

Аспекты коррекции дисгормональных нарушений репродуктивной системы у женщин

Е.Н. Голчук

Женская консультация ЦРП Печерского района, г. Киев

В статье затронута проблема профилактики и лечения нарушений менструального цикла у женщин репродуктивного возраста на фоне патологии щитовидной железы и йодного дефицита. Учитывая распространенность таких состояний, профилактика дефицита йода становится национальной задачей. Применение комбинированных йодсодержащих средств (Йодофол) рассматривается как один из вариантов решения обозначенной проблемы. **Ключевые слова:** йодофол, профилактика, лечение, нарушение менструального цикла, йод.

Проблема дисгормональных расстройств остается одной из самых актуальных, поскольку имеет тенденцию к росту, что обуславливает необходимость поиска новых методов лечения и профилактики. Нарушения оварийно-менструального цикла (НОМЦ) можно отнести к группе так называемых болезней цивилизации, развивающихся на фоне воздействия внешних стресс-факторов (неблагоприятная экология, ионизирующее излучение, бесконтрольный прием лекарственных препаратов, инфекции, вредные привычки, профессиональные нагрузки и т.д.).

Способность женского организма так или иначе реагировать на средовые воздействия, адаптироваться к ним главным образом зависит от его конституциональных особенностей [1].

Постоянно меняющаяся экологическая и радиологическая обстановка способствует росту заболеваний щитовидной железы. Большую роль в этом играет изменение характера питания населения, снижение потребления продуктов, богатых йодом. Нарушения функции щитовидной железы чаще развиваются у женщин, чем у мужчин, и это оказывает влияние на состояние здоровья детей, так как установлено, что даже субклинические формы тиреоидной патологии у матери могут неблагоприятно реализоваться и у новорожденного. Нарушения функции щитовидной железы оказывают влияние на менструальный цикл, на способность к зачатию и вынашиванию беременности. Щитовидная железа – единственный эндокринный орган, который способен накапливать большие коли-

чества синтезируемых им гормонов, несмотря на неравномерное поступление йода извне [2, 3].

Функция щитовидной железы находится в тесном взаимодействии с системой гипоталамус–гипофиз–яичники прежде всего вследствие наличия общих центральных механизмов регуляции. В свою очередь, состояние репродуктивной системы оказывает выраженное влияние на функцию щитовидной железы [3].

Согласно ряду рекомендаций, взрослому человеку необходимо 150 мкг йода в сутки, ребенку – 90 мкг, беременным и кормящим женщинам – 250 мкг (рис. 1). В настоящее время обсуждается вопрос об увеличении рекомендованного уровня йодного потребления в период беременности до 300 мкг. За всю жизнь человек потребляет около 3–5 г йода, или 1 чайную ложку [4].

Несмотря на противоречивый характер сведений о влиянии половых гормонов на функцию щитовидной железы, большинство исследователей полагают, что эстрогены оказывают на щитовидную железу выраженное стимулирующее действие. Что касается влияния на функцию щитовидной железы прогестерона, то всеми исследователями признается его угнетающее действие [1, 3].

Большой интерес представляет изучение влияния щитовидной железы на репродуктивную систему женщин. В настоящее время установлена тесная взаимосвязь патологии щитовидной железы и нарушений генеративной функции женщин. Так, при первичном гипотиреозе нарушения менструального цикла выявлены у 33–80% больных [3].

Существует мнение, что первичный гипотиреоз сопровождается нарушениями менструального цикла по типу гипоменструального синдрома или аменореи. Однако ряд исследователей указывают на первичный гипотиреоз как одну из наиболее частых причин полименореи [4, 5].

Необходимо отметить, что у пациенток с гипотиреозом нарушения репродуктивной функции выявляются и при регулярном менструальном цикле. При этом от 10 до 25% женщин предъявляют жалобы на бесплодие, которое обусловлено неполноценной лютеиновой фазой менструального цикла или ановуляцией. Недостаточность лютеи-

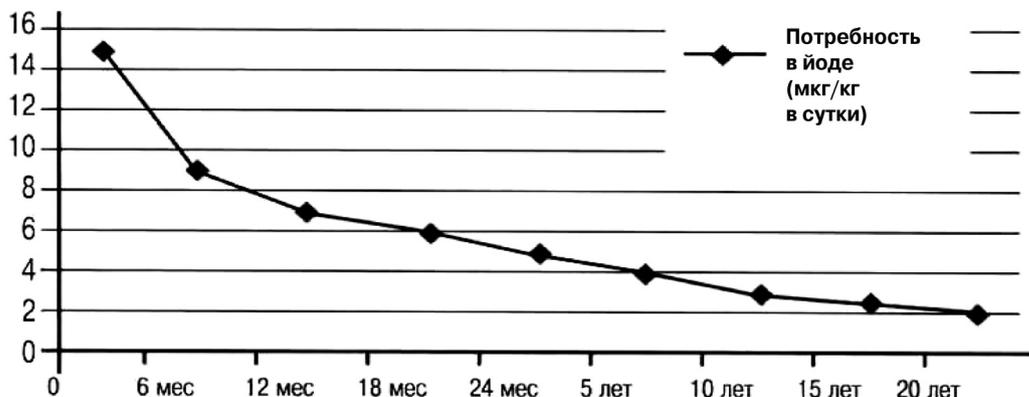


Рис. 1. Потребность в йоде (мкг/кг в сутки) в различные периоды жизни [5]

новой фазы цикла и ановуляторные менструальные циклы встречаются у больных гипотиреозом приблизительно с одинаковой частотой [1].

Таким образом, имеющиеся в литературе данные позволяют предположить, что изменения эндокринной функции щитовидной железы приводят к выраженному нарушению продукции гонадотропных гормонов, вследствие чего могут возникать различные нарушения в функционировании репродуктивной системы женщины. Следует отметить, что йод должен поступать в организм в определенных физиологических дозах. С помощью диетических мероприятий этого добиться сложно. Поэтому для профилактики йодного дефицита используются также препараты йодида калия со строго дозированным содержанием йода.

Современные лечебные протоколы предусматривают включение витаминных препаратов и биологически активных агентов в лечебно-профилактические схемы при коррекции нарушений репродуктивного здоровья.

Целью нашего исследования являлась оценка эффективности нормализации менструального цикла у женщин репродуктивного возраста с помощью включения в лечебную схему средств коррекции функции щитовидной железы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе женской консультации ЦРП Печерского района г. Киева под нашим наблюдением находились 30 женщин репродуктивного возраста (18–35 лет) с нарушением менструального цикла на фоне увеличения щитовидной железы.

Критериями исключения являлись наличие других заболеваний эндокринной этиологии, функциональные и органические нарушения репродуктивной системы. Женщины были разделены на 2 группы, эпидемически равнозначные. В I группе (15 женщин) в комплексе коррекции нарушений менструального цикла на фоне этиопатогенетической и симптоматической терапии пациентки получали Йодофол по 1 таблетке в день, курс – 4 нед; во II группе (15 пациенток) была назначена общепринятая лечебная терапия без коррекции йодного дефицита.

Йодофол (компания World Medicine), содержащий в качестве активных агентов калия йодида 200 мкг (соответствует 150 мкг йода) и фолиевой кислоты 400 мкг; в упаковке 150 таблеток в полипропиленовом дозаторе. Удачное сочетание компонентов в Йодофоле позволяет решать несколько задач у выбранного контингента пациенток. Кроме необходимых эффектов йодида калия, коферменты входящей в состав Йодофола фолиевой кислоты участвуют в биосинтезе нуклеиновых кислот, играют роль в процессах деления клеток тканей, подвергающихся периодическому обновлению (клетки крови, эпителий пищеварительного тракта, фолликулярный аппарат яичников, эндометрий и др.). Кроме того, фолаты участвуют в инициации роста фолликулов и дифференцировке фолликулярного эпителия, тем самым активируя эстрогенообразовательную функцию яичников. Удобная форма выпуска повышает комплаенс при получении курса терапии.

В ходе исследования для постановки диагноза использовали анкетно-anamnestический метод, объективное и гинекологическое обследование, определение уровня половых стероидов, ультразвуковое исследование органов малого таза. Параллельно проводилось исследование состояния щитовидной железы с учетом жалоб, клинических проявлений, данных объективного осмотра. Полученные данные обработаны методом вариационно-математической статистики.

Частота нарушений овариально-менструального цикла у женщин I и II группы

НОМЦ	I группа, n (%)	II группа, n (%)
Олигоменорея	6 (40)	7 (46,8)
Менометроррагий	3 (20)	1 (6,6)
Аменорея	4 (26,6)	3 (20)
Овуляторный синдром	2 (13,4)	4 (26,6)

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В обеих группах НОМЦ представлены в виде олигоменореи, аменореи, дисфункциональных маточных кровотечений (менометроррагии, межменструальные кровомазанья и кровотечения), овуляторного синдрома. Длительность НОМЦ у женщин обеих групп варьировала от 4 до 12 мес.

Увеличение щитовидной железы I–II степени наблюдалось у всех женщин, в том числе на фоне эутиреоза у 12 (80%) женщин из I группы и у 13 (86,6%) – из II группы. У 3 (20%) женщин из I группы и у 2 (13,3%) – из II в результате обследования выявлен субклинический гипотиреоз. Определение уровня свободного тироксина и тиреотропного гормона проводили радиоиммунологическим методом. По результатам обследований у 5 (33,3%) женщин из I группы и у 3 (20%) – из II был установлен аутоиммунный тиреоидит. Женщины с гипотиреозом получали дополнительную коррекцию препаратом тироксина.

На наличие олигоменореи жаловались 40% женщин I группы и 46,8% – II группы, аменореи – 26,6% и 20%, менометроррагии 20% и 6,6%, овуляторный синдром – 13,4% и 26,6% соответственно (таблица).

У всех женщин изучена динамика гормонального статуса (на 2–3-й день цикла): лютеинизирующий гормон (ЛГ), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), ЛГ/ФСГ, тестостерон, эстрадиол. У женщин I группы отмечена выраженная и более быстрая динамика улучшения гормонального статуса: на фоне лечения произошло снижение уровня ЛГ и индекса ЛГ/ФСГ (рис. 2). Так же повышение уровня эстрадиола в I группе наблюдалось у 13 пациенток (86,6%), у которых его исходные значения соответствовали нижней границе нормы, что нами было связано с регулярным поступлением в организм фолиевой кислоты, входящей в состав Йодофола.

Положительная динамика в клинической картине (уменьшение числа жалоб, улучшение общего состояния) отмечена уже через 2 нед терапии в I группе и через 1 мес терапии – во II группе. Динамика показателей функции щитовидной железы (отчетливое снижение ТТГ вплоть до нормальных значений и повышение уровня свободного тироксина до нормальных показателей) выявлена у всех женщин I группы через 1 мес от начала лечения.

После проведенных лечебных мероприятий стойкое восстановление регулярного менструального цикла отмечено у всех женщин I группы (100%), во II группе после проведенной коррекции стойкий лечебный эффект отмечен у 12 пациенток (80%). Наблюдение в динамике показало, что у 14 (93,3%) женщин I группы установился двухфазный овуляторный менструальный цикл, у 4 (26,6%) наступила планируемая беременность.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенного исследования показали, что у женщин репродуктивного возраста с нарушением мен-

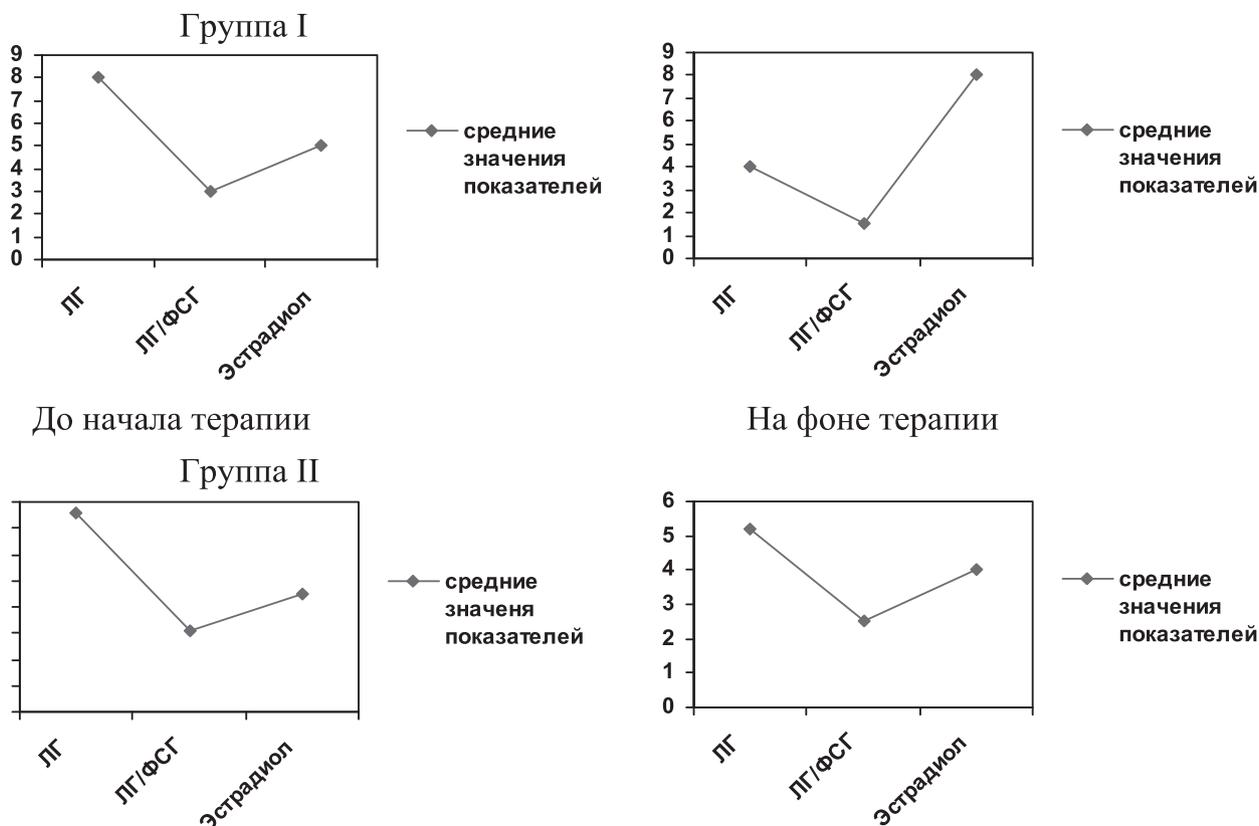


Рис. 2. Динамика изменения показателей гормонограммы в исследуемых группах на фоне терапии

струального цикла в комплекс лечебно-диагностических мероприятий необходимо включать исследование щитовидной железы. При недостаточности функции щитовидной железы возникают нарушения как на центральном уровне (гипоталамо-гипофизарном), так и на периферическом, проявляющиеся, в частности, нарушениями менструального цикла, что еще раз подтверждает тесную взаимосвязь тиреоидной и репродуктивной систем.

Возникающие отклонения в репродуктивной системе носят функциональный характер и реализуются, в том числе, в результате йодной недостаточности и тиреоидной гипофункции, особенно в эндемичных местностях. Включение витаминно-минеральных средств (Йодофол) в комплекс коррекции нарушений менструального цикла в нашем исследовании обусловили улучшение общего состояния, исчезновение жалоб и клинических проявлений йодной, а вследствие этого и тиреоидной недостаточности, а также нарушений со стороны репродуктивной системы. Удачная комбинация компонентов и их дозирование, включение фолиевой кислоты в состав Йодофола продемонстрировали эффективность в коррекции гормонального статуса и достижение стойкой нормализации менструальной функции, что позволяет рекомендовать его для лечебно-профилактического применения.

Аспекти корекції дисгормональних порушень репродуктивної системи в жінок
О.М. Голчук

У статті поставлена проблема профілактики і лікування порушень менструального циклу в жінок репродуктивного віку на

тлі патології щитоподібної залози і йодного дефіциту. Враховуючи поширеність таких станів, профілактика дефіциту йоду стає національним завданням. Застосування комбінованих йодовмісних засобів (Йодофол) розглядається як один з варіантів вирішення означеної проблеми.

Ключові слова: Йодофол, профілактика, лікування, порушення менструального циклу, йод.

The aspects of correction dishormonal violations of reproductive system in women
E.N. Gopchuk

The article touched upon the prevention and treatment of menstrual disorders in women of reproductive age on the background of thyroid disease and iodine deficiency. Given the prevalence of conditions, the prevention of iodine deficiency is becoming a national issue. Combined application of iodine (Yodofol) is regarded as one of the solutions to identified problem.

Key words: Yodofol, prevention, treatment, menstrual disorders, iodine.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мельниченко Г.А., Мурашко Л.Е., Клименченко Н.И., Малясова С.В. Заболевания щитовидной железы и беременность // Русский медицинский журнал. – 2000. – № 6. – С. 19–23.
2. Хосталец У. Заболевания щитовидной железы и возможности их эффективного лечения: Сб. лекций. – М., 2006. – 231 с.
3. Варламова Т.М., Керова А.Н. Аутоиммунный тиреоидит и беременность // Акушерство и гинекология. – М., 2009. – № 4. – С. 23–34.
4. Татарчук Т.Ф., Сольский Я.П. Эндокринная гинекология. Ч. 1. – К.: Заповіт, 2003. – 245 с.
5. Янковский Д.С., Дымент Г.С. Современные аспекты проблемы микрорезлементозов // Здоровье женщины. – 2005. – № 4 (24). – С. 109–117.