

**ВЛИЯНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ЩИТОВИДНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕНСКОГО
ОРГАНИЗМА**

Гафурова Дилдорахон Камалидиновна – врач эндокринолог
Железнодорожная больница станции Андижан
Узбекистан, г.Андижан

Резюме. В статье представлены аспекты дисфункции репродуктивной системы у женщин на фоне заболеваний щитовидной железы. Выявлено, что частота возникновения нарушений репродуктивной системы зависит от течения заболеваний эндокринной системы и связанных с ними гормональных нарушений.

Ключевые слова: щитовидная железа, репродуктивная система, бесплодие.

**THE INFLUENCE OF PATHOLOGICAL CONDITIONS OF THE
THYROID GLAND ON THE REPRODUCTIVE FUNCTION OF THE
FEMALE BODY**

Gafurova Dildorakhon Kamalidinovna - endocrinologist
Railway hospital of Andijan station
Uzbekistan, Andijan

Summary. The article presents aspects of dysfunction of the reproductive system in women against the background of thyroid diseases. It was found that the frequency of occurrence of disorders of the reproductive system depends on the course of diseases of the endocrine system and associated hormonal disorders.

Keywords: thyroid gland, reproductive system, infertility

Актуальность. Щитовидная железа как орган внутренней секреции продуцирует гормоны тироксин (T4) и трийодтиронин (T3). Равновесие в системе адрено-гипофиз-щитовидная железа происходит в результате взаимодействия тропных гормонов гипофиза и эффекторных эндокринных желез [1, 2, 5]. Увеличение щитовидной железы, даже при отсутствии

клинических признаков, является ранним признаком внутреннего неблагополучия, и нередко хотя бы минимальной недостаточности тиреоидных гормонов [3, 4, 6, 7]. Недостаточная функция щитовидной железы сопровождается расстройствами в гипоталамо-гипофизарной системе, что приводит к нарушениям менструальной и репродуктивной функции женщины [5, 6, 7, 8].

Учитывая однонаправленное изменение уровней ТТГ и пролактина (ПРЛ), возможно появление изменений в репродуктивной системе при патологии щитовидной железы [8]. А избыточная секреция пролактина является причиной нарушений менструальной и генеративной функции более чем в 50-75% случаев [3, 4, 8]. Явная гиперпролактинемия диагностируется при аденомах гипофиза, а в клинической практике чаще встречается периодическая и скрытая гиперпролактинемия. Есть две формы пролактина: с низкой и высокой молекулярной массой. Последний оказывает биологическое влияние. Проблема влияния патологических состояний щитовидной железы на менструальную и репродуктивную функцию изучена недостаточно.

Цель исследования. Изучить влияние патологических состояний щитовидной железы на репродуктивную функцию женского организма.

Материал и методы исследования. Обследовано 60 женщин с патологией щитовидной железы и нарушением репродуктивной функции, которые составили основную группу. Состояние щитовидной железы оценивали по клиническим, лабораторным данным (определяли уровень ТТГ и Т4 в крови, экскрецию йода с мочой) и результатам ультразвукового исследования. О функциональном состоянии гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы судили по уровню ФСГ, ЛГ пролактина в крови, по данным тестов функциональной диагностики, ультразвукового исследования органов малого таза (толщина эндометрия, величина фолликулов).

Результаты обследования и обсуждение. Средний возраст обследованных пациенток составлял $31,26 \pm 2,0$ лет. Первичное бесплодие было у 39 (65%)

женщин, вторичное – у 21 (35%). В результате проведенной пальпации и ультразвукового исследования щитовидной железы нормальные ее размеры, соответствующие возрасту женщины, выявлены у 12 (20%) обследованных. Диффузное увеличение щитовидной железы I степени – у 27 (45%) пациенток, II степени – у 18 (30%), III степени – у 3 (5%). По результатам клинически-лабораторных исследований у 12 (20%) женщин обнаружен эутиреоз. В них ТТГ был равен $1,21 \pm 0,34$ МЕ/л, Т4 – $97,28 \pm 11,36$ н моль/л. Среди обследованных у 24 (40%) диагностирован гипотиреоз (ТТГ $6,28 \pm 0,96$ МЕ/л, Т4 – $48,30 \pm 3,20$ н моль/л), у 9 (15%) – гипертиреоз (ТТГ) $0,10 \pm 0,02$ МЕ/л, Т4 – $247,38 \pm 16,27$ н моль/л). В 15 (25%) диагностирован йододефицит легкой степени (медиана йода < 100 мкг/л). Что касается характера менструального цикла, то у 30 пациенток (50%) наблюдалась олигоменорея, у 6 (10%) – чрезмерные и частые менструации, у 24 (40%) – был сохранен регулярный менструальный цикл.

По тестам функциональной диагностики у 39 (65%) пациенток установлен ановуляторный менструальный цикл, у 21 (35%) – недостаточность второй фазы цикла. При анализе уровня гипофизарных гормонов, регулирующих функцию репродуктивной системы, выявлено нарушение соотношения ЛГ/ФСГ с понижением последнего. Это приводит к нарушению развития фолликулов, к ановуляции. У женщин с гипотиреозом отмечается снижение уровня как ФСГ, так и ЛГ. Гиперпролактинемия установлена у 48 (80%) больных (ПРЛ – $29,7 \pm 2,2$ мкг/л). По данным ультразвукового исследования молочных желез, диффузная фиброзная мастопатия диагностирована у 12 (20%) женщин, мастодиния – у 24 (40%).

Выводы. 1. У женщин с эндокринным бесплодием чаще обнаруживают гипотиреоз. 2. Нарушение функции щитовидной железы сопровождается отклонениями в функционировании репродуктивной системы. 3. У женщин с нарушением функции щитовидной железы, первичное бесплодие случается в 2 раза чаще, чем вторичное. 4. Комплексное изучение нарушений репродуктивной системы на фоне заболеваний щитовидной железы

обуславливает необходимость поиска нового алгоритма лечения данной патологии.

Список литературы.

1. Перминова С.Г., Ибрагимова М.Х., Назаренко Т.А., Каширова Т.В., Фадеев В.В. Бесплодие и гипотиреоз. Проблемы женского здоровья. 2008; 3 (2): 65-75.
2. Фадеев В.В. Современные принципы диагностики и лечения гипотиреоза. Земский врач. 2010; (2): 13-6.
3. Мельниченко Г.А. (ред.). Синдром гипотиреоза в практике интерниста: Методическое пособие для врачей. М.: Эндокринологический научный центр РАМН; 2003.
4. Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Невынашивание беременности: Руководство для практикующих врачей. М.: Медицинское информационное агентство; 2010: 151-62.
5. Радзинский В.Е., Фукс А.М. Акушерство: Учебник. М.: ГЭО-ТАР-Медиа; 2016: 814-23.
6. Гилязутдинов И.А., Гилязутдинова З.Ш. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве: Руководство для врачей. М.: МЕДпресс-информ; 2006: 17-30; 58-81; 160-9.
7. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2007: 113-43.
8. Варламова Т.М., Соколова М.Ю. Репродуктивное здоровье женщины и недостаточность функции щитовидной железы. Гинекология. 2004; 6 (1): 23-