

УДК 618.173

UDC 004.5

14.00.00 Медицинские науки

Medical sciences

**ВЛИЯНИЕ НЕЛЕКАРСТВЕННОЙ
КОРРЕКЦИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОК С
МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА
СОСТОЯНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО
ТРАКТА****THE EFFECT OF NON-DRUG TREATMENT
OF CLIMACTERIC DISORDERS ON THE
GASTROINTESTINAL TRACT IN FEMALE
PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME**

Бериханова Румиса Рамзановна
К.м.н.

*ФБУ «Центральная клиническая больница граж-
данской авиации»*

SPIN-code: 9539-5812

ORCID: 9539-5812

ResearcherID: 9539-5812

Scopus Author ID: 9539-5812

Berihanova Rumisa Ramzanovna
Cand. Med. Sci

Central clinical hospital of civil aviation, Russia

RSCI SPIN-code: 9539-5812

ORCID: 9539-5812

ResearcherID: 9539-5812

Scopus Author ID: 9539-5812

Миненко Инесса Анатольевна
Профессор, д.м.н.

*ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный
медицинский университет имени И.М. Сеченова»*

Minenko Inessa Anatolyevna
Professor, Dr.Sci.Med.

*I.M. Sechenov First Moscow State Medical University,
Russia*

Цель: оценить влияние нелекарственных методов коррекции климактерических нарушений у пациенток с метаболическим синдромом на состояние пищеварительной системы. Обследовано 330 женщин 45-50 лет с диагностированным метаболическим синдромом. Сформированы три сопоставимые группы по 110 пациенток в каждой: в основной группе применяли немедикаментозные методы (диетотерапия, психотерапия, физиолечение, лечебная физкультура) и витаминно-минеральное средство; в первой группе контроля использовали только немедикаментозные методы; во второй контрольной группе - только витаминно-минеральное средство. Оценивались до лечения и по истечению шести месяцев терапии: жалобы пациенток, показатели биохимического профиля. Выполнялось ультразвуковое исследование органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия, видеокOLONOSКОПИЯ. Результаты исследования: у всех пациенток изначально были выявлены проблемы пищеварительного тракта, причем у большинства женщин отмечена сочетанность поражения. Основная группа продемонстрировала наиболее выраженную положительную динамику по субъективной симптоматике со стороны желудочно-кишечного тракта, а также по показателям углеводного и жирового обмена. Выводы: комплексная нелекарственная коррекция климактерических расстройств у пациенток с метаболическим синдромом, направленная на повышение адаптационных способностей организма женщины, нормализацию всех видов обмена, гормонального фона, оказывает также наиболее значимое положительное влияние на функцию органов желудочно-кишечного тракта, что в свою очередь оптимально координирует все виды мета-

The aim of the research was to assess the effect of non-drug correction methods of climacteric disorders on the digestive system in patients with metabolic syndrome. 330 women aged 45-50 with the diagnosed metabolic syndrome were examined. Three comparable groups were formed with 110 female patients in each group. In the main group the methods of the non-drug treatment (diet therapy, psychotherapy, physical therapy, exercise therapy) and the vitamin-mineral treatment were combined. In the first control group only the non-drug treatment was used. In the second control group only the vitamin-mineral treatment was used. The female patients' complaints and the biochemical profile parameters were assessed before the treatment and six months after the treatment. Ultrasound scanning of the abdominal cavity, fibrogastroduodenoscopy and videocolonoscopy were carried out. The results of the study are as follows. In all patients the digestive tract problems were diagnosed at the beginning of the research. Moreover, combined damages were noticed in most of the patients. The main group demonstrated the most pronounced positive dynamic according to the subjective evaluation of the symptoms as to the gastrointestinal tract, as well as according to the parameters of the carbohydrate and fat metabolism. We may conclude that the complex non-drug correction of climacteric disorders in female patients with metabolic syndrome, directed on the increase of the adaptation abilities of the women's organism, the normalization of all kinds of metabolism and of the endocrine profile, has the most important positive effect on the organs of the gastrointestinal tract. This, in its turn, well coordinates all the kinds of metabolism.

болизма

Ключевые слова: МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ (МС), КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ ПЕРИОД, ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ, НЕЛЕКАРСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ

Keywords: METABOLIC SYNDROME (MS), CLIMACTERIC PERIOD, DIGESTIVE TRACT, NONMEDICAMENTAL METHODS

Введение

Период угасания функции яичников характеризуется негативными изменениями физического, психологического, социального и духовного состояния женщины. Климактерий ассоциирован с ухудшением течения имеющихся заболеваний и возникновением новых страданий, что обусловлено прогрессированием обменно-эндокринных расстройств. С учетом угрожающих темпов старения населения и гендерного дисбаланса, увеличения продолжительности жизни женщин становится очевидной актуальность феминальных гериатрических проблем [14]. Наличие полиморбидной патологии предполагает участие врачей многих специальностей в оказании медицинской помощи пациенткам в климактерическом периоде. Особого внимания заслуживает метаболический синдром (МС), исходами которого могут быть инвалидизация и смертельные кардио-васкулярные осложнения. В основе МС лежат инсулинорезистентность (ИР) и сопутствующая гиперинсулинемия, которые прямо и опосредованно оказывают атерогенное влияние на стенки сосудов, способствуют развитию дислипидемии, каскаду гормональных и метаболических нарушений, стимуляции симпатoadреналовой системы. [3,7,9,11]. Частота данного симптомокомплекса у женщин в период инволюции яичников возрастает [1,4,6,12].

Таким образом, полиморбидный статус при наличии у женщины МС, заболеваний ЖКТ на фоне аномального климакса создает сложности в ведении таких пациенток.

Системная и местная менопаузальная гормональная терапия (МГТ) стоит на первой линии терапевтических мероприятий, направленных на

купирование возрастных расстройств у женщин [8, 18]. Но существует ряд серьезных препятствий к применению эстрогенсодержащих препаратов: устойчивая гормонофобия пациентки, наличие противопоказаний, предполагаемое негативное влияние массивной лекарственной нагрузки, которая закономерна при многофокусной патологии.

Вышеизложенное свидетельствует о необходимости поиска действенных нелекарственных методов коррекции климактерических расстройств, направленных на повышение адаптационных способностей организма женщины, нормализацию обменных нарушений, гормонального фона, функционирование органов и систем, включая пищеварительный тракт, повышение качества жизни.

Целью настоящей работы является оценка влияния нелекарственных методов коррекции климактерических нарушений у пациенток с МС в на состояние гастроинтестинальной системы.

Материалы и методы

В сравнительное клиническое исследование включено 330 женщины на основании информированного добровольного согласия по следующим критериям:

- женщины 45-50 лет в периоде инволюции яичников;
- наличие у женщины МС, установленного на базе критериев International Diabetes Federation (2005);
- отсутствие применение МГТ в анамнезе.

Критерии исключения:

- наличие острой патологии, онкопроцессов или подозрения на малигнизацию, тяжелой органной недостаточности; индивидуальной непереносимости физических факторов, составляющих витаминно-минерального средства.

Средний возраст женщин $47,2 \pm 3,2$ года. Они были распределены на 3 равные группы (по 110 пациенток в каждой). Группы были идентичны по

возрасту, социальному статусу, уровню образования, возрасту, региону проживания, профилю имеющихся заболеваний.

В основной группе терапия заключалась в одновременном применении набора нелекарственных методов (диетотерапия, психотерапия, физиолечение, лечебная физкультура) и перорально витаминно-минерального средства. В первой контрольной группе использовался только обозначенный набор нелекарственных методов. Во второй контрольной группе лечение ограничивалось пероральным приемом витаминно-минерального средства.

Производился тщательный сбор анамнеза, оценка жалоб пациенток, данных объективного исследования. На автоматическом селективном биохимическом анализаторе «KONELAB 30» (ThermoFisher SCIENTIFIC, Финляндия) с использованием реагентов «BioSystems» (Испания) выполнялось биохимическое исследование крови, включая определение глюкозы, липидного спектра крови (общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВВ), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов, АСТ (аспартатаминотрансферазы), АЛТ (аланинаминотрансферазы).

Осуществлялось ультразвуковое исследование органов брюшной полости на сканере «LOGIQ 7» («General Electric», США) конвексным датчиком 2,5 МГц. Выполнялись фиброгастродуоденоскопия гастроскопом «EG-590WR Fujinon» (Япония), колоноскопия видеокколоноскопом «EC-530WL Fujinon» (Япония).

Для статистической обработки результатов исследования был использован стандартный пакет программ Microsoft Office 2010 (Microsoft Excel) и «STATISTICA® for Windows 6.0». Количественные показатели представлены в виде $M \pm m$, где M – среднее арифметическое, m – его стандартное отклонение. Для оценки достоверности различий между группами

применялся t-критерий Стьюдента. Рассчитывался коэффициент корреляции (r). За статистически значимое принималось значение $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

У всех пациенток изначально были выявлены проблемы пищеварительного тракта, причем у большинства женщин отмечена сочетанность поражения. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в основной группе выявлена у 7 (6,4%), в первой группе контроля у 6 (5,5%), во второй группе контроля-у 7 (6,4%) женщин. Гастрит и дуоденит диагностированы в основной группе у 69 (62,7%), в первой группе сравнения у 72 (65,5%), во второй группе сравнения у 70 (63,6%) пациенток. Неинфекционный энтерит и колит отмечены у 22 (20,0%) женщин основной группы, у 23 (20,9%) женщин первой группы контроля и 25 (22,7%) женщин второй контрольной группы. Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей зарегистрированы в основной группе у 35(31,8%), в первой группе контроля у 32 (29,1%), во второй группе контроля у 34 (30,9%) женщин. Болезни поджелудочной железы в основной группе выявлены у 25 (22,7%), в первой группе контроля у 27 (24,5%), во второй группе контроля-у 24 (21,8%) женщин. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) отмечена у 24 (21,8%) женщин основной группы, у 25 (22,7%) женщин первой группы контроля и 25 (22,7%) женщин второй контрольной группы. Синдром раздраженного кишечника (СРК) был установлен в основной группе у 34 (30,9%), в первой группе сравнения у 35(31,8%), во второй группе сравнения у 36 (32,7%) пациенток. Дисбактериоз кишечника диагностирован у 89 (80,9%) пациенток основной группы, 91 (82,7%) пациенток первой группы контроля, у 87 (79,1%) пациенток второй группы контроля. Основные жалобы со стороны органов пищеварительной системы, предъявляемые женщинами: боли, дискомфорт в области живота, от-

рыжка, изжога, тошнота, метеоризм, нарушение стула (диарея, запоры, неустойчивый стул).

Динамика жалоб пациенток основной и контрольных групп на фоне шести месяцев лечения отражена в таблице 1.

Таблица 1

**ДИНАМИКА ЖАЛОБ ПАЦИЕНТОК ОСНОВНОЙ И
КОНТРОЛЬНЫХ ГРУПП**

Симптомы	Основная группа, n=110		Первая группа контроля, n=110		Вторая группа контроля, n=110	
	до лечения, абс.(%)	через 6 месяцев терапии абс.(%)	до лечения абс.(%)	через 6 месяцев терапии абс.(%)	до лечения абс.(%)	через 6 месяцев терапии абс.(%)
Боли, дискомфорт в области живота	95 (86,4)	34(30,9)*	97 (88,2)	64(58,2)*	92(83,6)**	89(80,9)**
Отрыжка	27 (24,5)	10 (9,1) *	30(27,3)	19(17,3)*	28 (25,5)	24(21,8)**
Изжога	59 (53,6)	17(15,5)*	62 (56,4)	27(24,5)*	56 (50,9)	50(45,5)**
Тошнота	19 (17,3)	5 (4,5) *	18 (16,4)	13(11,8)*	19 (17,3)	18(16,4)**
Метеоризм	87 (79,1)	22(20,0)*	90 (81,8)	45(40,9)*	86 (78,2)	82(74,5)**
Нарушение стула (диарея, запоры, неустойчивый стул)	79 (71,8)	24(21,8)*	78 (70,9)	43(39,1)*	76 (69,1)	72(65,5)**

Примечание:

*- $p < 0,05$ - при сравнении показателей в группе до и после лечения;

** $p > 0,05$ - при сравнении показателей в группе до и после лечения.

При оценке биохимического профиля крови значимые изменения зафиксированы по показателям углеводного и жирового обмена. Причем наиболее выраженная положительная динамика отмечена в основной группе. Так, средний показатель уровня гликемии натощак через шесть месяцев в основной группе снизился с $6,10 \pm 1,56$ ммоль/л до $5,73 \pm 1,34$ ммоль/л ($p < 0,05$). В первой группе сравнения данный параметр уменьшился с $6,01 \pm 1,14$ ммоль/л до $5,82 \pm 1,03$ ммоль/л, во второй контрольной группе - с $6,08 \pm 1,123$ ммоль/л до $5,87 \pm 0,98$ ммоль/л ($p > 0,05$). Средний по-

казатель уровня общего холестерина по прошествии шести месяцев терапии в основной группе снизился с $6,35 \pm 0,89$ ммоль/л до $5,56 \pm 0,76$ ммоль/л, в первой группе сравнения - с $6,41 \pm 0,78$ ммоль/л до $5,99 \pm 0,66$ ммоль/л ($p < 0,05$). Средний показатель уровня триглицеридов в основной группе регрессировал с $2,47 \pm 0,67$ ммоль/л до $1,93 \pm 0,45$ ммоль/л, в первой контрольной группе - с $2,39 \pm 0,59$ ммоль/л до $2,12 \pm 0,46$ ммоль/л ($p < 0,05$). Данные показатели во второй группе сравнения существенных изменений не претерпели. Полученные результаты свидетельствуют о наиболее выраженной положительной динамике по субъективной гастроэнтерологической симптоматике и лабораторным параметрам в основной группе.

В настоящее время установлена связь состояния желудочно-кишечного тракта и МС [15]. МС сопровождается изменением кишечной микроэкологии. В развитии инсулинорезистентности и МС играет роль соотношение микроорганизмов: снижение количества бактероидов, лактобактерий, бифидобактерий приводит к дислипидемии, которая является одним из ключевых признаков данного симптомокомплекса. [2].

Атерогенная дислипидемия индуцируется системными воспалительными реакциями с участием цитокинов кишечника и жировой ткани, дефицитом антиоксидантной системы, дефектным метаболизмом холестерина, обусловленных дисбалансом качественного состава микроэкологии кишечника [5,10,13,16,17].

Результаты исследования продемонстрировали, что своевременная комплексная нелекарственная коррекция климактерических расстройств у пациенток с МС оказывает наиболее выраженное положительное влияние на состояние пищеварительной системы в сравнении с применением только совокупности нелекарственных методов или только витаминно-минерального средства.

Выводы

Комплексная нелекарственная коррекция климактерических расстройств, направленная на оптимизацию адаптационных возможностей организма женщины, регуляцию обменных процессов, гормонального фона, наиболее полноценно позитивно воздействует также на функционирование желудочно-кишечного тракта, что в свою очередь является крайне значимым для координации всех видов метаболизма.

Литература

1. Батрак Н.В. Репродуктивная функция женщин на фоне метаболического синдрома//Сеченовский вестник.2012. № 1 (7).С.77-80.
2. Барышникова Н. В., Фоминых Ю. А., Балукова Е. В., Успенский Ю. П. Дисбиоз кишечника, инфекция *helicobacter pylori*, синдром раздраженного кишечника, метаболический синдром: что их объединяет? // ПМ . 2012. №58. С.11-16.
3. Викулова О.К. Противоречия и консенсусы метаболического синдрома. По IV международного конгресса «Предиабет и метаболический синдром», Мадрид, 6-9 апреля 2011 г. // Сахарный диабет . 2011. №2. С.127-130.
4. Ганчар Е.П., Кажина М.В., Яговдик И.Н. Метаболический синдром в гинекологической практике // Журнал ГрГМУ . 2012. №2 (38). С.89-92.
5. Голофеевский В.Н. Важнейшие вопросы патоморфогенеза и лечения неалкогольной жировой болезни печени у больных сахарным диабетом // Врач. 2013. № 7. С. 8-11.
6. Григорян О.Р., Андреева Е.Н., Дедов И.И. Менопаузальный синдром у женщин с нарушениями углеводного обмена. М., 2011. 75 с.
7. Инсулинорезистентность и эндотелиальная дисфункция при метаболическом синдроме/Куршаков А.А., Сайфутдинов Р.Г. , Анчикова Л.И., Валеева И.Х., Никишова Т.В.// Казанский мед.ж. 2011. №2. С. 173-176.
8. Манухин И.Б., Тактаров В.Г., Шмелева С.В. Здоровье женщины в климактерии. М.: Литтерра, 2010. 256 С.
9. 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.
10. Папапану П.Н. Связь пародонтита и атеросклероза сосудов: актуальные данные и значимость для специалистов и общества // Леч. врач. 2013. № 7. С. 44-48.
11. Плохая А.А. Современные аспекты лечения метаболического синдрома // Ожирение и метаболизм. 2011. №3. С.31-37.
12. Соловьева А.В., Дубинина И.И. Особенности развития метаболического синдрома у женщин. // Сахарный диабет . 2012. №1. С.57-62.
13. Суворов К.В. Пародонтит и биоценоз пищеварительного тракта: этиопатогенетические взаимосвязи и клиническое значение: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Тверь, 2013. 23 с.
14. Федеральная служба государственной статистики. Официальная статистика. Население. Демография. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography // (дата обращения: 16.12.2015).

15. Шилов А. М., Марьяновский А. А., Петрухина Н. Б., Зорина О. А. Эпидемиологические взаимосвязи пародонтита, дисбиоза кишечника и атерогенной дислипидемии при метаболическом синдроме // Лечебное дело . 2014. №3. С.56-60.)

16. Шилов Александр Михайлович, Марьяновский А. А., Петрухина Н. Б. Эндобиоценоз кишечника и метаболически ассоциированные заболевания // Лечебное дело . 2013. №2. С.66-74.

17. Шилов А.М., Петрухина Н.Б., Зорина О.А. Дисбиоз кишечника, пародонтит и метаболически ассоциированные сердечно-сосудистые заболевания // Фарматека. 2013. № 14. С. 85–91

18. Wend K, Wend P, Krum SA Tissue-Specific Effects of Loss of Estrogen during Menopause and Aging // Front Endocrinol (Lausanne). – 2012. – Vol. 3. – P. 19-25

References

Batrak N.V. Reproktivnaja funkcija zhenshin na fone metabolicheskogo sindroma//Sechenovskij vestnik.2012. № 1 (7).S.77-80.

2. Baryshnikova N. V., Fominyh Ju. A., Balukova E. V., Uspenskiy Ju. P. Disbioz kishechnika, infekcija helicobacter pylori, sindrom razdrazhenogo kishechnika, metabolicheskij sindrom: chto ih ob#edinjaet? // PM . 2012. №58. S.11-16.

3. Vikulova O.K. Protivorechija i konsensusy metabolicheskogo sindroma. Po IV mezhdunarodnogo kongressa «Prediabet i metabolicheskij sindrom», Madrid, 6-9 aprelja 2011 g. // Saharnyj diabet . 2011. №2. S.127-130.

4. Ganchar E.P., Kazhina M.V., Jagovdik I.N. Metabolicheskij sindrom v ginekologicheskoj praktike // Zhurnal GrGMU . 2012. №2 (38). S.89-92.

5. Golofeevskij V.N. Vazhnejšie voprosy patomorfogeneza i lechenija nealkogol'noj zhirovoj bolezni pečeni u bol'nyh sahnym diabetom // Vrach. 2013. № 7. S. 8-11.

6. Grigorjan O.R., Andreeva E.N., Dedov I.I. Menopauzal'nyj sindrom u zhenshin s narushenijami uglevodnogo obmena. M., 2011. 75 c.

7. Insulinorezistentnost' i jendotelial'naja disfunkcija pri metabolicheskom sindrome//Kurshakov A.A., Sajfutdinov R.G. , Anchikova L.I., Valeeva I.H., Nikishova T.V.// Kazanskij med.zh. 2011. №2. S. 173-176.

8. Manuhin I.B., Taktarov V.G., Shmeleva S.V. Zdorov'e zhenshiny v klimakterii. M.: Litterra, 2010. 256 S.

9. Mychka V.B., Ivanov K.P., Shishova T.A., Masenko V.P.. Metformin v lechenii metabolicheskogo sindroma i sahnogo diabeta tipa 2 //Consilium Medicum.- 2011.- № 5: S.117-121.

10. Papapanou P.N. Svjaz' parodontita i ateroskleroza sosudov: aktual'nye dannye i znachimost' dlja specialistov i obshhestva // Lech. vrach. 2013. № 7. S. 44-48.

11. Plohaja A.A. Sovremennye aspekty lechenija metabolicheskogo sindroma // Ozhirenie i metabolizm. 2011. №3. S.31-37.

12. Solov'eva A.V., Dubinina I.I. Osobennosti razvitija metabolicheskogo sindroma u zhenshin. // Saharnyj diabet . 2012. №1. S.57-62.

13. Suvorov K.V. Parodontit i biocenozy pishhevaritel'nogo trakta: jetiopatogeneticheskie vzaimosvjazi i klinicheskoe znachenie: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Tver', 2013. 23 s.

14. Federal'naja sluzhba gosudarstvennoj statistiki. Oficial'naja statistika. Naselenie. Demografija. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography // (data obrashhenija: 16.12.2015).

15. Shilov A. M., Mar'janovskij A. A., Petruhina N. B., Zorina O. A. Jepidemiologicheskie vzaimosvjazi parodontita, disbioza kishechnika i aterogennoj dislipidemii pri metabolicheskom sindrome // Lechebnoe delo . 2014. №3. S.56-60.)

16. Shilov Aleksandr Mihajlovich, Mar'janovskij A. A., Petruhina N. B. Jendobiocenz kishechnika i metabolicheski associirovannye zabolevanija // Lechebnoe delo . 2013. №2. S.66-74.

17. Shilov A.M., Petruhina N.B., Zorina O.A. Disbioz kishechnika, parodontit i metabolicheski associirovannye serdechno-sosudistye zabolevanija // Farmateka. 2013. № 14. С. 85–91

18. Wend K, Wend P, Krum SA Tissue-Specific Effects of Loss of Estrogen during Menopause and Aging // Front Endocrinol (Lausanne). – 2012. – Vol. 3. – P. 19-25