

УДК 618.1-007.415-092-036.1-06:616.441-008.64-08

Лисенко Б.М., Хабрат Б.В., Литвак О.О.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ЗОВНІШНЬОГО ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ НА ТЛІ ГІПОФУНКЦІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної і клінічної медицини» ДУС, м. Київ

В даній роботі проводилося вивчення особливостей клінічного перебігу зовнішнього генітального ендометріозу на тлі гіпофункції щитоподібної залози. В результаті обробки отриманих даних було визначено, що проявами гіпотиреозу, особливо маніфестного, у пацієнток дослідницького контингенту є наступні симптоми: набряклі кінцівки, ожиріння, пониження температури тіла, уповільнення мови, охриплий голос, сонливість, загальмованість, парестезії, зниження пам'яті, порідшання волосся на голові, гіперкератоз шкіри ліктів, анемія, дискінезія жовчовивідних шляхів і депресія. У власних дослідженнях було виявлено, що основне місце в клінічних проявах зовнішнього генітального ендометріозу на тлі гіпотиреозу займає безпліддя. Також виявлено достовірне збільшення числа безплідних жінок з зовнішнім генітальним ендометріозом і маніфестним гіпотиреозом порівняно з пацієнтками, які не страждають на поєднану патологію ($p < 0,001$), а також порівняно з хворими з зовнішнім генітальним ендометріозом на тлі субклінічного гіпотиреозу ($p < 0,05$). Згідно власним спостереженням при поєднанні зовнішнього генітального ендометріозу і гіпотиреозу досить частий має місце легкий ступінь анемії (25%), що достовірно вище порівняно з групою хворих, які не страждають на поєднану патологію (10%; $p < 0,05$). Також вірогідно більша частота виявлення доброякісних гіперпластичних процесів ендометрія у жінок, які хворіють на ЗГЕ на тлі аутоімунної тиреоїдної патології. Серед пацієнток з поєднаною патологією герпесвірусною інфекцією інфіковано 71,7% жінок, уреоплазменною інфекцією — 41,7%, що виявилось достовірно частіше ($p < 0,05$) порівняно з хворими, які страждають на зовнішній генітальний ендометріоз без будь-якої ендокринної патології.

Ключові слова: клініка, діагностика, консервативне лікування, оперативне втручання, зовнішній генітальний ендометріоз, гіпотиреоз, щитоподібна залоза, безпліддя, репродуктивний вік, профілактика рецидиву генітального ендометріозу.

Вивчення особливостей клінічного перебігу зовнішнього генітального ендометріозу на тлі гіпофункції щитоподібної залози проводилося в рамках комплексної НДР наукового відділу малоінвазивної хірургії «Удосконалення малоінвазивних методів хірургічного лікування окремих захворювань судин, внутрішніх та репродуктивних органів, черевної стінки, суглобів, щитоподібної та прищитоподібної залоз, носоглотки, зокрема із використанням імплантатів на основі нанобіосенсорних технологій», № держ. реєстрації 0114U002120.

Вступ

Проблема генітального ендометріозу є однією з найбільш актуальних в сучасній гінекології, що обумовлено третім місцем даної патології в структурі всіх гінекологічних захворювань після запальних процесів і лейоміоми матки. В спеціалізованих ендоскопічних клініках генітальний ендометріоз, як захворювання, що потребує хірургічного лікування, виходить на перше місце. Частота генітального ендометріозу серед жінок репродуктивного віку складає до 20% до 50% [1,2,4,11]. На сучасному етапі наголошується збільшення частоти генітального ендометріозу, особливо серед жінок молодого віку, що знижує якість їх життя і робить несприятливий вплив на їх репродуктивну функцію [3,4,6,7,9]. Частота екстрагенітальної патології серед жінок репродуктивного віку постійно зростає, досягаючи за даними ряду авторів 50-60% [3,5]. При цьому в структурі соматичної захворюваності одне з провідних місць займає доброякісна тиреоїдна патологія, розвиток якої відбувається частенько на тлі аналогічних дисгормональних порушень, як і при ендометріоїдному ушкодженні репродуктивної системи [2,8,9,10]. Не дивлячись на значне число наукових публікацій з проблеми генітального ендометріозу не можна вважати цю проблему повністю вирішеною, особливо в плані впливу даної патології на стан щитоподібної залози, а також зворотний вплив доброякісної ти-

реоїдної патології на клінічний перебіг генітального ендометріозу. Все вищевикладене свідчить про актуальність вибраної наукової проблеми, вирішення якої дозволить знизити захворюваність жінок репродуктивного віку.

Мета дослідження

Тому, виходячи з вищезазначеного, метою даного дослідження стало: провести порівняльний аналіз клінічного перебігу зовнішнього генітального ендометріозу (ЗГЕ) без патології щитоподібної залози (ЩЗ) і на тлі гіпотиреозу (ГТ).

Для реалізації поставленої мети були запропоновані наступні завдання:

1. Встановити частоту, структуру та основні захворювання екстрагенітальної локалізації у жінок з генітальним ендометріозом.

2. Показати клінічні особливості поєднання генітального ендометріозу з гіпотиреозом.

3. Оцінити та з'ясувати вплив гіпофункції щитоподібної залози на клінічний перебіг генітального ендометріозу у хворих репродуктивного віку з поєднаною патологією.

Об'єкт та методи дослідження. Клінічні групи пацієнток сформовані таким чином:

1 група:

- 10 (20%) хворих лікувалися з приводу безпліддя і в ході обстеження були виявлені вогнища ЗГЕ по очеревині малого тазу;

- 15 жінок (30 %) звернулися до гінеколога із скаргами на дисменорею, диспареунію, болі в

області тазу і при комплексному обстеженні був виявлений ЗГЕ.

– 25 пацієток, що склали 50 %, поступили на планове оперативне лікування з приводу ендометріюїдних кіст яєчників.

– По локалізації процесу розподіл хворих в 1 групі був таким чином:

– 8 хворих (16%) - ретроцервікальний ендометріоз (РЦЕ);

– 17 пацієток (34%) ендометріоз очеревини малого тазу (ЕО);

– 25 жінок (50%) - ендометріюїдні кісти яєчників (ЕКЯ) (рис. 1).

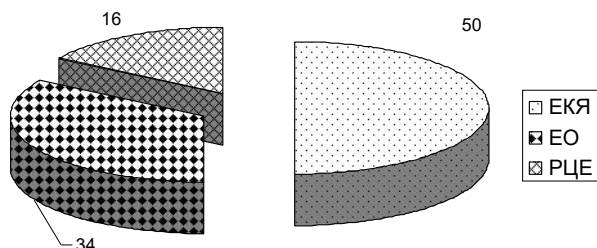


Рис. 1. Локалізація ЗГЕ у жінок I групи (%)

2 група:

– 39 жінок (65%) первинно зверталися до ендокринолога і лікувалися з приводу гіпотиреозу, що виник унаслідок АІТ, але у зв'язку із скаргами на болі внизу живота і дисменорею були обстежені у гінеколога, внаслідок чого у всіх був виявлений зовнішній генітальний ендометріоз. 20,0% пацієток з них звернулися до гінеколога із скаргами на безпліддя, при дообстеженні у п'яти жінок з них були ендометріюїдні кісти яєчників, в семи - вогнища ЗГЕ по очеревині малого тазу;

– 21 жінка (35 %) скаржилася на постійні болі в області тазу і диспареунію, при лапароскопії у них виявлений ЗГЕ (малі форми і ендометріюїдні кісти), в анамнезі був перенесений АІТ, а на момент дослідження - ГТ.

З 60 пацієток 2 групи в половині був виявлений субклінічний ГТ і в 30 - маніфестний, що дозволило розділити цю групу жінок на дві підгрупи:

2.1 підгрупа - хворі з субклінічним ГТ:

– 4 пацієтки (13,3 %) з ендометріозом очеревини малого тазу (ЕО);

– 6 пацієток (20%) з поширеними формами ЗГЕ;

– 8 жінок (26,7 %) з ендометріюїдними кістами яєчників (ЕКЯ);

– 12 хворих (40 %) з ретроцервікальним ендометріозом (РЦЕ).

2.2 підгрупа - пацієтки з маніфестним ГТ:

– 4 пацієтки (13,3 %) з поширеними формами ЗГЕ;

– 4 хворих (13,3 %) з РЦЕ;

– 9 хворих (30%) з ЕО;

– 13 пацієток (43,3%) з ЕКЯ (рис. 2).

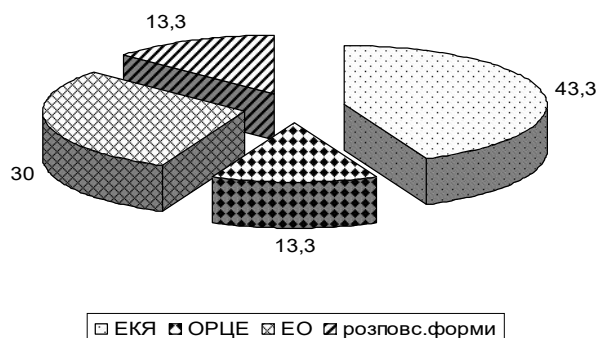


Рис. 2. Локалізація ЗГЕ у жінок 2 групи

Середній вік жінок в 1 групі склав $31,7 \pm 1,7$ років виявився достовірно нижче ($p < 0,05$) в порівнянні з хворими в 2 групі ($35,4 \pm 1,3$ років).

Кількість хворих з ЕКЯ була порівняна в обох групах і склали 50% в 1 групі і 35% в 2 групі. Що стосується РЦЕ, то кількість його в 2 групі (26,7%) мало тенденцію до збільшення відносно 1 групи (16%), а достовірні відмінності виявлені при порівнянні хворих по підгрупах. Так, за наявності субклінічного ГТ (2.1 підгрупа) РЦЕ зустрічався у 40% жінок, що виявилось достовірно частіше ($p < 0,05$) порівняно з 1 групою (16%) пацієток.

Всім пацієткам було проведено загальноклінічне, лабораторне і інструментальне обстеження. Виконували дослідження бактеріоскопії і бактеріологічного вмісту піхви і відокремлюваного з цервікального каналу, використовували імуноферментний аналіз і метод ПЛР — діагностики [6].

Для визначення обсіменіння слизових оболонок статевих шляхів проводили дослідження бактеріоскопії мазків, які забарвлювалися гематоксиліном-еозином і по Граму. Бактеріоскопію здійснювали світловим мікроскопом типа «Біолам» з використанням імерсійної системи при збільшенні 1350.

Обстеження на наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) включало також комплексне виявлення збудника декількома методами (бактеріологічний, ПЛР, ІФА) з врахуванням виду збудника, що виявлявся [6].

Результати дослідження та їх обговорення. В результаті обробки отриманих даних, було визначено, що проявами ГТ, особливо маніфестного, у пацієток дослідницького контингенту, є наступні симптоми: набряклі кінцівки, ожиріння, пониження температури тіла, уповільнення мови, охриплий голос, сонливість, загальмованість, парестезії, зниження пам'яті, порідшення волосся на голові, гіперкератоз шкіри ліктів, анемія, дискінезія жовчовивідних шляхів і депресія.

Основні форми прояву по групах представлені в таблиці 1.

Таблиця 1
Клінічні форми прояву ЗГЕ у обстежених жінок

Локалізація ендометріозу	Групи і підгрупи обстежених					
	1 група n=50		2.1 підгрупа n=30		2.2 підгрупа n=30	
	n	%	n	%	N	%
ЕК Я	25	50	8	26,7	13	43,3
РЦЕ	8	16	12	40*	4	13,3
ЕО	17	34	4	13,3*	9	30
Розповсюджені форми ЗГЕ	-	-	6	20	4	13,3

Примітка: * - відмінність даних показників порівняно з 1 групою достовірно ($p < 0,05$)

Як відомо, основним клінічним симптомом ЗГЕ є больовий синдром, при аналізі якого виявлені деякі його особливості при поєднанні даної патології з ГТ.

Особливу увагу звертає на себе той факт, що поширені форми ЗГЕ (поєднання ЕКЯ, РЦЕ, ЕО і ШМ) мали місце лише в 2 групі: у 20% жінок з супутнім субклінічним ГТ, і в 13,3% - з маніфестним ГТ.

Ступінь вираженості дисменореї визначали за системою оцінки по загальноприйнятих рекомендаціях. Вона зустрілася у 50% жінок 2 групи, що достовірно рідше ($p < 0,05$) порівняно з 1 групою хворих (72%), причому різниця найбільш виражена в групі хворих з субклінічним ГТ ($p < 0,001$).

Аналізуючи прояв постійного ниючого тазового болю, не пов'язаного з менструацією, по групах суттєвих відмінностей не встановлено ($p > 0,05$). Так, її відзначали 56% і 60% жінок 2 групи.

Не дивлячись на те, що у пацієнок при поєд-

нанні ЗГЕ з ГТ значно частіше ($p < 0,05$) зустрічаються РЦЕ і поширені форми, які визначають важчий перебіг, дисменорея і скарги на біль не були основними. Ймовірно, це пов'язано з тим, що при гіпофункції ЩЗ відбувається зниження чутливості, що сприяє зменшенню болю, а також має місце зміна емоційного стану жінки (загальмованість, апатія), і психологічна домінанта відводить гінекологічні симптоми на другий план.

Кров'яні виділення, що мастять, після менструації, що є проявом гіполютеїзму при ЗГЕ, нами виявлено у 66% пацієнок 2 групи, що достовірно ($p < 0,001$) частіше порівняно з 1 групою (26,7%) жінок, причому ця різниця найбільш виражена у хворих з субклінічним ГТ ($p < 0,001$).

Власні дослідження показали, що при поєднанні ЗГЕ і ГТ значно частіше ($p < 0,05$) зустрічається олігоменорея (30%), порівняно з 1 групою (14%) - за рахунок пацієнок з наявністю субклінічного ГТ ($p < 0,05$).

Характер порушень менструальної функції по групах представлений в таблиці 2.

Таблиця 2
Характер порушень менструальної функції

Клінічні форми порушень менструальної функції	Групи і підгрупи обстежених					
	1 група n=50		Підгрупа 2.1 n=30		Підгрупа 2.2 n=30	
	n	%	n	%	N	%
Мажучі кров'яні виділення після менструації	16	26,7	18	60**	15	50*
Олігоменорея	7	14	12	40*	8	26,7
Дисменорея	36	72	12	40**	18	60
Постійний тазовий біль	28	56	18	60	18	60

Примітка: * - відмінність даних показників порівняно з такими в 1 групі достовірно ($p < 0,05$), ** - достовірно ($p < 0,001$)

Таблиця 3
Структура безпліддя у обстежених жінок

Показник	Групи і підгрупи обстежених					
	1 група n=50		Підгрупа 2.1 група n=30		Підгрупа 2.1 група n=30	
	n	%	n	%	n	%
Безпліддя	10	20	7	23,3	15	50**

Примітка: * - відмінність даних показників порівняно з такими в 2.1 підгрупі достовірно ($p < 0,05$),

** - відмінність даних показників порівняно з такими в 1 групі достовірно ($p < 0,001$).

Особливе місце в клінічних проявах ЗГЕ займає безпліддя, причому у пацієнок з ЗГЕ і ГТ воно часто є єдиною гінекологічною скаргою цих хворих.

У власних дослідженнях виявлено, що кількість пацієнок з безпліддям в 2 групі склала 36,7%, що достовірно частіше ($p < 0,05$) в порівнянні з хворими з ЗГЕ без патології ЩЗ (20%). Слід зазначити, що у жінок з ЗГЕ і субклінічним ГТ безпліддя зустрілося в 23,3% випадків, а з маніфестним - в 50% випадків.

Виявлено достовірне збільшення числа безплідних жінок з ЗГЕ і маніфестним ГТ порівняно

з пацієнками 1 групи ($p < 0,001$), а також порівняно з хворими з ЗГЕ і субклінічним ГТ ($p < 0,05$). Дані представлені в таблиці 3.

Згідно власним спостереженням при поєднанні ЗГЕ і ГТ досить частий має місце легкий ступінь анемії (25%), що достовірно вище порівняно з 1 групою хворих (10%; $p < 0,05$). Слід зазначити, що у всіх пацієнок унеможливлено постеморагічну анемію. Звертає на себе увагу також частіша наявність доброякісних гіперпластичних процесів ендометрія в 2 групі жінок. Так, кількість хворих з гіперплазією ендометрія в 2 групі (15%) була достовірна вище порівняно з 1

групою пацієнток (4%; $p < 0,05$).

Всі пацієнтки 1 і 2 групи були обстежені на ІПСШ. Власні дослідження показали, що герпесвірусною інфекцією інфіковано 71,7% жінок, уреоплазменною інфекцією — 41,7% 2 групи, що виявилось достовірно частіше ($p < 0,05$) порівняно з хворими 1 групи.

Клінічний прояв ЗГЕ при ушкодженні ІПСШ у хворих в 2 групі мав деякі особливості. Так, у жінок з уреоплазменною інфекцією за наявності субклінічного ГТ (26,7%) достовірно частіше ($p < 0,05$) зустрічалися ЕКЯ порівняно з 1 групою пацієнток (8%), а також в 20% випадків мали місце поширені форми ЗГЕ.

Що стосується герпесвірусної інфекції, то вона виявлена у всіх пацієнток 2 групи з поширеними формами ЗГЕ.

Досить цікавими виявилися анамнестичні відомості про мимовільне переривання вагітності у обстежених пацієнток.

Так, кількість мимовільних викиднів раннього терміну в 2 групі (у хворих з гіпофункцією ЩЗ) виявилася вищою (58,1%), порівняно з аналогічним показником в 1 групі жінок (28,57%; $p < 0,05$). Причому, великим ризиком переривання вагітності з'явився субклінічний ГТ (38,7%; $p < 0,05$). Особливо слід зазначити, що у 32,3% жінок викидні відбувалися на фоні вагітності, що не розвивається, що достовірно ($p < 0,05$) частіше порівняно з пацієнтками з ЗГЕ без патології ЩЗ (10,7%).

Висновки

Отже, при поєднаній патології (ЗГЕ на тлі ГТ) має місце:

- значно частіша локалізація РЦЕ і наявність поширених форм ЗГЕ;
- поєднання ЗГЕ та ГТ з анемією легкого ступеня при відсутності гіперполіменореї;
- достовірно частіше виявлення у жінок репродуктивного віку
- різних форм безпліддя і невиношуванням вагітності на ранніх термінах (58,1%, порівняно з аналогічним показником в групі жінок без ГТ, відповідно (28,57%; $p < 0,05$);
- достовірно частіше ($p < 0,05$) інфікування герпесвірусною і уреоплазменною інфекціями;

Реферат

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА НА ФОНЕ ГИПОФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Лысенко Б.М., Хабрат Б.В., Литвак Е.О.

Ключевые слова: клиника, диагностика, консервативное лечение, оперативное вмешательство, наружный генитальный эндометриоз, гипотиреоз, щитовидная железа, бесплодие, репродуктивный возраст, профилактика рецидива генитального эндометриоза.

В данной работе проводилось изучение особенностей клинического течения наружного генитального эндометриоза на фоне гипотиреоза щитовидной железы. В результате обработки полученных данных было определено, что проявлениями гипотиреоза, особенно манифестного, у пациенток исследовательского контингента являются следующие симптомы: отеки конечности, ожирение, понижение температуры тела, замедление речи, хриплый голос, сонливость, заторможенность, парестезии, снижение памяти, поредение волос на голове, гиперкератоз кожи локтей, анемия, дискинезия желчевыводящих путей и депрессия. В собственных исследованиях было установлено, что основное место в клинических проявлениях наружного генитального эндометриоза на фоне гипотиреоза зани-

– достовірно вище виявлення гіперпластичних процесів ендометрія, порівняно з пацієнтками без патології ЩЗ (4%; $p < 0,05$).

Перспективи подальших досліджень

У перспективі необхідно продовжити вивчення особливостей клітинного і гуморального імунітету у пацієнток з генітальним ендометріозом на тлі гіпофункції щитоподібної залози.

References

1. Ventskivska IB, Kuzmuk LP. Dyferentsiynne likuvannya giperplastychnykh protsesiv endometriyu na foni vnutrishnogo endometriozu [Differential treatment of endometrial hyperplastic processes on the background of internal endometriosis]. Zdorove zhenshchyny. 2010; 9:129–33. [Ukrainian]
2. Vykhyayeva EM. Endometryoz: Rukovodstvo po endokrynnoy hynekolohiyi [Endometriosis: Guide to Endocrine Gynecology]. MYA. 2010; 4:487–570. [Russian]
3. Davydova YuV, Zelynskaya NB, Fyrsova NA. Shchytovydnaya zheleza u beremennykh v norme y patology [Thyroid gland in pregnant women is normal and pathologists]. Zdorove zhenshchyny. 2010; 9:64–5. [Russian]
4. Zaporozhan VM, Hladchuk IZ, Rozhkovska NM, Neporada SM. Likuvannya khvorykh na zovnishniy endometryoz: analiz desyatyrychnoho dosvidu [Treatment of patients with external endometriosis: an analysis of a ten-year experience]. II Ukrainskyi konhres po minimalnyy invazyvniy khirurgiyi. 2011; 5(3):34. [Ukrainian]
5. Pankiv VI. Yododefitsytni zakhvoryuvannya: diagnostyka, profilyaktyka, likuvannya [Iodine deficiency diseases: diagnosis, prevention, treatment]. Probl endokr patologiyi. 2012; 2:75–86. [Ukrainian]
6. Petrova GA. Profilyaktyka akusherskykh ta perynatalnykh uskladnen u zhinok, operovanykh na shchytovydniiy zalozi pid chas vagitnosti: avtoref. dis. ... kand. med. nauk, Abstr. PhDr. (Med). Kyiv, 2015. 18 s. [Ukrainian]
7. Romanenko TG, Chayka OY. Profilyaktyka akusherskykh y perynatalnykh oslozhneniy u yunykhn pervorodyashchykh na fone patologiy shchytovydnoy zhelezy [Prophylaxis of obstetric and perinatal complications in young primiparas on the background of thyroid pathologies]. Pediatriya, akusherstvo ta ginekologiya. 2014; 78(3/4):88–95. [Russian]
8. Solskyy YaP, Tatarchuk TF. Prynysy pyrymenenyya polovykh steroynykh gormonov v klynycheskoy praktyke y ykh systemnye efekty [Principles of the use of sex steroid hormones in clinical practice and their systemic effects]. Endokrynnaya gynecologiya. K, 2013:254–71. [Russian]
9. Tatarchuk TF, Mamonova TO, Mamonov OV. Sostoyanye shchytovydnoy zhelezy y reproduktivnaya sistema zhenshchyn [Thyroid status and reproductive system of women]. Zhurnal praktychnogo likarya. 2009; 5:32–7. [Russian]
10. Allan G, Campen C, Hodgen G, et al. Identification of genes with differential regulation in primate endometrium during the proliferative and secretory phases of the cycle. Endocr Res. 2015; 29:53–65.
11. Berube S, Marcoux S, Maheux R. Characteristics related to the prevalence of minimal or mild endometriosis in infertile women. Canadian Collaborative Group on Endometriosis. Epidemiology. 2015; 9:504–10.

мает бесплодие. Также выявлено достоверное увеличение числа бесплодных женщин с наружным генитальным эндометриозом и манифестным гипотиреозом по сравнению с пациентками, не страдающими сочетанной патологией ($p < 0,001$), а также по сравнению с больными с наружным генитальным эндометриозом на фоне субклинического гипотиреоза ($p < 0,05$). Согласно собственным наблюдениям, при сочетании наружного генитального эндометриоза и гипотиреоза достаточно часто имеет место легкая степень анемии (25%), что достоверно выше по сравнению с группой больных, не страдающих сочетанной патологией (10%; $p < 0,05$). Также достоверно больше частота выявления доброкачественных гиперпластических процессов эндометрия у женщин с наружным генитальным эндометриозом на фоне аутоиммунной тиреоидной патологии. Среди пациенток с сочетанной патологией герпесвирусная инфекция выявлена у 71,7% женщин, уреоплазменная инфекция - 41,7%, что достоверно чаще ($p < 0,05$) по сравнению с больными, страдающими наружным генитальным эндометриозом без всякой эндокринной патологии.

Summary

CHARACTERISTICS OF CLINICAL COURSE OF EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS IN PATIENTS WITH HYPOTHYROIDISM

Lysenko B. M., Habrat B. V., Litvak Ye. O.

Key words: clinic, diagnostics, conservative treatment, operative intervention with external genital endometriosis, hypothyroidism, thyroid gland, infertility, reproductive age, prevention of recurrence of genital endometriosis.

This work aimed at investigating clinical features of the clinical course of external genital endometriosis (EGE) in patients with hypothyroidism (HT). Processing of the data obtained demonstrated that the presentations of HT, especially of its manifest stage in patients under the study were the following: limb oedema, obesity, decreased body temperature, speech retardation, hoarse voice, drowsiness, sluggishness, paresthesia, memory loss, hair loss, hyperkeratosis of the skin of the elbows, anaemia, biliary dyskinesia and depression. The analysis of the clinical symptoms characteristic of EGE showed that constant dull non-menstrual pelvic pain was observed to be significantly more frequent ($p < 0.05$) in patients with comorbidity of EGE and HT. The study also revealed that oligomenorrhoea (30%) was significantly more frequent ($p < 0.05$) when combined with EGE and HT, especially in patients with subclinical HT ($p < 0.05$). The results obtained studies showed that infertility is one of the commonest clinical manifestations of EGE in patients with comorbid HT that is often the chief and only complaint presented by these patients. The number of patients with infertility in the group under the study made up 36.7% that was significantly higher ($p < 0.05$) than in the group of patients with EGE without thyroid pathology (20%).

It should be noted that in women with EGE and subclinical HT, infertility occurred in 23.3% of cases, while in women with EGE and HT in its manifest stage, infertility was observed in 50% of cases, i.e. it nearly doubled. There was a significant increase in the number of infertile women with combined pathology compared with patients with EGE, but having no any endocrine pathology ($p < 0.001$). According to our own observations, when there is a comorbidity of EGE and HT, the incidence of anaemia is significantly higher: 25% of cases compared to the group of patients (10%) who had no comorbidity, ($p < 0.05$). There is a significant increase in the detection of benign hyperplastic endometrial processes in women suffering from EGE and comorbid autoimmune thyroid pathology (by 15% more), in comparison with a group of patients without thyroid pathology (4%, $p < 0.05$). Own studies revealed that among the patients with combined pathology (group 2), 71.7% of women were infected with herpes virus infection, 41.7% of women had urea plasma infection that was significantly more common ($p < 0.05$) compared with the patients having only EGE. Analysis of the symptoms of sexually transmitted infections (STIs) in patients of the 2nd group revealed some features of the clinical course: in women with HT and EGE, urea plasma infection was significantly more often ($p < 0.05$) detected compared with the results obtained in the 1st group of the patients (8%). As for herpes virus infection, it was found in all patients of the 2nd group with common forms of EGE. It is important to focus an attention on the findings regarding anamnesis information on spontaneous abortion: the number of spontaneous early miscarriages in group 2 was higher (58.1%) than in the group of women suffering from EGE, but having no endocrine pathology (group 1) (28.57%, $p < 0.05$). Moreover, a greater risk of abortion was detected in patients with EGE and subclinical HT (38.7%, $p < 0.05$). It should be specially noted that in 32.3% of women of the group 2 miscarriages occurred in early gestation that was significantly ($p < 0.05$) more frequent compared to the patients suffering from EGE without any pathology of the thyroid glands (10.7%). **Conclusions.** Consequently, comorbid course of EGE and HT is characterized by significantly common occurrence of moderate anaemia, by various forms of infertility and miscarriage in early gestation compared with similar values in the group of women with EGE without comorbidity. Sexually transmitted infections, and, in particular, urea plasma infection was significantly more often detected ($p < 0.05$) in women with HT and ENE (26.7%) compared with the results obtained in patients (8%) with EGE without thyroid pathology (4%, $p < 0.05$); hyperplastic endometrial processes are observed significantly higher in women with HT and EGE compared with patients with EGE without thyroid pathology (4%, $p < 0.05$).