

Б.В. Хабрат, О.О. Литвак, О.Я. Гирявенко*, Б.М. Лисенко, А.В. Хабрат, О.В. Ларіна*

ДІАГНОСТИКА АВТОІМУННОГО ТИРЕОЇДИТУ У ЖІНОК ІЗ ГІНЕКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

ДНО "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" ДУС

**Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, Київ*

ВСТУП

У працях вітчизняних і зарубіжних авторів проблема гінекологічних захворювань на тлі аутоімунного тиреоїдиту (АІТ) у жінок репродуктивного віку наразі широко висвітлюється. Це пов'язано не лише з медичними (збільшення частоти гінекологічної патології), але й з соціальними аспектами, адже наявність АІТ із гіпотиреозом без вчасної гормональної корекції може спричинити народження психічно неповноцінної дитини [1-4].

Частота АІТ, за даними різних авторів [2-4], коливається від 4% до 46% випадків усієї тиреоїдної патології, причому жінки хворіють у 10-20 разів частіше. Це значною мірою пов'язано з особливостями жіночого гормонального статусу та роллю статевих стероїдів, а зміни функціонального стану щитоподібної залози (ЩЗ) негативно позначаються на менструальній і репродуктивній функції.

У низці праць сучасних авторів [2, 3, 7] неодноразово висловлювалися сумніви щодо значущості АІТ як окремої нозологічної форми та його діагностичних і терапевтичних аспектів, водночас не виключається роль АІТ як найчастішої причини розвитку гіпотиреозу. Натомість оскільки антитиреоїдні антитіла та ехографічні зсуви корелюють із морфологічними ознаками тиреоїдиту, навряд чи можна заперечувати доцільність реєстрації цих ознак АІТ для формування груп ризику, що вимагають у певних випадках прискіпливої уваги лікаря [2, 3, 5]. Ця обставина видається надто важливою для пацієнток репродуктивного віку, які мають гінекологічні захворювання та тиреоїдну патологію.

Хоча наявність вираженого взаємозв'язку між функціонуванням ЩЗ і репродуктивної системи не викликає сумнівів, до сьогодні немає єдиної думки щодо характеру цього зв'язку та рівня, на якому від здійснюється. Питання впливу порушень функції ЩЗ на статеве дозрівання та ову-

ляцію вивчено такою мірою, що дозволяє досягати успіхів у лікуванні, але залишається практично невирішеною проблема сумісного впливу статевих і тиреоїдних гормонів на органи-мішені на тлі порушень імунного статусу [8, 9].

У низці праць переконливо доведено, що гіпотиреоз і дифузний токсичний зоб можуть бути причинами порушення менструального циклу [2, 6]. Натомість вплив функціонального стану ЩЗ на тлі АІТ на перебіг гінекологічних захворювань, надто коли до патологічного процесу залучено низку ланок ендокринної та імунної систем, залишається нез'ясованим. Це обумовлює необхідність проведення дослідження особливостей діагностики АІТ на тлі різної генітальної патології, що і склало мету даної роботи.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Проведено клінічне обстеження 170 жінок віком від 18 до 44 років, хворих на АІТ. Із них поєднану патологію репродуктивних органів мали 94 (55,29%) жінки: 47 (50%) пацієнток мали міому матки, 32 (34%) – запальні захворювання придатків, 15 (16%) – генітальний ендометріоз. Групу порівняння склали 82 жінки без АІТ: 40 (48,8%) із міомою матки, 30 (36,6%) із запальними захворюваннями придатків і 12 (14,6%) з ендометріозом.

Програма обстеження жінок включала клініко-статистичні, гормональні, імунологічні та ехографічні обстеження.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Досліджували такі ультразвукові показники: зміни об'єму та ехогенності тканини ЩЗ, характеристики крайових елементів, особливості ультразвукової семіотики АІТ простих і поєднаних форм.

Наявність гіперехогенних (розвиток сполучнотканинної строми) та гіпоехогенних (наслідок лімфоїдно-плазмодитарної інфільтрації) ділянок,

поруч зі змінами об'єму ЩЗ, виявилася найважливішою ультразвуковою ознакою АІТ. Так, в усіх групах гінекологічних хворих, які страждають на АІТ, на ехограмах відзначалися зміни ехогенності у вигляді гіпоехогенних ділянок – у 55,3% випадків і гіперехогенних ділянок – у 44,7%. Нами проведено оцінку їхньої форми, розмірів, площі та розташування. Звертала на себе увагу неправильність форми гіпоехогенних ділянок, варіативність їх розмірів від декількох міліметрів (від 3 мм до 8 мм у 64,9% спостережень) до декількох сантиметрів у хворих із патологією репродуктивної системи. Серед 40 пацієнток із лейоміомою матки, поєднаною з АІТ, гіпоехогенні ділянки у структурі щитоподібної залози виявлено у 36 (90%), у хворих із запальними захворюваннями придатків із 30 пацієнток вони візуалізувалися у 22 (66,7%), у пацієнток з ендометріозом та АІТ – у 3 із 12 (25%). Гіпоехогенні ділянки розмірами до 3 мм виявлено у 25,5% випадків, в основному у пацієнток з ендометріозом і запальними процесами придатків матки. Ця обставина спонукає проводити більш ретельне дослідження структури ЩЗ у хворих, у яких величина гіпоехогенних ділянок є незначною. Гіпоехогенні ділянки великих розмірів (понад 10 мм) мали 9 (30%) жінок із запальним процесом придатків та АІТ.

Одним із якісних критеріїв оцінки автоімунної агресії є площа, яку займає гіпоехогенна ділянка. Умовно ми розподілили процес інфільтрації на три ступеня: 1-й – із площею до 20% від загального розміру, 2-й – із площею 50%, 3-й – понад 50% від загальної площі. Серед 47 жінок із лейоміомою розповсюдженість процесу першого ступеня відзначено у 15 (31,9%). Другий ступінь частіше діагностували у пацієнток з ендометріозом та АІТ – у 8 із 12 (66,7%). У 20 жінок (66,7%) із запальним процесом додатків мав місце інфільтраційний процес третього ступеня. Отримані дані є ознакою значного розповсюдження змін щитоподібної залози серед жінок із патологією репродуктивної системи.

Аналіз характеру розташування гіпоехогенних ділянок виявив у 84,1% випадків їх дифузне розташування та у 15,9% – локалізоване. Звертала на себе увагу переважна кількість локалізованих гіпоехогенних ділянок у пацієнток з ендометріозом та АІТ. Дані результати можуть мати певну діагностичну цінність, адже за результатами пальпаторного обстеження ЩЗ у цих хворих було визначено підозру на вузловий або аденоматозний зоб.

У жінок із переважанням гіперехогенних ділянок у структурі ЩЗ, які є ехографічною ознакою процесів перебудови сполучної тканини за АІТ, ми також проводили оцінку їх форми, розмірів, площі та розташування. В усіх хворих з АІТ, незалежно від наявності гінекологічної патології, форма гіперехогенних ділянок була неправильною.

У 19,1% випадків серед жінок, які мали поєднану патологію репродуктивної системи та АІТ, гіперехогенні ділянки у ЩЗ не виявлялися, у 40% випадків їх розмір не перевищував 3-9 мм: серед пацієнток із лейоміомою матки – у 56,3% випадків, з ендометріозом – у 28,1% та іноді визначалися у жінок із запальними процесами додатків (15,6%).

Разом із тим, у 3,8% випадків серед хворих із лейоміомою матки знайдено гіперехогенні ділянки діаметром понад 10 мм. Гіперехогенні ділянки розміром до 3 мм переважали у хворих із запальним процесом додатків.

Площу гіперехогенних ділянок ми також розподілили на три ступеня. Перший ступінь найчастіше визначали у пацієнток із запаленням додатків – у 14,5% випадків, другий (до 50% площі ЩЗ) – у пацієнток з ендометріозом (9,2%), третій (понад 50% площі ЩЗ) – у хворих із лейоміомою матки (38,2%). У жінок із лейоміомою матки відзначалися великі ділянки фіброзу у 13,2% випадків, а дифузне розташування переважало над локалізованим.

Необхідно зазначити, що площа гіперехогенних ділянок у ЩЗ у жінок зі зменшеним розміром щитоподібної залози досягала 56,7%, а гіпоехогенних – складала 20-25%, тобто виявлялися процеси склерозування у щитоподібній залозі. Найбільшу площу гіперехогенні ділянки займали у тканині ЩЗ пацієнток із поєднанням лейоміоми матки та АІТ (38,2%), а гіпоехогенні ділянки переважали у жінок із запальним процесом додатків.

ВИСНОВОК

Отже, описані ехографічні ознаки можна характеризувати як головні для АІТ. Ступінь їх вираженості залежить від виду гінекологічного захворювання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Богатирьова Р.В. Состояние акушерско-гинекологической помощи в Украине и пути ее улучшения // Медико-социальные проблемы семьи. – 1997. – Т.2, № 1. – С.3-6.

2. *Таранов А.Г.* Лабораторная диагностика в акушерстве и гинекологии: Справочник. – 3-е изд., стереотипное. – М.: ЭликсКом, 2004. – 80 с.: ил.
3. *Татарчук Т.Ф., Сольский Я.П.* Эндокринная гинекология (клинические очерки). Ч.1. – К.: Заповіт, 2003. – 300 с.
4. *Трубникова Л.И.* Тиреотропная активность гипофиза и содержание трийодтиронина и тироксина в крови больных миомой матки // Акушерство и гинекология. – 1989. – № 7. – С. 12-15.
5. *Хачатрян А.К.* Диагностика эндометриоза // Ультразвуковая диагностика. – 1999. – № 1. – С. 49-57.
6. *Йена С.С.К., Джаффе Р.Б.* Репродуктивная эндокринология. Т.2: Пер. с англ. – М.: Медицина, – 1998. – 432 с.
7. *Петров В.Н., Петрова С.В., Пятибратова Е.В.* Состояние репродуктивной системы у женщин с гиперплазией щитовидной железы // Новые горизонты гинекологической эндокринологии. М. – 2002. – С. 52-56.
8. *Measure progress.* World health day safe motherhood. – Geneva: WHO, 2004. – P.33-36.
9. *Poppe K., Velkeniers B., Glinde D.* Thyroid Disease and Female Reproduction // Clin. Endocrinol. – 2007. – № 66(3). – P. 309-321.

РЕЗЮМЕ

Диагностика аутоиммунного тиреоидита у женщин с гинекологическими заболеваниями
Б.В. Хабрат, О.О. Литвак, Е.Я. Гирявенко, Б.М. Лысенко, А.В. Хабрат, О.В. Ларина

Проведена оценка основных эхографических признаков аутоиммунного тиреоидита при различных гинекологических заболеваниях: миоме матки, эндометриозе и воспалительных заболеваниях придатков. Предложены наиболее информативные маркеры диагностики данной патологии с учетом различных гинекологических заболеваний.

Ключевые слова: аутоиммунный тиреоидит, гинекологическая патология.

SUMMARY

Diagnostics of autoimmune thyroiditis in women with gynecological pathology
B. Khabrat, O. Litvak, O. Giryavenko, B. Lysenko, A. Khabrat, O. Larina

The estimation of the main echographic signs of autoimmune thyroiditis with various gynecological diseases: uterine fibroids, endometriosis and inflammatory diseases of the appendages was made. The most informative diagnostic markers of this disease with the various gynecological diseases were proposed.

Key words: autoimmune thyroiditis, gynecological pathology.

Дата надходження до редакції 15.11.2012 р.