

ТИРЕОИДНЫЙ СТАТУС ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ НЕГОРМОНАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

THE THYROID STATUS OF WOMEN WITH METABOLIC SYNDROME DURING NON-HORMONAL TREATMENT OF CLIMACTERIC DISORDERS

*R. Berihanova
I. Minenko*

Annotation

The aim of the research is to determine the effects of non-hormonal correction of climacteric disorders in female patients with metabolic syndrome on the level of thyroid hormones and the marker of autoimmune disease of the thyroid gland. The research includes 330 women with metabolic syndrome aged 45–50. The levels of the thyroid-stimulating hormone, free thyroxine in the blood serum, and the concentration of antibodies against thyroid peroxidase were repeatedly assessed. The most effective to preserve the levels of the parameters mentioned above showed to be the complex approach, based on the combined use of non-drug treatment methods and vitamin-mineral treatment, as compared to the use of only non-drug treatment methods or only vitamin-mineral treatment.

Keywords: climacteric syndrome, metabolic syndrome, thyroid gland, nonmedicamental methods.

*Бериханова Румиса Рамзановна
К.м.н., врач акушер-гинеколог,
ФБУ Центральная клиническая больница
Гражданской авиации, г. Москва
Миненко Инесса Анатольевна
Д.мед.н., профессор,
ГБОУ ВПО "Первый Московский
государственный мед. университет
им. И.М. Сеченова"*

Аннотация

Цель работы: определить влияние негормональной коррекции климактерических расстройств у пациенток с метаболическим синдромом на уровне тиреоидных гормонов и маркер аутоиммунного поражения щитовидной железы. Обследовано 330 женщин 45–50 лет с метаболическим синдромом: проводилась оценка в динамике уровней тиреотропного гормона, свободного тироксина в сыворотке крови, концентрации антител к тиреоидной пероксидазе. Наиболее выраженное позитивное влияние на сохранность указанных показателей оказал комплексный подход, основанный на сочетанном применении нелекарственных методов и витаминно-минерального средства в сравнении с использованием только комбинации нелекарственных методов или только витаминно-минерального средства.

Ключевые слова:

Климактерический синдром, метаболический синдром, щитовидная железа, нелекарственные методы.

ВВЕДЕНИЕ

Период климактерия у женщин сопряжен с формированием сочетанной патологии [1]. В частности, увеличивается частота метаболического синдрома (МС), фундаментом которого является инсулинорезистентность. Основные компоненты грозного симптомокомплекса: артериальная гипертония, абдоминальное ожирение, дислипотеинемия, нарушение толерантности к глюкозе. МС ассоциирован с высоким риском кардио-васкулярных заболеваний, в том числе, с фатальным исходом [2, 3, 4].

Кроме того, в период угасания функции яичников возрастает и частота патологии щитовидной железы, спектр влияния которой чрезвычайно широк: координация всех видов обмена веществ, масса тела, статус сердечно-со-

судистой системы, система гемостаза [5]. Тожественность патогенетических звеньев аномального климакса, МС и тиреоидопатии предопределяет наличие эффекта их взаимного отягощения. В авангарде терапии возрастных расстройств стоит менопаузальная гормональная терапия (МГТ) системного и локального действия. Однако ряд ограничений, которые особенно часто встречаются у пациенток МС, лишают врача возможности ее применять: наличие противопоказаний, негативное отношение женщины к МГТ, одновременный прием большого количества препаратов при сочетанной патологии. В таких случаях требуется изыскать эффективные нелекарственные методы лечения климактерических нарушений.

Цель работы: оценить влияние комплексной нелекарственной коррекции климактерических расстройств у па-

циенток с МС на тиреоидный статус.

Материалы и методы

В рандомизированное исследование на основании информированного добровольного согласия включено 330 женщин. Основную группу составили 110 женщин, применявших сочетание нелекарственных методов (диетотерапия, психотерапия, физиолечение, лечебная физкультура) и пероральный прием витаминно-минерального комплекса. Первая контрольная группа – 110 женщин, использовавших только нелекарственные методы. Вторая группа контроля – 110 женщин, принимающих только витаминно-минеральное средство, содержащее йод в форме калия йодида в количестве 225 мкг. Критерии включения: женщины 45–50 лет с дебютом климактерических нарушений, не имеющие исходно дисфункций щитовидной железы, страдающие метаболическим синдромом, установленным согласно критериям Международной Федерации Диабета (2005). Критерии исключения: наличие у женщины в анамнезе операций на ЩЖ, диагностированного гипотиреоза или гипертиреоза; применение менопаузальной гормонотерапии; наличие психических нарушений; острой кардио-васкулярной патологии; острая стадия воспалительных заболеваний; злокачественных и не верифицированных новообразований; тяжелой органной недостаточности. Средний возраст пациенток 47,2±3,2 лет. Группы были идентичны по возрасту, социальному и образовательному уровням, региону проживания.

На автоматическом иммуноферментном анализаторе "NexGen" ("ADALTIS", Италия) в сыворотке крови с использованием набора реактивов "Алкор Био" (Россия) определялись уровни ТТГ (тиреотропного гормона), Т4св (свободного тироксина), концентрация антител к тиреоидной пероксидазе (АТ-ТПО). Референсные интервалы: ТТГ – 0,2 – 3,4 мМЕ/л; Т4 – 10 – 23,2 пмоль/л; АТ-ТПО – 0 – 30 МЕ/мл.

Для статистической обработки результатов исследования использовался стандартный пакет программ

Microsoft Office 2010 (Microsoft Excel) и "STATISTICA® for Windows 6.0". Количественные показатели представлены в виде $M \pm m$, где M – среднее арифметическое, m – его стандартное отклонение. Т-критерий Стьюдента применялся для оценки достоверности различий между группами. Рассчитывался коэффициент корреляции (r). За статистически значимое принималось значение $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

На старте исследования у пациенток всех групп отсутствовали нарушения функции ЩЖ. По истечению шестимесячного курса лечения в основной группе сохранилось состояние эутиреоза у 99 (90,0%) пациенток, а у 11 (10,0%) был диагностирован гипотиреоз. Первая группа контроля через шесть месяцев продемонстрировала наибольшее увеличение частоты гипотиреоза – у 59 (53,6%) пациенток, у 3 (2,7%) обследуемых зафиксирован тиреотоксикоз. Только у 48 (43,6%) женщин этой группы функция щитовидной железы была неизменно нормальной. Во второй группе сравнения по прошествии шести месяцев терапии гипотиреоз отмечен у 23 (20,9%) пациенток, а у 87 (79,1%) оставалось эутиреоидное состояние.

Исходно во всех группах средние значения Т4св, ТТГ находились в пределах референсных интервалов. Через шесть месяцев терапии данные показатели в основной группе оставались на уровне нормальных значений. Динамика Т4св, ТТГ в группах контроля продемонстрировала стремление к гипофункции ЩЖ, что наиболее выражено было в первой группе сравнения. Закономерно изменялись уровни АТ-ТПО: незначительный рост в основной группе, тогда как в контрольных группах зафиксировано значимое увеличение маркера аутоиммунного поражения ЩЖ, причем во второй группе контроля более чем в два раза по сравнению с исходным. Результаты гормонального и иммунологического исследования обследованных представлены в **табл. 1**.

Таблица 1.

Таблица 1. Результаты гормонального и иммунологического исследования пациенток основной и контрольных групп.

Показатели	Основная группа, $M \pm m$, n=110		Первая контрольная группа, $M \pm m$, n=110		Вторая контрольная группа, $M \pm m$, n=110	
	До лечения	Через 6 месяцев	До лечения	Через 6 месяцев	До лечения	Через 6 месяцев
ТТГ мкМЕ/л	2,66±1,02	2,82±1,24	2,73±1,15	11,33±3,8	2,89±1,62	3,46±2,04
Т4св, пмоль/л	12,57±2,91	11,46±2,92	12,87±2,76	8,57±2,92	12,68±2,29	10,57±2,92
АТ-ТПО, МЕ/мл.	157,31±31,16	168,39±36,62	166,78±32,76	367,49±31,62	161,54±34,96	189,39±36,64

* $p < 0,05$ при сравнении между показателями до лечения и после шести месяцев лечения.

Полученные нами данные не противоречат данным литературы. Так, в работе Дерябиной Е.Г. (2010) показано, что распространенность и частота манифестаций тиреопатий у женщин в йододефицитном регионе в первые пять лет постменопаузального периода значительно возрастают, обоснована целесообразность йодной профилактики у женщин после 45 лет [6]. Результаты исследования Лукиной Е.В. (2012), Поркшеян К.А. (2013) продемонстрировали более высокую встречаемость патологии ЩЖ у больных с МС в сравнении с группой обследованных, не страдающих МС [7, 8].

Почти повсеместный природный недостаток йода в России создает базу для развития тиреоидных расстройств. Кроме того, исходные васкулярные, обменные нарушения при МС усугубляются на фоне нарастающего эстрогенодефицита, прогрессивно нарушаются перфузия, процессы гормонообразования в ЩЖ, что позволяет говорить о корреляции инволюции яичников с развитием морфофункциональной патологии ЩЖ [9, 10].

Проведенная нами оценка в динамике уровней ТТГ, Т4св, концентрации АТ-ТПО продемонстрировала максимальную сохранность эутиреоидного состояния при применении комплексной негормональной коррекции климактерических расстройств у пациенток с МС против применения по отдельности немедикаментозных воздействий или витаминно-минерального средства.

ВЫВОДЫ

Своевременная комплексная негормональная коррекция климактерических расстройств у пациенток с МС, включающая применение комбинации нелекарственных методов (диетотерапия, психотерапия, физиолечение, лечебная физкультура) и витаминно-минерального средства, наиболее эффективна для профилактики тиреопатий в сравнении с использованием только указанной совокупности нелекарственных методов или только витаминно-минерального средства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Красникова Н. В., Шеметова Г. Н. Соматическая патология у женщин в различные декады климактерического периода // БМИК . 2013. №3. С.537–539.
2. Инсулинорезистентность и эндотелиальная дисфункция при метаболическом синдроме/ Куршаков А.А., Сайфутдинов Р.Г., Анчикова Л.И., Валеева И.Х., Никишова Т.В.// Казанский мед.ж. 2011. №2. С. 173–176,
3. Котенко К.В., Слонимский Б.Ю. Динамика липидного и метаболического дисбаланса на фоне комплексных программ реабилитации при метаболическом синдроме // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9. № 4. С. 912–917
4. Киселев А.С. История биотехнологий и прогноз развития высокотехнологичной медицинской помощи с учетом долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2030 года (обзор)//Сеченовский вестник. № 3(13) .2013. С.41–48.
5. Руюткина Л.А., Руюткин Д.С. Интегральный сердечно-сосудистый риск: метаболический синдром и дисфункция щитовидной железы // Сибирское медицинское обозрение . 2010. №4. С.11–16.,
6. Дерябина Е.Г. Тиреоидная патология у женщин после естественной и хирургической менопаузы в йододефицитном регионе: Автореферат. дис. ... д-ра мед. наук. Москва, 2010, 40с.
7. Лукина Е.В. Особенности функционального состояния щитовидной железы у больных с метаболическим синдромом: Автореферат. дис. ... канд. мед. Наук. Санкт-Петербург, 2012,
8. Поркшеян К.А. Выявляемость поражений щитовидной железы у больных метаболическим синдромом и сахарным диабетом 2 типа по данным ультразвукового исследования. // Журн. "Кардиоваскулярная терапия и профилактика". 2011. №4. Прил.1. С. 22–23.
9. Соловьева А.В., Дубинина И.И. Особенности развития метаболического синдрома у женщин. // Сахарный диабет . 2012. №1. С.57–62.
10. Особенности функционального состояния коры надпочечников и щитовидной железы при метаболическом синдроме / Мадянов И.В., Кичигин В.А., Маркова Т.Н., Семакина С.М., Башкова И.Б.// Ожирение и метаболизм. 2011 №3. С.46–50.

© Р.Р. Бериханова, И.А. Миненко, (gumiska07@mail.ru), Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»,

