

4. Дедов И.И. Российский национальный консенсус «Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение» / И.И. Дедов, В.И. Краснопольский, Г.Т. Сухих // Сахарный диабет. — 2012. — № 4. — С. 4 – 10.

5. Дерябина Е.Г. Гестационный сахарный диабет: скрининг, диагностика, профилактика перинатальных осложнений: пособие для врачей / Е.Г. Дерябина, Н.В. Башмакова, Д.М. Ларькин // Екатеринбург, 2013. – 28 с.

6. Getahun D. Gestational diabetes in the United States: temporal trends 1989 through 2004 / D. Getahun, C. Nath, C. V. Ananth [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2008. — Vol. 198 (5). — P. 525.

УДК 618.17-008.8:616.441

М.О. Фозилова, Г.Ш. Элтазарова, Ю.О. Тангирова
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ОВАРИАЛЬНО-
МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА
В ЙОДДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета
Самаркандский государственный медицинский институт
Самарканд, Узбекистан

M.O. Fozilova, G.SH. Eltazarova, J.O. Tangirova
FEATURES OF OVARIAN AND MENSTRUAL DYSFUNCTION AT
WOMEN OF FERTILE AGE IN THE REGION OF IODINE DEFICIENCY

Department Obstetrics and Gynecology of Medical faculty
The Samarkand State medical institute,
Samarkand, Uzbekistan

Контактный e-mail: fmo7.7@mail.ru

Аннотация. В данной статье показаны результаты проспективного анализа женщин у которых выявлялось нарушения овариально-менструальной функции на фоне патологии щитовидной железы и результаты клиничко – лабораторных обследований у данных женщин. У женщин фертильного возраста, проживающих в Самаркандской области, как в йоддефицитном регионе, на фоне патологии щитовидной железы выявляется высокая частота нарушений овариально – менструальной функции и гипоменструальный синдром.

Annotation. In given article results of prospective analysis of women at which are shown came to light infringements ovarial-menstrual functions against a pathology of a thyroid gland at the given women and results clinic - laboratory inspections. At women's fertile age, living in Samarkand the area as in iodine deficit

region, against a thyroid gland pathology high frequency of infringements ovarial - menstrual functions and hypomenstrual syndrome comes to light.

Ключевые слова: щитовидная железа, НОМЦ, гипоменструальный синдром, йод дефицитный регион.

Keywords: the Thyroid gland, NOMS, hypomenstrual syndrome, iodine deficit region.

Хорошо известно, что одной из наиболее чувствительных и тонко реагирующих на разнообразные внешние воздействия является репродуктивная система женского организма [1,3]. Представляется закономерным, что в условиях йодного дефицита у женского населения в первую очередь страдает именно эта система – нарушается половое созревание и овариально-менструальный цикл, снижается фертильность, повышается частота гинекологической патологии, риск осложненного течения беременности и родов, самопроизвольных аборт и мертворождений [1, 4].

Одним из наиболее часто встречающихся видов йододефицитных состояний является эндемический зоб – заболевание, сопровождающееся серьезными нарушениями репродуктивного здоровья [3]. На сегодняшний день многие аспекты этой взаимосвязи окончательно не изучены. Так, почти не исследованы особенности нарушений овариально-менструального цикла женщин при часто встречающихся диффузных формах эутиреоидного зоба, а также при субклинических формах гипофункции щитовидной железы. Не установлена зависимость между тяжестью тиреоидного поражения и выраженностью нарушений овариально-менструального цикла.

Решение региональных проблем йодной недостаточности обозначено как приоритетное направление в сфере укрепления здоровья населения Узбекистана.

Для Узбекистана медико-социальное значение ИДЗ обусловлено тем, что более или менее выраженный дефицит йода наблюдается практически на всей территории. Особую актуальность эта проблема имеет в Самаркандской области, которая также относится к йододефицитным регионам Узбекистана. Несмотря на компактную по площади территорию, населенные пункты расположены в существенно различающихся климатогеографических зонах: на равнине, в предгорных районах и в условиях высокогорья.

Цель исследования - изучение особенностей состояния менструальной функции у женщин в условиях дефицита йода и разработка методов раннего выявления, обследования и ведения этих больных с учетом региональных особенностей.

Материалы и методы исследования

Для решения поставленной цели проведено обследование 75 женщин, проживающих в йододефицитном регионе Самарканда. В зависимости от климатогеографических зон обследованные женщины распределились

следующим образом: в горной зоне проживало 23 (30,3%), в предгорной зоне – 44 (59,6%), в равнинной зоне – 8(11,2%).

В комплекс диагностических мероприятий были включены: общеклинические, клинико-лабораторные и методы обследования, гинекологическое исследование, УЗИ щитовидной железы, органов малого таза; определение гормонов передней доли гипофиза (тиреотропного, лютеинизирующего гормонов, пролактина), щитовидной железы (трийодтиронина, тетраiodтиронина) и половых гормонов (эстрадиола и прогестерона) в сыворотке крови.

Уровень гонадотропных гормонов в плазме крови среднее значение ЛГ составило $7,78 \pm 0,36$ МЕ/мл в I группе, $9,84 \pm 0,62$ МЕ/мл во II группе и $12,8 \pm 0,39$ МЕ/мл в III группе. Уровень ПРЛ наиболее часто в количественном и качественном отношении оказывался повышенным у женщин III группы - 61,1% больных и в среднем составил $655,8 \pm 30,4$ нмоль/л.

Что касается секреции стероидных гормонов, то можно отметить тенденцию к понижению уровней эстрадиола и прогестерона по мере выраженности нарушений менструального цикла. Например, если у женщин с гиперменструальным синдромом средние уровни эстрадиола и прогестерона составили $66,1 \pm 1,05$ пг/мл и $5,4 \pm 0,22$ нмоль/л соответственно, то у больных с вторичной аменореей эти показатели составили $29,3 \pm 1,5$ пг/мл и $3,41 \pm 0,15$ нмоль/л соответственно.

В зависимости от функционального состояния щитовидной железы уровни гонадотропных и стероидных гормонов прослеживалась тенденция к повышению значений среднего уровня ЛГ у обследованных женщин, с наибольшими значениями у больных с пониженной функцией щитовидной железы. Что касается содержания ФСГ в плазме крови, то средние значения его во всех группах больных находились в пределах нормы. Средний уровень пролактина повышался по мере понижения функции щитовидной железы. Так, у больных с гипертиреозом он составил $577,1 \pm 25,2$ нмоль/л, у больных с эутиреозом $394,1 \pm 14,7$ нмоль/л, а у больных с гипотиреозом $646,2 \pm 26,5$ нмоль/л. Что касается секреции стероидных гормонов, то обращает на себя внимание гипопрогестеронемия во всех клинических группах, а также понижение содержания эстрадиола в плазме крови по мере понижения функции щитовидной железы. Итак, приведенные в этой главе данные позволили охарактеризовать основные клинико-эпидемиологические данные пациенток с различными нарушениями менструальной функции на фоне эндемического зоба.

Результаты исследования и их обсуждение

Многочисленными исследованиями доказано, что патология щитовидной железы может быть причиной преждевременного или позднего полового созревания, аменореи, олигоменореи, ановуляции, бесплодия, невынашивания беременности. В результате проведенного исследования удалось обнаружить, что 67 (89,9%) женщин с эндемичным зобом имели различные нарушения

репродуктивной системы: из них 34 (51,1%) женщин страдали нарушениями овариально-менструального цикла.

У 34 больных с нарушениями менструального цикла структура имеющихся нарушений была следующей: гиперменструальный синдром – 8 (22,9%) женщин, гипоменструальный синдром – 20 (58,3%) человек, вторичная аменорея - 6(18,7%) человек (рисунок).

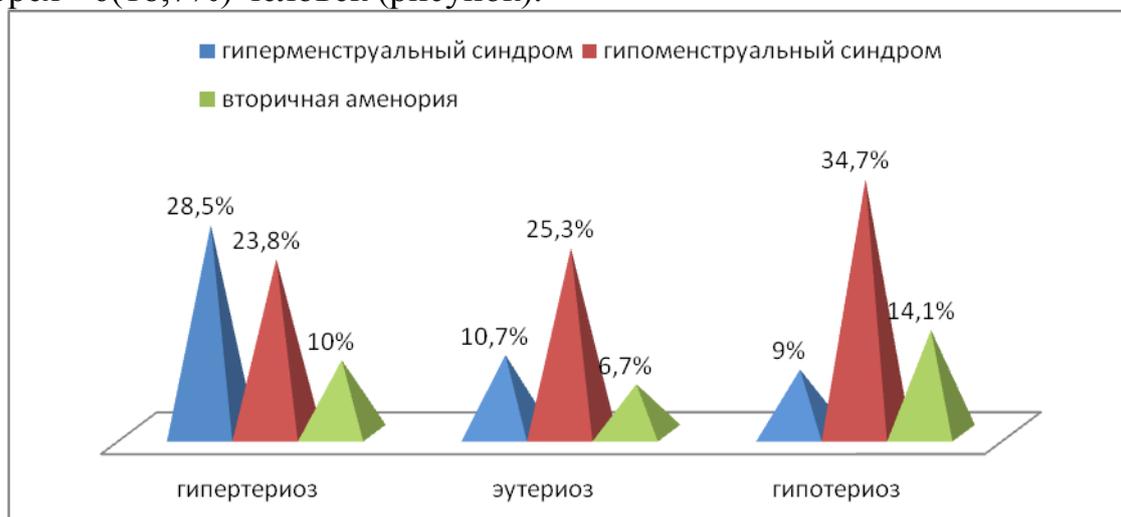


Рис. Частота НОМЦ, в зависимости от функционального состояния щитовидной железы

Характерно, что больные с более выраженными НОМЦ проживали в предгорной и горной зонах. Например, наиболее часто вторичная аменорея встречалась у жительниц предгорной зоны – 44,4%, тогда как среди жительниц равнинной зоны частота этой патологии составила 22,2%.

Наибольшее количество обследованных женщин находились в возрастной группе 20 – 39 лет. Средний возраст больных с нарушением менструального цикла составил $28,5 \pm 1,3$ лет. Давность имевшихся НОМЦ составила у больных с гипоменструальным синдромом – $7,9 \pm 0,39$ лет, у больных с гиперменструальным синдромом – $4,8 \pm 0,26$ лет, у больных с вторичной аменореей – $10 \pm 0,45$ лет. Как видно, с увеличением продолжительности заболевания отмечается прогрессирование нарушений в репродуктивной системе.

Выводы:

1. У женщин фертильного возраста, проживающих в Самаркандской области, как в йоддефицитном регионе, на фоне патологии щитовидной железы выявляется высокая частота нарушений репродуктивной системы, из них у половины женщин были обнаружены различные нарушения менструального цикла.

2. Структура нарушений менструального цикла была следующей: гипоменструальный синдром – 58,3%, гиперменструальный синдром – 22,9%, вторичная аменорея – 18,8%.

3. Изменение функции щитовидной железы в сторону ее дальнейшего понижения ведет к более тяжелым нарушениям менструальной функции, вплоть до вторичной аменореи.

Литература:

1. Агеев И.С. Сочетанная дисгормональная и опухолевая патология молочной и щитовидной желез в условиях зобной эндемии / И.С. Агеев, А.Н. Великолуг, Т.Р. Жданова и др. // Российский онкологический журнал, 2011. – № 3. – С. 48 – 42.

2. Багрянцев В.Н. Значение скрининга нарушений функции щитовидной железы в изучении патологии репродуктивной системы у женщин в Приморском крае / В.Н. Багрянцев, С.М. Киселева, А.В. Гудков // Рак щитовидной железы, профилактика и заболеваемость. – Спб, 2014. – С. 84 – 85.

3. Бурумкулова Ф.Ф. Заболевания щитовидной железы и беременность // Проблемы эндокринологии, 2011. – № 2. – С. 27 – 32.

4. Варламова Т.М. Профилактика и лечение тиреоидной патологии во время беременности / Т.М. Варламова, М.М. Шехтман // Акушерство и гинекология, 2012. – № 3. – С. 57 – 58.

5. Волкова О.В. Функциональная взаимосвязь яичников и щитовидной железы / О.В. Волкова, Боровая Т.Г., Пекарский М. М. и др. // Морфология, 2013. – № 3. – С. 115 – 120.

6. Жмакин А.С. Гинекологическая эндокринология // М., 2015. – 526 с.

7. Дедов И.И. Оценка йодной недостаточности в отдельных регионах России / И.И. Дедов, Н.Ю. Свириденко, Г.А. Герасимов и др. // Проблемы эндокринологии, 2014. – № 6. – С. 3 – 7.

8. Зеленина Н. В. Нейроэндокринные нарушения менструального цикла / Н.В. Зеленина, Г.В. Долгов, А.Б. Ильин // Журнал акушерства и женских болезней, 2012. – С.87 – 94.

9. Иповатская И. А. Акушерство и гинекология, 2000. – № 5. – С. 42 – 44

УДК 618.17-008.8

**М.А. Фомина, Т.А. Обоскалова, И.В. Лаврентьева
СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У
ДЕВОЧЕК С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

Кафедра акушерства и гинекологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**M.A. Fomina, T.A. Oboskalova, I.V. Lavrentieva
STRUCTURE OF PATHOLOGY GENITOURINARY SYSTEM IN
GIRLS WITH CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA
Department of Obstetrics and Gynecology**