

Частота и структура тиреоидных нарушений у женщин с бесплодием

Д.Ю. Берая

Национальная медицинская академия последилового образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у пациенток с бесплодием распространенность тиреоидной патологии в 3,8 раза выше по сравнению с фертильными женщинами (48% и 12,5%). В структуре патологии щитовидной железы преобладает носительство антител к тиреопероксидазе в сочетании с ультразвуковыми признаками аутоиммунного тиреоидита (24% и 8,7%); субклинический гипотиреоз (8,6% и 2,5%) и эутиреоидный зоб (7,8% и 2,5%). Результаты анкетирования, проведенного у женщин с бесплодием, продемонстрировали низкую диагностическую ценность клинической симптоматики гипотиреоза по сравнению с лабораторной диагностикой в верификации данного диагноза. Чувствительность симптомов была невысокой и колебалась от 16,1% до 27,8%, в то время как специфичность симптомов была значительной и варьировала от 85,1% до 94,5%. Ведущее место в структуре причин бесплодия у женщин с аутоиммунным тиреоидитом занимает наружный генитальный эндометриоз (34,4%); у пациенток с гипотиреозом – эндокринное бесплодие (29,8%), у женщин с эутиреоидным зобом и без патологии щитовидной железы – трубно-перитонеальный фактор бесплодия (33,3% и 39,8%). Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: бесплодие, тиреоидная патология.

Проблема взаимосвязи нарушений репродуктивной функции и патологии щитовидной железы (ЩЖ) активно обсуждается в научной литературе. С одной стороны, это обусловлено высокой распространенностью бесплодия в браке (до 15–17%), которая, несмотря на современные достижения в области репродукции человека, не имеет тенденции к снижению [1–5]. С другой стороны, заболевания ЩЖ занимают первое место в структуре эндокринной патологии у женщин репродуктивного возраста [2, 3]. Аутоиммунные заболевания щитовидной железы (АЗЩЖ), болезнь Грейвса (БГ), протекающая с тиреотоксикозом, и тиреоидит Хашимото, являющийся основной причиной развития гипотиреоза встречается примерно у 5% населения земного шара и могут приводить к развитию патологии в репродуктивной системе женщин чаще всего в виде нарушений менструальной функции, бесплодия, гормонзависимых опухолей, а в случае субклинического течения могут рассматриваться как факторы риска невынашивания беременности или аномалий развития плода [4, 5].

Совершенствование программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) позволило увеличить частоту наступления беременности от 30% до 80% при бесплодии различного генеза [2, 4]. Течение ранних сроков индуцированной беременности (ИБ) происходит на фоне высоких физиологических концентраций стероидных гормонов, вырабатываемых гиперстимулированными яичниками и сопровождается повышенной частотой осложнений (синдрома гиперстимуляции яичников, многоплодия, ранних репродуктивных потерь) [1–5]. Выраженная гормональная на-

грузка может неблагоприятно отразиться на функции ЩЖ, особенно у женщин с тиреоидной патологией.

Цель исследования: изучение частоты и структуры тиреоидных нарушений у женщин с бесплодием.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для достижения поставленной цели была проведена скрининговая оценка патологии ЩЖ у 298 женщин с бесплодием (основная группа) и у 50 фертильных женщин, обратившихся в клинику для подбора метода контрацепции (контрольная группа). Отбор больных осуществляли открытым когортным методом по мере обращения пациенток с бесплодием в отделение сохранения и восстановления репродуктивной функции. Анкетирование проведено у 205 женщин с бесплодием.

Обследование пациенток с бесплодием проводили в соответствии с общепринятым диагностическим алгоритмом, включая эндоскопические методы, а лечение – в зависимости от выявленных причин бесплодия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что распространенность тиреоидной патологии у женщин с бесплодием была в 3,8 раза выше по сравнению с фертильными женщинами (48,0% и 12,5% соответственно, $p < 0,05$). В структуре тиреоидной патологии при бесплодии преобладало носительство антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО) в сочетании с эхо-признаками аутоиммунного тиреоидита (АИТ) (24,0%); гипотиреоз в исходе АИТ (9,4%), в том числе манифестный (0,8%) и субклинический (8,6%), и эутиреоидный зоб (7,8%), тогда как доля пациенток с бесплодием и тиреотоксикозом была невысокой (0,6%).

Оценка состояния репродуктивной системы у женщин с бесплодием в зависимости от выявленной патологии ЩЖ показала, что ведущее место в структуре причин бесплодия у женщин с АИТ занимал наружный генитальный эндометриоз (НГЭ) – 34,4%, у женщин с выявленным гипотиреозом – эндокринный фактор бесплодия – синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – у 29,8%, у пациенток с компенсированным гипотиреозом (НГЭ) – у 26,6%, у женщин с эутиреоидным зобом и у пациенток без патологии ЩЖ – трубно-перитонеальный фактор (33,3% и 39,8% соответственно).

Полученные нами данные в целом совпадают с результатами эпидемиологических исследований, свидетельствующих о повышенной распространенности АЗЩЖ у пациенток с бесплодием по сравнению с фертильными женщинами с установленным риском 2,1% ($p < 0,0001$), а также о сильной связи между АИТ и эндометриозом как причиной бесплодия и тесной ассоциации эндокринного бесплодия и гипотиреоза. Высокая частота встречаемости эутиреоидного зоба у женщин с бесплодием свидетельствует о необходимости проведения индивидуальной йодной профилактики всем женщинам с бесплодием.

Результаты анкетирования 205 женщин с бесплодием,

свидетельствуют о низкой диагностической ценности оценки клинической симптоматики гипотиреоза по сравнению с лабораторной диагностикой у женщин с бесплодием. Поскольку чувствительность симптомов была невысокой (16,1–27,8%), а их специфичность была значительной (85,1–94,5%), мы сделали вывод, что отсутствие симптомов с большей вероятностью свидетельствует об отсутствии гипотиреоза, чем наличие симптомов о его наличии. В клинической практике следует избегать гиперболизации значения клинической симптоматики в диагностике нарушений функции ЩЖ, отдавая решающую роль лабораторной диагностике.

Вопрос о роли нарушений функции ЩЖ в развитии нарушений менструального цикла не решен до настоящего времени. По данным проведенного исследования, те или иные нарушения продолжительности менструального цикла у женщин с гипотиреозом отмечались в 2,7 раза чаще, чем у пациенток без патологии ЩЖ (34% и 12,5% соответственно, $p < 0,05$), причем в структуре нарушений доминировала олигоменорея (25,5% и 9,4%, $p < 0,05$), что скорее можно объяснить тесной ассоциацией гипотиреоза с СПКЯ, чем гипотиреозом как основной причиной развития олигоменореи. Тем не менее, оба этих состояния оказывают суммарный негативный эффект на прогноз наступления и течения беременности. Высокая частота дисменореи среди пациенток с АИТ по сравнению с контролем (26,9% и 12,5%, $p < 0,05$), вероятно, была обусловлена тесной ассоциацией АИТ и генитального эндометриоза.

Результаты оценки репродуктивного анамнеза у женщин с вторичным бесплодием показали, что для пациенток с ау-

тоиммунными тиреопатиями характерна высокая частота невынашивания беременности, в 2–2,4 раза превышающая аналогичные показатели в контрольной группе.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у пациенток с бесплодием распространенность тиреоидной патологии в 3,8 раза выше по сравнению с фертильными женщинами (48% и 12,5%, $p < 0,05$). В структуре патологии щитовидной железы (ЩЖ) преобладает носительство антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО) в сочетании с ультразвуковыми признаками аутоиммунного тиреоидита (АИТ) (24% и 8,7%, $p < 0,05$); субклинический гипотиреоз в исходе АИТ (8,6% и 2,5%, $p < 0,05$); эутиреоидный зоб (7,8% и 2,5%, $p < 0,05$). Результаты анкетирования, проведенного у женщин с бесплодием, продемонстрировали низкую диагностическую ценность клинической симптоматики гипотиреоза по сравнению с лабораторной диагностикой в верификации данного диагноза. Чувствительность симптомов была невысокой и колебалась от 16,1% до 27,8%, в то время как специфичность симптомов была значительной и варьировала от 85,1% до 94,5%. Ведущее место в структуре причин бесплодия у женщин с АИТ занимает наружный генитальный эндометриоз (НГЭ) (34,4%); у пациенток с гипотиреозом – эндокринное бесплодие (29,8%), у женщин с эутиреоидным зобом и без патологии ЩЖ – трубно-перитонеальный фактор бесплодия (33,3% и 39,8%). Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Частота та структура тиреоїдних порушень у жінок з безпліддям

Д.Ю. Берая

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у пациенток с бесплодием уровень тиреоидной патологии в 3,8 раза выше по сравнению с фертильными женщинами (48% и 12,5%). У структуре патологии щитовидной железы преобладают носительство антител к тиреопероксидазе у пациенток в сочетании с ультразвуковыми признаками аутоиммунного тиреоидита (24% и 8,7%); субклинический гипотиреоз (8,6% и 2,5%) и эутиреоидный зоб (7,8% и 2,5%). Результаты анкетирования, проведенного у женщин с бесплодием, свидетельствуют о низкой диагностической ценности клинической симптоматики гипотиреоза по сравнению с лабораторной диагностикой у верификации данного диагноза. Информативность симптомов была невысокой в пределах от 16,1% до 27,8%, в то время как специфичность симптомов была значительной и варьировала от 85,1% до 94,5%. Проведенное исследование у женщин с бесплодием и аутоиммунным тиреоидитом показало, что в структуре причин бесплодия у женщин с аутоиммунным тиреоидитом преобладают наружный генитальный эндометриоз (34,4%); у пациенток с гипотиреозом – эндокринное бесплодие (29,8%), у женщин с эутиреоидным зобом и без патологии щитовидной железы – трубно-перитонеальное бесплодие (33,3% и 39,8%). Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключові слова: безпліддя, тиреоїдна патологія.

Frequency and structure thyreoidal infringements at women with barrenness

D.J. Beraja

Results of the spent researches testify, that at patients with barrenness prevalence thyreoidal pathologies in 3,8 times above in comparison with fertility women (48% and 12,5%). In structure of a pathology of a thyroid gland prevails carrier of antibodies to thyreoperoxidase in a combination to ultrasonic signs autoimmune thyreoidite (24% and 8,7%); subclinical hypothyreos (8,6% and 2,5%) and euthyreoidal zow (7,8% and 2,5%). Results of the questioning spent at women with barrenness, have shown low diagnostic value of clinical semiology of hypothyreos in comparison with laboratory diagnostics in verification of the given diagnosis. Sensitivity of symptoms was low and fluctuated from 16,1% to 27,8% while specificity of symptoms was considerable and varied from 85,1% to 94,5%. The leading place in structure of the reasons of barrenness at women with autoimmune thyreoidite occupies external genital endometriosis (34,4%); At patients with hypothyreos – endocrinological barrenness (29,8%), at women with euthyreoidal zow and without a thyroid gland pathology – tube-peritoneal barrenness factor (33,3% and 39,8%). The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: barrenness, thyreoidal pathology.

Сведения об авторах

Берая Джанети Юрьевна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (067) 720-00-38

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Йена С.С.К., Джаффе Р.Б. Репродуктивная эндокринология. – Т. 2 / Пер. с англ. – М.: Медицина. – 2008. – 432 с.
2. Каширова Т.В. Менструальная и репродуктивная функция женщин с гипертиреозом // *Материалы XV международной конференции РАРЧ «Репродуктивные технологии: сегодня и завтра».* – Чебоксары. – 2005. – С. 69–70.
3. Перминова С.Г. Нарушения репродуктивной функции у женщин с патологией щитовидной железы // *Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / под ред. В.И. Кулакова.* – М., 2005. – С. 231–246.
4. Петров В.Н., Петрова С.В., Пятибратова Е.В. Состояние репродуктивной системы у женщин с гиперплазией щитовидной железы // *Новые горизонты гинекологической эндокринологии.* – М., 2010. – С. 52–56.
5. Фадеев В.В. Репродуктивная функция женщин с патологией щитовидной железы // *Проблемы репродукции.* – 2006. – № 1. – С. 70–77.

Статья поступила в редакцию 17.07.2015