

DOI: 10.26693/jmbs02.03.100

УДК 61.618.173+61.616.379-008.64

Павловська М. О.

СОМАТИЧНИЙ ТА ГІНЕКОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ЖІНОК З КЛІМАКТЕРИЧНИМ СИНДРОМОМ НА ТЛІ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

ibolit@i.ua

У клінічній практиці пацієнти з соматоформними розладами спостерігаються досить часто, і майже завжди виникають певні складності щодо їхньої нозологічної оцінки. Метою даного дослідження стала клінічна характеристика жінок з клімактеричним синдромом на тлі соматоформних розладів, та оцінка їх соматичного та гінекологічного статусу. Для цього було обстежено 105 жінок із клімактеричним синдромом легкого (29%) та середнього ступенів тяжкості (71%). У всіх обстежених жінок вивчали анамнез життя, гінекологічний і загальносоматичний анамнез для виявлення екстрагенітальної патології.

У жінок із патологічним перебігом клімактеричного синдрому спостерігається виражена вегетативна дисфункція, яка прогресивно посилювалася зі збільшенням тяжкості клімактеричного синдрому. Синдром вегетативної дисфункції за шкалою Вейна виявлений в усіх включених до дослідження жінок: симпатикотонія, за індексом Кердо, встановлена в 79% жінок, ваготонія – у 15%, ейтонія – у 6% випадків.

Встановлено, що в постменопаузі добовий профіль артеріального тиску характеризується вищими значеннями варіабельності артеріального тиску протягом доби, у денні та нічні години, а також вищою величиною ранкового підйому артеріального тиску vs жінок при збереженій менструальній функції. Динаміка циркадного ритму в жінок змінювалася з віком – знижувалося значення добового індексу, що є клінічно несприятливим фактором.

При вивченні структури порушень репродуктивної системи в пацієток (із гіпоестрогенними типами порушення), виявлялася гіпоестрогенна ановуляція у 92% жінок – вікове зниження стероїдної функції яєчників.

Співвідношення тяжкості нейровегетативних, метаболічних і психоемоційних симптомів суттєво не відрізнялося в групах жінок із різним ступенем тяжкості клімактеричного синдрому, однак спостерігалась тенденція до збільшення тяжкості нейровегетативних симптомів із наростанням ступеня тяжкості клімактеричних розладів та їх тривалості,

що констатує глибший рівень пошкодження системи адаптації.

Таким чином, патологічний клімактерій несе значний ризик розвитку асоційованих із віком захворювань і вимагає своєчасної, патогенетично обґрунтованої корекції з урахуванням психофізіологічних особливостей жінок. Наявність у жінок клімактеричних розладів, що мають психогенну і вегетативно зумовлену симптоматику, складність їхнього адекватного оцінювання дозволяє вважати це питання одним з найважливіших.

Ключові слова: клімактеричний синдром, соматоформні розлади, остеопороз.

Вступ. За оцінками експертів ВООЗ, понад 46% жіночого населення планети знаходиться у віці старше 45 років, при цьому у 85% з них існують проблеми клімактеричного періоду [18]. Клімактеричний період – це фізіологічний період у житті жінки, коли поступово згасає функція яєчників, проте можливий його патологічний перебіг – клімактеричний синдром. Як відомо, клімактеричний синдром (КС) являє собою симптомокомплекс, що характеризується вегетативно-судинними, нервово-психічними і обмінно-ендокринними порушеннями, пов'язаними з гормональною перебудовою і гіпоестрогенією [7].

Розвиток психосоматичного напрямку викликав інтерес щодо ролі психічних і вегетативних чинників у виникненні клімактеричних розладів. Психосоматичний підхід до діагностики і лікування психосоматичних порушень показав, що найбільше значення він має на ранніх стадіях розвитку захворювання [12]. Так, серед факторів, що впливають на якість життя жінок у перименопаузальному періоді і після настання менопаузи – вегетативно-судинні порушення (приливи жару, підвищена пітливість, підвищення або коливання артеріального тиску (АТ), прискорене серцебиття, симпатоадреналові кризи), а також психоемоційні розлади (погіршення настрою, загальна слабкість, швидка стомлюваність, сонливість, роздратованість, занепокоєння, агресивність, образливість і депресії, які в ряді випадків мають домінуючий характер [13].

У МКБ-10 дані порушення віднесені до класу «соматоформних розладів» (СФР), що діагностуються за наявності стійких суб'єктивних соматичних симптомів при відсутності патології, що об'єктивно виявляється; невідповідності тяжкості і стійкості скарг характеру соматичного захворювання; вимог пацієнтами нових обстежень, незважаючи на їхні негативні результати, недовіри висновків лікарів про відсутність фізичної основи для наявної симптоматики [9].

Основне етіологічне значення в розвитку СФР мають три групи чинників [14]:

- спадково-конституційні чинники: конституційно-типологічні особливості ЦНС і особистісно-акцентуаційні особливості;
- психоемоційні, або психогенні, чинники: гострі і хронічні фактори зовнішнього впливу, опосередковані через психічну сферу, що мають як когнітивну, так і емоційну значущість і через це відіграють роль психогенії;
- органічні чинники: преморбідна органічна (травматична, інфекційна, токсична, гіпоксична тощо) скомпроментованість інтегративних церебральних систем надсегментарного рівня, перш за все – лімбіко-ретикулярного комплексу [14].

У клінічній практиці пацієнти з СФР спостерігаються досить часто, і майже завжди виникають певні складності щодо їхньої нозологічної оцінки. Пацієнтки в клімактеричному періоді і, особливо, із патологічними проявами клімактерію, звертаються за медичною допомогою з найрізноманітнішими скаргами до кардіолога, ендокринолога, гінеколога, лікарів загальної практики, тому важливим є забезпечення лікарів цих спеціальностей інформацією щодо клінічної картини клімактерію в таких жінок.

Повний спектр менопаузальних розладів суттєво впливає на якість життя жінки. Клінічний статус пацієнток, рівень якості життя в клімактеричному періоді залежить, переважно, від ступеня розвитку супутніх психосоматичних розладів. Психосоматичні порушення різного ступеня вираженості обов'язково присутні в клінічній картині КС. У хворих на хронічні соматичні захворювання і психосоматичні розлади КС має атипичний перебіг із тенденцією до тривалого існування [8].

Метою даного дослідження стала клінічна характеристика жінок із КС на тлі соматоформних розладів та оцінка їхнього соматичного та гінекологічного статусу.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 105 жінок із КС легкого (29%) та середнього ступенів тяжкості (71%). Критеріями включення в дослідження були: 1) вік 45-55 років; 2) наявність характерних для патологічного КС вегетативних розладів, що у часі співпадали з появою інших ознак КС. У всіх обстежених жінок вивчали анамнез життя,

гінекологічний і загальносоматичний анамнез для виявлення екстрагенітальної патології. Оцінку вегетативного статусу проводили за опитувальником А. М. Вейна [3], вегетативним індексом Кердо [3]. Оцінка симптомів клімактеричного синдрому здійснювалася за допомогою індексу Куппермана. Психоемоційні прояви та якість життя пацієнток оцінювали за спеціальними опитувальниками [6]. Разом із поглибленим клінічним обстеженням, усім жінкам проводилося добове моніторування ЕКГ.

Дослідження проведено з дотриманням основних біоетичних положень Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (від 04.04.1997 р.), Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1964–2008 рр.), а також наказу МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р.

Результати дослідження та їх обговорення.

Середній вік пацієнток із легким ступенем КС становив (51,1±2,6) років, із середнім ступенем – (52,3±2,1) років. Менопауза настала в жінок із легким ступенем КС у (49,8±2,4)%, із середнім – у (50,2±1,6)%.

У жінок із патологічним перебігом КС спостерігається виражена вегетативна дисфункція (ВД), причому вона прогресивно посилювалася зі збільшенням тяжкості КС. Синдром ВД за шкалою Вейна виявлений в усіх включених у дослідження жінок. Симпатикотонія за індексом Кердо встановлена в більшості жінок (79%). Ваготонія (негативний індекс Кердо) була наявна в 15%, ейтонія (індекс Кердо дорівнює нулю) – у 6% випадків. Виявлене в пацієнток переважання тону симпатичного відділу вегетативної нервової системи, на думку більшості авторів, свідчить про «неекономний» режим роботи серцево-судинної системи, що може призводити до погіршення трофіки міокарда і патологічних станів (порушення ритму серця, артеріальна гіпертензія тощо), ризик розвитку яких особливо високий в умовах нервово-емоційних і фізичних навантажень.

При бальній оцінці симптомів КС за допомогою індексу Куппермана кожен симптом оцінювали за ступенем вираженості від 0 до 3 балів, після чого за загальною сумою балів визначали ступінь тяжкості КС (0 балів – симптоми відсутні, 1 – слабо виражені, 2 – помірно виражені, 3 – тяжкі). Встановлено, що в жінок у менопаузі в структурі індексу Куппермана вазомоторні симптоми оцінювалися – 1,2; парестезії –1,5; безсоння –0,9; ервовзність – 1,4; меланхолія – 0,5; головокружіння –0,7; слабкість (стомлюваність) – 2,1; арталгія і міалгія –0,9; головний біль –1,4; прискорене серцевиття –0,6 і формікація (відчуття повзання мурашок) – 2 балами.

Як відомо, із прогресуванням зниження концентрації статевих гормонів, навіть, необтяжений клімактеричний період спричинює зростання серцево-судинних захворювань, перш за все артеріальної гіпертензії (АГ) серед жінок даної вікової групи. Якщо в пременопаузі серед жінок частота гіпертензії дорівнює 8,2%, то в постменопаузі – 52,4% [5].

Середні показники артеріального тиску (АТ) склали в пацієнок досліджуваної групи: систолічний АТ – (154,5±2,5); діастолічний АТ – (96,8±1,5) мм рт. ст. Встановлено, що в постменопаузі добовий профіль АТ характеризується вищими значеннями варіабельності АТ протягом доби, у денні та нічні години, а також вищою величиною ранкового підйому АТ vs жінок при збереженій менструальній функції. Динаміка циркадного ритму в жінок змінювалася з віком – знижувалося значення добового індексу, що свідчить про підвищення АТ у нічні години, що є клінічно несприятливим фактором.

Жінок у клімактеричному періоді часто турбує біль у ділянці серця, перебої і серцебиття. Кардіалгії, серцебиття, задишка є клінічними проявами вегето-гормональної кардіоміопатії [2]. Більше половини всіх обстежених відмічали біль у серці, неішемічна природа якого підтвердилася при добовому моніторингу ЕКГ. Аритмічний синдром спостерігався частіше, ніж кардіалгічний, і переважав у жінок з АГ (у 95% випадків). При оцінці показників варіабельності ритму серця (BPC) виявлено значиме підвищення показника LF/HF: він склав 3,1±0,3 при нормі 1,5-2,0, що свідчило про збільшення симпатичного впливу на серцевий ритм. У жінок без АГ порушення серцевого ритму виявилися менш поширеними.

Як свідчать отримані в дослідженні дані, основними симптомами в жінок досліджуваної групи були гіпергідроз (98,6%), зниження працездатності (94,5%), часті зміни настрою (93,1%), порушення серцевої діяльності у вигляді посиленого серцебиття, відчуття «завмирання» серця (87,7%), метеотропність (87,5%), погана переносимість високої температури оточуючого середовища, а також задушливих приміщень (83,6%), схильність до почервоніння обличчя (75,3%), порушення сну – утрудненого засинання, частих пробуджень, відчуття недосипання і сонливості протягом дня (75,3%).

Окрім припинення функції яєчників клімактеричний період характеризується розвитком широкого кола соматичних захворювань. Зниження рівня естрогенів несприятливо впливає на ліпідний профіль, вуглеводний обмін, коагуляцію та фібриноліз, стан судин та серця. Гормональна перебудова репродуктивної системи з віком викликає зміни в різних органах та системах організму жінки [15]. Оскі-

льки в пери- та ранній постменопаузі прогресує процес старіння та формуються хвороби старості, такі як: серцево-судинні захворювання (ССЗ), неврологічні порушення (зниження пам'яті, зору, слуху, здатності до пізнання), кістково-м'язові захворювання (остеопороз, остеоартрити), саме в цей період особливо важливими є профілактичні заходи для покращення загального стану, підвищення якості життя, профілактики хвороб старості.

Частими захворюваннями в жінок із СФР були артеріальна гіпертензія (62,8%), захворювання шлунково-кишкового тракту (42,0%), захворювання опорно-рухового апарату (32,4%), захворювання печінки і жовчовивідних шляхів (24,7%), захворювання нирок (хронічний пієлонефрит) (19,1%), захворювання бронхо-легеневої системи (18,1%), варикозна хвороба (14,3%). Як свідчать результати обстеження, усі обстежені мали 2 і більше соматичних захворювань.

Встановлено, що чим більший вік жінок, тим вищим є рівень їхньої захворюваності. До 49 років спостерігалася збільшення захворюваності на 19,6% на рік, після 50 років – на 4,5%, тобто рівень загальної захворюваності жінок у клімактеричному періоді пов'язаний із гормональними змінами в їхньому організмі.

Загальна спрямованість фізіологічних механізмів менопаузального періоду і в перименопаузі характеризується прискоренням процесів атрезії фолікулів, збільшенням частоти хромосомних аномалій в яйцеклітинах, зниженням та відсутністю фертильності, різноманітним характером менструальних циклів від регулярних до пролонгованих та мено- і метрорагій, від овуляторних циклів до недостатності лютеїнової фази або ановуляція, від періодів гіперестрогенії до гіпоестрогенії [10]. При вивченні структури порушень репродуктивної системи в пацієнок (із гіпоестрогенними типами порушення), виявлялася гіпоестрогенна ановуляція в 92% жінок, при цьому рівень естрадіолу в другу фазу циклу склав (158,22±74,55) пмоль/л, а прогестерону – (1,29±0,18) нмоль/л, що є свідченням вікового зниження стероїдної функції яєчників.

Серед проявів менопаузальних розладів суттєве місце займають гінекологічні захворювання. За даними гінекологічного анамнезу обстежених жінок, із найбільшою частотою траплялися дисфункція яєчників (22,8%), хронічні запальні захворювання матки і придатків (23,8%), атрофічний кольпіт (20,0%), ерозія шийки матки (10,5%), ендометріоз (4,7%).

Гормональні зміни в жінок у клімактерії мають значний вплив на всі гормональночутливі тканини і системи організму. Патологічний перебіг менопаузи супроводжується не тільки симптомокомплексом

вегетативних порушень, який пов'язаний із дезадаптацією систем і органів жінки до процесів старіння організму, але й стає причиною урогенітальних (атрофічні зміни, зниження місцевого та загального імунітету), остеопоротичних та інших ускладнень у КС.

У загальній популяції жінок ознаки остеопорозу спостерігаються в 2-16% випадків. В Європі 21% жінок старше 50 років страждають на остеопороз [19]. В Україні остеодифіцит у жінок у менопаузі, залежно від скелетної локалізації, виявляється в 11-24 % випадків [11]. За даними медичної документації, остеодифіцит встановлений у 39 (37%) спостереженнях, причому остеопенія – у 29 (28%) і остеопороз – у 10 (9%).

Фактори ризику остеопорозу були виявлені в усіх обстежених жінок з СФР. Обтяжений сімейний анамнез мали 34,3% пацієнок, 64,7% жінок страждали на захворювання органів ШКТ, печінки і жовчовивідних шляхів, 19,1 – на пієлонефрит. Також встановлено значу поширеність проявів нездорового способу життя (паління, зловживання кавою, гіподинамія) як чинників ризику розвитку остеопорозу в жінок із СФР – 29,5; 33,3 і 46,7%, відповідно.

У результаті порушення функціонального стану вищих нервових центрів на фоні зниження рівня естрогенів в організмі нерідко розвивається комплекс вегетативно-судинних, психічних і обмінно-ендокринних розладів. Особливістю КС є надзвичайна лабільність вищої нервової системи – подразливість, неадекватні реакції на звичайні побутові подразники, зниження настрою, депресії, порушення сну, зниження уваги, пам'яті тощо. Прояви подібних порушень, які розвиваються при стресі або синдромі дезадаптації, що відповідає третій фазі загального адаптаційного синдрому – фазі виснаження, об'єднується під поняттям «клімактеричний невроз». Поширеність окремих симптомів клімактеричного неврозу складає: подразливість – 92%, втомлюваність – 88%, зниження настрою – 88%, порушення пам'яті – 64%, безсоння – 51%, напади істерії – 42% [19].

Відомо, що основним етіологічним чинником вегетативних розладів, як прояв реакції на дефіцит естрогенів у центральній нервовій системі, є стан хронічної психоемоційної напруженості. При цьому, психоемоційні порушення є невід'ємним компонентом КС, у клінічній практиці вони спостерігаються в понад 80% жінок. Найбільш частими скаргами є дратівливість, депресія, тривога, безсоння, занепокоєння, забудькуватість, неуважність, зниження лібідо [4]. У таблиці наведено дані щодо поширеності психовегетативної симптоматики в жінок у клімактеричному періоді.

Таблиця – Психовегетативні симптоми у жінок з СФР

Симптом	Частота виявлення (n=105)	
	абс.	%
Втрата інтересу до власної особистості і до оточуючих	79	75,3
Підвищена стомлюваність	92	87,7
Зменшення активності	75	71,1
Немотивована тривога	33	31,2
Занепокоєність	72	68,7
Постійне відчуття внутрішнього напруження	85	81,2
Страх старості	98	93,7
Тривожні побоювання за власне здоров'я	105	100,0
Підвищена вразливість	82	78,1
Образливість	26	25,0
Надмірна чутливість	92	87,5
Лабільність настрою	105	100,0
Плаксивість	99	94,5
Дратівливість	33	31,2
Агресивність	11	10,0

У нашому дослідженні стомлюваність, погіршений настрої, емоційна лабільність, погіршення пам'яті мали місце в 94,5% жінок. Серед різноманітних скарг, які виказували жінки, цефалгії, що мали як кризовий, так і пролонгований перебіг, суттєво порушуючи загальний стан здоров'я жінок та знижуючи якість їхнього життя. Головний біль мав різну локалізацію, перебіг та інтенсивність. При поєднанні клімаксу з іншою патологією спостерігалися більш виражені прояви цефалгії.

Співвідношення тяжкості нейровегетативних, метаболічних і психоемоційних симптомів суттєво не відрізнялося в групах жінок із різним ступенем тяжкості КС, однак спостерігалася тенденція до збільшення тяжкості нейровегетативних симптомів із наростанням ступеня тяжкості клімактеричних розладів та їхньої тривалості, що констатує глибший рівень пошкодження системи адаптації.

Депресія, що розвивається у структурі КС, зазвичай, супроводжує сомато-вегетативні розлади. Вона може виявлятися різними емоційно-афективними симптомами, а також є однією з найважливіших причин розвитку і прогнозу ССЗ. За даними літератури, поширеність тривожно-депресивних розладів у жінок, хворих на АГ, досягає 55-70% [16, 17].

Психовегетативні порушення сприяли розвитку соматовегетативних синдромів. Так, неспокій у жінок із КС і АГ реєструвався з частотою

(40,7±2,1)% обстежених. Частота реєстрації неуважності становила (51,4±2,7)%. Депресія траплялася з частотою (33,4±2,4)%. Аналогічні показники в жінок без АГ становили (24,4±1,6)%, (16,7±1,1)% і (16,4±0,8)%, відповідно. Отримані дані свідчать, що чинниками підвищення АТ у жінок у клімактерії одночасно з дефіцитом естрогенів і, відповідно, зниженням їхньої захисної дії на серцево-судинну систему, можуть бути порушення соціально-психологічної адаптації з розвитком тривожно-депресивних станів.

Висновки та перспективи подальших досліджень. У жінок у клімактеричному періоді частіше, ніж у загальній популяції, трапляється артеріальна гіпертензія, порушення серцевого ритму та психосоматичні розлади. При цьому в осіб з АГ аритмії спостерігаються значно частіше, ніж у жінок без клінічних проявів АГ. У пацієнок виявлялися ранні симптоми КС. Серед них виділялися вазомоторні

(приливи жару, пітливість, розлади сну) та клінічні ознаки міокардіопатії (біль, відчуття серцебиття, задишка), уrogenітальні розлади. Виявлено наростання динаміки проявів симптомів, залежно від ступеню тяжкості клімактеричних розладів та їхньої тривалості: чим важче перебіг симптомів, тим вони були тривалішими. Психовегетативна симптоматика в більшості випадків поєднувалася з емоційними порушеннями і одночасним розвитком і появою низки соматовегетативних синдромів.

Таким чином, патологічний клімактерій несе значний ризик розвитку асоційованих із віком захворювань і вимагає своєчасної, патогенетично обґрунтованої корекції з урахуванням психофізіологічних особливостей жінок. Наявність у жінок клімактеричних розладів, що мають психогенну і вегетативну зумовлену симптоматику, складність їхнього адекватного оцінювання дозволяє вважати це питання одним із найважливіших.

References

1. Abramova SV, Pyatyrykina ES. *Sovremennye problemy perimenopauzalnoy patologii*. Saransk: Izd-vo Mord un-ta; 2002. 170 s. [Russian].
2. Anikin VV, Izvarina OA. Narusheniya serdechnoho ritma u zhenshchin s arterialnoy hipertoniyei Klimaktericheskoho perioda. *Vestn novykh med tekhnolohiy*. 2009; 3: 162–163. [Russian].
3. *Vehetativnye rasstroystva: klinika, diahnozika, lechenie: rukovodstvo dlya vrachev*. Pod red VL Holubeva. Moskva: Med inform ahentstvo; 2010. 637 s. [Russian].
4. Zhdan VM, IP. Katerenchuk Klinichni proyavi vehetativnoho disbalansu u klimakterichnomu periodi ta mozhlivosti yikh korektsiyi. *Zdobutki klin i eksperim meditsini*. 2016; 2: 120. [Ukrainian].
5. Katerenchuk IP. *Arterialna hipertenziya u rizni vikovi periodi zhinki: (praktichniy posibnik dlya likariv)*. Poltava; 2013. 268 s. [Ukrainian].
6. Kislitsyna OA. *Izmerenie kachestva zhizni/blahopoluchiya: mezhdunarodnyi opyt*. M: In-t ekonomiki; 2016. 60 s. [Russian].
7. *Klimaktericheskiy period (izbrannye hlavy): uchebnoe posobie*. Pod red AA Zelinskoho. Odessa: OKFA; 2003. 242 s. [Russian].
8. *Menopauza: rukovodstvo*. Pod red VP Smetnik; per s anhi VV Pozharskoho. M: Heotar-media; 2011. – 228 s. [Russian].
9. MKB 10 – Mezhdunarodnaya klassifikatsiya bolezney 10-ho peresmotra [digital resource]. [Russian]. Available from: URL: <http://mkb-10.com/index.php?pid=5325>.
10. Pankov OM. Stan problemi klimakteriyu: deyaki patohenetichni aspekti kontseptsiyi reproduktivnoho starinnya. *Arkhiv klinichnoi meditsini*. 2010; 1: 9–13. [Ukrainian].
11. Povoroznyuk VV, Hrihor'yeva NV. *Menopauza ta osteoporoz*. Kiyiv; 2002. 355 s. [Russian].
12. *Psikhosomaticheskie rasstroystva v klinicheskoy praktike*. Pod red AB Smulevicha. M: MEDpress-inform; 2016. 774 s. [Russian].
13. Romanenko NM. Klimaktericheskiy period v zhizni zhenshchiny. *Krym terapevt zhurnal*. 2015; 1: 38–42. [Russian].
14. Sidorov PI, Sovershaeva EP. Sinerheticheskaya paradihma sotsialnoy epidemii somatofornnykh rasstroystv. *Sots i klin psikhatriya*. 2015; 3: 32–42. [Russian].
15. Shaykhova HI, Saidova HT. Sostoyanie zdorovya zhenshchin v klimaktericheskom periode. *Profilakt i klin meditsina*. 2009; 2: 54–7. [Russian].
16. Wassertheil-Smoller S, Shumaker S, Ockene J, Talavera GA, Greenland P, Cochrane B, Robbins J, Aragaki A, Dunbar-Jacob J. Depression and cardiovascular sequelae in postmenopausal women. The Women's Health Initiative (WHI). *Arch Intern Med*. 2004; 164 (3): 289–98. DOI: 10.1001/archinte.164.3.289.
17. Jackson CA, Pathirana T, Gardiner PA. Depression, anxiety and risk of hypertension in mid-aged women: a prospective longitudinal study. *J Hypertens*. 2016; 34 (10): 1959–66. DOI: 10.1097/HJH.0000000000001030.
18. Makara-Studzińska MT, Kryś-Noszczyk KM, Jakiel G. Epidemiology of the symptoms of menopause – an intercontinental review. *Prz Menopauzalny*. 2014; 13 (3): 203–11. DOI: 10.5114/pm.2014.43827.
19. Surbone A, Vulliamoz N, Gonzalez-Rodriguez E, Chatelain JP, Lamy O. Osteoporosis in menopausal women between 40 and 65 years old: an algorithm for the gynaecologist. *Rev Med Suisse*. 2016; 12 (536): 1811–5.

УДК 61.618.173+61.616.379-008.64

СОМАТИЧЕСКИЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ*Павловская М. А.*

Резюме. В клинической практике пациентки с соматоформными расстройствами наблюдаются достаточно часто, и почти всегда возникают определенные сложности в их нозологической оценке. Целью данного исследования стала клиническая характеристика женщин с климактерическим синдромом на фоне соматоформных расстройств и оценка их соматического и гинекологического статуса. Обследовано 105 женщин с климактерическим синдромом легкой (29%) и средней степени тяжести (71%). У всех обследованных женщин изучали анамнез жизни, гинекологический и общесоматический анамнез для выявления экстрагенитальной патологии.

У женщин с патологическим течением климактерического синдрома наблюдается выраженная вегетативная дисфункция, причем она прогрессивно усиливалась с увеличением тяжести климактерического синдрома. Синдром вегетативных дисфункций по шкале Вэйна выявлен у всех включенных в исследование женщин: симпатикотония, за индексом Кердо, установлена в 79%, ваготония – в 15%, эйтония – в 6% случаев.

Установлено, что в постменопаузе суточный профиль артериального давления характеризуется высокими значениями вариабельности артериального давления в течение суток, в дневные и ночные часы, а также величиной утреннего подъема артериального давления vs женщин при сохраненной менструальной функции. Динамика циркадного ритма у женщин изменялась с возрастом - снижалось значение суточного индекса, что свидетельствует о повышении артериального давления в ночные часы, что является клинически неблагоприятным фактором.

При изучении структуры нарушений репродуктивной системы у пациенток (с гипозэстрогенными типами нарушений), проявлялась гипозэстрогенная ановуляция у 92% женщин – возрастное снижение стероидной функции яичников.

Соотношение тяжести нейровегетативных, метаболических и психоемоциональных симптомов существенно не отличалось в группах женщин с разной степенью тяжести климактерического синдрома, однако наблюдалась тенденция к увеличению тяжести нейровегетативных симптомов с нарастанием степени тяжести климактерического расстройства и их продолжительности, что констатирует более глубокий уровень повреждения системы адаптации.

Таким образом, патологический климактерий несет значительные риски развития ассоциированных с возрастом заболеваний и требует своевременной, патогенетически обоснованной коррекции с учетом психофизиологических особенностей женщин. Наличие у женщин климактерических расстройств, которые имеют психогенно и вегетативно обусловленную симптоматику, сложность их адекватного оценивания позволяет считать этот вопрос одним из важнейших.

Ключевые слова: климактерический синдром, соматоформные расстройства, остеопороз.

UDC 61.618.173+61.616.379-008.64

Somatic and Gynecological Status of Women with Climacteric Syndrome Associated with Somatoform Disorders*Pavlovska Maryna*

Abstract. In clinical practice patients with somatoform disorders are observed quite often and quite often there are certain difficulties concerning their nosological evaluation. Patients in menopause and especially with pathological menopause symptoms seek medical help with a variety of complaints from cardiologist, endocrinologist, gynecologist, general practitioners. Thus, it is important to provide representatives of such medical specialties with information on the clinical picture of women's menopause.

The purpose of this study is to examine the clinical characteristics of women with climacteric syndrome in the background of somatoform disorders and assessment of their somatic and gynecological status. For this purpose 105 women with climacteric light severity syndrome (29%) and moderate severity (71%) were examined. Criteria for inclusion in the study were: 1) age 45-55 years; 2) the presence of certain pathological climacteric syndrome of vegetative disorders, which at the time coincided with the appearance of other signs of climacteric syndrome. All the examined women's anamnesis of life, gynecological and general-somatic history were studied to detect extragenital pathology.

In women with abnormal course of climacteric syndrome severe autonomic dysfunction was observed, and it progressively intensified with increasing severity of menopausal symptoms. Vein's vegetative dysfunction

syndrome is found in all women included in the study. Calculation of the vegetative Kerdo index made it possible to establish the presence of sympathicotonia (positive index) in most women (79%). Vagotonia (negative Kerdo index) was detected at 15%, eutony (the Kerdo index is zero) – in 6% of cases.

It was found out that in postmenopausal women daily blood pressure variability was characterized by higher values of blood pressure during the day, a day and night, as well as higher value of the morning blood pressure rise vs women with preserved menstrual function. The dynamics of circadian rhythm in women varied with age – daily index values decreased, indicating a rise in blood pressure at night, which is a clinically adverse factor.

In studying the structure of reproductive system disorders in patients (with hypoestrogenic types of abuse), hypoestrogenic anovulation was detected in 92% of women with estradiol levels in the second phase of the cycle was $158,22 \pm 74,55$ pmol / L and progesterone – $1,29 \pm 0.18$ nmol / l, which is evidence of an age-related decline in the steroid ovarian function.

The severity of neurovegetative, metabolic and psychoemotional symptoms did not differ significantly in the groups of women with varying degrees of severity of the climacteric syndrome, however, there was a tendency to increase the severity of neurovegetative symptoms with an increase in the severity of menopause and their duration, indicating a deeper level of damage to the system of adaptation.

Thus, pathological menopause can cause a significant risk of diseases associated with age and requires timely, reasonable pathogenic correction based on physiological characteristics of women. The presence of climacteric disorders in women, having psychogenic and vegetatively determined symptoms, the complexity of their adequate evaluation, can make this issue one of the most important.

Key words: climacteric syndrome, somatoform disorders, osteoporosis.

Стаття надійшла 15.08.2017 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування