

СПЕЦИФИКА УПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТАМИ С ИБС У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

PhD Абдиева Гулнора Алиевна

*Самаркандский государственный медицинский университет,
Самарканд, Узбекистан*

Аннотация. В последние годы в нашей стране ведутся научные исследования, посвященные изучению ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии у женщин в менопаузальном периоде. У пациенток с ИБС в менопаузальном периоде, на основе комплексных иммунных и гормональных исследований, установлено, что степень тяжести климактерического периода играет важную роль как фактор риска развития эндотелиальных дисфункций в сердце и сосудах. Эти расстройства тесно связаны с нарушением эндокринного гомеостаза и развитием сердечно-сосудистых заболеваний. У пациенток с ИБС в менопаузальном периоде увеличивается частота полиморбидности, проявляющаяся повышенным уровнем холестерина, триглицеридов, ЛПНП и снижением уровня эстрадиола, эстриола и прогестерона.

Ключевые слова: ИБС, менопауза, эстрадиол, эстриол, прогестерон, эстрон, Цимицифуга

Актуальность

Основной причиной заболеваемости и смертности населения во всем мире являются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). В структуре сердечно-сосудистых заболеваний наиболее существенную долю составляет ишемическая болезнь сердца (ИБС), занимающая одно из ведущих мест среди причин смертности взрослого населения [1, 3]. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире от ССЗ погибают более 17 млн. человек, из них от ИБС-более 7 млн. [2].

ИБС является ведущей причиной смерти в мире как для мужчин, так и для женщин. По данным Американской ассоциации сердца, более 15 миллионов человек имеют ту или иную форму заболевания. ИБС относится к образованию атеросклеротического налета в кровеносных сосудах, которые снабжают сердце кислородом и питательными веществами.

Менопауза, определяемая как завершение 12 месяцев после последней менструации или во время двусторонней овариэктомии, является следствием истощения фолликулов, что приводит к дефициту эстрогена [4]. Эпидемиологические данные показали, что менопаузальный переход связан с более высокой распространенностью факторов риска ССЗ, таких как центральное ожирение, атерогенная дислипидемия, непереносимость глюкозы, артериальная гипертензия (АГ) и неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП), по сравнению с пременопаузальным статусом [5, 15-17].



В частности, переход к менопаузе приводит к перераспределению жира в организме в сторону мужского висцерального ожирения [6, 7]. Действительно, за началом менопаузы следует снижение окисления жиров и снижение расхода энергии без изменений в потреблении энергии [14]. В исследованиях с использованием двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии, КТ или МРТ у женщин в постменопаузе было на 36% больше грудного жира и на 49% больше площади внутрибрюшного жира по сравнению с женщинами в пременопаузе [8]. Эти различия не зависели от возраста и общей жировой массы [13]. Более того, исследования биопсии у женщин в постменопаузе показали гипертрофию клеток адипоцитов как в подкожной, так и в висцеральной жировой ткани, а также усиление воспаления и фиброза по сравнению с женщинами в пременопаузе [9]. Одним из механизмов перераспределения жира в организме в постменопаузе может быть повышение активности липопротеинлипазы жировой ткани и более низкая степень липолиза из-за снижения концентрации эстрогенов [10, 11].

В отношении риска сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с менопаузой, важное значение имеют изменения липидного профиля при переходе к менопаузе. Вкратце, они включают увеличение общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП), триглицеридов (ТГ) и снижение концентрации холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП). Последняя в основном относится к субфракции ЛПВП₂-С [12]. Примечательно, что кроме этих изменений липидного профиля после наступления менопаузы также сообщалось об атерогенных изменениях концентрации аполипопротеинов и их соотношений. К ним относятся увеличение концентрации аполипопротеина В (апоВ) и отношения ХС-ЛПНП/апоВ у женщин в постменопаузе, которые проявляются в возрасте 50–55 лет, приближаясь к соответствующим значениям у мужчин и превышая их. Более того, несмотря на повышение концентрации аполипопротеина АI (апоА-I) и аполипопротеина А-II (апоА-II) у женщин в постменопаузе по сравнению с женщинами в пременопаузе, соотношения ХС-ЛПВП/апоА-I и ХС-ЛПВП/апоА-II снижаются до самой низкой степени наблюдается у мужчин, что свидетельствует о более низком содержании холестерина в частицах ЛПВП. Что касается липопротеина (а) (Lp(a)), независимого фактора риска атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний, существуют неубедительные данные относительно того, увеличивается ли он после менопаузы [10].

Материалы и методы исследования. В работе был проведен анализ 184 женщин в возрасте от 40 до 60 лет (средний возраст $46,8 \pm 3,6$ лет), проходивших обследование и лечение в Ургенчском филиале Республиканского специализированного научно-практического центра кардиологии за период 2018–2021 гг.

Проводились общеклинические исследования: Анамнез, жалобы, общий осмотр, артериальное давление, гинекологическое исследование, общий анализ крови, общий анализ мочи, электрокардиография (ЭКГ).

Во время исследования были изучены все симптомы, которые возникали у женщин каждой группы. Выясняли, к какой группе нарушений относятся те или другие проявления синдрома. К I группе относили нейровегетативные нарушения: высокое АД, головная боль, приступы сердцебиения, зябкость, озноб, сухость кожи, жар, нарушения сна, симпатоадреналовый криз. Ко II группе – обменно-эндокринологические нарушения: ожирение, гипотрофия половых органов, нарушения функции щитовидной железы, надпочечников, боли в суставах, мышцах. К III группе – психоэмоциональные нарушения: ухудшение памяти, уменьшение трудоспособности, раздражительность, плаксивость, ухудшение настроения.



Результаты исследования.

В исследуемых группах боль в области сердца носила стенокардический характер и подтверждалась инструментальными методами. Диагноз ишемической болезни сердца (ИБС) устанавливали согласно общепринятым критериям на основании анамнеза, клинической картины и результатов дополнительных исследований (ЭКГ, толерантности к физической нагрузке, вариабельности сердечного ритма, липидограммы). У пациентов основной группы наблюдались такие проявления ИБС, как стенокардия напряжения I-III функционального класса (ФК) и постинфарктный кардиосклероз. Больных с острым коронарным синдромом, выраженной сердечной недостаточностью и нарушением сердечного ритма в исследование не включали. Выраженность хронической сердечной недостаточности определяли по классификации Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко (1935 г.) и по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца, с учетом четырех функциональных классов (ФК) и с использованием теста 6-минутной ходьбы.

Из 164 пациенток со средней и тяжелой степенью климактерического синдрома, в зависимости от наличия ИБС, были сформированы две группы для последующего сравнительного анализа:

Основная группа включала 86 (52%) пациенток с ИБС. У всех пациенток наблюдалось отсутствие менструаций на протяжении более одного года. У 73 (85%) пациенток этой группы менопауза была физиологической, у остальных 13 (15%) — хирургической.

Группа сравнения включала 78 (48%) пациенток без ИБС, у которых наблюдался регулярный или нерегулярный менструальный цикл, либо отсутствие менструаций менее одного года.

У 29 пациенток был прослежен катамнез заболевания в течение трех лет после включения в исследование в зависимости от характера используемой терапии. После выписки из стационара всем пациенткам была назначена терапия, включавшая цимицифугу. Пациентки вели специальный дневник, где отражались изменения самочувствия, количество визитов к врачу, госпитализаций и результаты лабораторно-инструментального обследования.

В течение двух лет после выписки из стационара 9 (31%) женщин продолжали принимать цимицифугу, остальные прекратили прием по разным причинам и в разное время. Для сравнительного анализа были сформированы две группы:

Пациентки, принимавшие цимицифугу в течение всего периода наблюдения (1-я группа, n=9);

Пациентки, прекратившие прием цимицифуги на любом этапе наблюдения (2-я группа, n=20).

В группах наблюдения изучался спектр гормонов эстрадиола, эстриола, эстрона и прогестерона для оценки их диагностической значимости при прогнозировании риска развития дестабилизации ИБС у женщин в менопаузальном периоде при традиционном лечении и традиционной фармакотерапии в сочетании с цимицифугой. (табл. 3.4).

Таблица 3.4

Концентрации гормонов эстрадиола, эстриола, эстрона и прогестерона у пациенток в постменопаузе без и с доказанной ИБС на фоне традиционного лечения

Группы	Эстрадиол, пг/мл)	Эстриол, нг/мл	Эстрон, пг/мл	Прогестерон, нмол/Л
Контроль	123,3±9,99	47,4±2,76	78,5±3,25	2,1±0,08



(n=52)				
1 группа (n=78) Постменопауза без ИБС	43,8±1,36	18,6±0,79	49,4±1,35	0,7±0,03
2 группа (n=86) Постменопауза с ИБС	35,9±1,23	7,9±0,40	26,9±0,93	0,4±0,02

Таблица 3.24

Концентрации гормонов эстрадиола, эстриола, эстрогена и прогестерона у пациенток в постменопаузе без и с доказанной ИБС на фоне традиционной фармакотерапии в сочетании с «Цимицифуга»

Группы	Эстродиол, пг/мл)	Эстриол, нг/мл	Эстрон, пг/мл	Прогестерон, нмол/л
Постменопауза без ИБС, trad. лечение n=38	59,3±2,08	24,61,28±	52,5±2,05	0,9±0,04
Постменопауза без ИБС, trad. Лечение +Ц n=40	78,9±2,32	29,8±1,17	56,8±2,09	1,3±0,05
Постменопауза с ИБС, trad. Лечение n=42	40,5±1,81	11,6±0,58	31,3±1,36	0,6±0,04
Постменопауза с ИБС, trad. Лечение +Ц n=44	56,2±1,69	21,3±0,56	42,5±1,41	1,1±0,04

Данные, приведенные в табл. 3.24 свидетельствуют о том, что спектр изученных гормонов после комплексного традиционного лечения с добавлением препарата «Цимицифуга» достоверно повышает концентрацию эстродиола, эстриола, эстрогена и прогестерона ($p < 0,05$). Результаты исследований подтверждают эффективность своевременной заместительной гормональной терапии (ЗГТ) в комбинации с назначением «Цимицифуга». В нашем случае соотношение «польза-риск» у пациенток, принимающих «Цимицифуга» польза, превышает риск и ЗГТ является золотым стандартом лечения женщин в ПМП с ИБС и улучшает качество жизни данного контингента женщин.

Женщины среднего возраста с менопаузальной симптоматикой проявляют неблагоприятные изменения факторов риска ССЗ и, как следствие, повышенный риск ССЗ. В ходе нашего исследования было установлено, что у 81 женщины (49,4%) наблюдалось проявления климактерического синдрома средней степени тяжести (патологический климакс) и у 83



женщин (50,6%) климактерический синдром протекал в тяжелой степени. Все симптомы КС объединялись в разнообразных комбинациях, обуславливая клиническую картину и разнообразность тяжести заболевания.

Поскольку для разработки конкретных профилактических мероприятий важнейшее значение имеют факторы, на которые можно влиять, наибольший интерес вызывают АГ, нарушение обмена липидов, курение, избыточная масса тела и т.д.

Выводы. У больных с тяжелой степенью тяжести климактерического синдрома проявление симптоматики определялись в различных комбинациях, где преобладали симптомы выраженных приливов, повышение артериального давления, сердцебиение и боли в области сердца. В то время, как у больных со средней степенью тяжести симптомы климактерического синдрома выражались в признаках депрессии, повышения плаксивости, снижения памяти. Необходимо отметить, что ишемическая болезнь сердца у больных с тяжелой степенью тяжести климактерического синдрома на 69% больше по сравнению с больными женщинами со средней степенью тяжести. Таким образом, результаты проведенных исследований позволили персонализировать менопаузальную гормональную терапию с учетом факторов риска развития тяжелых форм ИБС.

Список литературы:

1. Абдиева Г. А. и др. Особенности течения ишемической болезни сердца в сочетании с климактерической кардиопатией // Наука и образование: проблемы и стратегии развития. – 2017. – Т. 2. – №. 1. – С. 26-29.
2. Абдиева Г., Ташкенбаева Э., Музаффарова Ю. Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у женщин в климактерическом периоде // Журнал проблемы биологии и медицины. – 2016. – №. 4 (91). – С. 156-158.
3. Андреев Е.Ю., Лукьянов М.М., Якушин С.С. Больные с ранним развитием сердечно-сосудистых заболеваний в амбулаторно-поликлинической практике: демографические характеристики, факторы риска и приверженность медикаментозному лечению (данные регистра РЕКВАЗА) // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - 2020. - Т. 16, №2. - С. 258-265. doi:10.20996/1819-6446-2020-04-12.
4. Болотова, Е.В. Приверженность к рекомендациям по коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний / Е.В. Болотова, И.М. Комиссарова. - Текст : непосредственный // Доктор.Ру. - 2017. - № 5 (134). - С. 25-30.
5. Ватутин, Н.Т. Распространенность артериальной гипертензии и факторов риска у лиц молодого возраста / Н.Т. Ватутин, Е.В. Складная. - Текст : непосредственный // Архив внутренней медицины. - 2017. - № 1. - С. 30-34. doi: 10.20514/2226-6704-2017-7-1-30-34. 122
6. Гендерное сравнение клиничко-ангиографических особенностей инфаркта миокарда у пациентов молодого возраста / Н.М. Балаян, М.М. Шебзухова, Н.С. Грачев [и др.]. - Текст : непосредственный// Вестник РГМУ. - 2016. - №5. - С. 44- 50.
7. Гендерные различия в течении инфаркта миокарда / Э.Х. Харисова, Л.В. Балеева, З.М. Галеева [и др.]. - Текст : непосредственный// Неотложная кардиология. - 2018. - №4. - С. 35-40. doi: 10.25679/EMERGCARDIOLOGY.2019.92.81.004
8. Ефанов, А.Ю. Половозрастные особенности частоты факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с артериальной гипертензией, входящих в регистр больных хроническими неинфекционными заболеваниями в Тюменском регионе / А.Ю. Ефанов,



- И.В. Медведева, С.В. Шалаев. - Текст : непосредственный // CardioСоматика. - 2017. - Т.8, №1. - С. 25–26. - (Содерж. журн.: XII Научно-практическая конференция (РосОКР) с международным участием «Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии» (Москва, Россия, 20-21 апреля 2017 г.): материалы конференции).
9. Зайцева, В.В. Взаимосвязь факторов риска ИБС и состояния коронарного русла у женщин репродуктивного возраста: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.05 / Зайцева Виктория Вячеславовна. - Москва, 2012. - 22 с. - Текст : непосредственный.
 10. Касумова Ф.Н., Фараджева Н.А., Сравнительная характеристика факторов риска как предикторов ишемической болезни сердца у женщин при эпидемиологическом и клиническом обследовании- Текст : непосредственный// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2019. - Т.18, №1. - С. 90-94. doi: 10.15829/1728-8800-2019-1-90-94 133
 11. Леонова И.А., Болдуева С.А., Феоктистова В.С. Инфаркт миокарда у женщин: особенности течения и прогноз// Сборник тезисов Всероссийская научно-практическая конференция Боткинские чтения (11- 12 мая 2017 г.). - Санкт-Петербург, 2017. - С.154
 12. Садыкова, А.Р. Сердечно-сосудистый риск и непропорционально высокая масса миокарда левого желудочка у женщин климактерического периода // Казанский медицинский журнал. - 2014. - Т.95, №3. - С. 315-322.
 13. Бойцов, И.В. Самородская, Н.Н. НикулинаСравнительный анализ смертности населения от острых форм ишемической болезни сердца за пятнадцатилетний период в РФ и США и факторов, влияющих на ее формирование / С.А.. - Текст : непосредственный// Терапевтический архив. - 2017. - Т.89, №9. - С. 53-59. doi:10.17116/terarkh201789953-59.
 14. Супрядкина, Т.В. Современные тенденции течения острого коронарного синдрома у молодых женщин в условиях урбанизированного севера (на примере г. Архангельска) / Т.В. Супрядкина, В.В. Черепанова, О.А. Миролюбова. - Текст : непосредственный// Медицинская экология. Экология человека. - 2014. - №11. - С. 55-60.
 15. Ташкенбаева Э. Н. и др. АССОЦИИРОВАННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 3.
 16. Negmatovna, T. E., Khudayberdievich, Z. S., Sayfutdinovich, K. Z., Khidirnazarovich, T. D., Shukhratovna, K. F., & Abdullaevna, A. G. (2019). Urate regulation gene polymorphisms are correlated with clinical forms of coronary heart disease. *International Journal of Pharmaceutical Research*, 11(3), 198-202.
 17. Negmatovna, T. E., & Alieva, A. G. (2018). Features of ischemic heart disease in association with climacteric cardiopathy. *European science review*, (3-4).

