

МЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ОСНОВА КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

Н.А. МИРЗАХМЕДОВА

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республика Узбекистан, г. Ташкент

МЕНОПАУЗАЛ МЕТАБОЛИК СИНДРОМ КАРДИОВАСКУЛЯР ХАВФЛАР АСОСЛАРИ

Н.А. МИРЗАХМЕДОВА

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

MENOPAUSAL METABOLIC SYNDROME BASIS OF CARDIOVASCULAR RISK

N.A. MIRZAKHMEDOVA

Tashkent Institute of Improvement of Doctors, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Менопаузада аёлларда метаболлик синдромнинг таркибий қисмларини ўрганиш марказий нерв тизими ривожланишининг дастлабки босқичларида патогенезини, андрогеник ҳолатнинг таъсирини ҳисобга олган ҳолда, гормонларни коррекциялашни ўз вақтида белгилаш, метаболлик "ёмон оқибатли" висцерал семизлик хавфини камайтириш ва кардиоваскуляр асоратларни олдини олиш учун баҳоланади.

Калит сўзлар: менопауза, метаболлик синдром, юрак-қон томир хавфи.

Studying of components of a metabolic syndrome at women in a menopause, will allow estimating prevalence, a pathogeny of development of MS, at early stages of its forming and considering influence of the androgenic status timely to appoint hormonal correction, for reduction of risk of metabolic "adverse" visceral obesity and to carry out prevention of cardiovascular complications.

Keywords: Menopause, metabolic syndrome, cardiovascular risk.

Актуальность. В последние десятилетия с абсолютной очевидностью проявилась тенденция к увеличению продолжительности жизни населения. Так, по данным Министерства статистики Узбекистана, ожидаемая продолжительность жизни женщин составит 75,5 лет. Одним из важных показателей благополучия общества являются демографические показатели, а среди них – показатели смертности. Малоподвижный образ жизни, ожирение, общее старение населения, обусловленные глобализацией и урбанизацией, способствуют заболеваемости сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями [1, 2, 8, 10].

В настоящее время, метаболический синдром (МС) определен как сложный (составной), часто встречающийся фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний, заслуживающий особого внимания клиницистов. Наличие тесных взаимосвязей между компонентами МС на сегодняшний день является наиболее актуальным вопросом в проблеме изучения метаболических нарушений, в том числе и в свете тендерных различий. Сама концепция ММС впервые была выдвинута С. Spenсер в 1997 г., большинством авторов предложено выделять ММС как комплекс ФР развития ИБС, в основе которого лежит эстрогенодефицит [3, 6, 9].

Наиболее уязвимым периодом переходного возраста есть ПреМП, т.е. начальный период снижения ФЯ (в основном в возрасте после 45 лет и до наступления МП), которая сопровождается стремительным снижением уровня эстрогенов. Реализация эффекта дефицита эстрогенов в период МП, включает влияние на метаболизм липо-

протеинов, прямое влияние на биохимические процессы в стенке сосудов через специфические ЭсР, а также опосредствованное влияние через метаболизм глюкозы, инсулина, гомоцистеина, систему гемостаза и т.п. [2, 5, 7, 10].

Цель исследования. Изучить компоненты метаболического синдрома и уровни половых гормонов у пациенток в перименопаузе.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели под нашим наблюдением находилось 225 женщин в менопаузе, средний возраст которых составил 52,6±6,2 года, с длительностью пери- и постменопаузы 6,7 лет. Из общего числа обследованных 165 женщин с наличием компонентов метаболического синдрома составили основную группу и 60 женщин, без компонентов МС, группу контроля.

Для диагностики МС, использовались критерии Международной Диабетической Федерации (МДФ, 2005г), согласно которым, диагноз МС у женщин устанавливается при наличии: - центрального-абдоминального ожирения (ОТ ≥ 80 см), плюс любые два из следующих 4-х факторов: - повышенного уровня триглицеридов (>1.7 ммоль/л) или проведение специфического лечения, направленного на это липидное нарушение; - сниженного холестерина липопротеинов высокой плотности (<1.3 ммоль/л у женщин) или проведение специфического лечения, направленного на это липидное нарушение; - артериального давления: (САД≥130 или ДАД≥85 мм рт.ст.) или проведение лечения в связи с ранее диагностированной гипертонией; - повышенного уровня глюкозы в плазме натощак (>5.6 ммоль/л) или ранее диагностированный

диабет типа 2 (если уровень глюкозы в плазме натощак >5.6 ммоль/л, проводился тест толерантности к приему глюкозы внутрь $<OGTT$ (oral

glucose tolerance test). Диагноз Артериальной гипертензии устанавливался по рекомендациям ВОЗ/МОГ за 1999 г.

Таблица 1.

Антропометрические показатели обследованных женщин ($M \pm m$).

Показатель	В целом	Основная группа (n=165)	Группа сравнения (n=60)
Масса тела, кг	93,2 $\pm$ 1,7	103,8 $\pm$ 1,9	80,2 $\pm$ 2,4*
ИМТ, кг/м ²	33,0 $\pm$ 0,6	37,4 $\pm$ 0,6	28,3 $\pm$ 0,8*
ОТ, см	96,8 $\pm$ 1,2	105,2 $\pm$ 1,2	86,2 $\pm$ 1,8*
ОБ, см	109,4 $\pm$ 0,9	114,0 $\pm$ 1,1	103,6 $\pm$ 1,3*
Отношение ОТ/ОБ	0,88 $\pm$ 0,01	0,93 $\pm$ 0,01	0,82 $\pm$ 0,01*

Примечание: * $P < 0,001$ –различия значимы относительно основной группы

Таблица 2.

Средние показатели гормонов в сыворотке крови у женщин в основной и контрольной группе

Группы	Тестостерон (нмоль/л)	Св. тестостерон (нмоль/л)	ГСПС (нмоль/л)	ЛГ (лЕд/л)
Контрольная группа n=60	0,46 $\pm$ 0,7	0,008 $\pm$ 0,0012	92,4 $\pm$ 8,3	21,4 $\pm$ 4,1
Основная группа n=165	2,8 $\pm$ 0,8*	0,028 $\pm$ 0,0008***	49,5 $\pm$ 3,9***	23,9 $\pm$ 0,2
Группы	ФСГ (лЕд/л)	Прогестерон (нг/мл)	Эстрадиол (нмоль/л)	ЛГ/ФСГ
Контрольная группа n=60	60,7 $\pm$ 12,2	1,2 $\pm$ 0,2	30,7 $\pm$ 2,4	0,4 $\pm$ 0,1
Основная группа n=165	100,3 $\pm$ 5,5**	0,4 $\pm$ 0,07***	17,8 $\pm$ 2,7***	0,2 $\pm$ 0,02

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (* - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$).

При изучении распространенности компонентов МС, нами было обнаружено наличие одно - (ОЖ - 7,8%), двух - (АГ+ДЛП - 13,9%), трех - (АГ+ДЛП+СД - 44,2%), и четырех - (АГ+ДЛП+СД+ОЖ - 33,9%) компонентного МС. У женщин в менопаузе с МС, превалировал трех- и четырех компонентный МС, составив при этом 44,2% и 33,9%.

Оценивались следующие лабораторные параметры: липидограмма (общий холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды очень низкой плотности (ЛПОНП), коэффициент атерогенности (КА), гормональные исследования, отражающие функцию репродуктивной системы: фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), лютеинизирующий гормон (ЛГ), эстрадиол (Е2), прогестерон (ПГ), свободный тестостерон (Тсв.). Индекс массы тела рассчитывался по формуле кг/м^2 .

Результаты исследования. Показатели уровней общего ХС и ЛПНП оказались достоверно выше у пациенток основной группы: ХС- 6,58 $\pm$ 0,19 и 5,88 $\pm$ 0,27 ммоль/л, ЛПНП - 4,21 $\pm$ 0,14 и 3,54 $\pm$ 0,25 ммоль/л ($P < 0,01$ и $P < 0,01$ соответственно).

Средние значения ЛПВП оказались существенно ниже у пациенток с МС: 1,2 $\pm$ 0,05 ммоль/л и 1,75 $\pm$ 0,06 ммоль/л ($P < 0,01$). КА в основной

группе был достоверно выше 4,07 $\pm$ 0,25 и 3,54 $\pm$ 0,32 ($P < 0,01$).

Индекс массы тела (ИМТ) у пациенток с МС также достигал существенно более высоких значений - 33,14 $\pm$ 1,02 и 26,8 $\pm$ 0,80 ($P < 0,01$).

Деление по уровню ФСГ у женщин осуществлялось согласно рекомендациям Международного общества по менопаузе (2013), определяющего уровень ФСГ <30 мМЕ/мл как фертильный период женщины, а его значения ≥ 30 мМЕ/мл как период менопаузальной перестройки и снижения эстрогенпродуцирующей функции яичников [3, 4].

Впервые обнаружено, что у женщин с МС и хирургической менопаузой гиперандрогения и высокий уровень фолликулотропина участвуют в формировании инсулин-глюкозного дисбаланса, вплоть до развития гипергликемии у женщин с уровнем Т ≥ 3 нмоль/л. Частота сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа) у таких пациенток составила 59,2% (Ме гликемии в плазме 7,2 ммоль/л; 25% и 75% процентиля: 5,5; 8,8 ммоль/л), отражая содружественное неблагоприятное влияние возраста и высокого уровня андрогена на гликемию.

Выводы. Таким образом, наличие компонентов метаболического синдрома в менопаузе носит более атерогенный характер, приводящий к метаболическим и кардиоваскулярным нарушениям.

Литература:

1. Демидова Т.Ю., Аметов А.С., Селиванова А.В., Ройтман А.П. Современные возможности лечения ожирения у больных сахарным диабетом 2 типа // РМЖ. – 2005. – Vol.13(6). – С. 361-366.
2. Сяоян Ч., Киргизова О. Ю. Метаболический синдром: некоторые итоги и перспективы решения проблемы // Acta Biomedica Scientifica. – 2016. – Т. 1. – №. 5 (111).
3. Толстов С. Н., Мычка В. Б. Метаболическая (цитопротективная) терапия менопаузальных расстройств // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2018. – Т. 10. – №. 3. – С. 72-75.
4. Шишкин А. Н. и др. Метаболический синдром у женщин в перименопаузе // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11. Медицина. – 2013. – №. 3.
5. Хамошина М. Б., Бриль Ю. А. Менопаузальные расстройства: вариативность терапевтических подходов // М.: Ред. журн. Status Praesens. – 2014.
6. Azamat S., Zafarjon K., Salim D. Criteria's of choice method in surgical treatment of patients ventral hernia with concomitant obesity // European science review. – 2016. – №. 3-4.
7. Felson D.T. Relation of obesity and of vocational and avocational risk factors to osteoarthritis // J Rheumatol. – 2005. – Vol.32(6). – P. 1133-5.
8. Malik A. et al. Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan // Nagoya journal

of medical science. – 2014. – Т. 76. – №. 3-4. – С. 255.

9. Miller A.M., Wilbur J., Chandler P.J. et al. Cardiovascular disease risk factors and menopausal status in midlife women from the former Soviet Union. // Women Healthy. – 2003. – Vol.38. – P. 19-36.

10. Shamsiyev A. M., Khusinova S. A. The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan // The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. – Springer, Dordrecht, 2008. – С. 249-252.

МЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ОСНОВА КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

Н.А. МИРЗАХМЕДОВА

Ташкентский институт усовершенствования
врачей, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Изучение компонентов метаболического синдрома у женщин в менопаузе, позволит оценить распространенность, патогенез развития МС, на ранних этапах его формирования и учитывая влияние андрогенного статуса своевременно назначить гормональную коррекцию, для снижения риска метаболически «неблагоприятного» висцерального ожирения и проводить профилактику кардиоваскулярных осложнений.

Ключевые слова: менопауза, метаболический синдром, кардиоваскулярный риск.