

На правах рукописи

ПЕТРОВА АННА ВЛАДИМИРОВНА

ВЕГЕТАТИВНЫЕ, ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И КОГНИТИВНЫЕ
РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ
МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ
НЕГОРМОНАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ

14.01.11 – нервные болезни

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Пермь, 2015

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Пермский государственный медицинский университет им. ак. Е.А.Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации и в консультативно – диагностическом отделении ГБУЗ НСО «Городская поликлиника №29» г.Новосибирска.

Научные руководители:

д.м.н., профессор

Мудрова Ольга Александровна

д.м.н., профессор

Смирнова Елена Николаевна

Официальные оппоненты:

д.м.н., зав кафедрой неврологии ФДПО
ГБОУ ВПО «Южно – Уральский государственный
медицинский университет» Минздрава РФ,
г. Челябинск

Бельская Галина Николаевна

к.м.н., врач- невролог МУЗ
«Медсанчасть №9 им.М.А. Тверье»
г.Пермь

Морозова Елена Михайловна

Ведущая организация: ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского» Минздрава РФ.

Защита состоится « » 2015 года в часов на заседании диссертационного совета Д 208.067.01 при ГБОУ ВПО «ПГМУ им. ак. Е.А.Вагнера» Минздрава России (614000, г.Пермь, ул.Петропавловская, 26).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГБОУ ВПО «ПГМУ им. ак. Е.А.Вагнера» Минздрава России по адресу г.Пермь, ул. Петропавловская, 26 и с авторефератом на сайтах – vak.ed.gov.ru и www.pmsa.ru

Автореферат разослан « »

2015 года

Ученый секретарь диссертационного совета

Доктор медицинских наук, профессор

Мудрова Ольга Александровна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Современная женщина примерно треть своей жизни продолжает трудовую деятельность и ведет активную социальную работу в период разнообразных проявлений климактерических расстройств. К их числу относится менопаузальный метаболический синдром (МС), который является одним из ведущих факторов риска развития сердечно – сосудистых заболеваний [Шевченко О.П., 2006, Сметник В.П., 2009, Чазова И. Е, 2008, Eshtiaghi R., 2010, Jouyandeh Z., 2013]. Проявления данного симптомокомплекса распространены в женской популяции, достигая 49 % в периоде постменопаузы [Бельская Г.Н., 2006, Pallett A. L.,1998, Goldbacher E. M.,2009]. Патогенетической основой метаболического синдрома считают инсулинорезистентность с компенсаторной гиперинсулинемией, и как следствие, повышение активности симпатической нервной системы, что еще в большей степени усугубляет проявления инсулинорезистентности [Зимин Ю.В., 1999, Гинзбург М.М., 2002, Маколкин В.В., 2010, Eikelis N., 2003, Grundy R. M.,2004, Canale M.P., 2013]..

Отдельного внимания заслуживают женщины, перенесшие гистерэктомию, что приводит к снижению уровня эстрогенов и формированию менопаузального синдрома [Пустотина З.М., 2012, Росса W.A., 2010].

Вследствие гипоэстрогемии происходят дизрегуляторные вегетативные нарушения надсегментарного и сегментарного уровней, что может стимулировать метаболические нарушения [Шоломов И.И. и соавт, 2008; Аникин В. В. И соавт., 2012]. Изучению вегетативного гомеостаза в перименопаузальном периоде посвящено много работ, однако данные о направленности вегетативных реакций достаточно противоречивы [Дюкова Г.М. 2007; Сметник В. П., 2009; Белоцерковцева Л. Д., 2010]. Также противоречивы и немногочисленны данные о влиянии постменопаузы и метаболического синдрома на когнитивные функции у женщин в зависимости от этиологии менопаузы [Воеводина И. В., 2012; Захаров В. В., 2012].

В последние годы было проведено немало исследований, посвященных качеству жизни женщин старшего возраста [Панферова Е. К., 2011; MRI Study, 2013]. Наступление менопаузы (МП) обостряет психологические нарушения, сексуальные проблемы, имеющиеся при ожирении, уменьшают и без того низкую самооценку и качество жизни.

Большая часть этих женщин, по различным причинам, не получает адекватной гормональной заместительной терапии, что существенно увеличивает риск развития метаболических нарушений с одной стороны и неблагоприятно сказывается на вегетативном и психоэмоциональном статусе, еще более ухудшая качество жизни [Подзолков В. И., 2010, Григорян О. Р., 2011, Доскина Е. В. 2013].

Таким образом, актуальность нашей темы определяется большим количеством трудоспособных женщин, находящихся в постменопаузальном периоде и имеющих метаболические и психовегетативные нарушения. Эстрогенная недостаточность не всегда может быть скорректирована гормонозаместительной терапией, связи с чем, возникает проблема современного адекватного комплекса негормонального лечения.

Цель исследования

Выявить особенности состояния здоровья, качества жизни, психовегетативных и когнитивных расстройств у женщин с различным по этиологии постменопаузальным метаболическим синдромом и оценить эффективность комплекса негормональной медикаментозной терапии.

Задачи исследования:

- 1 Охарактеризовать психовегетативный синдром на основе комплексного анализа вегетативных и нейрофизиологических показателей у женщин с метаболическим синдромом в зависимости этиологии менопаузы.

2 Исследовать когнитивные и психоэмоциональные особенности у женщин с постменопаузальным метаболическим синдромом.

3 Сравнить качество жизни, соматический статус и риск развития сердечно - сосудистых осложнений у женщин с физиологическим и хирургическим постменопаузальным метаболическим синдромом.

4 Разработать современный и безопасный комплекс нейротропной терапии, направленный на коррекцию психоэмоциональных и вегетативных нарушений и изучить его эффективность.

Научная новизна

Впервые у женщин с постменопаузальным метаболическим синдромом в зависимости от генеза менопаузы детализированы клинико – функциональные нарушения и выявлены изменения адаптивных возможностей в вегетативном, эмоциональном и когнитивном статусе. Впервые проведено сравнение состояния здоровья женщин с физиологической и хирургической менопаузой с метаболическими нарушениями и без них, а также с обменными изменениями, возникшими как до, так и после менопаузы. Более 30% этих женщин имеют высокий риск развития сердечно - сосудистых осложнений по шкале PROCAM.

Напряжение функционального состояния организма, сопровождается избыточным обеспечением умственной и эмоциональной деятельности, когнитивными и эмоциональными расстройствами.

На основании комплексного исследования уточнено влияние постменопаузального метаболического синдрома на выраженность психовегетативных, эмоциональных и познавательных нарушений. Выявлены более грубые обменные и клинико - функциональные расстройства у женщин с хирургической менопаузой.

Установлена взаимосвязь и снижение качества жизни женщин после менопаузы с выраженностью обменных и клинико-неврологических характеристик.

Впервые на основании полученных результатов предложен комплекс медикаментозной реабилитации с включением современных, безопасных и эффективных препаратов для коррекции выявленных нарушений здоровья у женщин с постменопаузальными метаболическими нарушениями.

На основании анализа динамики клинических, психометрических, вегетативных показателей оценена эффективность комплекса нейротропной терапии, включающей препараты мельдоний и кортексин, у женщин с различными вариантами менопаузы.

Практическая значимость.

Впервые представлен подробный клинико – неврологический модуль, характеризующий женщин, находящихся в физиологическом или хирургическом постменопаузальном периоде, что позволяет проводить раннее выявление его на амбулаторном этапе.

В комплекс диагностических мероприятий у больных с постменопаузальным метаболическим синдромом рекомендовано включать психометрические методики, помимо традиционного клинико-неврологического анализа. Это позволит своевременно выявить и мониторировать характеристики психовегетативного синдрома, который является облигатным, усугубляет течение и значительно снижает качество жизни женщин.

Обосновано включение в комплексное лечение пациентов с постменопаузальным метаболическим синдромом препаратов мельдония и кортексина. Примененный комплекс негормональной медикаментозной терапии показал ряд существенных преимуществ: эффективен, доступен, прост, безопасен.

Эффект лечения проявился уменьшением степени напряжения адаптивно – компенсаторных механизмов, улучшением реагирования на раздражители, когнитивных и эмоциональных показателей.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Выраженность адаптационно – компенсаторных, эмоционально – личностных и когнитивных нарушений у пациенток с постменопаузальным метаболическим синдромом зависит от этиологии менопаузы.
2. Качество жизни женщин с постменопаузальным синдромом обусловлено метаболическими нарушениями и этиологией менопаузы.
3. Комплекс нейротропной терапии, включающий кортексин и милдронат, улучшает клинико - функциональные и эмоционально – познавательные характеристики женщин с постменопаузальными расстройствами.

Личный вклад автора в исследование. Обследование и лечение больных проводилось лично в условиях консультативно – диагностического отделения ГБУЗ НСО «Городская поликлиника №29» г. Новосибирска, равно как и анализ полученных данных, включая статистическую обработку.

Реализация результатов исследования. Работа выполнена на кафедрах неврологии с курсом нейрореабилитологии факультета дополнительного профессионального образования и эндокринологии и клинической фармакологии ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. ак. Е.А.Вагнера» Минздрава РФ и в консультативно – диагностическом отделении ГБУЗ НСО «Городская поликлиника №29» г.Новосибирска. Основные результаты работы внедрены в практику врачей консультативно – диагностического отделения ГБУЗ НСО «Городская поликлиника №29» г.Новосибирска, а также включены в процесс обучения врачей неврологов и эндокринологов на кафедрах неврологии с курсом нейрореабилитологии факультета ДПО и эндокринологии и клинической фармакологии ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. ак. Е.А.Вагнера» Минздрава РФ.

Апробация работы проведена на межкафедральном совещании кафедр неврологии лечебного факультета им. проф. В.П.Первушина, неврологии с курсом нейрореабилитологии факультета ДПО и эндокринологии и клинической фармакологии ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. ак. Е.А.Вагнера» Минздрава РФ. Основные положения работы доложены на конференции «Актуальные вопросы медицины в современных условиях» (Санкт – Петербург, 2015), краевых конференциях эндокринологов Пермского края в 2014 и 2015 годах.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 6 печатных работ, из них 3 в изданиях, рекомендованных ВАК.

Объем и структура диссертации. Диссертация представляет собой рукопись на русском языке объемом 142 машинописных страниц и состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, содержащего 245 наименований работ, из которых 131 отечественный и 114 зарубежный источник. Работа иллюстрирована 18 таблицами, 32 рисунками и двумя клиническими наблюдениями.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Общая характеристика собственных наблюдений и методы обследования пациентов

Проведено открытое проспективное исследование женщин с МС в постменопаузальном периоде (после физиологической или хирургической менопаузы). Критериями включения в исследование служили: женщины в возрасте от 45 до 65 лет, состояние менопаузы (ФСГ > 25 мЕд/л), наличие постменопаузального метаболического синдрома (ПМС) (согласно Рекомендациям экспертов ВНОК 2009 г.), подписанное информированное согласие.

Критерии исключения: острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, перенесенные за последние 6 месяцев; тяжелые черепно-мозговые травмы и нейроинфекции в анамнезе; наличие других сопутствующих заболеваний ЦНС, деменция, декомпенсированная сопутствующая со-

матическая и психиатрическая патология; наличие противопоказаний к назначению Мельдония (Милдроната) и Кортексина.

В исследование вошли 60 женщин в постменопаузальном периоде, в возрасте от 45 до 65 лет. Дизайн исследования представлен на рисунке 1.



Рисунок 1. Дизайн исследования.

Первую группу составили 20 женщин с физиологической менопаузой (ФМП) и МС, вторую – 20 женщин с хирургической менопаузой (ХМП) и МС, в третью группу – группу сравнения вошли 20 женщин с ФМП без МС. Кроме того выделены подгруппы: А – женщины с развившимся МС после МП и подгруппа В – женщины с наличием МС (абдоминального ожирения) до МП.

40 пациенток с МС получали комплекс метаболической и нейропротективной терапии, который проводился в течение 10 дней и включал в себя милдронат (мельдоний) 100 мг (5,0 мл) внутривенно струйно и кортексин 10 мг (2,0 мл) внутримышечно.

Обследование и лечение пациенток проводилось в условиях консультативно-диагностического отделения (зав. отделением Пиунова Т. В.) ГБУЗ

НСО «Городская поликлиника № 29» г. Новосибирска (главный врач – Мохонь Н. А.).

Клиническое исследование пациенток включало анализ анамнестических данных и жалоб, отражающих особенности неврологических нарушений. В число обязательных методов исследования включался осмотр эндокринолога. Больным осуществлялось измерение: роста и веса, с расчетом индекса массы тела (ИМТ), окружности талии (ОТ) и бедер (ОБ), определялось соотношение ОТ/ОБ, проводилось измерение АД. Лабораторное исследование включало липидограмму (общий холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), ХС ЛПВП), креатинин, общий билирубин, АЛТ, АСТ. Дополнительно проводили общие анализы крови и мочи, электрокардиографию.

Состояние вегетативной нервной системы у обследуемых оценивали по результатам исходного вегетативного тонуса (ИВТ). Применялся клинко-анамнестический подход с использованием специальной комбинированной таблицы симпатических и парасимпатических реакций, разработанной А. М. Вейном и соав. При анализе использовали определенную и неизменную совокупность симптомов, наиболее полно отражающих ИВТ обследуемых. Для выявления признаков вегетативных изменений использовались баллированные анкеты двух вариантов: «Вопросник для выявления признаков вегетативных изменений» и «Схему исследования для выявления признаков вегетативных нарушений» [Вейн А. М., 1998]. Наличие вегетативных нарушений определяется при получении суммы 15 баллов и более по «Вопроснику ...» (субъективная оценка), 25 и более баллов – по «Схеме » (объективная оценка). В качестве объективного показателя ИВТ рассчитывался вегетативный индекс Кердо. Состояние межсистемных отношений характеризовал коэффициент Хильдебранта.

Вегетативную реактивность (ВР) оценивали в пробе Даньини -Ашнера. Исследование вегетативного обеспечения деятельности (ВОД) производилось с помощью экспериментального моделирования умственной деятельности.

Состояние вегетативного гомеостаза исследовалось с помощью метода вариационной кардиоинтервалографии (ВКИГ) с расчетом интегральных показателей: мода (M_0), амплитуда моды (AM_0), вариационный размах (ΔX), индекс напряжения (ИН).

Нейропсихологическое исследование включало тесты на кратковременную зрительную и слухоречевую память, таблицу Шульце для оценки внимания. Для оценки уровня личностной и реактивной тревожности использовалась шкала личностной тревожности Спилбергера - Ханина. Оценка депрессивного синдрома проводилась по психометрическим шкалы: шкала Бека, госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), поскольку они обладают высокой степенью чувствительности и специфичности.

Оценка качества жизни проводилась по международному опроснику SF-36. Суммарный 10-летний риск ишемических событий определялся по опроснику PROCAM.

40 пациенток с МС получали комплекс метаболической и нейротропной терапии, включающий в себя милдронат (мельдоний) 100 мг (5.0 мл) внутривенно струйно и кортексин 10 мг (2.0 мл) внутримышечно. Инъекционный курс проводился в течение 10 дней. Для объективной оценки влияния проводимой терапии осуществлялись ВКИГ, оценка неврологического статуса, антропометрических показателей, нейропсихологическое тестирование, оценка вегетативного гомеостаза, степени выраженности психовегетативного синдрома, сердечно - сосудистого риска, общеклинические исследования до и после курса лечения.

Материалы исследования подвергнуты математической обработке с помощью специализированного пакета статистических программ «Статистика 6.0». Результаты в таблицах представлены в виде частот встречаемости значений признаков с указанием соответствующих процентных долей: среднее значение (M) и стандартное отклонение (σ). Достоверность различий (p) независимых переменных оценивалась по статистическому критерию Манна – Уитни для непараметрических данных.

Для попарного сравнения в группе до и после лечения использовали критерий Вилкоксона (p^w). Для проведения корреляционного анализа был использован критерий Спирмана (R). Различие показателей считали значимыми при $p \leq 0,05$ и обозначали «З», незначимые различия - «НЗ».

Результаты исследования и их обсуждение

Женщины в постменопаузальном периоде ожидаемо предъявляли достаточное количество жалоб, их представительство при МС более, чем в 2 раза превосходило наличие у женщин без ожирения (табл.1). Кроме «приливов» регулярно отмечались несистемное головокружение, возникающее при перемене положения тела; головные боли напряжения, давящего, сжимающего характера, связанные с психоэмоциональной нагрузкой и перенапряжением; рассеянность и невнимательность, раздражительность и колебания настроения, снижение работоспособности, повышенная утомляемость, эпизоды сердцебиения и чувство замирания сердца, повышенную тревожность.

Таблица 1.

Представительство неврологических жалоб

Жалобы	1 группа N / %	2 группа N / %	3 группа N / %
Головокружение	12 /60	15 /75	6/ 30
Головные боли	18/90	14 /70	5 /25
Головные боли напряжения	20/ 100	20/ 100	2/ 10
Колебания настроения	18/90	15 /75	6 /30
Снижение работоспособности	15 /75	15 /75	7 /35
Утомляемость	12 /60	15 /75	4 /20
«Приливы»	20/ 100	20 /100	5 /25
Сердцебиение	16 /80	16 /80	2 /10
Тревожность	18 /90	18/90	8/40

Анализ ИВТ у пациенток выявил преобладание симпатических влияний вегетативной нервной системы во всех группах (рис.2). Стоит заметить, что в группах МС отсутствовало равновесное вегетативное состояние.

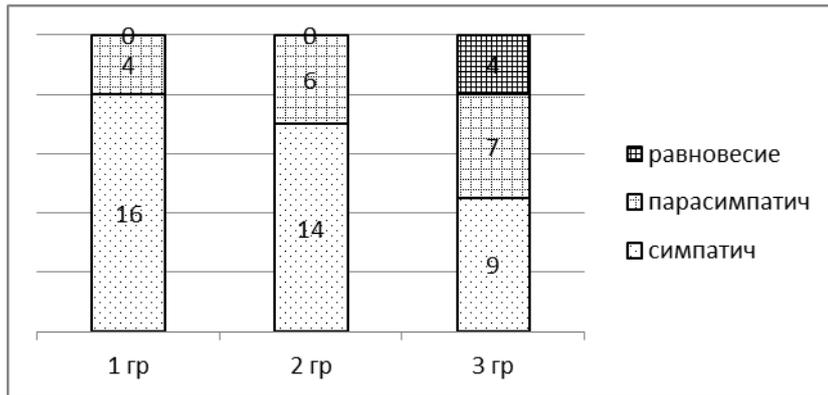


Рисунок 2. Исходный вегетативный тонус в группах.

У пациенток всех групп выявлялись признаки вегетативных нарушений, так как средний балл по «Вопроснику...» превышал 15 баллов, по «Схеме...» - 25 баллов, однако, был более низким в третьей группе и составил по «Вопроснику...» 16.90 ± 6.21 баллов и по «Схеме...» 26.60 ± 8.77 баллов, соответственно. Достоверно высокими они были во второй группе 30.45 ± 7.02 баллов и 43.45 ± 6.67 баллов соответственно, против 27.20 ± 7.21 балла и 36.60 ± 8.77 баллов в первой группе.

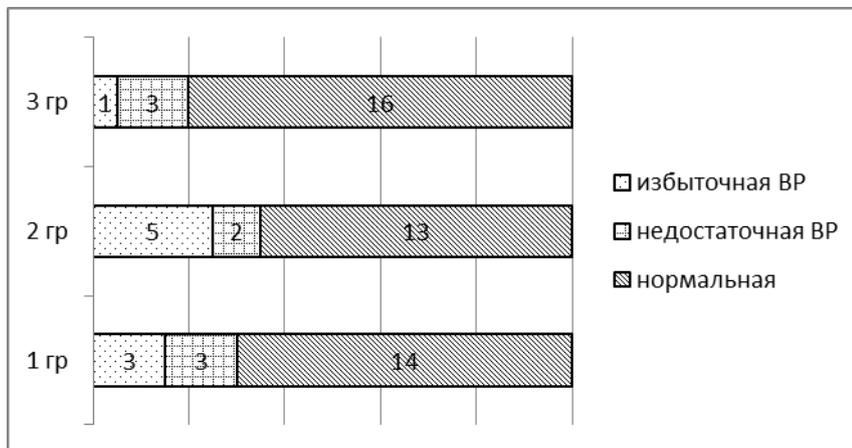


Рисунок 3. Показатели вегетативной реактивности по группам.

Преобладающей во всех группах оказалась нормальная вегетативная реактивность (рис. 3), с одинаковой частотой встречалась недостаточная ВР. Чаще, чем в других группах, избыточная ВР встречалась во 2 группе, что свидетельствует о преобладании трофотропных влияний.

У большинства испытуемых с МС первой и второй групп зарегистрировано избыточное обеспечение умственной деятельности (рис.4).

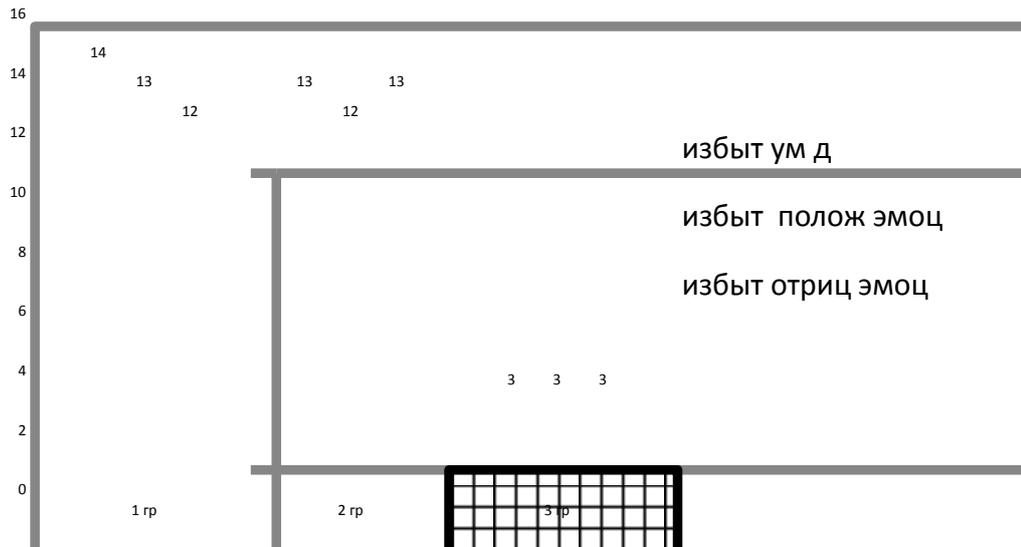


Рисунок 4. Распределение по ВО умственной деятельности.

Таблица 2.

Динамика показателей ВКИГ у испытуемых в группах ($M \pm \sigma$).

Группы	Показатели фона	Умственная нагрузка
	Мо, сек	Мо, сек
1 группа (n = 20)	0.61±0.02	0.52±0.03
2 группа (n = 20)	0.60±0.16	0.54±0.04
3 группа (n = 20)	0.83±0.04	0.71±0.03
	p 1-3=0.003; p 2-3=0.001	p 1-3=0.01; p 2-3=0.001
	АМо, %	АМо, %
1 группа (n = 20)	29.31±3.36	29.49±2.46
2 группа (n = 20)	28.76±1.50	29.26±2.65
3 группа (n = 20)	25.33±0.81	27.33±0.79
	p 1-3=0.05; p 2-3= 0.05	p 1-3=0.05; p 2-3= 0.05
	Δх, сек	Δх, сек
1 группа (n = 20)	0.13±0.03	0.16±0.01
2 группа (n = 20)	0.16±0.01	0.15±0.01
3 группа (n = 20)	0.24±0.01	0.20±0.01
	p 1-3=0.00001; p 2-3=0.00001	p 1-3=0.00001; p 2-3=0.00001
	ИН, усл.ед.	ИН, усл.ед.
1 группа (n = 20)	184.5±12.93	206.4±12.98
2 группа (n = 20)	199.0±7.33	239.05±13.26
3 группа (n = 20)	67.66±5.39	90.13±7.93
	p 1-3=0.00001; p 2-3=0.00001	p 1-3=0.00001; p 2-3=0.00001

В первой и второй группах при ВКИГ преобладали симпатические влияния ВНС: высокие показатели АМо, ИН и низкий Δx , (табл. 2), свидетельствующие о значительном напряжении компенсаторных механизмов при фоновой записи, достигая максимальных значений при обеспечении умственной деятельности, достоверно выше у пациенток 2 группы.

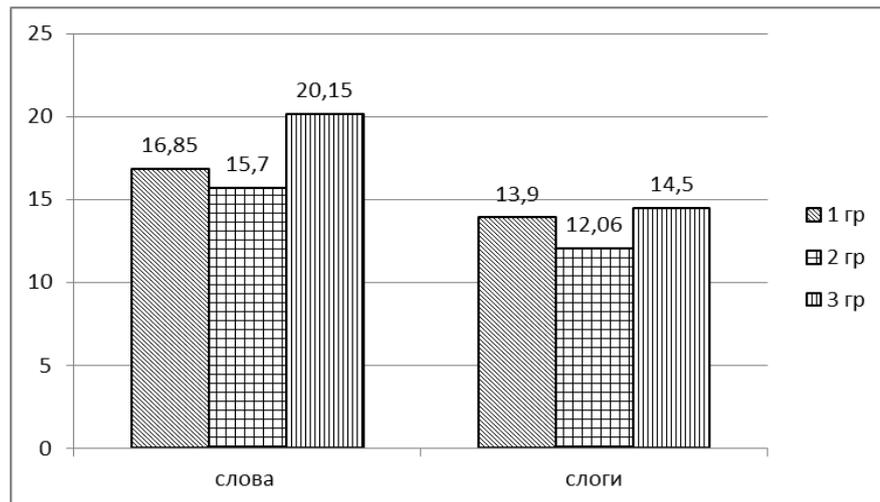


Рисунок 5. Характеристика объема слухоречевой памяти в группах.

Нейропсихологическое тестирование выявило у большинства женщин первой и второй групп значительное снижение кратковременной слухоречевой памяти, причем при проведении первой пробы оно преобладало (рис. 5.), а при проведении второй пробы значительно возросла представленность грубых расстройств. Внутригрупповой анализ показал достоверно худшие результаты у пациенток, имеющих абдоминальное ожирение до развития МП.

При исследовании внимания по таблице Шульте среднее время выполнения задания равнялось 62.65 ± 5.1 сек. у пациенток первой группы против 64.35 ± 5.27 сек второй группы ($p < 0.05$) и 52.3 ± 4.11 сек 3 группы ($p < 0.05$). При повторении задания происходило значительное увеличение времени выполнения заданий, а наличие ошибок свидетельствовало о быстром истощении внимания у обследуемых. Таким образом, преобладающим оказалось умеренное и грубое снижение кратковременной зрительной памяти в группах с ПМС (рис 6). Представленность значительного снижения памяти у пациентов в хирургической менопаузе с МС была достоверно выше.

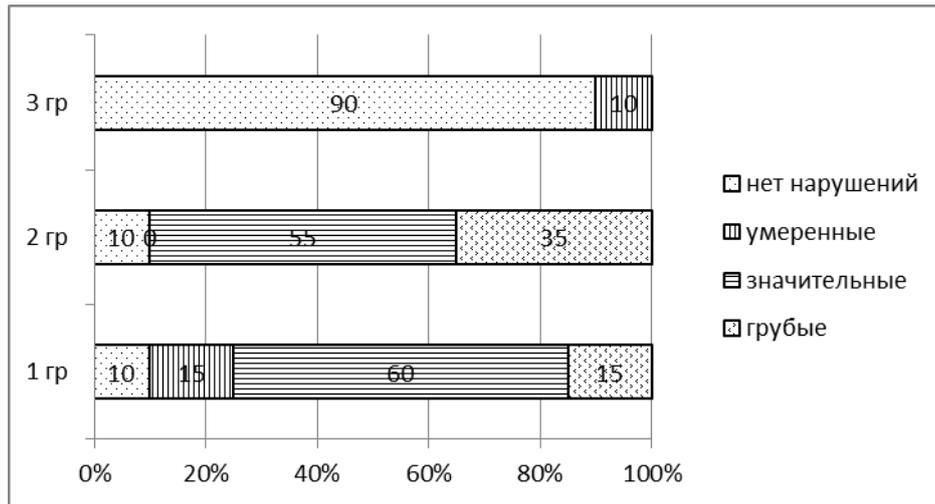


Рисунок 6. Характеристика нарушения кратковременной зрительной памяти в группах.

По госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) изменения в эмоциональной сфере носили однонаправленный характер среди женщин 1 и 2 групп. Наиболее выраженные нарушения отмечались у пациенток в хирургической менопаузе и соответствовали клинически выраженным тревоге и депрессии. (рис 7).

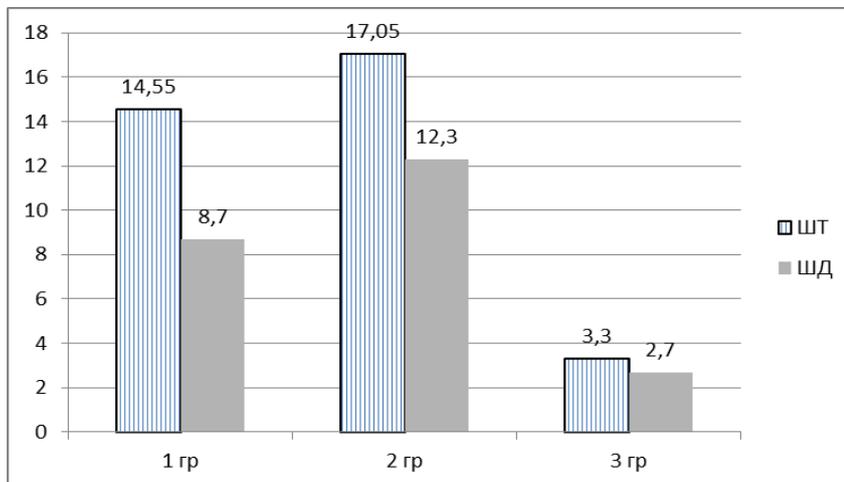


Рисунок 7. Средний балл по шкале тревоги (ШТ) и шкале депрессии (ШД) (HADS) в группах.

При тестировании по опроснику депрессии Бека среди пациентов первой и второй групп преобладали больные с легкой депрессией (рис 8). В третьей группе у большинства признаков депрессии не было.

При проведении тестирования на уровень тревожности по тесту Спилбергера – Ханина у пациенток 1 группы среднее значение реактивной

тревожности (РТ) составило 36.05 ± 6.47 баллов. У больных второй группы отмечался также умеренный уровень тревожности, составив 35.85 ± 3.92 баллов против 11.35 ± 2.57 баллов в третьей группе ($p < 0,05$) (низкая тревожность).

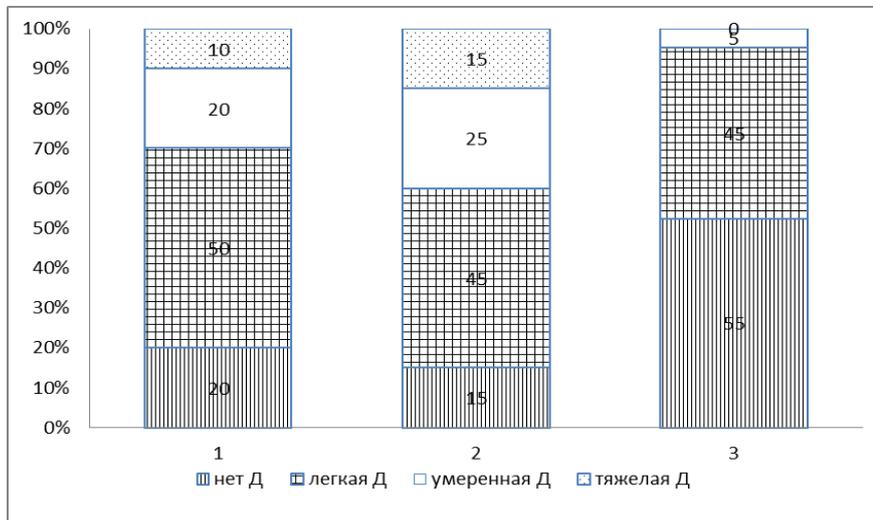


Рис. 8. Распределение больных по степени выраженности депрессии (по опроснику депрессии Бека).

Личностная тревожность по шкале Спилбергера – Ханина среди пациентов 1 группы составила 22.25 ± 3.05 , 2 группы – 25.25 ± 5.33 , третьей – 10.92 ± 2.42 балла. Анализ между А и Б подгруппами второй группы выявил достоверные различия (39.5 ± 5.89 и 35.6 ± 5.49 баллов, соответственно).

Таким образом, у женщин с постменопаузальными метаболическими нарушениями преобладал низкий уровень личностной и умеренный уровень реактивной тревожности.

Соматический статус при равном возрасте, времени наступления и длительности МП в группах значительно различался (табл.3). У женщин с физиологической МП без МС выявлена избыточная масса тела только в 35%. У них определялись практически «нормальные» показатели липидного спектра, гликемии, параметры АД. У женщин с хирургической МП было более высокое АД как систолическое, так и диастолическое, гиперхолестеринемия и гипергликемия, большая степень абдоминального

ожирения. Эти же тенденции наблюдались и у пациенток с физиологической МП и МС по отношению к группе сравнения.

Таблица 3

Основные клинико-метаболические параметры в группах

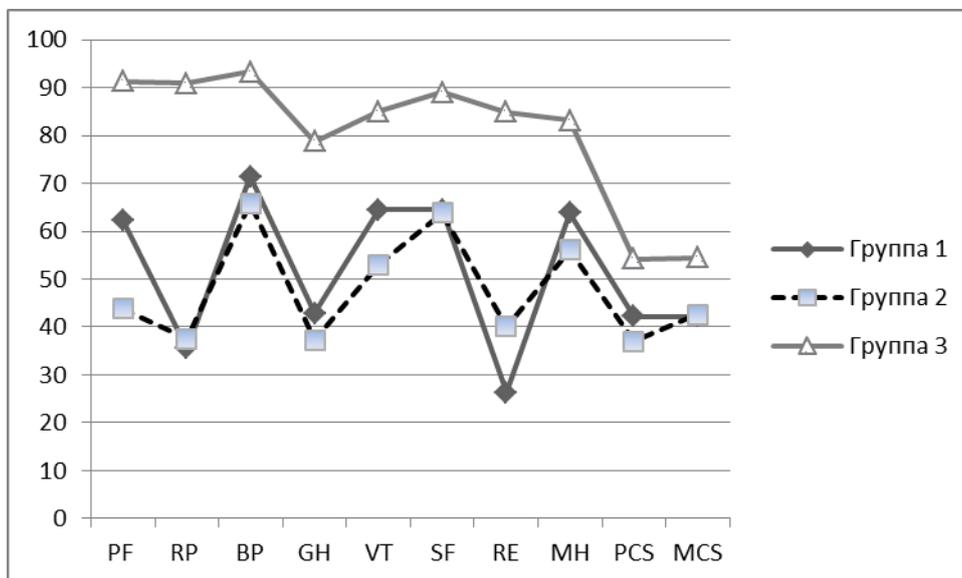
Показатели	Группа 1 N=20	Группа 2 N=20	Группа 3 N=20	p
Возраст лет	58,75±4,19	57,25±5,64	54,45±6,19	P(1,3)=0,015
Возраст МП	51,5 ±1,57	49,2±1,70	49,7±0,89	
Продолжительность МП	7,25±2,6	8,05±3,9	4,95±2,55	
ОТ/ОБ	0,88 ±0,02	0,88±0,01	0,75±0,05	p(1,3)=0,000. p(2,3)=0,000.
ИМТ кг/м ²	30,81±2,99	35,82±4,59	25,070±1,66	p(1,2)=0,000. p(1,3)=0,000. p(2,3)=0,000.
САД мм рт ст	147,55±8,15	155,3±10,49	127,65±7,73	p(1,2)=0,0065 p(1,3)=0,0001 p(2,3)=0,0001
ТГ моль/л	2,42±0,50	2,43±0,55	1,51±0,13	p(1,3)=0,001 p(2,3)=0,0001
Глюкоза ммоль/л	6,8 ±0,7	7,58±0,75	4,87±0,68	p(1,2)=0,0008 p(1,3)=0,0001 p(2,3)=0,0001

У пациенток с МС отмечалось значительное снижение показателей качества жизни относительно группы сравнения по всем шкалам опросника SF-36 (рис.9). Соответственно, женщины с МС имели суммарные показатели физического и психологического здоровья не только ниже, чем женщины без ожирения, но и ниже предусмотренной нормы. Так в 1 группе - средний показатель 42,16±4,44 и 42,18±3,49, а во 2- 36,95±2,66 и 42,56±3,44 (p<0,05), соответственно.

Выявлены корреляции, подтверждающие снижение качества жизни при увеличении степени абдоминального ожирения, гиперхолестеринемии, гипертриглицеридемии, гипергликемии, уровня АД. Подтверждена высокая связь всех показателей SF -36 со значением климактерического индекса.

При оценке суммарного 10-летнего риска ишемических событий по опроснику PROCAM высокий риск сосудистых событий выявлен у 32,5% женщин с МС в ПМП и только 5% женщин в МП с нормальной массой тела.

Снижение качества жизни у женщин после менопаузы в значительной степени связаны с метаболическими нарушениями, особенно по ограничению выполнения обычной физической нагрузки, самообслуживания и т.д. Разница в значениях с группой сравнения составила 55. Развитие МС в меньшей степени влияло на уровень социально – психических шкал, с уменьшением разницы между группами до 25 .



PF – физическое функционирование, RP – ролевое функционирование, BP – шкала боли, GH – общее состояние здоровья, VT – шкала жизнеспособности, SF – социальное функционирование, RE- ролевое эмоциональное функционирование, MH – психологическое здоровье, PCS - суммарный физический компонент, MCS - суммарный психический компонент.

Рисунок 9. Шкалы опросника SF-36 качества жизни по в группам.

Наличие метаболического синдрома, особенно в случае хирургической МП, обуславливает низкое качество жизни: как по физическим, так и психическим его компонентам. Имеется тесная связь их снижения от антропометрических параметров, уровнем АД, гемоглобина и биохимическими показателями. Степень тяжести климактерического синдрома высоко коррелирует с низким значением всех шкал SF-36, что

позволяет использовать его в качестве простой оценки качества жизни женщин в постменопаузе. Женщины с хирургической МП в сопровождении МС имеют худшее качество жизни и входят в группу высокого риска по прогрессированию сердечно -сосудистых расстройств.

После применения комплекса нейротропной терапии у больных достоверно снизился уровень вегетативных расстройств при анализе симптомов по «Вопроснику...» и по «Схеме...» (рис.10). Как до, так и после лечения преобладали нормальная вегетативная реактивность и избыточное обеспечение умственной деятельности.

Анализ вариабельности сердечного ритма показал достоверное снижение АМо, ИН и увеличение Δx от исходных значений при фоновой записи и при проведении умственной нагрузки, что свидетельствовало об улучшении функциональных резервов.

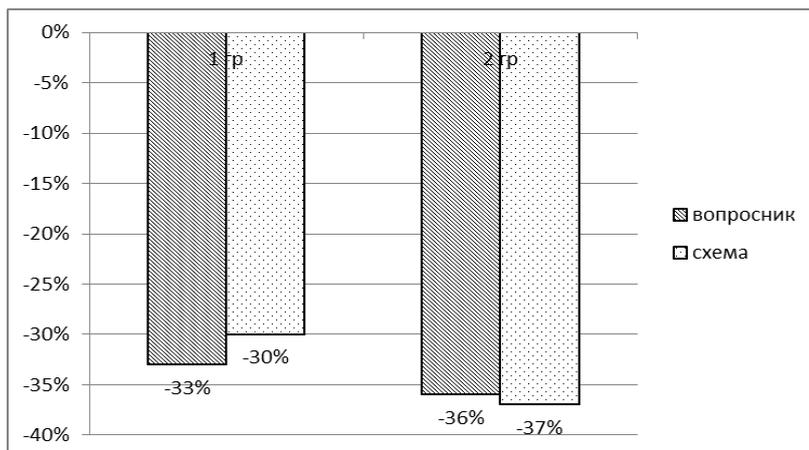


Рисунок 10. Динамика снижения вегетативных расстройств в группах после лечения по «Вопроснику...» и «Схеме...».

При повторном исследовании кратковременной слухоречевой памяти у больных отмечалось достоверное увеличение количества слов и слогов, которые запоминали пациенты при проведении обследования (рис.11).

У больных после лечения отмечалась положительная динамика в характеристике зрительной памяти: возрстал объем памяти, достоверно в большей степени у пациенток первой группы.

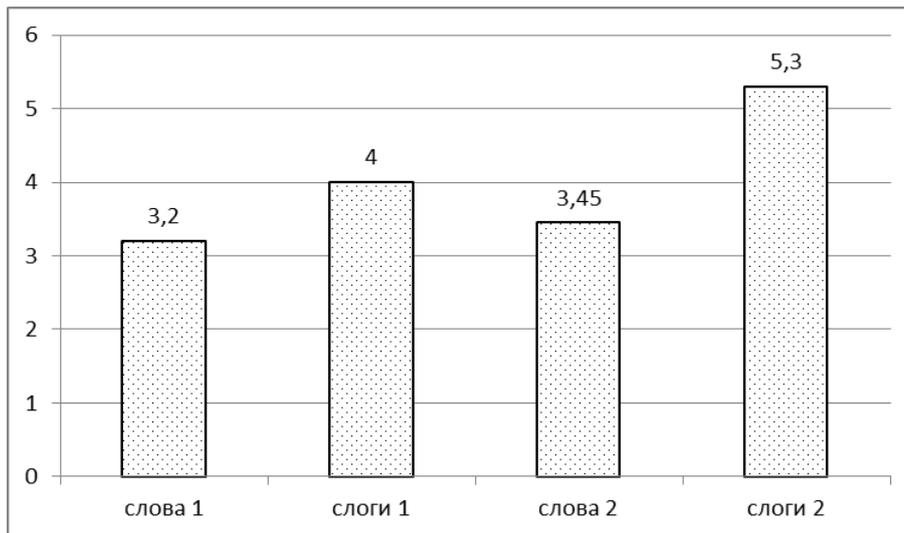


Рисунок 11. Динамика улучшения объема слухоречевой памяти (слова и слоги) после лечения в 1 и 2 группах.

Показатели внимания по таблице Шульте так же улучшились. Время, затраченное на выполнение первого и второго задания у больных 1 группы уменьшилось на 3 сек (55.60 ± 4.19 сек, 58.95 ± 5.29 сек соответственно ($p < 0,05$). У пациентов второй группы после лечения также достоверно уменьшалось время выполнения первого (59.05 ± 1.19 сек) и второго задания (63.65 ± 1.17 сек).

Таким образом, у больных обеих групп зарегистрировано улучшение кратковременных слухоречевой и зрительной памяти, внимания в процессе лечения. Обращает на себя внимание, что эффективность лечения несколько выше в группе с физиологическим постменопаузальным метаболическим синдромом, по сравнению с женщинами после гистерэктомии.

После лечения достоверно снизился баллированный уровень (шкала HADS) по шкале тревоги до 10.25 ± 2.24 баллов в 1 группе и до 11.55 ± 1.73 баллов во второй ($p < 0,05$). По шкале депрессии Бека отмечено улучшение до 5.85 ± 2.11 и 7.55 ± 2.72 баллов, соответственно ($p < 0,05$).

У больных первой и второй группы реактивная тревожность по шкале Спилбергера - Ханина после лечения снизилась на 5 баллов ($p < 0,05$) и приблизилась к низкой тревожности. Показатель личностной тревожности достоверно не изменился.

ВЫВОДЫ

1. Диагностированная дисфункция вегетативной нервной системы сочетается с метаболическими нарушениями в постменопаузальном периоде и вызывает высокую степень напряжения адаптационно-компенсаторных механизмов, в большей степени у женщин с хирургической менопаузой. Вегетативное обеспечение умственной и эмоциональной деятельности происходит при избыточном использовании ресурсов вегетативной нервной системы.
2. Для постменопаузального метаболического синдрома характерны расстройства всех познавательных функций, в большей степени нарушается кратковременная слухоречевая память, вплоть до грубых изменений у пациенток с хирургической менопаузой.
3. Нарушения эмоциональной сферы у больных с постменопаузальными метаболическими нарушениями характеризовались преобладанием тревожных расстройств с доминированием умеренного уровня реактивной при низком уровне личностной тревожности. Депрессивные проявления носили легкую степень выраженности. Все эмоциональные нарушения были более выражены у пациенток в хирургической менопаузе.
4. Качество жизни женщин в постменопаузе снижается при увеличении массы тела, артериального давления, гипергликемии, гиперлипидемии и коррелирует со степенью тяжести менопаузального климактерического индекса. Самое низкое значение физического и психического здоровья и наибольший риск сосудистых событий имеют женщины с метаболическим синдромом после хирургической менопаузы.
5. Курс нейротропной терапии, включающий милдронат и кортексин, позволил повысить адаптационно – компенсаторные, познавательные и эмоциональные функции у женщин с постменопаузальными метаболическими нарушениями.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При наличии вегетативных, эмоциональных и познавательных расстройств у пациенток с постменопаузальным метаболическим синдромом показано проведение негормональной нейротропной терапии, позволяющей повысить адаптационно – компенсаторные возможности организма.
2. Для ранней диагностики вегетативных, психоэмоциональных и когнитивных расстройств у пациенток с постменопаузальным метаболическим синдромом показано проведение вариационной кардиоинтервалографии и нейропсихологического тестирования.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Петрова А.В. Психоэмоциональные расстройства у женщин с ожирением в постменопаузе/А.В.Петрова//Уральский медицинский журнал.- 2015, №2.- С.92-96.
2. Петрова А.В. Качество жизни женщин с менопаузальным метаболическим синдромом /Е.Н.Смирнова, А.В.Петрова, Е.В.Макарова, О.А.Мудрова//Современные проблемы науки и образования. – 2015, №3; URL: <http://www.science-education.ru/123-18474>.
3. Петрова А.В. Особенности вегетативной регуляции и когнитивных функций у женщин с метаболическим синдромом в постменопаузе/ А.В.Петрова, О.А.Мудрова, Е.Н.Смирнова//Современные проблемы науки и образования. – 2015, № 1; URL: <http://www.science-education.ru/121-18501>.
4. Петрова А.В. Депрессивные расстройства у женщин с метаболическим синдромом в период постменопаузы/А.В.Петрова, О.А.Мудрова, Е.Н.Смирнова//О некоторых вопросах и проблемах современной медицины. Сборник научных трудов. – Челябинск, 2014.- С.55-57.
5. Петрова А.В. Психовегетативные изменения у женщин с постменопаузальным метаболическим синдромом/ А.В.Петрова, О.А.Мудрова,

Е.Н.Смирнова//Теоретические и прикладные аспекты современной науки. Сборник научных трудов. – Белгород, 2014. – С. 232-235.

6. Петрова А.В. Оценка сердечно – сосудистого риска у женщин с метаболическим синдромом в постменопаузе/ А.В.Петрова, О.А.Мудрова, Е.Н.Смирнова//Актуальные вопросы медицины в современных условиях. Сборник научных трудов. -Спб, 2015.-С.101-103.