

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2018-22(1)-39

УДК: 615.8:612.67

ДИНАМІКА ГОРМОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ У ПАЦІЄНТОК З КЛІМАКТЕРИЧНИМ СИНДРОМОМ НА ТЛІ ГІПОТИРЕОЗУ ПІД ВПЛИВОМ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПРЕПАРАТІВ КЛІМАКТ-ХЕЛЬ ТА МУЛІМЕН

Павловська М.О.

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця (бульвар Т. Шевченка, 13, м. Київ, Україна, 01601)

Відповідальний за листування:
e-mail: marynatrnk@gmail.com

Статтю отримано 9 січня 2018 р.; прийнято до друку 20 лютого 2018 р.

Анотація. При гіпотиреозі клімактеричний синдром має схильність до раннього початку і затяжного перебігу і проявляється в середній і важкій формах з переважанням в клінічній картині психоемоційних і обмінно-ендокринних розладів. Мета роботи - порівняти ефективність комплексного лікування клімактеричного синдрому із супутнім гіпотиреозом, шляхом аналізу гормональних показників до та після комплексної терапії з використанням антигомотоксикологічної терапії. Для її досягнення хворих розділено на дві групи: жінки, які отримували тільки базову терапію згідно з Національним консенсусом щодо ведення пацієнток у клімактерії (далі - базова терапія, група 1) та пацієнтки, які окрім базової терапії отримували терапію антигомотоксикологічними препаратами (група 2). Проаналізувавши показники пацієнток із клімактеричним синдромом та супутнім гіпотиреозом після проведених двох курсів терапії, встановлено тенденцію до зниження показника ІРІ в обох групах, та все ж таки нормального рівня не вдалося досягти жодній із груп. Кальцитріол збільшився у двох групах спостереження, при цьому у жодній групі показник не досягнув нормальних значень. Зниження фолікулостимулюючого гормону спостерігалось в обох групах та тільки 1-й групі вдалося наблизитися до нормальних значень після двох курсів лікування. Зменшення показника естрадіолу спостерігалось в обох групах пацієнток, але достовірно його значення знижувалося в пацієнток 1-ої групи. Під впливом лікування згідно з протоколів в першій групі достовірно зменшився ТТГ, досягнувши нормативних показників після другого курсу лікування. При оцінці загальної ефективності лікування виявилось, що при використанні базової терапії ефективність складала 63,3%, при використанні комплексного лікування із використанням антигомотоксикологічних препаратів - 55,5%.

Ключові слова: клімактеричний синдром, гіпотиреоз, гормональні показники, антигомотоксикологія.

Вступ

Важливою особливістю порушень перебігу клімактеричного періоду в жінок у загальній лікарській практиці є їх тісний взаємозв'язок з ендокринними дисфункціями, передусім обумовлений віковим дефіцитом естрогенів і гіпотиреозом. Поширеність гіпотиреозу в загальній популяції складає близько 1% у чоловіків і 3-6% - у жінок. Проте, у жінок зрілого віку (після 50 років) поширеність гіпотиреозу значно зростає [2, 11].

При гіпотиреозі клімактеричний синдром має схильність до раннього початку і затяжного перебігу і проявляється в середній і важкій формах з переважанням в клінічній картині психоемоційних і обмінно-ендокринних розладів. Добре відомо, що тиреоїдним гормонам належить важлива роль у регуляції багатьох фізіологічних і клітинних функцій: особливо значною є роль тиреоїдних гормонів у періоди фізіологічної гормональної перебудови (пубертат, вагітність, клімактерій) [5, 6].

При обстеженні пацієнток пери- і менопаузального віку зі скаргами, характерними для клімактеричного синдрому без позначення в анамнезі на захворювання ендокринної системи, виявлена висока поширеність захворювань щитовидної залози (ЩЗ). За даними ряду

авторів, 40% жінок мають вузлові утворення і гіпотиреоз [4, 11]. При патологічному перебігу клімактеричного періоду таке поєднання може стати взаємнообтяжуючим чинником або маскувати клініку одного із захворювань [9].

Встановлено, що у жінок з гіпофункцією ЩЗ у 1,5 рази частіше спостерігається мено- і метрорагія (45,8%), менопауза у цих жінок настає у більше ранньому віці - $47,0 \pm 0,23$ роки. При цьому клімактеричний синдром має схильність до раннього початку ($45,2 \pm 0,19$ роки) [13]. Оцінка ступеня тяжкості клімактеричного синдрому за даними індексу Куппермана свідчить про наявність клімактеричного синдрому середнього ступеню вираженості майже у кожній другій жінки з гіпотиреозом (43%), важку ступінь проявів спостерігають у 33,3% випадків, тоді як більше половини жінок без патології ЩЗ відмічають легкі симптоми клімактеричного синдрому. Частота найбільш характерних патологічних симптомів клімактеричного синдрому з урахуванням тиреоїдного статусу свідчить, що важкі форми проявів виявляють у 2,5 рази частіше [1]. Приливи жару, найбільш характерний симптом клімактеричного синдрому, зустрічаються у 50% жінок і не залежать від стану ЩЗ. Такі симптоми, як мерзлякуватість, паре-

стеїї і пітливість, частіше турбують жінок з гіпотиреозом. У них в 2 рази частіше відзначається схильність до депресії, зниження пам'яті і розлади настрою. Дермопатія, що проявляється у виді сухості шкірних покривів і слизових оболонок, випадання волосся і ламкість нігтів також є одним з поширених симптомів клімактеричного синдрому в жінок з гіпотиреозом [1].

Висока поширеність захворювань ЩЗ у жінок, фізіологічне зниження функції ЩЗ у клімактерії, а також більш важкий перебіг і ранній початок клімактеричного синдрому при патології ЩЗ вказують на необхідність ранньої діагностики і лікування тиреоїдної дисфункції. При виявленні гіпофункції ЩЗ у жінок з клімактеричним синдромом необхідною є адекватна корекція з призначенням тиреоїдних препаратів в індивідуально підібраних дозах [15]. Водночас, за даними ряду авторів, незважаючи на адекватну замісну терапію, ряд показників якості життя хворих залишаються зниженими, а у певного числа пацієнок, незважаючи на компенсацію, зберігаються скарги, характерні для гіпотиреозу і клімактеричного синдрому [8, 12]. З метою профілактики і лікування серцево-судинних захворювань, остеопорозу, корекції психоневрологічних, урогенітальних та інших порушень у менопаузальному періоді застосовується замісна гормонотерапія. Замісна гормонотерапія не є неприпустимим втручанням у природний перебіг клімактерію, оскільки цей вид лікування як профілактично, так і терапевтично, впливає на вегетативні, гормональні та метаболічні відхилення від фізіологічного перебігу "перехідного" періоду і призводить до значного поліпшення самопочуття жінок. Крім того, вибір типу гормонотерапії визначається характером функціонального стану ЩЗ на момент призначення [9]. Слід відмітити, що у 43% випадках при замісній гормонотерапії спостерігаються побічні ефекти, що ускладнюють стан пацієнок [10, 14], що у свою чергу диктує необхідність пошуку нових, як медикаментозних, так і немедикаментозних методів відновного лікування. Використанням комплексних антигомотоксикологічних препаратів дозволяє попереджувати розвиток вікових змін в організмі, зменшити прояви клімактеричного синдрому і підвищити якість життя жінок [3].

Мета роботи - порівняти ефективність комплексного лікування клімактеричного синдрому із супутнім гіпотиреозом, шляхом аналізу гормональних показників до та після комплексної терапії з використанням антигомотоксикологічної терапії.

Матеріали та методи

Обстежено 57 пацієнок віком 45-55 років із клімактеричним синдромом та супутнім гіпотиреозом. Тривалість гіпотиреозу - від 1 до 5 років, у середньому (3,8±0,4 роки). Пацієнтки отримували замісну терапію L-тироксинам.

Із метою порівняння ефективності обраного ліку-

вання, хворих розділено на дві групи.

У 1-й групі (30 пацієнок) із гіпотиреозом на фоні клімактеричного синдрому, які отримували тільки базову терапію згідно з Національним консенсусом щодо ведення пацієнок у клімактерії (далі - базова терапія).

До 2-гої групи увійшло 27 пацієнок, які окрім базової терапії отримували терапію антигомотоксикологічними препаратами (Клімакт-Хель (1 таблетка 3 рази/добу протягом двох місяців), Мулімен (10 крапель 3 рази/добу протягом двох місяців)).

Клінічне обстеження включало скарги хворих та анамнез захворювання; об'єктивні дані та гінекологічне обстеження. Також урахувалися дані амбулаторних та стаціонарних карт, виписки з історії хвороби, визначення біохімічних та гормональних показників крові, результати спеціальних методів обстеження.

Науковим обґрунтуванням вибору методів лікування даної категорії хворих, слугували дослідження, що показали ефективність призначення антигомотоксикологічних препаратів для лікування на ранніх етапах клімактеричного синдрому і, які позитивно впливають на якість життя жінки в наступні роки, зменшуючи симптоми клімактеричного синдрому та лікуючи судинні порушення.

Для аналізу адекватності комплексної терапії хворих із клімактеричним синдромом та супутнім гіпотиреозом використовували аналіз змін гормонального обстеження.

Дослідження гормонів проводили в спеціалізованих лабораторіях радіоімунного та імунохімічного аналізу. Використовували імуноферментні аналізатори "Multiscan" (Фінляндія), "ELECTRICS" швейцарської фірми "Hoffman la Roche" і стандартні комерційні тест набори: h PTH-c-k Cis (Франція), КТ-Вук-Mallinckrodt (Германія), D?-Bahlmann (Швейцарія), остеокальцин - Ostk-PR Cis (Франція), ТТГ - "TSH ILMA" - Immunotech (Фінляндія), IPI - "Ins-Cis" (Франція).

В якості нормативних показників при аналізі результатів лабораторних досліджень використовували стандарти біохімічних лабораторій.

Статистична обробка отриманих результатів здійснена в статистичному пакеті "STATISTICA 6.1" із використанням параметричних і непараметричних методів оцінки отриманих результатів.

Результати. Обговорення

Аналізуючи дані гормональних досліджень до лікування, спостерігаємо наступні показники: збільшення показника імунореактивного інсуліну плазми - норма (83,7±6,33) пмоль/л, який був достовірно вищим і становив (96,2±3,3) і (93,1±6,2) пмоль/л, відповідно. Кількість кальцитріолу виявилася нижчою за нормативний показник (30,9±1,15) нг/мл, і становила (20,8±2,5) і (21,4±2,1) нг/мл відповідно. Показники фолікулостимулюючого гормону та естрадіолу також відрізнялися. Так, ФСГ у хворих до лікування становив (56,5±5,2) і (58,3±4,2) мОд/мл, при нормі (55,1±2,63) мОд/мл.

Таблиця 1. Результати використання базової та комплексної терапії хворих із клімактеричним синдромом та супутнім гіпотиреозом.

| Показник, норма | Групи | | | |
|---------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | 1 (n=30) | | 2 (n=27) | |
| | 1 курс | 2 курс | 1 курс | 2 курс |
| ІРІ плазми пмоль/л 83,7±6,33 | 96,2±3,3 92,4±4,4 | 93,2±3,8 89,4±3,2 | 93,1±6,2 90,2±1,7 | 91,1±2,4 87,4±3,2 |
| Кальцитріол нг/мл 30,9±1,15 | 20,8±2,5 22,9±3,1 | 23,5±1,7 27,6±2,2 | 21,4±2,1 25,3±2,4 | 25,5±1,8 29,1±2,4 |
| ФСГ мОд/мл 55,1±2,63 | 56,5±5,2 52,4±2,6 | 53,2±4,7 55,4±2,1 | 58,3±4,2 56,2±2,1 | 57,4±3,4 56,1±2,8 |
| Естрадіол пг/мл 25,3±2,21 | 27,2±1,3 26,3±1,2 | 26,7±2,0 25,1±2,4 | 26,9±2,7 26,4±1,9 | 26,6±2,2 25,7±2,5 |
| ПТГ пг/мл 38,1±2,9 | 26,9±2,3 26,3±2,9 | 26,6±1,8 30,5±2,8 | 25,7±2,9 26,2±2,1 | 26,1±2,5 28,4±2,4 |
| ТТГ мОд/мл 1,7±0,13 | 3,5±0,01 2,7±0,03 | 2,8±0,05 1,7±0,02 | 3,2±0,04 2,5±0,02 | 2,4±0,06 2,0±0,03 |
| Остеокальцин нг/мл 6,2±2,2 | 12,6±2,4 9,9±2,5 | 10,1±1,8 8,5±2,3 | 11,7±1,5 10,8±1,4 | 10,1±2,3 9,2±2,9 |

Естрадіол також мав відхилення від норми (25,3±2,21) пг/мл - (27,2±1,3) і (26,9±2,7) пг/мл, відповідно. Паратиреоїдний гормон був достовірно нижчий в обох групах (26,9±2,3) та (25,7±2,9) пг/мл, в порівнянні із нормою - 38,1±2,9 пг/мл. У хворих також спостерігалось збільшення показника тиреотропного гормону порівняно з нормою (1,7±0,13) мОд/мл, яке в 1-й групі склало - (3,5±0,01) мОд/мл, у другій - (3,2±0,04) мОд/мл. Аналогічні порушення спостерігалися в показниках Остеокальцитоніну, значення якого склали (12,6±2,4); (11,7±1,5) нг/мл, відповідно, при нормі (6,2±2,2) нг/мл.

Результати використання базової терапії та комплексної із включенням до лікування антигомотоксикологічних препаратів у хворих із клімактеричним синдромом та супутнім гіпотиреозом наведені в таблиці 1.

Проаналізувавши показники пацієнток із клімактеричним синдромом та супутнім гіпотиреозом після проведених двох курсів терапії, встановлено тенденцію до зниження показника ІРІ в обох групах, та все ж таки нормального рівня не вдалося досягти жодній із груп (89,4±3,2) та (87,4±3,2) пмоль/л, при нормі (83,7±6,33). Кальцитріол збільшився у двох групах спостереження, при цьому у жодній групі показник не досягнув нормальних значень. Кальцитріол після двох курсів лікування становив у першій групі (27,6±2,2), у другій (29,1±2,4) нг/мл. Зниження фолікулостимулюючого гормону спостерігалось в обох групах та тільки 1-й групі вдалося наблизитися до нормальних значень після двох курсів лікування - 55,4±2,1 мОд/мл, відпо-

відно у 2-й групі - 56,1±2,8 мОд/мл. Зменшення показника естрадіолу спостерігалось в обох групах пацієнток, але достовірно його значення знижувалося в пацієнток 1-ої групи - (25,1±2,4) пг/мл, проти (25,7±2,5) пг/мл. Тенденція до підвищення паратиреоїдного гормону, зафіксована у всіх групах спостереження, але нормального рівня не вдалося досягти жодній із груп (30,5±2,8) та (28,4±2,4) пг/мл. Під впливом лікування згідно з протоколів в першій групі достовірно зменшився ТТГ, досягнувши нормативних показників після другого курсу лікування. Не було виявлено значної динаміки вмісту остеокальцитоніну під впливом обох курсів лікування, що проводилися.

При оцінці загальної ефективності лікування виявилось, що при використанні базової терапії ефективність склала 63,3%, при використанні комплексного лікування із використанням антигомотоксикологічних препаратів - 55,5%. При цьому при використанні базової терапії у 26,7% хворих не призводило до об'єктивного поліпшення стану, а в 10% пацієнток спостерігалось деяке погіршення самопочуття. У групі пацієнток, яким призначали комплекс із антигомотоксикологічними препаратами кількість хворих, що закінчили курс лікування без динаміки незначно відрізнялася від першої групи, а саме 26%. Але кількість хворих із негативними результатами лікування була вищою 18,5%.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. У ході обстеження хворих з клімактеричним синдромом та супутнім гіпотиреозом спостерігаємо відхилення від норми всіх досліджуваних гормональних показників крові до проведення двох курсів комплексної терапії.

2. При оцінці динаміки гормональних показників після двох курсів лікування виявили тенденцію до зниження показників до норми в обох групах лікування, проте у групі з використанням базової терапії показники більше наближувалися до нормативних показників.

3. Загальна ефективність базової терапії клімактеричного синдрому становила 63,3% досліджуваних жінок, при цьому у 26,7% хворих не було об'єктивного поліпшення стану, а в 10% пацієнток спостерігалось деяке погіршення стану.

4. Ефективність комплексного лікування із застосуванням антигомотоксикологічних препаратів була дещо нижча. Із 27 хворих, які отримували комплексне лікування, у 55,5% загальний стан та гормональні показники значно покращилися, у 26% загальний стан та показники не змінилися і у 18,5% хворих мали негативний результат лікування.

У ході подальших досліджень планується виявити додаткові ефективні методи корекції клімактеричного синдрому.

Список посилань

- Гафурова, Ф. А. (2017). Особенности течения климактерического синдрома у женщин с гипофункцией щитовидной железы. *Анализ современных тенденций развития науки*, Материалы международной научно-практической конференции. Волгоград. Уфа: НИЦ АЭТЕРНА.
- Дерябина, Е. Г. & Башмакова, Н. В. (2012). *Щитовидная железа и менопауза*. Екатеринбург.
- Королевская, Л. И., Турова, Е. А. & Теняева, Е. А. (2009). Программы восстановительной медицины в коррекции проявлений климактерического синдрома и профилактики остеопороза. *Вестник восстановительной медицины*, 2, 88-90.
- Манухин, И. Б., Тумилович, Л. Г., Геворкян, М. А. & Манухина, Е. И. (2017). *Гинекологическая эндокринология: клинические лекции*. (4-е изд., перераб. и доп.). Москва: ГЭОТАР-Медиа.
- Серов, В. Н., Прилепская, В. Н. & Овсянникова, Т. В. (2017). *Гинекологическая эндокринология*. (6-е изд.). Москва: МЕДпресс-информ.
- Сметник, В. П. (Ред.). (2006). *Медицина, климактерия*. Москва: Литера.
- Хашаева, Т. Х. & Еседова, Э. (2001). Применение препарата Климен в лечении климактерических расстройств у женщин с эндемическим зобом. *Гинекология*, 3 (1), 14-7.
- Acar, B., Ozay, A. C., Ozay, O. E., Okyay, E., Sisman, A. R. & Ozaksoy, D. (2016). Evaluation of thyroid function status among postmenopausal women with and without osteoporosis. *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, 134 (1), 53-7. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.11.025.
- Badawy, A., State, O. & Sherief, S. (2007). Can thyroid dysfunction explicate severe menopausal symptoms? *J. Obstet. Gynaecol.*, 27 (5), 503-5.
- Ceresini, G., Milli, B., Morganti, S., Maggio, M., Bacchi-Modena, A., Sgarabotto, M. P. ... Valenti, G. Effect of estrogen therapy for 1 year on thyroid volume and thyroid nodules in postmenopausal women. *Menopause*. 2008 Mar-Apr;15(2):326-31. doi:10.1097/gme.0b013e318148b83e.
- Del Ghianda, S., Tonacchera, M. & Vitti, P. (2014). Thyroid and menopause. *Climacteric.*, 17 (3), 225-34. doi: 10.3109/13697137.2013.838554.
- Gietka-Czernel, M. (2017). The thyroid gland in postmenopausal women: physiology and diseases. *Prz Menopauzalny.*, 16 (2), 33-37. doi: 10.5114/pm.2017.68588.
- Hernández Valencia, M., Córdova Pérez, N., Zúrate, A., Basurto, L., Manuel Apolinar, L., Ruiz, M. ... Vargas, A. (2008). Hypothyroidism associated to menopause symptoms worsening change with thyroid substitution therapy. *Ginecol. Obstet. Mex.*, 76 (10), 571-5. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19062505>.
- Lambrinoudaki, I., Armeni, E., Rizos, D., Georgiopoulos, G., Kazani, M., Alexandrou, A. ... Stamatelopoulos, K. (2012). High normal thyroid-stimulating hormone is associated with arterial stiffness in healthy postmenopausal women. *J. Hypertens.*, 30 (3), 592-9. doi: 10.1097/HJH.0b013e32834f5076.
- Pearce, E. N. (2007). Thyroid dysfunction in perimenopausal and postmenopausal women. *Menopause Int.* 13 (1), 8-13. DOI: 10.1258/175404507780456746.
- shchitovidnoy zhelezy. [Features of climacteric syndrome in women with hypothyroidism of the thyroid gland]. *Analiz sovremennyh tendencij razvitiya nauki*, Materialy mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoj konferencii. Volgograd. Ufa: NIC AETERNA.
- Deryabina, E. G. & Bashmakova, N. V. (2012). *Shitovidnaya zheleza i menopauza. [Thyroid gland and menopause]*. Ekaterinburg.
- Korolevskaya, L. I., Turova, E. A. & Tenyaeva, E. A. (2009). Programmy vosstanovitelnoj mediciny v korrekcii proyavlenij klimaktericheskogo sindroma i profilaktiki osteoporoz. [Programs of restorative medicine in correction of manifestations of menopausal syndrome and prevention of osteoporosis]. *Vestnik vosstanovitelnoj mediciny - Bulletin of Restorative Medicine*, 2, 88-90.
- Manuhin, I. B., Tumilovich, L. G., Gevorkyan, M. A. & Manuhina, E. I. (2017). *Ginekologicheskaya endokrinologiya: klinicheskie lekci. [Gynecological endocrinology: clinical lectures]*. (4-e izd., pererab. i dop.). Moskva: GEOTAR-Media.
- Serov, V. N., Prilepskaya, V. N. & Ovsyannikova, T. V. (2017). *Ginekologicheskaya endokrinologiya. [Gynecological endocrinology]*. (6-e izd.). Moskva: MEDpress-inform.
- Smetnik, V. P. (Red.). (2006). *Medicina, klimakteriya. [Medicine, menopause]*. Moskva: Litera.
- Hashaeva, T. H. & Esedova, E. (2001). Primenenie preparata Klimen v lechenii klimaktericheskikh rasstrojstv u zhenshin s endemicheskim zobom. [The use of the drug Klimen in the treatment of climacteric disorders in women with endemic goiter]. *Ginekologiya - Gynecology*, 3 (1), 14-7.
- Acar, B., Ozay, A. C., Ozay, O. E., Okyay, E., Sisman, A. R. & Ozaksoy, D. (2016). Evaluation of thyroid function status among postmenopausal women with and without osteoporosis. *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, 134 (1), 53-7. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.11.025.
- Badawy, A., State, O. & Sherief, S. (2007). Can thyroid dysfunction explicate severe menopausal symptoms? *J. Obstet. Gynaecol.*, 27 (5), 503-5.
- Ceresini, G., Milli, B., Morganti, S., Maggio, M., Bacchi-Modena, A., Sgarabotto, M. P. ... Valenti, G. Effect of estrogen therapy for 1 year on thyroid volume and thyroid nodules in postmenopausal women. *Menopause*. 2008 Mar-Apr;15(2):326-31. DOI:10.1097/gme.0b013e318148b83e.
- Del Ghianda, S., Tonacchera, M. & Vitti, P. (2014). Thyroid and menopause. *Climacteric.*, 17 (3), 225-34. doi: 10.3109/13697137.2013.838554.
- Gietka-Czernel, M. (2017). The thyroid gland in postmenopausal women: physiology and diseases. *Prz Menopauzalny.*, 16 (2), 33-37. doi: 10.5114/pm.2017.68588.
- Hernández Valencia, M., Córdova Pérez, N., Zúrate, A., Basurto, L., Manuel Apolinar, L., Ruiz, M. ... Vargas, A. (2008). Hypothyroidism associated to menopause symptoms worsening change with thyroid substitution therapy. *Ginecol. Obstet. Mex.*, 76 (10), 571-5. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19062505>.
- Lambrinoudaki, I., Armeni, E., Rizos, D., Georgiopoulos, G., Kazani, M., Alexandrou, A. ... Stamatelopoulos, K. (2012). High normal thyroid-stimulating hormone is associated with arterial stiffness in healthy postmenopausal women. *J. Hypertens.*, 30 (3), 592-9. doi: 10.1097/HJH.0b013e32834f5076.
- Pearce, E. N. (2007). Thyroid dysfunction in perimenopausal and postmenopausal women. *Menopause Int.* 13 (1), 8-13. DOI: 10.1258/175404507780456746.

References

- Gafurova, F. A. (2017). Osobennosti techeniya klimaktericheskogo sindroma u zhenshchin s gipofunktsiyey

Павловская М.А.

ДИНАМИКА ГОРМОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОК С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ГИПОТИРЕОЗА ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ КЛИМАКТ-ХЕЛЬ И МУЛИМЕН

Аннотация. При гипотиреозе климактерический синдром имеет склонность к раннему началу и затяжному течению и проявляется в средней и тяжелой формах с преобладанием в клинической картине психозомоциональных и обменно-эндокринных расстройств. Цель работы - сравнить эффективность комплексного лечения климактерического синдрома с сопутствующим гипотиреозом, путем анализа гормональных показателей до и после комплексной терапии с использованием антигомотоксикологической терапии. Для её достижения больные разделили на две группы: женщины, получали только базовую терапию согласно Национальному консенсусом по ведению пациенток в климактерии (далее - базовая терапия, группа 1) и пациентки, кроме базовой терапии получали терапию антигомотоксикологическими препаратами (группа 2). Проанализировав показатели пациенток с климактерическим синдромом и сопутствующим гипотиреозом после проведенных двух курсов терапии, установлена тенденция к снижению показателя ИРИ в обеих группах, но все же нормального уровня не удалось достичь ни одной из групп. Кальцитриол увеличился в двух группах наблюдения, при этом в одной группе показатель не достиг нормальных значений. Снижение фолликулостимулирующего гормона наблюдалось в обеих группах и только 1-ой группе удалось приблизиться к нормальным значениям после двух курсов лечения. Уменьшение показателя эстрадиола наблюдалось в обеих группах пациентов, но достоверно его значение снижалось у пациенток первой группы. Под влиянием лечения согласно протоколов в первой группе достоверно уменьшился ТТГ, достигнув нормативных показателей после второго курса лечения. При оценке общей эффективности лечения оказалось, что при использовании базовой терапии эффективность составила 63,3%, при использовании комплексного лечения с использованием антигомотоксикологических препаратов - 55,5%.

Ключевые слова: климактерический синдром, гипотиреоз, гормональные показатели, антигомотоксикология.

Pavlovska M.

DYNAMICS OF HORMONAL PARAMETERS IN PATIENTS WITH CLIMACTERIC SYNDROME IN THE CONTEXT OF HYPOTHYROIDISM UNDER THE INFLUENCE OF COMPLEX THERAPY WITH CLIMACT-HEL AND MULIMEN

Annotation. In hypothyroidism, the climacteric syndrome has a tendency to an early start and a protracted course and manifests itself in the middle and severe forms with a predominance in the clinical picture of psychoemotional and metabolic-endocrine disorders. The purpose of the work is to compare the effectiveness of complex treatment of climacteric syndrome with concomitant hypothyroidism by analyzing hormonal indices before and after complex therapy using antihomotoxicological therapy. For its achievement, patients are divided into two groups: women who received only baseline therapy in accordance with the National Consensus on the management of patients in the climacteric diet (hereinafter - base therapy, group 1) and patients who, in addition to the baseline therapy, received therapy with antihomotoxic drugs (Group 2). After analyzing the patient's outcomes with the climacteric syndrome and concomitant hypothyroidism after the two treatment courses, there was a tendency for the IRI to decrease in both groups, but none of the groups was able to reach the normal level. Calcitriol increased in two observation groups, while in one group the index did not reach normal values. The decrease in the follicle stimulating hormone was observed in both groups and only the 1st group managed to get closer to normal values after two treatment cycles. The decrease in estradiol was observed in both groups of patients, but its significance was significantly lower in patients in the 1st group. Under the influence of treatment in accordance with the protocols in the first group, TTG significantly decreased, reaching the norm after the second course of treatment. In assessing the overall effectiveness of treatment, it turned out that with the use of baseline therapy, the effectiveness was 63.3%, with the use of complex treatment with the use of antihomotoxic drugs - 55.5%.

Keywords: climacteric syndrome, hypothyroidism, hormonal indices, antihomotoxicology.
