



ВПЛИВ ДИСФУНКЦІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ НА РЕПРОДУКТИВНУ СИСТЕМУ ЖІНКИ. СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ФІТОТЕРАПІЇ



В.І. ПАНЬКІВ

д. мед. н., професор, завідувач відділом клінічної тиреодології Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України
ORCID: 0000-0002-9205-9530

Контакти:

Паньків Володимир Іванович
УНПЦ ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, відділ клінічної тиреодології
01021, Київ, Кловський узвіз, 13а
тел.: +38 (067) 792 62 47
e-mail: vipankiv@mail.ru

ВСТУП

Репродуктивна система жінки – чітко організована система зі взаємопов'язаними структурними та функціональними елементами, підпорядкованими різним рівням регуляції. Весь каскад процесів, необхідних для дозрівання фолікула, овуляції, запліднення, функціонування жовтого тіла, підготовки ендометрія до імплантації, а також успішного продовження вагітності залежить від злагодженого функціонування складної нейроендокринної системи, куди входять жіночі статеві органи, щитоподібна залоза (ЩЗ), надниркові залози та вищі регуляторні центри (гіпоталамус, гіпофіз і центральна нервова система). Найменше порушення функціонування будь-якої з цих ланок може призвести до розладу функціонування всієї складної репродуктивної системи жінки, яка забезпечує реалізацію генеративної діяльності [7].

ВПЛИВ ЩЗ НА РЕПРОДУКТИВНУ ФУНКЦІЮ ЖІНКИ

Вплив ЩЗ на репродуктивну систему реалізується як через периферичні ендокринні залози (гонади і надниркові залози), так і через центральні структури (нейротрансмітерну і гіпоталамо-гіпофізарну системи). Підвищений або знижений вміст тиреоїдних гормонів змінює процеси стероїдогенезу, впливаючи на гонади безпосередньо, а також через гіпоталамо-гіпофізарну систему, порушуючи тим самим механізм їх взаємовідносин, насамперед принцип негативного зворотного зв'язку. Вплив тиреоїдної патології на менструальну і репродуктивну функції пояснюється і метаболічними порушеннями (особливо зниженням обмінних процесів при гіпотиреозі), які змінюють чутливість рецепторних систем до гормональних впливів на різних рівнях регуляції [5].

Функція ЩЗ тісно пов'язана з системою гіпоталамус-гіпофіз-яєчники, перш за все, завдяки наявності загальних центральних механізмів регуляції. ЩЗ належить до найважливішої ланки нейроендокринної системи і здійснює суттєвий вплив на репродуктивну функцію. Порушення функції ЩЗ можуть стати причиною передчасного або пізнього статевого дозрівання, розладів менструального циклу, ановуляції, неплідності, невиношування вагітності, патології плода. В свою чергу, стан репродуктивної системи має виражений вплив на функцію ЩЗ. Це підтверджується зміною тиреоїдної функції під час вагітності та лактації, при доброякісних пухлинах та гіперпластичних процесах жіночих статевих органів, у пацієнток із дисфункціональними матковими кровотечами [1].

ЩЗ як найбільший орган внутрішньої секреції продукує гормони тироксин (T_4) і трийодтиронін (T_3). Рівновага в системі гіпофіз-щитоподібна залоза зумовлена взаємодією тропних гормонів гіпофіза та ефektorних ендокринних залоз. Збільшення ЩЗ, навіть за відсутності клінічних ознак, є ранньою ознакою внутрішніх негараздів, і нерідко хоча б мінімальної недостатності тиреоїдних гормонів [3].

Основна функція ЩЗ – забезпечення організму достатньою кількістю тиреоїдних гормонів, необхідних для нормального функціонування практично всіх органів і систем організму. Вони регулюють процеси розвитку, дозрівання, оновлення майже всіх тканин та органів і мають надзвичайно велике значення для закладення і розвитку головного мозку плода, формування інтелекту дитини, росту і дозрівання скелета, статевої системи, впливають на статевий розвиток, менструальну функцію та фертильність. Тиреоїдні гормони забезпечують реалізацію генетично успадкованої інформації в конкретний

людський образ (за відсутності ЩЗ без замісної терапії розвивається розумова відсталість). Тобто, якою б геніальною спадковою інформацією від предків не володіла б дитина, за відсутності тиреоїдних гормонів це не буде реалізовано. Тиреоїдні гормони контролюють теплопродукцію, підвищують споживання кисню та швидкість реакцій обміну, впливають на психічний стан організму та його опірність до несприятливих факторів довкілля, на фізичний і психічний розвиток, диференціювання і формування тканин [6].

Функцію ЩЗ регулює тиреотропний гормон (ТТГ) гіпофіза, секрецію якого контролює тиреотропін-релізінг гормон (ТРГ) гіпоталамуса. ТРГ також стимулює секрецію пролактину. Доведено, що лютеїнізуючий гормон (ЛГ), фолікулостимулюючий гормон (ФСГ), людський хоріонічний гонадотропін та ТТГ є складними глікопротеїдами, які складаються з α - та β -субодиниць. Структура α -субодиниці ЛГ, ФСГ, хоріонічного гонадотропіну і ТТГ ідентична, а β -субодиниця – специфічна для кожного гормону і визначає його лютеїнізуючу, фолікулостимулюючу та тиреотропну активність.

Естрогени стимулюють функцію ЩЗ за рахунок інтенсифікації синтезу тироксина зв'язуючого глобуліну в печінці. Експериментальні дослідження показали наявність рецепторів до ТТГ і T_3 в яєчнику, що визначає можливість прямого впливу дисфункції ЩЗ на стероїдогенез, овуляцію, функцію жовтого тіла. Передня частка гіпофіза є основною ланкою, за допомогою якої відбувається взаємозв'язок між яєчниками та ЩЗ. Естрогени і тиреоїдні гормони можуть змінювати екскрецію ТТГ та пролактину, впливаючи на різні рівні регуляції утворення і секреції ТРГ та специфічні гормональні реакції передньої частки гіпофіза. Дисбаланс тиреоїдних гормонів може змінювати концентрацію активних стероїдів всередині клітин-мішеней гіпоталамуса та гіпофіза, порушуючи таким чином механізм позитивних та негативних зворотних зв'язків.

При захворюваннях ЩЗ з порушенням тиреотропної функції гіпофіза змінюється продукція і синхронність викиду ТРГ – одного з регуляторів пульсаторного виділення гонадоліберину.

Таким чином, чітко визначається багатосторонній механізм впливу патології ЩЗ на менструальну і репродуктивну функції жінки. Поряд з цим є відмінності в порушеннях репродуктивної системи залежно від форми патології ЩЗ.

ПАТОЛОГІЯ ЩЗ ТА СТАН РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ ЖІНКИ

За останні десятиріччя в структурі ендокринних захворювань невпинно прогресують захворювання ЩЗ. В подальшому можна очікувати збільшення кількості пацієнтів із такою патологією.

Дисфункція ЩЗ поліетіологічна, пов'язана з аномалією розвитку, генетичною аутоімунною патологією, дефіцитом Т-супресорів, запальним процесом у тканині залози, природженим дефектом ферментних систем, медикаментозною терапією, струмогенним ефектом дефіциту мікроелементів (йод, селен, кобальт, хром, мідь, магній та ін.), іншими причинами. Розрізняють зниження функції ЩЗ (гіпотиреоз), підвищення (гіпертиреоз), а також різні форми тиреоїдитів із різним функціональним станом ЩЗ.

Проблеми, що пов'язані з патологією ЩЗ та станом репродуктивної системи жінки, важливі як з теоретичних, так і практичних позицій загальної клінічної і гінекологічної ендокринології.

Проблема йодного дефіциту

Порушення функції ЩЗ у вигляді гіпо- та гіпертиреозу спостерігається при різних патологічних станах. Важливим чинником, який визначає розповсюдженість та нозологічну структуру захворювань ЩЗ в популяції, є рівень вживання йоду. Йод – невід'ємний субстрат для синтезу гормонів ЩЗ. Недостатність йоду призводить до зниження продукції тиреоїдних гормонів та розвитку йододефіцитних захворювань (ЙДЗ), найтяжчі з яких пов'язані з порушенням репродуктивної функції жінки, невиношуванням вагітності та патологією плода. ЙДЗ – комплекс патологічних порушень, розвитку яких можна повністю запобігти в разі адекватного споживання йоду. Для України проблема йодного дефіциту залишається актуальною, оскільки не існує територій, де населення не зазнавало б ризику розвитку ЙДЗ. Ці порушення змінюються з віком та фізіологічним станом. В будь-якому віці може розвинути зоб (дифузне збільшення ЩЗ або поява вузлів) і порушення функції ЩЗ. У вагітних жінок підвищується ризик невиношування та вроджених аномалій плода. У новонароджених дітей – ризик дитячої смертності на першому році життя, кретинізм (виражений ступінь розумової відсталості), в подальші роки – затримка фізичного та розумового розвитку [9].

Нестача йоду негативно впливає на репродуктивну систему, призводить до ускладнень процесу закладки органів і систем ембріона та протікання самої вагітності, а тому значною мірою визначає загальний потенціал здоров'я жінки. Достатня забезпеченість жінки йодом під час вагітності обумовлює нормальне функціонування її ЩЗ. Гормони ЩЗ матері, проникаючи через плаценту, від самого початку беруть участь у закладенні та розвитку органів і систем ембріона, особливо нервової, серцево-судинної систем та опорно-рухового апарату. Після 12–14 тижня вагітності ЩЗ плода починає виробляти власні гормони, які значною мірою впливають на подальший розвиток органів і систем. На цьому етапі йод важливий для забезпечення функціонування ЩЗ плода та матері. Після народження головний мозок дитини продовжує розвиватись вже під впливом власних гормонів ЩЗ. В цей період основним джерелом йоду для новонародженого є молоко матері [12].

Крім дефіциту йоду, розвитку захворювань ЩЗ сприяють екологічна та радіологічна ситуація, хронічні стресові стани, інфекційні захворювання, імунні зміни [15].

Усім жінкам репродуктивного віку, які проживають в регіоні природного йодного дефіциту, рекомендується використання в харчуванні йодованої солі. Індивідуальну йодну профілактику слід розпочинати на етапі підготовки до вагітності (прегравідарної підготовки) принаймні за 2–3 місяці та продовжувати під час вагітності і в період лактації у вигляді препаратів йодиду калію (200 мкг/доба). Йодовмісні біологічно активні добавки з метою індивідуальної йодної профілактики вагітним жінкам вживати не слід. Носійство антитіл до тиреоїдної пероксидази не вважається проти-

показанням до призначення йодиду калію, хоча і потребує динамічного контролю функції ЩЗ упродовж вагітності. Протипоказанням для призначення індивідуальної йодної профілактики під час вагітності є тиреотоксикоз (дифузний токсичний зоб, тиреотоксична аденома).

Гіпотиреоз

Розповсюдженість гіпотиреозу в популяції складає 0,2–2%, а серед жінок репродуктивного віку цей показник досягає 2–5%. Гіпотиреоз – найчастіший варіант порушення функції ЩЗ, у тому числі в жінок із неплідністю. Його частота в цій групі жінок перебуває в межах від 2 до 25%.

Субклінічний гіпотиреоз (підвищений рівень ТТГ при нормальному рівні вільного T_4) може стати причиною порушень менструального циклу та неплідності. Навіть за умов настання вагітності при субклінічному чи маніфестному гіпотиреозі в таких жінок спостерігається високий ризик невиношування вагітності, порушення розвитку плода та акушерських ускладнень [8].

Гіпотиреоз розділяють на первинний (тиреогенний), вторинний (гіпофізарний) та третинний (гіпоталамічний). Переважна кількість випадків гіпотиреозу обумовлена патологією ЩЗ (первинний гіпотиреоз). Найчастіше він розвивається внаслідок аутоімунного тиреоїдиту, а також після операцій на ЩЗ і терапії радіоактивним йодом. Вторинний і третинний гіпотиреоз розвиваються внаслідок дефіциту ТТГ і ТРГ. Диференційна діагностика складна, тому їх часто об'єднують терміном «центрально-гіпоталамо-гіпофізарний гіпотиреоз».

Недостатня функція ЩЗ супроводжується розладами в гіпоталамо-гіпофізарній системі, що призводить до порушень менструальної та репродуктивної функції жінки. Механізм впливу гіпотиреозу на репродуктивну систему пояснюється тим, що за умов дефіциту тиреоїдних гормонів підсилюється ріст тиреотрофів, які продукують підвищену кількість ТТГ, пригнічується функція гіпофіза, що синтезує ЛГ, знижується реактивність рецепторів гіпофіза по відношенню до пригнічення дії естрогенів на ФСГ, що призводить до гіперфункції останнього [4]. Первинний гіпотиреоз супроводжується порушенням менструального циклу як за типом гіпоменструального синдрому або аменореї, так і поліменореї. Нерідко виявляється синдром галактореї-аменореї, а також порушення репродуктивної функції при регулярному менструальному циклі. При цьому у 10–25% жінок спостерігається неповноцінна лютеїнова фаза або монофазний цикл [17]. З урахуванням однонаправленої зміни рівнів ТТГ і пролактину не виключена поява змін у репродуктивній системі при патології ЩЗ. А надлишкова секреція пролактину є причиною порушень менструальної і генеративної функції більш ніж у 50–75% випадків. Слід підкреслити, що в реальній клінічній практиці частіше трапляється періодична і прихована гіперпролактинемія [2].

При первинному гіпотиреозі відзначається патологія менструальної функції (понад 50%), у тому числі аменорея (10%). При вродженому гіпотиреозі порушується статеве дозрівання, частіше затримується формування вторинних статевих ознак, спостерігається первинна аменорея (синдром Ван-Віка-Россе-Геннеса). При гіпотиреозі, який розвинувся в репродуктивному віці, відзначаються ановуляторні

цикли, вторинна аменорея, неплідність або невиношування вагітності. Патологія генеративної системи при гіпотиреозі найчастіше проявляється гіперпролактинемією, яка є наслідком змін нейротрансмітерних механізмів, особливо рівня дофаміну – інгібітора біосинтезу пролактину. Порушення пролактинінгібуючих механізмів призводить до підвищеної продукції пролактину з порушенням функції гіпофіза і процесів стероїдогенезу [13].

Аутоімунний тиреоїдит

Аутоімунний тиреоїдит – органоспецифічне захворювання, основна причина первинного гіпотиреозу. Діагноз аутоімунного тиреоїдиту можна поставити на основі поєднаних ознак первинного гіпотиреозу (маніфестний або стійкий субклінічний) і наявності антитіл до тиреоїдної пероксидази, ультразвукових ознак аутоімунної патології (дифузне зниження ехогенності тканини ЩЗ). За відсутності хоча б однієї з ознак діагноз аутоімунного тиреоїдиту є лише ймовірним.

Слід зазначити, що аутоімунні захворювання ЩЗ можуть поєднуватись із аутоімунним ураженням інших органів, у тому числі й репродуктивної системи (ендометріоз, синдром виснаження яєчників). Найчастіше антитіла до ЩЗ виявляють у жінок із неплідністю та ендометріозом. Майже в третини жінок із передчасною яєчникомовою недостатністю наявна аутоімунна патологія ЩЗ [10].

Незалежно від форми тиреоїдиту хвороба може перебігати з явищами гіпо-, гіпертиреозу або з нормальною функцією ЩЗ. При гострих тиреоїдитах наявні симптоми запального процесу (підвищення температури, лейкоцитоз тощо), болючість у ділянці ЩЗ. При всіх формах тиреоїдитів відзначаються різні порушення менструальної функції та аменорея.

У 10–15% дівчат із аутоімунним тиреоїдитом регулярні менструації не встановлюються протягом трьох років після менархе, альгодисменорея спостерігається у 30–40%. У хворих на аутоімунний тиреоїдит частіше, ніж у здорових, відзначаються й інші порушення менструального циклу. Паралельно з підвищеним рівнем ТТГ у них відзначається збільшення рівня гонадотропних гормонів, індексу ЛГ:ФСГ і пролактину.

Тому всіх жінок із виявленими порушеннями тиреоїдної функції та збільшеним об'ємом ЩЗ слід скеровувати на консультацію ендокринолога, який за необхідності проводить обстеження і визначає необхідну терапію. При гіпотиреозі рекомендується пожиттєва замісна терапія препаратами тиреоїдних гормонів (левотироксином) в індивідуально підібраній дозі.

Гіпертиреоз

Підвищена функція ЩЗ у багатьох випадках (до 50%) супроводжується порушеннями менструальної функції, в тому числі аменореєю (6–8%). При тиреотоксикозі підвищений вміст T_3 і T_4 , супроводжуючись збільшенням вмісту ФСГ і особливо ЛГ, що пригнічує овуляторний пік гормонів внаслідок порушення чутливості гонад до тропних гормонів і викликає ановуляцію, неплідність або аменорею. Загалом, якщо при гіпотиреозі відзначається зниження рівня гонадотропних гормонів із подальшим зменшенням кількості статевих стероїдних гормонів та атрофічними змінами ен-

дометрія, то при гіпертиреозі спостерігається підвищення гонадотропінів (особливо ЛГ) із активацією стероїдогенезу. Однак при гіперчутливості гіпофіза до гонадотропіну відзначається резистентність яєчників до гонадотропіних гормонів, з чим і пов'язують порушення репродуктивної функції та аменорею. Для тиреотоксикозу також характерна і гіперпролактинемія, виразність якої корелює з тяжкістю гіпертиреозу [14].

Клінічно гіпертиреоз проявляється вегето-судинними порушеннями (збільшення частоти серцевих скорочень), нервово-психічними розладами (дратівливість, підвищена збудливість, плаксивість), схудненням. Виразність очних симптомів (Мебіуса, Грефе) і підвищення сухожильних рефлексів пропорційні ступеню тяжкості хвороби.

ДІАГНОСТИКА ФУНКЦІЇ ЩЗ

У гінекологічній практиці не завжди приділяється належна увага оцінюванню функції ЩЗ. Порушення менструальної функції та гіперпластичні процеси в ендометрії, які супроводжуються ациклічними матковими кровотечами на фоні підвищення рівня ЛГ і нормальним або незначно зниженим рівнем ФСГ, часто розцінюють як синдром полікістозних яєчників. Це призводить до неправильної діагностики, неадекватної тактики лікування, і як наслідок – до відсутності ефекту від застосованої терапії [11].

Тому слід оцінювати функцію ЩЗ всім жінкам, які звертаються з порушенням менструального циклу, неплідністю та невиношуванням вагітності. Найінформативнішим є визначення концентрації в сироватці крові ТТГ та вільних T_4 і T_3 . При встановленні підвищеного рівня ТТГ дослідження доповнюють визначенням рівня вільного T_4 , при зниженні рівня ТТГ – визначенням вільних T_4 і T_3 . В нормі при еутиреоїдному стані концентрація в крові ТТГ складає 0,4–4,0 мМО/л. Якщо рівень ТТГ відповідає даному значенню, то одного цього показника достатньо для виключення у пацієнта гіпер- або гіпотиреозу [1].

Всім жінкам із різноманітними дисгормональними захворюваннями репродуктивної системи (порушення менструального циклу, полікістоз чи кісти яєчників, фіброміома матки, гіперплазія ендометрія, ендометріоз, мастопатія тощо) обов'язково слід обстежити ЩЗ, а в подальшому проводити періодичне спостереження з метою своєчасної діагностики захворювань.

На сьогодні немає жодних захворювань ЩЗ, які були б абсолютним протипоказанням для вагітності. Переривання вагітності при виявленні практично будь-якої патології ЩЗ не показано. При плануванні вагітності з метою уникнення негативного впливу захворювань ЩЗ, особливо тих, які перебігають із порушенням функції, слід звернутися до ендокринолога, щоб провести обстеження та напрацювати лікувальні-профілактичні заходи для попередження ускладнень [16].

ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА

Лікувальна тактика захворювань ЩЗ за останні десятиліття помітно не змінилася, а арсенал ефективних лікарських засобів, призначених для терапії і профілактики цієї патології, явно недостатній. У зв'язку з цим є виправданим значний інтерес дослідників до пошуку нових засобів, здатних коригу-

вати дисфункцію ЩЗ і дисгормональні захворювання репродуктивної системи. Найцікавішими тут видаються препарати рослинного походження, які на сьогодні недостатньо використовуються з даною метою в клінічній практиці.

Системний підхід до вивчення рівня поєднаної патології ЩЗ і репродуктивної системи відповідає сучасним вимогам нового напрямку в діагностиці та дозволить розвинути і вдосконалити реабілітаційну стратегію. З цих позицій виникають зовсім нові погляди на застосування фітотерапії у хворих із патологією репродуктивної системи в аспекті загальнометаболических неспецифічних порушень на рівні тканин, органів та організму загалом.

На сьогодні акцент робиться на готових фітотерапевтичних препаратах, оскільки значне антропогенне забруднення більшої частини території України робить вчорашні вагомими надбання народної медицини ризикованими до застосування та такими, що мало відповідають темпам життя сучасної людини. При цьому слід враховувати концепцію геогенетичного біорезонансу, тобто особливу чутливість організму до лікарських речовин залежно від географічної зони народження людини.

Фітопрепарати, які містять біологічно активні речовини, краще переносяться хворими, практично не призводять до виникнення побічних явищ і мають меншу токсичність у порівнянні з синтетичними лікарськими засобами. Низька токсичність переважної більшості лікарських рослин дозволяє призначати їх тривалими курсами також для протирецидивного або реабілітаційного лікування. У фітотерапевтичній практиці здебільшого використовуються збори та галенові препарати на їх основі. Це дозволяє досягти максимальної виразності основних лікувальних ефектів рослин, доповнює їх іншими корисними видами фармакологічної активності завдяки одночасному м'якому і безпечному впливу на систему організму, задіяні в патологічному процесі.

Сьогодні особливу увагу привертають препарати з унікальною комбінацією селективних фітомолекулTM. Селективні фітомолекулиTM – сучасна генерація високотехнологічних сполук рослинного походження, яка є результатом екологічно сприятливих умов культивування, науково обгрунтованої якісної та кількісної селекції певних молекул, їх стандартизації та клінічно доведеної ефективності. В даному контексті викликає інтерес багатоконпонентний рослинний лікарський засіб ТазалокTM, який являє собою настій суміші лікарської рослинної сировини (1:10): коренів лабазника шестипелюсткового, коренів петрушки кучерявої свіжих, коренів селери свіжих, трави підмаренника справжнього, трави льонку звичайного, квіток нагідок. Синергічні ефекти компонентів, що входять до складу ТазалокTM, чинять гормонорегулюючу, антипроліферативну, протизапальну, седативну та загальнозміцнювальну дію. Таким чином, ТазалокTM виявляє селективну антиестрогенну активність, призводить до ритмічного продукування і нормалізації співвідношення гонадотропіних гормонів, сприяє зниженню рівня пролактину та підвищенню рівня прогестерону, усуває дисбаланс між естрадіолом і прогестероном, нормалізує другу фазу менструального циклу незалежно від дисгормональної причини, швидко полегшує симптоми передменструального синдрому та дисменорею.

Враховуючи часте поєднання дисгормональних захворювань жіночої статеві сфери (фіброміоми матки, полікістоз яєчників, кісти яєчників, ендометріоз, мастопатії та ін.) із захворюваннями ЩЗ, вважаємо доцільним призначення фітопрепарату Тазалок™ на фоні базової терапії тиреоїдної патології.

Лікувальний ефект Тазалок™ на щитоподібну залозу проявляється завдяки флавоноїдам лабазника та іридоїдам підмаренника, які виявляють позитивний вплив на функціональний стан лімфоїдної тканини ЩЗ, активізуючи її роботу. На фоні прийому Тазалок™ спостерігається нормалізація рівня ТТГ, T_3 , T_4 , що приводить до усунення таких клінічних проявів, як нерегулярний менструальний цикл, менорагія, масталгія, дисменорея. Особливо слід звернути увагу на можливість селективних фітомолекул™ зменшувати титр АТПО, що є доцільним при субклінічних формах гіпотиреозу, які складно виявляти лікарю-гінекологу на рівні жіночої консультації.

ВИСНОВКИ

Будь-які порушення функції ЩЗ (гіпо- чи гіпертиреоз) можуть призводити до порушення менструальної функції, бути причиною неплідності та невиношування вагітності. У дівчаток при гіпотиреозі відзначаються розлади менструального циклу, затримка статевого розвитку, аменорея.

Одне з найбільш розповсюджених захворювань ЩЗ – аутоімунний тиреоїдит – асоціюється з невиношуванням вагітності, при настанні якої підвищений ризик тиреоїдної дисфункції. Такі жінки потребують особливої тактики на етапі підготовки до вагітності, під час неї та у післяпологовому періоді.

Під час вагітності, зважаючи на вплив хоріонічного гонадотропіну та естрогенів на ЩЗ, можуть виникати транзиторні зміни рівнів тиреоїдних гормонів, що потребує диференційної діагностики.

Тиреоїдні гормони мають велике значення для нормального функціонування молочних залоз, впливаючи на їх структурні елементи. Зниження функції ЩЗ істотно підвищує ризик розвитку мастопатії. Встановлено захисний ефект препаратів йодиду калію при лікуванні захворювань молочної залози.

Більш ніж у половини жінок із неплідністю відзначається патологія ЩЗ, іноді – без клінічних проявів. У кожній другій жінки порушення менструального циклу та/або неплідність передують тиреоїдним захворюванням.

Гормонорегулюючий фітопрепарат Тазалок™ як комплексний лікарський засіб рослинного походження рекомендується жінкам із поєднаною тиреоїдною патологією та дисгормональними захворюваннями статеві сфери.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Венцовський, Б.М.

Тиреотропна активність гіпофіза та функціональний стан тиреоїдної системи у жінок з доброякісними захворюваннями матки в поєднанні з патологією щитоподібної залози / Б.М. Венцовський, М.Є. Яроцький, І.В. Яроцька: 36. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – 2006. – С. 78–82.

Ventskovskiy, B.M., Yarotskiy, M.E., Yarotska, I.V.

"Thyrotropic activity of the pituitary and functional state of thyroid system in women with benign uterine diseases in combination with thyroid gland disorders." Science works collection of the Association of Obstetricians and Gynecologists of Ukraine (2006): 78–82.

2. Венцовская, И.Б.

Гиперпролактинемические состояния в практике гинеколога и методы их лечения / И.Б. Венцовская, О.А. Ефименко // Репродуктивное здоровье женщины. – 2008. – № 3 (15). – С. 71–76.

Ventskovska, I.B., Yefymenko, O.A.

"Hyperprolactinemic states in gynecologist practice and methods of their treatment." Reproductive Health of Women 3.15 (2008): 71–6.

3. Пасечко, Н.В.

Вплив субклінічного гіпотиреозу на репродуктивну функцію жінки та ефективність його корекції / Н.В. Пасечко, С.В. Гнат, І.І. Свистун, Л.В. Наумова // Міжнародний ендокринологічний журнал. – 2015. – № 1 (65). – С. 98–101.

Pasiechko, N.V., Gnat, S.V., Svystun, I.I., Naumova, L.V.

"Subclinical hypothyroidism effect at women's reproductive function and efficiency of its correction." International Journal of Endocrinology 1.65 (2015): 98–101.

4. Пашковська, Н.В.

Захворювання щитоподібної залози і вагітність / Н.В. Пашковська // Міжнародний ендокринологічний журнал. – 2012. – № 8 (48). – С. 78–82.

Pashkovska, N.V.

"Thyroid disease and pregnancy." International Journal of Endocrinology 8.48 (2012): 78–82.

5. Татарчук, Т.Ф.

Тиреоїдний гомеостаз і репродуктивне здоров'я жінки / Т.Ф. Татарчук, Ю.В. Давыдова, Н.Ю. Косянчук // Новости медицины и фармации. – 2007. – № 13. – С. 14–15.

Tatarchuk, T.F., Davydova, Y.V., Kosianchuk, N.Y.

"Thyroid homeostasis and reproductive health of women." News of Medicine and Pharmacy 13 (2007): 14–15.

6. Фадеев, В.В.

По материалам клинических рекомендаций по диагностике и лечению заболеваний щитовидной железы во время беременности и в послеродовом периоде американской тиреоидной ассоциации / В.В. Фадеев // Клин. и эксп. тиреологическая. – 2012. – Т. 8, № 1. – С. 7–18.

Fadeev, V.V.

"According to the materials of the American Thyroid Association clinical guidelines for the diagnosis and treatment of thyroid disease during pregnancy and postpartum period." Clinical and experimental thyroidology 8.1 (2012): 7–18.

7. Эндокринная гинекология (клинические очерки). Часть I. /

Под ред. Т.Ф. Татарчук, Я.П. Сокольского. – К.: Заповит. – 2006. – 303 с.

Endocrine gynecology (clinical essays). Part I. /

Ed. by T.F. Tatarchuk, Y.P. Sokolskiy. Kyiv. Zapovit (2006): 303 p.

8. Abalovich, M., Gutierrez, S., Alcaraz, G., et al.

"Overt and subclinical hypothyroidism complicating pregnancy." Thyroid 12.1 (2002): 63–8.

9. Glinoe, D.

"Clinical and biological consequences of iodine deficiency during pregnancy (Review)." Endocr Dev 10 (2007): 62–85.

10. Haddow, J.E., Cleary-Goldman, J., McClain, M.R., et al.

"Thyroperoxidase and thyroglobulin antibodies in early pregnancy and preterm delivery." Obstet Gynecol 116.1 (2010): 58–62.

11. Krassas, G.E., Poppe, K., Glinoe, D.

"Thyroid Function and Human Reproductive Health." Endocr Rev 31 (2010): 702–55.

12. Lazarus, J.H.

"Epidemiology and prevention of thyroid disease in pregnancy." Thyroid 12.10 (2002): 861–5.

13. Negro, R., Schwartz, A., Gismondi, R., et al.

"Universal screening versus case finding for detection and treatment of thyroid hormonal dysfunction during pregnancy." J Clin Endocrinol Metab 95.4 (2010): 1699–707.

14. Patil-Sisodia, K., Mestman, J.H.

"Graves hyperthyroidism and pregnancy: a clinical update." Endocr Pract 16.1 (2010): 118–29.

15. Stagnaro-Green, A.

"Optimal care of the pregnant woman with thyroid disease." J Clin Endocrinol Metab 97.8 (2012): 2619–22.

16. Stagnaro-Green, A., Pearce, E.

"Thyroid disorders in pregnancy." Nature Reviews Endocrinology 8 (2012): 650–8.

17. Yassa, L., Marqusee, E., Fawcett, R., et al.

"Thyroid hormone early adjustment in pregnancy (the therapy) trial." J Clin Endocrinol Metab 95.7 (2010): 3234–41. □

ВПЛИВ ДИСФУНКЦІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ НА РЕПРОДУКТИВНУ СИСТЕМУ ЖІНКИ. СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ФІТОТЕРАПІЇ

В.І. Паньків, д. мед. н., професор, зав. відділом клінічної тиреоїдології Українського НПЦ ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, м. Київ

У статті узагальнена інформація щодо аспектів порушення функції репродуктивної системи жінки на фоні захворювань щитоподібної залози. Вплив щитоподібної залози на репродуктивну систему реалізується як через периферичні ендокринні залози (гонади і надниркові залози), так і через центральні структури (нейротрансмітерну і гіпоталамо-гіпофізарну системи).

Будь-які розлади функції щитоподібної залози (гіпо- чи гіпертиреоз) можуть призводити до порушення менструальної функції, бути причиною неплідності та невиношування вагітності. У дівчаток при гіпотиреозі відзначаються порушення менструального циклу, затримка статевого розвитку, аменорея.

Одне з найбільш розповсюджених захворювань ЩЗ – аутоімунний тиреоїдит – асоціюється з невиношуванням вагітності. При настанні вагітності у таких пацієнок підвищений ризик тиреоїдної дисфункції.

Під час вагітності, зважаючи на вплив хоріонічного гонадотропіну та естрогенів на щитоподібну залозу, можуть виникати транзиторні зміни рівнів тиреоїдних гормонів, що потребує диференційної діагностики.

Тиреоїдні гормони мають велике значення для нормального функціонування молочних залоз, впливаючи на їхні структурні елементи. Зниження функції щитоподібної залози істотно підвищує ризик розвитку мастопатії. Встановлено захисний ефект препаратів йодиду калію при лікуванні захворювань молочної залози.

Більш ніж у половини жінок із неплідністю відзначається патологія щитоподібної залози, іноді без клінічних проявів. У кожній другій жінки порушення менструального циклу та/або неплідність передують тиреоїдним захворюванням.

Усім жінкам, які проживають в Україні (регіон йодного дефіциту), на етапі планування вагітності слід призначити індивідуальну йодну профілактику (препарати йодиду калію в дозі 200 мкг/доба).

У жінок, які звертаються зі скаргами на порушення менструального циклу, неплідність та невиношування вагітності, слід оцінювати функцію щитоподібної залози. Найінформативнішим є визначення в крові рівня тиреотропного гормону та вільних тироксину та трийодтироніну.

Фітопрепарат Тазалок™ як комплексний лікарський засіб рослинного походження рекомендується жінкам із поєднаною тиреоїдною патологією і дисгормональними захворюваннями статеві сфери.

Ключові слова: репродуктивна система, щитоподібна залоза, фітотерапія, Тазалок™.

ВЛИЯНИЕ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ СИСТЕМУ ЖЕНЩИНЫ. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ФИТОТЕРАПИИ

В.И. Паньків, д. мед. н., профессор, зав. отделом клинической тиреоидологии Украинского НПЦ эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины, г. Киев

В статье обобщена информация по аспектам нарушения функции репродуктивной системы женщины на фоне заболеваний щитовидной железы. Влияние щитовидной железы на репродуктивную систему реализуется как через периферические эндокринные железы (гонады и надпочечники), так и через центральные структуры (нейротрансмиттерную и гипоталамо-гипофизарную системы).

Любые нарушения функции щитовидной железы (гипо- или гипертиреоз) могут приводить к нарушению менструальной функции, быть причиной бесплодия и невынашивания беременности. У девочек при гипотиреозе отмечаются нарушения менструального цикла, задержка полового развития, аменорея.

Одно из самых распространенных заболеваний щитовидной железы – аутоиммунный тиреоидит – ассоциируется с невынашиванием беременности. При наступлении беременности у таких пациенток повышен риск тиреоидной дисфункции.

Во время беременности, учитывая влияние хорионического гонадотропина и эстрогенов на щитовидную железу, могут возникать преходящие изменения уровней тиреоидных гормонов, что требует дифференциальной диагностики.

Тиреоидные гормоны имеют большое значение для нормального функционирования молочных желез, влияя на их структурные элементы. Снижение функции щитовидной железы существенно повышает риск развития мастопатии. Установлен защитный эффект препаратов йодида калия при лечении заболеваний молочной железы.

Более чем у половины женщин с бесплодием отмечается патология щитовидной железы, иногда без клинических проявлений. У каждой второй женщины нарушение менструального цикла и/или бесплодие предшествуют тиреоидным заболеваниям.

Всем женщинам, которые проживают в Украине (регион йодного дефицита), на этапе планирования беременности следует назначать индивидуальную йодную профилактику (препараты йодида калия в дозе 200 мкг/сут).

У женщин, которые обращаются с жалобами на нарушения менструального цикла, бесплодие и невынашивание беременности, следует контролировать функцию щитовидной железы. Наиболее информативным является определение в крови уровня тиреотропного гормона и свободных тироксина и трийодтиронина.

Фитопрепарат Тазалок™ как комплексный препарат растительного происхождения рекомендуется женщинам с сочетанной тиреоидной патологией и дисгормональными заболеваниями половой сферы.

Ключевые слова: репродуктивная система, щитовидная железа, фитотерапия, Тазалок™.

THE INFLUENCE OF THYROID DISORDERS UPON THE FEMALE REPRODUCTIVE FUNCTION. MODERN POSSIBILITIES OF PHYTOTHERAPY

V.I. Pankiv, MD, professor, head of the Clinical Thyroidology Department, Ukrainian Scientific and Practical Centre of Endocrine Surgery, Transplantation of Endocrine Organs and Tissues, Health Ministry of Ukraine, Kyiv

The article summarizes information on aspects of the women's reproductive system functions disorders on the background of thyroid diseases. Influence of thyroid gland on the reproductive system is realized through peripheral endocrine glands (gonads and adrenal glands), and through the central structure (neurotransmitter and the hypothalamic-pituitary system).

Any dysfunction of the thyroid gland (hypothyroidism or hyperthyroidism) can lead disruption of the menstrual function, cause infertility and miscarriage. Girls hypothyroidism marked menstrual disorders, delayed puberty, amenorrhea.

Autoimmune thyroiditis as one of the most common diseases of the thyroid gland is associated with miscarriages. Risk of thyroid dysfunction is increased in such patients in pregnancy.

Due to the effect of human chorionic gonadotropin and estrogen on the thyroid gland during pregnancy, there may be transient changes in thyroid hormone levels, which requires differential diagnosis.

Thyroid hormones are essential for normal functioning of the mammary glands, affecting their structural elements. Reduced thyroid function significantly increases the risk of mastitis. Protective effect in the treatment of breast diseases has potassium iodide drugs.

More than half of women with infertility observed pathology of the thyroid gland, sometimes without clinical manifestations. Every second woman's menstrual cycle and/or infertility precede thyroid diseases.

All women who live in Ukraine (iodine deficiency region) should appoint an individual iodine prophylaxis on the stage of pregnancy planning (potassium iodide drugs at a dose 200 mg/day).

Thyroid function should monitor in women with menstrual irregularities, infertility and miscarriage. The most informative is evaluation of thyroid-stimulating hormone and free thyroxine and triiodothyronine in blood serum.

Tazalok™ as a complex herbal drug is recommended for women with concomitant thyroid pathology and dysgормонаl genital diseases.

Keywords: reproductive system, thyroid gland, phytotherapy, Tazalok™.