

УДК 618

## АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ С ПОЗИЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

© И.В. Нейфельд, А.И. Жирняков, В.Ф. Киричук,  
И.Е. Рогожина, И.В. Бобылева

*Ключевые слова:* факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний; атеросклероз; менопауза; эстрогенодефицит; овариэктомия; преэклампсия; ожирение; поликистоз яичников.  
Актуальным вопросом является прогнозирование и предупреждение сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у женщин, учитывая «критические» периоды их жизни. В работе представлен современный взгляд на определение влияния терапевтических и акушерско-гинекологических составляющих при стратификации факторов риска ССЗ у женщин.

Многие годы сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) в развитых странах остаются главной причиной смерти людей среднего и пожилого возраста [1–3]. В России смертность от ССЗ составляет 52 % у мужчин и 63 % у женщин [4] и увеличивается с возрастом у пациентов обоих полов, однако, если соотношение этого показателя у мужчин и женщин в возрасте 35–44 года составляет 5/1, то в возрасте старше 75 лет – только 1,5/1 [5]. В среднем ССЗ у женщин развиваются на 7–10 лет позже, чем у мужчин; каждая 50-летняя женщина имеет 46 %-ный риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) и 36 %-ный риск смерти от нее [6], а одна из четырех женщин в возрасте 60 лет и старше предположительно умрет от ИБС [6].

### 1. ЖЕНСКИЙ ПОЛ КАК ФАКТОР РИСКА ССЗ

В последние годы большое внимание уделяется половым различиям ССЗ. Точку зрения о меньшей распространенности и более благоприятном течении ИБС у женщин, по сравнению с мужчинами, подтвердили данные Фрамингемского исследования [7]. В то же время при повторном анализе данных этого исследования прогноз у женщин, перенесших инфаркт миокарда, был хуже, чем у мужчин [8]. Показано, что только в 50 % случаев ИБС у женщин связана с предшествующим наличием «классических» факторов риска (ФР). Вместе с тем значительное число женщин имеет атеросклеротические изменения сосудов в отсутствии клинических проявлений ИБС [5]. Однако у 2/3 женщин, внезапно умерших от ИБС, клинические симптомы заболевания отсутствовали [9]. В результате исследования было установлено, что у мужчин с высокими показателями факторов риска развитие ИБС возможно уже после 45 лет, у женщин с подобными показателями рисков – только после 55 лет. На развитие атеросклероза влияет в т. ч. и наследственность. Так, у мужчин с отягощенной наследственностью по сердечно-сосудистым заболеваниям проявления атеросклероза возможны в возрасте 55 лет и старше, у женщин – в возрасте 65 лет и старше. Повышение уровня общего холестерина у мужчин является фактором риска в любом воз-

расте, у женщин – только после наступления менопаузы. Такие факторы риска, как гипертония, гиподинамия, ожирение и сахарный диабет, резко увеличивают риск развития ССЗ как у мужчин, так и у женщин, но наличие этих факторов у женщин в менопаузе приводит к тому, что риск возникновения ССЗ у женщин становится выше, чем у мужчин [10].

Имеются данные о гендерных особенностях метаболического синдрома: так, у женщин в пременопаузе развивается периферический тип ожирения, тогда как у мужчин и постменопаузальных женщин – центральный тип, который ассоциируется с повышением риска смерти от сердечно-сосудистых причин [11].

Следует сказать, что более значимая по сравнению с женщинами отягощенность мужчин факторами риска развития атеросклероза может определять механизм нарушения сосудистой ригидности: у мужчин – преобладание атеросклероза, у женщин – артериосклероза [12]. Немаловажно, что в отличие от мужчин основные проявления нестабильной стенокардии, продромальные признаки и симптомы инфаркта миокарда у женщин могут носить атипичный характер [13; 14].

Риск развития ССЗ у лиц с бессимптомным атеросклерозом также имеет половые различия. Так, к примеру, показатель прогностической смертности у женщин выше, чем у мужчин, несмотря на то, что уровень общего кальция у женщин значительно ниже. Более того, если уровень коронарного кальция одинаковый у женщин и мужчин, то показатель прогностической смертности в 3–5 раз выше в женской группе, чем в мужской.

Выявлена более высокая смертность у женщин, перенесших инсульт, по сравнению с мужчинами: после перенесенного первого инсульта риск возникновения повторного в ближайшие 5 лет у женщин выше, чем у мужчин; восстановление после перенесенного острого ишемического инсульта у женщин проходит хуже, чем у мужчин [10]. Только 22,7 % женщин против 26,7 % мужчин полностью восстанавливаются после перенесенного инсульта в течение 6 месяцев [10]. Необходимо отметить, что у женщин чаще случается геморрагический инсульт, а у мужчин ишемический [15].

## 2. ФАКТОРЫ РИСКА ССЗ У ЖЕНЩИН В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

### 2.1. Акушерский анамнез как фактор риска ССЗ

Как известно, гестация является своеобразным сердечно-сосудистым и метаболическим «стрессом» для организма женщины. И, как правило, развитие осложнений беременности, родов, послеродового периода говорит о том, что женщина этот стресс-тест успешно не прошла, и может свидетельствовать о наличии у нее латентного сосудистого заболевания, эндотелиальной дисфункции и/или метаболического нарушения [16].

Лидирующее место преэклампсии среди ФР ССЗ определяет неизменную актуальность и внимание к данной проблеме. До последнего десятилетия господствовало представление о том, что преэклампсия не вызывает значительных отрицательных последствий [17]. Взгляд кардинально поменялся после появления сообщений о двукратном возрастании риска развития сердечно-сосудистых осложнений, в т. ч. с фатальным исходом, в отдаленные сроки жизненного цикла у ранее перенесших преэклампсию (особенно при первых родах) женщин [17]. При одновременном сочетании в акушерском анамнезе трех ФР (преэклампсия, преждевременные роды и низкая для гестационного возраста масса тела младенца) отмечается семикратное увеличение фатальных исходов в последующем [17]. В этом аспекте большой интерес представляют маркеры свободнорадикального окисления и дисфункции эндотелия со снижением вазодилаторного ответа на ацетилхолин [17]. Свидетельством сохраняющейся после осложненных преэклампсией родов дисфункции эндотелия послужило также обнаружение активированных аутоАТ к рецептору ангиотензина II [17].

Помимо вышесказанного у женщин молодого возраста после перенесенной преэклампсии отмечается повышенная склонность к более раннему развитию ишемических поражений мозга [17], при этом вероятность развития ишемического мозгового инсульта на 60 % превышает развитие инсульта у лиц, гестация которых не осложнилась развитием преэклампсии.

Преэклампсия служит также ФР раннего развития атеросклероза, доказательством чему является обнаружение большей толщины комплекса интима-медиа коронарных сосудов сердца и бедренной артерии, чем у женщин после нормально перенесенной беременности [17].

Высокая частота развития ССЗ у матери отмечается при диспропорциональном развитии и малой массе тела плода при рождении, вне зависимости от срока родов, что позволило связать последующий сердечно-сосудистый риск (ССР) с синдромом задержки развития плода [17].

Стоит также отметить, что прибавка массы тела беременной больше 16 кг свидетельствует о формировании высокой степени ССР. Так, женщины с избыточной прибавкой массы тела во время беременности имеют повышенный риск не только ожирения, но и нарушений липидного обмена, а, как известно, ассоциация ожирения и дислипидемии повышает риск ССЗ [18].

К факторам сердечно-сосудистого риска у женщин, связанных с беременностью, относят также малую массу тела женщины при рождении, число родов, метаболические нарушения при гестации, преждевременные роды [16], привычное невынашивание беременности [19].

### 2.2. Поликистоз яичников и риски ССЗ

Заслуживает интереса проблема синдрома поликистоза яичников (СПКЯ), т. к. на протяжении последнего времени СПКЯ стал рассматриваться как состояние, увеличивающее риск развития сердечно-сосудистой патологии [20; 21].

Так, имеются данные, что у девочек-подростков с СПКЯ наблюдается высокая частота повышенного артериального давления (АД), соответствующего артериальной гипертонии 1 степени [22].

Примерно для 45–50 % молодых женщин с СПКЯ характерным является наличие эндотелиальной дисфункции и ранних признаков атеросклероза (повышение толщины интимы-медии сонной артерии, содержания кальция в коронарных артериях), в то же время отмечается недостаточно данных об увеличении частоты сердечно-сосудистых событий у этой категории пациенток в период постменопаузы [23].

### 2.3. «Ранние» эстрогенодефицитные состояния

Возможно самым важным, связанным с полом фактором риска ССЗ у молодых женщин, является эстрогенный дефицит (преждевременная недостаточность яичников, гипогонадотропная аменорея и хирургическая менопауза, наступившая до возраста 45 лет и др.), который существенно повышает риск ССЗ, в т. ч. риск коронарных событий.

Доказана взаимосвязь преждевременной и хирургической менопаузы с повышением заболеваемости и смертности от ССЗ [24].

Так, преждевременная менопауза, наступившая в возрасте до 35 лет, увеличивает риск возникновения инфаркта миокарда в 2–3 раза, а тотальная овариэктомия в том же возрасте – в 7 раз, риск развития инсульта у женщин с ранним эстрогенодефицитом (РЭД) повышается в 2,03 раза по сравнению с женщинами в поздней менопаузе [25]. При ранней менопаузе, которая в половине случаев имеет наследственно обусловленную причину, глубокие негативные биохимические и метаболические изменения развиваются на 10–15 лет раньше, чем при физиологической менопаузе. Более того, существует обоснованное авторами [26] заключение, что пациентки с преждевременной недостаточностью яичников, характеризующейся вторичной аменореей, бесплодием и симптомами гипоестрогении, остро нуждаются в профилактике ССЗ.

При тотальной овариэктомии (ТО), т. е. одномоментном выключении функции яичников, происходящие изменения значительно отличаются от постепенного снижения концентрации половых стероидов в процессе возрастной инволюции [27]. При этом отмечается более высокая частота раннего развития атеросклероза и ИБС в сравнении с женщинами того же возраста [28], а развивающиеся ранние и отсроченные климактерические расстройства имеют более тяжелое течение по сравнению с таковыми при естественной менопаузе [27; 29]. Результаты проспективного когортного исследования Nurses' Health Study было показано двукратное увеличение риска ИБС у пациенток, перенесших тотальную овариэктомию и не принимавших заместительную гормональную терапию (ЗГТ) по сравнению с женщинами с естественной менопаузой, также не использовавших ЗГТ [30].

А вот данные о влиянии гистерэктомии на состояние сердечно-сосудистой системы противоречивы. Так, по данным Фрамингемского исследования, гистерэктомия приводит к возрастанию риска ИБС и смертно-

сти от ССЗ [31]; более того, у женщин после гистерэктомии независимо от объема вмешательства повышается риск возникновения инфаркта миокарда [32], артериальной гипертензии [33]. В то же время, по мнению других исследователей, изолированная гистерэктомия в перименопаузе не приводит к повышению риска атеросклероза, ИБС и не является независимым предиктором Фрамингемского риска [34].

Стоит отметить и тот факт, что остроразвившийся дефицит эстрогенов и характер оперативного вмешательства могут сопровождаться широким спектром депрессивных расстройств [35]: у женщин, обратившихся к врачу после гистер- и/или овариэктомии, частота клинически выраженных депрессий может достигать 60 % [36]. Известно, что у пациенток, имевших клинические проявления депрессии, в анамнезе значительно чаще выявляются сердечно-сосудистые катастрофы (гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения) с отношением шансов 4,01 (95 % ДИ 1,04–15,52) [37]. В свою очередь, коморбидная депрессия увеличивает риск летального исхода у лиц, перенесших инфаркт миокарда [38].

Обращает на себя внимание то, что высокая распространенность заболеваний щитовидной железы способствует более раннему возрасту наступления менопаузы –  $47,0 \pm 0,23$  ( $p < 0,05$ ), при этом климактерический синдром имеет склонность к раннему началу ( $45,2 \pm 0,19$  года,  $p < 0,05$ ) [39].

Так же одна из важных причин раннего эстрогенодефицита – хронические воспалительные заболевания органов малого таза: у 10 % обследуемых пациенток после проведения эффективной противовоспалительной терапии формируется аутоиммунный овариальный синдром [40].

Исследования показали, что среди женщин молодого возраста с РЭД часто регистрируются такие ФР ССЗ, как АД, дислипидемия, абдоминальное ожирение, повышение протромбинового индекса. Большинство женщин с РЭД имеют три и более ФР ССЗ, и чем раньше наступает менопауза, тем выше риск ССЗ.

### 3. ФАКТОРЫ РИСКА ССЗ СВОЕВРЕМЕННОЙ МЕНОПАУЗЫ

По прогнозам демографов в результате улучшения уровня жизни и роста ее продолжительности к 2015 г. около половины женщин России (46 %) будут находиться в возрасте 45–65 лет [41].

Безусловно, значительное повышение ССР в постменопаузе обусловлено комплексным влиянием на организм целого ряда внешних и внутренних факторов, часть которых являются немодифицируемыми (возраст, генетическая предрасположенность и др.).

Более того, сама менопауза может рассматриваться как ФР развития ССЗ [42].

В работах [43–46] показано, что гипоестрогения является пусковым фактором целого ряда метаболических нарушений (инсулинорезистентность, висцеральное ожирение, дислипидемия и др.), объединяемых понятием «постменопаузальный метаболический синдром».

В постменопаузе атерогенные изменения липидного обмена у женщин отмечаются достоверно чаще, чем в репродуктивном возрасте [47]; данный факт обращает на себя особое внимание, учитывая, что в ходе многоцентровых исследований (Фремингемское, 4S, CARE,

MRFIT, PROCAM) получены убедительные данные о том, что изменения липидного спектра напрямую связаны со смертностью от ССЗ. Так, на фоне эстрогенодефицита содержание общего холестерина повышается примерно на 15 %, атерогенной фракции холестерина – липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) – на 25 %, уровень антиатерогенного холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), напротив, снижается [48]; более того, теряется ингибирующее влияние прогестерона на уровень триглицеридов и ЛПНП [49].

Частота встречаемости артериальной гипертензии (АГ) значительно возрастает у женщин после наступления менопаузы [50], более того, для женщин в постменопаузе характерны не только большая частота АГ, но и более быстрое прогрессирование заболевания, чем у женщин в перименопаузе.

Имеются данные, что период наступления менопаузы является фактором риска развития диастолической дисфункции у женщин [51].

С гипоестрогенией также связаны начальные изменения функций левого желудочка (ЛЖ), выявляемые при Эхо-Допплер-кардиографии: обнаружены обратные корреляционные взаимосвязи продолжительности периода постменопаузы со скоростью и ускорением аортального тока крови, что отражает относительно менее эффективную деятельность ЛЖ [9].

Кроме того, установлено, что продолжительность периода постменопаузы прямо пропорциональна артериальному индексу пульсации, что может свидетельствовать о влиянии степени снижения уровня эстрогенов на общее периферическое сопротивление [25].

Исследование жесткости аорты показало, что наиболее значимое увеличение скорости распространения пульсовой волны в аорте (СПВА) отмечалось у постменопаузальных женщин: так, СПВА > 12 м/с регистрировалось в 2 раза чаще, чем у мужчин, что, возможно, обусловлено ремоделированием сосудистой стенки и изменением ее эластических свойств в постменопаузе [12].

У постменопаузальных женщин наблюдаются повышенные уровни систолического и пульсового артериального АД, при этом, как известно, последнее является независимым фактором риска поражения органов-мишеней при АГ [52].

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ отечественных и зарубежных работ позволил нам заключить, что в настоящее время менопаузе как специфическому фактору риска ССЗ стали уделять большее внимание. Однако не придается должного значения другим, также связанным с гормональной перестройкой, критическим периодам в жизни женщин (пубертатный период, беременность, роды, послеродовый период и др.). При этом нарушения, возникающие и развивающиеся в эти периоды жизни, могут свидетельствовать о наличии латентных сердечно-сосудистых, метаболических нарушений и сами по себе являться специфическими факторами риска возникновения ССЗ.

В связи с вышесказанным стратификацию сердечно-сосудистого риска целесообразно проводить с учетом данных акушерско-гинекологического анамнеза.

Определение влияния терапевтических и акушерско-гинекологических составляющих в оценке здоровья женщин позволит своевременно выявлять ФР ССЗ,

проводить необходимые диагностические процедуры с последующим при необходимости лечебным вмешательством, клиническим и гормонально-метаболическим мониторингом, что в целом будет содействовать сокращению риска ССЗ у женщин в последующем.

#### ЛИТЕРАТУРА

- World Health Statistics Annual 1982–1994. Geneva: World Health Organization, 1982–1994. WHO. World Health Statistics Annual – 1992.
- Heart and Stroke Facts Statistics, 1996. Dallas: American Heart Association, 1996.
- American Heart Association 2002. Heart and stroke Statistical Update. Dallas: American Heart Association, 2001. P. 1-38.
- Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Сердечно-сосудистые заболевания в Российской Федерации во второй половине XX столетия: тенденции, возможные причины, перспективы // Кардиология. 2000. Т. 40, № 4. С. 4-8.
- Genazzani A.R. Спорные вопросы лечебных аспектов климактерия, сердечно-сосудистые заболевания и заместительная гормональная терапия / Экспертный Совет Международного Общества по менопаузе, 13–16 октября 2000 г., Королевское общество по медицине, Лондон, Великобритания // Maturitas. 2001. V. 38. P. 263-271.
- Goldright D.R. Risk factors for cardiovascular disease in women // J. Hum. Hypertens. 1998. V. 12. P. 667-673.
- Lerner D.J., Kannel W.B. Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: 26-year follow-up of the Framingham population // Am. Heart. J. 1986. V. 111. P. 383-390.
- Swahn E. The care of patients with ischaemic heart disease from a gender perspective // Eur. Heart. J. 1998. December. V. 19. P. 1758-1765.
- Сметник В.П., Шестакова И.Г. Менопауза и сердечно-сосудистая система // Терапевтический архив. 1999. № 10. С. 61-65.
- Мясоедова В.А., Карагодин В.П., Нейфельд И.В. и др. Механизмы половых различий при атеросклерозе // Фундаментальные науки и практика. 2010. № 1 (4). С. 51-58.
- Regitz-Zagrosek V. et al. Gender differences in the metabolic syndrome and their role for cardiovascular disease // Clin. Res. Cardiol. 2006. V. 95. P. 136-147.
- Петлева Ю. Гендерные различия ригидности артерий у лиц с факторами риска развития ССЗ // Врач. 2012. № 8. С. 62-64.
- De Von H.A., Zerwic J.J. The symptoms of unstable angina: do women and men differ? // Nurs Res. 2003. V. 52. P. 108-118.
- Kyker K.A., Limacher M.C. Gender differences in the presentation and symptoms of coronary artery disease // Curr. Women Health. Rep. 2002. V. 2. P. 115-119.
- Niewada M., Kobayashi A., Sandercock P.A., Kaminski B., Czlonkowska A. Influence of gender on baseline features and clinical outcomes among 17,370 patients with confirmed ischaemic stroke in the international stroke trial // Neuroepidemiology. 2005. V. 24. P. 123-128.
- Kssja R.J., Greer I.A. Manifestations of chronic disease during pregnancy // JAMA. 2005. V. 294. P. 2751-2757.
- Сухих Г.Т., Вихляев Е.М., Холин А.М. Преэклампсия в акушерском анамнезе – фактор последующего материнского сердечно-сосудистого риска // Терапевтический архив. 2009. № 10. С. 5-9.
- Кисляк О.А., Стародубова А.В., Драенков О.В. Прибавка массы тела во время беременности и факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний // CONSILIUM MEDICUM. Женское здоровье. 2009. № 10. С. 5-9.
- Smith G.C., Woad A.M., White I.R. et al. Birth weight and the risk of cardiovascular disease in the maternal grandparents // Am. J. Epidemiol. 2010. V. 171. P. 736-744.
- Assessment of Cardiovascular Risk and Prevention of Cardiovascular Disease in Women with the Polycystic Ovary Syndrome: A Consensus Statement by the Androgen Excess and Polycystic Ovary Syndrome (AE-PCOS) Society // J. Clin. Endocrin. Metab. 2010. P. 2009-2724.
- Карпов Ю.А., Чернуха Г.Е., Балахонова Т.В., Блинова И.В. Медикаментозная коррекция гормональных нарушений и факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений у женщин репродуктивного возраста с синдромом поликистозных яичников // Кардиология. 2010. № 12. С. 59-63.
- Модянов И.В. Синдром поликистозных яичников у девочек-подростков как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний // Терапевт. 2012. № 5. С. 34-37.
- Carmina E. Cardiovascular risk and events in polycystic ovary syndrome // Climacteric. 2009. V. 12 (suppl.). P. 22-25.
- Bush T.L. The epidemiology of cardiovascular disease in postmenopausal women // Ann. N. Y. Acad. Sci. 1990. V. 592. P. 263-271.
- Gangar K.F., Vyas S., Whitehead M.I. Pulsatility index in the internal carotid artery in relation to transdermal oestradiol and time since menopause // Lancet. 1991. V. 338. P. 839-842.
- Vujovic S., Brincat M., Erel T. et al. EMAS position statement: Managing women with premature ovarian failure // Maturitas. 2010. V. 67. P. 91-93.
- Edmunds E., Lip G.Y.H. Cardiovascular risk in women: the cardiologist's perspective // Q. J. Med. 2000. V. 93. P. 135-145.
- Genazzani A.R., Gambacciani M. Cardiovascular disease and hormone replacement therapy. International Menopause Society Expert Workshop. 13–16 October 2000, Royal Society of Medicine, London, UK // Climacteric. 2000. V. 3. № 4. P. 233-240.
- Вардугина Н.Г., Азаренкова Т.А. Подходы к стратификации сердечно-сосудистого риска у женщин с ранним эстрогендефицитом // Российский кардиологический журнал. 2010. № 4. С. 24-28.
- Golditz G.A., Willett W.C., Stampfer M.J. et al. Menopause and risk of coronary heart disease in women // N. Engl. J. Med. 1987. V. 316. P. 571-581.
- Hjortland M.C., McNamara P.M., Kannel W.B. Some atherogenic concomitants of menopause: The Framingham Study // Am. J. Epidemiol. 1976. V. 103. № 3. P. 304-311.
- Макаров О.В., Доброхотова Ю.Э., Любченко Н.В. Некоторые аспекты отдаленных результатов гистерэктомии у женщин репродуктивного возраста // Акушерство и гинекология. 2000. № 3. С. 12-14.
- Подзолкова Н.М., Подзолков В.И., Никитина Т.Н., Шищенко В.М., Петричук С.В., Глазкова О.Л., Можарова Л.Г., Дзёйтова Х.М. Особенности обменно-эндокринных нарушений у женщин после гистерэктомии с односторонней аднексэктомией на фоне метаболической и антигипертензивной терапии // Российский вестник акушера-гинеколога. 2005. № 1. С. 26-31.
- Hsia J., Barad D., Margolis K., Rodabough R., Mc Govern P.G., Limacher M.C., Oberman A., Smoller S. Usefulness of prior hysterectomy as an independent predictor of Framingham risk score (The Women's Health Initiative) // Am. J. Cardiol. 2003. V. 92. № 3. P. 264-269.
- Камеицкая Г.Ю., Юренева С.В. // Климактерий. 2003. № 2. С. 4-7.
- Измозжерова Н.В., Попов А.А., Обоскалова Т.А., Андреев А.Н. // Урал. мед. журн. 2006. Т. 2. № 21. С. 21-25.
- Влияние депрессии на тяжесть климактерических расстройств, состояние ССС и опорно-двигательного аппарата у женщин, перенесших хирургические вмешательства на органах малого таза // Акушерство и гинекология. 2009. № 3. С. 52-55.
- Rumfeld J.S., Jones P.G., Whooley M.A. et al. // Am. Heart J. 2005. V. 150. № 5. P. 961-967.
- Соколова М.Ю. Климактерический синдром и гипофункция щитовидной железы // Гинекология. 2005. № 3. С. 145-146.
- Серов В.Н. Аутоиммунная овариальная недостаточность на различных этапах терапии хронических воспалительных заболеваний органов малого таза // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2008. № 6. С. 5-9.
- Мычка В.Б. Женское сердце. М.: Медицина, 2012. С. 190.
- Wellons M., Ouyang P., Schreiner P.J., Herrington D.M., Vaidya D. Early menopause predicts future coronary heart disease and stroke: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. Menopause. 2012. Oct. V. 19 (10). P. 1081-1087.
- Grundy S.M., Brewer H.B., Cleeman J.I., Smith S.C., Lenfant C. Definition of metabolic syndrome: Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute // American Heart Association conference on scientific issues related to definition // Circulation. 2004. V. 109. P. 433-438.
- Майчук Е.Ю., Юренева С.В., Василевская О.А. Изменения липидного обмена у женщин в период постменопаузы // Журнал акушерства и женских болезней. 2003. Т. 52. № 2. С. 116-121.
- Jouyandeh Z., Nayebzadeh F., Qorbani M., Asadi M. Metabolic syndrome and menopause // J. Diabetes Metab. Disord. 2013. Jan 3. № 12 (1). P. 1.
- Аничков Д.А., Шостак Н.А., Журавлева А.Д. Менопауза и сердечно-сосудистый риск // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2005. № 1. С. 37-42.
- Atsma F., Bartelink M.L., Grobbee D.E. et al. Postmenopausal status and early menopause as independent risk factors for cardiovascular disease: a meta-analysis // Menopause. 2006. V. 13 (2). P. 265-279.
- Carr M.C. The emergence of the metabolic syndrome with menopause // J. Clin. Endocrinol. Metab. 2003. V. 88. P. 2404-2411.
- Rosano G.M.C., Vitale C., Silvestri A., Fini M. Metabolic and vascular effect of progestines in postmenopausal women. Implications for cardioprotection // Maturitas. 2003. V. 46 (1). P. 17-29.
- Wassertheil-Smoller S., Anderson G., Psaty B.M. et al. Hypertension and its treatment in postmenopausal women: baseline data from Women's Health Initiative // Hypertension. 2000. V. 36. P. 780-789.
- Прокофьева Е.Б., Автандилов А.Г. Диагностическая функция левого желудочка у женщин с артериальной гипертензией и без нее в до- и постменопаузальный периоды // Проблемы женского здоровья. 2011. Т. 6. № 1. С. 16-20.

52. Franklin S.S., Khan S.A., Wong N.D. et al. Is pulse pressure useful in predicting risk for coronary heart disease? The Framingham Heart Study. *Circulation*. 1999. V. 100. P. 354-360.

Поступила в редакцию 25 апреля 2014 г.

Neifeld I.V., Zhirnyakov A.I., Kirichuk V.F., Rogozhina I.E., Bobileva I.V. OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL

#### ANEMNESIS FROM THE PERSPECTIVE OF RISK FACTORS FOR CARDIOVASCULAR DISEASES

Relevant issue is the prediction and prevention of cardiovascular disease in women, taking into account the "critical" periods of their lives. This paper presents a modern view of the determination of the effect of therapeutic and obstetrical components stratification of CVD risk factors in women.

*Key words:* risk factors for cardiovascular diseases; atherosclerosis; menopause; estrogenodeficiency; ovariectomy; preclampsia; obesity; polycystic ovaries.

Нейфельд Ирина Вольдемаровна, Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, г. Саратов, Российская Федерация, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС, e-mail: kafed-ra@yandex.ru

Neifeld Irina Voldemarovna, Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Saratov, Russian Federation, Candidate of Medicine, Associate Professor of Obstetrics and Gynecology Department of Faculty of Qualification Rise and Professional Re-preparation of Specialists, e-mail: kafed-ra@yandex.ru

Жирняков Антон Ильич, ГКБ им. Арх. Луки, г. Тамбов, Российская Федерация, врач акушер-гинеколог; Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина, г. Тамбов, Российская Федерация; старший преподаватель кафедры акушерства и гинекологии, e-mail: anton.zhirnykov@mail.ru

Zhirnyakov Anton Pyich, State Clinical Hospital named after Arch. Luka, Tambov, Russian Federation, Obstetrician-gynecologist; Tambov State University named after G.R. Derzhavin, Tambov, Russian Federation, Senior Lecturer of Obstetrics and Gynecology Department, e-mail: anton.zhirnykov@mail.ru

Киричук Вячеслав Федорович, Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, г. Саратов, Российская Федерация, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой нормальной физиологии им. И.А. Чувского, заслуженный деятель науки РФ, e-mail: kafed-ra@yandex.ru

Kirichuk Vyacheslav Fedorovich, Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Saratov, Russian Federation, Doctor of Medicine, Professor, Head of Normal Physiology Department named after I.A. Chuevsky, Honored Scientist of RF, e-mail: kafed-ra@yandex.ru

Рогожина Ирина Евгеньевна, Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, г. Саратов, Российская Федерация, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС, e-mail: kafed-ra@yandex.ru

Rogozhina Irina Evgenyevna, Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Saratov, Russian Federation, Doctor of Medicine, Professor, Head of Obstetrics and Gynecology Department of Faculty of Qualification Rise and Professional Re-preparation of Specialists, e-mail: kafed-ra@yandex.ru

Бобылева Елена Владимировна, Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, г. Саратов, Российская Федерация, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры биохимии, заместитель декана по работе со студентами и кафедрами V–VI курсов, e-mail: kafed-ra@yandex.ru

Bobileva Elena Vladimirovna, Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Saratov, Russian Federation, Candidate of Medicine, Assistant of Biochemistry Department, Vice Dean for work with students and departments of V–VI courses, e-mail: kafed-ra@yandex.ru