

СТРУКТУРА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ

Шыныбаева Согдиана Барлыкбаевна

магистрант Ташкентская медицинская академия, Узбекистан г. Ташкент

Абдухаликов Ойбек Зиядулла угли

магистрант Ташкентская медицинская академия, Узбекистан г. Ташкент

Ахмедов Холмурод Садуллаевич

д-р мед. наук, Ташкентская медицинская академия, Узбекистан г. Ташкент

Рашидова Мохира Абдухамитовна

ассистент Ташкентская медицинская академия, Узбекистан г. Ташкент

Аннотация. Изучены особенности течения ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии у женщин в периоде менопаузы, проживающих в регионе Аральского экологического кризиса. Установлено более раннее наступление менопаузы, а также более раннее начало ишемической болезни сердца и артериальной гипертензий.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания; экология; менопауза.

Актуальность темы. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смертности, заболеваемости и инвалидизации среди мужчин и женщин старше 40 лет в индустриально развитых странах [1].

По оценкам ВОЗ, ежегодно в мире от сердечно-сосудистых заболеваний погибают более 17 млн. человек [2].

Наиболее распространенными и имеющими большое социальное значение среди этой группы заболеваний являются артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС) [3, 4].

При этом течение этих заболеваний среди мужской и женской популяции отличаются и имеют свои характерные отличия. У женщин в периоде после менопаузы риск смерти от ишемической болезни сердца в 10 раз больше. Частота смерти от инфаркта миокарда у женщин является аналогичной мужчинам, но с опозданием на 10 лет [5].

По мере исчезновения защитного влияния эстрогенов на сердечнососудистую систему у женщин в климактерическом периоде, а также в связи с возрастными изменениями прогрессивно возрастает частота сердечнососудистых заболеваний, и к 65-70 годам она соответствует таковой у мужчин [6, 7].

Несмотря на схожесть выводов, результаты проведенных исследований убедительно

свидетельствует о существенных отличиях в течении пери- и постменопаузы у жительниц разных стран.

Это позволяет предположить наличие территориальных особенностей развития нарушений, характерных для менопаузы и перименопаузального периода.

Аральский кризис признан одной из глобальных экологических проблем современности.

Эпицентром Аральского кризиса является республика Каракалпакстан. Географическое расположение республики в дельте реки Амударьи способствовало накоплению токсических веществ таких как, высокие дозы пестицидов, гербицидов, в реке и почве в течение ряда десятилетий, в результате произошло массовое химическое загрязнение практически всех природных ресурсов: воды, почвы, воздуха, растений, продуктов питания.

Загрязненность и повышенная минерализация, дефицит воды, а также большой объем выноса солей и пыли со дна высохшего моря, опустынивание территорий способствовали росту среды населения Приаралья ряда соматических заболеваний, таких, как анемия, болезни почек, крови, сердечно-сосудистых, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, желчекаменных и др.

Так, по данным American Heart Association, повышение уровня пылевых частиц с размером менее 2,5 микрон в течение нескольких часов в неделю может быть причиной летального исхода у пациентов с ССЗ, а также причиной госпитализации по поводу развившегося инфаркта миокарда и декомпенсации сердечной недостаточности [8].

Аналогичные данные, полученные в исследовании, проведенном в Калифорнии [9], и в 12-летнем наблюдении в Китае [10], показали, что длительное воздействие пылевых частиц, оксида азота являлось не только риском развития ИБС, инсульта, но и предиктором сердечно-сосудистой и цереброваскулярной смертности.

Цель исследования. Изучить особенности течения, структуру ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии у женщин в периоде менопаузы, проживающих в регионе Аральского экологического кризиса.

Материалы и методы исследования:

Проведен ретроспективный анализ истории болезни женщин с диагнозом ИБС и ГБ в менопаузальном периоде. Было изучено 168 историй болезни. Больные разделены на 2 группы в зависимости от месторасположения. В 1-й группе больные – жители Республики Каракалпакстан, которые получали лечение в Кардиологическом диспансере Республики Каракалпакстан. 2-я группа – больные города Ташкента, получившие лечение в № 3 клиники Ташкентской медицинской академии (ТМА).

При этом Республика Каракалпакстан считается эпицентром наиболее неблагоприятным условиям окружающей среды в регионе Аральского экологического кризиса. Ташкент – столица Республики Узбекистан, расположен на расстоянии более 1000 км от г. Нукуса, с относительно благополучной экологической ситуацией.

Анализ проведен по историям болезни кардиологического диспансера Республики Каракалпакстан за 2015-2016 гг. Всего проанализировано 120 случаев. А также по историям болезни кардиологического отделения №3 клиники ТМА. Всего 48 случаев.

Изучены истории болезни женщин менопаузального периода с диагнозом ИБС и ГБ от 45 до 65 лет.

Средний возраст женщин в анализированных материалах была в 1-й и 2-й группе: $56,3 \pm 8,1$ и $58,5 \pm 5,2$ лет, начало менопаузы $48,4 \pm 7,3$ и $50,2 \pm 4,1$ лет, длительность ИБС $10,4 \pm 5,3$ и $8,8 \pm 1,05$ лет соответственно. Среднее систолическое артериальное давление в 1-й группе составляло $205,8 \pm 45,1$ мм рт. ст., среднее диастолическое артериальное давление $117,5 \pm 21,3$, во 2-й группе среднее систолическое $142,3 \pm 22,5$ и среднее диастолическое

артериальное давление $86,9 \pm 10,1$ мм рт. ст. Частота сердечных сокращений в 1-й группе и 2-й группе $81,2 \pm 14,3$ и $82,5 \pm 10,2$ уд. в мин. Определено количество гемоглобина: в 1-й группе – $90,8 \pm 9,4$ г/л и во 2-й группе $101,5 \pm 5,4$ г/л ($p < 0.05$), количество холестерина крови $4,6 \pm 0,6$ и $5,04 \pm 0,7$ моль/л соответственно. Из общего числа ИБС в 1-й группе и во 2-й группе стабильная стенокардия составляло 70% и 79,1 %. Из них ФК 2 составляло 9,5% и 21%, ФК 3 71,4% и 68,4%, ФК 3 19% и 10,5%, прогрессирующая стенокардия составляло 13,3% и 8,3% ($p < 0.05$). С нарушением ритма осложнялось 29,6% и 25%. ОИМ 16,6% и 4,1%. Повышение артериального давления осложнялось в виде острого нарушения мозгового кровообращения – 16,6% и 8,3%. Повторный ИМ составляло 13,3% и 4,1%.

Сопутствующие заболевания в сочетании с ишемической болезнью сердца в 1-й группе: 40% составили хронический пиелонефрит, из них пиелонефрит обеих почек – 16,6%; СД 2 типа 26,6%, из них 75% больные в декомпенсированной стадии, 25% в компенсированной стадии; 13,3% ХОБЛ; 6,6% хронический холецистит; 3,3% цирроз легких; киста левой почки 6,6%.

Также следует отметить, что у 75% больных при ультразвуковом исследовании почек выявлены соли чашечно-лоханочной системы, в 65,8% случаев в общей анализе мочи выявлены соли фосфатные, оксалатные. Во 2-й группе: хронический холецистит – 75%, хронический пиелонефрит – 16,6%, ХОБЛ – 8,3%, СД 2 типа – 8,3%.

Также были исследованы суточные биоритмы с помощью суточного мониторинга артериального давления (СМАД). Выявлено, что у 58,3% суточный профиль АД «non-dipper», у 25% – «night peaker» и у 8,3% – «over dipper»/

Вывод: в результате ретроспективного анализа историй болезни женщин менопаузального возраста, проживающих в регионе Аральского экологического кризиса установлено более раннее наступление менопаузы и более раннее начало ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии по сравнению с контрольной группой.

Экологические факторы являются одними из ведущих в формировании анемий у женщин данного региона, хронического пиелонефрита, мочекаменной болезни.

При этом, более тяжелые варианты ишемической болезни сердца и осложнения встречались именно в этих группах женщин.

Суточный биоритм «non-dipper», выявленный у 58,3%, свидетельствует о недостаточном снижении ночного артериального давления, который является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых, особенно цереброваскулярных осложнений, которые остаются наиболее опасными осложнениями.

Список литературы:

1. Сметник В.П. Системные изменения у женщин в климактерии / В.П. Сметник // Русский медицинский журнал. – 2001. – Т. 9, № 9 (128). – С. 354-358.
2. Клинические рекомендации. Фармакологический справочник / Под ред. И.Н. Денисова, Ю.Л. Шевченко. – М. : ГЕОТАР-МЕД, 2004. – 1184 с.
3. Адаменко А.Н. Артериальная гипертензия у женщин репродуктивного возраста / А.Н. Адаменко, Е.А. Прохорович, О.Н. Ткачева, А.Ю. Шумбутова // Русский медицинский журнал. – 2007. – №20 (15). – С. 1440-1442.
4. Алексеева Н.П. Возможности использования небиволола у женщин с артериальной гипертензией и климактерическим синдромом / Н.П. Алексеева, Е.В. Белова, В.Г. Ларин и др. // Кардиология. – 2003. – №10. – С. 72-75.
5. Шмелева С.В. Метаболические изменения у женщин в климактерическом периоде / С.В. Шмелева // Физическая реабилитация детей, взрослых и инвалидов. – 2005. – № 1. – С. 7-10.

6. Таранов А.Г. Лабораторная диагностика в акушерстве и гинекологии: Справочник. 2-е изд., перераб. и доп. / А.Г. Таранов. – М.: Издатель Мокеев, 2003. – 80 с.

7. Турсунова Д.Т. Региональные особенности течения климактерического синдрома / Д.Т. Турсунова, С.М. Мухамадиева, Ш.М. Муджиудинова // Материалы VII Российского Форума «Мать и дитя». – М., 2005. – С. 518-519.

8. American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention. Particulate matter air pollution and cardiovascular Disease an update to the scientific statement from the American Heart Association // Circulation. – 2010. – 121. P.

9. Long - term exposure to air pollution and cardiorespiratory disease in the California Teachers Study cohort. CareMed. – 2011. – 184 pp.

10. Long- term exposure to ambient air pollution and mortality due to cardiorespiratory disease and cerebrovascular disease in Shenyang China. PloSONE. – 2011. – P. 20827.