ммоль/л.

По данным повторного анкетирования пациенток на фоне ЗГТ существенно уменьшились число и выраженность жалоб. Кроме того, ЗГТ способствовала редукции симпатикотонии по данным исследования вариабельности ритма сердца (индекс LF/LF снизился с  $3,6 \pm 1,2$  до  $1,9 \pm 0,8$ ;  $p < 0,05$ ).

Фиксированная низкодозированная комбинация, включающая натуральный эстроген (1 мг 17В-

эстрадиола) и прогестин (2 мг дроспиренона) (анжелик), выбрана не случайно. Вследствие высокой частоты метаболического синдрома и артериальной гипертензии и их значимости в развитии атеросклероза и его осложнений в качестве ЗГТ у женщин в постменопаузе особенно показана комбинация эстрадиола с дроспиреноном, который является первым и единственным прогестагеном, обладающим свойствами антагониста альдостерона. Причем его антиминералокортикоидная активность превосходит таковую известного антагониста альдостерона – спиронолактона. Кроме того, не менее важным свойством дроспиренона является его способность воздействовать на висцеральную жировую

ткань и дифференцировку адипоцитов, что препятствует увеличению объема висцерального жира, нормализует чувствительность к инсулину и липидный обмен. Эти свойства крайне важны при профилактике метаболического синдрома и артериальной гипертензии у женщин в ранней постменопаузе.

Результаты промежуточного анализа продемонстрировали позитивное влияние ЗГТ комбинированным препаратом анжелик на уровень АД, степень висцерального ожирения, метаболический статус и клинические проявления климактерического синдрома у женщин в ранние сроки постменопаузы.

## **ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ**

**Дубисская Л. А.,  
Филинов А. Г.,  
Брагина Л. Б.,  
Лобанова О. В.**

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

В последние годы многими исследованиями доказано, что развитие артериальной гипертонии (АГ) у беременных обусловлено влиянием факторов риска. Но до настоящего времени нет убедительных данных о распространенности этих факторов в популяции и не выявлены наиболее значимые из них для прогноза развития данного осложнения беременности.

Целью нашего исследования явилось установление наиболее значимых факторов риска развития АГ в популяции беременных. Для достижения указанной цели была использована компьютерная программа «Мониторинг здоровья и качества медицинского обеспечения беременных и родильниц». Проанализированы данные 4 621 беременной. Все они наблюдались в женских консультациях № 1, 3, 4, 8 г. Иванова в 2006–2008 гг.

Распространенность факторов риска в популяции рассчитывалась на 1000 беременных, удельный вес каждого фактора и сила влияния на развитие патологии производилась путем вычисления весового индекса.

В структуре факторов риска АГ в популяции беременных выделены 4 группы в зависимости от распространенности:

1. Факторы, возникающие при беременности – 2275,0 на 1000 беременных;

2. Факторы репродуктивного здоровья – 2209,0 на 1000 беременных;

3. Факторы, обусловленные соматическим здоровьем, – 929,0 на 1000 беременных;

4. Социальные факторы – 873,0 на 1000 беременных.

По силе влияния первое место заняли факторы, отражающие репродуктивное здоровье (весовой индекс (ВИ) – 125,65). Из них наибольшую значимость имеют предстоящие первые роды у юных и женщин старше 30 лет, воспалительные заболевания матки и придатков, осложненный абортми и выкидышами анамнез, нарушение менструальной функции. ВИ 78,76 установлен у факторов, возникающих при беременности: отеки, плацентарная недостаточность, многоводие, анемия, острые инфекции.

Меньшую значимость в популяции имеют социальные факторы (ВИ – 56,51): возраст старше 30 лет, социальное неблагополучие в семье, беременность вне брака, вредные привычки (курение), а также факторы, обусловленные соматическим здоровьем (ВИ – 44,7): ожирение, АГ в анамнезе, заболевания мочевыводящей системы, дефицит массы тела больше 25%.

Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало большую значимость этих групп факторов в развитии АГ у беременных.