

DOI: 10.52705/2788-6190-2024-04.1-03
УДК 618.173:616.44

Актуальні аспекти клімактеричних порушень у жінок із гіпотиреозом

Н. Ф. Митринюк^{1,2}

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

²Клініка City Doctor, м. Київ

Мета дослідження: вивчити у порівняльному аспекті клінічний перебіг клімактеричного синдрому у жінок із нормальною і зниженою функцією щитоподібної залози.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 60 жінок, що були розподілені на дві групи: основна група – 30 жінок із клімактеричним синдромом на фоні гіпотиреозу, які отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи; контрольну групу склали 30 жінок із клімактеричним синдромом, які мали таку супутню фонову патологію, але без гіпотиреозу.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, функціональні, ендокринологічні та психологічні методи.

Результати. Ступінь вираженості клімактеричних порушень у жінок із гіпотиреозом має свої специфічні особливості. Насамперед вони полягають у переважанні сумарної частоти основних клімактеричних порушень (приливи жару, пітливість, порушення сну, депресивний настрій і слабкість), а також в істотних розходженнях з боку рівня й інтенсивності вегетативних порушень (емоційна нестійкість, порушення сну, підвищена пітливість, коливання артеріального тиску, головний біль і утруднений похід).

Це дозволяє зробити висновок про несприятливий вплив недостатньої функції щитоподібної залози на клінічний перебіг менопаузального періоду і виділити цих жінок у самостійну групу для рішення актуальної задачі сучасної гінекології.

Висновки. Клімактеричний синдром у жінок із нормальною та зниженою функцією щитоподібної залози має свої специфічні особливості, що виражаються в серйозних дисгормональних порушеннях, змінах гомеостазу і високому рівні психоемоційного напруження і депресивних станів. На нашу думку, отримані результати є достатньо переконливим науковим обґрунтуванням необхідності розробки нового підходу до корекції клімактеричних порушень у хворих цієї групи.

Ключові слова: клімактеричні порушення, гіпотиреоз, актуальні аспекти.

У сучасній демографічній ситуації в Україні збільшується відносна кількість жінок старших вікових груп, що призводить до підвищеної уваги за станом їх здоров'я й активного способу життя [1–3]. Серед різних проблем гінекологічної захворюваності одне з головних місць посідає клімактеричний синдром, частота якого залишається відносно високою, а крім того відбувається його омолодження і переобтяження ступеня виразності з боку внутрішніх органів [4–6].

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

Більшість робіт вітчизняних і зарубіжних досліджень щодо проблеми клімактеричного періоду присвячено вивченню ендокринологічних особливостей, а також впливу цієї патології на серцево-судинну систему й опорно-руховий апарат [7–9]. У зв'язку з цим, представляє певний інтерес вивчення взаємозв'язку функціонального стану щитоподібної залози (ЩЗ) у жінок із клімактеричними порушеннями, особливо з огляду на вплив тиреоїдних гормонів на стан гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової активності. Крім того, функціональне напруження ЩЗ значно збільшується у випадках, коли зростає потреба організму в йоді, зокрема і під час клімактеричного періоду, що частіше призводить до гіпофункції ЩЗ [10–12]. Тиреоїдні гормони підтримують в організмі певний рівень обміну речовин, а вікове їхнє зниження приводить до низки серйозних метаболічних змін: порушенню ліпідного обміну, атеросклерозу, судинної недостатності тощо [13–15].

Незважаючи на значну кількість наукових публікацій з проблеми клімактеричного синдрому, не можна вважати всі питання даної проблеми цілком вирішеними. На нашу думку, насамперед це відноситься до особливостей клінічного перебігу клімактеричних порушень у жінок саме із гіпофункцією ЩЗ. Усе це безумовно свідчить про актуальність обраного наукового напрямку.

Мета дослідження: вивчити у порівняльному аспекті клінічний перебіг клімактеричного синдрому у жінок із нормальною і зниженою функцією ЩЗ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети нами обстежено 60 жінок, яких було розподілено на дві групи:

- основна група – 30 жінок із клімактеричним синдромом на фоні гіпотиреозу, які отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи;
- контрольна група – 30 жінок із клімактеричним синдромом, які мали таку саму супутню фонову патологію, але без гіпотиреозу.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, функціональні, ендокринологічні та психологічні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані дані свідчать про наявність вікових особливостей серед обстежених жінок. Порівнюючи отримані дані у жінок контрольної групи можна зазначити на перевагу вікового показника «46–50 років» (60,0%), середній вік становив $47,6 \pm 1,2$ року. Порівняно з цим в основній групі частіше фіксували значення «40–45 років» (70,0%), а їх середній вік був достовірно нижче – $43,1 \pm 1,1$ року ($p < 0,05$). З огляду на той факт, що в основній і контрольній групах були включені тільки жінки з явною симптоматикою клімактеричного синдрому (вазомоторні і психоемоційні розлади) на фоні гіпотиреозу, то можна зробити висновок про більш раннє настання клімактеричного синдрому у жінок із даним варіантом екстрагенітальної патології.

При вивченні даних акушерсько-гінекологічного анамнезу не відзначено істотних розходжень із боку середнього віку менархе (близько 13 років), середньої тривалості менструального циклу (трохи більше 27 днів) і середньої тривалості менструальної кровотечі (близько 5 днів). Цілком іншу картину можна було спостерігати під час оцінювання середнього віку початку клімактеричного синдрому достовірно нижче у жінок із гіпотиреозом (контрольна група – $48,4 \pm 1,2$ року проти основної групи – $42,3 \pm 1,4$; $p < 0,05$).

Під час аналізу фонові супутньої генітальної патології насамперед необхідно відзначити відсутність суттєвих відмінностей між групами за всіма параметрами, що вивчаються. Найчастіше в обстежених жінок в анамнезі спостерігалися хронічні запальні захворювання матки і придатків (контрольна група – 16,7%, основна група – 20,0%); патологічні зміни шийки матки (контрольна група – 13,3%, основна група – 16,7%) і кісти яєчників в анамнезі (контрольна група – 10,0%, основна група – 10,0%). У поодиноких випадках (3,3–6,7%) спостерігалися міома матки (без гормонотерапії і оперативного втручання) та різні форми ендометріозу.

Як було вже відзначено вище, пацієнтки основної групи мали гіпофункцію ЩЗ за рахунок гіпотиреозу. При вивченні тривалості основного соматичного захворювання необхідно зазначити, що середня тривалість становила біля 4 років. Серед основних причин розвитку гіпотиреозу слід вказати на явну перевагу в обох групах хронічного аутоімунного тиреоїдиту (73,3%) порівняно із постопераційним гіпотиреозом (20,0%) і ендемічним зобом (6,7%).

Серед основних варіантів супутньої соматичної захворюваності можна виділити три основні моменти:

- нейроциркуляторна астения (контрольна група – 13,3%, основна група – 16,7%);
- захворювання травного тракту (контрольна група – 10,0%, основна група – 13,3%);
- захворювання нирок (контрольна група – 13,3%, основна група – 16,7%).

У поодиноких випадках (3,3–6,7%) діагностували гіпертонічну хворобу, остеохондроз і варикозну хворобу. Враховуючи наявність гіпотиреозу в основній групі показник середньої частоти екстрагенітальної патології на одну пацієнтку із клімактеричним синдромом був вище у середньому на 1,0. Встановлені особливості основної і супутньої соматичної захворюваності повністю відповідають поставленій меті цього наукового дослідження.

Клінічна симптоматика гіпотиреозу у жінок клімактеричного віку є достатньо обширною. Так, частіше всього жінки скаржилися на:

- слабкість (93,3%);
- сухість шкірних покривів (90,0%);
- сонливість (86,7%);
- сповільнення мови (83,3%);
- набряклість вій (80,0%);
- відчуття холоду (80,0%).

Решта варіантів зустрічались набагато рідше, але їх рівень міг специфічно впливати на клінічний перебіг клімактеричного періоду.

Отже, як продемонстрували основні результати клінічної характеристики обстежених жінок, необхідність виділення пацієнток із клімактеричним синдромом на фоні гіпотиреозу в самостійну наукову задачу обумовлена низкою факторів: більш ранній початок вазомоторних і психоемоційних розладів, високий рівень супутньої гінекологічної і соматичної захворюваності, а також наявність вираженої клінічної симптоматики в низці випадків. Ці дані ще раз підтверджують актуальність обраного наукового напрямку.

Основним завданням цього етапу наших досліджень стало вивчення основних порівняльних аспектів клінічного перебігу клімактеричного синдрому у жінок без та з гіпотиреозом. У цьому аспекті насамперед була проведена оцінка тяжкості клімактеричного синдрому за індексом Куппермана.

Відповідно до отриманих результатів у жінок із гіпотиреозом достовірно частіше зустрічалися такі симптоми, як:

- припливи жару (контрольна група – $3,7 \pm 0,3$, основна група – $9,3 \pm 0,4$; $p < 0,01$);
- пітливість (контрольна група – $2,8 \pm 0,2$, основна група – $5,1 \pm 0,3$; $p < 0,01$);
- порушення сну (контрольна група – $2,8 \pm 0,3$, основна група – $4,1 \pm 0,3$; $p < 0,05$);
- депресивний настрій (контрольна група – $1,6 \pm 0,1$, основна група – $2,5 \pm 0,2$; $p < 0,05$);
- слабкість (контрольна група – $1,2 \pm 0,1$, основна група – $2,9 \pm 0,2$; $p < 0,01$).

Наведені вище особливості істотно вплинули на розподіл ступеня тяжкості клімактеричного синдрому в різноманітних групах. Так, якщо у жінок контрольної групи явно переважав легкий ступінь клімактеричного синдрому (60,0%), то в основній групі частіше зустрічалися легкий і середній ступені тяжкості (по 36,7%), проте і рівень тяжких форм клімактеричного синдрому був у 2,7 раза вище в жінок із гіпотиреозом (контрольна група – 10,0%, основна група – 26,7% відповідно). Основні розходження були обумовлені такими симптомами, як приливи жару, пітливість, порушення сну, депресивний настрій і слабкість.

Отримані результати були підставою для більш поглибленого вивчення частоти вегетативних порушень.

Серед жінок основної групи достовірно частіше зустрічалися такі симптоми:

- емоційна нестійкість (контрольна група – $1,9 \pm 0,2$, основна група – $3,2 \pm 0,3$; $p < 0,05$);
- порушення сну (контрольна група – $2,1 \pm 0,2$, основна група – $3,0 \pm 0,3$; $p < 0,05$);
- підвищена пітливість (контрольна група – $2,6 \pm 0,2$, основна група – $4,2 \pm 0,1$; $p < 0,05$);
- коливання артеріального тиску (контрольна група – $2,4 \pm 0,2$, основна група – $3,4 \pm 0,3$; $p < 0,05$);
- головний біль (контрольна група – $2,1 \pm 0,2$, основна група – $3,3 \pm 0,3$; $p < 0,05$);
- хворобливі спазми в пальцях рук, ніг і литкових м'язів (контрольна група – $1,3 \pm 0,1$, основна група – $2,0 \pm 0,2$; $p < 0,05$);
- напади запаморочення (контрольна група – $1,5 \pm 0,1$, основна група – $2,5 \pm 0,2$; $p < 0,05$);
- утруднений подих (контрольна група – $2,6 \pm 0,2$, основна група – $3,5 \pm 0,3$; $p < 0,05$);
- напади панічного страху і відчуття внутрішнього тремтіння (контрольна група – $1,2 \pm 0,1$, основна група – $1,9 \pm 0,2$; $p < 0,05$);
- порушення функції травного тракту (контрольна група – $3,2 \pm 0,3$, основна група – $4,5 \pm 0,4$; $p < 0,05$);
- алергічні реакції (контрольна група – $1,1 \pm 0,1$, основна група – $1,9 \pm 0,2$; $p < 0,05$).

Отже, за результатами цього етапу, ступінь вираженості клімактеричних порушень у жінок із гіпотиреозом має свої специфічні особливості. Насамперед вони полягають у переваженні сумарної частоти основних клімактеричних порушень (приливи жару, пітливість, порушення сну, депресивний настрій і слабкість), а також в істотних розходженнях з боку рівня й інтенсивності вегетативних порушень (емоційна нестійкість, порушення сну, підвищена пітливість, коливання артеріального тиску, головний біль і утруднений подих).

Усе це дозволяє зробити висновок про несприятливий вплив недостатньої функції ЩЗ на клінічний перебіг менопаузального періоду і виділити цих жінок у самостійну групу для рішення актуальної задачі сучасної гінекології. У цьому зв'язку певний інтерес представляють дані про основні психосоціальні фактори в обстежених жінок.

В останні роки все більш актуальними стають питання якості життя. Аналіз оцінки якості життя дозволяє побачити більш повну клінічну картину захворювання, що може бути використаним для контролю за динамікою хвороби і реакцією на одержувану терапію, а також для прогнозу результатів лікування. У результаті цього формується уявлення про співвідношення користі та ризику терапії.

Під час оцінювання сумарного показника якості життя необхідно відзначити, що різниця між контрольною та основною групами становила 67,0 бала або 18,9% від рівня жінок без гіпотиреозу.

Одним із найбільше показових моментів для дослідження психологічного статусу є рівень депресії і тривоги. При цьому найбільш виражені розходження фіксували з боку показника «депресія» (контрольна група – 12,2%, основна група – 24,6%). Була відсутня різниця в частоті «особистої тривоги» (контрольна група – 30,2%, основна група – 31,1%), а такий показник, як «реактивна тривога» зустрічався частіше серед жінок із гіпотиреозом (контрольна група – 41,2%, основна група – 51,4% відповідно).

Безумовно, наявність депресивного стану у жінок із менопаузальним періодом залежить від рівня естрогенів, проте крім цього, на нашу думку, слід враховувати і ступінь вираженості вегетативних і вазомоторних симптомів. Підтвердженням цьому є і більш високий рівень стану «реактивної тривоги» у жінок із недостатньою функцією ЩЗ.

На наш погляд, встановлені психологічні розлади, що переважають у жінок із гіпотиреозом, можуть пояснюватися не тільки зниженням функції яєчників, а й порушенням механізмів подолання стресу.

Вивчення основних психосоціальних факторів у жінок із нормальною та зниженою функцією ЩЗ продемонструвало більш високий рівень депресії і реактивної тривоги серед жінок основної групи. На нашу думку, ці психологічні розлади можуть пояснюватися порушенням механізмів подолання стресу (соціальна ізоляція, безпомічність у рішенні важливих проблем і часте самозвинувачення), а також переваженням незрілих стилів захисту (пасивної агресії, відсторонення від ситуації, що укладається, і висока соматизація). Цей комплекс психологічних проблем є наслідком недостатньої функції ЩЗ і призводить до погіршення якості життя при середньому рівні психосоціального стресу.

Перераховані вище особливості клініко-психологічного стану жінок без та з гіпотиреозом диктують необхідність додаткового вивчення гормональних, гемостазіологічних і біохімічних даних у порівняльному аспекті.

Під час оцінювання гормонального статусу були виділені основні показники, які найбільш глибоко вивчалися при даній патології: естрадіол, ФСГ, ЛГ, загальний тестостерон, ТТГ, Т4 і Т3. Отримані нами результати свідчать про більш виражені дисгормональні порушення у жінок основної групи, що виражалися в достовірному зниженні вмісту естрадіолу (контрольна група – $52,4 \pm 3,1$ нмоль/л, основна група – $31,8 \pm 2,3$ нмоль/л; $p < 0,05$) і Т4 (контрольна група – $14,5 \pm 1,2$ пмоль/л, основна група – $10,2 \pm 1,0$ пмоль/л; $p < 0,05$).

Характерною рисою цих даних є зменшення рівня естрадіолу і вільного тироксину у жінок із гіпофункцією ЩЗ. Зіставленням отриманих даних з клінічними і психосоціальними аспектами у пацієток основної групи можна пояснити високу частоту виявлених патологічних змін, обумовлених комплексом описаних факторів не тільки медичного, але і соціального характеру. Одночасно з цим, констатоване достовірне збільшення інших досліджуваних показників: ФСГ (конт-

рольна група – $41,2 \pm 3,4$ ммоль/л, основна група – $62,5 \pm 3,1$ ммоль/л; $p < 0,05$); ЛГ (контрольна група – $70,8 \pm 5,2$ ммоль/л, основна група – $101,4 \pm 6,1$ ммоль/л; $p < 0,05$); тестостерону (контрольна група – $1,4 \pm 0,1$ нмоль/л, основна група – $2,0 \pm 0,1$ нмоль/л; $p < 0,05$) і ТТГ (контрольна група – $2,5 \pm 0,1$ мкМО/мл, основна група – $14,3 \pm 1,2$ мкМО/мл; $p < 0,001$).

Отримані дані є прямим підтвердженням та доповнюють встановлені розходження між групами в клінічному перебігу клімактеричного синдрому і психосоціальному статусі.

ВИСНОВКИ

Отже, як показали основні дані, клімактеричний синдром у жінок із нормальною та зниженою функцією щитоподібної залози має свої специфічні особливості, що виражаються в серйозних дисгормональних порушеннях, змінах гомеостазу і високому рівні психоемоційного напруження і депресивних станів.

На нашу думку, отримані результати є достатньо переконливим науковим обґрунтуванням необхідності розроблення нового підходу до корекції клімактеричних порушень у хворих цієї групи.

Women have actual aspects of climacteric violations with a hypothyroidism N. F. Mitrinyuk

The objective: to learn in a comparative aspect clinical motion of climacteric syndrome for women with the normal and decreased function of thyroid.

Materials and methods. By us 60 women which parted on two groups were inspected: main a group is 30 women with a climacteric syndrome on a background a hypothyroidism, which got the generally accepted treatment-and-prophylactic measures; a control group was made by 30 women with a climacteric syndrome, which had such concomitant base-line pathology, but without a hypothyroidism.

In the complex of the conducted researches were included clinical, functional, endocrinological and psychological methods.

Results. The degree of expressiveness of climacteric violations for women with a hypothyroidism has the specific features. First of all, they consist in dominance of total frequency of basic climacteric violations (waves of heat, sweating, sleep disturbances, depressed mood and weakness), and also in substantial divergences from the side of level and intensity of vegetative violations (emotional instability, sleep disturbances, enhanceable sweating, crushing arterial pressure, head pain and laboured breathing).

It allows to draw conclusion about unfavorable influence of insufficient function of thyroid on clinical motion of menopausal period and to select these women in an independent group for the decision of actual task of modern gynaecology.

Conclusions. A climacteric syndrome for women with the normal and decreased function of thyroid has the specific features, which are expressed in serious dishormonal violations, changes of homeostasis and high level of psycho-emotional tension and depressions. The results got to our opinion are the convincing enough scientific ground of necessity of development of the new going near the correction of climacteric violations for the patients of this group.

Keywords: climacteric violations, hypothyroidism, actual aspects.

Відомості про автора

Митринюк Наталія Федорівна – аспірант, кафедра акушерства, гінекології та перинатології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (096) 928-46-92. E-mail: nataliyamitrinyuk92@gmail.com

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

Information about the author

Mitrinyuk Natalia F. – graduate student department of obstetric, gynecology and perinatology Shupyk National Healthcare University of Ukraine of MH Ukraine, Kyiv; tel.: (096) 928-46-92. E-mail: nataliyamytryniuk92@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Berg J., 2020. The modern management of the menopause / J. Berg, M. Hammon.// London: 201p.
2. Blumel J.E., 2022. Menopausal transition, physiopathology, clinical and treatment / J.E. Blumel, M.N. Cruz, N.J. Aparicio // *Medicina (B-Aires)*:62 (1):57–65.
3. Borenstein J.E., 2022. Health and economic impact of the premenstrual syndrome Text. / J. E. Borenstein, B. B. Dean, J. Endicott // *J Reprod Med.*:48:515–24.
4. Buckler H., 2023. The menopause transition: endocrine changes and clinical symptoms / H. Buckler // *J. British. Menop. Soc.*:11:2:61–5.
5. Burger H., 2022. Hormonal patterns in the later menopause transition / H. Burger, N. Santoro // *Textbook of Perimenopausal Gynecology. The Parthenon Publishing Group*:P. 1317-68.
6. Burr D.V., 2022. Effects of bone active agents on bone quality / D.V. Burr // *Osteoporosis Int.*:13:3:73–4.
7. Carr M.C., 2022. The emergence of the metabolic syndrome with menopause / M.C. Carr // *J Clin Endocrinol Metab.*:88(6):2404–11.
8. Chawla A., 2020. Premenstrual dysphoric disorder: is there an economic burden of illness? / A. Chawla, R. Swindle, S. Long // *Med Care.*:40:1101–12.
9. Cohen L.S., 2023. Diagnosis and management of mood disorders during the menopausal transition / L.S. Cohen // *The American Journal of Medicine.*:118:93–7.
10. Cruz M.N., 2022. Menopausal transition, physiopathology, clinical and treatment / M.N. Cruz, N.J. Aparicio // *Medicina (B-Aires)*:62 (1):57–65.
11. Deligeorgiou E., 2022. Oral contraceptives and reproductive system cancer / E. Deligeorgiou, E. Michailidis, G. Creatas // *Ann N.Y. Acad Sci.*:997:199–208.
12. Dennerstein L., 2020. Sexuality and the menopause / L. Dennerstein, A.M. Smith, C.A. Morse // *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.*:15:59–66.
13. Dennerstein L., 2021. A prospective population-based study of menopause symptoms / L. Dennerstein, E.C. Udley, J.L. Hopper // *Obstet. Gynecol.* –2011:96:3:351–8.
14. Desai H.D., 2021. Major depression in women: a review of the literature / H.D. Desai, M.W. Jann // *J. Am. Pharm. Assoc.*:40:525–37.
15. Di Carlo C., 2022. Effect of sex steroid hormones and menopause on serum leptin concentrations / C. Di Carlo, G.A. Tommaselli, C. Nappi // *Gynecol Endocrinol.*:16(6):479–91.