

Особливості безпліддя у жінок з різними тиреоїдними порушеннями

Д.Ю. Берая

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
м. Київ

Мета дослідження: вивчення частоти і структури тиреоїдних порушень у жінок з безпліддям.

Матеріал та методи. Для виконання поставленої мети була проведена скринінгова оцінка патології щитоподібної залози у 298 жінок з безпліддям (основна група) і у 50 фертильних жінок, що звернулися в клініку для підбору методу контрацепції (контрольна група). Обстеження пацієнток з безпліддям проводили відповідно до загальноприйнятого діагностичного алгоритму, включаючи ендоскопічні методи, а лікування – залежно від виявлених причин безпліддя.

Результати. Провідне місце у структурі причин безпліддя у жінок з аутоімунним тиреоїдитом займав зовнішній генітальний ендометріоз (34,4%), у жінок з виявленим гіпотиреозом – ендокринний чинник безпліддя (синдром полікістозних яєчників) – 29,8%, у пацієнток з компенсованим гіпотиреозом – зовнішній генітальний ендометріоз (26,6%), у жінок з еутиреоїдним зобом і у пацієнток без патології щитоподібної залози – трубно-перитонеальний чинник (33,3% і 39,8% відповідно). Для пацієнток з аутоімунними тиреопатіями характерна висока частота невиношування вагітності (у 2–2,4 раза), що перевищує аналогічні показники в контрольній групі.

Заключення. У пацієнток з безпліддям поширеність тиреоїдної патології в 3,8 раза вище порівняно з фертильними жінками (48% і 12,5% відповідно). У структурі патології щитоподібної залози переважає носійство антитіл до тиреопероксидази поєднано з ультразвуковими ознаками аутоімунного тиреоїдиту (24% і 8,7% відповідно); субклінічний гіпотиреоз в результаті аутоімунного тиреоїдиту (8,6% і 2,5% відповідно); еутиреоїдний зоб (7,8% і 2,5% відповідно). Результати анкетування, проведеного у жінок з безпліддям, продемонстрували низьку діагностичну цінність клінічної симптоматики гіпотиреозу порівняно з лабораторною діагностикою у верифікації даного діагнозу. Чутливість симптомів була невисокою і коливалась від 16,1% до 27,8%, тоді як специфічність симптомів була значною і варіювала від 85,1% до 94,5%.

Ключові слова: безпліддя у жінок, тиреоїдна патологія.

Проблема взаємозв'язку порушень репродуктивної функції і патології щитоподібної залози (ЩЗ) активно обговорюється в науковій літературі. З одного боку, це обумовлено високою поширеністю безпліддя у шлюбі (до 15–17%), яке, не дивля-

чись на сучасні досягнення в галузі репродуктивного здоров'я, не має тенденції до зниження [1–5]. З іншого боку, захворювання ЩЗ посідають перше місце у структурі ендокринної патології у жінок репродуктивного віку [2, 3].

Аутоімунні захворювання щитоподібної залози (АЗЩЗ), хвороба Грейвса, що перебігає з тиреотоксикозом, і тиреоїдит Хашимото, що є основною причиною розвитку гіпотиреозу, діагностують приблизно у 5% населення земної кулі. Вони можуть призводити до розвитку патології в репродуктивній системі жінок найчастіше у формі порушень менструальної функції, безпліддя, гормонозалежних пухлин, а в разі субклінічного перебігу можуть розглядатися як чинники ризику невиношування вагітності або аномалій розвитку плода [4, 5].

Вдосконалення програм допоміжних репродуктивних технологій дозволило збільшити частоту настання вагітності від 30% до 80% при безплідді різного генезу [2, 4]. Перебіг ранніх термінів індукованої вагітності відбувається на тлі високих нефізіологічних концентрацій стероїдних гормонів, що виробляються яєчниками, які гіперстимулюють, і супроводжується підвищеною частотою ускладнень (синдрому гіперстимуляції яєчників, багатопліддя, ранніх репродуктивних втрат) [1–5]. Виражене гормональне навантаження може несприятливо позначитися на функції ЩЗ, особливо у жінок з тиреоїдною патологією.

Мета дослідження: вивчення частоти і структури тиреоїдних порушень у жінок з безпліддям.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети була проведена скринінгова оцінка патології ЩЗ у 298 жінок з безпліддям (основна група) та у 50 фертильних жінок, що звернулися в клініку для підбору методу контрацепції (контрольна група). Відбір пацієнток здійснювали відкритим когортним методом, враховуючи наявність у пацієнток безпліддя, у відділенні збереження і відновлення репродуктивної функції. Анкетування проведено у 205 жінок із безпліддям.

Обстеження пацієнток з безпліддям проводили відповідно до загальноприйнятого діагностичного алгоритму, включаючи ендоскопічні методи, а лікування – залежно від виявлених причин безпліддя.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що поширеність тиреоїдної патології у жінок із безпліддям була в 3,8 раза вище порівняно з фертильними жінками (48,0% і 12,5% відповідно; $p < 0,05$). У структурі тиреоїдної патології при безплідді переважало носійство антитіл до тиреопероксидази (АТ-ТПО) поєднано з ехо-камерознаками аутоімунного тиреоїдиту (АІТ) (24,0%); гіпотиреоз у результаті АІТ (9,4%), зокрема маніфестний (0,8%) і субклінічний (8,6%) та еутиреоїдний зоб (7,8%), тоді як частка пацієнток з безпліддям і тиреотоксикозом була невисокою (0,6%).

Оцінювання стану репродуктивної системи у жінок з безпліддям залежно від виявленої патології ЩЗ продемонструвала, що провідне місце в структурі причин безпліддя у жінок з АІТ займав зовнішній генітальний ендометріоз (ЗГЕ) – 34,4%, у жінок з виявленим гіпотиреозом – ендокринний чинник безпліддя (СПКЯ) – 29,8%, у пацієнток з компенсованим гіпотиреозом – ЗГЕ (26,6%), у жінок з еутиреоїдним зобом і у пацієнток без патології ЩЗ – трубно-перитонеальний чинник (33,3% і 39,8% відповідно).

Отримані під час дослідження дані загалом збігаються з результатами епідеміологічних досліджень, що свідчить про підвищену поширеність АЗЩЗ у пацієн-

ток з безпліддям порівняно з фертильними жінками із встановленим ризиком 2,1 ($p < 0,0001$), а також про сильний зв'язок між АІТ і ендометріозом як причини безпліддя і тісної асоціації ендокринного безпліддя і гіпотиреозу. Висока частота виявлення еутиреоїдного зоба у жінок з безпліддям свідчить про необхідність проведення індивідуальної йодної профілактики всім жінкам з безпліддям.

Результати анкетування 205 жінок із безпліддям свідчать про низьку діагностичну цінність аналізу клінічної симптоматики гіпотиреозу порівняно з лабораторною діагностикою у жінок з безпліддям. Оскільки чутливість симптомів була невисокою (16,1–27,8%), а їхня специфічність була значною (85,1–94,5%), було зроблено висновки, що відсутність симптомів з більшою вірогідністю свідчить про відсутність гіпотиреозу, ніж наявність симптомів про його наявність. У клінічній практиці слід уникати гіперболізації значення клінічної симптоматики в діагностиці порушень функції ЩЗ, відводячи вирішальну роль лабораторній діагностиці.

Питання про роль порушень функції ЩЗ у розвитку порушень менструального циклу до сьогодні не вирішене. За даними проведеного дослідження, ті або інші порушення менструального циклу у жінок з гіпотиреозом наголошувалися в 2,7 раза частіше, ніж у пацієнток без патології ЩЗ (34% і 12,5% відповідно; $p < 0,05$), причому у структурі порушень домінувала олігоменорея (25,5% і 9,4%; $p < 0,05$), що можна пояснити швидше тісною асоціацією гіпотиреозу із синдромом полікістозних яєчників (СПКЯ), ніж гіпотиреозом як основною причиною розвитку олігоменореї. Проте обидва цих стани надають сумарний негативний ефект на прогноз настання і перебігу вагітності. Висока частота дисменореї серед пацієнток з АІТ порівняно з контролем (26,9% і 12,5%; $p < 0,05$), ймовірно, була обумовлена тісною асоціацією АІТ і генітального ендометріозу.

Результати оцінювання репродуктивного анамнезу у жінок із вторинним безпліддям продемонстрували, що для пацієнток з аутоімунними тиреопатіями характерна висока частота невиношування вагітності – в 2–2,4 раза, що перевищує аналогічні показники в контрольній групі.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що у пацієнток з безпліддям поширеність тиреоїдної патології в 3,8 раза вище порівняно з фертильними жінками (48% і 12,5%; $p < 0,05$).

У структурі патології ЩЗ переважає:

- носійство АТ-ТПО поєднано з ультразвуковими ознаками АІТ (24% і 8,7%; $p < 0,05$);
- субклінічний гіпотиреоз у результаті АІТ (8,6% і 2,5%; $p < 0,05$);
- еутиреоїдний зоб (7,8% і 2,5%; $p < 0,05$).

Результати анкетування, проведеного у жінок із безпліддям, продемонстрували низьку діагностичну цінність клінічної симптоматики гіпотиреозу порівняно з лабораторною діагностикою у верифікації даного діагнозу. Чутливість симптомів була невисокою і коливалась від 16,1% до 27,8%, тоді як специфічність симптомів була значною і варіювала від 85,1% до 94,5%.

Провідне місце в структурі причин безпліддя у жінок з АІТ займає ЗГЕ (34,4%); у пацієнток з гіпотиреозом – ендокринне безпліддя (29,8%), у жінок з еутиреоїдним зобом і без патології ЩЗ – трубно-перитонеальний чинник безпліддя (33,3% і 39,8%).

Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Особенности бесплодия у женщин с разными тиреоидными нарушениями

Д. Ю. Берая

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

Материалы и методы. Для выполнения поставленной цели была проведена скрининговая оценка патологии щитовидной железы у 298 женщин с бесплодием (основная группа) и у 50 фертильных женщин, которые обратились в клинику для подбора метода контрацепции (контрольная группа). Обследование пациенток с бесплодием проводили в соответствии с общепринятым диагностическим алгоритмом, включая эндоскопические методы, а лечение – в зависимости от обнаруженных причин бесплодия

Результаты. Ведущее место в структуре причин бесплодия у женщин с аутоиммунным тиреоидитом занимал наружный генитальный эндометриоз (34,4%), у женщин с обнаруженным гипотиреозом – эндокринный фактор бесплодия (синдром поликистозных яичников) – 29,8%, у пациенток с компенсированным гипотиреозом – наружный генитальный эндометриоз (26,6%), у женщин с эутиреоидным зобом и у пациенток без патологии щитовидной железы – трубно-перитонеальный фактор (33,3% и 39,8% соответственно). Для пациенток с аутоиммунными тиреопатиями характерна высокая частота невынашивания беременности (в 2–2,4 раза), который превышает аналогичные показатели в контрольной группе.

Заключение. У пациенток с бесплодием распространенность тиреоидной патологии в 3,8 раза выше по сравнению с фертильными женщинами (48% и 12,5% соответственно). В структуре патологии щитовидной железы преобладает носительство антител к тиреопероксидазе в сочетании с ультразвуковыми признаками аутоиммунного тиреоидита (24% и 8,7%); субклинический гипотиреоз в результате аутоиммунного тиреоидита (8,6% и 2,5%); 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%, тогда как специфичность симптомов была значительной и варьировала от 85,1% до 94,5%.

Ключевые слова: бесплодие у женщин, тиреоидная патология.

Features of infertility for women with different thyroid violations

D. Yu. Beraia

The objective: study of frequency and structure of thyroid violations for women with infertility.

Materials and methods. For the performance of the put goal the screening estimation of pathology of thyroid was conducted for 298 women with infertility (basic group) and at 50 fertile of women which appealed to the clinic for the selection of method of contraception (control group). The inspection of patients with infertility was conducted in accordance with the generally accepted diagnostic algorithm, including endoscopic methods, and treatment – depending on found out reasons of infertility

Results. Leading place in the structure of reasons of infertility for women with autoimmune thyroiditis occupied outward genital endometriosis (34,4%), for women with found out a thyroprivia is an endocrine factor of infertility (syndrome of polycystic ovaries) – 29,8%, for patients with the compensated thyroprivia is outward genital endometriosis (26,6%), for women with a euthyroid goitre and for patients without pathology of thyroid is a pipe-peritoneal factor (33,3% and 39,8% accordingly). For patients with autoimmune thyroopathy high-frequency of unmaturing of pregnancy is characteristic – at 2–2,4 time which exceeds analogical indexes in a control group.

Conclusion. For patients with infertility prevalence of thyroid pathology at 3,8 time higher by comparison to fertile women (48% and 12,5% accordingly). In the structure of pathology of

thyroid the transmitter of antibodies prevails to thyroperoxidase in combination with the ultrasonic signs of autoimmune thyroiditis (24% and 8,7% accordingly); subclinical thyroprivia as a result of autoimmune thyroiditis (8,6% and 2,5% accordingly); euthyroid goitre (7,8% and 2,5% accordingly). The results of questionnaire, conducted for women with infertility, showed the low diagnostic value of clinical симптоматики of thyroprivia by comparison to laboratory diagnostics in verification of this diagnosis. A sensitiveness of symptoms was low and hesitated from 16,1% to 27,8%, while specificity of symptoms was considerable and varied from 85,1% to 94,5%.

Keywords: infertility for women, thyroid pathology.

Відомості про автора

Берая Дженетті Юрїївна – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9

Сведения об авторе

Берая Дженетти Юрьевна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 04107, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

Information about the authors

Beraya Dzhaneltti Yu. – Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 04107, Kyiv, 9, Dorohozhytska Str.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Йена С.С.К., Джаффе Р.Б. Репродуктивная эндокринология. Т.2: Пер. с англ. – М.: Медицина, 2018. – 432 с.
2. Каширова Т.В. Менструальная и репродуктивная функция женщин с гипертиреозом // Материалы XV международной конференции «Репродуктивные технологии: сегодня и завтра». – Чебоксары, 2018. – С. 69–70.
3. Перминова С.Г. Нарушения репродуктивной функции у женщин с патологией щитовидной железы // Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению. – М., 2018. – 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., 2020. – С. 52-56.
5. Фадеев В.В. Репродуктивная функция женщин с патологией щитовидной железы // Проблемы репродукции. – 2019. – № 1. – С. 70-77.