

DOI: 10.26693/jmbs07.06.062

УДК 618.14-008.6-616.441-002

Алексєєва О. С., Лазуренко В. В.

ОСОБЛИВОСТІ СОМАТИЧНОГО ТА ГІНЕКОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ЖІНОК З АНОМАЛЬНИМИ МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ, ХВОРИХ НА АУТОІМУННИЙ ТИРЕОЇДИТ

Харківський національний медичний університет,
Харків, Україна

Мета – визначити особливості соматичного та гінекологічного статусу жінок з аномальними матковими кровотечами, хворих на аутоімунний тиреоїдит.

Матеріали та методи. Обстежено 120 жінок репродуктивного віку, з яких 90 хворих з аномальними матковими кровотечами та 30 жінок без гінекологічної патології (контрольна група). Пацієнтки з основної групи були розподілені на 2 клінічні групи: 60 жінок з аутоімунним тиреоїдитом увійшли в основну групу та 30 жінок без ознак патології щитоподібної залози склали групу порівняння. Проведено дослідження та проаналізовані результати анамнестичних даних, соматичного та гінекологічного статусу, клініко-лабораторних та ультразвукових обстежень, консервативне та оперативне лікування.

Результати. В результаті аналізу даних анамнезу хворих основної групи виявлена спадкова схильність до захворювань щитоподібної залози у найближчих родичів кожної п'ятої пацієнтки з аутоімунним тиреоїдитом. Серед супутньої гінекологічної патології такі захворювання, як лейоміома матки, ендометріоз різної локалізації, гіперплазія ендометрія, зустрічалися частіше у пацієнток з матковими кровотечами у поєднанні з аутоімунним тиреоїдитом (38,3%).

У жінок з аномальними матковими кровотечами без аутоімунного тиреоїдиту супутньої патології було вдвічі менше, ніж у групі, які страждають на вказане захворювання щитоподібної залози.

Нерегулярний менструальний цикл зустрічався вдвічі частіше у жінок з аномальними матковими кровотечами на тлі аутоімунного тиреоїдиту, ніж у жінок без супутнього захворювання щитоподібної залози – у 8 (13,3%) та 2 (6,7%) жінок відповідно.

Аналіз особливостей генеративної функції дозволив виявити статистично значуще переважання жінок з первинним безпліддям (13,3%),

вторинне безпліддя зустрічалось майже вдвічі частіше та було діагностовано 20% жінок. Майже кожна третя жінка з аномальними матковими кровотечами та аутоімунним тиреоїдитом мала репродуктивні втрати в анамнезі (35%). У 16,7% пацієнток виявлено звичне невиношування вагітності. У 3,33% в анамнезі була позаматкова вагітність.

Висновок. Аналіз соматичних захворювань у жінок, хворих на аутоімунний тиреоїдит, демонструє їх вплив на розвиток гінекологічної патології, особливо порушень менструального циклу, зокрема аномальних маткових кровотеч, що потребує пошуку новітніх підходів до їх лікування та профілактики.

Ключові слова: аномальні маткові кровотечі, аутоімунний тиреоїдит, соматична патологія.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дана робота є частиною комплексної НДР кафедри акушерства та гінекології №2 Харківського національного медичного університету «Оптимізація діагностики та лікування при захворюваннях репродуктивної системи жінок», № державної реєстрації 0118U000931.

Вступ. Патологія тиреоїдної системи посідає одне з провідних місць серед екстрагенітальних захворювань жінок репродуктивного віку, тому що стан щитоподібної залози має безпосередній вплив на функцію статевої системи жінки [1]. Дослідження останніх років свідчать, що функціональні розлади репродуктивної системи з дисбалансом статевих гормонів та гонадотропінів можуть бути фактором розвитку патології щитоподібної залози [2, 3]. З іншого боку, патологія щитоподібної залози у пацієнток з гінекологічними захворюваннями зустрічається значно частіше, ніж у здорових жінок.

В останні роки суттєво збільшилася частота аномальних маткових кровотеч (АМК) у жінок

репродуктивного віку на тлі екстрагенітальної патології [4, 5, 6]. Незважаючи на значну кількість наукових досліджень з проблем АМК, питання особливостей соматичного та гінекологічного анамнезу, клінічних проявів АМК у жінок з патологією щитоподібної залози потребує більш глибокого вивчення для подальшого розроблення методів їх профілактики.

Мета дослідження – визначити особливості соматичного та гінекологічного статусу жінок з аномальними матковими кровотечами, хворих на аутоімунний тиреоїдит.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 120 жінок репродуктивного віку, з яких 90 хворих на АМК та 30 жінок без гінекологічної патології (контрольна група). Дослідження проведено в гінекологічному відділенні КНП ХОР «Харківська обласна клінічна лікарня» протягом 2019-2022 рр.

Пацієнтки з АМК були розподілені на 2 клінічні групи: 60 жінок з аутоімунним тиреоїдитом увійшли в основну групу та 30 жінок без ознак патології ЩЗ склали групу порівняння. Проведено дослідження та проаналізовані результати анамнестичних даних, соматичного та гінекологічного статусу, клініко-лабораторних та ультразвукових обстежень, консервативне та оперативне лікування.

Дослідження виконані з дотриманням основних положень «Правил етичних принципів проведення наукових медичних досліджень за участю людини», затверджених Гельсінською декларацією (1964-2013 рр.), ІСН GCP (1996 р.), Директиви ЄС № 609 (від 24.11.1986 р.), наказів МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р., № 944 від 14.12.2009 р., № 616 від 03.08.2012 р. Всі учасниці були інформовані щодо цілей, організації, методів дослідження та підписали форму «Добровільної інформованої згоди пацієнта на участь у дослідженні»; вжито всіх заходів для забезпечення анонімності пацієнтів.

Статистична обробка отриманих даних виконана за допомогою програми "Statistica 6.0".

Результати дослідження та їх обговорення.

Вивчено клініко-анамнестичні та лабораторні дані 120 пацієнок, зокрема, основної групи (50%), групи порівняння (25%) та контрольної групи (25%). Середній вік обстежених жінок з коливався від 20 до 49 років, у жінок з АМК він складав $35,5 \pm 3,4$ років, в жінок з АМК та АІТ становив $32,9 \pm 2,5$ років. Вік пацієнок, в яких причиною АМК була лейоміома матки з субмукозною локалізацією вузла, був приблизно однаковий і в середньому склав $42,6 \pm 3,8$ років. Жінки, включені до групи контролю, були у віці від 19 до 45 років (у середньому $30,7 \pm 1,9$ років).

За результатами дослідження було встановлено, що 82 (68,3%) усіх пацієнок проживали в

межах обласного (м. Харків) та районних центрів, 38 (31,7%) жінок мешкали у сільській місцевості.

Аналіз соціального статусу жінок показав, що 23 (19,2%) жінки не працювали, 72 (60%) обстежених були службовцями, працювали на виробництві 15 (12,5%), були студентками навчальних закладів 10 (8,3%) жінок.

З 60 хворих жінок на аутоімунний тиреоїдит у 29 (48,33%) жінок зберігався еутиреоз, у 28 (46,66%) – був субклінічний гіпотиреоз, у 3 (5,01%) – маніфестний гіпотиреоз. Всі хворі з субклінічним та маніфестним гіпотиреозом отримували тироксин у добовій дозі від 50 мкг до 100 мкг. При вивченні анамнезу захворювання щитоподібної залози, встановлення діагнозу АІТ чи поява симптоматики коливалася в широких межах: від 9 місяців до 15 років. В результаті аналізу даних анамнезу хворих основної групи виявлена спадкова схильність до захворювань щитоподібної залози у найближчих родичів кожної п'ятої пацієнтки з АІТ. Серед супутньої гінекологічної патології такі захворювання, як лейоміома матки, ендометріоз різної локалізації, гіперплазія ендометрія, зустрічалися частіше у пацієнок з матковими кровотечами у поєднанні з АІТ (38,3%). Крім того, фіброзно-кістозна мастопатія також відзначалася майже вдвічі частіше у пацієнок з АМК на тлі АІТ (25%), ніж у групі без патології ЩЗ, що може бути обумовлене гормональною залежністю вищезазначених захворювань, та є предиктором щодо розвитку спадкової ендокринної дисфункції і більшої сприйнятливості репродуктивної системи до екзо- та ендогенних факторів.

При вивченні соматичного статусу пацієнок з АМК у поєднанні з АІТ відзначено значуще переважання коморбідної соматичної патології (**табл. 1**). Майже у половини усіх пацієнок зустрічалися хронічні запальні захворювання носоглотки та дихальних шляхів (тонзиліти, ларинго-трахеїти, бронхіти).

Виявлено, що у пацієнок з АМК на тлі АІТ ця патологія зустрічалася майже вдвічі частіше (46,7%) ніж у жінок без аутоімунного тиреоїдиту. Серед соматичної патології часто виявляли захворювання серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, пролапс мітрального клапана). Гіпертонічну хворобу I та II ст. діагностовано у 28,3% всіх досліджуваних. У жінок з АМК на тлі АІТ відмічалось переважання цієї патології майже у чотири рази в порівнянні з хворими на АМК. На другому місці за частотою знаходилися захворювання травного тракту (хронічні гастрити, панкреатити, холецистити, дискінезії жовчовивідних шляхів) - ними страждала майже чверть жінок, однак у поєднанні з АІТ цей показник був дещо вищим, на відміну від жінок, які не мали патології ЩЗ.

Таблиця 1 – Соматична патологія в жінок з АМК

Екстрагенітальна патологія	АМК (n=30)		АМК + АІТ (n=60)		Контрольна група (n=30)	
	n	%	n	%	n	%
Захворювання дихальних шляхів	11	36,6	28	46,7***	8	26,7
Захворювання серцево-судинної системи	8	26,7*	25	41,7***	1	3,3
Захворювання ШКТ	7	23,3*	15	25*	1	3,3
Захворювання печінки та ЖВШ	8	26,7*	13	21,6*	1	3,3
Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок	4	13,3	5	8,3	-	-
Захворювання сечовидільної системи	7	23,3*	8	13,3***	2	6,7
Фіброзно-кістозна мастопатія	5	16,7	15	25**	-	-
Ожиріння	6	20	13	21,7	-	-
Анемія	5	16,7	18	30	-	-
Поєднана патологія	9	30	22	36,6	2	6,7

Примітки: * - у порівнянні з контрольною групою (p<0,05); ** - у порівнянні з хворими на АМК (p<0,05)

У кожної сьомої пацієнтки були виявлені проблеми з сечовидільною системою (хронічний цистит, пієлонефрит, сечокам'яна хвороба), Анемія зустрічалася у 19,2%, слід відзначити, що анемія була майже у 1,5 разів частіше у жінок, що мали маткові кровотечі на тлі АІТ (30%). Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок виявлена у 13,3% хворих на АМК та у 8,3% випадків при наявності АІТ. Ожиріння зустрічалося у обох групах жінок у майже у рівній мірі (20% та 21,7%).

Серед жінок із 2-3 супутніми захворюваннями найчастіше зустрічалися наступні поєднання: гіпертонічна хвороба та ожиріння (13%); гіпертонічна хвороба, хронічний панкреатит, варикозне розширення вен нижніх кінцівок (7%), хронічний пієлонефрит, фіброзно-кістозна мастопатія. У кожної третьої пацієнтки спостерігалось поєднання ожиріння, хвороб печінки та гіпертонічної хвороби. Слід відзначити, що у жінок з АМК без АІТ супутньої патології було вдвічі менше, ніж у групі, які страждають на АІТ.

При дослідженні менструальної функції пацієнток ми оцінювали вік менархе, регулярність та тривалість менструального циклу (МЦ), характер менструацій та порушення МЦ

(табл. 2). При зборі анамнестичних даних виявлено, що вік настання менархе у пацієнток основної групи з наявністю АМК як з АІТ, так і без патології щитоподібної залози варіював від 11 до 15 років. У контрольній групі жінок вік настання менархе також був від 11 до 16 років, та майже не мав відмінностей від основної групи. Даних за початок менархе раніше 11 років не виявлено у жодному випадку, а пізніше 14 років - у 18,3% обстежених жінок. З представлених даних випливає, що середній вік настання менархе у обстежених нами жінок дорівнював 13,5±1,2 років, достовірної різниці у віку початку менархе між основною групою та групою порівняння не визначено.

Виявлено, що майже у половини обстежених жінок відзначається 25-30-денна тривалість менструального циклу (47,5%), у групі пацієнток з АМК 10 (33,3%) жінок мали тривалість менструального циклу в межах від 18 до 24 днів та 14 (46,7%) жінок - 25-30-денний менструальний цикл, а у групі жінок з АМК на тлі АІТ ці показники склали 35% та 40% відповідно.

Таблиця 2 – Особливості менструального циклу обстежених жінок

Показники	АМК (n=30)		АМК + АІТ (n=60)		Контрольна група (n=30)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<i>Вік початку менархе</i>						
11-12 років	5	16,7	9	15	4	13,3
13-14 років	19	63,3	40	66,7	21	70
15-16 років і пізніше	6	20	11	18,3	5	16,7
M±m	13,5±1,2		13,5±1,4		13,6±1,1	
<i>Тривалість циклу (днів)</i>						
18-24	10	33,3	21	35*	4	13,3
25-30	14	46,7	24	40*	19	63,3
31-34	4	13,3	6	10*	7	23,3
> 35	-	-	1	1,7	-	
Нерегулярні	2	6,7	8	13,3	-	
M±m	26,1±2,3		25,8±1,6		27,8±2,1	
<i>Менструальні виділення</i>						
Мізерні	2	6,7	10	16,7*	2	6,7
Помірні	24	80	27	45***	28	93,7
Рясні	4	13,3	23	38,3**	-	-

Примітки: * – у порівнянні з контрольною групою (p<0,05); ** – у порівнянні з хворими на АМК (p<0,05)

Середня тривалість менструального циклу у жінок з АМК склала $26,1 \pm 2,3$ днів, у пацієнток з супутньою патологією ЩЗ - $25,8 \pm 1,6$ днів, це свідчить про те, що достовірних даних у різниці тривалості менструального циклу між групами пацієнток лише з матковими кровотечами та у поєднанні з АІТ не було. У групі контролю середня тривалість МЦ склала $27,8 \pm 2,1$ днів. Лише 1 (0,8%) жінка з когорти обстежених відмічала тривалість МЦ 35 днів, та відносилася до групи пацієнток з патологією ЩЗ. При аналізі отриманих даних, були виявлені порушення менструального циклу різного характеру. Нерегулярний менструальний цикл зустрічався вдвічі частіше у жінок з АМК на тлі АІТ, ніж у жінок без супутнього захворювання ЩЗ, був виявлений у 8 (13,3%) та 2 (6,7%) жінок відповідно. Нерідко, жінки пред'являли скарги на нерегулярний менструальний цикл, які зустрічалися у переважній більшості в пацієнток з АМК на тлі АІТ, періодичне вкорочення тривалості менструального циклу (на 8-10 днів) зустрічалися у жінок обох груп з однаковою частотою.

Відзначено, що скудні менструації (опсоолігоменорея) зустрічалися у кожній шостій пацієнтки з аутоімунним ураженням ЩЗ – 10 (16,7%) жінок, на відміну від 6,7% пацієнток без АІТ. Слід зазначити, що у групі пацієнток з патологією ЩЗ майже кожна третя відмічала рясні менструації (гіперполіменорея), зі згортками, що в деяких випадках призводили до вторинної анемії – 38,3%, у групі жінок без супутнього ураження ЩЗ, рясні менструації зустрічалися у 2,9 разів менше – 13,3% та мали помірні кров'янисті виділення у 80%. У групі контролю помірні менструації відмічали 28 (93,7%) жінок, мізерні – 2 (6,7%), скарг на рясні менструальні виділення не було. Таким чином, відсутність різниці між віком початку менструації у жінок з АМК та АМК на тлі АІТ може свідчити про більш пізній початок змін гормональних параметрів щитоподібної залози та маніфестації АІТ. Однак такі скарги, як затримка менструацій або навпаки вкорочення тривалості менструального циклу, мізерні та рясні менструації відмічені переважно у жінок з АІТ, що опосередковано визначає роль тиреоїдної дисфункції у розвитку порушень менструального циклу.

Відомо, що не останню роль у координації гормонального дисбалансу відіграє щитоподібна залоза, дисфункція якої у вигляді аутоімунних процесів призводить до порушень в роботі репродуктивної системи [7].

Під час дослідження анамнестичних даних, щодо репродуктивної функції ви-

значено, що кількість вагітностей була майже однаковою у всіх обстежених пацієнток: з АМК, з АМК на фоні АІТ та в контрольній групі, і дорівнювала $3,8 \pm 0,46$; $3,1 \pm 0,62$; $3,4 \pm 0,48$ відповідно (табл. 3). У переважній більшості жінок з АМК на фоні АІТ (85%) були одна та більше вагітностей, з яких одними пологами закінчилися вагітності у 37 жінок, двома та більше - у 11, що склало 61,7% та 18,3% відповідно. 33,3 % жінок мали первинне або вторинне безпліддя, тобто майже кожна третя жінка з АІТ мала проблеми з настанням вагітності при регулярному статевому житті без контрацепції, за умов, що чоловік обстежений та здоровий.

Аналіз особливостей генеративної функції дозволив виявити статистично значуще переважання жінок з первинним безпліддям (13,3%), вторинне безпліддя зустрічалось майже вдвічі частіше та було діагностовано 20% жінок. Майже кожна третя жінка з АМК та АІТ мала репродуктивні втрати в анамнезі (35%). У 16,7% пацієнток виявлено звичне невиношування вагітності. У 3,33% в анамнезі була позаматкова вагітність. Також слід зазначити, що в анамнезі досліджуваних жінок виявлена велика кількість штучних абортів - у 70% жінок. У більшості випадків штучні аборти були у терміні вагітності до 6 тижнів, та проведені за власним бажанням респонденток, однак відомо, що аборт є стресовим фактором, який може спровокувати розвиток АІТ або погіршити його перебіг. Одними пологами закінчилися 43,3% вагітностей. Слід зазначити, що у групі пацієнток з АМК без патології ЩЗ із 28 жінок, що мали вагітності, майже у половини (46,7%) було 2 або більше пологів, цей показник був в 2,5 рази нижче у жінок з супутньою патологією ЩЗ. Кількість штучних абортів у жінок

Таблиця 3 – Репродуктивна функція обстежених жінок

Показник	АМК (n=30)		АМК + АІТ (n=60)		Контрольна група (n=30)		
	абс	%	абс	%	абс	%	
Вагітності	0	2	6,7	9	15	1	
	1	9	30	15	25	10	33,3
	≥2	19	63,3	36	60	19	63,3
Аборти	0	7	23,3	15	25	17	56,7
	1	13	43,3	19	31,7	8	
	≥2	8	26,7	23	38,3	4	13,3
Самовільні викидні	0	24	80	30	50	27	90
	1	3	10	11	18,3	1	3,3
	≥2	2	6,7	10	16,7	0	0
Пологи	0	3	10	12	20	2	3,3
	1	13	43,3	37	61,7	13	43,3
	≥2	14	46,7	11	18,3	15	50
Безпліддя	I	2	6,7	8	13,3	-	-
	II	3	10	12	20	-	-

з АІТ та без – була однаковою. При порівнянні отриманих даних, звертає на себе увагу той факт, що кількість самовільних викиднів у групі жінок з АМК була майже у 2 рази меншою, ніж у групі жінок з АМК на тлі АІТ, при майже однаковій кількості штучних абортів у обох групах.

Необхідно відзначити, що частина пацієнок 8 (13,8%) через 3-6 місяців після пологів відзначала дебют АІТ. Це можна пояснити тим, що під час вагітності відбуваються суттєві зміни у функції ЩЗ [8]. Підвищення рівня естрогенів викликає збільшення рівня тироксинзв'язуючого глобуліну, кількість зв'язаних тиреоїдних гормонів, β-ХГЛ, також збільшується, що має властивості ТТГ, який дещо збільшує рівень вільного Т4, що за принципом зворотного зв'язку пригнічує синтез ТТГ [9,10,11]. Виникає стан гіпертироксинемії або гестаційний транзиторний тиреотоксикоз. Вже на початкових стадіях гіперплазії щитоподібної залози розвиваються типові для субклінічного гіпотиреозу зміни гормонопоезу, що в подальшому викликає розлади репродуктивної функції, а саме сприяє безпліддю, самовільним викидням, звичним невиношуванням вагітностей та розвитком гіперпластичних процесів ендометрія [12].

Проаналізувавши гінекологічний анамнез, тривалість захворювання на АМК, етапи диспансерного спостереження та лікування, нами встановлено, що у більшості пацієнок обох груп з АМК та АМК+АІТ тривалість захворювання становила до 3 місяців. Тривалість захворювання від 3 до 6 міс. у вищезазначених групах у середньому склала 3,2±1,2% та 3,7±1,5%, відповідно (p>0,05) (табл. 4). Порушення менструального циклу відмічали 45 пацієнок (75%) з АМК на тлі АІТ та 20 жінок (66,7%) без патології ЩЗ. У структурі переважали АМК за типом міжменструальних кровотеч або кровомазання до та після менструації – 38 випадків (63,3 %) та 14 випадків (46,7%) з АІТ та без,

відповідно. Це означає, що майже для кожної другої жінки, основною причиною звернень до лікаря-гінеколога стає порушення менструального циклу у вигляді кров'янистих виділень з піхви, дещо частіше ця скарга зустрічається у жінок з порушеною функцією ЩЗ. 15 жінок (25%) з АІТ та 9 пацієнок без, пред'являли скарги на рясні менструації (зазвичай тривалістю до 8 днів), гіпоменструальний синдром та аменореї – дані скарги не входили до плану нашої роботи, а жінки з даними симптомами у дослідження не залучали. Больовий синдром у вигляді періодичного ниючого болю внизу живота або у поперековій ділянці непокоїв майже половину обстежених жінок I та II груп, та склав 46,7% (28 жінок) та 50% (15 жінок) відповідно. Синдром хронічного тазового болю відмітили у кожній четвертій пацієнтки з аутоімунним ураженням ЩЗ – 15 (25 %), та у 13,3% (4 пацієнок) без АІТ. У групі контролю на розлади МЦ вказали у 10,0 % спостереженнях.

Аналіз проведених спостережень підтверджує роль преморбідного дисбалансу в системі регуляції менструальної та репродуктивної функцій, що вимагає оптимізації діагностичного алгоритму та лікувальних заходів.

Під час ультразвукового обстеження у пацієнок усіх груп виявлено супутню патологію ендометрія, які у переважній більшості були поєднаними. У 48 (80%) пацієнок з АМК на тлі АІТ діагностовано гіперплазію ендометрія (ГЕ). Поєднання гіперплазії ендометрія та поліпа чи поліпів ендометрія та цервікального каналу зустрічались майже у кожній третій жінки (35,3%) з матковими кровотечами, що мали патологію ЩЗ. У групи жінок без порушень функції ЩЗ, гіперплазія ендометрія зустрічалась у 1,3 рази менше, та дорівнювала 63,3%, серед яких поєднання гіперплазії ендометрія та поліпа ендометрія зустрічалась частіше у 1,6 разів – 56,7% (p<0,05). Що стосується

гіперпроліферативних процесів, зокрема лейоміома матки, аденоміоз та ГЕ, в різних варіантах виявлялася дещо частіше у хворих з АІТ. Поєднання ГЕ з лейоміомою виявлене у 25 жінок (45%), що майже у 2,5 рази частіше ніж у жінок без АІТ (16,7%); комбінація ГЕ з аденоміозом у жінок з АІТ склала 36,7%, а у пацієнок лише з АМК цей показник дорівнював 25%, у 20% випадків АМК+АІТ зустрічались поєднання ГЕ, лейоміоми та аденоміозу. У групи жінок без тиреоїдної патології таке

Таблиця 4 – Особливості захворювання обстежених жінок

Показник		АМК (n=30)		АМК + АІТ (n=60)		Контрольна група (n=30)	
		абс	%	абс	%	абс	%
Тривалість скарг	< 3 міс	11	36,7	26	43,3	-	-
	3-6 міс.	15	50	24	40	-	-
	≥6 міс	4	13,3	10	16,7	-	-
Порушення МЦ	Міжменструальні кров'янисті виділення до та після менструації	14	46,7	38	63,6	-	-
	Рясні та тривалі менструації	9	30	15	25	-	-
Больовий синдром		15	50	28	46,7	3	10

поєднання зустрічалося майже вдвічі рідше – 13,3% ($p < 0,05$).

Також однією з причин АМК було поєднання поліпа ендометрія з лейоміомою матки, що зустрічалося у кожної 10 пацієнтки без АІТ, та майже у кожної четвертої жінки з дисфункцією ЩЗ. Частка жінок, що мали поліп ендометрія у поєднанні з аденоміозом склала 24,4% обстежених I та II груп, більшість з яких мали патологію ЩЗ, на відміну від жінок з нормальною функцією ЩЗ та склала 31,5% та 10% відповідно. Випадки, коли причиною АМК була лейоміома матки з субмукозною локалізацією вузла (0, 1 або 2 типи, розмірами до 3 см в діаметрі) склали в загальній кількості 16,7%, та зустрічались у 8 жінок з АМК+АІТ, що становило 13,3%, та лише у 2 жінок без супутнього захворювання тиреоїдної системи, що склало 6,7%. Випадки аномалій розвитку внутрішніх статевих органів та внутрішньоматкових синехій зустрічались вкрай рідко (1,7%) та були у групі жінок з патологією ЩЗ.

Отримані результати обумовили підвищену кількість оперативних втручань на органах малого тазу у пацієнок з АМК та АІТ (33,3 %) порівняно з групою лише з АМК (26,7%; $p < 0,05$), зокрема оперативні втручання на додатках матки склали 70% у пацієнок з АІТ та 44,4% без патології ЩЗ. Серед доброякісних та ретенційних утворень яєчників у пацієнок досліджуваних груп найчастіше зустрічались функціональні кісти – 35% та 22,2% у жінок з АІТ та без, відповідно, ендометріодні кісти – 20% та 10% відповідно. Структурні зміни яєчничкової тканини, характерні для СПКЯ, були верифіковані в основному у пацієнок з АІТ (15%), що пов'язано з обмінно-ендокринними особливостями патогенезу гіперпроліферативних процесів та збільшує їх ризик у 1,5 раза. Також спостерігалось збільшення кількості малих оперативних втручань – зокрема на шийці матки у пацієнок з АМК на фоні АІТ та без були майже однаковими – 30% в обох групах.

Слід відмітити, що у опрацьованій медичній документації незалежно від наявності патології ЩЗ, найбільш частими скаргами у жінок з патологією ендометрія у вигляді поліпа ендометрія, як ізольованого, так і у поєднанні, були ниючий біль внизу живота (85%), міжменструальні кров'яністі

виділення (45%) та поєднання даних скарг. Основними скаргами, що виникали у 78% випадків при лейоміомі матки з субмукозною локалізацією вузла були рясні (середній об'єм крововтрати склав $248 \pm 8,4$ балів проти $54,6 \pm 3,3$ балів у контрольній групі ($p < 0,05$)) та тривалі кровотечі, що у 30% призводили до вторинної анемії. Оцінка вікового статусу усіх обстежених дозволила відмітити зростання з віком частоти гіперплазії ендометрія та лейоміоми матки, що можна пов'язати із гормональною перебудовою у пременопаузальному періоді, а також зі збільшенням частки екстрагенітальних захворювань та їх коморбідністю.

Поєднання дисфункції ЩЗ зі структурними змінами ендометрія опосередковано визначає роль патології ЩЗ у розвитку гіперпластичних процесів органів репродуктивної системи [13]. Порушення гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничкової системи, гормонозалежні гінекологічні хвороби разом із екстрагенітальною патологією відіграють вирішальну роль у розвитку гіперпластичних процесів ендометрію [14]. Відносна та/або абсолютна гіперестрогенемія, як ланка єдиного патогенетичного ланцюга проліферативних процесів погоджує вірогідність поєднання поліпу ендометрія, гіперплазії ендометрія, лейоміоми, аденоміозу та патології щитоподібної залози. Відомості про перебіг АМК у жінок з тиреоїдною дисфункцією нечисельні, однак в літературі описані відхилення від норми функціонального стану щитоподібної залози у випадку патологічних змін ендометрія, що говорить про можливе взаємне обтяження гінекологічних та ендокринних захворювань [15].

Висновок. Аналіз соматичних захворювань у жінок, хворих на аутоімунний тиреоїдит, демонструє їх вплив на розвиток гінекологічної патології, особливо порушень менструального циклу, зокрема аномальних маткових кровотеч, що потребує пошуку новітніх підходів до їх лікування та профілактики.

Перспектива подальших досліджень. Подальші дослідження будуть спрямовані на визначення впливу рівня гормонів щитоподібної залози патології на результати лікування пацієнок з аномальними матковими кровотечами.

References

1. Taylor PN, Albrecht D, Scholz A, Gutierrez-Buey G, Lazarus JH, Dayan CM, et al. Global epidemiology of hyperthyroidism and hypothyroidism. *Nat Rev Endocrinol*. 2018;14(5):301-16. PMID: 29569622. doi: 10.1038/nrendo.2018.18
2. Joshi BR, Rizal S, Subedi S. Thyroid Dysfunction in Patient with Abnormal Uterine Bleeding in a Tertiary Hospital of Eastern Nepal: A Descriptive Cross-sectional Study. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2021;59(239):635-9. PMID: 34508505. PMID: PMC9107865. doi: 10.31729/jnma.6487
3. Andriiets' OA, Yuz'ko OM, Tsysar YuV. Asotsiatsiia hennoho polimorfizmu z menorahiiamy, poiednanyu z ty-reoidnoiu patolohiieiu [Association of gene polymorphism with menorrhagia associated with thyroid pathology]. *Reprod Endokrynol*. 2020;6:73-4. [Ukrainian]. doi: 10.18370/2309-4117.2020.56.73-77

4. Benetti-Pinto CL, Japur de Sá Rosa-E-Silva AC, Yela DA, Soares Júnior JM. Abnormal Uterine Bleeding. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2017;39(7):358-68. PMID: 28605821. doi: 10.1055/s-0037-1603807
5. Marnach ML, Laughlin-Tommaso SK. Evaluation and Management of Abnormal Uterine Bleeding. *Mayo Clin Proc.* 2019;94(2):326-35. PMID: 30711128. doi: 10.1016/j.mayocp.2018.12.012
6. Verma K, Verma S, Rajoria L. A cross sectional study to evaluate the relation between thyroid disorders and abnormal uterine bleeding in reproductive age group. *Indian J Obstetr Gynecol Res.* 2019;6(2):177-180. doi: 10.18231/j.ijogr.2019.041
7. Thakur M, Maharjan M, Tuladhar H, Dwa Y, Bhandari S, Maskey S, et al. Thyroid Dysfunction in Patients with Abnormal Uterine Bleeding in a Tertiary Care Hospital: A Descriptive Cross-sectional Study. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2020;58(225):333-7. PMID: 32538929. PMCID: PMC7654461. doi: 10.31729/jnma.5033
8. Munro M G. Practical aspects of the two FIGO systems for management of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2017;40:3-22. PMID: 27836285. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2016.09.011
9. Khafaga A, Goldstein SR. Abnormal Uterine Bleeding. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2019;46(4): 595-605. PMID: 31677744. doi: 10.1016/j.ogc.2019.07.001
10. Annaldasula A, Gouroju S. Consideration of thyroid dysfunction for menstrual abnormalities in premenopausal women. *Int J Integrat Med Scien.* 2018;5(6):650-4. doi: 10.16965/ijims.2018.116
11. Mendes D, Alves C, Silverio N, Marques F. B. Prevalence of Undiagnosed Hypothyroidism in Europe: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Eur Thyroid J.* 2019;8(3):130-143. PMID: 31259155. PMCID: PMC6587201. doi: 10.1159/000499751
12. Yuzko OM. Porushennya funktsiya shchytovidnoyi zalozy v zhinok iz bezplidnyam ta anomalnymy matkovy-my krovotechamy [Dysfunction of the thyroid gland in women with infertility and abnormal uterine bleeding]. *Klin Eksp Med.* 2018;17(3):109-12. [Ukrainian]. doi: 10.24061/1727-4338.XVII.3.65.2018.142
13. Deshmukh PY, Boricha BG, Pandey A. The association of thyroid disorders with abnormal uterine bleeding. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2015;4(3):701-8. doi: 10.18203/2320-1770.ijrcog20150077
14. Barya S, Goyal S, Maheshwari S. Evaluation of Thyroid Dysfunction in Abnormal Uterine Bleeding. *Int J Health Clin Res.* 2021;4(2):142-4. PMID: 32028485. doi: 10.1097/AOG.0000000000003693
15. Tehseen M, Naushaba R, Syed FU, Shahla AM. Abnormal uterine Bleeding in Patient Having Thyroid Dysfunction. *Int J Multidiscipl Curr Res.* 2020;8:196-200. doi: 10.14741/ijmcr/v.8.2.7

UDC 618.14-008.6-616.441-002

Peculiarities of Somatic and Gynecological Status of Women with Abnormal Uterine Bleeding with Autoimmune Thyroiditis
Alekseeva O. S. Lazurenko V. V.

Abstract. *The purpose of the study was to determine the peculiarities of somatic and gynecological status of women with abnormal uterine bleeding, who have autoimmune thyroiditis.*

Materials and methods. 120 women of reproductive age, of whom there were 90 patients with abnormal uterine bleeding and 30 women without gynecological pathology (control group), were examined. Patients from the main group were divided into 2 clinical groups: 60 women with autoimmune thyroiditis were included in the main group and 30 women without signs of thyroid gland pathology made up the comparison group. The research was conducted and the results of anamnestic data, somatic and gynecological status, clinical laboratory and ultrasound examinations, conservative and operative treatment were analyzed. The study was conducted in the gynecological department of the Communal Non-Commercial Enterprise of the Kharkiv Regional Council "Kharkiv Regional Clinical Hospital" during 2019-2022. Statistical processing of the obtained data was performed using the "Statistica 6.0" program.

Results and discussion. As a result of the analysis of the anamnesis data of the patients of the main group, a hereditary predisposition to thyroid gland diseases was revealed in the closest relatives of every fifth patient with autoimmune thyroiditis. Among the concomitant gynecological pathology, such diseases as uterine leiomyoma, endometriosis of various localization, endometrial hyperplasia were more common in patients with uterine bleeding in combination with autoimmune thyroiditis (38.3%). In addition, fibrocystic mastopathy was also observed almost twice as often in patients with abnormal uterine bleeding against the background of autoimmune thyroiditis (25%) than in the group without thyroid gland pathology, which may be due to the hormonal dependence of the above-mentioned diseases, and is a predictor of the development of hereditary endocrine dysfunction and greater susceptibility of the reproductive system to exogenous and endogenous factors.

When studying the somatic status of patients with abnormal uterine bleeding in combination with autoimmune thyroiditis, a significant prevalence of comorbid somatic pathology was noted. Among women with 2-3 concomitant diseases, the following combinations were most common: hypertension and obesity (13%);

hypertension, chronic pancreatitis, varicose veins of the lower extremities (7%), chronic pyelonephritis, fibrocystic mastopathy. Every third patient had a combination of obesity, liver disease, and hypertension. It should be noted that in women with abnormal uterine bleeding without autoimmune thyroiditis, the accompanying pathology was twice as low as in the group suffering from the specified thyroid disease.

Menstrual cycle disorders of various nature were detected. Irregular menstrual cycle occurred twice as often in women with abnormal uterine bleeding against the background of autoimmune thyroiditis than in women without concomitant thyroid disease – in 8 (13.3%) and 2 (6.7%) women, respectively.

The analysis of the peculiarities of the generative function allowed to reveal a statistically significant predominance of women with primary infertility (13.3%). Secondary infertility occurred almost twice as often and was diagnosed in 20% of women. Almost every third woman with abnormal uterine bleeding and autoimmune thyroiditis had a history of reproductive loss (35%). In 16.7% of patients, habitual miscarriage was revealed. 3.33% had a history of ectopic pregnancy.

Conclusion. The analysis of somatic diseases in women with autoimmune thyroiditis demonstrates their influence on the development of gynecological pathology, especially menstrual cycle disorders, in particular abnormal uterine bleeding, which requires the search for new approaches to their treatment and prevention.

Keywords: abnormal uterine bleeding, autoimmune thyroiditis, somatic pathology.

ORCID and contributionship:

Olena S. Alekseeva : 0000-0002-3736-1833 ^{A,B,E}

Victoriya V. Lazurenko : 0000-0002-7300-4868 ^{A,C,D,E,F}

A – Work concept and design, B – Data collection and analysis,
C – Responsibility for statistical analysis, D – Writing the article,
E – Critical review, F – Final approval of the article

CORRESPONDING AUTHOR

Victoriya V. Lazurenko

Kharkiv National Medical University,
Obstetrics And Gynecology №2 Department
13, Nezalezhnosti Ave, Kharkiv 61000, Ukraine
tel: +380505823350, e-mail: vlazur13@gmail.com

The authors of this study confirm that the research and publication of the results were not associated with any conflicts regarding commercial or financial relations, relations with organizations and/or individuals who may have been related to the study, and interrelations of coauthors of the article.

Стаття надійшла 09.10.2022 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування