

типу, призводила до змін регіонарного кровообігу голілки у представників різних видів спорту.

Ключові слова: реовазографія голілки, мезоморфний соматотип, волейболісти, легкоатлети, борці.

Стаття надійшла 18.11.2017 р.

типу, приводить к изменениям регионарного кровотока голени у представителей различных видов спорта.

Ключевые слова: реовазография голени, мезоморфный соматотип, волейболисты, легкоатлеты, борцы.

Рецензент Єрошенко Г.А.

DOI 10.26724 / 2079-8334-2018-1-63-56-60

УДК 618.173:616.379-008.64:616.12-073:53.082.04

М. О. Павловська*, І. П. Вакалюк, О. І. Дельцова
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет", м. Івано-Франківськ,
Київський національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ*

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЕХОКГ У ПАЦІЄНТОК ІЗ КЛІМАКТЕРИЧНИМ СИНДРОМОМ НА ТЛІ ГІПОТИРЕОЗУ ПІД ВПЛИВОМ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ

e-mail: marynatrnk@gmail.com

Обстежено 101 пацієнтку віком 45-55 років із клімактеричним синдромом на тлі гіпотиреозу. Жінки групи 1 (n=34) отримували лише базову терапію згідно Національного консенсусу щодо ведення пацієнток у клімактерії. Жінкам групи 2 (n=34) на тлі базової терапії було застосовано фізіотерапевтичне лікування (ультразвукова терапія та контрастні ванни 2 рази/тиждень протягом двох місяців). Жінкам групи 3 (n=33) окрім базової терапії призначали антигомотоксикологічні препарати. Запропоновані комплекси позитивно впливали на стан серцево-судинної системи хворих, а також зменшували ступінь тяжкості клімактеричного синдрому та важкості психоемоційного компоненту. Більш ефективним був комплекс, що включав антигомотоксикологічні засоби, що підтверджується динамікою показників ЕхоКГ. Із клінічної точки зору, отримані результати дають обґрунтовану підставу рекомендувати дані комплекси для корекції функціональних серцево-судинних порушень у жінок із клімактеричними розладами на тлі гіпофункції щитоподібної залози.

Ключові слова: клімактеричний синдром, гіпотиреоз, фізіотерапевтичне лікування, антигомотоксикологічні засоби.

Робота є фрагментом НДР «Відновлення та збереження репродуктивного здоров'я і якості життя жінки в сучасних умовах при акушерській і гінекологічній патології» (державний номер реєстрації 0113U007336).

Зміни демографічної ситуації в світі, і в Україні в тому числі, свідчать, що сучасна жінка 1/3 життя проводить у стані естрогенного дефіциту, під час якого відбувається згасання репродуктивної функції жінки. У жінок європейської популяції цей період доводиться на вік 45-55 років із піком менопаузи у віці близько 50 років. При цьому, особлива увага вчених сьогодні приділяється поліпшенню якості життя жінок клімактеричного періоду, оскільки на фоні клімактеричних розладів вона значно погіршується [3, 17]. За даним літератури, 82,7 % жінок клімактеричного віку вказують на страждання від типових КР, 78,1 % – відчують приливи жару, 84,9 % – млявість, підвищену стомлюваність, 67,3 % – головні болі, збільшення маси тіла спостерігаються у 62,4 % жінок, болі в суглобах, спині – у 48,7 %, закрепи і розлади сечовипускання – у 36,5 і 21,0 %, відповідно, 76,0 % жінок мають депресивні розлади, нервозність, подразливість, безсоння, послаблення пам'яті. Таким чином, майже в 90 % жінок естрогенна недостатність, що супроводжує менопаузу, несприятливо позначається на стані здоров'я [9, 14]. Патогенетично обґрунтованим методом лікування симптомів, пов'язаних із дефіцитом естрогенів, є призначення замісної гормональної терапії (ЗГТ), метою якої є фармакологічна заміна гормональної функції яєчників. Основним показанням до ЗГТ є наявність клімактеричного синдрому середнього і тяжкого ступеню [13]. Проте, незважаючи на значне число і високу достовірність клінічних даних, що стосуються ефективності і безпечності ЗГТ, досі тривають дискусії з приводу користі і ризику застосування препаратів ЗГТ з урахуванням їхнього впливу на серцево-судинну систему (ССС), молочну залозу, виникнення тромбоемболічних ускладнень, когнітивних розладів тощо, а також щодо ведення пацієнток із поєднаними патологіями, що являють особливий контингент хворих [7, 19]. Таким чином, необхідним є пошук комплементарних методів лікування, що розширюють можливості лікарів.

Вивчення найбільш частих захворювань, у тому числі ендокринних, що виникають унаслідок менопаузи, або вже існуючих соматичних розладів, є вкрай актуальним, оскільки поєднання захворювань ендокринної системи і клімактеричного синдрому створює умови для взаємного обтяження, маскування клінічних проявів захворювань або зміни перебігу основного ендокринного захворювання як самого по собі, так і на тлі ЗГТ. Будь-які ендокринні дисфункції негативно впливають як на метаболічні процеси в усьому організмі, так і на емоційно-особистісний фон пацієнта. Наявність у пацієнтки цукрового діабету, ожиріння, патології щитоподібної залози або інших ендокринопатій у більшості випадків потребує індивідуального підходу з призначенням комплексного лікування клімактеричних розладів із метою їхньої адекватної корекції [6, 10].

Однією з таких проблем є перебіг клімактеричного періоду на тлі патології щитоподібної залози. За даними різних авторів, поширеність гіпотиреозу в популяції серед жінок складає 7-10 %, серед чоловіків 2-3 %. Захворювання часто трапляються в жінок після 45 років, особливо в регіонах із недостатнім споживанням йоду [10, 15]. Частота патології ССС у клімактеричному періоді істотно збільшується, оскільки до відомих загальних факторів ризику (гіподинамія, паління, нераціональне харчування, збільшення маси тощо) у жінок приєднується гормональний дефіцит естрогенів. Окрім опосередкованої дії через каскад біохімічних реакцій, естрогени впливають на судинну стінку. У кровоносних судинах існують естрогенові альфа і бета рецептори. Вплив естрогенів здійснюється через клітини ендотелію і полягає в стимуляції продукції судинорозширювальних факторів (оксиду азоту і простагліну) і гальмуванні судинозвужувальних факторів (ендотелін 1 і тромбоксан [15, 17]). Доведено, що товщина стінок артерій збільшується зі збільшенням тривалості менопаузи, що свідчить про вплив естрогенів на товщину судинної стінки. Встановлений прямий вплив естрогенів на міокард, що полягає в збільшенні хвилинного і ударного об'ємів, поліпшенні діастолічної функції, гальмування процесів ремоделювання міокарда [8]. Найявністю гіпотиреозу також супроводжується різноманітними порушеннями з боку ССС [12]. Відомо, що гіпотиреоз, у тому числі і субклінічний, позначається на більшості гемодинамічних показників, що підтверджується даними ехокардіографічних досліджень. Такі параметри, як серцевий викид, частота серцевих скорочень (ЧСС) і загальний периферичний опір судин (ЗПОС), знаходяться в залежності від функції щитоподібної залози. Окрім відомої здатності тиреоїдних гормонів підвищувати споживання кисню тканинами, тироксин і трийодтиронін здатні безпосередньо впливати на скоротливу здатність міокарда. Трийодтиронін знижує системний опір судин шляхом розширення периферійних артеріол. У результаті зниження ЗПОС зменшується ефективний об'єм артеріального русла, що веде до вироблення реніну і активації ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, і, як наслідок, збільшується об'єм циркулюючої крові [18]. Немедикаментозні методи можуть застосовуватися як для купірування симптомів клімактеричного синдрому, так і для профілактики і лікування судинних порушень. Фізичні фактори широко застосовуються і довели свою ефективність як при комплексному використанні, так і у вигляді монофакторів [21, 22]. Також досить ефективними, на думку більшості авторів, є профілактика і терапія клімактеричних розладів засобами природного походження, до яких належать антигомотоксикологічні препарати. В антигомотоксичній медицині лікування направлено, в основному, на тканинний і органний рівні. Дія антигомотоксикологічних лікарських засобів не обмежується окремими випадками і, незважаючи на пріоритет індивідуально підібраних прописів, існує можливість призначення базових схем лікування за нозологічним принципом [1, 16, 20]. У той же час, існують лише поодинокі наукові розробки, присвячені корекції клімактеричного синдрому з направленістю на профілактику серцево-судинних розладів, із використанням фізичних факторів і антигомотоксичних засобів. Також практично відсутні дослідження щодо ранньої профілактики з використанням фізичних факторів і антигомотоксикологічних засобів порушень ССС у жінок клімактеричного віку з гіпотиреозом. Враховуючи наведене вважаємо доцільною і актуальною наукове обґрунтування розробки комплексної програми по корекції патологічних проявів і функціональних порушень у жінок із клімактеричним синдромом за умов ендокринної патології.

Метою роботи було порівняти ефективність комплексної терапії клімактеричного синдрому у пацієнок із гіпотиреозом шляхом аналізу показників ЕхоКГ до та після комплексного лікування з використанням фізіотерапевтичних і антигомотоксикологічних засобів.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 101 пацієнтку віком 45-55 років із клімактеричним синдромом на тлі гіпотиреозу. Тривалість гіпотиреозу – від 1 до 5 років, у середньому ($3,8 \pm 0,4$) роки. Пацієнтки отримували замісну терапію L-тироксином. Із метою порівняння ефективності додаткових методів лікування хворих розділено на 3 групи. Групу 1 (n=34) склали жінки, що отримували лише базову терапію згідно Національного консенсусу щодо ведення пацієнок у клімактерії (далі – базову терапію). До групи 2 (n=34) увійшли пацієнтки, яким на тлі базової терапії було застосовано фізіотерапевтичне лікування (ультразвукова терапія та контрастні ванни 2 рази/тиждень протягом двох місяців). Групу 3 (n=33) склали жінки, яким окрім базової терапії призначали антигомотоксикологічні препарати Клімакт-Хель (1 таблетка 3 рази/добу протягом двох місяців), Мулімен (10 крапель 3 рази/добу протягом двох місяців) та Оваріум композитум (підшкірно 2 р/тиждень № 10). Клінічне обстеження включало з'ясування скарг і анамнезу; загальний огляд; гінекологічне обстеження. Також урахувалися дані амбулаторних і стаціонарних карт, виписки з історії хвороби, визначення гормонів у сироватці крові, висновки спеціалістів і результати спеціальних інструментальних досліджень. Науковим обґрунтуванням вибору лікувально-профілактичних технологій для розробки програм відновного лікування даної категорії хворих послуужили

дослідження, що показали ефективність призначення антигомотоксикологічних препаратів [16, 20], ультразвукової терапії та бальнеотерапії [2] як в усуненні факторів ризику і реабілітації хворих на серцево-судинні захворювання (ССЗ), так і в корекції проявів клімактеричного синдрому. Методика проведення контрастних ванн: температура холодної води складала 24-22°C, гарячої 38-39°C, контраст температур – 12-15°C. Співвідношення перебування хворих у гарячій і холодній воді впродовж процедури складало 1 і 3 хвилини. Кількість процедур – 10-12. Ультразвукова терапія проводилася від апарату УЗТ-101Ф, частота 880 кГц в імпульсному режимі (10 мс) паравертебрально на грудний і шийний відділи хребта, інтенсивність 0,2-0,4 Вт/см² по 5 хвилин на поле. Процедури проводили за лабільною методикою, контактне середовище "Ультрагель", на курс призначали 10-12 процедур щоденно. Для аналізу адекватності комплексної терапії пацієнток із клімактеричними розладами на тлі гіпотиреозу використовували ехокардіографію (ЕхоКГ), оскільки неінвазивний характер, значний об'єм отриманої інформації, а також динаміка показників ЕхоКГ є об'єктивним критерієм ефективності призначеного лікування. ЕхоКГ-дослідження проводили за загальноприйнятою методикою в трьох стандартних позиціях у М- і D-режимах на апараті "Ultramark-9". Проводили визначення кінцевого діастолічного об'єму лівого шлуночка (КДО) та кінцевого систолічного об'єму (КСО), хвилинний об'єм (ХО) кровообігу, масу міокарда (ММ). Фракцію викиду (ФВ) визначали за формулою: $ФВ = УО / КДО$, де УО – ударний об'єм (мл), КДО – кінцевий діастолічний об'єм (мл). Ударний об'єм визначали за формулою: $УО = КДО - КСО$. Статистична обробка отриманих результатів здійснена в статистичному пакеті "STATISTICA 6.1" із використанням параметричних і непараметричних методів оцінки отриманих результатів.

Результати дослідження та їх обговорення. Усі пацієнтки відмічали прояви клімактеричного синдрому різного ступеню тяжкості, при цьому гіпотиреоз погіршував перебіг клімаксу і знижував якість життя жінок. Серед клінічної симптоматики гіпофункції ЩЗ найчастіше мали місце слабкість (93,3 %), сухість шкірних покривів (90,0 %), сонливість (86,7 %), уповільнена мова (83,3 %), набряклість повік (80,0 %) і почуття холоду (80,0 %). Інші варіанти траплялися значно рідше. Також у жінок із гіпотиреозом значно частіше, ніж в осіб без ендокринної патології, спостерігали такі симптоми клімактеричного синдрому, як припливи жару (84,6 %), порушення сну (71,0 %), депресивні та тривожні стани (79,7 %). Усі складові клімактеричного синдрому в жінок із гіпотиреозом (нейровегетативні, психоемоційні, метаболічні прояви) були однаково значимі. У більшості пацієнток із гіпофункцією щитоподібної залози (67,2 %) спостерігалася тенденція до більш раннього настання і затяжного перебігу клімактеричного синдрому, ніж у популяції в цілому, його проявів у середній і важкій формах. При аналізі факторів ризику розвитку ССЗ встановлено (табл. 1), що всі обстежені жінки мали 2 і більше факторів ризику. Наявність артеріальної гіпертензії (АГ) встановлена в 54,5 % хворих. Систолічний артеріальний тиск (САТ) до лікування був достовірно підвищений відносно норми (117,6±11,2 мм рт. ст.) і становив (154,3±11,7); (154,3±9,2) і (158,2±10,3) мм рт. ст. у 1-й, 2-й, 3-й групах, відповідно.

Таблиця 1

Фактори ризику розвитку серцево-судинних захворювань у жінок із клімактеричним синдромом і гіпотиреозом

Фактори ризику	Група (n=101)	
	абс.	%
Надмірна маса, ІМТ >25 кг/м ²	81	80,2
Гіперліпідемія	90	89,1
Спадковість	75	74,3
Артеріальна гіпертензія	55	54,5
Паління	19	18,8
Гіподинамія	62	61,4

Діастолічний артеріальний тиск (ДАТ) також був достовірно вище за нормальні показники (66,3±4,18 мм рт. ст.) – (95,8±8,1); (89,2±8,8) і (92,3±7,76) мм рт. ст., відповідно. Обстеженим жінкам була властива схильність до тахікардії, що проявлялося в збільшенні частоти серцевих скорочень (ЧСС) відносно норми (68,2±4,2) уд/хв і становила (80,2±4,3); (77,9±5,2) і (77,24±3,8) уд/хв., відповідно. До лікування при ЕхоКГ-дослідженні зареєстровано збільшення відносного хвилинного об'єму – норма (4,60±0,71) л/хв, який був достовірно вищим і становив (4,49±0,72); (4,7±0,82) і (4,98±0,43) л/хв., відповідно.

Фракція викиду виявилася нижчою за нормативний показник (70,26±1,98) % і становила (63,3±3,4); (61,2±3,3) і (61,79±4,09) %, відповідно. Кінцевий систолічний і діастолічний об'єми також відрізнялися. Так, КСО склав (40,3±2,1); (42,5±5,2) і (41,2±3,24) мл, відповідно, при нормі (32,72±2,25) мл. Аналогічні порушення спостерігалися в показниках КДО, значення якого склали (132,6±9,9);

(130,1±11,4) і (130,8±8,65) мл, відповідно, при нормі (103,5±8,9) мл. У хворих спостерігалось збільшення маси міокарда лівого шлуночка порівняно нормою (124,82± 4,61 г), яке в 1-й групі склало (154,1±8,6) г, у другій – 157,3±12,2 г, у третій – (153,5±5,91) г. Результати використання комплексів фізіобальнеотерапевтичної та антигомотоксикологічної корекції серцево-судинних розладів наведені в табл. 2.

Таблиця 2

Динаміка показників ЕхоКГ при корекції серцево-судинних розладів у жінок із гіпотиреозом у менопаузі

Показники, норма	Групи					
	1 (n=34)		2 (n=34)		3 (n=33)	
	1 курс	2 курс	1 курс	2 курс	1 курс	2 курс
ХО, л/хв. 4,6±0,71	4,49±0,72 5,53±0,44	5,28±0,21 5,54±0,43	4,7±0,82 4,77±0,31	5,27±0,51 5,14±0,65	4,98±0,43 5,43±0,57	5,32±0,87 4,63±0,35'
ФВ, % 70,26±1,98	63,3±3,4 59,9±5,2	63,44±4,11 62,47±4,2	61,2±3,3 66,4 ±4,2	65,3±3,12 70,67±4,23	61,79±4,09 68,85±3,24'	68,66±3,87 76,34±3,25*
КСО, мл 32,72±2,25	40,3±2,1 38,9±2,4	39,17±2,81 38,53±3,12	42,5±5,2 38,7±3,6	40,4±2,83 37,65±3,12'	41,2±3,24 38,79±2,97	40,12±2,98 35,46±2,21*
КДО, мл 103,5±8,9	132,6±9,9 137,1±9,4	131,4±8,45 126,9±9,27	130,1±11,4 136,7±12,1	132,2±10,54 125,5±6,12'	130,8±8,65 125,6±10,43	132,9±6,28 119,7±7,87*
ММ, г 124,82±4,61	154,1±8,6 168,2±10,2	163,54±10,4 164,26±9,17	157,3±12,2 151,8±9,3	150,31±11,3 148,2±8,22	153,5±7,18 150,99±7,98	155,27±8,65 150,99±9,41
САД мм рт.ст. 117,6±11,2	154,3±11,7 157,7±10,8	154,9±8,97 152,8±7,8	154,3±9,2 146,2±9,6'	150,7±8,6 145,8±7,2	158,2±10,3 151,5±8,45	149,7±9,02 145,67±10,3
ДАД мм рт.ст. 66,3±4,18	95,8±8,1 98,3±7,5	97,8±6,3 94,6±4,8	89,2±8,8 93,6±9,1	90,5±7,4 86,2±9,1	92,3±7,76 88,8±8,54	90,4±9,15 81,1±7,98
ЧСС уд/хв 68,2±4,2	80,2±4,3 78,9±5,1	78,46±5,3 76,1±5,8	77,9±5,2 74,2±3,8	76,7±4,56 70,5±5,23	77,24±3,8 70,3±4,4'	72,4±5,12 70,6±4,54

Оцінка динаміки ЕхоКГ-параметрів показала, що в групі пацієнток, яким призначалася лише базова терапія (1-а група) достовірних змін не сталося. У 2-й і 3-й групах спостерігалось підвищення ФВ, яке склало 9,47 % у 2-й групі після двох курсів фізіотерапії, 14,55 % – у 3-й групі після двох курсів антигомотоксикологічного лікування. КСО зменшився в усіх групах спостереження, при цьому за впливом на цей показник найбільш ефективним виявився комплекс антигомотоксикологічних засобів. КСО після двох курсів лікування становив у 3-й групі (35,46±2,21) мл, проти (38,7±3,6) мл у 2-й групі. Зменшення КДО спостерігалось в 2-й і 3-й групах, проте достовірно його значення знижувалося в пацієнток 3-ї групи – (119,7±7,87) мл, проти (125,6±10,43) у 2-й групі. Тенденція до зниження САТ і ДАТ зафіксована в усіх групах спостереження, найбільше також у 3-й групі. Під впливом антигомотоксикологічних засобів достовірно зменшився ХО, досягши нормативних показників після другого курсу лікування. Не було виявлено суттєвої динаміки ММ під впливом курсів лікування, що проводилися.

Зниження ЧСС було недостовірним. У групі базової терапії позитивної динаміки не спостерігали. При оцінці загальної ефективності лікування виявилось, що при використанні комплексу, що складається з контрастних ванн і ультразвукової терапії ефективність склала 65 %, при використанні антигомотоксикологічних засобів – 79 %. При цьому використання фізіотерапії у 18 % хворих не призводило до об'єктивного поліпшення стану, а в 17 % пацієнток спостерігали деяке погіршення самопочуття. У групі пацієнток, яким призначали антигомотоксикологічний комплекс кількість хворих, що закінчили курс лікування без динаміки, виявився істотно нижчою (13 %). Також нижчою виявилася кількість хворих із негативними результатами лікування (8 %).

Висновки

У жінок із гіпотиреозом у перименопаузі більшість функціональних характеристик серцево-судинної системи відрізняються від норми. Порівняння ефективності лікувальних програм виявило, що запропоновані комплекси в більшому чи меншому ступені позитивно впливали на стан серцево-судинної системи хворих, а також зменшували ступінь тяжкості клімактеричного синдрому (спостерігався вплив на усі складові клімактеричного синдрому, але в більшому ступені – на психоемоційний компонент). Водночас, резюмуючи отримані результати, можна зробити висновок, що для пацієнток із клімактеричним синдромом і гіпотиреозом більш ефективним був комплекс, що включав антигомотоксикологічні засоби, що підтверджується динамікою показників ЕхоКГ. Із клінічної точки зору, отримані результати дають обґрунтовану підставу рекомендувати дані комплекси для корекції функціональних серцево-судинних порушень у жінок із клімактеричними розладами на тлі гіпофункції щитоподібної залози.

Список літератури

- Zarina NN. Vozmozhnosti i ogranicheniya primeneniya gomeopaticheskikh i antigomotoksicheskikh preparatov pri narusheniyah v endokrinnoy sfere. Byul. med. internet-konferentsiy. 2013;3(1):10.
- Korolevskaya LI. Nemedikamentoznaya profilaktika i vosstanovitel'naya korrektsiya pozdnykh oslozhneniy klimaktericheskogo sindroma u zhenshin. Mezhdunar. endokrinol. zhurnal. 2011;(2):102-11.
- Kyshakevych IT. Pryrodna menopauza u rizni vikovi periody: yakist zhyttia i taktyka likuvalno-profilaktychnykh zakhodiv [avtoreferat]. Kyii: Nats. med. akad. pisladyplom. osvity im. P.L. Shupyka; 2015. 36 s.
- Arteaga Urzúa E. Menopause and cardiovascular risk. Rev Med Chil. 2016 Nov;144(11):1375-1376.
- Buckler H. The menopause transition: endocrine changes and clinical symptoms. J Br Menopause Soc. 2005 Jun;11(2):61-5.
- Burger H. The menopausal transition - endocrinology. J Sex Med. 2008 Oct;5(10):2266-73.
- Blümel JE, Arteaga E. The risks of avoiding hormone replacement therapy during menopause. Rev Med Chil. 2017 Jun;145(6):760-764.
- Crandall CJ, Barrett-Connor E. Endogenous sex steroid levels and cardiovascular disease in relation to the menopause: a systematic review. Endocrinol Metab Clin North Am. 2013 Jun;42(2):227-53.
- Cray LA, Woods NF, Mitchell ES. Identifying symptom clusters during the menopausal transition: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. Climacteric. 2013 Oct;16(5):539-49.
- Carlé A, Pedersen IB, Knudsen N, Perrild H, Ovesen L, Laurberg P. Gender differences in symptoms of hypothyroidism: a population-based DanThyr study. Clin Endocrinol (Oxf). 2015 Nov;83(5):717-25.
- Dosi R, Bhatt N, Shah P, Patell R. Cardiovascular disease and menopause. J Clin Diagn Res. 2014 Feb;8(2):62-4.
- Gonzalez Gil L, De la Sierra A. Prevalence of hypertension and other cardiovascular risk factors in subjects with subclinical hypothyroidism. Med Clin (Barc). 2017 Apr 21;148(8):351-353.
- Hill DA, Crider M, Hill SR. Hormone therapy and other treatments for symptoms of menopause. Am Fam Physician. 2016 Dec 1;94(11):884-889.
- Harlow SD, Karvonen-Gutierrez C, Elliott MR, Bondarenko I, Avis NE, Bromberger JT, et al. It is not just menopause: symptom clustering in the Study of Women's Health Across the Nation. Womens Midlife Health. 2017;3. doi: 10.1186/s40695-017-0021-y.
- Li H. Thyroid disorders in women / H. Li, J. Li // Minerva Med. – 2015. – Vol. 106, N 2. – P. 109–114.
- Relton C, Weatherley-Jones E. Homeopathy service in a National Health Service community menopause clinic: audit of clinical outcomes. J Br Menopause Soc. 2005 Jun;11(2):72-3.
- Radowicka M, Szparaga R, Pietrzak B, Wielgos M. Quality of life in women after menopause. Neuro Endocrinol Lett. 2015 Dec;36(7):644-9.
- Suh S, Kim DK. Subclinical hypothyroidism and cardiovascular disease. Endocrinol Metab (Seoul). 2015 Sep;30(3):246-51.
- Stuenkel CA. Menopause, hormone therapy and diabetes. Climacteric. 2017 Feb;20(1):11-21.
- Thompson EA. Homeopathy and the menopause. J Br Menopause Soc. 2002 Dec;8(4):151-4.
- Taylor M. Complementary and alternative approaches to menopause. Endocrinol Metab Clin North Am. 2015 Sep;44(3):619-48.
- Tonob D, Melby MK. Broadening our perspectives on complementary and alternative medicine for menopause: A narrative review. Maturitas. 2017 May;99:79-85.

Реферати

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХОКГ У ПАЦИЕНТОК С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ГИПОТИРЕОЗА ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Павловская М. А., Вакалюк И.П., Дельцова Е.И.

Обследовано 101 пациентку возрасте 45-55 лет с климактерическим синдромом на фоне гипотиреоза. Женщины группы 1 (n=34) получали только базовую терапию согласно Национального консенсуса относительно ведения пациенток в климактерии. Женщинам группы 2 (n=34) на фоне базовой терапии применили физиотерапевтическое лечение (ультразвуковая терапия и контрастные ванны 2 раза в неделю на протяжении 2 месяцев). Женщинам группы 3 (n=33) кроме базовой терапии назначали антигомтоксикологические препараты. Предложенные комплексы положительно влияли на состояние сердечно-сосудистой системы больных, а также уменьшали степень тяжести климактерического синдрома и психоэмоционального компонента. Более эффективным был комплекс, что включав антигомтоксикологические срндства, что подтверждается динамикой показателей ЭхоКГ. С клинической точки зрения, полученные результаты дают обоснование рекомендовать данные комплексы для коррекции функциональных сердечно-сосудистых нарушений у женщин с климактерическими расстройствами на фоне гипопункции щитовидной железы.

Ключові слова: климактерический синдром, гипотиреоз, физиотерапевтическое лечение, антигомтоксикологические средства.

DYNAMICS OF EXCHANGE PARAMETERS OF ULTRASONIC HEART RESEARCH IN PATIENTS WITH CLIMACTERIC SYNDROME ASSOCIATED WITH HYPOTHYROIDISM UNDER THE INFLUENCE OF COMPLEX THERAPY

Pavlovska M. O., Vakaluk V.P., Deltsova E.I.

101 patients aged 45-55 years with a climacteric syndrome associated with hypothyroidism were examined. Women in group 1 (n = 34) received only base therapy according to the National Consensus on the management of patients in the climacteric period. For group 2 (n = 34), physiotherapy (ultrasound therapy and contrast baths 2 times / week for two months) was applied against base therapy. For group 3 (n = 33), in addition to basic therapy, antigmotoxic drugs were prescribed. The proposed complexes positively influenced on the state of the cardiovascular system of patients, and also reduced the severity of the climacteric syndrome and the severity of the psycho-emotional component. The complex that included antihomotoxicological agents was more effective, which is confirmed by the dynamics of echocardiographic parameters. From a clinical point of view, the results provide a reasonable basis for recommending these complexes for the correction of functional cardiovascular disorders in women with climacteric disorders, associated with thyroid gland hypofunction.

Key words: climacteric syndrome, hypothyroidism, physiotherapeutic treatment, antihomotoxicological agents.

Стаття надійшла 30.12.2017 р.

Рецензент Ліхачов В.К.