

## ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЯ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ В ЖІНОК ІЗ БЕЗПЛІДДЯМ ТА АНОМАЛЬНИМИ МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ

**О.М. Юзько**

Вищий державний навчальний заклад України "Буковинський державний медичний університет", Чернівці

**Мета роботи** - дослідити в жінок із безпліддям та аномальними матковими кровотечами (АМК) роль порушень щитоподібної залози (ЩЗ).

**Матеріал і методи.** Згідно з метою нашої роботи нами обстежено 50 жінок із безпліддям трубного походження, які мали порушення менструального циклу (ПМЦ), а саме аномальні маткові кровотечі, та у яких було порушення функції щитовидної залози з клінічними або лабораторними проявами (основна група). Контрольну групу утворили 30 жінок із безпліддям трубного походження та АМК, але без порушення функції ЩЗ. Пацієнтки основної групи мали такі порушення функції щитоподібної залози: еутиреоїдний зоб - 20 пацієнток, гіпотиреоз - у 16 та у 14 - гіпертиреоз.

**Результати.** Застосування комплексного обстеження та своєчасне лікування виявлених порушень менструального циклу в жінок із безпліддям трубного походження та патологією щитоподібної залози дозволить підвищити ефективність комплексної терапії.

**Висновки.** У групі жінок із безпліддям трубного походження на фоні патології ЩЗ при наявних порушеннях менструального циклу обов'язково слід провести дослідження рівня статевих гормонів у крові та пролактину. При виявлених відхиленнях від референтних показників слід уточнити діагноз та провести відповідне лікування.

**Ключові слова:**

безпліддя жінок трубного походження, аномальні маткові кровотечі, порушення функції щитоподібної залози.

Клінічна та експериментальна патологія Т.17, №3 (65), С.109-112.

DOI:10.24061/1727-4338.XVII.3.65.2018.142

E-mail: akusherstvo1@bsmu.edu.ua

## НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ И АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

**А.М. Юзько**

**Цель работы** - исследовать у женщин с бесплодием и аномальными маточными кровотечениями (АМК) роль нарушений щитовидной железы (ЩЖ).

**Материал и методы.** Согласно цели нашей работы нами было обследовано 50 женщин с бесплодием трубного происхождения, которые имели нарушения менструального цикла (ПМЦ), а именно аномальные маточные кровотечения, и у которых было нарушение функции щитовидной железы с клиническими или лабораторными проявлениями (основная группа). Контрольную группу составили 30 женщин с бесплодием трубного происхождения и АМК, но без нарушения функции щитовидной железы. Пациентки основной группы имели следующие нарушения функции щитовидной железы: эутиреоидный зоб - 20 пациенток, гипотиреоз - у 16 и у 14 - гипертиреоз.

**Результаты.** Применение комплексного обследования и своевременное лечение выявленных нарушений менструального цикла у женщин с бесплодием трубного происхождения и патологией щитовидной железы позволит повысить эффективность комплексной терапии.

**Выводы.** В группе женщин с бесплодием трубного происхождения на фоне патологии щитовидной железы при имеющихся нарушениях менструального цикла обязательно следует провести исследование уровня половых гормонов в крови и пролактин. При выявленных отклонениях от референтных показателей следует уточнить диагноз и провести соответствующее лечение.

**Ключевые слова:**

алкогольная интоксикация, этанол, кофеин, мелатонин, крысы, кровь.

Клиническая и экспериментальная патология Т.17, №3 (65), С.109-112.

## DISABILITY OF THE THYROID DISORDERS FUNCTION IN WOMEN WITH INFERTILITY AND ABNORMAL UTERINE BLEEDING

**O.M. Yuzko**

**Objective** - to investigate in women with infertility and abnormal uterine bleeding (AUB), the role of thyroid gland disorders (TG).

**Materials and methods.** According to the purpose of our work we examined 50 women with infertility of tubal factor, who had a menstrual disorder, abnormal uterine bleeding and in which there was a violation of the function thyroid gland with clinical or laboratory manifestations (main group). The control group consisted of 30 women with

**Key words:** tubal factor infertility, abnormal uterine bleeding, thyroid gland disorders.

*tubal factor infertility and abnormal uterine bleeding (AUB) but without impairment of thyroid function. The patients in the main group had the following thyroid gland malformations: euthyroid goiter - 20 patients, hypothyroidism - in 16 and at 14 - hyperthyroidism.*

**Results.** *Application of complex examination and timely treatment revealed violations of the menstrual cycle in women with tubal factor infertility and pathology of the thyroid gland will allow to improve the efficiency of complex therapy.*

**Conclusions.** *In the group of women with tubal factor infertility and violation of the function thyroid gland with dysfunction of the menstrual it is necessary to conduct a study of the level of sex hormones in the blood and prolactin. In case of detected deviations from the reference indexes the diagnosis should be clarified and appropriate treatment should be made.*

### Вступ

Відповідно до статистичних звітів МОЗ України у 2017 році зареєстровано 38168 випадків жіночого безпліддя, тобто 3,77 на 1000 жінок фертильного віку, що становило у загальній структурі безпліддя 77,8%. Серед причин, які призводять до безпліддя в жінок, патологія маткових труб становить 16,8% [1]. Відомий тісний функціональний взаємозв'язок між безпліддям трубного походження та порушенням менструального циклу у цій категорії пацієнток [2,3,4]. Одночасно слід зазначити, що порушення менструального циклу тісно пов'язані з патологією щитоподібної залози [5,6].

Дані літератури щодо характеру порушень менструальної функції у пацієнток із безпліддям трубного походження та порушенням функції (захворюванням) щитоподібної залози незначні та представлені поодинокими публікаціями.

Своєчасна діагностика та лікування порушень менструального циклу в жінок із безпліддям трубного походження та порушеннями функції (захворюваннями) щитоподібної залози допоможе більш ефективно долати дану форму безпліддя на основі своєчасної та повної ліквідації порушень менструального циклу, зокрема відновлення овуляції та зменшення епізодів неконтрольованих маткових кровотеч.

### Мета роботи

Дослідити в жінок із безпліддям та аномальними матковими кровотечами (АМК) роль порушень щитоподібної залози (ЩЗ).

### Матеріали та методи дослідження

Згідно з метою нашої роботи нами обстежено 50 жінок із безпліддям трубного походження, які мали порушення менструального циклу (ПМЦ), а саме аномальні маткові кровотечі, та у яких було порушення функції щитоподібної залози з клінічними або лабораторними проявами (основна група). Контрольну групу утворили 30 жінок із безпліддям трубного походження та АМК, але без порушення функції ЩЗ. Пацієнтки основної групи мали такі порушення функції щитоподібної залози: еутиреоїдний зоб - 20 пацієнток, гіпотиреоз - у 16 та у 14 - гіпертиреоз.

Пацієнтки основної групи залежно від патології маткових труб та порушення менструальної функції розподілені таким чином: гостра АМК мала місце у 2 (4,0%) пацієнток при дистальній оклюзії, в 1 (2,0%) - при проксимальній оклюзії, у 6 (12,0%) - при дистальній оклюзії, яка поєднувалася з гідросальпінгсом, відповідно хронічна АМК - у 9 (18,0%), 4 (8,0%) та 28 (56,0%) пацієнток (табл. 1).

Залежно від стану (захворювання) ЩЗ та типу порушення менструального циклу (АМК) пацієнтки розподілені таким чином: гостра АМК мала місце у 2 (4,0%) пацієнток з еутиреозом, в 1 (2,0%) - з гіпотиреозом, у 6 (12,0%) - з гіпертиреозом, відповідно хронічна АМК - у 18 (36,0%), 15 (30,0%) та 12 (24,0%) пацієнток (табл. 2).

Критеріями залучення до основної груп були: вік пацієнток від 18 до 38 років, підтверджена непрохідність маткових труб (МСГ або хромосальпінгоскопія), клініка гострої або хронічної АМК, патологія

Таблиця 1

Вид патології маткових труб та тип порушень менструального циклу в пацієнток основної групи

Тип ПМЦ	Вид патології маткових труб, абс./%		
	Дистальна оклюзія	Проксимальна оклюзія	Оклюзія дистальна з гідросальпінгсом
Гостра АМК	2 / 4,0%	1 / 2,0%	6 / 12,0%
Хронічна АМК	9 / 18,0%	4 / 8,0%	28 / 56,0%

Таблиця 2

Тип порушення функції щитовидної залози в пацієнток із безпліддям трубного походження та ПМЦ

Тип ПМЦ	Еутиреоз	Гіпотиреоз	Гіпертиреоз
Гостра АМК	2 / 4,0%	1 / 2,0%	2 / 4,0%
Хронічна АМК	18 / 36,0%	15 / 30,0%	12 / 24,0%

**ЩЗ.**

Критеріями вилучення були: АМК органічної природи [7].

Методи дослідження містили загальноклінічне (оцінка анамнезу, скарг та клінічних симптомів), об'єктивне обстеження (оцінка загального фізичного соматичного та статевого розвитку), спеціальні методи дослідження: вагінальне, УЗД органів малого тазу та ЩЗ, лабораторні методи визначення в крові статевих гормонів, пролактину та тиреоїдних гормонів радіоімунологічним методом.

Усі пацієнтки консультовані лікарем-ендокринологом.

**Результати та їх обговорення**

Що стосується середнього віку пацієнток, то в основній групі він становив  $31 \pm 0,25$  року, у контрольній -  $29 \pm 0,45$  року, що статистично не різнилось ( $p > 0,05$ ). Основні прояви порушень менструального циклу спостерігались у пацієнток основної групи віком  $27 \pm 0,25$  року, причому при еутиреозі та гіпотиреозі він був  $31 \pm 1,15$  року, гіпертиреозі - у більш старшому віці -  $34 \pm 1,15$  року. З анамнезу вияснили, що середній вік появи менархе в основній групі був  $13,8 \pm 0,25$  року, а в контрольній -  $14,0 \pm 0,45$  року, що статистично не відрізнялось ( $p > 0,05$ ).

Оцінюючи скарги пацієнток основної групи, виявили, що найбільш характерними були: емоційна лабільність (70,0%), больові відчуття в очах (52,0%), тремтіння тіла, особливо рук (46,0%), біль в нижній ділянці живота під час менструацій (36,0%). У меншій кількості пацієнток (16,0%) відзначали сильний біль, запаморочення, нудоту та запаморочення. У контрольній групі дані симптоми спостерігались у 6,7% пацієнток.

Усі пацієнтки основної групи мали АМК: хронічні - 90,0%, гострі - 10,0%. Що стосується менструальної функції в цілому, то пацієнтки основної групи мали незначні, але тривалі менструації - у 52,0%, значні та тривалі - у 36,0%, у групі контрольній, відповідно, 26,7% та 13,3%.

З даних анамнезу стало відомо, що пацієнтки основної групи мали краснуху в 16,0%, вітряну віспу - в 22,0% та кір - у 36,0%, у контрольній групі, відповідно, в 13,3%, 26,7% та 23,3%. Стан вегетативної регуляції страждав у 70,0% пацієнток основної групи та у 46,7% контрольної групи, судинна дисфункція, відповідно, у 36,0% та 10,0% випадків.

Під час аналізу перинатального анамнезу дізнались, що у пацієнток основної групи загроза абортів спостерігалась у 36,0%, в контрольній - у 36,7%, порушення стану плода, відповідно, у 16,0% та 10,0%.

Аналіз результатів гормонального обстеження засвідчив, що при рівні тиреотропного гормону (ТТГ) при ПМЦ на фоні гіпотиреозу в крові  $0,31 - 0,44$  мкМО/мл у 52,0% спостерігався гіпоменструальний синдром і у 22,0% - гіперполіменорея. При гіпертиреозі дві третини пацієнток основної групи з хронічним АМК мали концентрацію ТТГ у крові  $0,20 - 0,30$  мкМО/мл, а інші -  $0,005 - 0,15$  мкМО/мл. При еутиреозі та концентрації ТТГ у крові в межах  $0,81 - 3,6$  мкМО/мл спостерігались

Клінічна та експериментальна патологія. 2018. Т.17, №3 (65)

гострі АМК, а при концентрації  $0,29 - 0,88$  мкМО/мл - хронічна АМК.

Дослідження рівнів лютропіну (ЛГ), фолітропіну (ФСГ) та пролактину (Прл) засвідчили такі результати. При гіпотиреозі у пацієнток основної групи рівні досліджуваних гормонів були в межах норми, відповідно, у 52,0%, 46,0% та у 76,0% випадків. Рівень пролактину, в середньому, становив 257 МО/л, при гіпертиреозі рівень даних гормонів був у межах норми, відповідно, у 76,0%, 46,0% та 84,0% випадків, а при еутиреозі, відповідно, у 62,0%, 54,0% та 84,0% випадків.

Дані УЗД внутрішніх статевих органів такі: розміри матки та яєчників у 94,0% пацієнток основної групи та в 93,3% контрольної були в межах норми; мультифолікулярна будова яєчників діагностована, відповідно, в 52,0% та 53,3% випадків.

Дані УЗД щитовидної залози: в основній групі в 76,0% пацієнток відмічали збільшення тиреоїдного об'єму до  $16 \pm 2$  см<sup>3</sup> при гіпо- та гіпертиреозі. При еутиреозі збільшення об'єму щитовидної залози відзначали тільки в 16,0% пацієнток. У контрольній групі пацієнток об'єм щитовидної залози відповідав нормі в 96,7% випадків, в інших 3,3% спостерігалось деяке зменшення об'єму ЩЗ відповідно до норми.

**Висновки**

1. Пацієнтки з безпліддям трубного походження, які мають також порушення менструального циклу та патологію щитоподібної залози, обов'язково повинні консультиватись в лікаря-ендокринолога з попереднім УЗД щитоподібної залози та з визначенням у крові концентрації її гормонів.

2. Під час аналізу клінічної ситуації та визначенні рекомендацій лікарю-гінекологу важливо враховувати навіть мінімальне відхилення від норми рівня гормонів щитоподібної залози в крові. Важливим є визначення субклінічного порушення функції щитоподібної залози.

3. У групі жінок із безпліддям трубного походження на фоні патології щитоподібної залози при наявних порушеннях менструального циклу обов'язково слід провести дослідження рівня статевих гормонів у крові та пролактину. При виявлених відхиленнях від референтних показників слід уточнити діагноз та провести відповідне лікування.

**Перспективи подальших досліджень**

Результати комплексного обстеження тиреоїдної та репродуктивної системи жінок із безпліддям та аномальними матковими кровотечами на тлі захворювань щитоподібної залози спонукають до удосконалення алгоритму лікування даної патології.

**Список літератури**

1. Заболотько ВМ, редактор. Інформаційно-статистичний довідник про допоміжні репродуктивні технології в Україні. Київ: Центр медичної статистики МОЗ України; 2017. 28 с.
2. Дахно ФВ, Юзько ОМ, редактори. Допоміжні репродуктивні технології лікування безпліддя: навч. посіб. Київ; 2011. 339 с.
3. Локшин ВН, Джусубалиева ТМ, редактори. Клиническая практика в репродуктивной медицине: руководство для врачей.

Алматы: MedMedia Казахстан; 2015. 464 с.

4. Радзинский ВЕ, Фукс АМ, редакторы. Гинекология: учебник. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2014. 1000 с.

5. Вольф Михель фон, Штуте Петра. Гинекологическая эндокринология и репродуктивная медицина. Пер. с нем. Андреева ЕН. Москва: МЕДпресс-информ; 2017. 512 с.

6. Назаренко ТА. Эндокринные факторы женского и мужского бесплодия. Принципы гормонального лечения. Москва: Медицинское информационное агентство; 2017. 132 с.

7. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при аномальних маткових кровотечах. Наказ МОЗ України № 353 від 13.04.2016 [Інтернет]. Київ: МОЗ України; 2016 [цитовано 2018 Сер 23]. Доступно: <http://zakon.rada.gov.ua/rada/show/ru/v0353282-16>

### References:

1. Zabolot'ko VM, redaktor. Informatsiino-statystychnyi dovidnyk pro dopomizhni reproduktyvni tekhnolohii v Ukraini [Information and Statistical Directory on Assisted Reproductive Technologies in Ukraine]. Kiev: Tsentr medychnoi statystyky MOZ Ukrainy; 2017. 28 p. (in Ukrainian).

2. Dakhno FV, Yuz'ko OM, redaktory. Dopomizhni reproduktyvni tekhnolohii likuvannia bezpliddia [Auxiliary reproductive technologies for infertility treatment]: navch. posib. Kiev; 2011. 339 p. (in Ukrainian).

3. Lokshin VN, Dzhusubalieva TM, redaktory. Klinicheskaya praktika v reproduktivnoy meditsine: rukovodstvo dlya vrachev [Clinical Practice in Reproductive Medicine: A Guide for Physicians]. Almaty: MedMedia Kazakhstan; 2015. 464 p. (in Russian).

4. Radzinskiy VE, Fuks AM, redaktory. Ginekologiya: uchebnik [Gynecology: a textbook]. Moscow: GEOTAR-Media; 2014. 1000 p. (in Russian).

5. Vol'f Mikhel' fon, Shtute Petra. Ginekologicheskaya endokrinologiya i reproduktivnaya meditsina [Gynecological endocrinology and reproductive medicine]. Per. s nem. Andreeva EN. Moscow: MEDpress-inform; 2017. 512 p. (in Russian).

6. Nazarenko TA. Endokrinnye faktory zhenskogo i muzhskogo besplodiya. Printsipy gormonal'nogo lecheniya [Endocrine factors of female and male infertility. Principles of hormonal treatment]. Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo; 2017. 132 p. (in Russian).

7. Pro zatverdzhennia ta vprovadzhennia medyko-tekhnolohichnykh dokumentiv zi standartyzatsii medychnoi dopomohy pry anomal'nykh matkovykh krvotechakh [On Approving and Implementation of Medical-Technological Documents on Standardization of Medical Aid in Abnormal Uterine Bleeds]. Nakaz MOZ Ukrainy № 353 vid 13.04.2016 [Internet]. Kiev: MOZ Ukrainy; 2016 [tsytovano 2018 Ser 23]. Dostupno: <http://zakon.rada.gov.ua/rada/show/ru/v0353282-16> (in Ukrainian).

### Відомості про авторів:

Юзько О.М. - д.мед.н., професор, зав. кафедри акушерства та гінекології Вищого державного навчального закладу України "Буковинський державний медичний університет"

### Сведения об авторах:

Юзько А.М. - д.мед.н., профессор, зав. кафедры акушерства и гинекологии Высшего государственного учебного заведения Украины "Буковинский государственный медицинский университет"

### Information about authors:

Yuzko O.M. - doctor of medical sciences, professor, head Department of Obstetrics and Gynecology of the State Higher Educational Establishment of Ukraine "Bukovina State Medical University"

*Стаття надійшла до редакції 6.08.2018*

*Рецензент – проф. О.В. Кравченко*

*© О.М. Юзько, 2018*