

КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

УДК 613.98

СИНДРОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ У ЖЕНЩИН

Ильницкий А.Н.¹, Прощаев К.И.², Бирюкова И.В.³

¹Институт повышения квалификации ФМБА России, кафедра терапии, гериатрии и антивозрастной медицины, г. Москва, Россия, e-mail: a-ilnitski@yandex.ru

²АНО «Научно-исследовательский медицинский центр «ГЕРОНТОЛОГИЯ», Москва, Россия, e-mail: prashchayeu@yandex.ru;

³Центр красоты и здоровья «Марго», г. Санкт-Петербург, Россия, e-mail: salonmargo@yandex.ru

В современной медицинской практике, гериатрии и эстетической медицине большое значение уделяется своевременному выявлению и лечению синдрома преждевременного старения, особенно у женщин, так как они являются основными посетителями салонов эстетической медицины. В статье обсуждается проблема развития синдрома преждевременного старения у женщин в перименопаузальный период. Представлено определение понятий и содержание физиологического и преждевременного старения, симптоматология климактерического синдрома и ассоциированных с ним состояний. Дана характеристика современным подходам к медикаментозным и немедикаментозным подходам к терапии синдрома преждевременного старения у женщин на фоне климактерических изменений. Статья предназначена для специалистов в области антивозрастной медицины. Сделан вывод, что в рамках своих профессиональных компетенций врач-косметолог не может назначать антигипертензивную или заместительную гормональную терапию для коррекции синдрома преждевременного старения при сочетании климактерических изменений и артериальной гипертензии, но он должен владеть современной ситуацией в этой области, доносить современные знания до пациента, рекомендовать ему обращаться к соответствующему специалисту.

Ключевые слова: преждевременное старение, перименопаузальный период, антивозрастная медицина.

SYNDROME OF PREMATURE AGING IN WOMEN

Ilnitski A.N.¹, Prashchaeu K.I.², Biryukova I.V.³

¹Institute training FMBA of Russia, Department of therapy, geriatrics, and anti-aging medicine, Moscow, Russia, e-mail: a-ilnitski@yandex.ru;

²ANO "Research Medical Center "GERONTOLOGY", Moscow, Russia,
e-mail: prashchayeu@yandex.ru;

³Health and beauty center "Margot", St. Petersburg, Russia, e-mail: salonmargo@yandex.ru

In current medical practice, geriatrics and aesthetic medicine importance placed on early detection and treatment of premature aging syndrome, especially in women, since they are the main visitors to the show of aesthetic medicine. The article discusses the problem of the development of the syndrome of premature aging in women in postmenopausal period. Presents the definitions and content of physiological and premature aging, the symptomology of menopausal syndrome and its associated conditions. The characteristic of modern approaches to drug and non-drug approaches to the treatment of the syndrome of premature aging in women amid menopausal changes. The article is intended for specialists in the field of anti-aging medicine. It must be remembered that in the framework of their professional competencies cosmetologist can not prescribe antihypertensive or hormone replacement therapy to correct premature aging syndrome when combined menopausal changes and hypertension, but he must possess the present situation in this area, to convey to the patient's current knowledge, to recommend him refer to the appropriate specialist.

Key words: premature aging, perimenopausal, anti-aging medicine.

Введение. В настоящее время в практике гериатрии и эстетической медицины большое значение уделяется своевременному выявлению и лечению синдрома преждевременного старения, особенно у женщин, так как они являются основными посетителями салонов эстетической медицины. Выделяют термины физиологическое и преждевременное старение.

Под термином физиологическое старение подразумевают естественное начало и постепенное развитие инволюционных (возрастных) изменений, ограничивающих способность организма к адаптации к окружающей среде. Современная медицинская наука имеет многочисленные данные об изменениях органов и систем организма в процессе естественного, физиологического старения.

Совершенно иначе обстоит дело с преждевременным старением, которое является основной, наиболее часто встречающейся формой старения людей в возрасте после 40-50 лет. Под термином преждевременное старение понимают любое частичное или общее ускорение темпа старения, приводящее к тому, что человек «опережает» средний уровень старения своей возрастной группы. А совокупность патологических изменений, характерных для описываемого феномена, получил название синдрома преждевременного старения.

Следует отметить, что синдром преждевременного старения является одной из основных точек приложения антивозрастной медицины, которая является новым междисциплинарным направлением медицинской науки и практики, основанным на

подходах доказательной медицины и включает в себя индивидуализированное раннее выявление, профилактику, лечение и реабилитацию клинических состояний и заболеваний, ассоциированных с возрастом.

Антивозрастные мероприятия, ориентированные на выявление и лечение синдрома преждевременного старения, в настоящее время являются неотъемлемой частью деятельности салонов эстетической медицины, они способствуют формированию «красоты изнутри», без которой невозможно добиться хороших эстетических результатов.

Вместе с тем, исходя из практического опыта, эстетическая помощь нередко оказывается фрагментарно, без учета наличия у клиента салона эстетической медицины соматической патологии. Мы провели анализ обращений в центр красоты и здоровья «Марго» (г. Санкт-Петербург) в 2013–2014 гг. Оказалось, что основной группой потребителей косметологических и антивозрастных услуг являются женщины в возрасте от 45 до 57 лет. При изучении медицинской документации в офисе врачей общей практики (заведующая–И.П. Ермилова) городской поликлиники № 52 города Санкт-Петербурга (главный врач–М.И. Чеканина) нами было выявлено, что лишь 24,5% получают современную заместительную гормональную терапию в пери- и постменопаузе, при этом 65,0% имеют артериальную гипертензию, но лишь 45,5% получают современную антигипертензивную терапию. Безусловно, это свидетельствует о недостаточной эффективности терапии синдрома преждевременного старения на фоне климактерических изменений и артериальной гипертензии. С нашей точки зрения, врач-косметолог должен ориентироваться в этих вопросах и рекомендовать обратиться женщинам-клиентам к соответствующим специалистам для обследования и лечения. В этой связи в данной статье нами кратко рассмотрены основы лечения артериального давления при климактерическом синдроме как заболеваний, которые без адекватной терапии формируют преждевременное старение. Мы надеемся, что обновление этих знаний среди врачей-косметологов позволит с большей эффективностью добиваться «красоты изнутри» и улучшать, таким образом, состояние кожи, фигуры и настроения.

Прежде всего, мы позволим себе напомнить об общих принципах лечения артериальной гипертензии (АГ), которые важны для косметолога. Они следующие: отсутствие возрастных норм артериального давления; единые показатели цифр артериального давления для возрастной группы 18-80 лет; равнозначность систолического и диастолического артериального давления для диагностики и

контроля лечения; безопасность и существенная польза от снижения артериального давления, в том числе в старших возрастных группах.

При назначении антигипертензивной терапии мы должны преследовать следующие цели. Непосредственная цель антигипертензивной терапии-снижение артериального давления до целевого уровня, уменьшение вариабельности артериального давления в течение суток, восстановление нормального суточного профиля артериального давления. Промежуточная цель антигипертензивной терапии - предотвратить развитие структурно-функциональных изменений в органах-мишенях или вызвать регресс этих изменений:

в сердце-уменьшить массу миокарда левого желудочка и улучшить его диастолическую функцию;

в почках-уменьшить микро- и макроальбуминурию и предотвратить прогрессирование недостаточности функции почек;

в головном мозге-расширить диапазон ауторегуляции мозгового кровотока и замедлить развитие стенозирующих поражений вне- и внутричерепных артерий;

в сетчатке глаз-предотвратить развитие гипертонической ретинопатии III–IV степени и связанного с ней ослабления зрения. Конечная цель антигипертензивной терапии– предотвратить поражение органов-мишеней: развитие мозгового инсульта, инфаркта миокарда, внезапной сердечной смерти, сердечной и почечной недостаточности и, в конечном счете, улучшить отдаленный прогноз, не допуская при этом ухудшения качества жизни больного.

Целевое артериальное давление составляет не более 140/90 мм рт. ст., при наличии сахарного диабета - 120/80 мм рт. ст..

Еще раз подчеркнем важность снижения артериального давления. Существует эпидемиологическая зависимость между уровнем артериального давления и частотой развития первичного инсульта. Повышение диастолического давления на 5 мм рт. ст. увеличивает риск развития инсульта на 23% и, напротив, при снижении систолического артериального давления на 12-13 мм рт. ст., что вполне достижимо, риск инсульта уменьшается на 37 %.

Доказано, что даже у пациентов с так называемой мягкой артериальной гипертензией –до 150 мм рт. ст., инсульт развивается в два раза чаще, чем при артериальном давлении до 140 мм рт. ст. Когда же систолическое артериальное давление выше 160 мм рт. ст., инсульт развивается в три раза чаще.

Мы хотим подчеркнуть, что врачи-косметологи, специалисты в области эстетической медицины должны пропагандировать описанные современные подходы к терапии АГ, а не оперировать устаревшими подходами, такими как «рабочее давление». При повышенном давлении врач-косметолог должен рекомендовать пациенту обращаться к профильному специалисту для достижения целевых значений артериального давления с целью не только улучшения состояния, а профилактики осложнений повышенного давления, таких как мозговой инсульт и инфаркт миокарда.

Каковы же требования к антигипертензивным препаратам у женщин в перименопаузе? Они следующие: удобный режим приёма (1-2 раза в сутки), отсутствие гипотензивных реакций, уменьшение активности симпатoadреналовой системы, отсутствие отрицательного влияния на липидный метаболизм, отсутствие отрицательного влияния на костную систему (нейтралитет в отношении остеопороза), возможность комбинации с препаратами для заместительной гормонотерапии.

Для лечения АГ в перименопаузе можно рекомендовать такие препараты.

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ): мозексиприл в дозе 7,5-15 мг в сутки, длительный прием препарата безопасен и не приводит к негативным последствиям, что подтверждено в большом количестве исследований. При применении мозексиприла не отмечено чрезмерных гипотензивных реакций, в связи с этим не требуется применения на начальных этапах низких доз препарата.

Бета-блокаторы: метопролол, начиная с 50 мг 2 раза в сутки; небиволол в дозе 2,5-5 мг один раз в сутки. Эти препараты оказывают положительное влияние на диастолическую функцию левого желудочка и не влияют отрицательно на обмен липопротеидов. Кроме того, стимулируя выработку оксида азота в сосудистой стенке, они способствуют нормализации функции эндотелия.

Мочегонные препараты: индапамид (арифон, индап) в дозе 2,5 мг утром натощак.

Блокаторы рецепторов к ангиотензину II: продемонстрированы преимущества ингибитора рецепторов к ангиотензину II лозартана, хорошо зарекомендовал себя препарат эпросартан теветен, применяемый однократно в суточной дозе 600 мг. Его отличительной чертой является возможность уменьшения симпато-адреналовой активности, что актуально для перименопаузы.

Антагонисты кальция: при необходимости можно использовать амлодипин, дилтиазем в средних терапевтических дозировках. Не следует при наличии клиники

климактерического синдрома применять препараты группы нифедипина, так как они способствуют активации симпатической системы и потенцируют, таким образом, проявления климактерического синдрома (одним из побочных эффектов этих препаратов является гиперемия лица и ощущение жара). Следует применять только пролонгированные формы с замедленным высвобождением препарата. Хорошо зарекомендовал себя амлодипин, который может использоваться как самостоятельно, так и в комбинации с другими препаратами.

Альфа-агонисты: препарат центрального действия-селективный агонист имидазолиновых рецепторов моксонидин. Начальная доза составляет 0,2 мг в день, через три недели при недостаточной эффективности доза может быть увеличена до 0,4 мг (приём однократный). Максимальная доза-0,6 мг, разделённые на два приёма. Препарат эффективен на ранних этапах формирования АГ на фоне нейровегетативной симптоматики (приливов, повышенной потливости).

Важно отметить, что на фоне антигипертензивной терапии должна проводиться заместительная гормональная терапия, целью которой является восстановить уровень эстрогенов в крови до аналогичного таковому у женщин в раннюю менопаузу, т. е. 60-150 мг на 1 мл, что достаточно для улучшения состояния больных и профилактики последствий менопаузы.

Показания к назначению заместительной гормональной терапии в более молодом возрасте— это не только постменопауза, но и ранняя преждевременная менопауза у лиц моложе 40 лет, длительный период вторичной аменореи в репродуктивном возрасте, первичная аменорея, искусственная менопауза после хирургической или лучевой терапии, ранний вазомоторный синдром, климактерический синдром в пременопаузе и, естественно, наличие урогенитальных расстройств, факторов риска остеопороза и сердечно-сосудистых заболеваний.

При проведении терапии целесообразно выбирать препараты, содержащие эстрадиола валерат или 17 β -эстрадиол. Не желательно применять конъюгированные эстрогены.

Выбор гестагена как компонент заместительной гормонотерапии в менопаузе осуществляется в зависимости от статуса пациентки (наличие или отсутствие признаков гиперандрогении, пре- или постменопауза), массы тела (избыточная, ожирение, развернутая клиника метаболического синдрома), тяжести АГ. Определенными преимуществами обладают гестагены, не оказывающие

отрицательного влияния на обмен глюкозы и инсулина. Выбор может быть сделан в пользу дюфастона у женщин в перименопаузе без явных признаков гиперандрогении. Дюфастон входит в состав фемостона, где сочетается с 17 β -эстрадиолом. У женщин в перименопаузе с признаками гиперандрогении препаратом выбора может явиться климен, содержащий эстрадиола валерат и ципротерона ацетат, особо показан данный препарат при выраженной гиперхолестеринемии.

Наконец, при синдроме преждевременного старения на фоне сочетании климактерического синдрома и повышенного артериального давления важны рекомендации по лечебной физкультуре и физиотерапии.

Лечебная физкультура. При незначительных колебаниях артериального давления Интенсивность длительных нагрузок аэробного характера (бег, быстрая ходьба, плавание) должна быть невелика—50-60% от максимальной, длительность аэробных нагрузок должна составлять 15-30 мин в зависимости от физической работоспособности.

Противопоказанием для аэробных тренировок является повышение систолического давления более 180 мм рт. ст. и диастолического—более 110 мм рт. ст., а также хроническая сердечная недостаточность II стадии и выше.

В период стабилизации артериального давления пациенты должны выполнять аэробные нагрузки в объёме 55-58% от максимальных способностей. В 80% случаев с помощью аэробных нагрузок достигается отчетливый клинический эффект, выражающийся в нормализации или значительном снижении артериального давления.

По свидетельству ряда авторов гимнастика и скоростные нагрузки больным с АГ необходимы в той же мере, что и здоровым людям.

Достаточно эффективными могут оказаться физиотерапевтические методы. При АГ их можно сгруппировать следующим образом:

I группа – факторы, действующие на различные органы нервной системы (электросон, лекарственный электрофорез, гальванизация, переменное магнитное поле);

II группа – факторы, стимулирующие периферические вазодепрессорные механизмы (диадинамические токи, синусоидальные модулированные токи);

III группа – факторы, воздействующие на почечную гемодинамику: ультразвук, гальванизация, синусоидальные модулированные токи, переменное магнитное поле, индуктотермия;

IV группа – факторы, оказывающие общее воздействие с влиянием на гемодинамическое звено (методы бальнео- и гидротерапии).

В лечении синдрома преждевременного старения, обусловленного сочетанием климактерических изменений и повышенного артериального давления, эффективными могут быть водные процедуры. Например, можно назначать хлоридные натриевые ванны, температура воды 36-35°C, время воздействия 10-15 мин. ежедневно, курс лечения 15 процедур; углекислые ванны, температура воды 33-36°, время воздействия 10-15 мин. через день, курс лечения 10 процедур.

Достаточно эффективным может оказаться массаж воротниковой зоны и шейного отдела позвоночника, который принимают ежедневно, курс лечения составляет 10-12 процедур.

Заключение. Заключая статью, отметим, что в рамках своих профессиональных компетенций врач-косметолог не может назначать антигипертензивную или заместительную гормональную терапию для коррекции синдрома преждевременного старения при сочетании климактерических изменений и АГ, но он должен владеть современной ситуацией в этой области, доносить современные знания до пациента, рекомендовать ему обращаться к соответствующему специалисту и таким образом принимать участие в антивозрастных мероприятиях и формировать «красоту изнутри», которые помогут добиться более качественных эстетических результатов.

Список литературы.

1. Горбачев В.В. Клиническая кардиология. - Мн.: Книжный Дом, 2007. – 864 с.
2. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (четвертый пересмотр) // Системные гипертензии. - 2010. - №3. - С. 5 - 26.
3. Донцов В.И. Фундаментальные механизмы геропрофилактики / В.И. Донцов, В.И. Крутько, А.А. Подколзин. - М.: Биоинформсервис, 2002. - 464 с.
4. Национальные клинические рекомендации. ВНОК / [под ред. Р.Г. Оганова]. - М.: Силица – Полиграф, 2008. - 512 с.
5. Чеботарев Д.Ф. Преждевременное (ускоренное) старение: причины, диагностика, профилактика и лечение / Д.Ф. Чеботарев, О.В. Коркушко, В.Б. Шатило // Медичний вєсвіт. - 2011. - Т. 1, № 1. - С. 28 - 38.

References.

1. Gorbachev V.V. *Klinicheskaja kardiologija* [Clinical cardiology]. Mn.: Knizhnyj Dom, 2007. 864 p.
2. *Rossijskie rekomendacii (chetvertyj peresmotr) Sistemnye gipertenzii*. 2010, no. 3, pp. 5 - 26.
3. Doncov V.I., Krut'ko I., Podkolzin A.A. *Fundamental'nye mehanizmy geroprofilaktiki* [Fundamental mechanisms geroprophylaxis]. M.: Bioinformservis, 2002. 464 p.
4. Oganova R.G. *Nacional'nye klinicheskie rekomendacii. VNOK* [National clinical guidelines. GFCF]. M.: Siliceja – Poligraf, 2008. 512 p.
5. Chebotarev D.F., Korkushko O.V., Shatilo V.B. *Medichnij vsesvit*. 2011, Vol. 1, no. 1, pp. 28 - 38.