

МЕТОБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Фозилова Сарвиноз Турсунбой кизи

Kimyo International University in Tashkent, Uzbekistan

Бекчанова Махфуза Рустамовна

Научный руководитель

Kimyo International University in Tashkent, Uzbekistan

<https://doi.org/10.5281/zenodo.13361322>

Аннотация: Метоболический синдром – это комплекс различных метаболических нарушений. МС у женщин репродуктивного возраста часто является причиной бесплодия и потерь беременности. Патогенез МС. Диагностика МС. Лечение МС у женщин репродуктивного возраста.

Ключевые слова: Метоболический синдром. Репродуктивный возраст. Гормоны. Масса тела. Фертильность. Диагностика. Лечение.

Abstract: The metabolic syndrome is a complex of chronic metabolic disorders. MS in women of reproductive age is often the cause of infertility and pregnancy loss. The pathogenesis of MS. Diagnosis of MS. Treatment of MS in women of reproductive age.

Key words: Metabolic syndrome. Reproductive age. Hormones. Body weight. Fertility. Diagnostics. Treatment.

Метоболический синдром представляет собой сочетание различных метаболических нарушений или заболеваний, которые приводит раннему развитию атеросклероза и его последующим сердечно-сосудистым осложнением. Раннее врачи называли метаболический синдром у женщин репродуктивного возраста нейро-обменно-эндокринным синдромом, который протекает в легкой форме болезни Кушинга или как гипоталамический (диэнцефальный) синдром. У женщин репродуктивного возраста метаболический синдром является одной из наиболее распространённых причин нарушения репродуктивной функции на фоне прогрессирующего ожирения и диэнцефальной симптоматики. Частота патологий составляет в популяции до 15–20%, примерно 30–35% в структуре нарушений репродуктивной функции и до 70% среди пациенток с рецидивирующими гиперпластическими процессами эндометрия; частота ранних потерь беременности возрастает до 35%. С этого следует метаболический синдром является одним из самых распространённых патологией среди женщин.

Патогенез МС. Под воздействием разных факторов как роды, аборт, стрессы, нейроинфекции, операции, различных травм и др. нарушается нейроэндокринная регуляция гипоталамуса, что в последствии отмечается ряд диэнцефальных симптомов. Нарушение нейроэндокринного контроля функции гипоталамуса приводит к увеличению секреции адренокортикотропного гормона (АКТГ) и пролактина, а также к сбоям в цирхоральном ритме выделения гонадолиберина и, соответственно, гонадотропинов в гипофизе. В ответ на избыточную стимуляцию коры надпочечников увеличивается продукция кортизола и андрогенов. Гиперкортизолизм способствует специфическому распределению жировой ткани с преимущественным накоплением в области плечевого пояса, живота и мезентерии внутренних органов, что называется висцеральным ожирением (также известным как центральное, кушингоидное, мужское или андроидное ожирение). Кортизол способствует инсулинорезистентности (ИР), снижая чувствительность периферических тканей, таких как скелетные мышцы, к инсулину. В результате ИР развивается гиперинсулинемия, обусловленная гиперфункцией β -клеток поджелудочной железы для поддержания нормального уровня глюкозы в крови. Гиперинсулинемия, в свою очередь, вызывает нарушение липидного профиля крови (дислипидемию), характеризующееся повышением атерогенных факторов (триглицеридов, липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), липопротеинов очень низкой плотности (ЛПОНП)) и снижением уровня липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), что ведет к атеросклерозу и артериальной гипертензии (АГ). Последовательность метаболических нарушений зависит от продолжительности заболевания, и АГ, как обязательный компонент метаболического синдрома, обычно проявляется после 35 лет.

Критерии диагностики. Основной признак: центральный (абдоминальный) тип ожирения — окружность талии более 80 см у женщин и более 94 см у мужчин (для европеоидов). Также измеряют индекс массы тела для определения степени ожирения и степени риска сердечно-сосудистых осложнений.

Таблица 1

Типы массы тела

Типы массы тела	ИМТ (кг/м ²)	Риск заболеваний	сопутствующих
Дефицит массы	<18,5	Низкий	(повышен риск других)

тела		заболеваний)
Нормальная масса тела	18,5—24,9	Обычный
Избыточная масса тела	25,0—29,9	Повышенный
Ожирение степени I	30,0—34,9	Высокий
Ожирение степени II	35,0—39,9	Очень высокий
Ожирение степени III	40	Чрезвычайно высокий

Дополнительные критерии:

- Артериальная гипертензия (АД >140/90 мм рт. ст.)
- Повышение уровня ТГ >1,7 ммоль/л
- Снижение уровня ХС ЛПВП <1,0 ммоль/л у мужчин; <1,2 ммоль/л у женщин
- Повышение уровня ХС ЛПНП >3,0 ммоль/л
- Гипергликемия натощак (глюкоза в плазме крови натощак > 6,1 ммоль/л)
- Нарушение толерантности к глюкозе — глюкоза в плазме крови через 2 часа после теста толерантности к глюкозе в пределах >7,8 и <11,1 ммоль/л.

Один основной и два дополнительных критерия подтверждают диагноз МС.

Лечение. Лечение представляет определённые трудности, поскольку восстановления менструальной и генеративной функции можно добиться только на фоне нормализации массы тела. Наиболее частая ошибка практикующих врачей — стимуляция овуляции на фоне ожирения. Важно раннее выявление заболевания на стадии функциональных нарушений, до формирования поликистозных яичников. В этом случае метаболическая терапия приводит к восстановлению овуляторных менструальных циклов и фертильности.

Для ускорения снижения массы тела, улучшения показателей липидного и углеводного обменов применяется препарат орлистат (Ксеникал). Оказывая тормозящее влияние на липазы желудочно-кишечного тракта, препарат препятствует расщеплению и

последующему всасыванию пищевых жиров. Показано также, что на фоне применения препарата уменьшается масса висцерально-абдоминального жира, улучшается чувствительность тканей к инсулину, уменьшается гиперинсулинемия.

Больным с выраженной дислипидемией, неподдающейся коррекции диетотерапией, назначаются гиполипидемические препараты: статины (ловастатин, симвастатин, правастатин) или фибраты. Решение о медикаментозном лечении дислипидемии базируется как на данных определения уровня липидов после соблюдения гиполипидемической диеты не менее 3–6 мес., так и на данных определения суммарной степени риска развития атеросклероза.

При развитии у больных СД 2 типа проводится соответствующее лечение. Назначая симптоматическую терапию (гипотензивными и мочегонными препаратами) больным с метаболическим синдромом, имеющим артериальную гипертензию, необходимо учитывать влияние этих препаратов на показатели липидного и углеводного обменов.

Вывод. Использование предложенных алгоритмов лечения больных с МС позволит оптимизировать их лечение. Влияя только на один из компонентов МС, можно добиться заметного улучшения за счет компенсации изменений в других звеньях его патогенеза. Например, снижение веса вызовет снижение АД и нормализацию метаболических нарушений, а гипогликемическая терапия наряду с компенсацией углеводного обмена приведет к снижению АД и улучшению показателей липидного обмена. Гиполипидемическая терапия может способствовать повышению чувствительности тканей к инсулину и улучшению показателей углеводного обмена. Грамотно подобранная гипотензивная терапия помимо основного действия нередко улучшает показатели углеводного, липидного обмена и повышает чувствительность тканей к инсулину. Эффективность лечения во многом зависит от глубокого понимания врачом природы МС и знания основных и дополнительных механизмов действия лекарственных препаратов, применяемых для его лечения.

Использованная литература:

1. Кушнер Р. Избыточный вес и ожирение. — 2004.
2. Гинзбург М.М., Крюков Н.Н. Ожирение. Влияние на развитие метаболического синдрома. Профилактика и лечение. — Медпрактика, 2002. — С. [23-25].

3. Чазова И. Е., Мычка В. Б. Метаболический синдром. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2003. № 3. С. [32-38].
4. Мычка В. Б., Богиева Р. М., Чазова И. Е. Акробаз — средство профилактики множественных сердечно-сосудистых факторов риска метаболического синдрома
5. Клиническая фармакология и терапия. — 2003. № 12(2). С. [80-83].
6. Справочник врача. Лечение наиболее распространенных заболеваний/ сост. В. С. Данилишина. Изд. СПб. 1997.
7. Мамедов М. Н. Школа по диагностике и лечению гиперлипидемий (Пособие для врачей). Изд. Пфайзер. 2007.
8. М.А.Геворкян Метаболический синдром с позиций гинеколога:
<https://www.lvrach.ru/2007/10/4716686>

