

УДК 616.12-008.331.1-056.52-06:616.36/.361-008.6/.8

Є.Я. Склярів, Л.М. Радченко

ПАРАМЕТРИ МЕТАБОЛІЗМУ ТА ОСОБЛИВОСТІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ В ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ ТА ХОЛЕЛІТІАЗОМ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Резюме. Гіпертонічна хвороба (ГХ) та патологія жовчного міхура (ЖМ) часто співіснують у жінок, але їх особливості вивчені недостатньо. У 30 жінок із ГХ та ожирінням визначені антропометричні, гостро фазові, ліпідні та стандартні біохімічні параметри, ЕКГ, ЕхоКГ, УЗД ЖМ та показник холестерозу. Встановлено, що хвороби ЖМ у таких жінок мають незначні клінічні прояви, а ГХ гірше контролюється. Холецистектомія в анамнезі виявлена в 30 % жінок. Жінки з каменя-

ми в ЖМ характеризувалися порушеннями жирового обміну за гліотеофеморальним типом, у пацієток без каменів виявлено більш стабільний перебіг ГХ, абдомінальний тип розподілу жиру, складна плеяда кореляцій із фокусуванням навколо антропометричних параметрів, ліпідного обміну та креатиніну.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, ожиріння, холестероз, холелітіаз, жінки.

Вступ. Важливою проблемою здоров'я жінок є гіпертонічна хвороба (ГХ), частота якої після менопаузи значно перевищує частоту в чоловіків [2]. Для ГХ притаманні множинні метаболічні порушення, передусім жирового та вуглеводного обміну. Значущою є проблема ГХ на тлі надваги чи ожиріння для жінок, оскільки тільки 45 % жінок України мають нормальну масу тіла, а у 20 % жінок діагностовано ожиріння, що пов'язується із збільшенням рівня лептину після менопаузи, проатерогенними змінами ліпідного обміну та гіперінсулінемією [6]. З жіночою статтю також стійко асоціюється патологія біліарної системи, зокрема, дискінезія жовчовивідних шляхів, холестероз жовчного міхура (ЖМ), холецистит та холелітіаз [5, 11, 10]. Схильність жінок до хвороб біліарної системи пояснюється багатьма чинниками. Так, високий рівень естрогенів крові сприяє підвищенню літогенності жовчі та утворенню складжу [10], який чітко корелює з порушеннями ліпідного обміну [4]. Біохімічні властивості жовчі та механічні характеристики роботи ЖМ суттєво змінюються під час вагітності: прогестерон викликає гіпотонію ЖМ [1], а збільшення внутрішньочеревного тиску утруднює його звільнення. Іншим важливим чинником холелітіазу в жінок можуть виступати медикаменти, зокрема, естрогени та оральні контрацептиви, тіазидні діуретики, цефтріаксон [1].

Отже, гіпертонічна хвороба (ГХ) та патологія біліарного тракту в жінок часто співіснують та, ймовірно, можуть впливати одні на інші [9], оскільки мають спільні екзогенні та ендогенні етіологічні чинники. До спільних екзогенних чинників відносять шкідливі звички, стреси, нерациональне харчування. Виявлено, що за умов поєднання ГХ та хронічного холециститу в 78,8 % осіб спостерігалася гіподинамія, у 43,1 % – тривала психотравмуюча ситуація, у 32,6 % – паління [3]. Спільними ендогенними чинниками патогенезу ГХ та хвороб біліарної системи виступають ожиріння та дисліпідемія. Однак систематизованих уявлень щодо особливостей коморбідного перебігу ГХ та патології ЖМ немає, що вимагає подальших дослі-

джень для обґрунтування тактики лікування, що і зумовило доцільність даної роботи.

Мета дослідження. Вивчити особливості артеріальної гіпертензії, антропометричних параметрів, показників запалення та метаболічного тла в жінок, хворих на ГХ на тлі надваги/ожиріння залежно від стану ЖМ: після холецистектомії, при каменях та інтактному ЖМ.

Матеріал і методи. Обстежено 30 жінок віком від 44 до 79 років (середній вік $64,1 \pm 4,3$ р.) без клінічних ознак патології ЖМ. Діагноз ГХ верифікований за нормативними документами. У 9 (30 %) пацієток ЖМ оперативно видалений із приводу холелітіазу (ХЛ) 2-10 років тому (1-а група), що значно перевищує дані літератури – 13 % [8]. До 2-ї групи віднесені шість пацієток, які мали ХЛ, до 3-ї групи – 15 осіб без каменів ЖМ. Аналіз проведений за характеристиками гіпертензії, антропометричними критеріями, параметрами загального аналізу крові та сечі, скринінговими біохімічними константами роботи печінки та нирок, ліпідного та вуглеводного метаболізму, показниками ЕхоКГ та ЕКГ. Визначення холестерозу ЖМ проведено за дискримінантною шкалою діагностики [4]. Результати опрацьовані методами варіаційної статистики та кореляційно-матричного аналізу 525 коефіцієнтів кореляції для кожної групи.

Результати дослідження та їх обговорення. За гемодинамічними параметрами гіпертензії групи істотно не різнилися, проте привертає увагу істотне зменшення тривалості ГХ у пацієнтів із каменеутворенням (ХЛ $7,8 \pm 3,4$ р., холецистектомія (ХЕ) – $9,8 \pm 2,1$ р.) порівняно з пацієнтами з функціонуючим ЖМ ($15,7 \pm 3,3$ р). Тобто, у пацієнтів із каменями ЖМ необхідність стаціонарного лікування ГХ виникла раніше, що може бути проявом гіршого контролю за тиском. Це зумовлює доцільність подальшого вивчення особливостей гіпертензії.

Для хворих на ХЕ в анамнезі були характерні найвищі окружності талії ($111,7 \pm 7,9$ см; $+11,0$ % від групи 3) та стегон ($123,2 \pm 7,5$ см; $+7,1$ %) порівняно з $96,7 \pm 2,1$ см ($-3,9$ %) та

119,0±4,1 (+6,7 %) см в осіб 2-ї групи та 100,6±1,51 см та 111,5±3,1 см у 3-й групі ($p>0,05$). Жінки з каменями в ЖМ характеризувалися збільшеннями об'єму жирової тканини (+14,2 % після ХЕ; +17,5 % із ХЛ), маси жирової тканини (+14,3 % після ХЕ; +17,4 % із ХЛ) та відсотка жиру в організмі (+12,5 % після ХЕ; -1,9 % із ХЛ) порівняно з групою 3. Привертає увагу факт, що гліотеофеморальний тип розподілу жиру, який характерний для ожиріння без гіперінсулінемії, істотно частіше спостерігався в осіб із каменеутворенням: 60 % – у групі з ХЕ та 80 % – у групі з ХЛ. У той же час, у переважній більшості (83 %) пацієнтів з функціонуючим ЖМ частіше виявлений абдомінальний тип ожиріння, що асоціюється з інсулінорезистентністю [12]. Отже, жінки, хворі на ГХ на тлі ожиріння з ХЛ, характеризуються більш вираженими порушеннями жирового обміну та переважанням гліотеофеморального типу розподілу без гіперінсулінемії. Пацієнткам без каменів у ЖМ притаманні менші значення об'єму та маси жирової тканини на тлі абдомінального типу розподілу, що є свідченням наявності в них усіх компонентів метаболічного синдрому та інсулінорезистентності.

Серед змін лабораторних параметрів у хворих жінок із каменями в ЖМ привертає увагу менша кількість паличкоядерних нейтрофілів та нижчі значення загального фібриногену на тлі зростання моноцитів та ШОЕ. Середні значення параметрів ліпідного обміну в усіх групах були подібними, хоча у хворих на ХЕ в анамнезі можна виділити тенденцію до збільшення β -ліпопротеїнів. Мінімальний холестерин крові спостерігався в пацієток із каменями в ЖМ. Для таких осіб також характерно зростання деяких печінкових проб. Це може бути свідченням того, що за умов ХЛ (навіть після ХЕ) печінка реагує на зміни гомеостазу в більшому ступені.

Проведений матрично-кореляційний аналіз, що дозволяє визначити синхронність параметрів, показав, що групи різнилися між собою [7]. В усіх групах плеяди істотних кореляцій (пов'язані між собою зв'язки) включали антропометричні параметри жирового обміну, гострофазові біохімічні та гематологічні показники, критерії загальних адаптаційних реакцій, кількісне значення холестерозу ЖМ, показники функції нирок та печінки, структури серця. Важливо, що кількісний показник холестерозу був завжди вбудованим у плеяду, проте, зв'язки в пацієнтів із ХЛ та без нього були різними. Так, у жінок із ХЕ в анамнезі окружність стегон була центром фокусування зв'язків, у тому числі з гострофазовими показниками запалення; кількість істотних кореляцій у плеяді мінімальна, найбільша кількість кореляцій існувала окремо. Для жінок із ХЛ притаманні максимальна кількість істотних кореляцій у плеяді, наявність серед центрів фокусування структурних параметрів серця та кількісного вираження холестерозу ЖМ. Хворі на ГХ на тлі ожиріння, з ЖМ без каменів, характеризувалися

складною плеядою кореляційних зв'язків із центрами фокусування навколо антропометричних параметрів ліпідного обміну та креатиніну. Плеяда в них мала максимальну потужність з відсутністю значної переваги одного центра фокусування [7].

Висновки

1. Хвороби жовчного міхура на тлі гіпертонічної хвороби з ожирінням у жінок часто проходять непомітно, а артеріальна гіпертензія – з гіршим контролем за тиском.

2. Холецистектомія в анамнезі спостерігалась у 30 % жінок, хворих на гіпертонічну хворобу на тлі ожиріння.

3. Жінки з холелітазом характеризувалися вираженими порушеннями жирового обміну з переважанням гліотеофеморального типу розподілу жиру без гіперінсулінемії, окружність стегон була центром фокусування істотних кореляційних зв'язків, у тому числі з гострофазовими показниками запалення; метаболічні параметри характеризувалися розбалансованістю показників запалення, зростанням тригліцеридів, зміною функціональних проб печінки.

4. Для жінок без холелітазу притаманні більш тривалий стабільний перебіг гіпертонічної хвороби, менші значення об'єму та маси жирової тканини на тлі абдомінального типу розподілу жиру, складна плеяда кореляційних зв'язків із центрами фокусування навколо антропометричних параметрів, ліпідного обміну та креатиніну.

Перспективою подальших досліджень є вивчення патогенетичних зв'язків коморбідних станів у жінок – гіпертонічної хвороби та патології жовчного міхура з акцентом на адипоцитокіни, оскільки доведена роль гліотеофеморального ожиріння за умов холелітазу та абдомінального – без каменеутворення.

Література

1. Губергриц Н.Б. Билиарный сладж: констатировать или лечить? / Н.Б. Губергриц, Бен Хмида Макрем Бен Мекки // Сучасна гастроентерол. – 2005. – № 4 (24). – С. 9-19.
2. Давидова И.В. Риск сердечно-сосудистых заболеваний у женщин в аспекте гормонального континуума / И.В. Давидова // Theoria. – 2006. – № 9. – С. 44-48.
3. Журавльова Л.В. Особливості метаболічних порушень у хворих із поєднаним перебігом хронічного холециститу та гіпертонічної хвороби / Л.В. Журавльова, Л.Р. Боброннікова, В.М. Хворостінка // Сім. мед. – 2010. – № 2. – С. 63-65.
4. Оптимізація діагностики холестерозу жовчного міхура / М.Б. Щербиніна, О.В. Закревська, О.Г. Байбуз, Т.Г. Ємельяненко // Сучасна гастроентерол. – 2007. – № 5. – С. 4-8.
5. Палій І.Г. Біліарний сладж: можливості діагностики та лікування / І.Г. Палій, С.В. Заїка // Сучасна гастроентерол. – 2009. – № 6 (50). – С. 90-95.

6. Питецька Н.І. Залежність активності лептину від гормонального фону у жінок з метаболічним синдромом / Н.І. Питецька, О.М. Ковальова // Тези доп. XII конгресу СФУЛТ. – Івано-Франківськ – Київ – Чикаго. – 2008. – С. 156-157.
7. Радченко Л.М. Матрично-кореляційний аналіз зв'язків між параметрами в жінок, хворих на артеріальну гіпертензію на фоні ожиріння залежно від стану жовчного міхура / Л.М. Радченко // Мед. гідрол. та реабілітація. – 2010. – Т. 8, № 3. – С. 56-62.
8. Что скрывает метаболический синдром? // Здоров'я України. – 2009. – № 1-2 (206-207). – С. 44-45.
9. Щербинина М.Б. Біліарна патологія у молодому віці: медико-соціальна характеристика пацієнтів / М.Б. Щербинина, В.М. Гладун // Нов. мед. и фармации. – 2010. – № 19 (342). – С. 14-15.
10. Novacek G. Gender and gallstone disease / G. Novacek // Wien. Med. Wochenschr. – 2006. – Vol. 156, № 19-20. – P. 527-533
11. Prevalence of cholelithiasis in a Turkish population sample of postmenopausal women / R. Karayalcin, V. Genc, A.S. Karaca [et al.] // Turk. J. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 21, № 4. – P. 416-420.
12. Waist circumference as a screening tool for the identification of adolescents with the metabolic syndrome phenotype / M. Bitsori, M. Linardakis, M. Tabakaki [et al.] // Int. J. Pediatr. Obes. – 2009. – Vol. 4, № 4. – P. 325-331.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ФОН И ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЯВНОСТИ ХОЛЕЛИТИАЗА

Е.Я. Скляр, Л.Н. Радченко

Резюме. Гипертоническая болезнь (ГБ) и патология желчного пузыря (ЖП) часто встречаются у женщин, но их особенности изучены недостаточно. У 30 женщин с ГБ и ожирением определены антропометрические, острофазовые, липидные и стандартные биохимические параметры, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗД ЖП и показатель холестероза. Установлено, что болезни ЖП на фоне ГБ с ожирением у женщин имеют минимальные проявления, а ГБ хуже контролируется. Холецистэктомия в анамнезе чаще в 2,5 раза, чем по данным литературы. Женщины с камнями в ЖП характеризовались нарушениями жирового обмена по глутефеморальному типу, окружность бедер была центром фокусирования корреляций. У пациенток без камней в ЖП выявлено более длительное стабильное течение ГБ, абдоминальный тип распределения жира, сложная плеяда корреляций с центрами фокусирования вокруг антропометрических параметров, липидного обмена и креатинина, что указывает на роль ЖП в формировании инсулинорезистентности и метаболического синдрома.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, ожирение, холестероз, холелитиаз, женщины.

METABOLIC PARAMETERS AND ESSENTIAL HYPERTENSION PECULIARITIES IN WOMEN WITH OBESITY AND CHOLELITHIASIS

Ye.Ya. Skliarov, L.M. Radchenko

Abstract. Essential hypertension (EH) and pathology of the gallbladder (GB) often coexist in women, but their specific characteristics are not sufficiently studied. We have determined the anthropometric, acute phase, lipid and standard biochemical parameters, ECG, EchoCG, GB ultrasonography and the index of cholesterosis in 30 women with EH and obesity. It has been established that GB diseases in such women have insignificant clinical manifestations, whereas EH is controlled worse. Cholecystectomy in the past history has been detected in 30 % of the women. The women with gallstones were characterized by the gluteofemoral type of fat metabolism disorders. A more stable course of EH, the abdominal type of fat distribution, a complex galaxy of correlations with focusing around the anthropometric parameters, lipid metabolism and creatinine have been revealed in patients without gallstones.

Key words: essential hypertension, obesity, cholesterosis, cholelithiasis, women.

National Medical University named after Danylo Halyts'kyi (L'viv)

Рецензент – проф. О.І. Федів

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 2 (62). – P. 114-116

Надійшла до редакції 02.03.2012 року