

Красникова Н.В., Шеметова Г.Н.

Соматическая патология у женщин в различные декады климактерического периода

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра поликлинической терапии

Резюме

Начало менопаузы у женщин сочетается с развитием коморбидных состояний. Нами проведена оценка частоты и характера соматической патологии у женщин в различные декады климактерического периода. На основании анализа 150 медицинских карт женщин в возрасте от 40 до 60 лет по данным обращаемости установлено, что менопауза приводит к увеличению числа и сочетания коморбидных состояний. Наиболее часто диагностируются ожирение в 64-56%, артериальная гипертензия в 30-50%, желчнокаменная болезнь в 38-22%, хронический холецистит в 20-14%, хронический панкреатит в 18-12%, заболевания щитовидной железы в 14-20%, сахарный диабет 2 типа 2-6% случаев. Увеличение частоты встречаемости соматической патологии у женщин переходного возраста требует своевременного взятия их на «Д» учет, с привлечением специалистов соответствующего профиля.

Ключевые слова: женщины, климактерический период, сочетанная патология, наблюдение специалистов.

Введение

В климактерический период на фоне снижения эстрогенов у женщин развиваются различные заболевания, которые часто сочетаются между собой. Гипоэстрогения может способствовать развитию артериальной гипертензии (АГ), дислипидемии, ишемической болезни сердца (ИБС), метаболическому синдрому (МС), миокардиодистрофии, сахарному диабету (СД) 2-го типа, желчнокаменной болезни (ЖКБ), а также формированию психосоматических расстройств. Связь гипоэстрогении с различными заболеваниями отмечают многие авторы [1, 2, 3, 4].

Целью исследования явилось выявить частоту и характер соматической патологии у женщин в различные декады климактерического периода по материалам обращаемости в лечебно-профилактическое учреждение.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе ММУ «Поликлиника № 10» г. Саратова. В исследование включались женщины в возрасте от 40 до 60 лет, проходившие лечение в дневном стационаре. Для выявления сочетанной патологии проводился анализ 150 «Медицинских карт стационарного больного» форма №003/2 – у и 150 «Медицинских карт амбулаторного больного» (форма № 025/у).

В исследование были включены 150 женщин. Все пациентки были разделены на 3 группы по 50 человек: I группа - женщины в раннем климактерическом периоде (с сохраненной менструацией), возраст $42,2 \pm 1,8$ года, II группа - женщины в перименопаузальном периоде (от начала климактерических симптомов: нерегулярная менструация, симптомы эстроген-дефицитного состояния, до 2 лет после последней самостоятельной менструации), возраст $50,1 \pm 3,2$ года; III группа - женщины в постменопаузе (менструация отсутствовала от 2 до 8 лет) возраст пациенток составил $54,4 \pm 3,8$ года (3-я группа). У всех женщин определялись индекс массы тела (ИМТ), отношение объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ), общий холестерин (ОХС). Нормой считался уровень ОХС < 5,2 ммоль/л. Исследование проводилось на автоматическом биохимическом анализаторе «MARS» фирмы «Medison Co.» (Корея).

Статистический анализ. Обработка полученных данных выполнена с помощью пакета программ Statistica 6,0. При описании количественных показателей с нормальным распределением приводили среднее значение (М) и стандартное отклонение. Для качественных показателей определяли частоту выявления показателя в процентах. Сравнение значений количественных признаков в группах выполнено с помощью t-критерия Стьюдента для независимых выборок, качественных признаков с помощью критерия Пирсона χ^2 . Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты

В менопаузальный период у женщин нарастает частота соматической патологии, что зачастую связано с гормональными нарушениями. Наиболее часто у женщин в климактерическом периоде диагностировалось ожирение при ИМТ ≥ 30 кг/м² или ОТ/ОБ более 0,85, АГ при АД ≥ 140 и 90 мм рт.ст., ЖКБ, хронический холецистит, панкреатит, заболевания щитовидной железы, дорсопатии. Структура и частота выявленной патологии представлена в табл. 1.

Как видно из таблицы 1, в перименопаузальном периоде у женщин отмечается увеличение частоты встречаемости по всем представленным нозологиям, кроме ИБС. Достоверные различия по частоте встречаемости заболеваний получены среди женщин в перименопаузе по ожирению, АГ, ЖКБ, варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК), мочекаменной болезни (МКБ), миомы матки и анемии. У пациенток в постменопаузе достоверно чаще, чем у регулярно менструирующих женщин, встречались ожирение, АГ, ЖКБ, язвенная болезнь, ВБНК, МКБ, сахарный диабет.

Гиперхолестеринемия диагностирована в раннем климактерическом периоде у 43% женщин (в среднем ОХС составил $5,32 \pm 0,31$ ммоль/л), в период перименопаузы - в 52% случаев и в постменопаузе - у 78% пациенток (ОХС - $5,5 \pm 0,61$ ммоль/л и $6,4 \pm 0,75$ ммоль/л, соответственно). Значительное повышение ОХС в постменопаузе отмечалось у женщин с ИБС. ОХС более 5,0 ммоль/л в I группе отмечался у 51% женщин, во II и III групп 59% и 86% соответственно. У пациенток с постменопаузой ОХС более 4 ммоль/л выявлялся в 96% и с ИБС в 100% случаев.

В связи с ростом заболеваемости отмечается и увеличение обращаемости женщин к врачам различных специальностей (Табл. 2).

Таблица 1. Структура и частота патологии внутренних органов у женщин в климактерии

Нозологические формы выявленной патологии	Ранний климактерический период (n=50)		Перименопауза (n=50)		Постменопауза (n=50)	
	абс.ч.	(%)	абс.ч.	(%)	абс.ч.	(%)
Ожирение	17	34	34 1-2*	68	28 1-3*	56
АГ	10	20	15 2-3*	30	25 1-3**	50
ЖКБ / холецистэктомия	9/18	1/2	19/3 1-2**	38/6	11/7 1-3*	22/14
Хр. холецистит / хр. панкреатит	6/6	12/12	10/9	20/18	7/6	14/12
Гастрит, язвенная болезнь	3	6	7	14	13	26 1-3**
Дорсопатия	9	18	13	26	12	24
Заболевания щитовидной железы (тиреоидит, узловой зоб)	4	8	7	14	10	20 1-3*
Варикозная болезнь нижних конечностей	3	6	6	12 1-2*	11	22 1-3**
Мочекаменная болезнь, хр. пиелонефрит	4	8	8	16 1-2*	15	30 1-3**
Миома матки	3	6	6	12 1-2*	2	4
Анемия	4 (8)	8	7	14 1-2*	5	10
Сахарный диабет/НТГ	0/2	0/4	1/1	2/2	3/2	6/4 1-3*
Онкология	0	0	1	2	2	4
ИБС	0	0	0	0	2	10

Примечание. Достоверность различий * $p<0,05$; ** $p<0,001$ при сравнении с показателями между 1-2-й, 2-3 и 1-3 группами.

Таблица 2. Обращаемость женщин в поликлинику к врачам различных специальностей

Специалисты	Ранний климактерический период (n = 50)		Перименопауза (n = 50)		Постменопауза (n = 50)	
	абс.ч.	(%)	абс.ч.	(%)	абс.ч.	(%)
Гинеколог	7	14	17	34 1-2**	15 1-3*	30
Терапевт	11	22	18	36	24 1-3*	48
Эндокринолог	8	16	10	20	12 1-3*	24
Гастроэнтеролог	6	12	6	12	12 1-3*, 2-3*	24
Невролог	9	18	9	18	14 1-3*, 2-3*	28

Примечание: Достоверность различий * $p<0,05$; ** $p<0,001$ при сравнении с показателями между 1-2-й, 2-3-й и 1-3-й группами.

Как видно из таблицы 2 в раннем периоде климактерии пациентки нуждались в консультации терапевта, невролога и эндокринолога, в перименопаузе при нарастании нейровегетативной симптоматики в наблюдении терапевта, гинеколога и эндокринолога, а в постменопаузальном периоде в большей степени требовалось наблюдение терапевта, гинеколога и невролога. Обращаемость среди женщин к поликлиническим врачам увеличивается в пери- и постменопаузу в 1,5 – 2 раза.

Обсуждение

В климактерическом периоде отмечается повышение частоты встречаемости (табл. 1) таких заболеваний, как ожирение, артериальная гипертензия, желчнокаменная болезнь, заболевания щитовидной железы и др., напрямую связанных с гормональными нарушениями, происходящими у женщин в этот период, нарушениями нейроэндокринной регуляции со стороны высших отделов ЦНС, активацией симпатоадреналовой и ренин-ангиотензиновой систем. Проблема ведения женщин в климактерическом периоде заключается в том, что женщины обращаются к врачам, как правило, уже при развернутой картине заболеваний или даже при наличии осложнений, а сочетание нескольких заболеваний подчас ухудшает их течение и прогноз. Кроме того, в климактерии увеличивается не только частота встречаемости, но и частота обращаемости женщин с соматической

патологией за медицинской помощью к различным специалистам, что требует своевременного взятия их на «Д» учет у терапевта, с привлечением специалистов соответствующего профиля.

Выводы

Таким образом, у женщин по мере увеличения продолжительности климактерического периода увеличивается число заболеваний и частота обращений к врачам различных специальностей, что требует преемственности в работе различных специалистов.

Литература

1. Баранова Е.И. Артериальная гипертензия в постменопаузе: патогенез и подходы к терапии. Фарматека. – 2009, №12.- С. 29 – 33.
2. Глезер М.Г. и участники исследования SElena. Подтверждение безопасности и терапевтического эффекта бетаксолола при лечении легкой и умеренной артериальной гипертензии у женщин с климактерическим синдромом. Проблемы женского здоровья и пути их решения. – 2008, № 1(3). – С. 12-21.
3. Попов А.А. Соматическая патология у женщин в климактерии: клинико-функциональные, психологические и организационно-методические аспекты. Автореф. дисс. ...д.м.н. Екатеринбург 2009. - 47 с.
4. Чазова И.Е., Сметник В.П., Балан В.Е., Зайдиева Я.З. и др. Ведение женщин с сердечно-сосудистым риском в пери- и постменопаузе: консенсус кардиологов и гинекологов Российский медицинский журнал. – 2008, №4. – С. 61 -78.