

# Корекція порушень репродуктивної функції у жінок з йоддефіцитними захворюваннями

Т.Г. Романенко, І.В. Комісарова

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Результати проведених досліджень свідчать, що йоддефіцитні захворювання у жінок репродуктивного віку є однією з причин високого рівня гінекологічної захворюваності і порушень репродуктивної функції. Використання вдосконаленого нами алгоритму дозволяє не лише знизити гінекологічну захворюваність, але і підвищити ефективність лікування жіночого безпліддя.

**Ключові слова:** репродуктивна функція, йоддефіцитні захворювання, корекція.

Йоддефіцитні захворювання (ЙДЗ) – це патологічні стани, які розвиваються в умовах йоддефіциту і можуть бути попереджені при нормалізації споживання йоду (ВООЗ, 2010). Так, за даними статистики четверта частина населення планети мешкає в умовах дефіциту йоду, а сотні мільйонів людей страждають від виражених клінічних наслідків йодного дефіциту – збільшення щитоподібної залози (ЩЗ) і розумової відсталості. Крім того, дефіцит потрапляння йоду в організм призводить до недостатньої продукції гормонів і більш менш вираженого зниження функціональної активності ЩЗ [1–6].

У жінок дітородного віку, що мешкають в йоддефіцитних регіонах, на перший план виступає порушення функції репродуктивної системи, що є причиною частого безпліддя, невиношування, порушень менструального циклу та ін. [1, 2]. Щороку в матерів з йодним дефіцитом реєструється більше 30 тис. мертвороджених (ВООЗ, ЮНІСЕФ, 2010).

Незважаючи на велику кількість робіт щодо взаємообумовленості дії тиреоїдної і гонадної систем, до теперішнього часу практично немає досліджень, присвячених вивченню впливу ЙДЗ на репродуктивну систему, структуру гінекологічної патології, механізми розвитку порушень репродуктивного здоров'я і стан гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи.

Усе викладене вище свідчить про актуальність вибраного наукового напрямку.

**Мета дослідження:** зниження частоти гінекологічної захворюваності і порушень репродуктивної функції у жінок із ЙДЗ ЩЗ на підставі вивчення основних ехографічних, ендокринологічних і імунологічних змін, а також удосконалення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети та завдань було розроблено програму досліджень, що передбачає проведення клінічного аналізу, комплексу гормональних й імунологічних методів досліджень, сонографічні дослідження та математичне оброблення отриманих даних.

Дослідження були проведені в два етапи: спочатку ми вивчали основну генітальну патологію у жінок з ЙДЗ, а потім причини і структуру жіночого безпліддя.

На 1-му етапі було обстежено 200 жінок репродуктивного віку, з яких 1-шу групу складали 90 пацієнток із поєднаною генітальною патологією та ЙДЗ, причому було виділено три підгрупи:

1.1. – 30 жінок з лейоміомою матки на тлі ЙДЗ;

1.2 – 30 пацієнток із запальними захворюваннями придатків і ЙДЗ;

1.3 – 30 жінок з генітальним ендометріозом на тлі ЙДЗ.

2-гу групу складали також 90 жінок з аналогічною генітальною патологією, але без захворювань ЩЗ з виділенням аналогічних трьох підгруп:

2.1 – 30 жінок з лейоміомою матки;

2.2 – 30 пацієнток із запальними захворюваннями придатків;

2.3 – 30 жінок з генітальним ендометріозом.

На 2-му етапі було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 100 пацієнток із безпліддям, яких було розподілено на дві групи:

3-я група – 50 пацієнток із безпліддям на фоні ЙДЗ;

4-а група – 50 пацієнток із безпліддям без ЙДЗ.

Контрольну групу складали 20 жінок репродуктивного віку без генітальної патології.

Моніторинг йодного забезпечення жінок здійснювали відповідно до рекомендацій до моніторингу регіональних програм йодної профілактики в Україні [4, 5]. Рівень йодної забезпеченості встановлювали за допомогою визначення йоду в сечі за методом Sandell – Kolthoff [7]. Крім цього, визначали вміст йоду у об'єктах довкілля методом вольтамперометрії з використанням внутрішнього стандарту [7].

У нашій роботі було використано такі методи дослідження:

– загальноклінічні;

– гормональні: фолікулостимулювальний гормон (ФСГ), лютеїнізувальний гормон (ЛГ), естрадіол (Е), прогестерон (ПГ), пролактин (Прл), тиреотропний гормон (ТТГ), трийодтиронін (Т3), тироксин (Т4), антитіла до тироглобуліну (АТ-ТГ) і тиропероксидази (АТ-ТПО);

– ультрасонографічні: ультразвукове дослідження (УЗД) ЩЗ; трансвагінальне та трансабдомінальне дослідження матки і придатків; УЗД грудних залоз;

– статистичні.

На кожному пацієнтку було складено індивідуальну карту, в якій було зашифровано перелік ознак. Досліджувані параметри відображали паспортні дані, відомості про освіту, про наявність професійних шкідливостей, перенесених у дитинстві інфекцій, скарги на момент огляду. При зборі анамнезу звертали увагу на час появи першої менструації, на характер менструальної функції, регулярність і тривалість циклу. Крім того, враховували вік початку статевого життя, кількість шлюбів, перенесені гінекологічні захворювання (їхня тривалість, перебіг і результат); дітородну функцію (відомості про кожну з попередніх вагітностей, паритет, інтергенетичний інтервал, перебіг, результат для матері та плода). Екстрагенітальні захворювання виявлялися в результаті комплексу клінічних, лабораторних і функціональних досліджень за спеціально розробленою програмою.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

ЙДЗ ЩЗ негативно впливають на клінічний перебіг основних варіантів гінекологічної захворюваності: частота клінічних симптомів лейоміоми матки (больовий синдром, анемія і порушення менструальної функції) зростає на 20,0%; хронічного сальпінгофориту (частота загострень за рік і порушення вагінального біотопа) – збільшується на 16,7% і генітального

ендометріозу (більшій синдром і порушення менструальної функції) – зростає відповідно на 13,3%.

При гінекологічних захворюваннях на фоні ЙДЗ ЩЗ, у пацієнок з лейоміомою матки переважає гіпотиреоз (40,0% в порівнянні з 33,3% – еутиреоз і 26,7% – гіпертиреоз); при сальпінгофориті еутиреоз (63,3% проти 20,0% – гіпотиреоз і 16,7% – гіпертиреоз); при генітальному ендометріозі – еутиреоз (46,7% у порівнянні з 33,3% – гіпотиреоз і 20,0% – гіпертиреоз).

Поєднання гінекологічної захворюваності та ЙДЗ ЩЗ призводить до достовірних дизгормональних порушень:

- при лейоміомі матки: збільшення вмісту Е, ФСГ і Прл при одночасному зниженні рівня ПГ і ЛГ;
- при хронічному сальпінгофориті: збільшення вмісту ЛГ на фоні зниження рівня Прл, Е і ПГ;
- при ендометріозі: збільшення вмісту ПГ і ФСГ при одночасному зниженні рівня ЛГ і ПГ.

Наявність ЙДЗ ЩЗ негативно впливає на клінічний перебіг безпліддя: частота порушень менструальної функції вище 22,0%; тривалість лікування безпліддя збільшується на 1,1±0,1 року; частіше використовують гормональну корекцію (на 10,0%) та оперативне лікування (на 8,0%). Первинне безпліддя дещо переважає над вторинним (52,0% і 48,0% відповідно).

Серед основних причин безпліддя у жінок з ЙДЗ ЩЗ необхідно виділити трубно-перитонеальний чинник (36,0%), зовнішній генітальний ендометріоз (28,0%), ендокринний чинник (20,0%), в 16,0% випадків мали місце невстановлені причини безпліддя, новоутворення матки і придатків, а також імунологічна несумісність. У 48,0% пацієнок мали місце 2–4 чинники безпліддя, в 44,0% – один чинник, а в 8,0% – відсутність чинників безпліддя.

Для підвищення ефективності лікування генітальної патології у пацієнок з ЙДЗ ЩЗ ми використовували наступні моменти:

- тиреоїдологічний скринінг на першому етапі повинен включати поряд зі скаргами й анамнезом пальпацію області щит, на другому – УЗД ЩЗ з оцінюванням обсягу, ехогенності й ехоструктури;

### Коррекция нарушений репродуктивной функции у женщин с йоддефицитными заболеваниями Т.Г. Романенко, И.В. Комиссарова

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что йоддефицитные заболевания у женщин репродуктивного возраста являются причиной высокого уровня гинекологической заболеваемости и нарушений репродуктивной функции. Использование усовершенствованного алгоритма позволяет не только снизить гинекологическую заболеваемость, но и повысить эффективность лечения женского бесплодия.  
**Ключевые слова:** репродуктивная функция, йоддефицитные заболевания, коррекция.

– гормональне дослідження, що включає визначення не тільки тиреоїдних і статевих гормонів, але і Прл;

– пацієнткам з лейоміомою матки, ендометріозом на тлі гіпотиреозу доцільне призначення низькодозованих естрогенгестагенних препаратів і тиреоїдних гормонів, що дає позитивний ефект у досягненні еутиреоїдного стану. При гіпертиреоїдній формі ЙДЗ необхідне поєднання тиреостатичних препаратів із протизапальною й імуномодулювальною терапією.

У пацієнок із безпліддям на фоні ЙДЗ ЩЗ використовували клініко-лабораторне і функціональне дослідження: кольпоскопію, скринінг на інфекції, що передаються статевим шляхом, гістеросальпінгографію, УЗД органів малого таза, ендоскопічні методи (лапаро- і гістероскопія), ендокринологічне обстеження (оцінювання стану нейроендокринної системи за тестами функціональної діагностики і базальним рівнем гонадотропних і стероїдних гормонів), краніографію, комп'ютерну томографію і ядерно-магнітний резонанс (за підозри на мікро- і макроаденоми гіпофізу).

Використання вдосконалених алгоритмів ведення пацієнок з генітальною патологією і безпліддям на фоні ЙДЗ ЩЗ дозволяє підвищити ефективність лікування лейоміоми матки на 20,0%; хронічного сальпінгофориту на 18,0% і генітального ендометріозу – на 16,0%. Частота настання вагітності склала 32,0%, причому в 14,0% були використані допоміжні репродуктивні технології.

За неефективності загальноприйнятих консервативних і оперативних методів лікування необхідно переходити до допоміжних репродуктивних технологій.

### ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що йоддефіцитні захворювання у жінок репродуктивного віку є однією з причин високого рівня гінекологічної захворюваності і порушень репродуктивної функції. Використання вдосконаленого нами алгоритму дозволяє не лише знизити гінекологічну захворюваність, але і підвищити ефективність лікування жіночого безпліддя.

### Correction of infringements of reproductive function at women with ioddeficiency diseases T.G. Romanenko, I.V. Komissarova

Results of the spent researches testify that ioddeficiency diseases at women of reproductive age are at the bottom of high level of gynecologic disease and infringements of reproductive function. Use of advanced algorithm allows not only to lower gynecologic disease, but also to raise efficiency of treatment of female barrenness.

**Key words:** reproductive function, ioddeficiency diseases, correction.

### Сведения об авторах

**Романенко Тамара Григорьевна** – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: romanenko.tamara@yandex.ru

**Комиссарова Инна Валентиновна** – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Забаровская З.В. Йоддефицитные заболевания: новые взгляды на старую проблему / З.В. Забаровская, А.П. Катушкина, И.А. Костеева, Н.И. Губкевич // Здоровоохранение. – 2012. – № 2. – С. 30–35.
2. Зефирова Г.С. Заболевания щитовидной железы. / Г.С. Зефирова – М.: Арт-Бизнес-Центр, 2010. – 216 с.
3. Зыкова Т.А. Скрининг зоба у лиц молодого возраста: роль ультразвукового исследования / [Зыкова Т.А., Фефилов А.Л., Цыганова О.А. и др.] // Проблемы эндокринологии. – 2006. – Т. 42, № 2. – С. 17–20.
4. Иена С.С.К. Репродуктивная эндокринология / С.С.К. Иена, Р.Б. Джаффе. – М.: Медицина. – 2012. – 432 с.
5. Інформація про стан репродуктивного здоров'я жінок в Україні від 11.05.2011 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>.
6. Кващенко В.П. Репродуктивное здоровье и планирование семьи: социально-медицинские аспекты. Основы репродуктивной медицины: Практическое руководство / В.П. Кващенко // Под ред. проф. В. К. Чайки. – Донецк: ООО «Альматео», 2011. – С. 542–544.
7. Князев Ю.А. Возрастные гормонально-метаболические нормативы: Науч. метод. пособие / Ю.А. Князев // Рос. гос. мед. ун-т. – М.: Филин, 2012. – 174 с.

Статья поступила в редакцию 6.11.2014