



СЕРДЕЧНО –СОСУДИСТЫЕ РИСК ФАКТОРЫ У ЖЕНЩИН ПРОЖИВАЮЩИХ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Абдуразакова Дилбар Содиковна, Ph.D

Андижанский государственный медицинский институт Кафедра госпитальной терапии и
эндокринологии

Шамсиддинова Альфия Сайфиддиновна, Ph.D

Доцент, Кафедра факультетской терапии

Абдумунинов Улугбек Орифжон Угли

Магистр кафедры факультетской терапии

Аннотация: Рост инвалидности и смерти от сердечно –сосудистых заболеваний в мире требует совершенствования методов ранней адиагностики, лечения и профилактики, *Метаболический синдром (МС) - это комплекс метаболических гормональных и клинических нарушений являющихся факторами риска сердечно –сосудистых заболеваний .Наиболее ранними проявлениями метаболического синдрома являются дислипидемия и артериальная гипертензия .Известна роль тиреоидных гормонов в работе сердца и состоянии сосудов. В проведенном исследовании у женщин в Андижанской области тиреоидная патология (ТП) выявлено 64,5 % случаев. При проведении корреляционного анализа выявлена достоверная положительная связь между индексом массы тела (ИМТ) и уровнем тиреотропного гормона (ТТГ). Снижение функции щитовидной железы (ЩЖ) оказывает потенцирующее действие на процессы, которые лежат в основе МС.*

Ключевые слова: *метаболический синдром, щитовидная железа , гипотиреоз, липидный спектр, тиреотропный гормон, тиреоидные гормоны, распространенность.*

Актуальность: Среди причин инвалидности и смертности населения основными на сегодняшний день являются сердечно – сосудистые заболевания (ССЗ). Существенную роль в развитии ССЗ имеет метаболический синдром (МС). По мнению экспертов ВОЗ , ‘... мы сталкиваемся с новой пандемией XXI века, охватывающей индустриально развитые страны. Это может оказаться демографической катастрофой для развивающихся стран. Распространенность МС (X-синдрома) в 2 раза превышает распространенность сахарного диабета, в ближайшее 25 лет ожидается увеличение темпов его роста на 50 %”. В популяции взрослого населения (30-69 лет) МС выявляется 15-25 % [8] случаев. Старше 70 лет – выявляемость 40-45 %, в возрасте 20-30 лет в 5-10 %. [6]

Еще недавно метаболическим синдромом страдали преимущественно пожилые люди (старше 60 лет). Картина существенно изменилась за последние 20 лет. Динамика показала, что эта проблема молодеет и становится актуальной для более юного населения. В ряде стран доля взрослого населения, страдающая от этих симптомов, достигает 25%. Компонентами МС являются абдоминально-висцеральное ожирение (окружность талии более 102 см у мужчин и более 88 см у женщин); инсулинорезистентность при высоком уровне инсулина; дислипидемия (сочетание гипертриглицеридемии, низкого уровня холестерина липопротеидов высокой плотности (ХЛ ЛПВП) и повышения фракции мелких липопротеидов низкой плотности (ХЛ ЛП НП) ;артериальная гипертензия



(артериальное давление выше 130/85 мм рт. ст.); ранний атеросклероз и ишемическая болезнь сердца. Метаболический синдром затрагивает как развитые страны, так и развивающиеся страны. Есть и другая тенденция последних лет. От метаболического синдрома стали страдать женщины репродуктивного возраста. С чем это связано, до конца неясно, требует дальнейшего изучения [8]. Проблемы патогенеза диагностики и лечения МС дискутируются.

Метаболический синдром представляет собой комплекс патогенетически взаимосвязанных нарушений чувствительности тканей к инсулину (инсулинорезистентность), углеводного, липидного, пуринового обмена, абдоминального ожирения и артериальной гипертензии. [4]. МС повышает риск развития сахарного диабета 2 типа, атеросклероза, артериальной гипертонии, и других заболеваний [6], 4 раза возрастает частота развития жизненно опасных ССЗ, причем у женщин встречается в 2 раза чаще [8].

Известна роль тиреоидных гормонов в работе сердца и состоянии сосудов, последние годы активно изучается влияние тиреоидных гормонов на сердечно-сосудистую систему. Актуальность изучения клинических и патогенетических особенностей гипотиреоза определяется, из-за возможности развития ряда негативных последствий этого состояния, особенно сердечно-сосудистых, клиническая и прогностическая значимость которых подтверждается многими исследованиями (Biondi B. et al, 2004; Fazio S. et al, 2004; Klein I. et al, 2001; Cappola A.R., 2007).

Проблема патогенеза диагностики и лечения МС активно дискутируется. Ежегодный рост заболеваемости требует совершенствования подходов в профилактике, диагностике и правильного лечения.

Цель исследования: оценить встречаемость гипотиреоза и МС среди женщин 18 - 60 проживающих в Андижанской области.

Материалы и методы. В исследование включены 155 женщин в возрасте от 18 до 60 лет, средний возраст составил $33,8 \pm 0,67$ лет. Сформированы 4 категории возрастных групп. Из них 66 (42,8%) - до 30 лет, в возрастную категорию от 30 до 40 лет вошли 41 (26,7%), от 40 до 50 лет – 29 (18,6%) и старше 50 лет 19 (11,9%). Исключены из исследования: беременные и кормящие женщины, женщины с тяжелыми соматическими заболеваниями, женщины с нервно – психическими нарушениями.

У всех обследуемых женщин был диагностирован гипотиреоз и МС.

Функцию щитовидной железы оценивали с определением ТТГ и свободного тироксина (Т4 св) в сыворотке крови (исследования выполнялись наборами фирмы “Bekhman Coulter” в радиоиммунной лаборатории Республиканском Специализированном Научно-практическом Медицинском Центре Эндокринологии) и ультразвукового исследования щитовидной железы. МС диагностировали с определением индекса массы тела (ИМТ) (по классификации избыточной массы у взрослых в зависимости от ИМТ по ВОЗ 1997г), абдоминального ожирения с расчетом соотношения окружности талии (ОТ) к объему бедер (ОБ) измеренное в сантиметрах (более 0,80 у женщин считается абдоминальным ожирением), измерением артериального давления в покое при комнатной температуре методом Короткова (артериальная гипертензия АД $\geq 130/85$ мм.рт.ст.). Нарушение углеводного обмена оценивали с определением гликемии на тощак (глюкоза в плазме $> 5,6$ ммоль/л), нарушение толерантности к глюкозе – глюкоза крови через 2 ч. после теста в пределах >7.8 и <11.1 ммоль/л. Для оценки нарушений липидного спектра отобраны 13 женщин с ТТГ $>2,5$ mIU/L и св Т4 ниже нормативных значений. Возраст от 18 до 60 лет, в



возрасте $36,0 \pm 2,26$ лет. В контрольную группу вошли 11 женщин аналогичного возраста без тиреоидной патологией (ТП) возрасте $32,4 \pm 3,69$ лет. Уровни общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХСЛПВП), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХСЛПНП) оценивались фотометрическим методом с расчетом индекса атерогенности (ИА) по формуле $КА = (\text{общий холестерин} - \text{ЛПВП}) / \text{ЛПВП}$ норма коэффициента $< 3,0$

Результаты и обсуждение. Избыточная масса тела выявлена у 46 (30%), ожирение 1 степени (ИМТ 30-34,9 кг/м²) у 9 (5,5%). Ожирение 2 степени (ИМТ 35-39,9 кг/м²) диагностирован у 3 женщин. Тиреоидная патология выявлена у 100 (64,5%) женщин. У женщин с тиреоидной патологией при исследовании ТТГ (норме 0,17–4,05 мIU/L), св Т4 (11,5-23 пмоль/л), гипотиреоз был выявлен у 10 (10%), пограничные значения ТТГ (4,05-10,0 мIU/L) у 14 (13%), ТТГ более 10 мIU/L- у 3 (3%). субклинический гипотиреоз (СГ) (ТТГ > 2,5 мIU/L и св Т4 в пределах нормы) установлен у 18 (18%) женщин. У молодых женщин ($23,0 \pm 0,40$ лет) СГ встречался в 9%. С увеличением возраста частота гипотиреоза, МС увеличивается достигая 19% в возрастной группе 50 лет и старше. Женщины с СГ и гипотиреозом в сравнении с контрольной группой имели статистически более высокие уровни ОХС и ТГ, более высокий коэффициент ИА, уровни ХСЛПВП были ниже нормы, чем в группе без патологии ЩЖ, ХС ЛПНП с СГ имело тенденцию к повышению.

Показатели липидного обмена у женщин с СГ

Показатели	Контроль, n = 11	СГ, n = 13	P
ХС, ммоль/л	$3,38 \pm 0,32$	$4,97 \pm 0,43$	0,05
ТГ, ммоль/л	$0,94 \pm 0,10$	$2,03 \pm 0,30$	0,05
ЛПНП, ммоль/л	$2,18 \pm 0,21$	$2,68 \pm 0,17$	0,14
ЛПВП, ммоль/л	$1,29 \pm 0,11$	$1,13 \pm 0,03$	0,05
ИА	$1,91 \pm 0,35$	$3,33 \pm 0,27$	0,01

ВЫВОДЫ.

1. Тиреоидная патология среди женщин проживающих в Андижанской области составляет 64,5%, из диагностированной патологии ЩЖ гипотиреоз был диагностирован 10% и СГ установлен в 18% случаев.
2. Нарастание уровня ТТГ в крови у женщин ассоциируется более старшим возрастом, повышением ИМТ, АГ, наличием нарушений углеводного и липидного обмена достигая 19%
3. У женщин с СГ средние уровни ОХС, ТГ и ИА достоверно выше, а ХСЛПВП значимо ниже, чем у женщин без нарушений функции ЩЖ.
4. При проведении корреляционного анализа выявлена достоверная положительная связь между ИМТ и уровнем ТТГ.
5. Нарушение функциональной активности ЩЖ потенцирует процессы, которые лежат в основе МС.
6. Своевременная коррекция нарушений функции ЩЖ и повышение осведомленности общества приводит к восстановлению метаболических изменений, устранению развития ССЗ и осложнений



Литература

1. Гаспарян Э. Г., Осташко Г. А., Гаспарян А. А., Дымнова С. Е. Особенности лечения гипотиреоза у лиц пожилого возраста//Лечащий врач.- 2012.- №11.-С.25-29.
2. Демидова Т.Ю., Галиева О.Р. К вопросу лечения субклинического гипотиреоза у больных ожирением//Клиническая и экспериментальная тиреоидология.- 2008.- Т.4,№1.- С.48-52.
3. Исмаилов С.И. Рашитов М.М., Результаты эпидемиологических исследований распространенности йоддефицитных заболеваний в республике Узбекистан./ Международный эндокринологический журнал. 3 том 13. 2017
4. Исабаева Л.М , Артикходжаева Г.Ш., “ Метаболический синдром. Патогенез. Диагностика. Современные методы лечения ” Методическое пособие. Ташкент 2017.
5. Куликова В.В. Дисфункция щитовидной железы у пожилых. Рук-во для врачей. Нижний Новгород, 2007. – 45с.
6. Органов Р., Мамедов М., Колтунов И., Метаболический синдром: путь от научной концепции до клинического диагноза.// Врач.2007. №3. С 3-7.
7. Рымар О.Д., Мустафина С.В., Симонова Г.И. и др Диагностическая ценность определения липидов крови при высоконормальных и субклинических уровнях тиреотропного гормона для профилактики и лечения нарушений липидного обмена// Клиническая и экспериментальная тиреоидология.- 2010.- Т.6,№4.- С.34-39.
8. Е.И Соколов. Метаболический синдром. : пособие для терапевтов и кардиологов. РКИ Северо пресс.2005.48 с
9. Сыч Ю.П., Фадеев В.В., Мельниченко Г.А. и др. Нарушения липидного обмена при субклиническом гипотиреозе//Проблемы эндокринологии. - 2004. Т. 50, №3.-С.48–52.
10. D., Hamm RM, Morgan L, Winn P, Davis A, Barton E. Thyroid disease in the elderly. Part2. Predictability of subclinical hypothyroidism//J.Fam.Pract. – 1994.- Vol.38(6). - P.583-588.
11. Caraccio N., Ferrannini E., Monzani F. Lipoprotein profile in subclinical hypothyroidism: response to levothyroxine replacement, a randomized placebocontrolled study//J. Clin. Endocrinol.-Metab. -2002. - Vol. 87. - P.1533–1538.
12. Hamilton O., Davis S., Onstad L. et al. Thyrotropin levels in a population with no clinical, autoantibody, or ultrasonographic evidence of thyroid disease: implications for the diagnosis of subclinical hypothyroidism//J. Clin. Endocrinol. Metab. - 2008. - Vol.93,N4. P.1224–1230.
13. Igbal A., Figenschau Y., Jorde R. Blood pressure in relation to serum thyrotropin: the Tromso study//J. Hum. Hypertens. - 2006.- Vol.20. - P.932–936.
14. Park K., Dai H., Ojamaa K. et al. The direct vasomotor effect of thyroid hormones on rat skeletal muscle resistance arteries//Anesth. Analg. - 2002. - Vol.85. - P.734–738.
15. Surks M., Goswami G., Daniels G. The thyrotropin reference range should remain unchanged//J. Clin. Endocrinol. Metab. - 2005. - Vol.90. - P.5489–5496.
16. Vanderpump M., Tunbridge W. Epidemiology and prevention of clinical and subclinical hypothyroidism//Thyroid. - 2002.- Vol.12. -P.839–847.
17. Vierhappes H. Assessment of thyroid gland function in unwanted infertility – indications for TRH test and clinical impact from the viewpoint of the endocrinologist//Acta Med. Austriaca. - 1997.- Vol. 24(4). -P.133–135.