

УДК [616.441+618.]:616-03

ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН

А.А. Юнусов, Г.А. Захаров

Представлены результаты и оценка лечения женщин репродуктивного возраста с патологией щитовидной железы в аспекте восстановления менструальной функции и фертильности. Доказано, что эффективность лечения оказалась несколько выше в группе женщин с гипертиреозом, нежели с гипотиреозом.

Ключевые слова: щитовидная железа; гипотиреоз; гипертиреоз; репродуктивная система; лечение; бесплодие.

EVALUATION OF TREATMENT FOR THYROID DISEASE AND REPRODUCTIVE SYSTEM IN WOMEN

A.A. Yunusov, G.A. Zaharov

The article presents the results and evaluation of the treatment of women of reproductive age with thyroid cancer in terms of recovery of menstrual function and fertility. Authors proved the effectiveness of the treatment was slightly higher in women with hyperthyroidism than with hypothyroidism.

Key words: thyroid; hypothyroidism; hyperthyroidism; reproductive system; treatment; infertility.

Эпидемиология болезней щитовидной железы зависит от многих факторов и условий: геохимических, демографических, социальных, экологических, климатических и др. [1–3]. В наибольшей степени на частоту тиреоидной патологии влияет потребление йода. Болеют в основном люди работоспособного возраста от 20 до 40 лет, преимущественно женщины (соотношение полов 1:10) [4–6].

Гормоны щитовидной железы необходимы для нормального роста и развития организма, они регулируют дифференцировку органов и тканей, их созревание и поддержание обмена веществ. В связи с этим восстановление функциональной активности щитовидной железы является неперенным условием успеха комплексной терапии различных патологических состояний.

Следует отметить, что лечебная тактика заболеваний щитовидной железы за последние 10–15 лет заметно не изменилась, а арсенал эффективных лекарственных средств, предназначенных для лечения и профилактики указанной патологии, явно недостаточен. Применяемые препараты зачастую не обладают достаточной клинической эффективностью и при длительном применении дают побочные эффекты. В связи с этим оправ-

дан значительный интерес исследователей к поиску новых средств, способных предупреждать и корригировать дисфункцию щитовидной железы [7, 8].

Последние годы отмечены усилением внимания специалистов всего мира к проблеме хронического йодного дефицита, а ВОЗ определяет данную проблему как наиболее приоритетную в международном здравоохранении [9, 10]. В результате дефицита йода у женщин детородного возраста нарушается эндокринный обмен, вследствие которого развиваются соматические расстройства, снижается иммунитет, нарушается репродуктивная функция [11–13]. Несмотря на достигнутые успехи в лечении патологии щитовидной железы (ЩЖ), до сих пор отсутствуют четкие критерии тактики ведения и лечения женщин, что и определило необходимость данных исследований.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности лечения гипо- и гипертиреоза на состояние репродуктивной функции у женщин.

Материал и методы. Объектом исследования явились 80 женщин репродуктивного возраста, из них 44 женщины – с гипотиреозом; 36 – с гипертиреозом.

Таблица 1 – Схемы лечения при патологии ЩЖ и репродуктивной системы у женщин основной клинической группы

№	Наименование препарата	Патологическое состояние	Суточная доза препарата	Длительность лечения
1.	L-тироксин	Гипотиреоз: субклинический; манифестный; аутоиммунный тиреоидит	50 мкг/сут 100 мкг/сут 100 мкг/сут	6 месяцев 6 месяцев 6 месяцев
2.	Тиамазол	Гипертиреоз: диффузная гиперплазия ЩЖ диффузный токсический зоб аутоиммунный тиреоидит	20 мг/сут	12 месяцев
3.	Бромкриптин	Гипотиреоз с гиперпролактинемией Гипертиреоз с гиперпролактинемией	2,5 мг/сут	6 месяцев
4.	Атенолол	Гипертиреоз	50 мг/сут	4–5 недель
5.	Утрожестан	НЛФ менструального цикла	200 мг/сут	В течение 6 менструальных циклов (с 16 по 25 день)
6.	Дюфастон	НЛФ менструального цикла	10 мг/сут	В течение 3–6 менструальных циклов (с 16 по 25 день)
7.	Кломифен	НЛФ менструального цикла	50 мг/сут	В течение 3–6 менструальных циклов (с 5 по 9 день)
8.	Хориальный гонадотропин	НЛФ менструального цикла	1500–2000 МЕ/сут	В течение 3 менструальных циклов (2–4–6 день повышения базальной температуры)

Использовались следующие методы исследования:

- общеклинические исследования;
- ультразвуковые методы исследования (УЗИ) органов малого таза аппаратом Aloka-500 датчиком 7,5 Гц, ЩЖ и молочных желез датчиком 3,0 Гц;
- рентгенография черепа (турецкого седла);
- пункционная биопсия (тонкоигольная, аспирационная).

Результаты и обсуждение. Лечение женщин было направлено на восстановление функции ЩЖ, оперативное удаление ее узловых образований, восстановление менструальной функции, купирование галактореи и восстановление фертильности. Основные методы лечения заключались в использовании заместительной гормональной терапии, анти тиреоидных препаратов, хирургическом лечении узловых образований, применении агонистов дофамина, а также симптоматическом лечении. Схема лечения используемых препаратов представлена в таблице 1.

Показаниями для оперативного лечения служили большие размеры зоба, непереносимость тиреостатиков, загрудинное расположение зоба, наличие пальпируемого узла в толще ЩЖ.

Как показали наблюдения (рисунок 1) у больных с гипотиреозом на фоне лечения по результатам УЗИ отмечается уменьшение размеров ЩЖ и достижение физиологических размеров – 34 женщины (77,2 %). Нарушение менструального цикла при первичном обследовании наблюдалось у 30 женщин (68,2 %). В период окончания лечения восстановление менструальной функции наблюдалось у 19 женщин (63,3 %). Признаки галактореи отмечались у 28 женщин (63,6 %), а после терапии – у 24 женщин (85,7 % случаев) они отсутствовали. Первичным и вторичным бесплодием страдали 29 (66 %) пациенток. За период лечения и наблюдения беременность наступила у 9 женщин (31 %). Патология со стороны молочных желез отмечалась у 24 женщин (55%) и проявлялась в виде фиброзно-кистозной мастопатии – у 14 (60 %), мастодинии – у 7 (29 %), фиброаденомы – у 3 (11 %) женщин. За период лечения явления мастопатии и мастодинии прошли у 10 женщин (47,6 %).

У пациенток клинической группы с гипертиреозом (рисунок 2) на фоне лечения достижение физиологических размеров отмечалось у 24 женщин (66,6 %). Восстановление менструального цикла произошло у 10 женщин из 14 (71,4 %). Признаки галактореи после окончания лечения наблю-

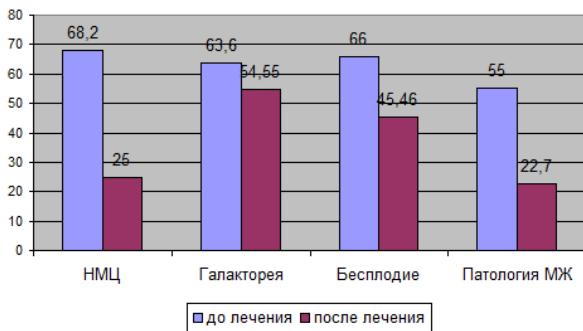


Рисунок 1 – Основные клинические проявления и эффективность терапии у женщин с гипотиреозом

далились только у одной пациентки из 8, т. е. эффективность терапии составила 87,5 %. Бесплодием страдали 33,3 % обследованных женщин. За период лечения наблюдения беременность наступила у 41,6 % пациенток. Патология со стороны молочных желез отмечалась у 33,3 % женщин этой группы. За период лечения восстановление функции молочных желез наблюдалось у 75 % женщин.

Выбор лечебной тактики при узловых образованиях ЩЖ является одной из сложных и дискуссионных проблем. Различные подходы обусловлены, прежде всего, неоднородностью структуры узлов. Но даже при определенных нозологических формах узловых образований ЩЖ современная тактика неоднозначна. В наших исследованиях оперативному лечению подверглись 18 женщин. У 6 женщин (33,3 %) с узловым зобом проведена гемитиреоидэктомия. При этом удаляли всю долю. При поражении 2/3 объема ЩЖ, наличие двух и более узлов в одной доле, у 8 женщин (44,4 %) производили субтотальную резекцию доли ЩЖ. Наличие у 3 женщин (16,6 %) двустороннего многоузлового зоба явилось основанием для проведения субтотальной резекции ЩЖ.

При этом культя оставляли по бокам трахеи. У одной пациентки (55 %) диагностирован тонкостенный коллоидный узел, расположенный в средней трети железы, что явилось основанием для проведения резекции средней трети ЩЖ. В дальнейшем всем пациенткам назначалась заместительная гормональная терапия тиреоидными препаратами, антагонистами дофамина, эстроген-гестогенными препаратами.

Таким образом, эффективность лечения оказалась несколько выше в группе женщин с гипертиреозом, нежели с гипотиреозом. Это связано с тем, что влияние гипотиреоза на клинические проявления и дисгормональные нарушения репродуктивной системы оказалось более выраженным,

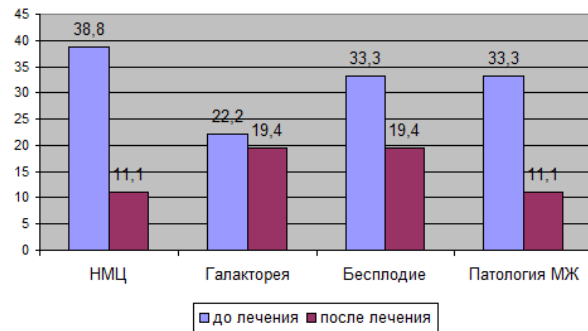


Рисунок 2 – Основные клинические проявления и эффективность терапии у женщин с гипертиреозом

чем состояние гипертиреоза. Видимо, в организме женщины при функционально-сниженном состоянии ЩЖ происходит более выраженное снижение обменных процессов и уменьшение чувствительности яичников к гонадотропинам в условиях сниженного метаболизма, а также снижение метаболизма эстрогенов при дефиците тиреоидных гормонов.

Литература

1. *Беляков Н.А.* Физическое развитие детей, проживающих в регионе зобной эндемии / Н.А. Беляков, И.В. Березовский // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2006. № 2. С. 15–19.
2. *Адамова Я.Г.* Морфологические особенности различной патологии щитовидной железы у населения, проживающего в техногенно-загрязненном регионе / Я.Г. Адамова, А.Н. Чумаченко // Архив патологии. 2007. Т. 69. № 2. С. 24–27.
3. *Lopes T., Norma L., Zavala M. et al.* Iden tofication de hipotiroidismo congenito en un hospital general, medianteel tamiz neonatal // Rev. Mex. General, medianteel tamiz neonatal. 1999. Vol. 66. № 3. P. 102–103.
4. *Горобец В.Ф.* Тиреопатии у детей из Юго-Западного региона Калужской области, облученных после аварии на Чернобыльской АЭС внутриутробно и в первые недели после рождения / В.Ф. Горобец // Проблемы эндокринологии. 2007. Т. 53. № 4. С. 29–32.
5. *Brix Th.H., Kyvik K.O., Hegedus L.* Low birth weight is not associated with clinically overt thyroid diseases. A population based twin case-control study // Clin. Endocrinol. 2000. № 2. P. 171–176.
6. *Volumenie J.L., Polak M., Guibourdenche J. et al.* Management of fetal thyroid goitres: A. Report of 11 cases in a single perinatal unit // Prenat. Diagn. 2000. Vol. 20. № 10. P. 799806.

7. Сыркин А.Л. Влияние лучевой и химиотерапии злокачественных новообразований головы и шеи на функцию и структуру щитовидной железы / В.Ф. Горобец // Проблемы эндокринологии. 2007. Т. 53. № 4. С. 51–54.
8. Манюк Е.С. Коррекция морфофункциональных изменений щитовидной железы при гипотиреозе аконитом байкальским (экспериментальное исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.С. Манюк. Иркутск, 2008. 24 с.
9. Баранов А.А. Йоддефицит и здоровье / А.А. Баранов, А.А. Щетнягина. М.; Пермь, 2000. 33 с.
10. Ladenson P.W., Singer P.A., Ain K.B. et al. American thyroid association guidelines for detection of thyroid dysfunction // Arch. Intern. Med. 2000. V. 100. P. 1573-1575.
11. Старкова Н.Т. Руководство по клинической эндокринологии / Н.Т. Старкова. СПб.: Питер, 2002. 576 с.
12. Султаналиева Р.Б. Контроль и профилактика йоддефицитных заболеваний в Кыргызстане: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук / Р.Б. Султаналиева. Бишкек, 2006. 42 с.
13. Муратова А.М. Клинико-патогенетические аспекты течения гиперпролактинемического гипогонадизма при первичном субклиническом гипотиреозе у женщин репродуктивного возраста: дис. ... канд. мед. наук / А.М. Муратова. Бишкек, 2009. С. 55–69.