

ВЛИЯНИЕ НЕГОРМОНАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Бериханова Р.Р., Миненко И.А.

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова», Москва, Россия, e-mail: rumiska07@mail.ru

Исследование посвящено изучению качества жизни 120 женщин с метаболическим синдромом в климактерическом периоде в возрасте 45-70 лет. Созданы 3 равные группы по 40 женщин. В основной группе сочетали нелекарственный комплекс (диетотерапия, психотерапия, физиолечение, лечебная физкультура) и перорально экстракт сухой красного клевера (*Trifolium pratense*), стандартизованный до 40 % изофлавонов. В первой группе сравнения применялся только указанный нелекарственный комплекс. Во второй группе контроля проводилась монотерапия экстрактом сухого красного клевера (*Trifolium pratense*). Проводилась оценка степени тяжести климактерического синдрома с помощью модифицированного менопаузального индекса Купермана (версия Е.В. Уваровой, 1983), оценка качества жизни по неспецифическому опроснику MOS SF-36 (MOS 36-Item Short-Form Health Survey) до лечения и через шесть месяцев терапии у всех пациенток. Полученные результаты свидетельствуют о положительном влиянии негормональной терапии на качество жизни пациенток с МС в климактерии. Наибольшую эффективность продемонстрировал комплексный подход с параллельным применением коррекции образа жизни, диетотерапии, психотерапии, физиолечения, лечебной физкультуры и применением экстракта сухой красного клевера (*Trifolium pratense*) в сравнении с применением только указанного нелекарственного комплекса или только экстракта сухой красного клевера.

Ключевые слова: климактерический синдром (КС), метаболический синдром (МС), модифицированный менопаузальный индекс, качество жизни (КЖ).

THE INFLUENCE OF NON-HORMONAL CORRECTION OF CLIMACTERIC DISORDERS ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

Berihanova R.R., Minenko I.A.

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, e-mail: rumiska07@mail.ru

The research studies the quality of life of 120 women with metabolic syndrome in the climacteric period at the age of 45–70. Patients were divided into 3 equal groups of 40. In the main group the non-drug treatment (diet therapy, psychotherapy, physiotherapy, medical fitness) was combined with the oral intake of the extract of dry red clover (*Trifolium pratense*), standardized to 40% of isoflavones. In the first group only the non-drug treatment was applied. In the second group the extract of dry red clover (*Trifolium pratense*) monotherapy was employed. The severity of the climacteric syndrome was assessed with the help of the modified Kupperman Index (E.V. Uvarova version, 1983). The life quality of all patients was assessed with the help of MOS 36-Item Short-Form Health Survey before the treatment and after six months of therapy. The received results demonstrate a positive influence of non-hormonal therapy on the quality of life of patients with metabolic syndrome in the climacteric period. The most effective showed to be the complex approach to the treatment – the oral intake of the extract of dry red clover (*Trifolium pratense*) combined with the correction of way of life, with diet therapy, psychotherapy, physiotherapy, medical fitness, compared to the application of only the non-drug treatment mentioned above or only the intake of the extract of dry red clover.

Keywords: climacteric syndrome (KS), metabolic syndrome (ms), modified menopausal index, quality of the life.

В современном мире складываются тревожные демографические тенденции: идут непрерывные процессы старения населения, негативной трансформации его возрастной структуры, нарастание с возрастом численного гендерного дисбаланса, проявляющегося в увеличении количества одиноких женщин. Все без исключения варианты прогноза предполагают рост числа и доли пожилых людей до беспрецедентных для России значений.

Если в 1970 году в России число жителей в возрасте 65 лет и старше впервые стало более 10 миллионов, а в 2006 году впервые превысило 20 миллионов, то к 2030 году по прогнозам данный показатель составит 24–30 миллионов. Доля пожилых в середине 1960-х годов не превышала 7 %, в 2006 году она стала больше 14 %, уже к 2025 году предполагается ее рост до 16–18 %, а к 2030 году – до 17 до 20 % [2, 7].

Кроме того, актуализируются «болезни цивилизации», в группу которых входит и метаболический синдром (МС), увеличивается время жизни в состоянии нездоровья. МС – комплекс метаболических и сердечно-сосудистых нарушений, таких как артериальная гипертензия (АГ), инсулинорезистентность (ИР), нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), абдоминальное ожирение и дислипидемия. Около 64 % населения развитых стран имеют ожирение, около 20 %- страдают МС, причем в постменопаузальном периоде у женщин. наблюдается увеличение частоты данного симптомокомплекса. Масштаб медико-социальной значимости МС определен крайне высокой частотой возникновения витально опасных кардиологических заболеваний- в 4,2 раза выше, чем в популяции [1,4, 6].

Современная медицина неразрывно связана с понятием «качество жизни». Период инволюции у женщины сопряжен с регрессивными изменениями базовых параметров благополучия. Нарастающие вазомоторные, урогенитальные расстройства, изменения внешности, остеопороз, сексуальная дисфункция, депрессии являются основными страданиями женщин в климактерии. Брачный статус, оказывает существенное влияние на эмоционально-психическое, физическое, в том числе, сексуальное здоровье женщин, а, следовательно, и на качество жизни в целом. Уменьшение общения с близкими, сослуживцами, материальные проблемы, ограничение досуга, потеря работы также создают условия для возникновения минорного настроения. Ассоциация менопаузы с ожирением и МС определяет высокий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений, приводящих к инвалидизации (и фатальным исходам), значительному снижению качества жизни. Безусловно, в авангарде терапии климактерических нарушений стоит менопаузальная гормональная терапия (МГТ) [5]. Наличие противопоказаний к МГТ, необходимость ухода от полипрагмазии, отрицательное отношение к ней пациентки заставляют осуществлять поиски действенных альтернативных вариантов лечения, направленного на повышение качества жизни и снижение риска кардиологических осложнений у данной когорты женщин.

Целью настоящей работы является сравнительная оценка эффективности применения комбинаций негормональных методов коррекции климактерических расстройств на качество жизни пациенток с МС.

Материалы и методы исследования

Осуществлен анализ результатов динамического обследования 120 женщин, давших информированное добровольное согласие на включение в исследование.

Использовались следующие критерии включения:

- женщины 45–70 лет, отметившие появление климактерических нарушений, страдающие метаболическим синдромом, установленным согласно критериям International Diabetes Federation (2005);

- отсутствие приема МГТ и фитоэстрогенов в анамнезе.

Критерии исключения:

- женщины, не отвечающие критериям включения;
- наличие у женщины: психических заболеваний; острых сосудистых нарушений; острых воспалительных заболеваний; геморрагий; онкозаболеваний и подозрения на их наличие; опухолей в стадии роста и/или требующих оперативного лечения (мастопатии, фиброаденомы молочной железы, эндометриоз, миома матки); гипертермии; тяжелой органной недостаточности; индивидуальной непереносимости физических факторов; индивидуальной непереносимости экстракта сухого красного клевера.

Средний возраст пациенток $54,5 \pm 7,2$ лет. Созданы 3 равные группы по 40 женщин. Группы были идентичны по возрасту, характеру сопутствующей патологии, социальному статусу. В основной группе сочетали нелекарственный комплекс (диетотерапия, психотерапия, физиолечение, лечебная физкультура) и перорально экстракт сухой красного клевера (*Trifolium pratense*), стандартизованный до 40 % изофлавонов. В первой группе сравнения применялся только указанный нелекарственный комплекс. Во второй группе контроля проводилась монотерапия экстрактом сухого красного клевера (*Trifolium pratense*). Курящих женщин было 15,0 %. Все пациентки мотивированы на отказ от курения.

Степень тяжести климактерического синдрома определялась с помощью модифицированного менопаузального индекса Купермана (версия Е.В. Уваровой, 1983) до лечения и через шесть месяцев терапии у всех пациенток.

Также в динамике оценивалось качество жизни по неспецифическом опроснику MOS SF-36 (MOS 36-Item Short-Form Health Survey), который содержит 36 пунктов, сгруппированных в восемь шкал:

1. Физическое функционирование (Physical Functioning – PF).
2. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning – RP).
3. Интенсивность боли (Bodily pain – BP).
4. Общее состояние здоровья (General Health – GH).
5. Жизненная активность (Vitality – VT).

6. Социальное функционирование (Social Functioning – SF).
7. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional – RE).
8. Психическое здоровье (Mental Health – MH).

Производится оценка в баллах от 0 до 100 по 8 шкалам. Первые четыре шкалы составляют физический компонент здоровья (Physical health – PH), последующие четыре шкалы формируют психологический компонент здоровья (Mental Health – MH) [3,10].

Статистическая обработка результатов исследования была проведена современными методами анализа на персональном компьютере с использованием стандартного пакета программ Microsoft Office 2010 (Microsoft Excel) и «STATISTICA® for Windows 6.0». Количественные показатели презентированы в работе в виде $M \pm m$, где M – среднее арифметическое, m – его стандартное отклонение. Достоверность межгрупповых различий проверялась по t-критерию Стьюдента. Использовался многофакторный корреляционный анализ с применением критерия Пирсона, рассчитывался коэффициент корреляции (r). Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования

Степень тяжести климактерического синдрома до начала терапии достоверно не отличалась между группами: в основной группе модифицированный менопаузальный индекс был равен $39,3 \pm 8,6$ балла, в первой группе сравнения данный показатель составил $39,1 \pm 8,4$ балла, во второй контрольной группе – $39,0 \pm 8,9$ балла. Различия между группами были не значимы ($p > 0,05$). Через шесть месяцев от начала лечения модифицированный менопаузальный индекс снизился в основной группе – до $20,4 \pm 6,9$ балла ($p < 0,05$ по сравнению с показателями до лечения). В первой группе контроля по истечению шести месяцев достоверных изменений индекса Купермана не отмечено, он оказался равным $37,3 \pm 7,7$ балла. Вторая группа сравнения продемонстрировала снижение данного показателя до $25,5 \pm 6,5$ балла ($p < 0,05$ по сравнению с показателями до лечения).

Результаты изучения качества жизни пациенток по данным общего опросника SF-36 представлены в таблице. Отмечено наиболее значимое изменение показателей по всем шкалам в сторону улучшения в основной группе. В первой группе сравнения достоверных изменений параметров выявлено не было, хотя имела место тенденция к их повышению. Во второй группе также зафиксировано достоверное улучшение показателей шкал психического и физического компонентов здоровья, однако менее выраженное, чем в основной группе.

Динамика показателей физического и психического компонентов КЖ по опроснику SF-36 у женщин основной и контрольных групп

Шкала	Основная группа до лечения (n=40), баллы	Основная группа через 6 месяцев после лечения (n=40), баллы	Первая группа контроля до лечения (n=40), баллы	Первая группа контроля через 6 месяцев после лечения (n=40), баллы	Вторая группа контроля до лечения (n=40), баллы	Вторая группа контроля через 6 месяцев после лечения (n=40), баллы
PF	43,6±7,7	66,6±7,8	44,6±8,7	48,6±6,7	46,6±7,7	58,6±7,8
RP	44,6±6,7	54,6±6,8	45,6±7,7	47,8±7,8	48,6±6,7	51,6±6,7
BP	47,5±7,8	56,7±8,1	48,5±7,8	50,4±8,1	47,8±7,8	51,7±7,1
GH	47,8±6,6	53,7±7,9	48,8±7,6	49,6±7,7	48,8±7,6	51,7±7,8
VT	43,2±7,5	59,0±7,7	44,2±7,7	47,3±7,9	43,7±8,5	49,0±7,9
SF	42,5±6,7	59,7±6,7	43,5±8,7	46,7±7,7	45,5±7,9	49,7±6,8
RE	45,6±6,8	60,4±8,1	46,6±6,8	48,8±7,7	46,8±6,7	54,4±8,7
MH	47,8±7,8	61,2±9,0	48,8±7,9	50,7±6,9	45,8±7,7	55,2±8,2

Примечания: в таблице указаны М±m;

p < 0,05 в основной группе до и после лечения;

p > 0,05 в первой контрольной группе до и после лечения;

p < 0,05 во второй контрольной группе до и после лечения.

Обсуждение

Полученные результаты свидетельствуют о наиболее выраженном позитивном влиянии на качество жизни женщин с МС (самоощущение и функционирование) комплексного подхода к лечению климактерических расстройств в сравнении с изолированным применением нелекарственного комплекса или экстракта сухого красного клевера.

Так, индекс Купермана через 6 месяцев лечения в основной группе снизился почти в 2 раза при сравнении с исходным значением, во второй группе контроля – 1,5 раза, тогда как в первой группе контроля он мало отличался от стартового показателя.

В основной группе по всем шкалам неспецифического опросника MOS SF-36 прослеживается положительная динамика на фоне лечения. Обращает внимание наиболее выраженное достоверное увеличение показателя PF (физическое функционирование) в основной группе – в 1,5 раза в сравнении с начальным параметром.

Итоги настоящей работы не противоречат данным литературы. Доказано, что модификация образа жизни у пациентов с ожирением, МС является мощным инструментом, который значительно улучшает качество жизни и прогноз. Отказ от курения снижает смертность и сердечно-сосудистую заболеваемость даже у лиц старше 60 лет. Определена

роль курения, как крайне значимого фактора риска для развития кардиоваскулярной патологии. Влияние курения связывают с нарушением метаболизма в виде повышения атерогенных фракций липопротеидов, повышением уровня холестерина в крови, активацией тромбоцитов. Токсические компоненты сигаретного дыма инициируют оксидативный стресс, что влечет расстройство функции эндотелия. Снижается продукция эндотелиальными клетками ключевого вазопротектора оксида азота, активируется адгезия лейкоцитов к поверхности сосудистой стенки, происходит её ремоделирование.

Абдоминальное ожирение ассоциировано с обменными нарушениями (МС, дислипидемии, постпрандиальная гипергликемия) и артериальной гипертензией. Этот мощный независимый предиктор фатальных сердечно-сосудистых заболеваний, актуальность которого у женщин в перименопаузе возрастает, приводит к снижению продолжительности жизни на 8–10 лет. Гормональная перестройка с нарастающим дефицитом эстрогенов в климактерическом периоде приводит к снижению активности обменных процессов, перераспределению жировой ткани с формированием абдоминально-висцерального ожирения. Однако прогрессирующее увеличение в популяции женщин в период угасания функции яичников избытка подкожно-жирового слоя связано не только с возрастным моделированием метаболизма, но и с поведенческими факторами- гиподинамией и алиментарными привычками. Иррациональное питание таких пациенток характеризуется дефицитом витаминов и антиоксидантов, преобладанием твердых жиров и легкоусвояемых углеводов в рационе, парадоксальным режимом приема пищи.

Также одним из важнейших составляющих вредоносного кластера факторов является недостаточная физическая активность. Гиподинамия, широко распространенная в современном мире, повышает риск развития ишемической болезни сердца в 2 раза [4,8]. Поэтому ориентир на кардиопротективный образ жизни у женщин с МС в период климактерия имеет первостепенное значение.

Также в унисон с литературными данными идет демонстрация эффективности фитоэстрогенов в отношении климактерических расстройств. В составе экстракта красного клевера 4 важнейших изофлавона: биоканин А (Biochanin A), формонетин (Formononetin), дайдзеин (Daidzein), генистеин (Genistein). Каждая капсула содержит не менее 40 мг изофлавонов. Выявлено сходство фитоэстрогенов и эстрогенов по структуре и молекулярной массе [9].

Таким образом, максимальную результативность комплексного подхода при негормональной коррекции перименопаузальных нарушений у женщин с МС по физическому и психическому профилям качества жизни можно объяснить синергизмом применяемых методов.

Выводы

Комплексная негормональная терапия в климактерии положительно влияет на качество жизни пациенток с МС. Наиболее эффективным является комбинированное негормональное воздействие, включающее диетотерапию, психотерапию, физиолечение, лечебную физкультуру и применение экстракта сухого красного клевера (*Trifolium pratense*) в сравнении с применением только указанного нелекарственного комплекса или только экстракта сухого красного клевера.

Список литературы

1. Батрак Н.В. Репродуктивная функция женщин на фоне метаболического синдрома // Сеченовский вестник. – 2012. – № 1 (7). – С.77-80.
2. Демографический ежегодник России.2012: Стат.сб./ Росстат. – М., 2012. – 535 с.
3. Инструкция по обработке данных, полученных с помощью опросника SF-36. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.preference-pro.com/files/sf-36_guidelines.pdf (дата обращения: 25.06.2015).
4. Кисляк О.А., Хаутиева Ф.М. Ведение больных после инфаркта миокарда // Лечебное дело. – 2010. – № 1. – С.43-52.
5. Манухин И.Б., Тактаров В.Г., Шмелева С.В. Здоровье женщины в климактерии. – М.: Литтерра, 2010. – 256 с.
6. Мычка В.Б., Иванов К.П., Шишова Т.А., Масенко В.П. Метформин в лечении метаболического синдрома и сахарного диабета типа 2 //Consilium Medicum. – 2011. – № 5: С.117-121.
7. Население России 2012: двадцатый ежегодный демографический доклад / [отв. ред. А. Г. Вишневский]. – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2014. – 412 с.
8. Физическая реабилитация у больных с метаболическим синдромом / С.Б. Короткова, В.Е. Апарин, И.В. Гриднева, М.В. Харина // Физическая культура и здоровье. – 2014. – № 3 (50). – С. 90-93.
9. Эффективность препарата феминал в коррекции климактерических нарушений у женщин / Е.В. Жидкова, Н.А. Татарова, В.А. Линде, Е.Е. Лесиовская // Проблемы репродукции. – 2012. – № 1. – С.96-97.
10. Ware J. E., Snow K. K, Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide. – Boston, Mass.: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.

Рецензенты:

Смекалкина Л.В., д.м.н., профессор кафедры нелекарственных методов лечения и клинической физиологии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова», г. Москва;

Зилов В.Г., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой нелекарственных методов лечения и клинической физиологии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова», г. Москва.