



Кардиоваскулярные риск факторы у женщин в Мархаматском районе Андижанской области

Юсупова Шахноза Кадиржановна

Андижанский государственный медицинский институт

Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии

Рес. Узбекистан

Д.м.н , доцент

dr-shahnoza@mail.ru

Абдуразакова Дилбар Содиковна

PhD, доцент

dilbar.abdurazakova@mail.ru

Абдурахмонова Рухсора Хотамжон Кизи

Врач –Эндокринолог

г.Коканда Ферганской области

Хайдарова Хилола

Магистр 3 курса кафедры госпитальной терапии и эндокринологии

по специальности

“Эндокринология”

Аннотация : Метаболический синдром (МС) - это комплекс метаболических гормональных и клинических нарушений являющихся факторами риска сердечно – сосудистых заболеваний . Наиболее ранними проявлениями метаболического синдрома являются нарушение углеводного обмена, дислипидемия и артериальная гипертензия . Известна роль тиреоидных гормонов в работе сердца и состоянии сосудов. В проведенном исследовании у женщин в Мархаматском районе Андижанской области тиреоидная патология (ТП) выявлено 64,5 % случаев. При проведении корреляционного анализа выявлена достоверная положительная связь между индексом массы тела (ИМТ), абдоминальным индексом (АИ) , показателями нарушения углеводного обмена и уровнем тиреотропного гормона (ТТГ). Снижение функции щитовидной железы (ЩЖ) оказывает потенцирующее действие на процессы, которые лежат в основе МС.

Ключевые слова: метаболический синдром, дислипидемия, щитовидная железа , гипотиреоз, липидный спектр, тиреотропный гормон, тиреоидные гормоны, индекс массы тела.

Введение: 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 (Х-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 дискутируется.

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 гипертензии, 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 V. 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 роль функции щитовидной железы с нарушениями углеводного, липидного обмена при метаболическом синдроме среди женщин 40 - 60 проживающих в Мархаматском районе Андижанской области .

Материалы и методы. В исследование включены 155 женщин в возрасте от 40 до 60 лет, средний возраст составил $43,8 \pm 0,67$ лет. Сформированы 3 категории возрастных групп. Из них 66 (42,5 %) - до 50 лет, в возрастную категорию от 40 до 50 лет вошли 41 (26,4 %), от 50 до 60 лет – 29 (18,7 %) и старше 50 лет 19 (12,2 %).

Исключены из исследования: беременные и кормящие женщины, женщины с тяжелыми эндокринными, соматическими заболеваниями, женщины с нервно – психическими нарушениями.

У женщин были проведены обследования с целью диагностирования гипотиреоза и МС.

Функцию щитовидной железы оценивали на основе жалоб, сбора анамнеза, пальпации (по ВОЗ 2001 г.) с определением ТТГ и свободного тироксина (Т₄ св) в сыворотке крови и ультразвукового исследования щитовидной железы . МС диагностировали с вычислением 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 (ОТ более 0,80 у женщин считается абдоминальным ожирением) , измерением артериального давления в покое при комнатной температуре методом Короткова (артериальная гипертензия АД > =130/85 мм.рт.с.) . Нарушение углеводного обмена оценивали с определением гликемии на тошак (глюкоза в плазме > 5,6 ммоль/л), тестнарушение 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 40 до 60 лет, в возрасте $43,8 \pm 2,26$ лет. В контрольную группу вошли 11 женщин аналогичного возраста без тиреоидной патологией (ТП) возрасте $42,4 \pm 3,69$ 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 (5,8 %). Ожирение 2 степени (ИМТ 35-39.9 кг/



м2) диагностирован у 7 (4.5 %) женщин. Тиреоидная патология выявлена у 99 (64 %) женщин. У женщин с тиреоидной патологией при исследовании ТТГ (норме 0,17–4,05 мIU/L), своб 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 4 (3%). субклинический гипотиреоз (СГ) (ТТГ>2,5 мIU/L и св Т₄ в пределах нормы) установлен у 18 (18 %) женщин. У женщин 1 группы (23,0±0,40 лет) СГ встречался в 9 %. С увеличением возраста частота гипотиреоза и 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±0,32	4,97±0,43	0,05
ТГ, ммоль/л	0,94±0,10	2,03±0,30	0,05
ЛПНП, ммоль/л	2,18±0,21	2,68±0,17	0,14
ЛПВП, ммоль/л	1,29±0,11	1,13±0,03	0,05
ИА	1,91±0,35	3,33±0,27	0,01

Выводы.

1. У женщин с гипотиреозом средние уровни ОХС, ТГ и ИА достоверно выше, а ХСЛПВП значимо ниже, чем у женщин без нарушений функции ЩЖ. При проведении корреляционного анализа выявлена достоверная положительная связь между ИМТ и уровнем ТТГ, ассоциируется более старшим возрастом, повышением АГ наличием нарушений углеводного и липидного обмена достигая 19%

2. Среди женщин проживающих в Мархаматском районе Андижанской области составляет патологии ЩЖ 64,5 %, гипотиреоз был диагностирован 10% и СГ установлен в 18 % случаев.

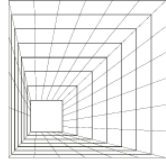
3. Нарушение функциональной активности ЩЖ потенцирует процессы, которые лежат в основе МС. Своевременная коррекция нарушений функции ЩЖ и повышение осведомленности населения имеет особое значение в восстановлении



метаболических изменений, устранении факторов риска ССЗ и прогрессировании 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. Глушаков Р.И., Заболевания щитовидной железы и риск возникновения нетиреодной патологии./ Казанский медицинский журнал. 2017, 98. №1
3. Демидова Т.Ю., Галиева О.Р. К вопросу лечения субклинического гипотиреоза у больных ожирением//Клиническая и экспериментальная тиреодология.- 2008.- Т.4,№1.- С.48-52.
4. Исмаилов С.И. Рашитов М.М., Результаты эпидемиологических исследований распространенности йоддефицитных заболеваний в республике Узбекистан./ Международный эндокринологический журнал. 3 том 13. 2017
5. Исабаева Л.М, Артикходжаева Г.Ш., “Метаболический синдром. Патогенез. Диагностика. Современные методы лечения” Методическое пособие. Ташкент 2017.
6. Куликова В.В. Дисфункция щитовидной железы у пожилых. Рук-во для врачей. Нижний Новгород, 2007. – 45с.
7. Михайлова С.В, Зыкова Т.А., Аутоиммунные болезни щитовидной железы и репродуктивные нарушения у женщин./ Сибирский медицинский журнал.,2013 г/№8
8. Органов Р., Мамедов М., Колтунов И., Метаболический синдром: путь от научной концепции до клинического диагноза.// Врач.2007. №3. С 3-7.
9. Рымар О.Д., Мустафина С.В., Симонова Г.И. и др. Диагностическая ценность определения липидов крови при высоко нормальных и субклинических уровнях тиреотропного гормона для профилактики и лечения нарушений липидного обмена// Клиническая и экспериментальная тиреодология.- 2010.- Т.6,№4.- С.34-39.
10. Соколов. Е.И, Метаболический синдром.: Пособие для терапевтов и кардиологов. РКИ Северо прес.2005. С.48
11. 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.
12. Чартакова А.К., Щитовидная железа и её заболевания / Экономика и социум. №9 (100).2022. www.iupr.ru
13. 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.
14. 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.
15. 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.
 16. 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.
 17. Surks M., Goswami G., Daniels G. The thyrotropin reference range should remain unchanged//*J. Clin. Endocrinol. Metab.* - 2005. - Vol.90. - P.5489–5496.
 18. Vanderpump M., Tunbridge W. Epidemiology and prevention of clinical and subclinical hypothyroidism//*Thyroid.* - 2002.- Vol.12. -P.839–847.