

Н.Ю. Вороненко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ

## Соціально-психологічні особливості здоров'я жінок із метаболічним синдромом

Стаття розкриває актуальні питання взаємозв'язку між розвитком метаболічного синдрому (МС) у жінок репродуктивного віку та станом їх психічного благополуччя. У роботі показано, що наявність у пацієнток із МС ожиріння зменшує відчуття задоволеності собою, самореалізації та, відповідно, вражає їх психоемоційний статус. Підтвердженням негативного впливу проявів МС на якість життя жінок є також дисгармонія у сексуальних стосунках у шлюбі, підвищення серед жінок із зазначеними розладами поширеності тютюнопаління. Створення адекватної аргументованої мотивації для зміни способу життя і переходу на здорову дієту може сприяти зниженню та нормалізації маркерів МС.

**Ключові слова:** метаболічний синдром, ожиріння, психічне здоров'я.

### Вступ

На тлі впровадження глобальних заходів ВООЗ щодо протидії швидкому розповсюдженню епідемії ожиріння (Alberti K.G., Zimmet P.Z., 1998; Balkau B., Charles M.A., 1999; World Health Organisation, 1999), зусиль, спрямованих на підвищення рівня інформованості населення щодо небезпеки метаболічного синдрому (МС) як наслідку надмірної маси тіла, захворюваність на ожиріння в усьому світі продовжує зростати (Alberti K.G., Zimmet P.Z., 1998; World Health Organisation, 1999).

По суті порушення регуляції енергетичного гомеостазу пов'язане не лише з різноманітними генетичними і економічними факторами, але і є проявом сучасних глобальних соціальних процесів: зниження рівня фізичної активності, переважання інтелектуальної праці, надмірне захоплення легкодоступними та, на жаль, висококалорійними продуктами (Avogaro P. et al., 1965; Alberti K.G., Zimmet P.Z., 1998; World Health Organisation, 1999).

Механізми, що контролюють енергетичний обмін і масу жирової тканини, нерозривно пов'язані з механізмами регуляції народжуваності й мають еволюційну значимість виживання в умовах обмеженого постачання їжі (World Health Organization, 2000). Стрімке зростання кількості випадків ожиріння з відповідними метаболічними змінами свідчить про порушення балансу і втрату контролю в гомеостатичній системі людського організму, біологія якої досі залишається невизначеною та, зважаючи на її репродуктивне значення, гостро потребує поглибленого вивчення і розуміння.

Пов'язані з ожирінням метаболічні розлади значно погіршують якість життя, викликаючи такі проблеми здоров'я, як цукровий діабет 2-го типу, серцево-судинні захворювання, дисліпідемія та артеріальна гіпертензія (Samus J.P., 1966; Hanefeld M. et al., 1991). Значна частина населення нашої планети з порушеннями фертильності мають ожиріння чи надмірну масу тіла (Hanefeld M. et al., 1991; Coviello A.D. et al., 2009), що супроводжується порушеннями

менструального циклу, ановуляціями (Vague J., 1966) і мимовільними викиднями (Манухин І.Б., Геворкян М.А., 1999; Дубосарская З.М., Дубосарская Ю.А., 2009). МС часто поєднується з дисфункцією жіночої репродуктивної системи, але науковцям ще належить визначити, що ж є головною сполучною ланкою між станом метаболізму і субфертильністю.

Клінічними проявами МС у жінок фертильного віку є не лише обмінно-ендокринні порушення репродуктивної системи (Reaven G.M. Banting lecture 1988, 1988; Серов В.Н. и соавт., 2004), але й різноманітні психопатологічні порушення (Коробка Л.М., 2011).

Таким чином, МС — надзвичайно важлива проблема сучасного суспільства. Відповідно основним завданням превентивної медицини є створення чіткої системи як адекватного терапевтичного менеджменту гінекологічної патології при цьому синдромі, так і модифікації соціальних чинників його виникнення.

Метою проведеного дослідження стало вивчення клініко-параклінічних характеристик жінок репродуктивного віку з МС та аналіз у них взаємозв'язку стану здоров'я і способу життя.

### Об'єкт і методи дослідження

На етапі формування груп та відбору пацієнток обстежено 750 жінок репродуктивного віку з МС. Критеріями включення

в основну групу дослідження стали критерії Міжнародної діабетичної федерації (International Diabetes Federation — IDF, 2005 p.) (Alberti K.G., Zimmet P.Z., 1998; World Health Organisation, 1999; 2000) (табл. 1).

У ході дослідження сформовано три клінічні групи жінок (по 250 осіб у кожній). До 1-ї групи увійшли пацієнтки раннього репродуктивного віку, до 2-ї — активного репродуктивного віку, 3-тю групу становили 250 жінок пізнього репродуктивного віку.

Усім жінкам проведено ультразвукове дослідження статевих органів (матки, ендометрія, яєчників) на ультразвуковому апараті ATL 1600 («Philips», США) із застосуванням вагінального (зі змінною частотою 4–7,5 МГц) транс'юсера. Дослідження проведено динамічно у фолікулярній та лютеїновій фазі менструального циклу або у будь-який день циклу за умов оліго-/аменореї.

Крім того, проведено оцінку стану ендометрія, його товщини та відповідності ехоскопічної структури ендометрія фазі менструального циклу. Вивчено розміри і структуру яєчників, наявність овуляторних ознак.

За спеціально розробленою анкетой проведено ретельний збір анамнезу, за результатами комп'ютерної обробки якого здійснено оцінку особливостей клінічного перебігу захворювання.

У ході загального обстеження визначено антропометричні дані: зріст, масу тіла

**Таблиця 1** Критерії діагностики метаболічного синдрому (IDF, 2005)

Показник	Значення
Артеріальна гіпертензія	Антигіпертензивна терапія або САТ $\geq 130$ мм рт. ст.; ДАТ $\geq 85$ мм рт. ст.
Ожиріння	Для представників європейської раси ОТ $> 80$ см у жінок
Порушення вуглеводного обміну	Глюкоза натще $\geq 5,6$ ммоль/л або ЦД 2-го типу
Дисліпідемія	ТГ $\geq 150$ мг/дл (1,695 ммоль/л) та/або ХС ЛПВЩ $< 50$ мг/дл (1,295 ммоль/л) або терапія дисліпідемії
Вимоги до встановлення діагнозу	Абдомінальне ожиріння + 2 інші фактори

САТ — систолічний артеріальний тиск; ДАТ — діастолічний артеріальний тиск; ОТ — окружність талії; ЦД — цукровий діабет; ТГ — тригліцериди; ХС ЛПВЩ — холестерин ліпопротеїдів високої щільності.

та обчислювання індексу маси тіла (ІМТ) — співвідношення маси тіла у кілограмах і довжини тіла в метрах, піднесеної до квадрата. Згідно з класифікацією ВООЗ, показники ІМТ від 18,5 до 24,9 кг/м<sup>2</sup> характеризують нормальну масу тіла, від 25 до 29,9 кг/м<sup>2</sup> — свідчать про надмірну масу тіла, а до ожиріння відносять показники ІМТ >30 кг/м<sup>2</sup>.

Визначення вмісту гормонів у плазмі крові обстежених жінок проведено на імуноферментному аналізаторі-фотометрі виробництва «Avaagess Technology». Імуноферментне дослідження ELISA виконували з використанням двох специфічних антитіл. Вимір оптичної щільності проведено на фотометрі MSR-1000 («Syntron», США, 1995). Ендокринологічні дослідження проведено в лабораторії ендокринології з групою біохімії Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України».

Для визначення емоційного стану у жінок обстежених груп та їх самооцінки застосовано методіку САН (самопочуття — активність — настрій). Для цього пацієнткам заповнювали багатоступеневу шкалу, яка складається з індексів і розташована між 30 парами слів протилежного значення, що відображають рухливість, швидкість і темп перебігу функцій (активність), силу, здоров'я, втомлюваність (самопочуття), а також характеристики емоційного стану (настрій).

При обробці даних відповіді пацієнток перекодовували згідно з бальною оцінкою від 1 до 7 балів (крайній ступінь прояву негативного полюса оцінюється в 1 бал, а крайній ступінь прояву позитивного полюсу — у 7 балів). Полоси шкал завжди змінюються, але позитивні стани завжди отримують високі бали, а негативні — низькі. Отримані бали групували у три категорії згідно з ключем та обчислювали кількість балів за кожною з них. Середній бал шкали дорівнює 4.

Нормальні оцінки стану — у межах 5,05–5 балів, показники <4 балів свідчать про занижений стан самопочуття, активності та настрою обстежуваної особи.

Обробку отриманих цифрових даних проведено з використанням сучасних методів варіаційної статистики за допомогою програм Excel Microsoft Office 2003 та «Біостат» із застосуванням для абсолютних чисел — критерію Стьюдента; при порівнянні декількох груп — із поправкою Бонфероні; а для відносних величин — методу ф-кутового перетворення Фішера. Різницю між величинами, які порівнювалися, вважали достовірною при  $p < 0,05$ .

## Результати та їх обговорення

У ході проведеного нами дослідження вивчали дані життєвого анамнезу. З'ясовано, що у обстежених жінок надмірна маса тіла найчастіше з'являлась у пубертатний період 420 (56,0%). Це дозволяє віднести появу надмірної маси тіла у дівчат під час статевого дозрівання до факторів ризику надмірної маси тіла з подальшими ендокринно-метаболічними змінами у репродуктивному віці (табл. 2).

У пубертатний період у нормі спостерігається фізіологічна інсулінорезистентність (ІР) як результат підвищення продукції гормону росту у цей період. Проте у підлітків із МС часто спостерігається і спадкова схильність до ожиріння (Reaven G.M. Banting lecture 1988, 1988; Kim S.H., Reaven G.M., 2004). Збільшення маси тіла ще більше посилює ІР та гіперінсулінемію (ГІ), погіршуючи ендокринний статус і клінічні прояви захворювання (World Health Organization, 2000).

У ході дослідження проаналізовано також перенесені захворювання в період становлення менархе у жінок із МС. Виявлено, що 713 (95,1%) пацієнток із МС перенесли у віці 11–16 років (тобто в період становлення менструальної функції) такі інфекційні захворювання, як кір, скарлатина, краснуха, вітряна віспа, епідемічний паротит.

Отримані дані свідчать про те, що саме в пубертатний період зазначені чинники негативно впливають на функціонування гіпоталамо-гіпофізарної системи, що має негативні наслідки у вигляді порушень повноцінного оогенезу в подальшому репродуктивному житті пацієнток.

Слід зазначити, що у пацієнток із МС спостерігається висока частота патологічного становлення репродуктивної функції. А саме у 482 (64,3%) пацієнток із МС виявлено скарги на патологічне становлення менструальної функції порівняно із 36 (24,0%) жінками без МС ( $\chi^2=82,9$ ;  $p < 0,0001$ ). При цьому фізіологічне становлення менструальної функції відзначили лише 268 (35,7%) жінок із МС порівняно зі 114 (75,8%) пацієнтками групи контролю ( $p < 0,0001$ ). Отже, вірогідність патологічного становлення менструальної функції при МС суттєво вища, ніж у здорових жінок: відношення шансів становить 5,7 (3,8–8,5).

Слід зазначити, що у пацієнток із МС суттєво частіше спостерігаються порушення менструального циклу. А саме аменорею діагностовано у 28,3% жінок із МС (4,1% у жінок групи контролю;  $p < 0,05$ ), дисфункціональні маткові кровотечі — у 48,3% пацієнток із МС порівняно з 17,7% жінок без порушень соматичного стану ( $p < 0,05$ ).

При вивченні віку встановлення менструальної функції (табл. 3) виявлено, що у більшості жінок обстежених груп вік менархе становив 12–15 років. Однак у жінок із МС раннього й активного репродуктивного віку була виявлена тенденція до більш раннього менархе (вік <11 років) та більш тривалий термін його встановлення (1,5–3 роки). Також достовірно частіше спостерігалось пізніше менархе у пацієнток із МС (вік >15 років).

Отже, пізніше менархе відзначали у 52 (20,8%) жінок 1-ї групи, 45 (18,0%) жінок 2-ї групи та у 47 (18,0%) жінок 3-ї групи, що суттєво вище за відповідний показник у здорових жінок контрольної групи ( $p_{1-x}$ ,  $p_{2-x}$ ,  $p_{3-x} < 0,001$ ). Такі результати можуть бути свідченням того, що як пізній, так і ранній початок менструальної функції може бути чинним фактором у генезі МС.

Встановлена вікова залежність порушень репродуктивного здоров'я при МС. Так, для жінок раннього репродуктивного віку більш характерна частота (60%) порушень менструального циклу за типом олігоменореї та різних форм полікістозу яєчників.

В активному репродуктивному віці у жінок із МС переважали такі стани, як безплідність, дисгормональні захворювання молочних залоз, аменорея, лейоміома матки.

У пацієнток пізнього фертильного віку характерними виявилися такі порушення репродуктивної системи, як гіперплазія ендометрія, лейоміома матки, порушення менструального циклу за типом метрорагії (рисунок).

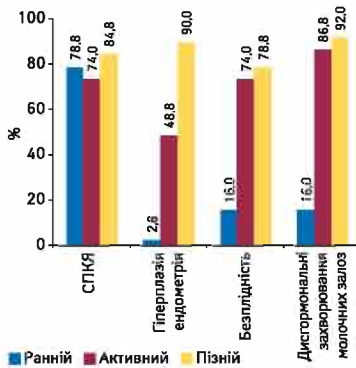
Сучасна превентивна медицина, основні положення якої спрямовані на уповільнення процесів старіння організму (антивікова (anti-ageing) терапія), під поняттям «здоров'я» розуміє «здоров'я для...», що розкриває можливість, які здоров'я надає людині (Hanefeld M. et al., 1991).

Здоров'я в рамках цього підходу є одним із найважливіших ресурсів, необхідних людині для реалізації свого потенціалу та своїх можливостей в усіх сферах життєдіяльності (Коробка Л.М., 2011). Тому розвиток та самореалізація людини у сучасному світі є одними з найважливіших критеріїв здоров'я.

Вікові групи виникнення ожиріння, років	Абсолютна кількість, п	Частка, %
<10	52	6,9
11–12	173	23,1
13–14	135	18
15–16	112	14,9
17–18	128	17,1
19–20	97	12,9
>20	53	7,1

Група	п	Вік менархе, років (%)			
		До 11	12–14	15–16	>16
1-ша	250	36 (14,4)	87 (34,8)	75 (30,0)	52 (20,8)
2-га	250	40 (16,0)	88 (35,2)	77 (30,8)	45 (18,0)
3-тя	250	39 (15,6)	85 (34,0)	79 (31,6)	47 (18,8)
Контролю	150	3 (2,0)	142 (94,7)	5 (3,3)	—
$p_{1-x}$	—	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
$p_{2-x}$	—	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
$p_{3-x}$	—	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Рисунок



Частота виникнення основних порушень репродуктивної системи у жінок із МС різних вікових груп

СПКЯ – синдром полікістозних яєчників.

У ході дослідження проаналізовані клініко-параклінічні характеристики жінок із МС усіх груп з урахуванням соціальних, екологічних та медико-біологічних факторів з метою виявлення чинників ризику та проведення в подальшому прогнозування виникнення МС.

Вивчення характеру зайнятості та рівня освіти у досліджуваних осіб, перш за все, виявило велику питому вагу праці з високим рівнем інтелектуальної диференціації в основній групі жінок. Так, розумовий характер праці мала кожна друга хвора з МС (50,54%), а фізично працювала лише кожна п'ята обстежена (20,36%) з проявами МС. Натомість, у групі контролю цей розподіл був прямо протилежним, і ці показники становили 18,7 та 54,6% відповідно (табл. 4).

Про важливу роль психоемоційного та інтелектуального навантаження у розвитку патології, що вивчається, свідчить суттєво більш значима наявність стресових ситуацій в анамнезі, а також визначена тенденція до підвищення рівня поширеності вищої освіти в основній групі жінок (табл. 5, 6).

Так, поширеність стресових ситуацій в анамнезі пацієнток активного та пізнього репродуктивного віку суттєво вища, ніж у здорових жінок та жінок 1-ї групи, що свідчить про важливу роль стресогенних чинників у розвитку МС та їх переважання у жінок старшого віку ( $p < 0,01$ ).

Враховуючи сучасне визначення здоров'я як гармонійного поєднання фізіологічних, психологічних та соціальних факторів, які забезпечують внутрішнє благополуччя індивіда (Коробка Л.М., 2011), одним із напрямків нашого дослідження є визначення суб'єктивної оцінки жінками з МС якості свого життя.

У ході аналізу результатів самооцінки жінками груп спостереження своєї матеріальної забезпеченості та умов проживання виявлена суттєва різниця між даними основної та контрольної груп (табл. 7). Так, незадовільна самооцінка була у кожної другої обстеженої активної репродуктивного віку з МС (51,2%), у % жінок пізнього репродуктивного віку (68,8%) та лише у 11,3% волонтерок ( $< 0,01$ ). При цьому доцільно зазначити, що структура само-

Таблиця 4

Група	п	Характер праці жінок обстежених груп		
		Характер праці, п (%)		
		Фізичний	Змішаний	Розумовий
1-ша	250	62 (24,8)	66 (26,4)	≈122 (48,8)
2-га	250	49 (19,6)	71 (28,4)	130 (52,0)
3-тя	250	50 (20,0)	66 (26,4)	134 (53,6)
Контролю	150	≈82 (54,6)	40 (26,7)	28 (18,7)

Різниця між групами за характером праці статистично не значуща ( $\chi^2=2,7$ ;  $p=0,59$ ).

Таблиця 5

Група	п	Рівень освіти жінок обстежених груп		
		Освіта, п (%)		
		середня	спеціальна	вища
1-ша	250	56 (22,4)	103 (41,2)	91 (36,4)
2-га	250	52 (20,8)	88 (35,2)	88 (35,2)
3-тя	250	43 (17,2)	99 (39,6)	108 (43,2)
Контролю	150	36 (24,0)	56 (37,3)	58 (38,7)

Групи порівнювані за рівнем освіти – різниця статистично не значуща ( $\chi^2=6,2$ ;  $p=0,39$ ).

Таблиця 6

Група	п	Наявність стресових ситуацій в анамнезі у жінок обстежених груп	
		Стресові ситуації в анамнезі, п (%)	p
1-ша	250	215 (86,0)	$\chi^2=23,4$ ; $p < 0,0001$
2-га	250	232 (92,8)*	
3-тя	250	244 (97,6)*	
Контролю	150	122 (81,3)	

Різниця між групами дослідження (1-ю, 2-ю, 3-ю) за наявністю стресових ситуацій статистично значима ( $\chi^2=23,4$ ;  $p < 0,0001$ ); \*різниця статистично значима відносно контрольної групи ( $p < 0,01$ ).

Таблиця 7

Група	п	Суб'єктивна оцінка самореалізації жінок обстежених груп			p*
		Суб'єктивна оцінка самореалізації, п (%)			
		Добра	Задовільна	Незадовільна	
1-ша	250	97 (38,8)	117 (46,8)	36 (14,4)	$\chi^2=0,8$ ; $p=0,66$
2-га	250	47 (18,8)	75 (30,0)	128 (51,2)	$\chi^2=70,6$ ; $p < 0,0001$
3-тя	250	29 (11,6)	49 (19,6)	172 (68,8)	$\chi^2=126,0$ ; $p < 0,0001$
Контролю	150	62 (41,3)	71 (47,3)	17 (11,3)	

\*Оцінка суттєвості різниці відносно контрольної групи за критерієм  $\chi^2$ .

Таблиця 8

Група	п	Регулярність статевого життя у жінок обстежених груп	
		Регулярність статевого життя, п (%)	p
1-ша	250	194 (77,6)	$\chi^2_{1-2-3}=99,8$ ; $p < 0,0001$
2-га	250	105 (42,0)*	
3-тя	250	88 (36,36)*	
Контролю	150	127 (84,44)	

Різниця між групами дослідження (1-ю, 2-ю, 3-ю) за регулярністю статевого життя статистично значуща ( $\chi^2=99,8$ ;  $p < 0,0001$ ); \*різниця статистично значуща відносно контрольної групи ( $p < 0,01$ ).

Таблиця 9

Група	п	Порівняльний аналіз частоти тютюнопаління в досліджуваних групах жінок	
		Тютюнопаління, п (%)	p
1-ша	250	52 (20,8)	$\chi^2=26,8$ ; $p < 0,0001$
2-га	250	96 (38,4)*	
3-тя	250	102 (40,8)*	
Контролю	150	26 (17,3)	

Різниця між групами дослідження (1-ю, 2-ю, 3-ю) за частотою тютюнопаління статистично значуща ( $\chi^2=26,8$ ;  $p < 0,0001$ ); \*різниця статистично значуща відносно контрольної групи ( $p < 0,01$ ).

оцінки реалізації хворих раннього репродуктивного віку достовірно не відрізняється від даних здорових жінок контрольної групи.

Також відзначимо, що з віком частота незадовільної оцінки своїх здобутків, якості свого життя та самореалізації у жінок з МС зростає (70,6%;  $p < 0,0001$ ), що може свідчити про негативний вплив компоненту МС на якість життя жінок із зазначеним МС.

Різниця статистично не значуща між 1-ю групою та контрольною, але статистично значуща у старших вікових групах (2-й та 3-й) за рахунок суттєвого зниження частоти доброї самооцінки та приросту незадовільної самооцінки ( $p < 0,01$ ).

Загальне здоров'я людини передбачає хороше самопочуття, бадьорість, наявність енергії, працездатність, а також гармонійність статевого стосунку.

При порівнянні якості статевого життя у здорових жінок та пацієнток із МС за умови однорідності груп щодо сімейного стану виявлено значно частіші скарги на нерегулярність статевого життя та дисгармонію сексуальних стосунків серед пацієнток активного та пізнього репродуктивного віку з МС, ніж серед здорових жінок групи контролю ( $\chi^2_{1-2-3}=99,8$ ;  $p < 0,0001$ ) (табл. 8).

Отримані дані можуть свідчити про негативний вплив стану хронічного стресу на тлі ожиріння та притаманних йому дисгормональних змін на психологічний бік сімейних статевого стосунків.

Результати аналізу поширеності тютюнопаління в досліджуваних групах свідчать про превалювання жінок, які палять, серед хворих активного і пізнього репродуктивного віку, відповідно 38,4 та 40, % на тлі 17,3% серед жінок контрольної групи (табл. 9).

## Висновки

Таким чином, узагальнюючи дані анамнезу та клінічну характеристику жінок із МС, нами відзначено те, що факторами ризику розвитку МС у жінок можна вважати дитячі інфекційні захворювання та появу надмірної маси тіла в пубертатний період, патологічний вік менархе (<11 років та >16 років), наявність стресових ситуацій, а також роботу з високим рівнем інтелектуальної диференціації та з низьким рівнем фізичної активності.

Результати нашого дослідження свідчать також про те, що наявність у пацієнток МС і ожиріння як основного її компонента зменшує відчуття задоволеності собою, самореалізації та, відповідно, вражає їх психоемоційний статус. Підтвердженням негативного впливу проявів МС на життя є також дисгармонія у сексуальних стосунках у шлюбі у жінок, які страждають на цей синдром, збільшення серед них поширеності тютюнопаління.

Безумовно, основною метою терапевтичного менеджменту МС є запобігання розвитку діабету; хвороб системи кровообігу та їх ускладнень — інсульту, інфаркту. Однак не менш важливим є підтримання належного рівня психоемоційного здоров'я жінок, порушення якого на тлі ожиріння підтвержене в дослідженнях.

Створення адекватної аргументованої мотивації для зміни способу життя (наприклад фізична активність 150 хв/тиж) та переходу на здорову дієту може сприяти зменшенню надмірної маси тіла і нормалізації маркерів МС. Адже саме способом життя людини, а не лише добробутом, умовами праці й побуту найбільше визначається рівень її здоров'я.

На сьогодні доведено (World Health Organization, 2000; Hauner N., 2002), що з усіх чинників, що впливають на здоров'я людини, 50% належить саме способу життя.

З огляду на гостру необхідність протидії швидкому розповсюдженню МС, особливо серед жінок репродуктивного віку, обов'язком лікарів-гінекологів є звернення уваги пацієнток на їх особисту відповідальність не лише за своє власне здоров'я, але й за збереження фертильності всієї популяції.

## Список використаної літератури

- Дубоссарская З.М., Дубоссарская Ю.А. (2009) Метаболический синдром и гинекологические заболевания. *Medix Anti-Aging*, 2(8): 42–51.
- Коробка Л.М. (2011) Психологічне здоров'я людини в контексті здорового способу життя.

Освіта регіону: політологія, психологія, комунікації, 2: 332–337.

Манухин И. Б., Геворкян М. А. (1999) Метаболические нарушения у женщин с синдромом поликистозных яичников. *Проблемы репродукции*. 4: 7–13.

Серов В.Н., Прилепская В.Н., Овсянникова Т.В. (2004) Гинекологическая эндокринология. МЕДпресс-информ., Москва, с. 139–153, 155–158, 274–275, 285–330.

Alberti K.G., Zimmet P.Z. (1998) Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. *Diabet. Med.*, 15(7): 539–553.

Avogaro P., Crepaldi G., Enzi G., Tiengo A. (1965) Metabolic aspects of essential obesity. *Epatologia*, 11(3): 226–238.

Balkau B., Charles M.A. (1999) Comment on the provisional report from the WHO consultation. European Group for the Study of Insulin Resistance (EGIR). *Diabet. Med.*, 16(5): 442–443.

Camus J.P. (1966) Gout, diabetes, hyperlipemia: a metabolic trisynndrome. *Rev. Rhum. Mai. Osteoartic*, 33 (1): 10–14.

Coviello A.D., Sam S., Legro R.S., Dunaif A. (2009) High prevalence of metabolic syndrome in first-degree male relatives of women with polycystic ovary syndrome is related to high rates of obesity. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 94: 4361–4366.

Hanefeld M., Fischer S., Schmechel H. (1991) Diabetes Intervention Study. Multi-intervention trial in newly diagnosed NIDDM. *Diabetes Care*, 14(4): 308–317.

Hauner H. (2002) Insulin resistance and the metabolic syndrome — a challenge of the new millennium. *Eur. J. Clin. Nutr.*, 56(Suppl. 1): S25–S29.

Kim S.H., Reaven C.M. (2004) The metabolic syndrome: one step forward, two steps back. *Diab. Vasc. Dis. Res.*, 1(2): 68–75.

Reaven G.M. **Banting lecture 1988** (1988) Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes*, 37: 1595–1607.

Vague J. (1966) Sexual differentiation. A determinant factor of the forms of obesity. 1947. *Obes. Res.*, 4(2): 201–203.

World Health Organisation (1999) WHO Consultation: definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: Report of a WHO Consultation. Part I: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. WHO/NCD/NCS/99.2, World Health Organisation, Geneva.

World Health Organization (2000) Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report on a WHO Consultation Technical Report Series, No 894. Geneva, 265 p.

## Социально-психологические особенности здоровья женщин с метаболическим синдромом

Н.Ю. Вороненко

Резюме. Стаття розкриває актуальні питання взаємозв'язку між розвитком

метаболического синдрому (МС) у женщин репродуктивного возраста и состоянием их психического благополучия. В работе показано, что наличие у пациенток с МС ожирения уменьшает ощущение удовлетворенности собой, самореализации и, соответственно, искажает их психоэмоциональный статус. Подтверждением негативного влияния проявлений МС на качество жизни женщин также является дисгармония в сексуальных отношениях в браке, повышение среди женщин с указанными расстройствами распространенности табакокурения. Создание адекватной аргументированной мотивации для изменения образа жизни и перехода на здоровую диету может способствовать снижению избыточного веса и нормализации маркеров МС.

Ключевые слова: метаболический синдром, ожирение, психическое здоровье.

## Social and psychological characteristics of health in women with metabolic syndrome

N.Y. Voronenko

Summary. The article explores associations between the progress of metabolic syndrome (MS) and mental wellbeing among fertile women. The study demonstrates that MS patients with obesity have lower self-esteem and poorer assessment of self-fulfillment, which compromises their psycho-emotional status. The negative effects of MS manifestations on the life course have been approved by evidences of unsatisfactory family sexual relations and larger prevalence of tobacco smoking among them. Creating an adequate and evidence-based motivation for changing lifestyle to a healthier one and improving nutrition patterns could facilitate weight loss and normalize MS markers.

Key words: metabolic syndrome, obesity, mental wellbeing.

## Адреса для листування:

Вороненко Наталія Юріївна  
04112, Київ, вул. Дорогожицька, 9  
Національна медична академія  
післядипломної освіти імені  
П.Л. Шупика, кафедра акушерства,  
гінекології та перинатології  
E-mail: clinicnv@ukr.tel

Одержано 10.06.2013