

ИЗУЧЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ФАКТОР РИСКА ДИСФУНКЦИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ПРИ ЛАТЕНТНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Ф.Ж. Носирова., Д.Б. Тожибоева

Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация

Одной из актуальных проблем в гинекологической эндокринологии является бесплодие, обусловленное ановуляцией. По разным источникам, распространенность нарушений функции щитовидной железы (ЩЖ) у женщин, страдающих бесплодием, колеблется в интервале 2,48— 38,3%.

Ключевые слова: нарушения менструального цикла, гипотериоз, факторы риска бесплодия.

LATENT GIPOTERIOZDA HAYZ SIKLI BUZILISHLARINING POTENTIAL XAVF FAKTORLARINI O'RGANISH (ADABIYOTLAR SHARXI)

F.J. Nosirova, D.B. Tojiboeva

Andijon davlat tibbiyot instituti

Annotatsiya

Ginekologik endokrinologiyaning dolzarb muammolaridan biri bu anovulyatsiya natijasida yuzaga kelgan bepustlikdir. Turli manbalarga ko'ra, bepustlik bilan og'rigan ayollarda qalqonsimon bez disfunktsiyasining tarqalishi 2,48 dan 38,3% gacha.

Kalit so'zlar: hayz davrining buzilishi, gipotiroidizm, bepustlik uchun xavf omillari.

STUDYING POTENTIAL RISK FACTORS FOR MENSTRUAL CYCLE DYSFUNCTIONS IN LATENT HYPOTHYROIDISM (LITERATURE REVIEW)

F.J. Nosirova, D.B. Tojiboeva

Andijan State Medical Institute

Abstract.

One of the pressing problems in gynecological endocrinology is infertility caused by anovulation. According to various sources, the prevalence of thyroid dysfunction in women suffering from infertility ranges from 2.48 to 38.3%.

Key words: menstrual cycle disorders, hypothyroidism, risk factors for infertility.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 30% населения мира имеет риск развития йододефицитных заболеваний, в том числе 500 млн людей, проживающих в регионах с тяжёлым йодным дефицитом и высокой распространённостью эндемического зоба. Около 20 млн человек имеют умственную отсталость из-за дефицита йода [1]. Около 20% населения живет в йодэндемичных регионах, где не проводится достаточная йодная профилактика. Среднее потребление йода в Узбекистане составляет 40–80 мкг/день при рекомендуемой дозе 150 мкг, т. е. в 2–3 раза ниже физиологических потребностей. Рекомендуемая потребность в йоде при беременности составляет 200 мкг/день (ВОЗ) [2]. Частота бесплодных браков составляет 10–15% (данные ВОЗ) и не имеет тенденции к снижению [1, 3]. Бесплодие продолжает оставаться важной демографической, социальной и психологической проблемой.

Частота гипотиреоза в структуре тиреоидных нарушений у женщин с бесплодием достигает 78,4%. Частота гипотиреоза в популяции репродуктивного возраста колеблется в пределах 2–4%. Общая распространённость манифестного гипотиреоза в популяции составляет 0,2–2%, субклинического – 7–10% среди женщин и 2–3% среди мужчин. В группе женщин старшего возраста распространённость всех форм гипотиреоза достигает 12% и более [1, 3]. Распространённость гипотиреоза среди беременных составляет 2% [4].

Репродуктивная система женщины состоит из взаимосвязанных структурных элементов: гипоталамуса, гипофиза, яичников, других органов-мишеней, обеспечивающих реализацию генеративной функции, в том числе щитовидной железы.

Главная функция щитовидной железы – обеспечение организма тиреоидными гормонами: трийодтиронином (Т3) и тироксином, или тетраiodтиронином (Т4). Функция щитовидной железы находится в тесной взаимосвязи с системой гипоталамус–гипофиз–яичники благодаря наличию общих центральных механизмов регуляции [1, 3]. Таковыми механизмами являются надгипоталамические структуры, действующие посредством нейростероидов, нейротрансмиттеров и нейропептидов, и гипоталамус, влияющий на нижележащие звенья системы эндокринной нейрорегуляции посредством рилизинг-гормонов. Половая и тиреоидная системы регулируются тропными гормонами передней доли гипофиза: фолликулостимулирующим гормоном (ФСГ),

лютеинизирующим гормоном (ЛГ), пролактином (ПРЛ) и тиреотропным гормоном (ТТГ). Передняя доля гипофиза находится под контролем таламо-гипо-таламо-корковой системы. Тиреотропин-рилизинг-гормон (ТРГ) стимулирует образование не только ТТГ, но и пролактина. Поэтому нарушение баланса в гипофизарно-тиреоидной системе приводит к изменению синтеза пролактина и гонадотропинов [1, 3, 5].

Контроль деятельности щитовидной железы, синтеза и секреции Т3 и Т4 осуществляется с помощью ТТГ и ауторегуляции. ТТГ – гликопротеидный гормон, состоящий из 2 субъединиц: альфа и бета. ТТГ синтезируется в базофильных клетках аденогипофиза [1, 3, 5]. Синтез ТТГ регулируется ТРГ и по принципу обратной отрицательной связи уровнем гормонов щитовидной железы (свободными Т3 и Т4) [1, 3, 5]. Последний вариант регуляции происходит за счет эффектов Т3 на специфические ядерные рецепторы в тиреотрофах [1, 3]. Уровень тиреоидных гормонов влияет и на гипота-ламическую продукцию ТРГ [1, 3, 5].

ТРГ стимулирует образование ТТГ в гипоталамусе, а тот в свою очередь стимулирует образование тиреоидных гормонов. При достижении тироцитов ТТГ взаимодействует с рецепторами клеточной мембраны. Взаимодействие ТТГ с мембранным рецептором приводит к активации аденилатциклазного каскада, в результате которого индуцируются функции тироцита, такие как захват молекул йода, синтез тиреоглобулина и высвобождение Т3 и Т4 [1, 6]. ЛГ, ФСГ и ТТГ являются сложными гликопротеидами, состоящие из альфа- и бета-субъединиц. Структура альфа-субъединицы одинакова у всех гормонов, а бета-субъединица специфична для каждого гормона. Бета-субъединица определяет его лютеинизирующую, фолликулостимулирующую или тиреотропную активность, однако только после соединения с альфа-субъединицей. Структурное сходство гормонов может свидетельствовать о наличии их общего предшественника в процессе эволюции [1, 4, 6].

Патология щитовидной железы может вызвать такие нарушения в репродуктивной системе, как преждевременное или позднее половое созревание, аменорея, ановуляция, бесплодие, галакторея вследствие гиперпролактинемии, невынашивание беременности. Любое длительное нарушение функции щитовидной железы влияет на деятельность репродуктивной системы вплоть до прекращения выполнения последней

генеративной функции [1, 7]. При первичном гипотиреозе нарушения менструального цикла выявлены у 33–80% больных. Существует мнение, что первичный гипотиреоз сопровождается нарушениями менструального цикла по типу гипоменструального синдрома или аменореи. Однако ряд исследователей указывают на первичный гипотиреоз как одну из наиболее частых причин полименореи [4].

Эстрогены оказывают на щитовидную железу стимулирующее действие путем повышения тропности тиреотрофов гипофиза к тиролиберину [1, 7]. При гипозэстрогении, наоборот, происходит снижение чувствительности тиреотрофов, что может привести к вторичному гипотиреозу у женщин с недостатком эстрогенов, например, при естественной и хирургической менопаузе, синдроме истощенных яичников, синдроме резистентных яичников.

Патология щитовидной железы – самое распространенное эндокринное заболевание. У женщин оно встречается в 10–17 раз чаще, чем у мужчин. Особенностью течения заболеваний щитовидной железы у женщин являются манифестация в молодом возрасте, тяжелое течение, развитие осложнений в отсутствие лечения [6, 7]. Наиболее тяжелые йоддефицитные заболевания связаны с нарушением репродуктивной функции, а также развиваются перинатально: эндемический кретинизм, неонатальный зоб, гипотиреоз, снижение фертильности, вторичная гиперпролактинемия [5, 8].

Список использованной литературы:

1. Варламова Т.М., Соколова М.Ю. Репродуктивное здоровье женщины и недостаточность функции щитовидной железы. Гинекология. 2023; 6 (1): 23-38
2. Гилязутдинов И.А., Гилязутдинова З.Ш. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве: Руководство для врачей. М.: МЕДпресс-информ; 2019: 17-30; 58-81; 160-9.
3. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2019: 113-43..Мельниченко Г.А. (ред.). Синдром гипотиреоза в практике интерниста: Методическое пособие для врачей. М.: Эндокринологический научный центр РАМН; 2023.

4. Перминова С.Г., Ибрагимова М.Х., Назаренко Т.А., Каширова Т.В., Фадеев В.В. Бесплодие и гипотиреоз. Проблемы женского здоровья. 2018; 3 (2): 65-75
5. Перминова С.Г. Гипотиреоз и нарушения репродуктивной функции женщины. Гинекология. 2019; 8 (1): 21-6.
6. Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Невынашивание беременности: Руководство для практикующих врачей. М.: Медицинское информационное агентство; 2019: 151-
7. Мельниченко Г.А., Лесникова С.В. Особенности функционирования щитовидной железы во время беременности. Акуш. и гин. 2023; (5): 30-5.
8. Фадеев В.В. Современные принципы диагностики и лечения гипотиреоза. Земский врач. 2019; (2): 13-6.