

## Диагностика и коррекция метаболических нарушений у женщин

### СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ЖЕНЩИН

Мишина И. Е.,  
Мясоедова С. Е.,  
Полятыкина Т. С.,  
Жданова Л. А.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, г. Иваново

Начало эры доказательной медицины ознаменовалось разработкой четких подходов к диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Большинство первых многоцентровых контролируемых исследований в кардиологии проводилось в мужской популяции с учетом относительно более ранней заболеваемости и смертности этой категории населения. Недооценка риска ССЗ у женщин сменилась в последние десятилетия бурным ростом интереса к проблемам женского здоровья. Женщины, как правило, имеют особые, связанные с полом факторы риска ССЗ, такие как беременность, менопауза, использование гормональной контрацепции, гистерэктомия. На сегодняшний день тесная взаимосвязь функционирования сердечно-сосудистой и половой систем у женщин не вызывает сомнения. Употребляется термин «гормональный континуум женского здоровья», который подразумевает не только стратегию лечения, но и оценку развития факторов риска (ФР), диагностику и профилактику ССЗ. Данная концепция требует междисциплинарного подхода и совместных усилий врачей многих специальностей.

Проблема артериальной гипертонии (АГ) интенсивно разрабатывается в Ивановской государственной медицинской академии более 30 лет. При эпидемиологическом исследовании в рамках государственной программы по профилактике гипертонической болезни обследовано более 4 000 женщин и выявлена высокая распространенность АГ (23%). Многолетнее наблюдение при использовании комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий продемонстрировало эффективность вторичной профилактики гипертонической болезни (ГБ) [1]. Была показана важная роль немедикаментозных методов терапии, которые в начале заболевания имеют самостоятельное значение, а при второй стадии позволяют уменьшить дозы лекарственных средств. Доказано, что

результаты лечения в значительной мере зависят от выполнения назначений врача и активного участия пациента в коррекции значимых для него ФР [2]. В дальнейшем решение задачи привлечения больных к активному сотрудничеству с врачом получило свое развитие в форме обучения их в школах здоровья [3].

Особым этапом в жизни женщин репродуктивного возраста является беременность, характеризующаяся значительными гормональными, метаболическими и гемодинамическими изменениями. Даже у здоровых женщин беременность становится «стресс-тестом» для сердечно-сосудистой системы. При наличии ССЗ до беременности гестационный период можно рассматривать в качестве индикатора будущих кардиоваскулярных расстройств. В ходе проспективного 10-летнего наблюдения, проведенного совместно кардиологами и акушерами-гинекологами Ивановской государственной медицинской академии, было показано, что повышение артериального давления во время беременности даже в пределах высоких нормальных цифр и гестационная артериальная гипертония в анамнезе повышают риск развития гипертонической болезни и метаболических расстройств в ближайшие после родов годы, особенно у женщин с избыточной массой тела и значительной (более 10 кг) прибавкой веса после завершения беременности. Через 10 лет после родов у пациенток с гипертонической болезнью, имевшей место во время беременности, отмечаются достоверно более высокие показатели индекса массы тела, окружности талии, индекса атерогенности и уровня гликемии по сравнению с нормотензивными женщинами. Первичная артериальная гипертония диагностируется более чем у половины пациенток с высоким нормальным артериальным давлением во время беременности и у 70% – с гестационной артериальной гипертонией. Метаболический синдром развивается уже

через 4 года после родов у каждой третьей пациентки с гипертонической болезнью и высоким нормальным артериальным давлением во время беременности и гестационной артериальной гипертензией в анамнезе [4].

Результатом междисциплинарной интеграции терапевтов, кардиологов и акушеров-гинекологов стала разработка программы диагностики и дифференцированного ведения беременных с различными вариантами гипертензивных расстройств и системы послеродового наблюдения этой категории пациентов, которые легли в основу совместного приказа Управления здравоохранения администрации г. Иванова, ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В. Н. Городкова Росздрава» и ГОУ ВПО ИвГМА № 169/187/120 от 12 июля 2006 года «О создании системы оказания лечебно-диагностической и реабилитационной помощи женщинам с гипертензивным синдромом в период беременности и родов в г. Иваново» [5].

В течение многих лет сотрудниками академии изучаются семейные аспекты АГ. В результате проведенных исследований обнаружены взаимосвязи между личностными особенностями подростков, лиц молодого возраста с семейной предрасположенностью к ГБ и состоянием их вегетативной сферы [6]. У части из них (17%) выявлена эндотелиальная дисфункция, что свидетельствует о раннем формировании нарушений, которые в дальнейшем могут способствовать развитию АГ и сосудистых осложнений. В связи с этим была обоснована целесообразность целенаправленной первичной профилактики ГБ у подростков и лиц молодого возраста с семейным анамнезом этого заболевания с учетом нейровегетативных реакций, личностных особенностей и наличия эндотелиальной дисфункции.

Представлена также сравнительная клинико-функциональная характеристика лабильной и стабильной АГ у подростков и лиц молодого возраста, особенностей суточного ритма АД и вегетативного статуса у них [7]. В этих исследованиях была доказана возможность стойкой нормализации АД при лабильном варианте течения и сохранении повышенных и высоких значений у пациентов с исходно стабильными подъемами АД. В результате обоснована необходимость выделения лабильного и стабильного вариантов АГ у подростков и лиц молодого возраста на основании учета результатов не только клинического измерения и суточного мониторирования АД, но

и вариабельности ритма сердца, психоэмоционального статуса для уточнения прогноза и дальнейшей тактики лечения.

Анализ эпидемиологических исследований свидетельствует о повышении уровня сердечно-сосудистой летальности при ревматических заболеваниях по сравнению с общей популяцией на 60% и отсутствию тенденции к ее снижению [8]. Патология костно-мышечной системы занимает 2-е место по темпам роста после системы кровообращения. Большинство болезней этой группы явно превалирует у женщин. Женский пол является фактором риска развития остеоартрита, в особенности коленных суставов и суставов кисти, остеопороза. Среди травм, связанных с остеопорозом, особую угрозу представляют переломы шейки бедра – в связи с высокой летальностью [9]. Социальная значимость заболеваний костно-мышечной системы в России явно недооценивается. Вместе с тем, эти заболевания ложатся тяжелым бременем на общество, поскольку рано приводят к ухудшению функционального статуса пациентов и являются одной из главных причин стойкой утраты трудоспособности. Патология опорно-двигательного аппарата нередко сочетается с сердечно-сосудистыми заболеваниями, что ухудшает прогноз [8].

Серьезной проблемой является недостаточная медико-социальная защищенность этих пациентов, особенно женщин, которые в большинстве своем являются малообеспеченными в материальном отношении, часто одиноки и не имеют поддержки со стороны родственников.

Значительный вклад в решение этой проблемы вносят межрегиональные научно-практические программы. Они осуществляются по инициативе ГУ Институт ревматологии РАМН (директор – академик РАМН, д-р мед. наук, проф. Е. Л. Насонов) совместно с Ассоциацией ревматологов России. Активное участие в них принимает ГОУ ВПО ИвГМА Минздравсоцразвития России.

Таким образом, в последние годы в академии сконцентрирован научный потенциал терапевтов, кардиологов, педиатров, акушеров-гинекологов и реализуется междисциплинарная научная программа по изучению состояния здоровья женщин различных возрастных групп с артериальной гипертензией и метаболическими нарушениями для разработки индивидуального предупреждения развития у них сердечно-сосудистых осложнений.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Выявление артериальной гипертонии у работников текстильной промышленности / М. Н. Чумакова [и др.] // Проблемы артериальной гипертонии. – Горький, 1982. – С. 28–30.
2. Психосоматические аспекты и немедикаментозное лечение гипертонической болезни / Т. С. Полятыкина [и др.] // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2000. – Т. 5, № 3–4. – С. 66–69.
3. Эффективность различных методов терапевтического обучения больных артериальной гипертонией / Е. А. Шутемова [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – № 2. – С. 32–36.
4. Метаболические расстройства и артериальная гипертония в период беременности: ближайшие и отдаленные последствия для матери и плода / О. Н. Ткачева [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – Т. 5, № 8. – С. 101–108.
5. О создании программы наблюдения и послеродовой реабилитации беременных с артериальной гипертонией / И. Е. Мишина [и др.] // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Артериальная гипертония и ассоциированные состояния». – М., 2006. – С. 55–57.
6. Особенности нейровегетативного статуса и личностных реакций у подростков и лиц молодого возраста, родители которых страдают первичной артериальной гипертонией / Е. В. Воробьева [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2004. – № 3, ч. 2. – С. 23–26.
7. Колгудаева Л. А., Мясоедова С. Е., Жданова Л. А. Суточный профиль артериального давления, вегетативный статус и психоэмоциональные особенности в дифференциальной диагностике гипертонической болезни и лабильной артериальной гипертонии // Артериальная гипертония в практике врача терапевта, невролога, эндокринолога, кардиолога : матер. Всерос. науч.-практ. конф. – М., 2006. – С. 57.
8. Myasoedova E., Gabriel S. E. Cardiovascular Disease in rheumatoid arthritis: a step forward // Current Opinion in Rheumatology. – 2010. – Vol. 22, № 3. – P. 342–347.
9. Распространенность суставных жалоб среди населения города Иванова / С. Е. Мясоедова [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2006. – № 2. – С. 18–21.

## НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Батрак Г. А.,  
Мясоедова С. Е.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Цель исследования – установить особенности нарушений липидного обмена и эффективность их коррекции при сахарном диабете (СД) 2 типа у женщин среднего и пожилого возраста в постменопаузе по сравнению с мужчинами.

В течение 6 месяцев эндокринологом наблюдались 104 пациента с СД 2 типа средней степени тяжести, артериальной гипертонией 1–2 степени и гиперлипидемией, из них 80 женщин и 24 мужчины; средний возраст – соответственно  $60,0 \pm 6,2$  и  $56 \pm 5,3$  года ( $p = 0,01$ ), длительность СД – соответственно  $4,9 \pm 4,3$  и  $5,75 \pm 3,5$  года ( $p = 0,12$ ). Степень компенсации СД у женщин и мужчин достоверно не различалась: средние значения ликированного гемоглобина (HbA1c) составили  $7,6 \pm 1,1$  и  $7,1 \pm 1,3\%$  соответственно ( $p = 0,37$ ). У 28,3% женщин и у 41,6% мужчин наблюдалась диабетическая ретинопатия, тяжелая степень которой у мужчин встречалась в 3,5 раза чаще. Уровни АД у мужчин и женщин на фоне антигипертензивной терапии соответствовали целевым показателям:

САД –  $133,8 \pm 14,3$  и  $138,5 \pm 15,1/81,4 \pm 7,5$  мм рт. ст., ДАД –  $83,3 \pm 8,2$  мм рт. ст. соответственно ( $p = 0,17$ ). У всех пациентов выявлен абдоминальный тип ожирения: у женщин индекс массы тела (ИМТ) составил  $32,1 \pm 4,0$  кг/м<sup>2</sup>, объем талии (ОТ) –  $105,6 \pm 9,9$  см, отношение объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ) –  $0,95 \pm 0,1$ , у мужчин ИМТ –  $31,2 \pm 4,0$  кг/м<sup>2</sup>, ОТ –  $110,8 \pm 9,8$  см, ОТ/ОБ –  $1,0 \pm 0,05$ .

Для коррекции гипергликемии применялись препараты сульфонилмочевины 2-й генерации, метформин и инсулин. Не выявлено достоверных различий в структуре сахароснижающей терапии у женщин и мужчин ( $\chi^2 = 3,02$ ,  $p = 0,55$ ). Антигипертензивная терапия также была сходной ( $\chi^2 = 0,06$ ,  $p = 0,81$ ) у пациентов обоего пола и наиболее часто включала ингибиторы АПФ и тиазидоподобные диуретики. Для лечения гиперлипидемии применялись аторвастатин (20 мг/сут), микронизированный фенофибрат (145 мг/сут) и комбинация данных препаратов.