

В цих випадках причиною виникнення рецидиву захворювання було повторне зараження партнера.

Повторний курс дав позитивний ефект у всіх.

**ВИСНОВКИ** 1. Патентекс-овал добре переноситься пацієнтами і не викликає алергічних реакцій та побічної дії.

2. При лікуванні 50 пацієнток із діагнозом вульвовагініт повне одужання настало у 92 % випадків.

3. При виявленні трихомонадної, хламідійної та кандидозної інфекції лікування потрібно поєднувати із загальноприйнятою патогенетичною методикою.

Таким чином, патентекс-овал можна рекомендувати до широкого клінічного застосування при лікуванні вульвовагінітів у жінок репродуктивного віку.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Вовк І.Б., Новік Л.М. Сучасні погляди на проблеми захворювань, що передаються статевим шляхом // Журн. практ. лікаря. – 2000. – №6 – С.11-17.

2. Жилка Н., Іркіна Т., Тешенко В. Стан репродуктивного здоров'я в Україні (медико-демографічний огляд). – К.: – 2001. – 68 с.

3. Жабченко І.А., Коломійцева А.К., Лісна Т.О., Буткова О.І. Стан мікроекології статевих шляхів у практично здорових вагітних та при завмерлій вагітності // Педіатрія, акуш. та гінекол. – 2000. – №2. – С. 90-92.

4. Гойда Н.Г. Стан репродуктивного здоров'я населення України на межі тисячоліть // Журн. практ. лікаря. – 2000. – №5. – С. 2-6.

5. Подольский В.В., Дронова В.Л. Хронические воспалительные заболевания половых органов – основная угроза репродуктивному здоровью // Doctor. – 2001. – №5 (9). – С.18-20.

6. Подольский В.В., Дронова В.Л. Стан репродуктивного здоров'я у жінок з хронічними запальними захворюваннями статевих органів // Збірн. наук. праць Асоц. акуш.-гінекол. України. – К.: Фенікс, 2001. – С. 521-523.

7. Акоюн Т.Е. Бактеріальний вагіноз і вагітність // Акуш. и гинекол. – 1996. – №6. – С. 3-5.

8. Адашкевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем: руководство для врачей. – М.: Мед. книга, – 1999. – С. 414.

9. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы: Клини. лекц. / Под ред. В.Н. Прилепской. – М.: 2000. – С. 432.

УДК 618.17–085:616.441–008.61–089

**Бойчук А.В., Петренко Н.В., Шадріна В.С., Бегош Б.М., Сопель В.В.**

### РЕАБИЛИТАЦІЯ ЖІНОК ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ГІПЕРТИРЕОЗУ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

**РЕАБИЛИТАЦІЯ ЖІНОК ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ГІПЕРТИРЕОЗУ** – Проаналізовано зміни менструальної функції і стану гіпофізарно-яєчникової системи у жінок з гіпертиреозом до і після хірургічної корекції останнього. Повноцінний менструальний цикл після хірургічної корекції гіпертиреозу відновився в 70 % жінок. Решта пацієнток (30 %) потребують подальшої корекції.

**РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРЕКЦИИ ГИПЕРТИРЕОЗА** – Проанализированы изменения менструальной функции и состояния гипофизарно-яичниковой системы у женщин с гипертиреозом до и после хирургической коррекции последнего. Полноценный менструальный цикл восстановился у 70 % обследованных. Остальные женщины (30 %) нуждаются в соответствующей коррекции.

**WOMEN REABILITATION AFTER SURGICAL CORRECTION OF HYPERTHYROIDISM** – Menstrual function and level of hormones of pituitary-ovarium system are considered in women with hyperthyrosis before and after surgical correction. Restore of full menstrual function in postoperative period impossible in 70 % of woman. Other patient need special correction.

**Ключові слова:** гіпофізарно-яєчникова система, хірургічна корекція гіпертиреозу, менструальна функція.

**Ключевые слова:** гипофизарно-яичниковая система, хирургическая коррекция гипертиреоза, менструальная функция.

**Key words:** pituitary-ovarium system, surgical correction of hyperthyrosis, menstrual function.

**ВСТУП** Стан гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи при патології щитоподібної залози є актуальною проблемою сучасної медицини [3].

Патологія щитоподібної залози, навіть при субклінічних формах порушень, може бути причиною передчасного чи пізнього статевого дозрівання, аменореї, олігоменореї, ановуляції, безпліддя, галактореї, невиношування вагітності [2,4].

При гіпертиреозі порушення менструальної функції зустрічається в 15-75 %, частота і ступінь яких збільшується з наростанням ступеня тяжкості тиреотоксикозу [4].

При гіпертиреозі частіше зустрічається олігоменорея, рідше маткові кровотечі. При даній патології у пацієнток можуть бути регулярні менструації, але з недостатністю лютеїнової фази і ановуляцією. Найтяжчим порушенням менструального циклу є аменорея, що зустрічається в 6,2 % випадків [4]. При тиреотоксикозі підвищується рівень ФСГ (фолікуло-стимулюючого гормону) і ЛГ (лютеїнізуючого гормону), причому рівень ЛГ підвищується як в фолікулінову, так і в

лютеїнову фазу. Для гіпертиреозу характерне зниження рівня ТТГ і пролактину.

При гіпотиреозі порушення менструального циклу зустрічаються у 33-80 % хворих, ступінь їх залежить від ступеня зниження функції залози [4]. Гіпотиреоз характеризується зниженням рівнів ФСГ і ЛГ, гіперпролактинемією. За даними С.В. Бескровного, для гіпотиреозу характерно 2 типи порушень секреції гонадотропнів: гіпогонадотропний, пов'язаний з гіперпролактинемією, і гіпергонадотропний, який спостерігається при нормопролактинемії.

При гіпотиреозі відбувається підвищення ТРГ (тиреорелізінг-гормону), який стимулює синтез ТТГ і пролактину. Гіперпролактинемія порушує циклічне виділення гонадотропнів, що сприяє зниженню продукції ЛГ і припинення овуляції.

Тернопільська область відноситься до ендемічних районів по йододефіциту. Йододефіцитний стан в поєднанні з несприятливою екологічною ситуацією сприяють збільшенню розмірів і погіршенню функціональної активності щитоподібної залози [5].

В результаті хірургічного лікування гіпертиреозу виникає гіпотиреоз, при якому розвиваються різні види гінекологічних порушень, які потребують подальшої корекції.

В літературі немає даних про ефективність замісної терапії гормонами щитоподібної залози для відновлення повноцінного менструального циклу.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Нами обстежено 24 жінки з гіпертиреозом. Всім жінкам проведено хірургічну корекцію гіпертиреозу в обсязі субтотальної резекції щитоподібної залози.

Першу групу склали 14 жінок з гіпертиреозом, у яких до операції відмічалися порушення менструальної функції. Друга група – 10 жінок з гіпертиреозом, у яких таких порушень не було. Третю групу склали 10 здорових, невагітних жінок.

Діагноз гіпертиреозу встановлювався на основі клінічних проявів (зниження маси тіла, тахікардія, офтальмопатія, збудливість нервової системи, емоційна лабільність, серцебиття, тремор кінцівок), збільшення щитоподібної залози, виявленого при пальпації, лабораторних даних (зниження

рівня ТТГ, підвищення рівня тироксину ( $T_4$ ) і трийодтироїну ( $T_3$ ) і УЗД (дифузне збільшення щитоподібної залози).

Для лабораторної діагностики функції гіпофізарно-яєчничкової системи в до і післяопераційний період визначали рівень ФСГ, ЛГ, пролактину.

#### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік обстежених жінок склав ( $34,6 \pm 2,6$ ) року. Захворювання тривало ( $3,6 \pm 1,4$ ) року. Найчастіше жінки пред'являли скарги на порушення діяльності нервової системи – емоційна лабільність 19 (79 %), плаксивість 22 (91 %). Зміни з боку серцево-судинної системи (тахікардія, перебої в роботі серця) турбували 20 (83 %) опитаних. М'язову слабкість відмічали 7 (29 %) хворих, а тремор рук – 14 (58 %). Очні симптоми (екзофтальм, сльозотеча, відчуття піску в очах) спостерігалися у 8 (33 %) пацієнток.

При аналізі отриманих даних у жінок I групи встановлено, що скарги на нерегулярність менструацій пред'являли 4 (28,6 %). У 8 (57 %) пацієнток тривалість менструального циклу була більша 35 днів, у 2 (14 %) відмічалось вкорочення циклу до 21-25 днів, і у 2 (14 %) – тривалість менструального циклу була нормальна – 28 днів. Середня тривалість фази десквамації у пацієнток склала ( $3,0 \pm 1,2$ ) дня. Кількість втраченої крові під час менструації 11 опитаних (79 %) визначали як помірну і малу. У 2 жінок (14 %) були бідні менструації. 1 (7 %) пацієнтка пред'являла скарги на аменорею протягом останніх 4 місяців. Галакторея відмічалася у 3 жінок (21 %). На альгодисменорею вказувало 5 (35,7 %) обстежених.

Середній вік початку менархе – ( $13,4 \pm 2,0$ ) роки в I групі і ( $14,0 \pm 2,1$ ) – в II групі.

У жінок II групи менструації були регулярні і не відрізнялися від таких у жінок III групи. Лише у 3 жінок (21 %) відмічалася альгодисменорея у легкій формі, яка не спричиняла втрати працездатності і не вимагала приймання анальгетиків.

Діагноз гіпертиреозу підтверджувався лабораторно. Відмічалось підвищення рівня  $T_4$ ,  $T_3$  і зниження вмісту ТТГ в сироватці крові.

При лабораторному визначенні стану гіпоталамо-гіпофізарної системи встановлено, що у жінок I групи до операції відмічалось підвищення рівня ФСГ і ЛГ, причому ЛГ в більшій мірі, і зниження рівня пролактину.

У жінок II групи виявлено лише незначне підвищення рівня ЛГ і пролактину.

Через 3-4 місяці після хірургічної корекції гіпертиреозу жінок обстежили повторно. Встановлено, що у 10 жінок (71 %) I групи і у 7 жінок (70 %) II групи розвинувся еутиреоїдний стан (за клінічними даними, що підтверджено лабораторно – нормальний рівень ТТГ,  $T_3$ ,  $T_4$ ). Менструації у цих жінок стали регулярні, тривалість циклу – по 25-30 днів. Відмічалась помірна кількість втраченої крові.

У 4 жінок (29 %) I групи і у 3 (30 %) II групи розвинувся гіпотиреоз. У 3 жінок (21 %) I групи і у 2 (14 %) II групи на фоні гіпотиреозу відмічалася гіперпролактинемія, галакторея, зниження рівня ФСГ і ЛГ. У цих жінок тривалість циклу подовжилася до 37 днів, тривалість фази десквамації зменшилася до 3 днів – гіпоменструальний синдром.

У 1 жінки (7 %) I групи і у 1 (7 %) II групи відмічалася нормопролактинемія з підвищенням рівня ФСГ, ЛГ. Менструальна функція у цих жінок встановилася за типом гіперменструального синдрому – тривалість циклу 21-24 дні, фази десквамації 5-7 днів.

**ВИСНОВКИ** Патологія щитоподібної залози опосередковано впливає на менструальну функцію. Діяльність щитоподібної залози і репродуктивної системи регулюється таламусом і надталамічними структурами, тому при порушеннях в одній з цих систем виникають зміни і в іншій. При захворюваннях щитоподібної залози відмічається порушення менструального циклу. При гіпертиреозі дані порушення зустрічаються у 65 % жінок у вигляді гіпоменструального синдрому. Після хірургічної корекції гіпертиреозу відновлення менструальної функції відбулося в 70 % жінок на фоні еутиреоїдного стану. Решта жінок, у яких розвинувся гіпотиреоз, потребують консультації гінеколога-ендокринолога і корекції менструальної функції, залежно від виду порушень.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Прилепская В.Н., Лобова Т.А. Гипофизарно-тиреоидная система у больных с нарушениями менструальной функции // Акушерство и гинекология. – 1991. – № 3. – С. 5-8.
2. Соснова Е.А. Роль щитовидной железы в системе репродукции женщин // Акушерство и гинекология. – 1989. – № 4. – С. 6-11.
3. Татарчук Т.Ф., Сольский Я.П. Эндокринная гинекология (Клинические очерки). – К.: Заповит, 2003.
4. Тотоян Э.С. Репродуктивная функция женщин при патологии щитовидной железы // Акушерство и гинекология. – 1994. – № 1. – С. 8-10.
5. Хашаева Т.Х.-М., Эседова А.Э. Клинические особенности и гипотифарно-яичниковый статус у женщин с эндемическим зобом с гипотиреозом в перименопаузе // Акушерство и гинекология. – 2000. – № 6. – С. 17-20.

УДК 619.3:616.379–008.64:616.441–002

Данилко В.О.

## ДО ПИТАННЯ ПРО ЗНАЧЕННЯ АНТИТИРЕОЇДНОГО АВТОІМУННОГО ПРОЦЕСУ ДЛЯ ПЕРЕБІГУ ТА ЗАКІНЧЕНЬ ВАГІТНОСТІ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

ДО ПИТАННЯ ПРО ЗНАЧЕННЯ АНТИТИРЕОЇДНОГО АВТОІМУННОГО ПРОЦЕСУ ДЛЯ ПЕРЕБІГУ ТА ЗАКІНЧЕНЬ ВАГІТНОСТІ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ – У 76 вагітних, хворих на цукровий діабет, радіоімунологічним методом вивчено концентрацію антитіл до тиреоїдної пероксидази, частоту ускладнень вагітності та стан новонароджених дітей. Встановлено, що антитіла у патологічній кількості зустрічаються у 30,3 % жінок. Ускладнення вагітності та патологія новонароджених у хворих з наявністю антитіл зустрічаються частіше, ніж у вагітних без антитіл.

К ВОПРОСУ О ЗНАЧЕНИИ АНТИТИРЕОИДНОГО АВТОИМУННОГО ПРОЦЕССА ДЛЯ ПРОТЕКАНИЯ И ЗАВЕРШЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ – У 76 беременных, больных сахарным диабетом радиоиммунологическим методом изучено концентрацию антител к тиреоидной пероксидазе, частоту осложненной беременности и состояние новорожденных детей. Установлено, что антитела в патологическом количестве

встречаются в 30,3 % женщин. Осложнения беременности и патология новорожденных у больных с антителами встречаются чаще, чем у беременных без антител.

THE MEANING OF ANTITHYROID AUTOIMMUNOLOGY PROCESS FOR THE PASS AND THE OUTCOME OF PREGNANCY OF WOMEN HAVING DIABETES MELLITUS – Pending the examination of 76 pregnant women having diabetes mellitus, the thyroid peroxidase autoantibodies have been examined using the method of radioimmunology. Also these women's frequency of pregnancy complications and the state of health of newborn children were examined. It was discovered 30,3% women having autoantibodies in pathologic concentration.

Patients having thyroid peroxidase autoantibodies have more frequently complication of pregnancy and pathology of newborn than pregnant women without autoantibodies.