

# Менопауза та фактори серцево-судинного ризику



О.І. Мітченко

**Досвід кардіологів свідчить про те, що одними з найефективніших заходів у напрямі покращення здоров'я жінок є аналіз та корекція факторів серцево-судинного ризику. Про ситуацію щодо поширеності факторів ризику в жіночій популяції та про висновки, зроблені на основі даних останніх досліджень, розповіла керівник відділу дисліпідемії ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України, доктор медичних наук, професор Олена Іванівна Мітченко.**

**?** Протягом тривалого часу вважається, що ризик розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ) є вищим у чоловіків, ніж у жінок. Чи залишається це уявлення актуальним сьогодні?

— У наш час ця думка поступово змінюється. Згідно з рекомендаціями з профілактики ССЗ Європейського товариства кардіологів (2012) у Європі смертність від ССЗ становить 42% серед жінок, тоді як у чоловічій популяції — 38% (С.В. Юрєнева і соавт., 2011). В Україні, відповідно до статистичних даних МОЗ, у 2012 році також спостерігалось переважання рівня смертності від ССЗ у жінок, який становив 57,2% проти 42,8% у чоловіків. Соціально-економічний тягар проблем, пов'язаних із поширенням ССЗ у жіночій популяції, зростає, і ця тенденція буде посилюватися у зв'язку з різким збільшенням чисельності жінок старшого віку.

Про необхідність приділяти більше уваги факторам серцево-судинного ризику у жінок свідчать як дані рандомізованих досліджень, так і результати заходів первинної та вторинної профілактики ССЗ у жіночій популяції, які здійснювалися на державному рівні у розвинених країнах. У США істотні інвестиції, спрямовані на боротьбу із ССЗ у жінок, сприяли значним досягненням, наприклад, смертність від ішемічної хвороби серця (ІХС) становила у 2007 р. 95,7 випадку на 100 тис. жінок, тобто одну третину від аналогічного показника в 1980 р. (М. Wellons, 2012). Вважають, що половина цього успіху пов'язана зі зниженням впливу основних факторів ризику, а друга половина — з активним лікуванням ІХС, що включає і заходи вторинної профілактики. В останнє десятиліття результати виконаного у США великомасштабного рандомізованого дослідження «Ініціатива в ім'я здоров'я жінок» (Women's Health Initiative — WHI) зазнали поглибленої додаткової оцінки, що допомогло переосмислити методи профілактики ССЗ у жінок.

**?** Чи встановлено відмінності щодо причин і перебігу ССЗ у жінок порівняно з чоловіками? Які причини і наслідки цих відмінностей?

— Відмінності епідеміології, симптоматики, динаміки розвитку та прогнозу ССЗ у жінок є досить суттєвими. Артеріальна гіпертензія (АГ), високий рівень тригліцеридів і цукровий діабет (ЦД) мають більш виражений вплив на серцево-судинний ризик у жінок, ніж у чоловіків. Перебіг ІХС у жінок характеризується менш вираженим больовим синдромом, але більш несприятливим прогнозом при розвитку інфаркту міокарда. Ці та інші відмінності зумовлені більш пізнім, приблизно на 10 років, розвитком ССЗ у жінок порівняно з чоловіками. Протягом багатьох років, до настання менопаузи, жіночий організм має ефективний захист завдяки естрогенам, які впливають на метаболізм ліпідів, глюкози, інсуліну, а також на судинний тонус, процеси коагуляції та фібринолізу і, таким чином, гальмують розвиток

та прогресування атеросклерозу. Дефіцит статевих гормонів у постменопаузі у жінок є пусковим фактором у ланцюзі проатерогенних змін ліпідного спектра крові, який призводить до підвищення рівня загального холестерину (ХС), ХС ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), зменшення рівня ХС ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ). У жінок у менопаузі частіше спостерігаються й інші фактори кардіометаболічного ризику — абдомінальне ожиріння, порушення метаболізму глюкози, ЦД. Після настання менопаузи в жіночій популяції реєструють різке підвищення захворюваності на ССЗ. Проте супутні хронічні захворювання, які вже розвинулися до того часу, можуть маскувати клінічну картину й ускладнювати діагностику ССЗ. Це призводить до того, що жінок рідше направляють на консультацію до кардіолога, таким чином, вони з меншою ймовірністю отримують адекватне медикаментозне лікування, а ефективність хірургічного лікування у них нижча порівняно з такою у чоловіків. Як наслідок, рівень смертності від ССЗ у жінок у постменопаузальному періоді різко зростає та перевищує цей показник у чоловічій популяції.

Ситуація ускладнюється тим, що до недавня більшість багатоцентрових контрольованих досліджень у кардіології проводилися переважно серед чоловіків з урахуванням їх відносно ранньої зацукрованості і смертності. Рекомендації з профілактики та лікування ССЗ розроблялися без урахування статевих відмінностей. Тому є очевидною необхідність створення рекомендацій з діагностики, лікування та профілактики ССЗ з огляду на відмінності у їх розвитку й перебігу між жінками та чоловіками. Сьогодні в цьому напрямі вже робляться певні кроки, і в низці документів докладно висвітлюються відмінності і значущість багатьох із традиційних серцево-судинних факторів ризику та окремих характеристик ССЗ у жінок.

**?** Які напрями впливу на серцево-судинний ризик у жіночій популяції сьогодні розглядаються як найбільш перспективні?

— В останні роки завдяки зусиллям Міжнародної асоціації з менопаузи менопаузальному стану як специфічному фактору ризику ССЗ у жінок стали приділяти більше уваги. Нещодавно було введено термін «менопаузальний метаболічний синдром», який характеризується дисліпідемією, порушенням вуглеводного обміну (зниженням секреції та елімінації інсуліну) внаслідок інсулінорезистентності (ІР), центральним типом ожиріння, підвищеним вмістом сечової кислоти у крові, порушеннями в системі згортання крові, розвитком АГ, гіперактивацією симпато-адреналової системи на тлі вираженої гіпоестрогенії.

У наш час середня тривалість життя жінок у Європі перевищує 80 років, а оскільки вік настання менопаузи значно не змінюється (в середньому 51,3 року), тривалість постменопаузи становить приблизно 30-40% від загальної тривалості їх життя. Таким чином,

хоча своєчасна менопауза належить до фізіологічних явищ, вона є передвісником багатьох потенційних проблем зі здоров'ям, які можуть вплинути не тільки на якість, а часом і на тривалість життя жінки. Жінкам, у яких спонтанна або постхірургічна менопауза настає у віці 40-45 років, притаманний високий ризик розвитку не тільки ССЗ, а й остеопорозу, афективних розладів та деменції.

Сьогодні багато уваги приділяється можливостям, пов'язаним із застосуванням замісної гормональної терапії в менопаузі, яка має потенційно позитивний ефект на профіль серцево-судинного ризику завдяки сприятливому впливу на судинну функцію, рівень ліпідів, артеріального тиску (АТ) та метаболізм глюкози. Але не менш, а, можливо, — і більш важливим напрямом у зниженні ризику ССЗ є виявлення та корекція факторів кардіометаболічного ризику у жінок, і працювати в цьому напрямі слід ще до настання менопаузи.

**?** Чи існують дані щодо структури та поширення факторів кардіометаболічного ризику в українській популяції жінок?

— В Україні існує дефіцит широкомасштабних популяційних досліджень у жінок, присвячених аналізу кардіометаболічних чинників формування серцево-судинної патології і ЦД, але ми провели субаналіз жіночої когорти в рамках великого популяційного визначення факторів ризику, проведеного нами в Україні на міській популяції у 2009-2013 рр. (Е.І. Мітченко, М.Н. Мамедов, Т.В. Колесник і соавт., 2013).

Протокол цього дослідження включав визначення та оцінку 20 факторів серцево-судинного ризику в 1 тис. респондентів серед міського населення України (в м. Дніпропетровську), а субаналіз стосувався лише респонденток жіночої статі віком 30-69 років (було включено 532 респондентки). У цьому субаналізі оцінювали такі параметри, як наявність менопаузи та вік її настання, антропометричні дані, рівень фізичної активності, рівень систолічного (САТ) і діастолічного АТ (ДАТ), анамнез АГ та її лікування, статус курця. Крім того, оцінювали низку метаболічних показників: наявність абдомінального ожиріння, ліпідний спектр крові, глікемічний статус.

Обстежені були розподілені на дві групи: першу групу (I) становили жінки репродуктивного віку (середній вік 39,7 року), а другу (II) — жінки в постменопаузі (середній вік 57,6 року).

**?** Які дані були отримані в цьому дослідженні?

— Передусім привертає увагу ранній термін настання менопаузи в українській популяції, який реєструвався за анамнестичними даними і становив у середньому 48,9 року, тоді як у Європі менопауза настає майже на 3 роки пізніше — в середньому у віці 51,3 року. Оскільки менопауза є передвісником багатьох потенційних проблем зі

здоров'ям, які можуть вплинути на якість і тривалість життя жінки, її передчасне настання може призвести до зростання захворюваності і смертності від ССЗ.

Згідно з результатами проведеного аналізу респондентки характеризувалися збільшенням середніх параметрів індексу маси тіла (ІМТ), що відповідало наявності надлишкової маси тіла в обох групах і становило в середньому 28,1 кг/м<sup>2</sup>. Проте характеристики груп достовірно відрізнялися. Так, якщо для жінок I групи, що знаходилися в репродуктивному віці, середній ІМТ коливався на межі з нормативними характеристиками, то для респонденток II групи постменопаузальний статус супроводжувався зростанням ІМТ і межував з параметрами, характерними для ожиріння. Аналогічну залежність від наявності менопаузи зареєстровано також щодо виявлення абдомінального типу ожиріння, який найбільш тісно асоціюється з прогресуванням кардіоваскулярного та кардіометаболічного ризиків. Середня величина окружності талії (ОТ) в обстеженій популяції становила 89,9 см, що значно перевищувало як європейські, так і американські нормативи і свідчило про наявність ознак абдомінального ожиріння в популяції. Проте під час детального аналізу встановлено прогресування цієї характеристики з віком і настанням менопаузи. Відповідно до Рекомендацій Європейського товариства кардіологів з профілактики серцево-судинних захворювань (2012) ОТ понад 80 см визначено в середньому у 77,3% обстежених: у 64,3% жінок репродуктивного віку і в 90,3% жінок у менопаузі. Водночас абдомінальне ожиріння за більш лояльним критерієм Американської асоціації серця (2001), яке діагностують при ОТ понад 88 см, виявлено в середньому у 37,3% жінок: у 26,4% в першій групі та у 48,2% — у другій. Гіподинамію було діагностовано у 33,7% обстежених, проте також зареєстровано її зростання з віком та настанням менопаузи.

Артеріальну гіпертензію виявлено у 52,8% жінок, у тому числі у 1,6% — вперше. Спостерігалось прогресивне збільшення поширеності АГ з віком. Так, у віковій групі 30-39 років АГ діагностовано у 34,0% жінок, 40-49 років — у 31,5%, у віці 50-59 років виявлено дворазове збільшення поширеності АГ — до 64,8%, а у респонденток віком 60-69 років цей показник досяг 69,7%. За результатами співставлення середніх параметрів зареєстрованого АТ визначено достовірне зростання частоти АГ залежно від настання менопаузи.

Особливістю отриманих нами даних є не тільки збільшення загального відсотка поширеності АГ в популяції в цілому і вища частота її виявлення у відповідних вікових групах порівняно з даними наших колег, а й істотне переважання АГ в жіночій когорті

