УДК: 618.179-008:616.441-008.61

Клінічні прояви порушень репродуктивного здоров'я і якість життя у жінок фертильного віку в умовах коморбідності при субклінічному гіпотиреозі

Л.М. Варченко
Київський міський клінічний ендокринологічний центр

Мета дослідження: **оцінювання клінічних проявів порушень репродуктивного здоров'я та рівня якості життя (ЯЖ) у жінок репродуктивного віку при високій коморбідності на тлі субклінічного гіпотиреозу (СГТ) і маніфестного гіпотиреозу (МГТ).**
Матеріали та методи. **Проаналізовано 113 випадків СГТ (1-а група) і 65 випадків МГТ (2-а група) у жінок репродуктивного віку. Діагноз гіпотиреозу встановлено на підставі даних анамнезу, фізикального обстеження, УЗД щитоподібної залози та визначення у крові рівнів тиреотропного гормону і вільного тироксину методом електролюмінесценції.**
Результати. **Оцінювання ЯЖ за допомогою опитувальника MOS SF-36 проведена у жінок репродуктивного віку з СГТ на тлі високого (61,9%) рівня порушень менструального циклу, гінекологічних (74,3%) та екстрагенітальних (82,3%) захворювань, що свідчить про високу коморбідність. Виявлено переважно середні показники ЯЖ майже за всіма шкалами, окрім емоційного функціонування.**
У жінок з МГТ при вкрай високій коморбідності (у 100% випадків) показники ЯЖ виявились зниженими і тільки за шкалою «біль» – у межах середнього рівня.
Заключення. **Отримані дані дають можливість рекомендувати визначення показників якості життя у жінок репродуктивного віку з субклінічним гіпотиреозом у практиці гінеколога як інтегральну характеристику здоров'я.**
Ключові слова: *субклінічний гіпотиреоз, порушення менструального циклу, коморбідні стани, якість життя, опитувальник MOS SF-36, інтегральні показники здоров'я.*

Установлено, що дисбаланс тиреоїдних гормонів, навіть незначний при субклінічному гіпотиреозі (СГТ), призводить до розвитку і прогресування серйозних метаболічних і структурно-функціональних порушень у всіх без винятку тканинах, органах і системах організму [8, 12]. Клінічно це проявляється як екстрагенітальними, так і гінекологічними захворюваннями, у тому числі порушеннями менструального циклу (МЦ), що мають як безпосередні, так і опосередковані спільні патогенетичні ланки вже при СГТ і, особливо, при маніфестному гіпотиреозі (МГТ). Така взаємозалежність у сучасній літературі означена як коморбідність [4, 5], а в англомовній літературі застосовують термін «мультиморбідність» [6, 7].

В аспекті коморбідності актуалізується потреба у поглибленому вивченні СГТ, частота якого на популяційному рівні постійно підвищується [3, 11], а число порушень МЦ на тлі посилення гормонального дисбалансу у жінок репродуктивного віку з означеним патологічним станом досягає 22–25%, значно зростаючи при МГТ – до 35–40% [9]. Разом з оцінюванням клінічних, лабораторних та інструментальних характеристик у жінок репродуктивного віку усе більшої актуальності набуває і оцінка їхньої якості життя (ЯЖ) як інтегрального показника фізичного, психологічного і соціального компонентів здоров'я [14].

Мета дослідження: оцінювання клінічних проявів порушень репродуктивного здоров'я та рівня ЯЖ у жінок репродуктивного віку при високій коморбідності на тлі СГТ і МГТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проаналізовано 113 випадків СГТ (1-а група) і 65 випадків МГТ (2-а група) у жінок репродуктивного віку. Діагноз гіпотиреозу встановлено на підставі даних анамнезу, фізикального обстеження, УЗД щитоподібної залози (ЩЗ) на апараті Philips HD-11 XE та визначення у крові рівнів тиреотропного гормону (ТТГ) і вільного тироксину (T_4) методом електролюмінесценції на апараті Cobas c 411 Roche Diagnostics GmCH (Німеччина). Діагноз СГТ встановлювали за рівнів ТТГ у крові у межах 2,5–4,0 мкМО/мл [10], нормальних показників рівнів T_4 і відсутності структурних змін ЩЗ.

Для оцінювання ЯЖ використовували універсальний опитувальник Medical Outcomes Study Short Form-36 (MOS SF-36) [13] у зв'язку з можливістю його застосування у пацієнтів з різними нозологічними проявами, що особливо важливо при коморбідних станах [1, 2]. Водночас він характеризується високою чутливістю, є досить ефективним, коротким, доступним і зручним у використанні. Опитувальник складається з 11 розділів, результати відображаються у вигляді оцінок у балах за 8 шкалами:

– фізичне функціонування (PF);
– рольове функціонування (RF);
– біль (BP);
– загальне здоров'я (GH);
– життєспроможність (VT);
– соціальне функціонування (SF);
– емоційне функціонування (RE);
– психологічне здоров'я (MH).

Чим вища оцінка у балах, тим краща ЯЖ. Окрім того, усі шкали опитувальника мають два показники: фізичний компонент здоров'я (ФК) і психічний компонент (ПК).

Оцінка 0–20 балів розцінюється як низький показник, 21–40 балів – знижений, 41–60 балів – середній, 61–80 – підвищений, а 81–100 балів – високий показник ЯЖ.

Статистичне оброблення результатів виконано за допомогою додатку MF Excel 2003 і статистичного пакета MedStat (версія 1.20). Достовірність даних для незалежних вибірок обчислювали з використанням t-критерію Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік жінок 1-ї групи становив 27,93±0,96 року, 2-ї групи – 28,61±1,02 року ($p>0,05$). Тривалість гіпотиреозу з моменту його виявлення у жінок 1-ї групи – 4,1±0,8 року, 2-ї групи – 5,9±1,3 року ($p>0,05$).

Рівень ТТГ у крові жінок 2-ї групи більше ніж у 8 разів

перевищував показник у жінок 1-ї групи (відповідно 25,02±4,6 мМО/мл і 2,98±0,32 мМО/мл; p<0,001). Уміст T_4, навпаки, у 1-й групі майже у 2,5 разу вищий (1,12±0,21 нг/мл; p<0,001), ніж у жінок 2-ї групи (0,46±0,18 нг/мл; p<0,001).

УЗД ЩЗ у жінок 1-ї групи тільки у 8 випадках (7,8%) виявило зміни у формі зниженої ехогенності та ехогенної неоднорідності. Водночас у всіх жінок 2-ї групи разом з наведеними вище ознаками виявлено вогнищеві та дифузні зміни і кістозні утворення у залозі.

Аналіз частоти порушень МЦ засвідчив, що у 70 жінок (61,9%) з СГТ виявляли: опсоменорею (21 пацієнтка – 18,6%), олігоменорею (19 пацієнток – 16,8%), аменорею (10 пацієнток – 8,8%), дисменорею (13 пацієнток – 11,5%), мено- і метрорагію (7 пацієнток – 6,2%). Натомість частота порушень у жінок з МГТ (2-а група) становила 96,9% (63 жінки). Підвищення стосувалось усіх без винятку форм порушень.

Якщо у 84 жінок (74,3%) 1-ї групи разом з функціональними порушеннями МЦ виявляли і органічні гінекологічні захворювання, то у жінок 2-ї групи цей показник становив 64 жінки (98,5%). У 28 жінок (24,8%) 1-ї групи виявлено поєднання декількох проявів патологічних станів репродуктивної системи, а при МГТ (2-а група) такі поєднання виявлено у 48 жінок (73,8%).

Частота безплідності у жінок 1-ї групи становила 9,7% (11 пацієнток), а у 2-й групі – 20,0% (13 пацієнток). Вивчення рівня екстрагенітальної, позатиреоїдної патології виявило, що у 93 жінок (82,3%) 1-ї групи і в усіх 65 жінок (100%) 2-ї групи були діагностовані захворювання серцево-судинної, нервової, сечовидільної систем, психоемоційні порушення та порушення інших органів і систем (травного тракту, печінки, підшлункової залози, очей).

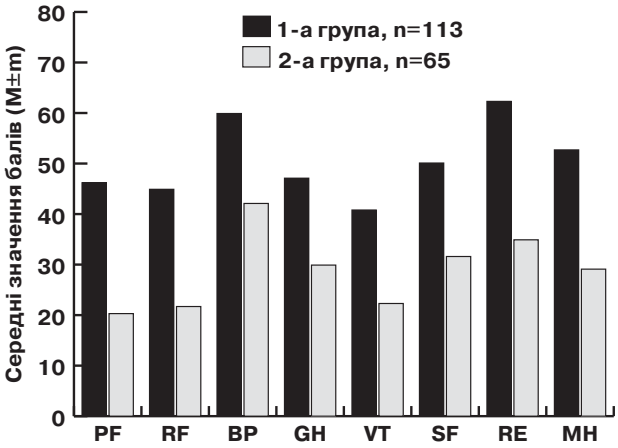
Висока коморбідність у жінок з СГТ та вкрай висока – у жінок з МГТ спонукала оцінити ЯЖ у пацієнток обох груп як інтегрального показника стану їхнього здоров'я.

Результати тесту MOS IF-36 у жінок з СГТ (1-а група) і МГТ (2-а група) відображені на гістограмі (мал. 1).

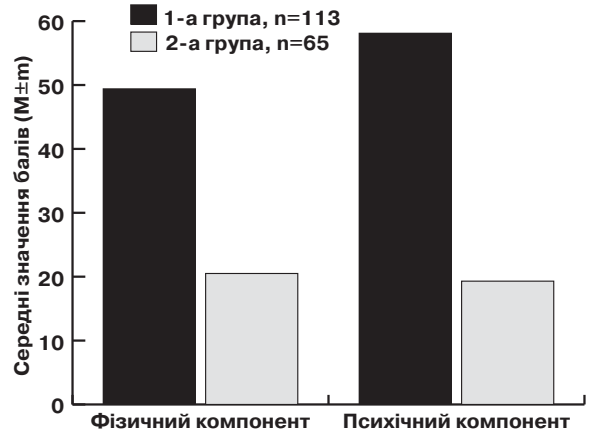
У групі жінок з СГТ спостерігалися середні показники ЯЖ за 7 шкалами, і тільки за шкалою емоційного функціонування – підвищений показник. З поглибленням коморбідних проявів у жінок з МГТ показники ЯЖ достовірно знижувалися, а за шкалою «біль» знаходилися у межах середнього рівня. Значення загальних показників фізичного і психічного компонентів здоров'я наведені на гістограмі (мал. 2).

У жінок з МГТ виявлено знижений рівень фізичного і низький – психічного компонентів здоров'я, натомість у жінок з СГТ обидва компоненти ЯЖ знаходилися у межах середніх значень. Щодо фізичного компонента здоров'я – у жінок обох груп відзначено обмеження у виконанні повсякденних фізичних навантажень, що вимагало додаткових зусиль та часу для здійснення звичної роботи. Усі ці зміни у більшості випадків спричинили зниження самооцінки жінок щодо власного здоров'я, в тому числі і порівняно зі своїми знайомими.

Показники ЯЖ у жінок з МГТ достовірно знизилися у порівнянні з жінками із СГТ внаслідок поглиблення негативної самооцінки за досліджуваними показниками. Схожі погіршення відзначали жінки обох груп і в показниках психічного компонента ЯЖ. Так, жінки з СГТ рідко почували себе бадьорими, часто сильно нервували, почувалися невдоволеними, рідко – спокійними, повними сил і енергії. Усе це більшою або меншою мірою створювало перешкоди для спілкування з оточуючими. Жінки часто були засмученими, втомленими і рідко щасливими. Що стосується емоційного функціонування, то жінки з СГТ зазначали необхідність скорочення часу на виконання звичної роботи, виконували її в менших об'ємах, ніж планували, та з меншою акуратністю.



Мал. 1. Показники ЯЖ у жінок репродуктивного віку з різною вираженістю гіпотиреозу



Мал. 2. Рівень фізичного і психічного компонентів здоров'я у жінок репродуктивного віку з різною вираженістю гіпотиреозу

Украй високий рівень коморбідності у жінок з МГТ супроводжувався достовірним зниженням усіх показників ЯЖ.

ВИСНОВКИ

Субклінічний гіпотиреоз (СГТ) у жінок репродуктивного віку в 61,9% випадків супроводжується порушеннями менструального циклу (олігоменорея, опсоменорея, аменорея, дисменорея, метро- і менорагія) і органічними проявами гінекологічних захворювань. Загалом патологічні стани репродуктивної системи спостерігаються у 74,3% жінок з означеною тиреоїдною патологією.

Порушення у генітальній сфері супроводжуються коморбідною патологією високого ступеня у 82,3% жінок при СГТ.

Означені порушення у генітальній та екстрагенітальній сфері за посилення гіпотиреозу у пацієнток з маніфестним гіпотиреозом (МГТ) фіксували у всіх жінок, що є ознакою вкрай високої коморбідності.

Високий рівень коморбідності у жінок репродуктивного віку з СГТ зумовлює значне погіршення показників якості життя (ЯЖ) переважно до середнього рівня, а у жінок з МГТ при вкрай високій коморбідності – переважно до зниженого рівня.

Оцінка рівня ЯЖ може бути використана як інтегральний показник стану здоров'я у жінок репродуктивного віку у практиці гінеколога під час виявлення СГТ та МГТ.

Клинические проявления нарушений репродуктивного здоровья и качество жизни у женщин фертильного возраста в условиях коморбидности при субклиническом гипотиреозе

Л.М. Варченко

Цель исследования: оценка клинических проявлений нарушений репродуктивного здоровья и качества жизни (КЖ) у женщин репродуктивного возраста при высокой коморбидности на фоне субклинического гипотиреоза (СГТ) и манифестного гипотиреоза (МГТ).

Материалы и методы. Проанализированы 113 случаев СГТ (1-я группа) и 65 случаев МГТ (2-я группа) у женщин репродуктивного возраста. Диагноз гипотиреоза установлен на основании данных анамнеза, физикального обследования, УЗИ щитовидной железы и определения в крови уровней тиреотропного гормона и свободного тироксина методом электролюминесценции.

Результаты. Оценка КЖ с помощью опросника MOS SF-36 проведена у женщин репродуктивного возраста с СГТ на фоне высокого (61,9%) уровня нарушений менструального цикла, гинекологических (74,3%) и экстрагенитальных (82,3%) заболеваний, что свидетельствует о высокой коморбидности. Выявлено преимущественно средние показатели КЖ почти по всем шкалам, кроме эмоционального функционирования.

У женщин с МГТ при крайне высокой коморбидности (в 100% случаев) показатели КЖ оказались сниженными и только по шкале «боль» – в пределах среднего уровня.

Заключение. Полученные данные дают возможность рекомендовать определение показателей качества жизни у женщин репродуктивного возраста с субклиническим гипотиреозом в практике гинеколога как интегральную характеристику здоровья.

Ключевые слова: *субклинический гипотиреоз, нарушения менструального цикла, коморбидные состояния, качество жизни, опросник MOS SF-36, интегральные показатели здоровья.*

Clinical manifestations of reproductive health and life quality in fertile age women with subclinical hypothyroidism in conditions of comorbidity

L.M. Varchenko

The objective: to evaluate the clinical manifestations of reproductive health and quality of life (QOL) disorders in women of reproductive age with high comorbidity against subclinical hypothyroidism (SHT) and manifest hypothyroidism (MHT).

Materials and methods. 113 cases of SHT (1st group) and 65 cases of MHT (2 nd group) in women of reproductive age were analyzed. The diagnosis of hypothyroidism is established on the basis of data of anamnesis, physical examination, ultrasound of the thyroid gland and determination of thyroid-stimulating hormone levels and free thyroxine in the blood by electroluminescence.

Results. Assessment of QoL using the MOS SF-36 questionnaire was performed in women of reproductive age with SHT, with a high (61.9%) level of menstrual irregularities, gynecological (74.3%) and extragenital (82.3%) diseases, which indicates High comorbidity. It was revealed mainly the average values of QoL on almost all scales, except for emotional functioning.

In women with MHT, with extremely high comorbidity (in 100% of cases), the QL values were reduced and only on the scale of "pain" - within the average.

The conclusion. The data obtained make it possible to recommend the definition of quality of life indicators in women of reproductive age with subclinical hypothyroidism in the practice of a gynecologist as an integral characteristic of health.

Key words: *subclinical hypothyroidism, menstrual irregularities, comorbid conditions, quality of life, MOS SF-36 questionnaire, integral health indicators.*

Сведения об авторе

Варченко Леся Михайловна – Киевский городской клинический эндокринологический центр, 01034, г. Киев, ул. Рейтарская, 22; тел.: (044) 235-29-65, (097) 910-01-37. *E-mail: turyan2002@gmail.com*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Безкоровайна Т.О. Оцінка якості життя та емоційного стану пацієнтів з первинним гіпотиреозом [Текст] / Т.О. Безкоровайна; наук. кер. Л.С. Бабінець // Актуальні питання теоретичної та практичної медицини : збірник тез доповідей IV Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених, м. Суми, 21–22 квітня 2016 р. / Н.В. Деміхова. – Суми: СумДУ, 2016. – Т. 2. – С. 33–34.

2. Оцінка показників якості життя у хворих з коморбідною патологією [Текст] / О.В. Бабенко, В.Л. Шкапо, А.О. Несен, І.А. Валентинова // Актуальні питання теоретичної та практичної медицини: збірник тез доповідей IV Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених, м. Суми, 21–22 квітня 2016 р. / Н.В. Деміхова. – Суми: СумДУ, 2016. – Т. 2. – С. 33.

3. Пирс С., Разви С. Субклинический гипотиреоз: практические рекомендации / Перевод В.В. Фадеєва // Thyroid international. – 2012. – № 1. – С. 3–9.

4. Фадєєнко Г.Д. Коморбідність і високий кардіоваскулярний ризик– ключові питання сучасної медицини / Г.Д. Фадєєнко, О.Є. Гріднєв, А.О. Несен [та ін.] // Украинский терапевтический журнал. – 2013. – № 1. – С. 102–107.

5. Фадєєнко Г.Д. Коморбідність та інтегративна роль терапії внутрішніх органів/ Г.Д. Фадєєнко, А.О. Несен// Украинский терапевтический журнал. – 2015. – № 2. – С. 7–15.

6. Campbell-Scherer D. (2010) Multimorbidity: a challenge for evidence-based medicine. Evid. Based Med., 15 (6): 165–166.

7. Caughey G.E., Roughead E.E. (2011) Multimorbidity research challenges: where to go from here Journal of Comorbidity, 1: 8–10.8.

8. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association / [J.R. Garber, R.H. Cobin, H. Gnarib et al.] // Endocr Pract. – 2012. – P. 988–1028.

9. Hekimsoy Z, Kafesçiler S, Güslü F, Ozmen B. The prevalence of hyperprolactinemia in overt and subclinical hypothyroidism. Endocr J. 2010; 57(12): 1011–5. doi: 10. 1507/ endocrj. K10E-215

10. Lazarus J, Brown RS, Daumerie C, Hubalewska-Dydejczyk A, Negro R, Vaidya B. 2014 European thyroid association guidelines for the management of subclinical hypothyroidism in pregnancy and in children. Eur Thyroid J. 2014 3:76-94.

11. Rodondy N., den Elzen W.P., Bauer D.C. et al. Thyroid Studies Collaboration Subclinical Hypothyroidism an the risk of coronary Heart Disease and Mortality // JAMA. – 2010. – Vol. 304. – P. 1365–13749.

12. Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum.Thyroid. 2011;21:1081–1125.

13. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-item short-form health survey (Sf-36): I. conceptual framework and item selection. Medical Care. 1992;30(6):473–483. doi: 10.1097/00005650-199206000-0000214.

14. Warkentin L.M., Das D., Majumdar S.R., Johnson J.A., Padwal R.S. The effect of weight loss on health-related quality of life: systematic review and meta-analysis of randomized trials. Obesity Reviews. 2014; 15(3): 169–182. doi: 10.1111/obr.12113.

Статья поступила в редакцию 19.06.17