

ческие аспекты. М. 2005. С.124

8. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Рыбин М.В. Принципы патогенетической терапии при нарушениях состояния плода на фоне осложнённого течения беременности. Вопр. гинекол. акуш.и перинатол. 2006. № 5(3). С. 5-14

Хулоса

Чараёни хуни фетоплатсентарӣ дар занҳои бисёрзоида бо алоими боздории инкишофи ҷанин

З.К. Бойматова

Натиҷаҳои тадқиқоти мо баландшавии хеле зиёди индексҳои (зарибҳои) муқовимати хунрагии канорино дар шараёни баҷадони занони валуд (бисёрзоида) бо чараёни мӯътадили ҳомиладорӣ муайян намуданд, ки аз ихтилоли хунгардиш дар банди баҷадону машинии силсилаи "модар-машина-ҷанин" шаҳодат медиҳад. Ин тағйиротҳо дар сурати оризаи ҳомиладорӣ ва вусъати алоими инкишофи батнии ҷанинро қавӣ мегардонанд ва қариб дар ҳамаи бандҳои ин силсила зоҳир мешаванд.

Summary

FOETOPLACENTA BLOOD CURRENT IN POLYDELIVERY WOMEN WITH SYNDROM OF DELAY OF FOETUS GROWTH

Z.K. Baimatova

The result of investigations indicated important increasing the indexes of peripheral vessel resistance in uterine artery in polydelivery women with normal pregnant that testifies the alterations of circulation in system "mother-placenta-foetus" which are than more than strong.

Key words: foetoplacenta blood current, syndrome of delay of foetus growth



ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ПЕРИМЕНОПАУЗЫ

А.Р. Нарзуллаева

Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров

Артериальную гипертензию, формирование которой приходится на перименопаузальный период, необходимо рассматривать совместно с метаболическими изменениями (инсулинорезистентность, дислиппротеинемия, андронное ожирение), происходящими в организме женщины. Менопаузальный метаболический синдром является весомым фактором риска кардиоваскулярных заболеваний.

Ключевые слова: метаболический синдром, артериальная гипертензия, дислиппротеинемия, инсулинорезистентность, ожирение

Введение. Артериальную гипертензию (АГ), формирование которой приходится на перименопаузальный период, необходимо рассматривать совместно с метаболическими изменениями, происходящими в организме женщины. Большинство авторов связывает их с гипотезой. Учитывая вышесказанное [4], необходимо употреблять термин "менопаузаль-

ный метаболический синдром" и не рассматривать каждое его проявление в отдельности. К основным составляющим этого синдрома относятся: 1) артериальная гипертензия, 2) дислиппротеинемия, 3) инсулинорезистентность, 4) развитие центрального ожирения.

При анализе факторов риска ишемической болезни сердца (ИБС) у лиц с впервые возникшим инфарктом миокарда отмечено, что у женщин после 56 лет значительно повышено содержание общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), снижен уровень липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) в сыворотке крови, повышена частота АГ, сахарного диабета, ожирения по сравнению с мужчинами и женщинами до 44 лет. Высокий уровень эстрогенов обеспечивает, как известно, значительную возрастную задержку (до 6-10 лет) развития доклинических признаков атеросклероза у женщин, не страдающих сахарным диабетом, по сравнению с мужчинами [2]. В перименопаузальном периоде у женщин имеет место снижение активности механизмов гормональной защиты от нарушений метаболизма липидов, обмен липидов изменяется в отрицательную (атерогенную) сторону: на 10% повышается уровень ТГ, ОХ, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), снижается уровень ЛПВП [6,12], повышаются уровни липопротеидов очень низкой плотности ЛПОНП.

Ожирение является одним из ведущих факторов риска АГ [7,8]. Одна из причин половых различий при ожирении - увеличение массы тела после менопаузы, которая отмечается более чем у половины женщин. Показано, что снижение скорости базального метаболизма у женщин в постменопаузе соответствует прибавке массы тела на 3-4 кг в год. По данным Healthy Women's Study, в первые 3 года после менопаузы масса тела в среднем увеличивается на 2,3 кг; а через 8 лет - на 5,5 кг. Увеличение массы тела начинается в возрасте 42-46 лет, то есть с началом перименопаузального периода. В этой группе женщины с индексом массы тела (ИМТ) более 30 кг/м² встречаются лишь в 7 % случаев. Позднее, в период постменопаузы, число женщин с ИМТ более 30 кг/м² возрастает в 3 раза. В развитии сердечно-сосудистых заболеваний большее значение имеет не степень ожирения, а характер распределения жировой ткани. У женщин в перименопаузальном периоде преобладает гиноидное (периферическое) распределение жира, в то время как андроидное (центральное) распределение выявляется в основном у мужчин и у женщин в постменопаузальном периоде [10,13].

Многочисленные исследования уже давно связали АГ, ожирение и липидные нарушения с инсулинорезистентностью и компенсаторной гиперинсулинемией [1,3,9]. Эпидемиологические исследования показали взаимосвязь высокого уровня инсулина и болезни коронарных артерий. Имеются многочисленные данные литературы, свидетельствующие о снижении толерантности к глюкозе в старших возрастных группах за счёт снижения чувствительности к инсулину. Выявлено, что у женщин в постменопаузальном периоде, страдающих андроидным ожирением, имеется гиперинсулинемия и инсулинорезистентность [5,11]. Согласно результатам исследования, проведённого [14] в постменопаузальном периоде, происходит снижение секреции инсулина поджелудочной железой, нарушение элиминации инсулина печенью и прогрессирующее увеличение инсулинорезистентности.

Цель исследования: изучение особенностей метаболического синдрома у женщин в период перименопаузы.

Материал и методы исследования. Данное исследование было проведено с 2002 по 2007 гг. на базе кафедры кардиологии с курсом клинической фармакологии Таджикского института последиplomной подготовки медицинских кадров, в отделении артериальной гипертензии Республиканского клинического центра кардиологии, в отделении гинекологической эндокринологии Таджикского научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии. Было обследовано 95 женщин с артериальной гипертензией, обращавшихся за консультативной помощью или находившихся на стационарном лечении, среди которых у 15 диагностировалась ишемическая болезнь сердца,

Средний возраст обследованных женщин составил 44,6±4,8 года (от 37 до 55 лет). Все

больные были разделены на две основные группы: группа I - женщины, у которых регистрировался нерегулярный менструальный цикл за последние 3-11 месяцев и женщины в пременопаузальном периоде - 30 человек (31,6%), группа II - женщины в менопаузальном и постменопаузальном периоде - 65 человек (68,4%). В 2-й группе продолжительность постменопаузального периода составила в среднем $10,4 \pm 5,5$ мес. Контрольную группу составили здоровые женщины репродуктивного возраста - 30 человек. В исследование были включены женщины с артериальной гипертензией 1, 2, 3 степени (в соответствии с классификацией, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения и Международного общества по изучению АГ (ВОЗ/МОАГ) (1999). АГ диагностировалась при выявлении каузального систолического артериального давления более 140 рт.ст. и/или диастолического артериального давления более 90 мм.рт.ст. во время 3 визитов с интервалом в 1 неделю. У 15 женщин (15,8%) была диагностирована ИБС. Содержание эстрадиола в I группе в среднем составляло $148,3 \pm 12,6$ пмоль/л, во II группе - $72,2 \pm 11,4$ пмоль/л, прогестерона $30,7 \pm 8,6$ ммоль/л и $16,9 \pm 7,13$ ммоль/л соответственно.

Для эффективной оценки состояния сердечнососудистой системы женщин в период перименопаузы по специально разработанной карте было проведено обследование, которое включало опрос, в том числе: подробный анамнез кардиоваскулярного заболевания, указания на имеющиеся факторы риска (наследственность, гиподинамию, вредные привычки), акушерский и гинекологический анамнез (при этом для оценки климактерических расстройств был использован метод Купперамана), антропометрию с последующим определением индекса Кетле и индекса талия/бедро, измерение АД, профилирование АД, электрокардиографию, эхокардиографию, при клинической верификации ИБС пробу с физической нагрузкой на велоэргометре, лабораторные тесты по определению уровня общего холестерина, ЛПНП, ЛПВП, триглицеридов, глюкозы крови, стандартного теста определения толерантности к глюкозе, уровень эстрадиола и прогестерона.

Результаты и их обсуждение. В результате тщательного опроса и сбора анамнеза отмечена взаимосвязь времени появления первых жалоб на подъёмы АД с началом нарушений менструального цикла или с менопаузой как в I-ой - у 22 человек (73,3%), так и во II-ой группе у 36 человек (55,4%). Кроме того, во II-ой группе замечена закономерность возникновения ангинозных болей с началом менопаузы у 17 человек (26,2%). В 3 случаях (10%) в I-й группе и 25 случаях (38,5%) во II-ой, отмечено усугубление течения уже имеющегося несколько лет заболевания.

Проведённое исследование показало, что в 61,1% отмечена взаимосвязь времени появления первых жалоб на подъёмы АД с началом нарушений менструального цикла или с менопаузой. Кроме того, во II-ой группе замечена закономерность возникновения ангинозных болей с началом менопаузы у 15 человек (23,1%). В 29% отмечено усугубление течения уже имеющегося несколько лет этого заболевания.

Кроме того, по мере усугубления снижения функции яичников наблюдается и рост артериального давления. Так в I группе, где только имеются начальные проявления климактерического синдрома АГ 1 степени была диагностирована у 16 человек (53,3 %), АГ 2 степени - 10 человек (33,3%) и только у 2 человек (6,7%) имела место АГ 3 степени. Во II группе распределение по степени АГ отличалось от I группы, так АГ 1 степени было всего 4 человека (6,1%), АГ 2 степени - 19 человек (29,2%), тогда как АГ 3 степени составило 42 человека (64,2%). ИБС среди обследованных встречалась чаще также во II группе и составляла 13 человек (20%), тогда как в I группе число больных ИБС женщин - всего 2 человека (6,7 %) (см. табл.1). Кроме того, во II группе у 6 человек (9,2 %) были диагностированы нарушения ритма по типу мерцательной аритмии, суправентрикулярной тахикардии и наджелудочковой и желудочковой экстрасистолы, которые могут быть так же трактоваться, как проявления ИБС.

Таблица 1

Распределение обследованных по степени АГ и наличию ИБС

	I группа		II группа		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
АГ 1 степени	16	53,3	4	6,2	20	21,1
АГ 2 степени	12	40	19	29,2	31	32,6
АГ 3 степени	2	6,7	42	64,6	44	46,3
Итого	30	100	65	100	95	100
ИБС	2	6,7	24	36,9	8	8,4

В результате антропометрического исследования было установлено преобладание лиц с избыточной массой тела и ожирением как в I группе - в 25случаев (83,3%), так и во II группе - в 46 случаев (70,8%). При этом во II группе встречались лица с ожирением II степени - 7случаев (10,8%). Тогда как, в контрольной группе в основном преобладали лица с нормальным весом - 23 случая (76,7%) (см. табл.2).

Таблица 2

Распределение обследуемых в зависимости от массы тела

Показатель	I группа		II группа		Σ		Контрольная группа	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Нормальный вес	5	16,7	19	29,2	24	25,3	23	76,7
Избыточный вес	15	50	20	30,8	35	36,8	7	23,3
Ожирение I стадия	10	33,3	19	29,2	29	30,5	-	-
Ожирение II стадия	-	-	7	10,8	7	7,37	-	-

При исследовании распределения жира выявлено, что андроидный тип ожирения встречается несколько чаще во II группе в 36 случаях (55,4%), чем в I группе - в 14 случаях (46,7%). Сравнивая распределение жира в основной и контрольной группе, необходимо отметить, что в основной группе андроидное ожирение встречается у 50 женщин (52%), тогда как в контрольной группе лиц с андроидным ожирением не встречается, хотя имеются лица с промежуточным типом ожирения - 8 человек (26,7%).

По нашим данным, важной особенностью артериальной гипертензии у женщин среднего возраста является частое её сочетание с избыточной массой тела: в I группе - в 25случаев (83,3%), во II группе - в 46 случаев (70,8%).

В ходе исследования наиболее часто выявлены нарушения со стороны липидного спектра у женщин в основной группе - 53 случая (55,8%), тогда как в контрольной группе, такие изменения были выявлены только у 8 женщин (26,7%). Внутри основной группы чаще наблюдалась гиперхолестеринемия во II группе исследования - в 33 случаях (50,8 %), при этом характер изменений был более тяжелым, в этой группе чаще наблюдалась умеренная и высокая гиперхолестеринемия - в 11случаях (16,9%) и в 4 случаях (6,2%) соответственно. Тогда как в I группе исследования гиперхолестеринемия встречалась в 9 случаях (30%) и изменения чаще носили более лёгкий характер - в 6 случаях (20%) наблюдалась лёгкая гиперхолестеринемия. Повышение ЛПНП в I группе наблюдалось в 7 случаях (23,3%), во II группе - в 25 случа-

ях (38,5%)., тогда как в контрольной группе в 6 случаях (20%). Гипертриглицеридемия в I группе имела место в 9 случаях (30%), во II группе - в 20 случаях (30,8%), в контрольной группе лиц с гипертриглицеридемией не обнаружено. И наоборот, в I и II группах отмечалось низкое содержание ЛПВП в 1 (3,3%) и 7 (23,3%) случаях соответственно.

В ходе исследования в основной группе нами было выявлено 6 больных, имеющих манифестную форму сахарного диабета II типа в анамнезе и подтвержденную нами в ходе исследования: 1 случай (3,3%) в I группе и 5 случаев (7,6%) во II группе. Повышение базального уровня глюкозы плазмы выявлено в I группе у 2 человек (6,7%), во II группе у 6 человек, повышение глюкозы после нагрузки выявлено у 4 человек в I группе и у 10 человек (15,4%) во II группе. Из всех выявленных нами лиц с нарушением углеводного обмена, 12 обладали избыточным весом, в 10 случаях нарушению углеводного обмена сопутствовали хронические заболевания печени, жёлчного пузыря и поджелудочной железы.

Таким образом, в ходе исследования нами была выявлена тесная взаимосвязь перименопаузы с началом метаболических изменений в организме женщины на фоне гипозаэстрогенемии, что в дальнейшем отражается на течении артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца. В связи с чем, менопаузальный метаболический синдром требует своевременного лечения в целях предотвращения сердечно-сосудистых осложнений.

Литература

1. Алмазов В.А., Благодосклонная Я.В., Шляхто Е.В., Красильникова Е.И. Метаболический сердечно - сосудистый синдром. С-Пб., Издательство. С-Пб, ГМУ, 1999
2. Гуревич В.С. Показания и особенности фармакологической коррекции гипертриглицеридемий в пожилом возрасте // Новости фармакотерапии. 1998 .№5-6. С.5-9
3. Петрова Т.В., Стрюк Р.И., Бобровницкий И.П., Орлова Т.А., Длусская И.Г., Нагорнев С.Н. О взаимосвязи избыточной массы тела, артериальной гипертензии, гиперинсулинемии и нарушения толерантности к глюкозе // Кардиология. 2001. № 41. С. 30 - 33
4. Сметник В.П. Менопаузальный метаболический синдром // Лечащий врач. 2006. (10): С. 39-41
5. Ярных Е.В. Артериальная гипертензия у женщин в климактерическом периоде: клинические особенности, состояние дофаминэргической активности и инсулинорезистентности // Автореф канд. дисс., М., 2000
6. Chemnitius J.M., Winkel H., Meyer I. et al. Age related decrease of high density lipoproteins in women after menopause // Med. Klin. 1998. Vol. 93. № 3. P. 137-145
7. Dyer A.K., Elliott P., Shipley M., Stamler R., Stamler J. Body mass index and associations of sodium and potassium with blood pressure in intersalt // Hypertension. 1994. № 23. P. 729 - 736
8. Kannel W.B. Epidemiological implications of left ventricular hypertrophy. Left ventricular hypertrophy and its regression / Eds. J. M. Cruickshank, F.H. Messerli. London: Science Press., 1992. P.1. 13
9. Landsberg L. Diet, obesity and hypertension: a hypothesis involving insulin? The sympathetic nervous system and adaptive thermogenesis // QJM. 1986. №61. P. 1081-1090
10. Liederma E.M. // Ann. Int. Med. 1994. Vol. 121. № 12. P. 936-941
11. Lindheim S.R., Legro R.S., Bernstein L. et al. Behavioral stress responses in premenopausal and postmenopausal women and effect of estrogen // Am. J. Obstet. Gynecol. 1992. Vol. 167. P. 1831 - 1836
12. Linquist O. Intraindividual changes in blood pressure, serum lipids and body weight in relation to menstrual status: results from prospective population study of women in Goteborg, Sweden // Prev. Med. 1982. № 11. P. 162 - 172
13. Milewicz A., Bidzinska B., Mikulski E., Demissie M., Tworowska U. Influence of obesity and menopausal status on serum leptin, cholecystokinin, galanin and neuropeptide Y levels // Gynecol.

Endocrinol. 2000. Vol. 14. № 3. P. 196-203

14. Walton C, Godsland IF., Proudler A.J., Wynn V., Stevenson J.C. The effects of the menopause on insulin sensitivity? Secretion and elimination in non - obese? Healthy women // Eur. J. Clin. Invest. 1993. Vol.23, № 8. P. 466 - 473

Хулоса
Хусусиятҳои алоими мубодалаи моддаҳо
дар занон дар давраи перименопауза

А.Р. Нарзуллоева

Баландшавии фишори шараёниро, ки ташаққулёбии он ба давраи перименопауза рост меояд, яқоя бо тағйироти мубодалаи моддаҳои дар қисми зан рӯйдиҳанда (инсулинустворӣ, дислиппротеинемия, фарбеҳшавии андронидӣ) дида баромадан лозим аст. Алоими менопаузии мубодалаи моддаҳо - омили муҳими хатари бемориҳои дилу рағҳо мебошад.

Summary
THE PECULIARITIES OF METABOLICAL SYNDROME
IN WOMEN AT THE PERIOD OF PERIMENOPAUSE

A.R. Narzullaeva

Arterial hypertension forming at the period of perimenopause must to study with metabolical alterations (insulin resistance, dislipoproteidemia, android adiposity) in the organism of woman. Menopausal metabolic syndrome is important factor of risk of cardiovascular deseases.

Key words: metabolic syndrome, arterial hypertension, dislipoproteidemia, insulin resistance, adiposity

