

This work was carried out in the division of surgical endoscopy (MONIAG) and gynecological division of central hospital of Zhukovskiy city. The immunoreactivity of embryotropic autoantibodies was assessed by the method of ELI-P-test (ELISA-detected Probability of Pregnancy Pathology). Criteria used for assessment of immunoresistance were as follows: if reaction intensity of serum to any of investigated proteins (antigens) was about 5–40% from intensity of reaction of standard serum, the case was considered normal (group I — 14%). Group II (hyperreactive) included all cases where intensity of reaction was more than 40% (22% of all cases). The rest (64% of all cases) were included in the group III (hyporeactive), where intensity of reaction was lower than 5%. In addition to ELI-P-test and common clinical investigation microbiological test (PCR) was carried for detection sexually transmitted diseases.

Obtained data confirms that this test is of great value for prediction of failure/success rate of infertility treatment. The highest success rate was obtained in group I (normoreactive). There were few successful outcomes in the group III, so hyporeactive patients require preliminary immunological correction before laparoscopic treatment. Prognosis for fertility restoration is doubtful in group II.

УДК 616.441-002-06:618.1-07

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

С.И. НИКОНОВА, И.М. ОРДИЯНЦ, Н.Д. ПЛАКСИНА, С.М. СЕЛЯТОВ

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии

Российский университет дружбы народов

Ул. Миклухо-Маклая, 8, Медицинский факультет, 117198 Москва, Россия

В.С. ПАРШИН, Т.И. БЕЛЯЕВА

Медицинский Радиологический Научный центр РАМН

Ул. Королева, 4, 249020 Обнинск, Россия

В настоящей работе с применением комплекса современных методов исследования проведена оценка репродуктивного здоровья женщин, страдающих аутоиммунным тиреоидитом (АИТ). Установлено, что распространенность гинекологических заболеваний среди женщин с АИТ составляет 60,6%. Определена структура гинекологической заболеваемости женщин с АИТ. Проведено сравнительное изучение клинических особенностей течения гинекологических заболеваний 176 женщин на фоне АИТ и 82 пациенток — без тиреоидной патологии.

Выделены группы риска женщин по развитию аутоиммунного тиреоидита. Установлен взаимоотношающий характер гинекологических заболеваний и АИТ, в связи с чем предложен алгоритм обследования тиреоидной системы у женщин, длительное время находящихся на лечении у гинеколога.

Проблема аутоиммунного тиреоидита (АИТ) у женщин репродуктивного возраста в настоящее время представляет большой теоретический и практический интерес. Это связано не только с медицинскими (увеличение частоты гинекологической заболеваемости), но и социальными аспектами, т. к. гипотиреоидная фаза АИТ без своевременной коррекции приводит к рождению психически неполноценного потомства [7, 14, 17].

Частота аутоиммунного тиреоидита, по данным разных авторов [3, 5], колеблется от 4 до 46% от всей тиреоидной патологии, причем женщины в 10–17 раз чаще, чем мужчины, страдают от тиреоидных нарушений [8]. Это во многом связано с особенностями женского гормонального статуса и ролью половых стероидов.

Подтверждением тесной взаимосвязи тиреоидной и репродуктивной систем является то, что в критические периоды жизни женщины (период полового созревания, беременность, лактация, климактерический период) отмечается увеличение щитовидной железы и изменение ее активности [4, 9, 12].

Однако, несмотря на наличие выраженной взаимосвязи между щитовидной железой и репродуктивной системой, доказанной рядом авторов, до настоящего времени нет единого мнения о характере этого взаимодействия и об уровне, на котором оно осуществляется [1]. И если вопросы влияния нарушений функции щитовидной железы на половое созревание, овуляцию изучены в такой степени, что позволяют добиться успехов в лечении, остается практически нерешенной проблема совместного влияния половых и тиреоидных гормонов на органы-мишени при нарушениях в иммунном статусе организма.

В ряде работ [1, 2, 6, 11, 15] убедительно показано, что гипотиреоз и диффузный токсический зоб могут быть причинами нарушений менструального цикла. Вместе с тем влияние функционального состояния щитовидной железы при АИТ на течение гинекологических заболеваний, когда в патологический процесс вовлечен ряд звеньев эндокринной и иммунной систем, остается не выясненным. В связи с изложенным выше возникла необходимость в данном исследовании.

Целью исследования явилась оценка, прогнозирование и улучшение репродуктивного здоровья женщин, страдающих АИТ.

Для выполнения поставленной цели были сформулированы следующие задачи:

1. Выявить частоту и распространенность гинекологических заболеваний у женщин с АИТ.
2. Выявить особенности гинекологических заболеваний, связанных с нарушением гормонопродуцирующей функции щитовидной железы у обследуемых женщин.
3. Разработать алгоритм обследования репродуктивной системы женщин с АИТ и гинекологическими заболеваниями.

Данная работа выполнялась в гинекологических отделениях 64-й городской клинической больницы г. Москвы и МРНЦ РАМН г. Обнинска.

Материал и методы исследования. В работе представлены результаты ретроспективного анализа 725 историй болезней пациенток эндокринологического отделения с АИТ, а также проспективное клиническое обследование 176 женщин в возрасте от 18 до 44 лет. Из них больные миомой матки в сочетании с АИТ составили 47 человек, больные воспалительными заболеваниями придатков и АИТ — 32 и больные генитальным эндометриозом в сочетании АИТ — 15. Группы сравнения составили 82 пациентки с указанными гинекологическими заболеваниями без АИТ: 40 больных миомой, 30 — воспалительными заболеваниями придатков и 12 — эндометриозом.

Для решения поставленных задач использовались общеклинические, дополнительные и специальные методы исследования.

Нами проанализированы: характер наследственности, экстрагенитальные заболевания, характер менструальной и генеративной функции, перенесенные ранее гинекологические заболевания. Проводился анализ жалоб, свидетельствующих о нарушении функции тиреоидной системы с учетом давности заболевания, а также характера консервативного и оперативного лечения.

Клиническое обследование включало общий осмотр с обращением особого внимания на телосложение, выраженность подкожной клетчатки, состояние кожных покровов, характера оволосения, состояния глазных яблок (экзофтальм, птоз).

При бимануальном влагалищном исследовании отмечали форму шейки матки, величину, форму, консистенцию и подвижность тела матки и придатков, состояние сводов. Определяли степень чистоты влагалищного содержимого, проводили микробиологическое исследование.

Особое внимание уделялось осмотру и пальпации области шеи. Для оценки степени увеличения щитовидной железы при осмотре и пальпации пользовались классификацией по О.В. Николаеву (1955).

Для инструментальной оценки анатомо-топографических особенностей щитовидной железы проводилось эхосканирование и при необходимости — динамическая тиреосцинтиграфия. Для эхосканирования использовались приборы, работающие в реальном масштабе времени с частотой датчиков 5—7,5 МГц (Aloka SSD-630, Toshiba). Эхография щитовидной железы включала оценку длины, ши-

рины и передне-заднего размера каждой доли, ширину перешейка, а также экоструктуру и однородность.

Эхографию половых органов осуществляли при помощи серии продольных и поперечных сканирований аппаратами Aloka SSD-60 и Performa с использованием трансабдоминального и эндовагинального датчиков с частотой 3,5 и 6,5 Мгц.

С целью верификации очаговых образований щитовидной железы проводилось цитологическое исследование клеточного материала, полученного при выполнении тонкоигольной аспирационной биопсии щитовидной железы под ультразвуковым контролем.

Определение концентрации гормонов проводилось иммуноферментным методом с помощью отечественных наборов реактивов на аппарате Labotech в I-ю (5—7-й день) и II-ю (22—24-й день) фазы менструального цикла. Исследовали уровень половых стероидов (эстрадиол, прогестерон), гонадотропных гормонов (ФСГ, ЛГ, пролактин). Функциональное состояние щитовидной железы оценивалось по уровню Т3, Т4, ТТГ, а также титру антител к тиреоглобулину и тиреопероксидазе. Определение концентраций Т3, Т4 и ТТГ осуществлялось радиоиммунологическим методом с применением наборов фирмы «CIS Bio International» (Франция) и Immuntech (Чехия), титра антител — с применением наборов фирмы «CIS Bio International» (Франция).

Для статистической обработки данных результатов исследования использовался IBM PC с применением табличного процессора Excel.

Результаты исследования. Результаты проведенного анализа показали, что у 60,6% обследованных выявлено сочетание гинекологических заболеваний с АИТ. При этом наиболее часто встречающимися гинекологическими заболеваниями у пациенток с АИТ были миома матки, воспалительные заболевания матки и придатков и генитальный эндометриоз (рис. 1).

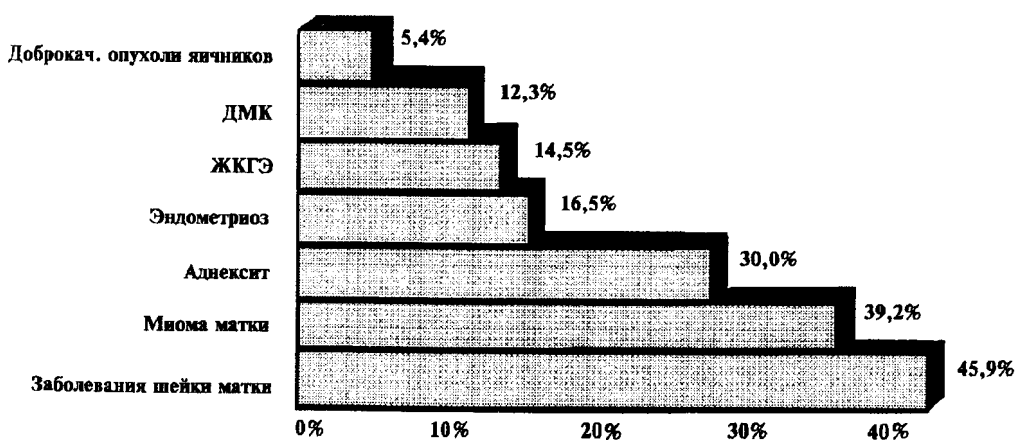


Рис. 1. Структура гинекологической заболеваемости женщин с АИТ

У каждой третьей женщины отмечалось сочетание двух и более гинекологических заболеваний, которые не были выявлены при первичном обращении к врачу.

Учитывая высокую частоту и распространенность гинекологических заболеваний у пациенток с АИТ, следующим этапом было проспективное клиническое обследование 176 женщин. Из них больные миомой матки в сочетании с АИТ составили 47 человек, больные воспалительными заболеваниями придатков и АИТ — 32 и больные генитальным эндометриозом в сочетании с АИТ — 15. При сборе анамнеза оказалось, что почти 80% этих женщин задолго до обращения к врачу отмечали типичные для тиреоидита симптомы. Соматический анамнез показал, что наиболее часто встречающимися экстрагенитальными заболеваниями

ми у всех обследованных женщин были хронические воспалительные заболевания с тенденцией к рецидивированию. Преморбидным фоном для развития АИТ явились: хронический тонзиллит — 70%, хронический холецистит — 34%, хронические воспалительные заболевания верхних дыхательных путей — 26,7%, хронический пиелонефрит — 37,7%. Заболевания молочных желез встречались в группе больных с АИТ в 3 раз чаще, чем среди женщин без такового. Наше исследование показало, что пациентки с такими гинекологическими заболеваниями как миома матки, эндометриоз, воспалительные заболевания придатков составляют группу риска по развитию тиреоидной патологии, в частности, АИТ.

При анализе менструальной функции у гинекологических больных на фоне АИТ нами выявлено наличие первичной и вторичной аменореи, а также дисфункция яичников. Характер дисфункции определялся гипоменструальным синдромом, дисменореей и гиперполименореей. При обследовании по тестам функциональной диагностики выявлено, что у 18,2% пациенток цикл был ановуляторным, а у 72% больных отмечена недостаточность лютеиновой фазы цикла, что подтверждается данными литературы.

Анализ генеративной функции в нашем исследовании показал, что у 64% пациенток с АИТ именно бесплодие и привычное невынашивание послужили поводом для обращения к врачу. Из 26 женщин с сохраненной менструальной функцией, регулярно живущих половой жизнью, жалобы на бесплодие отмечали 26,9% пациенток, при этом первичное бесплодие выявлено у 3, вторичное — у 4 больных. Из 94 пациенток у 40,4% имелось самопроизвольное прерывание беременности до 12 недель (из которых у 31,5% было привычное невынашивание), у 4,26% — преждевременные роды, у 9,57% — своевременные роды, при которых отмечена гипоксия и гипотрофия плода у 5 новорожденных.

Клиническая характеристика пациенток с миомой матки включала следующие признаки: давность заболевания, размеры матки при пальпации, нарушения менструального цикла, характер роста миоматозных узлов. При сопоставлении с группой женщин, не страдающих АИТ, установлено, что давность заболевания миомой матки у пациенток на его фоне составила в среднем 3,5 года при среднем значении 2,6 года в группе сравнения. При этом размеры матки у больных миомой в сочетании с АИТ были достоверно больше, чем в группе больных миомой без такового. Обращает на себя внимание быстрый рост миомы (до 5—6 недель за последний год) у пациенток основной группы — почти в 2 раза. Размеры миомы матки были существенно больше в группе больных с АИТ. Эти данные могут быть связаны с более выраженным гипотиреозом у обследованной группы женщин, что находит отражение в работах других авторов [10, 13].

Нарушения менструального цикла отмечались более чем у половины женщин с миомой матки на фоне АИТ и без такового, но характер этих нарушений был различным. Так, в группе больных миомой на фоне АИТ преобладали сочетанные нарушения (циклического и ациклического характера), а в группе больных без него — меноррагии.

Среди работ, посвященных проблемам тиреоидной патологии у гинекологических больных, нам не встретились данные о влиянии аутоиммунного процесса в щитовидной железе на клиническое течение воспалительных заболеваний придатков матки. Однако не трудно предположить, что в очаге воспаления возникают сложные процессы, которые не могут протекать автономно, не являясь сигналом для включения в воспалительную реакцию различных систем организма, таких как иммунная, нервная, эндокринная. По мнению некоторых авторов [3, 10], больные, длительное время страдающие гинекологическими заболеваниями, как правило, лечились консервативно с применением ряда медикаментозных препаратов, а впоследствии могли реагировать снижением естественной толерантности, что и привело к развитию аутоиммунного процесса в щитовидной железе.

Из клинических характеристик больных аднекситом заслуживают внимания длительность заболевания, нарушения менструального цикла и частота обострений.

Длительность заболевания в группе пациенток с аднекситом на фоне АИТ была в среднем в 2 раза больше, чем у женщин без тиреоидита. Обострения воспалительных заболеваний придатков также в 2 раза чаще встречались у пациенток на фоне АИТ (одно стационарное лечение за год и более). Нарушения менструального цикла с преобладанием ациклических (по типу олиго- и опсоменореи — 31,6%) также отмечались в группе больных аднекситом на фоне АИТ.

Проблеме изучения функции системы гипофиз — щитовидная железа при эндометриозе посвящены многочисленные исследования [10, 13]. Ряд авторов [16, 17] указывают на возможность аутоиммунной природы заболевания. Однако нам не встретились работы, где бы АИТ рассматривался как одна из форм тиреоидной патологии, влияющей на клиническое течение эндометриоза.

Клиническая характеристика больных эндометриозом, проведенная нами, выявила, что у пациенток с АИТ и без такового длительность заболевания существенных различий не имела, а нарушения менструального цикла в группе больных с АИТ проявлялись в виде метrorрагий, которые встречались в 2 раза чаще, чем в группе сравнения.

Таким образом, у больных миомой матки, эндометриозом и воспалительными заболеваниями придатков на фоне АИТ имеется ряд особенностей в клиническом течении данных заболеваний. Однако наиболее отягощающим фактором, влияющим на репродуктивное здоровье обследованных женщин, нам представляется гипотиреодная фаза АИТ. Данными гормональных исследований подтверждено, что наиболее часто у больных с гипотиреодной фазой АИТ (большинство больных миомой) отмечался повышенный уровень пролактина почти в 3 раза, чем в группе без такового, что отражает характер влияния недостатка тиреоидных гормонов на его секрецию. Результат гормонального дисбаланса у пациенток с АИТ чаще всего проявлялся недостаточностью лютеиновой фазы цикла или ановуляцией и, как следствием, — невынашиванием или бесплодием.

Результаты проведенного исследования позволили разработать алгоритм обследования и комплексного лечения гинекологических больных с АИТ (рис. 2).

Основной принцип нашего алгоритма заключается в том, что всем женщинам, длительное время находящимся на лечении у гинеколога, независимо от диагноза, показано обследование состояния тиреоидной системы. Для этих целей нами

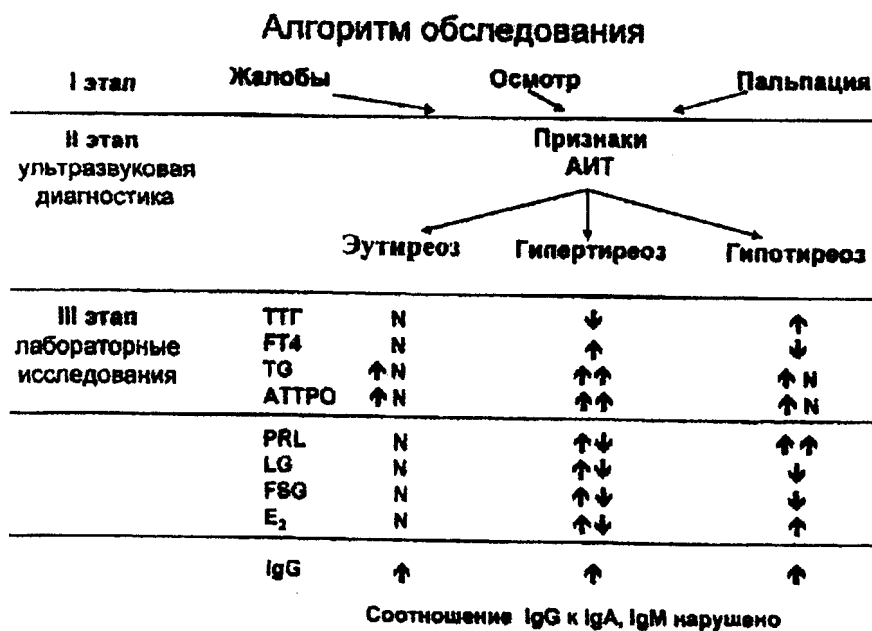


Рис. 2. Алгоритм обследования гинекологических больных

использован комплекс диагностических мероприятий, включающий как скрининговый и прогностический этап — ультразвуковое исследование щитовидной железы с оценкой объема и экоструктуры, а также определение концентраций тиреоидных, половых гормонов и титров антител к тиреоглобулину и пероксидазе — как этап верификации гипер-, гипо — или эутиреоза. Гинекологическим больным в зависимости от фаз течения АИТ и иммунологической активности процесса необходимо проводить своевременную и адекватную коррекцию функционального состояния тиреоидной системы.

Выводы. 1. Распространенность гинекологических заболеваний среди женщин с АИТ — 60,6%. Наиболее часто встречающимися гинекологическими заболеваниями у женщин с АИТ были миома матки (39,3%), эндометриоз (16,5%), аднексит (30%).

2. Наиболее выраженное негативное влияние на клиническое течение и репродуктивную функцию обследованных пациенток оказывает гипотиреоидная фаза АИТ, что чаще всего проявляется недостаточностью лютеиновой фазы (72%) и ановуляцией (18,2%).

3. Рекомендуемый нами комплексный подход к диагностике нарушений в репродуктивной системе больных на фоне АИТ помогает правильно выбрать тактику их ведения, что позволяет улучшить течение основного гинекологического заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабичев В.Н. Нейроэндокринология репродуктивной системы // Проблемы эндокринологии, 1998, № 1, с. 3—12.
2. Богданова Е.А., Телунц А.В., Варламова Т.М. Состояние щитовидной и молочных желез у девушек пубертатного возраста // Акушерство и гинекология, 1996, № 66, с. 21—23.
3. Зефирова Г.С. Заболевания щитовидной железы. — М., 1999, с. 92—96.
4. Йен С.С.К., Джаффе Р.Б. Репродуктивная эндокринология. — М., 1998, т. 2, с. 382—384.
5. Калинин А.П., Потемкина Е.Е., Пешева В.Н. Иммунологические аспекты аутоиммунного тиреоидита // Проблемы эндокринологии, 1994, № 1, с. 56—58.
6. Курмачева Н.А. Особенности полового развития девочек при различных заболеваниях щитовидной железы / Автореф. дисс. к. м. н. — Саратов, 1990, с. 3—6.
7. Мельниченко Г.А., Мурашко М.Е., Клименченко Н.И. Заболевания щитовидной железы и беременность // Русс. медицинский журнал, 1999, № 3, с. 145—150.
8. Потемкин В.В. Эндокринология. — М., 1986, с. 94, 160.
9. Прилепская В.Н., Лобова Т.А. Гипофизарно-тиреоидная система у больных с нарушениями менструального цикла // Акушерство и гинекология, 1991, № 3, с. 5—8.
10. Руднев С.В. Состояние щитовидной железы у больных с доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами женских половых органов и оптимизация тактики ведения этих больных с учетом выявленной тиреоидной патологии / Автореф. дисс. к. м. н. — М., 1999, с. 7, 18.
11. Соснова Е.А., Ларичева И.П. Гормональные взаимоотношения в гипофизарно-яичниковой системе у больных гипотиреозом и ДТЗ // Акушерство и гинекология, 1990, № 46, с. 38—42.
12. Старкова Н.Т. Руководство по клинической эндокринологии. — СПб., 1996, с. 144—159.
13. Тетелюткина Ф.Н., Шинкарева Л.Ф., Трусов В.В. Значение функционального состояния щитовидной железы в патогенезе генитального эндометриоза // Казанский медицинский журнал, 1992, № 2, с. 106—109.
14. Щеплягина Л.А. Медико-социальные последствия роста напряженности зубной эндемии для детей и подростков // Тиреоид России. Сб. лекций. — М., 1997, с. 41—42.
15. Эседова А.Э., Хашиева Т.Х. // Проблемы репродукции, 1999, № 5, с. 34—37.
16. Aguayo J., Wohlik N., Perez M.V., Pineda G. // Rev. Med. Chil., 1994, v. 122, p. 248—252.
17. Dmowski W. // Fertil Steril, 1987. 47: 382—384.

18. *Glinoe D.* Maternal and fetal impact of chronic iodine deficiency // *Clinical Obstetrics And Gynecology*, 1997, v. 40, № 1, p. 102—116.

CLINICAL FEATURES OF CURRENT GYNECOLOGICAL DISEASES WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE ON A BACKGROUND AUTOIMMUNE THYROIDITIS

S.I. NIKONOVA, I.M. ORDIYANTS, N.D. PLAKSINA, S.M. SEMYATOV

Department of Obstetrics and Gynaecology with course of Perinatology
Russian University of Peoples' Friendship
Miklukho-Maklaya str., 8, Medical Faculty, 117198 Moscow, Russia

V.S. PARSHIN, T.I. BELYAEVA

Medical Radiological Scientific Center of AMSR
Koroleva st., 4, 249020 Obninsk, Russia

In the present operation with application of a complex of modern methods of a research the estimation reproductive of health of the women suffering autoimmune thyroiditis (AIT) is carried out. Is placed, that the prevalence gynecological diseases among the women with AIT makes 60,6 percent. The structure gynecological diseases of the women with AIT are defined. The comparative learning of clinical features of current gynecological diseases 176 women on a background AIT and 82 — without thyroiditis of a pathology is carried out.

The groups of risk of the women on development autoimmune thyroiditis are selected. Is placed mutual overburden character gynecological diseases and AIT, in this connection the algorithm of an inspection thyroiditis system at the women, long time taking place on treatment at gynecology is offered.

УДК 618.146-001-089

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ АКУШЕРСКОЙ ТРАВМЫ ШЕЙКИ МАТКИ

В.И. ЕЛЬЦОВ-СТРЕЛКОВ, Ю.М. ДУРАНДИН, Н.П. ЕРМОЛОВА, Л.Р. ТОКТАР

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Российский университет дружбы народов
Ул. Миклухо-Маклая, 8, Медицинский факультет, 117198 Москва, Россия

В статье описана методика оригинальной реконструктивно-пластической операции методом расслоения по В.И. Ельцову-Стрелкову и доказаны ее преимущества на основании анализа результатов хирургического лечения 244 больных с рубцовой деформацией шейки матки и цервикозом.

Нами были проанализированы результаты хирургического лечения 136 больных с рубцовой деформацией шейки матки и 108 — с цервикозом (железисто-мышечной гипертрофией шейки матки), всего 244 больных. После комплексного обследования, а также кольпоскопического, цитологического исследования, гистологического изучения биопсийного материала и определения степени чистоты влагалищной флоры для лечения последствий травм шейки матки в родах нами была применена реконструктивно-пластическая операция методом расслоения (по В.И. Ельцову-Стрелкову). Больные были оперированы при условии отсутствия обострения хронических воспалительных процессов женских половых органов и доброкачественном характере патологических изменений шейки матки. Операция производилась вне беременности, в 1-ю фазу менструального цикла при 1—2 степени чистоты влагалищной флоры.

Операция заключается в следующем: