

Стратифікація ризику та якість життя в жінок у період перименопаузи, або Середній вік: «зеніт» чи «захід» жіночності?

Перименопауза є одним із найважливіших періодів у житті жінки та потребує пильної уваги лікарів багатьох спеціальностей щодо профілактики низки захворювань і грамотного комплексного підходу до лікування.

Адже саме в цей час найбільшої соціальної активності та розквіту жіночої особистості гормональні зрушення на фоні згасання репродуктивної функції можуть призводити до формування окремих компонентів метаболічного синдрому, що пов'язано з підвищенням ризику розвитку діабету й серцево-судинних захворювань (ССЗ) (О.А. Ефименко, 2009; В.В. Поворознюк і співавт., 2008; P. Collins et al., 2008).

➔ Саме в перименопаузі маніфестують вегетосудинні та психоемоційні порушення, що є складовими клімактеричного синдрому (КС) (В.И. Кулаков, В.П. Сметник, 2001; Т.Ф. Татарчук, 2003). Більше того, у багатьох жінок на момент настання періоду менопаузи вже наявна соматична патологія, насамперед артеріальна гіпертензія (АГ) (Е.А. Ярынкина, 2007; Е.П. Свищенко, Л.А. Мищенко, 2007). Поєднання КС і соматичної патології створює умови для можливого взаємного обтяження, маскування клінічних проявів, дестабілізації перебігу та передчасних

ускладнень. Збільшення частоти виникнення АГ у жінок віком понад 50 років порівняно з незначним підвищенням цього показника у чоловіків вказує на можливу роль дефіциту естрогенів як додаткового фактора ризику розвитку ССЗ (Т.Ф. Татарчук і співавт., 2008; Н.В. Башмакова, 2005).

Незважаючи на зростаючу увагу до проблеми кардіоваскулярних захворювань у жінок в останнє десятиріччя в Європі та у світі в цілому, і сьогодні актуальним залишається питання: чи достатньою є оцінка ризиків ССЗ у жінок у перименопаузі? Чи вистачає сьогодні



Т.А. Хомазюк

Д.м.н., професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини, Дніпропетровська державна медична академія

зусиль лікарів-інтерністів у загальній лікарській практиці для попередження цих ризиків та проведення стратегії первинної профілактики каскаду метаболічних порушень і дебюту ССЗ на фоні перебудови гормональної регуляторної вісі в перименопаузі?

Частково відповіді на ці запитання надали результати онлайн-опитування 672 лікарів-гінекологів із Франції, Німеччини, Італії, Іспанії, Великої Британії та США (S. Palacios, 2008). Лише 10% лікарів стверджували, що оцінюють ризик ССЗ у своїх пацієнток;

тільки 20% спеціалістів проводили вимірювання артеріального тиску (АТ); лише кожен другий лікар мав уявлення про «високий нормальний тиск», а кожен третій не знав про міжнародні рекомендації кардіологів щодо ведення пацієнтів із ризиком ССЗ. Переваги загальної лікарської практики щодо цих питань в Україні сумнівні. Водночас у Європі ССЗ є причиною смерті 55% жінок (порівняно із 43% чоловіків), при цьому на частку ішемічної хвороби серця припадає 23% випадків смерті, інсультів – 18%, інших ССЗ – 15%. У чоловіків ці показники становлять відповідно 21; 11 і 11% (P. Collins et al., 2008).

Логічним у продовженні цієї статистики є наступне питання: як зберегти здоров'я жінки для суспільства й сім'ї, як застерегти від «трагедії» фізіологічних змін? Середній вік настання менопаузи в українських жінок – 48,2 року; рання менопауза (~42,5 року) спостерігається майже у 25% жінок, при цьому період перименопаузи передує за 7-8 років. Саме на цей віковий термін припадає психологічний комплекс «жіночої осені», «заходу» життя.

У зв'язку з цим метою нашого дослідження було визначення і стратифікація ризику розвитку ССЗ, якості життя у жінок у перименопаузі з КС та епізодичними підвищеннями АТ, а також динаміки зазначених показників під впливом патогенетичної корекції селективним модулятором естрогенових рецепторів – екстрактом циміцифуги (Клімадинон®, «Біонорика АГ», Німеччина).

Матеріали та методи

У відкрите проспективне дослідження було включено 35 нормотензивних жінок із епізодичними підйомами АТ за даними офісних вимірювань на фоні проявів КС середнього та важкого ступеня, які

перебували на диспансерному обліку з діагнозом нейроциркуляторної дистонії за гіпертензивним типом відповідно до критеріїв В.І. Маколкина і С.А. Аббакумова та наказу МОЗ України від 03.07.2006 р. № 436 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія». Протокол дослідження передбачав комплексне обстеження під час первинного медичного огляду пацієнтів: збір скарг, анамнезу захворювання, анамнезу життя, об'єктивне дослідження, дворазове вимірювання АТ на обох руках та інструментальне дослідження відповідно до рекомендацій Українського товариства кардіологів з лікування АГ 2008 р. та наказу МОЗ України № 436. Ступінь тяжкості перебігу КС визначали за модифікованим менопаузальним індексом (ММІ). Проводили стратифікацію факторів ризику розвитку серцево-судинних ускладнень за рекомендаціями Європейського товариства гіпертензії/Європейського товариства кардіологів (ESH/ESC) та Українського товариства кардіологів (2008), оцінку показників якості життя (ЯЖ) за допомогою української версії опитувальника Всесвітньої організації охорони здоров'я ВООЗЯЖ-100.

Жінки групи дослідження як засіб патогенетичної корекції проявів КС приймали препарат Клімадинон® у монотерапії по 30 крапель або по

1 таблетці 2 рази на добу протягом 6 міс.

Статистичну обробку результатів проводили згідно із загальноприйнятими методами варіаційної статистики. Результати дослідження представлено як $M \pm m$. За вірогідності відмінності прийнято $p < 0,05$.

Результати та обговорення

Клінічна характеристика груп дослідження представлена в таблиці 1.

Пременопаузу діагностували у 10 пацієнток (28,6%); ранню постменопаузу (3-11 міс) – у 25 (71,4%). Ступінь тяжкості різних проявів КС оцінювали шляхом підрахунку ММІ, запропонованого Куретманн та співавт., у модифікації Є.В. Уварової. Середній ступінь важкості КС відзначали у 71,4% жінок. Ці пацієнтки скаржилися на часті напади головного болю, головокружіння, прискорене серцебиття у стані спокою, часті «припливи жару» (понад 10 протягом доби), переважно вночі, що погіршувало самопочуття й обмежувало працездатність. Виражені прояви КС, характерні для важкого перебігу, що призводили до значного погіршення ЯЖ, відзначили 28,1% досліджених пацієнток.

За даними розрахунків індексу маси тіла (ІМТ) був вищим за нормальні показники у 85,7% жінок. Пацієнтки відзначали збільшення маси тіла протягом останніх 0,5-2

Таблиця 1. Характеристика жінок основної групи дослідження ($M \pm m$)

Показник	n=35
Середній вік, роки	48,8±2,4
Тривалість періоду з епізодичними підвищеннями АТ, роки	2,1±0,8
Сімейний анамнез ранніх ССЗ, %	62,9
ІМТ, кг/м ²	34,78±1,72
ОТ/ОС	0,89±0,02
Тривалість КС, роки	1,2±0,6
Значення нейровегетативної складової ММІ, бали	24,3±5,9
Значення психоемоційної складової ММІ, бали	9,3±4,4

років без суттєвих змін у раціоні харчування та способі життя. Нормальну масу тіла мали лише 11,4% жінок, надмірну – 22,8%, ожиріння I ступеня – 42,9%, ожиріння II ступеня – 20%, ожиріння III ступеня – 2,9% учасниць. Аналіз розрахунків індексу окружності талії/окружності стегон (ОТ/ОС) показав, що абдомінальне ожиріння (ОТ/ОС >0,85) мали 42,8% жінок.

Під час вивчення сімейного анамнезу стосовно АГ виявили, що він був обтяжений щодо наявності захворювання у близьких родичів у 62,9% жінок, причому переважно більшістю випадків – у їх матерів.

Середній рівень офісного систолічного АТ (САТ) становив 132,1±5,3 мм рт. ст., діастолічного (ДАТ) – 82,3±4,4 мм рт. ст. Залежності між рівнем офісного АТ та ступенем тяжкості КС у нормотензивних жінок з епізодичними підвищеннями АТ на фоні КС не спостерігали: у пацієток із важким КС середній рівень офісного САТ становив 134,3±3,3 мм рт. ст., ДАТ – 83,3±2,5 мм рт. ст.; із КС середньої тяжкості – відповідно 131,2±5,7 і 82,3±4,9 мм рт. ст. Імовірно, це було обумовлено короткою тривалістю епізодів підвищення АТ на фоні КС.

Під час оцінки ризику розвитку серцево-судинних ускладнень було виявлено, що середній додатковий ризик мали лише 5,7% жінок із нормальними значеннями АТ (САТ 120-129 мм рт. ст. або ДАТ 80-84 мм рт. ст. за даними ESH/ESC) та 5,7% пацієток із «високими нормальними» значеннями АТ, низький ризик – відповідно 11,4 та 14,2%, жінок, помірний ризик – 28,7% хворих із нормальними значеннями АТ. Понад третина жінок із «високим нормальним» АТ (САТ 130-139 мм рт. ст. і ДАТ 85-89 мм рт. ст. за даними ESH/ESC) мали високий додатковий ризик розвитку

Таблиця 2. Стратифікація ризику розвитку серцево-судинних ускладнень у жінок із КС у перименопаузі, %

Нормальний АТ (n=16)		«Високий нормальний» АТ (n=19)			
Додатковий ризик розвитку серцево-судинних ускладнень					
Середній	Низький	Помірний	Середній	Низький	Високий
5,7	11,4	28,7	5,7	14,2	34,3

Таблиця 3. Динаміка MMI у жінок із КС у перименопаузі під впливом лікування препаратом Клімадинон (бали)

Прояви	MMI	
	до лікування	через 6 міс лікування
Нейровегетативні	24,3±4,1	9,8±1,2*
Психоемоційні	9,5±2,2	4,9±1,4*

* p<0,001 порівняно з показниками до лікування.

Таблиця 4. Показники сфер ЯЖ у жінок та їх динаміка під впливом лікування (M±m)

Сфери якості життя	Групи дослідження	
	основна (n=35)	порівняльна (n=20)
Фізична сфера	13,71±2,40# 15,26±2,18*	15,94±2,51
Психологічна сфера	13,62±2,28# 16,83±2,19*	15,76±2,43
Рівень незалежності	15,86±2,36 16,31±1,81	16,82±2,69
Соціальні взаємовідносини	13,34±2,44# 14,48±1,84	16,27±2,76
Навколишнє середовище	12,85±2,40# 13,06±2,24	14,79±2,97
Духовна сфера	15,22±2,52# 15,61±2,28	17,29±3,44
Загальна ЯЖ і стан здоров'я	13,64±2,39# 15,87±2,22*	15,89±2,86

Примітки: у числівнику наведено дані до, у знаменнику – після лікування.
p<0,05 порівняно з показниками у контрольній групі.
* p<0,05 порівняно з показниками до лікування.

серцево-судинних ускладнень (34,3%) (табл. 2).

Таким чином, незважаючи на рівень АТ, жінок у перименопаузі слід відносити до групи підвищеного ризику розвитку АГ, асоційованої з КС, та групи підвищеного ризику розвитку серцево-судинних ускладнень.

Результати клінічних спостережень свідчили, що через 6 міс

лікування у обстежених пацієток зменшилися кількість і вираженість скарг, покращилися самопочуття та працездатність, що виражалось у вірогідних змінах показників нейровегетативної та психоемоційної складової MMI (табл. 3).

У пацієток із епізодичними підвищеннями АТ на фоні КС середнього й важкого ступеня

під впливом лікування препаратом Клімадинон® у монотерапії спостерігали вірогідне зниження САТ з $131,7 \pm 5,5$ до $123,2 \pm 6,2$ мм рт. ст. ($p < 0,001$), ДАТ – відповідно з $82,6 \pm 4,4$ до $75,6 \pm 5,7$ мм рт. ст. ($p < 0,001$), що підтверджує дані літератури щодо наявності антигіпертензивної дії препарату. У ході детальнішого аналізу динаміки АТ під впливом лікування відзначали вірогідне зниження показників САТ через 3 та 6 міс прийому препарату Клімадинон® ($p < 0,001$), хоча всі показники САТ до та після лікування знаходилися в межах норми.

Під час аналізу показників ІМТ у жінок за період лікування не спостерігали подальшого збільшення маси тіла, навпаки, відзначали тенденцію до її зниження (імовірно, це пов'язано із більш жорстким контролем характеру харчування та ваги в період спостереження), однак зміни були невірогідними.

Визначення ризику розвитку серцево-судинних ускладнень для оцінки прогнозу у жінок з епізодичними підйомами АТ на фоні КС під впливом лікування препаратом Клімадинон® виявило зменшення категорії загального серцево-судинного ризику за рахунок зниження показників АТ: серед жінок із нормальними цифрами АТ – збільшення кількості осіб з середнім популяційним ризиком розвитку серцево-судинних ускладнень з 5,7 до 11,4%; з низьким ризиком – з 11,4 до 25,6%; з помірним – з 28,7 до 54,4%. Після лікування лише 8,6% жінок мали «високий нормальний» АТ і високий ризик розвитку серцево-судинних ускладнень.

Під час аналізу суб'єктивної оцінки пацієнтками впливу препарату Клімадинон на стан здоров'я було виявлено, що переважна більшість жінок (88,6%) наприкінці 6-місячного терміну лікування відзначили

покращання стану здоров'я. Оцінку «суб'єктивний стан здоров'я без змін» надали 11,4% жінок. Погіршення стану здоров'я на фоні прийому препарату Клімадинон® не відмітила жодна пацієнтка.

Діагностична цінність методу визначення ЯЖ пацієнтів полягає в тому, що він дає можливість кількісно оцінити суб'єктивну міру благополуччя пацієнтів і їх задоволеність умовами свого життя. За допомогою методу можна визначити суб'єктивну оцінку фізичного стану, психологічних функцій, ступінь соціальної адаптації хворих, що необхідно для більш повного розуміння лікарем проблем пацієнта та формування правильного індивідуального терапевтичного підходу.

Для аналізу впливу КС на стан здоров'я жінок у перименопаузі в групу порівняння щодо ЯЖ входили 20 практично здорових жінок із фізіологічним перебігом перименопаузи. Особливості показників сфер ЯЖ у групах дослідження представлені в таблиці 4.

Під час порівняння сфер ЯЖ пацієнток з епізодичними підйомами АТ на фоні КС середнього і важкого ступеня з групою жінок без КС виявили вірогідно нижчі показники фізичної, психологічної та духовної сфер, соціальних взаємовідносин, навколишнього середовища, а також загальної ЯЖ і стану здоров'я ($p < 0,05$).

Порушення у фізичній сфері були пов'язані з неприємними фізичними відчуттями пацієнтів, зниженням життєвої активності, підвищеною втомою, погіршенням сну й відпочинку. Проблеми в психологічній сфері, ймовірно, були викликані нестачею позитивних або надлишком негативних емоцій, пов'язаних із поганим самопочуттям, зниженням пам'яті, концентрації уваги і самооцінки, наявністю тривоги. Соціальна сфера віддзеркалювала порушення

адаптації в суспільстві, ступінь задоволеності особистими стосунками та соціальною підтримкою, сексуальну активність тощо. Сфера «навколишнє середовище» характеризувала наявність почуття фізичної безпеки й захищеності, вплив домашнього оточення на життя, ступінь задоволеності рівнем надання медичної й соціальної допомоги, здатність до отримання нової інформації і навичок, схильність до розваг і відпочинку та їх використання, а також сприйняття та вплив на ЯЖ умов навколишнього середовища.

Особисті переконання та їх вплив на повсякденне життя досліджує духовна сфера. Ствердження у цій сфері допомагають подолати життєві труднощі, структурують досвід, дають певні відповіді на духовні й особистісні запитання, а також забезпечують почуття благополуччя, надають життю цінність, зміст і перспективу.

Зниження показників цієї сфери в пацієнток із КС порівняно з такими у здорових жінок свідчило про зменшення ваги особистих переконань і почуття благополуччя у повсякденному житті та зростання потреби в сторонній підтримці.

Сфера «загальна якість життя і стан здоров'я» оцінює та роз'яснює, як людина у цілому сприймає якість свого життя та стану здоров'я. Дані цієї сфери в основній групі дослідження були вірогідно нижчими за показники у жінок без КС, що характеризувало негативний вплив патологічного перебігу перименопаузи на ЯЖ жінок.

Під впливом лікування препаратом Клімадинон® у жінок із КС реєстрували вірогідне збільшення показників фізичної сфери, віддзеркаленням чого було покращення самопочуття, зменшення втоми, підвищення життєвої активності. Після 6 міс лікування у жінок реєстрували вірогідне

збільшення показників психологічної сфери зі зростанням рівня життєвих інтересів, почуття самоповаги, впевненості в собі; покращенням соціальної адаптації та ЯЖ і стану здоров'я, що було свідченням ефективності проведеного лікування. Таким чином, призначення фітоселективних модуляторів естрогенових рецепторів, а саме препарату Клімадинон, у період перименопаузи покращує самопочуття жінок у складний період переоцінки життєвих цінностей та формування метаболічних порушень на фоні вікових гормональних змін.

«Бути жінкою завжди!» – таким має бути стимул формування стилю життя для збереження довготривалого здоров'я та привабливої жіночності в будь-якому віці, адже навіть період перименопаузи може бути «зенітом» жіночої особистості на фоні емоційної зрілості, багатого життєвого досвіду й соціальної реалізації.

Висновки

1. Жінки в період перименопаузи становлять групу підвищеного ризику розвитку АГ, асоційованої з КС, та серцево-судинних ускладнень, що потребує проведення

активних профілактичних і лікувальних заходів.

2. Погіршення якості життя жінок у період перименопаузи з КС характеризується фізичною, психологічною та соціальною дезадаптацією на фоні зниження самооцінки, впевненості в собі, сексуальної активності.

3. Препарат Клімадинон суттєво зменшує нейровегетативні та психоемоційні прояви КС, є ефективним засобом корекції вегетативного дисбалансу в жінок у перименопаузі, покращує якість життя, позитивно впливає на рівень АГ та сприяє зменшенню ризиків розвитку ССЗ. ■

Новое об известном

Семена портулака огородного в терапии маточных кровотечений

Портулак огородный – однолетнее растение, произрастающее на территории Средней и Южной Европы, Малой Азии, Ирана, Австралии. Его семена применяют при маточных кровотечениях (МК) – одном из наиболее распространенных гинекологических заболеваний.

Для подтверждения положительного действия портулака при МК специалисты гинекологического отделения Fatemeh University of Medical Sciences г. Кума (Иран) провели исследование с участием 10 женщин в перименопаузе с МК, которое проявлялось симптомами меноррагии, метроррагии, полименоррагии, межменструальных кровотечений и не поддавалось терапии стандартными фармакологическими средствами.

Участницы исследования принимали 5 г порошка из семян портулака, растворенного в стакане воды, каждые 4 ч в течение 3 сут на 3-5-й день менструации. В результате у 8 пациенток сократились продолжительность и объем кровотечения, у 2 больных терапия не имела положительного действия (одна из них имела гиперплазию эндометрия, вторая – фиброму). Не выявлено ни одного случая развития побочных эффектов. У пациенток, ответивших на терапию, МК не повторялись в течение последующих 3 мес наблюдения.

Источник: Shobeiri S.F., Sharei S., Heidari A., Kianbakht S. Phytother Res. 2009 Oct; 23 (10): 1411-4

Чрезмерное увеличение веса на ранних сроках беременности связано с риском гестационного диабета

Клиницисты должны сообщать своим пациенткам о соответствующей гестационной прибавке веса, особенно в течение первого триместра, и помогать беременным контролировать увеличение веса, считает доктор Моник Хеддерсон (Monique Hedderson) из Kaiser Permanente Medical Group (Калифорния, США).

«Наше исследование показало, что увеличение веса на ранних сроках беременности – модифицируемый фактор риска гестационного диабета. Необходимы рандомизированные исследования, чтобы определить оптимальные методы помощи женщинам в соблюдении данных рекомендаций», – отметила доктор Хеддерсон.

Цель исследования состояла в оценке ассоциации нормы гестационного увеличения веса и риска гестационного сахарного диабета. Риск развития последнего увеличивался с повышением показателей гестационного увеличения веса с учетом возраста при родах, этнической принадлежности, порядка родов и индекса массы тела перед беременностью.

Источник: www.medlinks.ru