

© М.О. Павловська, 2017

УДК 618.173+616.441

М.О. ПАВЛОВСЬКА

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, медичний факультет, кафедра акушерства і гінекології № 1, Київ

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КЛІМАКТЕРИЧНОГО ПЕРІОДУ У ЖІНОК ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ НА ФОНІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Рання профілактика ускладнень клімаксу дозволяє призупинити формування стійких змін як серцево-судинної, так і інших систем організму жінки. У статті надано порівняльну оцінку перебігу артеріальної гіпертензії як прояву клімактеричного синдрому і предиктора формування серцево-судинних захворювань, при наявності супутніх захворювань у жінок. У дослідженні взяло участь 414 жінок віком від 45 до 55 років, їх поділено на 4 групи: першу групу (контроль) склали жінки перименопаузального віку без супутньої соматичної патології; другу групу – жінки, в яких клімактеричний синдром перебігав на тлі цукрового діабету, що розвинувся в них раніше; третю групу – хворі жінки з супутнім гіпотиреозом і четверту групу – пацієнтки з соматоформними розладами. Встановлено, що в жінок із супутньою патологією переважали типові форми клімактеричного синдрому (62,3%). Найтяжчий перебіг клімактеричного синдрому серед пацієнток із супутньою патологією був у жінок із патологією щитоподібні залози. Результати аналізу свідчать, що всі обстежені пацієнтки мали два і більше чинників ризику розвитку серцево-судинних захворювань. У більшості пацієнток усіх груп була обтяжена спадковість щодо виникнення артеріальної гіпертензії і серцево-судинних захворювань, відповідно 71,3 %, 70,8 % і 70,1%.

**Ключові слова:** клімактеричний період, артеріальна гіпертензія, супутня патологія, фактори ризику

**Вступ.** Клімактеричний період у житті жінки характеризується істотною перебудовою функціональних систем організму, що часто призводить до формування і прогресування різних захворювань [4]. Саме в перименопаузі, що є раннім періодом клімаксу, припинення функції яєчників формує характерну клінічну симптоматику, при цьому спостерігається розвиток широкого кола соматичних захворювань [5]: серцево-судинних, ендокринних, патології опорно-рухового апарату, шлунково-кишкового тракту, органів дихання та психосоматичних розладів, що може суттєво впливати на перебіг клімаксу [5]. У науковій літературі представлені численні дані про клінічні прояви типової форми клінічного синдрому, проте вкрай мало інформації щодо особливостей клініки досить поширеної сьогодні ускладненої форми клімактеричного синдрому, при якій симптоми основного захворювання і клімактеричні прояви обтяжують один одного. Отримання даних про соматичні особливості даної категорії пацієнток обумовлені необхідністю виявлення і дослідження соматико-детермінованих закономірностей проявів клімактеричного синдрому.

Типові симптоми клімаксу поділяють на три основні групи [4]:

– ранні симптоми: вазомоторні (відчуття приливи, жару, пітливість, головний біль, артеріальна гіпертензія (АГ), тахікардія); емоційно-психічні (дратівливість, сонливість, загальна слабкість, депресія, відчуття неповноцінності, тривожність тощо);

– симптоми середини менопаузи: сечовостатевої розлади (атрофія статевих органів, спричинена естрогенодефіцитом, що проявляється диспареунією, нетриманням сечі тощо);

– пізні обмінні розлади: остеопороз; серцево-судинні захворювання (ССЗ).

Відомо, що поширеність цукрового діабету (ЦД) і гіпотиреозу зростає в старших вікових групах, при цьому обидва захворювання більш поширені серед жінок. Маніфестація ЦД 2 типу часто відбувається в перименопаузальному періоді, у віці 45–50 років, оскільки дефіцит жіночих статевих гормонів сприяє формуванню абдомінального ожиріння і є пусковим механізмом для посилення порушень вуглеводного обміну [11]. Підвищений вміст нутрощевої жирової тканини пов'язаний із розвитком АГ і низки інших метаболічних факторів ризику серцево-судинних захворювань (ССЗ) [9]. Особливий інтерес викликає дослідження взаємозв'язку функціонального стану щитоподібної залози (ЩЗ) у жінок із клімактеричними порушеннями, враховуючи вплив тиреоїдних гормонів на стан гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової активності. Захворювання ЩЗ посилюють вазомоторні та емоційно-вегетативні прояви гіпоестрогенемії [1]. Серед факторів, що впливають на якість життя жінок у перименопаузальному періоді є вегетативно-судинні порушення (приливи жару, підвищена пітливість, підвищення або коливання артеріального тиску (АТ), прискорене серцебиття, симпато-адреналові кризи), а також психоемоційні розлади (погіршення настрою, загальна слабкість, швидка стомлюваність, сонливість, роздратованість, занепокоєння, агресивність, образливість і депресії, які в низці випадків мають домінуючий характер [5]. Вегетативні порушення, що виникають під час клімаксу, є ранніми симптомами перименопаузи і відображають ступінь вираженості клімактеричного синдрому [2].

Оскільки профілактична спрямованість сучасної медицини реалізується шляхом виявлення і корекції порушень на ранніх етапах їхнього формування,

стає очевидним, що рання профілактика ускладнень клімаксу дозволяє призупинити формування стійких змін як серцево-судинної, так і інших систем організму жінки.

У дослідженнях останніх років наголошується, що менопауза є самостійним фактором ризику ССЗ, що обґрунтовує необхідність раннього виявлення патологічних проявів гормональної перебудови в даній категорії жінок. При цьому, АГ у них є, з одного боку, найбільш поширеним захворюванням, з іншого – єдиним фактором ризику, усунення якого достовірно зменшує ризик виникнення ССЗ [10, 12].

**Мета дослідження.** Зробити порівняльну оцінку перебігу артеріальної гіпертензії як прояву клімактеричного синдрому і предикторів формування серцево-судинних захворювань, при наявності супутніх захворювань у жінок.

**Матеріали і методи.** У дослідженні взяло участь 414 жінок віком від 45 до 55 років, яких було поділено на 4 групи: першу групу (контроль) склали жінки перименопаузального віку без супутньої соматичної патології ( $n=102$ ), середній вік –  $(49,8 \pm 2,3)$  року; другу групу – жінки, клімактеричний синдром, в яких перебігав на тлі ЦД, що розвинувся в них раніше ( $n=101$ ), середній вік –  $(51,5 \pm 1,8)$  року; третя група – хворі жінки з супутнім гіпотиреозом ( $n=106$ ), середній вік –  $(51,6 \pm 1,4)$  року і четверту групу ( $n=105$ ), середній вік –  $(48,7 \pm 2,1)$  року – пацієнтки з соматоформними розладами (СФР). Тривалість ЦД у другій групі складала в середньому  $(4,8 \pm 1,6)$  року. Тривалість гіпотиреозу становила у середньому  $(3,8 \pm 0,4)$  року. Обстеження включало збір анамнезу, загальний огляд, вимірювання АТ, розрахунок індексу маси тіла (ІМТ), а також аналіз даних амбулаторних і стаціонарних карт, виписок з історії хвороби, висновків фахівців. Для виявлення клінічних проявів клімаксу, ступеня його тяжкості і вираженості нейровегетативних, обмінно-ендокринних і психоемоційних порушень розраховували менопаузальний індекс Куппермана за модифікацією Є.В. Уварової – модифікований менопаузальний індекс (ММІ).

Критеріями залучення пацієнток у дослідження були: вік 45–55 років; наявність ознак клімактеричного синдрому; період пременопаузи і перший рік менопаузи; АГ не вище за I–II ст., ІМТ не вище  $32 \text{ кг/м}^2$ ; для хворих на ЦД 2 типу – вміст глюкози крові натще не вище  $9 \text{ ммоль/л}$ ; для хворих на гіпотиреоз – вміст тиреотропного гормону (ТТГ) не вище за  $4,0 \text{ нмоль/л}$ .

**Результати досліджень та їх обговорення.** Встановлено, що в жінок із супутньою патологією переважали типові форми клімактеричного синдрому ( $62,3 \%$ ).

Клінічні прояви клімактеричного синдрому різного ступеня тяжкості відзначали всі пацієнтки другої групи. ММІ становив  $(54,1 \pm 2,7)$  бала, тобто наявна помірна вираженість симптомів клімактеричного синдрому. При цьому, слабка вираженість симптомів виявлена в 11 жінок ( $10,9\%$ ), помірна –

у 78 хворих ( $77,2\%$ ), важка – у 12 ( $11,9\%$ ) пацієнток. Домінували метаболічні і психоемоційні компоненти клімактеричного синдрому, при меншій значущості нейровегетативних розладів. Показник ММІ також залежав від маси тіла і був найбільш високим серед жінок з ожирінням.

У жінок третьої групи ММІ становив  $(58,2 \pm 4,4)$  бала. Значно частіше, ніж в осіб без ендокринної патології, у групі жінок із гіпотиреозом характерними були такі симптоми клімактеричного синдрому: приливи жару, пітливість, порушення сну, депресивні та тривожні стани, що істотно вплинули на визначення ступеня тяжкості клімактеричного синдрому. Не виявлено випадків легкого перебігу клімактеричного синдрому, помірний і важкий ступінь був в 91 ( $85,8\%$ ) та 15 ( $14,2\%$ ) пацієнток, відповідно.

У жінок із соматоформними розладами ММІ становив  $(57,1 \pm 2,6)$  бала. Легкий перебіг клімактеричного синдрому виявлений у 30 ( $28,6\%$ ) жінок, середній ступінь тяжкості – у 75 ( $71,4\%$ ) випадків. Тяжкого перебігу клімактеричного синдрому в жінок четвертої групи не спостерігали. Розвитку психоемоційних порушень сприяли психотравми, стреси, особливості соціального статусу (сімейний стан, матеріальна забезпеченість, наявність роботи, взаємовідносини з дітьми, чоловіком, друзями), самоповага, життєва задоволеність, якість сексуальних стосунків (наявність партнера, порушення в статевій сфері), психічні розлади в анамнезі. Синдром вегетативної дисфункції (ВД) виявлений в усіх жінок четвертої групи. При цьому підвищений тонус парасимпатичної або симпатичної вегетативної нервової системи мали  $(65 \pm 7,0) \%$  і  $(30 \pm 7,0) \%$  пацієнток, відповідно. Підвищення симпатичної активності є загальним механізмом як для розвитку АГ, так і для виникнення приливів.

Нерідко менопауза негативно не впливає на життєдіяльність і на функції жіночого організму, проте при недостатності естрогенів розвиваються певні відхилення у стані здоров'я жінок, у тому числі й клімактеричний синдром, що ускладнює його фізіологічний перебіг [13]. В осіб, не обтяжених супутньою соматичною патологією, ММІ був найнижчий, який становив  $(42,2 \pm 3,23)$  бала. Найбільша тривалість клімактеричного синдрому була у пацієнток із ЦД –  $(4,7 \pm 0,3)$  року. Найчастішими були скарги жінок на такі прояви клімактеричного синдрому, як приливи жару, пітливість, порушення сну, сонливість, дратівливість, неврівноваженість і пригнічений настрій, а також стомлюваність. Ці вазомоторні і психоемоційні порушення відзначали при опитуванні більшість пацієнток в усіх групах.

Таким чином, отримані дані дозволяють стверджувати, що найтяжчий перебіг клімактеричного синдрому серед пацієнток із супутньою патологією спостерігався в жінок із патологією ЩЗ. Серед клінічної симптоматики гіпофункції ЩЗ найчастіше простежувалися слабкість ( $93,3\%$ ), сухість

шкірного покриву (90,0%), сонливість (86,7%), уповільнена мова (83,3%), набряклість повік (80,0%) і відчуття холоду (80,0%). Патологія ЩЗ у жінок цього віку важко розпізнається, оскільки клінічна картина проявляється симптомами вегетативної дисфункції, що часто трактується лікарем як клімактеричний синдром із нейровегетативним кризом. Ступінь вираженості клімактеричних порушень у жінок із гіпотиреозом має свої специфічні особливості, що полягають у переважанні основних клімактеричних симптомів – приливів жару, пітливості, порушень сну, депресивного настрою і слабкості. Це дозволяє стверджувати про несприятливий вплив недостатньої функції ЩЗ на клінічний перебіг менопаузального періоду.

Серед пізніх ускладнень клімактеричного періоду був проаналізований ризик виникнення ССЗ. Як відомо, із прогресуванням зниження концентрації статевих гормонів навіть необтяжений клімактеричний період спричинює збільшення частоти ССЗ, перш за все АГ [3, 7]. Отримані нами дані узгоджуються з даними наукової літератури [3, 7]: у структурі супутніх захворювань наявне підвищення АТ у 62,8% випадків серед пацієток усіх груп. Підвищення АТ виявлено у 67,3% пацієток із супутнім ЦД, у групах жінок із гіпотиреозом і без ендокринної патології АГ виявлена в 51,9 % і 42,0% випадків, відповідно. Переважаюче виникнення клімактеричного синдрому на тлі гіпертонічної хвороби свідчить про наявність його ускладненої типової форми. Тяжкий клімактеричний синдром також достовірно частіше діагностували серед пацієток з АГ.

При АГ перименопауза перебігала у вигляді дисфункціональних кровотеч (70,2%). При вивченні анамнезу жінок досліджуваних груп встановлена така залежність від наявності ендокринних захворювань. Встановлено, що дисфункціональні маткові кровотечі переважають у хворих із порушеннями функції ЩЗ і ожирінням (63,0 % і 75,7%, відповідно).

Наявність ЦД 2 типу і асоційованих із ним клініко-метаболических порушень істотно підвищувала ризик ССЗ, при цьому частота АГ, ішемічної хвороби серця і хронічної серцевої недостатності в жінок у клімактеричному періоді збільшується за наявності надмірної маси тіла. Встановлено, що 84,2% жінок другої групи мали надмірну масу тіла або ожиріння, у 71,3% була обтяжена спадковість щодо розвитку ССЗ. Виявлено, що майже у всіх пацієток діагностовано гіперліпідемію (90,1%). Середні показники АТ у жінок із клімактеричним синдромом на тлі ЦД 2 типу склали: систолічний АТ (САТ) – (156,6±8,7); діастолічний АТ (ДАТ) – (99,3±7,1) мм рт. ст. Характерною особливістю жінок із ЦД 2 типу було формування ССЗ вже в дебюті захворювання.

За даними літератури, у 27–50% хворих на первинний гіпотиреоз наявна супутня АГ. Водночас, незважаючи на увагу дослідників до проблеми АГ в

умовах коморбідності, надалі актуальним є вивчення особливостей перебігу АГ у хворих на гіпотиреоз, особливо в умовах вікових змін [6, 8]. Встановлено, що в пацієток із клімактеричним синдромом, АГ і гіпотиреозом, на тлі замісної терапії L-тироксином, порівняно з хворими на АГ без ендокринної патології, показники АТ істотно не відрізняються від показників у хворих на АГ без патології ЩЗ. Так, показники САТ у жінок із гіпотиреозом становили (153,5±10,2) мм рт. ст. і (149,5±10,8) мм рт. ст. у жінок із клімактеричним синдромом без супутньої патології. Показники ДАТ склали (91,6±8,1) і (80,0±3,3) мм рт. ст., відповідно. Водночас, у жінок із декомпенсованим гіпотиреозом дані показники значно вищі. Виявлена висока частота «нічної гіпертензії» (тип night-reaker) як для ДАТ, так і для САТ – у 33,3 % і 38,1%, відповідно.

Середні показники АТ у жінок із клімактеричним синдромом на тлі СФР (четверта група) склали: САТ – (160,2±7,8); ДАТ – (105,4±4,9) мм рт. ст. і були найвищими в досліджуваних групах. Більше половини пацієток даної групи скаржилися на нападоподібне підвищення АТ, що супроводжувалося різким підвищенням АТ до 180/90 мм рт. ст., відчуттям жару, хвилюванням, відчуттям «стискування» у животі, головним болем. Жінок часто турбував біль у ділянці серця, перебої і серцебиття, задишка, що є клінічними проявами вегетогормональної кардіоміопатії. Пацієнтки скаржилися, що напади підвищення АТ виникають після стресу, незначних фізичних навантажень і тривають від кількох хвилин до кількох годин. Однією з найбільш характерних особливостей пацієток даної групи з супутньою АГ був високий рівень тривожності і депресії, а негативний емоційний стан позначався на перебігу захворювання. Клімактерична депресія супроводжує соматоформні розлади і характеризується пригніченим, безрадісним настроєм із плаксивістю, зниженням інтересу до власної особи і оточення, зменшенням активності, відчуттям вікових змін (постаріння), страхом перед майбутньою старістю з тривожними побоюваннями за своє здоров'я. Наявність тривожно-депресивного стану підвищує ризик розвитку ССЗ та їхніх ускладнень, а підвищення АТ під час психоемоційного стресу також більше виражено з настанням менопаузи.

Результати аналізу чинників ризику розвитку ССЗ у жінок із клімактеричним синдромом на тлі супутньої патології представлені в таблиці 1.

Отримані дані свідчать, що всі обстежені пацієнтки мали два і більше чинників ризику розвитку ССЗ. Привертає увагу той факт, що окрім гормональних та метаболических порушень, характерних для цього періоду життя, простежується наявність спадкової схильності до розвитку ССЗ – у переважної більшості пацієток усіх груп була обтяжена спадковість з виникнення АГ і ССЗ (71,3 %; 70,8 %; і 70,1%, відповідно).

Чинники ризику розвитку серцево-судинних захворювань у жінок із клімактеричним синдромом в умовах супутньої патології

Фактори ризику	Група 2 (n=101)		Група 3 (n=106)		Група 4 (n=105)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Надмірна маса, ІМТ >25 кг/м <sup>2</sup>	85	84,2	81	76,4	60	57,1
Гіперліпідемія	91	90,1	90	84,9	71	67,6
Спадковість	72	71,3	75	70,8	74	70,1
Артеріальна гіпертензія	68	67,3	55	51,9	66	62,8
Цукровий діабет	101	100	–	–	–	–
Куріння тютюну	5	4,9	19	17,9	26	24,8
Гіподинамія	61	60,4	62	58,5	60	57,1

**Висновки.** Таким чином, настання менопаузи супроводжується фізіологічними змінами різних систем і органів, що зумовлено згасанням і припиненням функції яєчників. Одним із наслідків цього процесу є розвиток захворювань серцево-судинної системи. На тлі ендокринних захворювань ура-

ження серцево-судинної системи жінки проявляється посиленням тяжкості перебігу гіпертонічної хвороби або будь-якої попередньої серцево-судинної патології. Зміни в нервовій системі, супутні репродуктивному старінню, також можуть проявлятися кардіальними скаргами.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Дерябина Е.Г. Щитовидная железа и менопауза / Е.Г. Дерябина, Н.В. Башмакова. — Екатеринбург, 2012. — 141 с.
2. Елфимова Е.В. Психовегетативные расстройства в менопаузе / Е.В. Елфимова, М.А. Елфимов // Зам. глав. врача. — 2011. — № 3. — С. 92—99.
3. Катеренчук І.П. Артеріальна гіпертензія у різні вікові періоди жінки : практичний посібник для лікарів / І.П. Катеренчук. — Полтава, 2013. — 268 с.
4. Менопауза: руководство / под ред. В.П. Сметник; пер. с англ. В.В. Пожарского. — М. : Гэотар-медиа, 2011. — 228 с.
5. Романенко Н.М. Климактерический период в жизни женщины / Н.М. Романенко // Крымский терапевт. журнал. — 2015. — № 1. — С. 38—42.
6. Скибицкий В.В. Комбинированная антигипертензивная терапия у женщин с гипотиреозом и метаболическим синдромом / В.В. Скибицкий, Н.Е. Пыхалова, А.В. Фендрикова // Кубанский науч.-мед. вестник. — 2011. — № 6. — С. 149—154.
7. Таинкин А.А. Особенности поражения сердечно-сосудистой системы у женщин в перименопаузе / А.А. Таинкин, Ю.И. Скворцов // Саратовский науч.-мед. журнал. — 2013. — № 2. — С. 269—276.
8. Gonzalez Gil L. Prevalence of hypertension and other cardiovascular risk factors in subjects with subclinical hypothyroidism / L. Gonzalez Gil, A. De la Sierra // Med. Clin. — 2017. — Vol. 148, № 8. — P. 351—353.
9. Joint scientific statement of the European Association for the Study of Obesity and the European Society of Hypertension: Obesity and early vascular ageing / J. Jordan, P. M. Nilsson, V. Kotsis [et al.] // J. Hypertens. — 2015. — Vol. 33, № 3. — P. 425—434.
10. Maas A.H. Women's health in menopause with a focus on hypertension / A.H. Maas, H.R. Franke // Neth. Heart J. — 2009. — Vol. 17, № 2. — P. 68—72.
11. Milewicz A. Menopausal obesity and metabolic syndrome — PolSenior study / A. Milewicz // Minerva Endocrinol. — 2012. — Vol. 37, № 1. — P. 93—101.
12. Modena M.G. Hypertension in postmenopausal women: how to approach hypertension in menopause / M.G. Modena // High Blood Press. Cardiovasc. Prev. — 2014. — Vol. 21, № 3. — P. 201—204.
13. Pilot study of menopause symptoms in a clinic population / P.F. Schnatz, A.E. Banever, J.F. Greene [et al.] // Menopause. — 2005. — Vol. 12, № 5. — P. 623—629.

M.O. PAVLOVSKA

*Bogomolets National Medical University, Medical Faculty, Department of Obstetrics and Gynecology №1, Kyiv*

FEATURES THE CLIMACTERIC PERIOD OF WOMEN WITH COPITUDE PATHOLOGY ASSOCIATED WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Functional systems of an organism of a woman essentially rebuild with an onset of climacteric period. It becomes apparent that the early onset of the prevention of complications of climax can stop the formation of stable changes in both cardiovascular and other systems of the body of a woman. The purpose of the study was a comparative assessment of the course of hypertension, as the manifestation of the climacteric syndrome and the predictor of the formation of cardiovascular diseases, in the presence of concomitant diseases in women. The study included 414 women aged 45 to 55 years old, who were divided into 4 groups: group 1 (control) were women of the perimenopausal age without concomitant somatic pathology; group 2 – women with a climacteric syndrome who leaked on the background of the diabetes that developed in them earlier; group 3 – patients with concomitant hypothyroidism and group 4 – patients with somatoform disorders. It has been established that in women with concomitant pathology the typical forms of the climacteric syndrome (62,3%) predominated. The obtained data suggest that the worst course of the climacteric syndrome among patients with concomitant pathology is observed in women with thyroid disease. Results of the analysis of risk factors for CVD in women with climacteric syndrome in the context of concomitant pathology indicate that all the examined patients had 2 or more risk factors in the overwhelming number of patients in all groups there was a hemorrhagic heredity in the occurrence of hypertension and cardiovascular disease (71,3; 70,8 and 70,1%, respectively). It was found that the onset of menopause is accompanied by physiological changes in various systems and organs, which is due to fading and the termination of the function of the ovaries. One of the consequences of this process is the development of diseases of the cardiovascular system

**Key words:** climacteric period, hypertension, concomitant pathology, risk factors

Стаття надійшла до редакції: 14.09.2017 р.