

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

А. Гордеева¹,

М. Ткачева²,

А. Белостоцкий³, доктор медицинских наук,

Р. Чилова¹, доктор медицинских наук, профессор,

С. Мазур⁴

¹Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

²ООО «Клиника Сесиль», Москва

³Дирекция по координации деятельности медицинских организаций Департамента здравоохранения Москвы

⁴ООО «Медэко», Москва

E-mail: rtchilova@gmail.com

Обоснована эффективность лечения метаболического синдрома и ассоциированного с ним бесплодия метформином и сибутрамином в комплексе с профилактическими мерами, направленными на снижение массы тела. Достоверно показано, что снижение массы тела пациенток на фоне лечебно-профилактических мероприятий способствовало значительному улучшению не только показателей липидного и углеводного обмена, восстановлению овуляторных циклов, но и значительному улучшению качества жизни.

Ключевые слова: гинекология, качество жизни, бесплодие, метаболический синдром, ожирение, метформин, сибутрамин.

Сведения о качестве жизни (КЖ), связанном с компонентами метаболического синдрома (МС), немногочисленны как в отечественной, так и в зарубежной литературе. Проблема КЖ, связанного со здоровьем (КЖСЗ), начала активно изучаться только в последние годы. S. Slader и соавт. (2016) провели в Нидерландах широкомасштабное исследование когорты лиц с ожирением разной степени тяжести, с кластером ассоциированных с МС заболеваний. Ученые пришли к заключению, что чем выше индекс массы тела (ИМТ), тем ниже оценка КЖ; при этом если ожирение сопровождается бесплодием, сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) или сахарным диабетом типа 2 (СД2), резко ухудшаются все показатели КЖ [1, 2]. На начальных стадиях МС страдания больного больше связаны с психическими последствиями высокой массы тела, и именно это отражается в оценке КЖ (низкие баллы). По мере прогрессирования ожирения и развития в последующем ассоциированных с ожирением заболеваний (МС, ССЗ, СД2, синдром поликистозных яичников, бесплодие) к страданиям в эмоциональной сфере присоединяются ухудшение физического здоровья, снижение КЖ по шкалам общего состояния и физического функционирования. У больных с МС, ожирением и сопряженными с МС заболеваниями, как правило, оценка КЖ очень низкая, что связано с ограничением физических нагрузок, развитием депрессии, тревоги и чувства неполноценности [1, 3, 4].

Для эффективности лечебных мероприятий и восстановления у женщин фертильности клиницистам необходимо выработать индивидуальный алгоритм обследования с учетом ассоциированных с бесплодием заболеваний и психоэмоционального состояния. Женщина с бесплодием в течение всего периода обследования и лечения infertility нуждается в психологической помощи.

По данным Н.В. Дейнеки (2001), КЖ пациенток при бесплодии зависит от его длительности. Так, бесплодие, длящееся 1–3 года, пациентками не воспринимается как патология, влияющая на КЖ. Кризисный период наступает, когда бесплодие длится 7–9 лет. Н.В. Дейнека считает, что в это время усиливаются признаки дезадаптации. Пациентки недовольны собой в связи с несвоевременным обращением к врачу, упущенным временем и наступлением возраста, ограничивающего рождение ребенка. У них начинают наблюдаться тревожно-депрессивные состояния, чувство неполноценности. Они устраняются от активной социальной жизни (среди пациенток со сроком бесплодия 7–9 лет – 60% неработающих, при этом 100% больных уверены в том, что заболевание влияет на работоспособность). Практически все женщины с бесплодием считают причиной неполноценности жизни infertility. Однако по наблюдениям большинства авторов, при длительности бесплодия >10 лет женщины начинают адаптироваться к бесплодию; начинаются компенсаторные реакции, активизация профессиональной деятельности. Пациентки сожалеют об отсутствии детей, но уже не так остро драматизируют бездетность, жизнь перестает казаться им бессмысленной и безрадостной [3–5]. Исследования бесплодия по этническому признаку в разных регионах и странах показывают, что infertility женщины в странах Востока (Иран, Турция, Египет, Индия и т.д.) наиболее драматично воспринимают бесплодие и отмечают значительное большее снижение КЖ, чем женщины Европы и США [6].

В наше исследование были включены 150 женщин с бесплодием, ассоциированным с МС. В начале исследования и после проведения лечебно-профилактических мероприятий все пациентки заполняли специально разработанные анкеты и опросники по КЖ, прошедшие валидацию в Российской Федерации. Анкетирование и заполнение опросников проводилось для определения КЖСЗ.

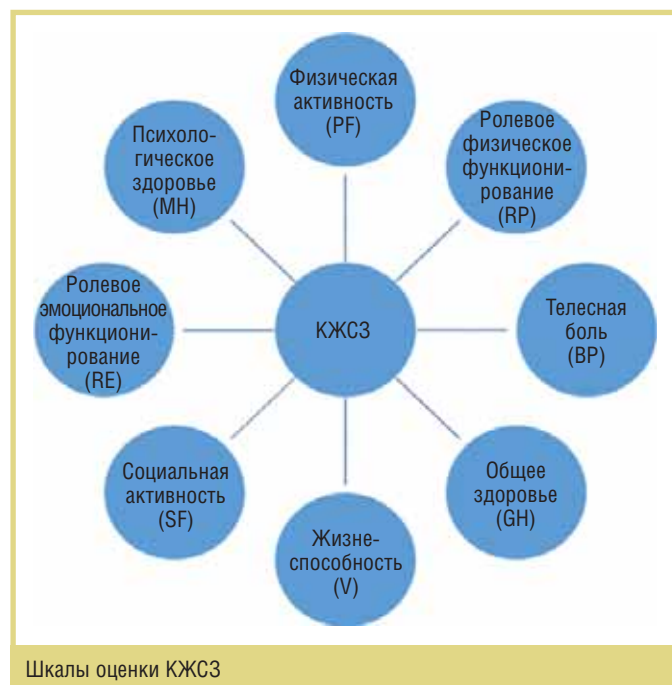
Опросник содержал 19 вопросов, ответы на которые дают достаточную информацию о КЖ по следующим аспектам:

- физическая активность;
- ролевое функционирование;
- наличие телесных болей;
- жизнеспособность;
- социальная активность;
- оценка своих физических и антропометрических данных;
- оценка собственного пищевого поведения.

В течение 6 мес пациентки получали медикаментозную терапию метформином (по 2500 мг/сут) и сибутрамином (по 10 мг/сут). Каждая женщина вела пищевой дневник, записи в котором обсуждала с лечащим врачом и корректировала их с учетом его мнения; одновременно для пациенток был разработан комплекс аэробных нагрузок, которые включали в себя ходьбу на свежем воздухе в течение 1 ч ежедневно 5 дней в неделю.

КЖСЗ оценивали по опроснику MOSSF-36; использовали результаты оценки по 8 шкалам опросника с подсчетом значений 2 интегральных шкал (физический и психический компонент); см. рисунок.

В таблице отражена оценка пациентками состояния своего здоровья и КЖ.



Из таблицы видно, что на начальном этапе исследования физическая активность – показатель переносимости повседневной физической нагрузки – у 33 (22,0%) женщин была значительно ограничена; при этом респондентки отметили чрезмерно быструю утомляемость. Переносимость привычных физических нагрузок 101 (67,3%) женщина оценила как среднюю; переносимость этих дополнительных физических нагрузок у респонденток была значительно ограничена; при этом они отметили, что ежедневные физические нагрузки их утомляют. У 16 (10,6%) респонденток физическая активность была незначительно ограничена; у пациенток наблюдали утомляемость при незначительном превышении уровня привычных физических нагрузок. Из 150 женщин ни одна не отметила, что состояние здоровья не ограничивает ежедневные физические нагрузки.

Телесная боль, общее здоровье и жизнеспособность – показатели, по которым больной оценивает роль своих болевых ощущений, состояния общего здоровья и жизненного тонуса (бодрость, энергия и др.) в ограничении повседневной деятельности.

Респонденты исследуемой группы в анкетах оценки КЖ отметили ряд физических недомоганий разной степени выраженности.

На выраженное сердцебиение при небольших физических нагрузках, которое проходило в покое, жаловались 14 (9,3%) женщин с ИМТ>40 кг/м²; после лечебных мероприятий 7 (4,7%) таких женщин продолжали жаловаться на

Физическая активность и ролевое физическое функционирование; % от общей численности обследованных

Симптомы	1		2		3		4	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Расстройство сна	5,8	21,0	16,6	34,7	44,3	17,3	33,3	11,0
Сердцебиение	28,0	35,9	51,3	52,3	11,3	7,0	9,3	4,7
Головные боли	4,0	16,9	66,0	67,9	21,3	14,0	8,6	1,2
Головокружение	51,3	59,5	34,0	37,1	8,6	3,3	6,0	–
Повышение АД	38,0	57,1	44,6	51,3	14,6	4,6	2,6	1,2
Наличие стрессов	0,6	10,4	12,0	58,4	52,6	21,5	34,6	9,7
Раздражительность	0	39,9	6,6	39,7	56,6	17,0	36,6	3,3
Нарушение аппетита	0,7	4,3	19,3	58,3	36,6	19,9	43,3	17,4
Ночной прием пищи	16,9	52,1	18,9	39,3	32,7	7,3	31,5	1,2
Ожирение	2,0	24,8	18,6	31,4	40,0	27,6	39,3	16,2
Гиподинамия	3,7	31,1	21,3	44,7	67,5	19,5	7,3	4,7
Жажда	98	98	2	2	–	–	–	–
Отеки	15,3	21,2	55,3	68,7	25,3	7,5	4,0	2,6
Нарушение менструального цикла	13,6	33,3	35,3	52,3	50,0	13,3	1,0	–
Курение	95,3	95,3	4,0	4,6	0,6	–	–	–
Снижение памяти	35,3	61,8	53,3	34,5	11,3	3,7	–	–
Склонность к запорам	4,6	55,0	54,0	27,6	40,6	17,3	0,6	–
Быстрая утомляемость	0	17,5	10,6	44,5	67,3	24,8	22,0	13,2
Переносимость привычных физических нагрузок	0	17,5	10,6	44,5	67,3	24,8	22,0	13,2

Примечание. 1 – симптом отсутствует, 2 – выражен слабо, 3 – средняя степень выраженности симптома; 4 – симптом сильно выражен.

сердцебиение при низких физических нагрузках, несмотря на снижение массы тела и уменьшение ИМТ; 17 (11,3%) отмечали кратковременное, достаточно быстро проходящее сердцебиение при ежедневных привычных физических нагрузках, у большинства этих женщин ИМТ превышал 35 кг/м²; после лечения их число уменьшилось до 10 (7,0%). При привычных ежедневных физических нагрузках сердцебиение мало беспокоило 77 (51,3%) женщин; после лечения этот показатель незначительно повысился – до 78 (52,3%); 42 (28,0%) женщины на сердцебиение не жаловались и ежедневные физические нагрузки переносили спокойно; число этих пациенток после лечения увеличилось до 54 (35,9%).

Расстройство сна, по данным анкеты, систематически и сильно беспокоило 50 (33,3%) респонденток, которые отмечали частую бессонницу; они связывали ее с избыточной массой тела и чувством тревоги. В результате снижения массы тела на фоне лечения их число уменьшилось до 16 (11,0%). Регулярные расстройства сна отмечали 66 (44,3%) респонденток до лечения, что, как правило, они связывали с мыслями о невозможности забеременеть и сложностью избавления от чрезмерной полноты; после лечения только 25 (17,3%) этих женщин продолжали жаловаться на регулярные расстройства сна. Редко бессонница, по анкетным данным, беспокоила 35 (16,6%) женщин, которые ее ни с чем не связывали. После лечебно-профилактических мероприятий 52 (34,7%) женщины отмечали редкую бессонницу. Отсутствие нарушений сна наблюдалось лишь у 9 (5,8%) респонденток, после лечения 32 (21,0%) перестали жаловаться на бессонницу.

Часто возникающие и сильно беспокоящие пациенток головные боли и головокружение наблюдались соответственно у 13 (8,6%) и 9 (6,0%) респонденток. Больные проходили обследование у невропатолога; со слов пациенток, патологии не обнаружено. Периодические головные боли и головокружение возникали соответственно у 32 (21,3%) и 13 (8,6%) респонденток; они проходили через некоторое время (для купирования головных болей пациентки принимали анальгетики); 99 (66,0%) и 36 (24,0%) респонденток отмечали соответственно редкие головные боли и головокружения, которые не сильно беспокоили, и только 6 (4,0%) и 14 (9,3%) респонденток головные боли и головокружение никогда не беспокоили. Следует отметить, что перечисленные симптомы как средней, так и сильной степени выраженности значительно влияли на КЖ и сильно ограничивали физическую активность. Более того, больные все эти симптомы считают причиной снижения общего жизненного тонуса, видят в них основную причину эмоциональной и физической вялости и апатии.

СОЦИАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ

Оценивая свою социальную активность, пациентки имели в виду свои взаимоотношения с членами семьи, родственниками, друзьями, коллегами и другими представителями социума. Крайне низкий уровень социальной активности в нашем исследовании до лечения отмечали 107 (71,33%) респонденток, причиной чего считали раздражительность 55 (36,6%) и наличие стрессов 52 (34,66%). Низкий уровень социальной активности из-за раздражительности и стрессов в анкетах отметили соответственно 85 (56,6%) и 79 (52,66%) респонденток. Несущественное влияние этих факторов на социальную активность, взаимоотношения в семье, с друзьями и родственниками отметили соответственно 10 (6,6%) и 18 (12%) респонденток. Причиной раздражительности и стрессов практически все пациентки считали избыточную

массу тела, невозможность забеременеть и эстетические недостатки в виде акне и оволосения. Большинство пациенток считали себя внешне непривлекательными и отмечали, что живут с комплексом неполноценности из-за проблем с беременностью.

РОЛЕВОЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ

Субъективная оценка степени ограничения повседневной деятельности, обусловленная эмоциональными проблемами, необходима врачам для определения психоэмоционального состояния пациента. В нашем исследовании эмоциональные проблемы женщины связывали с теми же проблемами, которые влияли на социальную активность, и в том же соотношении. Вполне естественно, что стрессы, связанные со здоровьем, вызывают раздражительность, эмоциональную лабильность, что отражается на повседневной жизни. Больные отмечали апатию, нежелание общаться, отвечать на телефонные звонки. Степень глубины этих состояний зависит от полноценного сна и отдыха, отношения окружающих к их недугу, результатов общения с медицинским персоналом и результатов лечебно-профилактических мероприятий.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Показатели ролевого эмоционального функционирования тесно связаны с субъективными показателями психологического здоровья – субъективной оценкой пациентом своего настроения, показателями которого являются состояние счастья, спокойствия и умиротворенности. В нашем исследовании все без исключения пациентки давали низкую оценку своему настроению; для них бесплодие является причиной ощущения себя несчастными. Согласно субъективным оценкам женщин, спокойными и умиротворенными они перестали себя чувствовать с момента получения информации о своем бесплодии.

В процессе лечения, изменения образа жизни и в результате постоянного психоэмоционального контакта с врачом практически все пациентки отметили существенное улучшение КЖ, повышение жизненного тонуса и самооценки. Позитивный эффект медикаментозного лечения был закреплен коррекцией пищевого поведения и увеличением физических нагрузок.

На фоне лечебно-профилактических мероприятий у 7 (4,6%) пациенток наступила беременность; 3 из них родили здоровых младенцев, 4 женщины наблюдаются в связи с беременностью.

На фоне лечебно-профилактических мероприятий значительно повысилась КЖ пациенток по шкалам физической ролевой активности и ролевого эмоционального функционирования.

Литература

1. Бутрова С.А. Эндокринологический научный центр РАМН, Москва, Метаболический синдром: патогенез, клиника, диагностика, подходы к лечению // РМЖ. – 2012; 32: 24.
2. Афанасьева Е.В. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем // Качественная клин. практика. – 2010; 1: 36–8.
3. Мамедов М.Н. Метаболический синдром в России: распространенность, клинические особенности и лечение / М.: ФГПУ, Издательство «Известия» УДП РФ, 2011; с. 160.
4. Айзатулова Э.М. Личностные особенности, отношение к болезни, уровень тревожности у женщин в бесплодном браке // Мед. психология. – 2013; 3: 29–33.

5. Туремуратова М.А., Игисинов С., Нугманова Г.Ф. Оценка качества жизни пациентов в акушерско-гинекологической практике // Молодой ученый. – 2011; 4 (2): 145–8.

6. Sivalingam V., Myers J., Nicholas S. et al. Metformin in reproductive health, pregnancy and gynaecological cancer: established and emerging indications // Hum. Reprod. Update. – 2014; 20: 853–68.

THERAPEUTIC AND PREVENTIVE MEASURES IN WOMEN WITH INFERTILITY ASSOCIATED WITH METABOLIC SYNDROME

A. Gordeeva¹; M. Tkacheva²; A. Belostotsky³, MD; Professor R. Chilova¹, MD; S. Mazur⁴

¹I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

²OOO «Cecil Clinic», Moscow

³Directorate for Coordination of the Activities of Health Facilities, Moscow Healthcare Department

⁴OOO «Medeco», Moscow

The efficiency of treatment for metabolic syndrome and associated infertility, by using metformin and sibutramine in combination with preventive measures aimed at reducing body mass, is substantiated. It is significantly shown that body weight loss in patients undergoing preventive measures has contributed to a considerable improvement in not only lipid and carbohydrate metabolic parameters and to restoration of ovulatory cycles, but also to a significant improvement in quality of life.

Key words: gynecology, quality of life, infertility, metabolic syndrome, obesity, metformin, sibutramine.