

Частота артериальной гипертензии и сопутствующих заболеваний у женщин в климактерическом периоде

Н.В. Изможерова, А.А. Попов, А.Н. Андреев, Н.В. Тагильцева, Е.В. Козулина, Е.И. Гаврилова

Уральская государственная медицинская академия. Екатеринбург, Россия

Arterial hypertension and comorbidity prevalence in climacteric women

N.V. Izmozherova, A.A. Popov, A.N. Andreev, N.V. Tagiltseva, E.V. Kozulina, E.I. Gavrilova

Ural State Medical Academy. Yekaterinburg, Russia

Цель. Оценить частоту распространения артериальной гипертензии (АГ) и сопутствующих заболеваний у женщин с проявлениями климактерического синдрома (КС).

Материал и методы. В кросс-секционное исследование включены 806 жительниц г. Екатеринбурга (медиана возраста 52 года). Диагностировали АГ, ишемическую болезнь сердца (ИБС), хроническую сердечную недостаточность (ХСН), регистрировали документированные перенесенные нарушения мозгового кровообращения и инфаркты миокарда, заболевания органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, остеоартроз, нарушения углеводного обмена, КС.

Результаты. АГ выявлена у 68% обследованных, из них АГ I степени (ст.) — у 30,3%, II — у 26,1%, III — у 43,6%. АГ ассоциировалась со значимым увеличением шансов развития ХСН, ИБС, стойкой утраты трудоспособности. Пациентки с АГ значимо чаще имели клиническую симптоматику хронического холецистита, нарушений углеводного обмена, абдоминального ожирения (АО), тенденцию к увеличению частоты остеоартроза коленных суставов. Межгрупповые различия по распространенности кислотозависимых заболеваний желудка, обструктивных заболеваний легких и депрессии не обнаружены. Тяжелый КС значимо чаще встречался у пациенток с АГ.

Заключение. У женщин с КС имеет место высокая частота АГ, преимущественно III ст. АГ увеличивает риск развития ХСН, ИБС, стойкой утраты трудоспособности. Высокая распространенность АО, расстройств углеводного обмена, остеоартроза может оказывать негативное влияние на результаты лечения АГ и ХСН.

Ключевые слова: женщины, климактерический синдром, артериальная гипертензия, коморбидность, одномоментное исследование.

Aim. To assess the prevalence of arterial hypertension (AH) and comorbidity in women with climacteric syndrome (CS).

Material and methods. This cross-sectional study included 806 female Yekaterinburg citizens (median age 52 years). The prevalence of AH, coronary heart disease (CHD), chronic heart failure (CHF), history of stroke or myocardial infarction, as well as prevalence of pulmonary and gastro-intestinal pathology, osteoarthritis, carbohydrate metabolism disturbances, and CS was investigated.

Results. AH was identified in 68% of the participants, including Stage I, II, and III AH in 30,3%, 26,1%, and 43,6%, respectively. AH was associated with increased rates of CHF, CHD, and long-term disability. In AH patients, clinical symptoms of chronic cholecystitis, carbohydrate metabolism disturbances, abdominal obesity (AO), and knee osteoarthritis were more prevalent. There were no differences in the prevalence of acid-dependent gastric pathology, obstructive pulmonary disease, and depression. Severe CS was significantly more prevalent in AH patients.

Conclusion. In CS women, AH was highly prevalent, especially Stage III AH. AH was associated with increased rates of CHF, CHD, and long-term disability. High rates of AO, carbohydrate metabolism disorders, and osteoarthritis could negatively affect AH and CHF treatment effectiveness.

Key words: Women, climacteric syndrome, arterial hypertension, comorbidity, cross-sectional study.

© Коллектив авторов, 2006

Тел.: (3432) 40-63-5

e-mail: nadezhda_izm@sky.ru

Высокая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) населения в Российской Федерации привела к необходимости развития активного профилактического направления [8]. Одним из самых значимых ССЗ является артериальная гипертензия (АГ), распространенность которой среди взрослого населения составляет ~ 40% [11,15]. Для женщин типично значимый рост частоты АГ после 55-летнего возраста [22]. Помимо прекращения функции яичников этот период характеризуется развитием широкого круга соматических заболеваний: патологии опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), органов дыхания, наличие которых может существенно повлиять на результаты лечения АГ [13].

Целью исследования явилась оценка частоты распространения АГ и сопутствующих заболеваний у женщин в климактерическом периоде.

Материал и методы

В одномоментное исследование включены 806 жительниц г.Екатеринбурга (медиана возраста 52 года), обратившихся на специализированный прием по проблемам менопаузы. Из исследования исключены женщины ≥ 65 лет. АГ, хроническую сердечную недостаточность (ХСН), ишемическую болезнь сердца (ИБС), атерогенные дислипопропротеидемии (ДЛП), остеоартроз диагностировали согласно Российским национальным рекомендациям последних пересмотров [3,4,7,10,11]. Расстройства углеводного обмена определяли согласно Рекомендациям ВОЗ 1999 [24]. «Системная оценка коронарного риска» (SCORE – Systemic Coronary Risk Evaluation) проводилась согласно Европейским рекомендациям по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний 2003 [16,17]. Всем участницам исследования выполняли ультразвуковой скрининг органов брюшной полости, а при наличии симптомов желудочной диспепсии – эндоскопию верхних отделов ЖКТ [9,12]. Тяжесть климактерических расстройств оценивали с помощью модифицированного менопаузального индекса (ММИ) [13].

Проведение исследования было одобрено Этическим комитетом центральной городской больницы №6 г.Екатеринбурга.

При статистической обработке результатов значимость различий частот в группах оценивали с помощью критерия χ^2 . При расчете отношения шансов (ОШ) использовали программный продукт «Epicalc» (Eclipse Digital Imaging, 1997).

Результаты

АГ выявлена у 68% обследованных, из них АГ I степени (ст.) по классификации ВОЗ/МОАГ 1999 – у 30,3%, II ст. – у 26,1%, III ст. – у 43,6% (рисунок 1). АГ ассоциировалась со значимым увеличением шансов развития ХСН – ОШ=2,76; 95% доверительный интервал (ДИ)=1,95 ÷ 3,92; при этом не обнаружено ни одного случая снижения фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), т.е. имела место диастолическая СН. Риски развития ИБС (ОШ=2,40; 95% ДИ=1,30 ÷ 4,46), стойкой утраты тру-

доспособности (ОШ=3,81; 95% ДИ=1,33 ÷ 10,90) были значимо выше у женщин, больных АГ (таблица 1). Отсутствовало увеличение шансов развития острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) и инфаркта миокарда (ИМ). Однако 10-летний риск коронарной смерти (SCORE) был значимо выше в группе АГ ($\chi^2=37,992$; $p<0,001$) (таблица 2).

Пациентки с АГ значимо чаще имели клиническую симптоматику хронического холецистита ($\chi^2=5,327$; $p=0,021$), нарушений углеводного обмена ($\chi^2=12,60$; $p<0,001$), абдоминального ожирения (АО) ($\chi^2=24,18$; $p<0,001$), тенденцию к увеличению частоты остеоартроза коленных суставов ($\chi^2=3,45$; $p=0,062$). Частота атерогенных ДЛП достоверно не различалась. Однако показания для назначения статинов имели преимущественно женщины с АГ ($\chi^2=240,09$; $p<0,001$) [3]. Отсутствовали различия между группами по частоте кислотозависимых заболеваний желудка, хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), бронхиальной астмы и депрессии.

Тяжелый климактерический синдром (КС) достоверно чаще диагностировали у пациенток с АГ ($\chi^2=26,56$; $p<0,001$).

Обсуждение

Выявленная ассоциация АГ с ИБС, АО и нарушениями углеводного обмена еще раз подтверждает современные представления об их патогенетическом единстве [9,18,19]. Наличие ожирения может оказывать существенное влияние на эффективность липофильных препаратов. Высокая частота ХСН среди женщин с АГ подтверждает недостаточную эффективность проводимой в реальной клинической практике антигипертензивной терапии и согласуется с результатами российского исследования «ЭПОХА-ХСН» (Эпидемиологическое Обследование больных Хронической сердечной недостаточностью в реальной практике) [14]. Следует отметить, эффективность ряда антигипертензивных препаратов зависит от пола: показано большее позитивное влияние антагонистов кальция у женщин по сравнению с мужчинами [20,23]. С другой стороны, при ХСН эффективность ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) у женщин была существенно ниже, чем у мужчин [21]. Вероятно, одной из причин может быть развитие остеоартроза, требующего приема (часто без контроля со стороны врача) нестероидных противовоспалительных препаратов, которые могут существенно снижать эффективность ИАПФ и препаратов других групп [2,6].

Лица с повышенным артериальным давлением (АД) имели более тяжелые признаки КС. Достижение контроля АД позволяет не только снизить частоту приливов «жара», но и уменьшить степень выраженности других проявлений КС [1].

Артериальная гипертензия

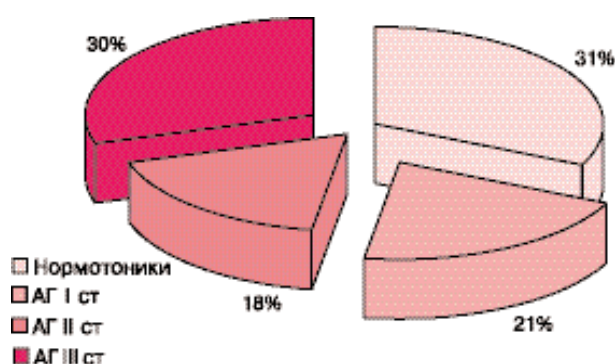


Рис. 1 Частота распространения АГ у женщин в климактерическом периоде.

Высокая частота распространения патологии желчевыводящих путей, вероятно, ассоциируется с ожирением [9,12]. Частота кислотозависимых заболеваний желудка в исследуемой группе относительно невелика, однако, наличие их необходимо учитывать при назначении дезагрегантов [2,6].

Частота заболеваний органов дыхания остается невысокой, однако их присутствие также может оказать влияние на выбор антигипертензивной терапии [5].

Очевидно, что АГ существенно увеличивает риск коронарной смерти, особенно, если учесть высокий процент АГ III ст., которая служит фактором риска (ФР) сердечно-сосудистых катастроф. Это нашло отражение в увеличении риска коронарной смерти у женщин с АГ (SCORE).

Для женщин в климактерии более типично снижение качества жизни, что подтверждается высокой частотой стойкой утраты трудоспособности у пациенток с АГ.

Таким образом, женщины в климактерии, находящиеся в трудоспособном возрасте, имеют высокую частоту развития АГ. За медицинской помощью обращаются преимущественно лица с тяжелой АГ. АГ увеличивает риск развития ХСН, ИБС и возникновения стойкой утраты трудоспособности. Учитывая тяжесть АГ, наличие осложнений, сопутствующей соматической патологии у женщин нередко возникает необходимость назначения нескольких лекарственных средств. Полипрагмазия и нерациональное сочетание лекарственных препаратов могут существенно повлиять на результаты лечения.

Выводы

У 70% обследованных женщин с клинической картиной КС обнаружена АГ, преимущественно III ст. тяжести.

Наличие АГ увеличивает риск развития ХСН, ИБС, стойкой утраты трудоспособности.

При АГ достоверно чаще требуется назначение препаратов класса статинов.

У женщин с АГ имеет место высокая распространенность АО, нарушений углеводного обмена, остеоартроза, что может влиять на результаты лечения АГ, а также ХСН.

Таблица 1

Распространенность ССЗ и сопутствующих заболеваний у женщин

	Группы		χ^2	p	ОШ (95% ДИ)
	АГ (n=548)	Нормотоники (n=258)			
Атерогенные ДЛП	475 (86,7%)	211 (81,7%)	2,94	0,086	1,44 (0,97;-2,16)
ИБС	62 (11,3%)	13 (5,0%)	7,46	0,006	2,40 (1,30;-4,46)
ХСН	222 (40,5%)	51 (19,8%)	32,78	<0,001	2,76 (1,95;-3,92)
НМК и ИМ	24 (4,4%)	5 (1,9%)	2,35	0,125	2,31 (0,87;-6,15)
Язвенная болезнь	49 (8,9%)	21 (8,1%)	0,06	0,808	1,10 (0,65;-1,88)
Хронический холецистит и билиарная дискинезия	392 (71,5%)	163 (63,2%)	5,33	0,021	1,46 (1,07;-2,00)
ЖКБ	108 (19,7%)	38 (14,7%)	2,61	0,106	1,42 (0,95;-2,12)
Холецистэктомия	51 (9,3%)	22 (8,5%)	0,05	0,820	1,10 (0,65;-1,86)
Нарушения углеводного обмена	78 (14,2%)	14 (5,4%)	12,60	<0,001	2,89 (1,60;-5,21)
Остеоартроз коленных суставов	253 (46,2%)	100 (38,8%)	3,62	0,057	1,35 (1,002;-1,832)
Депрессия	169 (30,8%)	75 (29,1%)	0,18	0,669	1,09 (1,79;-1,50)
АО	411 (75,0%)	148 (57,4%)	24,85	<0,001	2,23 (1,63;-3,05)
Бронхиальная астма и ХОБЛ	24 (4,4%)	14 (5,4%)	0,23	0,624	0,80 (0,41;-1,57)
Стойкая утрата трудоспособности	31 (5,7%)	4 (1,6%)	6,167	0,013	3,81 (1,33;-10,90)
Тяжелый КС	316 (57,7%)	96 (37,2%)	26,56	<0,001	2,30 (1,70;-3,12)

Примечание: ЖКБ – желчно-каменная болезнь.

Таблица 2

Риск коронарной смерти (SCORE)

Наличие АГ	Риск 0%	Риск 1-3%	Риск ≥4%
Нет	129	121	6
Есть	170	315	63

Примечание: $\chi^2=37,92$; $p<0,001$.

Литература

1. Андреев А.Н., Изможерова Н.В., Попов А.А., Степанова Л.В. Тактика заместительной гормональной терапии у женщин с артериальной гипертензией. *Клин мед* 2003; 7: 56-9.
2. Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И. Преемственность в лечении кислотозависимых заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки в системе обязательного медицинского страхования. *Cons med. Гастроэнтерология* 2005; 7(2): 25-8.
3. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза: российские рекомендации. *Кардиоваск тер профил* 2004; (Приложение): 8-18.
4. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Российские рекомендации, разработаны Комитетом экспертов ВНОК. Приложение к журналу *Кардиоваск тер профил* 2004; 28 с.
5. Задонченко В.С., Адашева Т.В., Погоченкова И.В. и др. Артериальная гипертензия у больных хроническими обструктивными болезнями легких: клинико-функциональные особенности, выбор терапии. *Кардиоваск тер профил* 2004; 4: 33-42.
6. Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П. и др. Применение диклофенака и целебрекса у пациентов с артериальной гипертензией и болями в нижней части спины на фоне гипотензивной терапии аккупро или норваском (исследование ДОЦЕНТ). *Серд недостат* 2005; 6(5): 204-8.
7. Национальные рекомендации по диагностике и лечению ХСН. *Серд недостат* 2003; 4(6): 276-97.
8. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Смертность от сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний среди трудоспособного населения России. *Кардиоваск тер профил* 2002; 3: 4-8.
9. Омеляненко М.Г., Краснова Л.Г., Полятыкина Т.С. и др. Роль эндотелиальной дисфункции и метаболического синдрома в патогенезе ранней ишемической болезни сердца у женщин. *Кардиоваск тер профил* 2002; 1(1): 47-52.
10. Остеоартроз (Остеоартрит). Клинические рекомендации. *Ревматология под ред. Е.Л. Насонова. Москва «ГЭОТАР-Медиа»* 2005; 99 -111.
11. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (второй пересмотр), разработаны Комитетом экспертов ВНОК. *Кардиоваск тер профил* 2004; (Приложение): 20 с.
12. Решетников О.В., Рябиков А.Н., Шахматов С.Г. и др. Значение различных методов оценки распространенности холелитиаза в популяции: патологоанатомическая и прижизненная ультразвуковая диагностика. *Тер архив* 2004; 76(1): 45-8.
13. Руководство по климактерию. В.П. Сметник, В.И. Кулаков (ред.). Москва «Мед информ агентство» 2001; 685 с.
14. Фомин И.В., Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. и др. Распространенность ХСН в Европейской части Российской Федерации — данные ЭПОХА-ХСН. *Серд недостат* 2006; 1: 4-7.
15. Шальнова С.А., Деев А.Д., Оганов Р.Г. и др. Распространенность артериальной гипертензии среди населения России. *Профил забол укреп здор* 2001; 2: 3-7.
16. Шальнова С.А., Оганов Р.Г., Деев А.Д. Оценка и управление суммарным риском сердечно-сосудистых заболеваний у населения России. *Кардиоваск тер профил* 2004; 4: 4-11.
17. Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J* 2003; 24: 987-1003.
18. Isomaa B, Almgren P, Tuomi T, et al. Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome. *Diabetes Care* 2001; 24: 683-9.
19. Lakka HM, Laaksonen DE, Lakka TA, et al. The metabolic syndrome and total cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *JAMA* 2002; 288: 2709-16.
20. Mallick R, Leader S. Antihypertensive prescribing and risk of adverse events in a female Medicaid population. *Elsevier Sci Inc* 1998; 5: 251-6.
21. The CONSENSUS Trial Study Group. *N Engl J Med* 1987; 316: 1429-35.
22. The sixth report of the Joint National Committee of prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413-46.
23. White WB, Johnson MF, Black HR, et al. Gender et Age Effects on the Ambulatory Blood Pressure and Heart Rate Responses to Antihypertensive Therapy. *Am J Hypertens* 2001; 14: 1239-47.
24. WHO. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diab. Care* 1999; 23(1): S4-16.

Поступила 03/07-2006

Принята к печати 14/11-2006