

УДК 618.3-06:611.44

Тожибоева Д.Б, магистр 2-курса

Насирова Ф.Ж, доцент.

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Андижанский государственный медицинский институт

**СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ГИПОТЕРИОЗ КАК ФАКТОР РИСКА
НАРУШЕНИИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА**

Резюме: Представлен результат проведенного в данной статье исследования, в котором изучается частота и нагрузка нарушений менструального цикла у женщин детородного возраста с субклиническим и манифестным гипотиреозом.

Ключевые слова: гипотиреоз, менструальный цикл, репродуктивный возраст.

Tozhiboeva D.B., 2nd year Master's degree

Nasirova F.Zh, associate professor.

Department of Obstetrics and Gynecology No. 1

Andijan State Medical Institute

**SUBCLINICAL HYPOTHYROIDISM AS A RISK FACTOR FOR
MENSTRUAL DISORDERS**

Resume: The article presents the result of a study conducted in this article, which examines the frequency and load of menstrual cycle disorders in women of childbearing age with subclinical and manifest hypothyroidism.

Key words: hypothyroidism, menstrual cycle, reproductive age.

Актуальность. Заболевания щитовидной железы (щитовидная железа) являются одной из наиболее распространенных эндокринных патологий на сегодняшний день. Гормоны щитовидной железы, которые содержат тироксин (Т4) и трийодтиронин (Т3), выполняют ряд важных функций в организме. Начиная с менструального периода у девочек, они стимулируют рост и развитие организма, дифференцировку тканей[2].

Трудно назвать часть тела или какой-либо физиологический процесс, на который не влияют гормоны щитовидной железы. Они влияют на все виды обмена веществ, сердечно-сосудистую, нервную, иммунную системы и т.д. Особый интерес представляет связь между щитовидной железой и женской репродуктивной системой. Было доказано, что эти две важные связи организма способны взаимодействовать друг с другом[5].

С одной стороны, половые гормоны участвуют в обеспечении транспорта и взаимодействия с рецепторами гормонов щитовидной железы, с другой - последние регулируют процессы синтеза половых гормонов, овуляции, лютеогенеза. Интересно, что Т4 и Т3 были обнаружены в фолликулярной жидкости, и в ней были обнаружены концентрации Т4 и положительная корреляция в сыворотке крови[4].

Известно, что в яичниках, включая сами яйцеклетки, имеются рецепторы к тиреотропному гормону (ТТГ) и Т3, поэтому гормоны щитовидной железы могут непосредственно влиять на процессы созревания яйцеклетки [1]. Исходя из вышесказанного, мы можем с абсолютной уверенностью сказать, что нарушения в работе щитовидной железы не влияют на фертильность женщины, беременность и, конечно же, на здоровье будущего ребенка[6].

Проблема недостаточного функционирования щитовидной железы особенно актуальна сегодня, поскольку до сих пор нет четкого алгоритма диагностики и лечения определенных состояний, сопровождающихся снижением уровня тиреоидных гормонов [2].

Цель исследования. Анализ наблюдений по различным аспектам родов и течения беременности с гипофункцией щитовидной железы.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной перед нами задачи мы изучили амбулаторные карты в общей сложности 95 женщин, в этой группе обследованных женщин было зарегистрировано 45

случаев выраженного гипотиреоза и 50 случаев субклинического гипотиреоза.

Результаты исследования. Посредством статистического анализа полученного материала были установлены различные виды нарушений овариально-менструального цикла у 65,57% из группы с субклиническим гипотиреозом и у 84,37% из группы с манифестным гипотиреозом. Структура нарушений у женщин с субклиническим гипотиреозом имела следующий характер: опсоменорею отмечали 22,95%, дисменорею – 14,75%, олигоменорея выявлена у 18,03%, аменорея имела место у 9,83% исследуемых. Структура нарушений у женщин из группы с манифестным гипотиреозом несколько отличалась: опсоменорея выявлена у 15,62%, дисменорея – 21,87%, олигоменорея выявлена у 25%, аменорея установлена у 14,06%, скудные межменструальные выделения имели место у 7,81%. Ультразвуковое исследование щитовидной железы выявило незначительные участки гипотрофии и мелкие участки гипо- и гиперэхогенности у 8,19% с субклиническим гипотиреозом, при этом у всех женщин с манифестным гипотиреозом были отмечены умеренные диффузные изменения паренхимы. В анамнезе 4 женщин 6,55% из группы с субклиническим гипотиреозом имели место самопроизвольные выкидыши, в то время как в группе с манифестным гипотиреозом их отмечали 10,93%. Бесплодие наблюдалось у 8,19% с субклиническим гипотиреозом и у 18,75% с манифестным.

Нарушения ОМЦ были выявлены у 65,57% женщин с субклиническим гипотиреозом и имели следующую структуру: наиболее часто определялась опсоменорея, на втором месте стоит олигоменорея, третье место занимает дисменорея, реже всего была отмечена аменорея. В группе с манифестным гипотиреозом нарушения ОМЦ имели место у 84,37% женщин, структура их была следующей: на первом месте по частоте встречаемости стоит олигоменорея, второе место занимает дисменорея,

третье – опсоменорея, четвертое – аменорея, кроме того, у части исследуемых имели место скудные межменструальные выделения, которые не были выявлены у женщин с субклиническим гипотиреозом.

Вывод. По результатам исследования было установлено, что частота и степень выраженности нарушений овариально-менструального цикла у женщин с субклиническим и манифестным гипотиреозом существенно различаются. Помимо этого, проведенное нами исследование показывает, что уже при субклинической форме гипотиреоза у женщин репродуктивного возраста выявляются нарушения овариально-менструального цикла и фертильности, на основании чего можно рекомендовать измерение уровня тиреоидных гормонов (ТТГ и Т4) при определении стратегии лечения эндокринной гинекологической патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Дедов И.И. Эндокринология / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, В.В. Фадеев. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 416 с.
2. Перминова С.Г. Бесплодие и гипотиреоз / С.Г. Перминова, М.Х. Ибрагимова, Т.А. Назаренко и др. // Проблемы женского здоровья. — 2008. — 2. — с. 65-75.
3. Решетников В.А. Основы статистического анализа в медицине / В.А. Решетников. — М.: Медицинское информационное агентство, 2020. — 176 с.
4. Древаль А.В. Репродуктивная эндокринология / А.В. Древаль. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 240 с.
5. Титова Л.Ю. Гипотиреоз и беременность / Л.Ю. Титова, В.Г. Аристархов, Д.А. Пузин // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. — 2019. — 2. — с. 97-101.
6. Feldthusen A.D. Impaired Fertility Associated with Subclinical Hypothyroidism and Thyroid Autoimmunity: The Danish General Suburban

Population Study / A.D. Feldthusen, P.L. Pedersen, J. Larsen et al. // J
Pregnancy. — 2015. — p. 1-6.