

DOI 10.29254/2077-4214-2020-2-156-73-77

УДК 2-1-156-

Адыгезалова К. П.

ОЦЕНКА УРОВНЯ АНТИТЕЛ К ЯИЧНИКАМ И ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ОЛИГОМНОРЕЕЙ

Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии (г. Баку, Азербайджан)

nauchnayastatya@yandex.ru

Связь публикации с плановыми научно-исследовательскими работами. Данная работа является фрагментом выполняемой диссертации на соискание ученой степени доктора философии по медицине «Роль аутоиммунных антител АоА, АнтиТПО и АнТГ в этиопатогенезе олигоменореи».

Вступление. Олигоменорея является одной из распространенных форм менструальной дисфункции у женщин репродуктивной возрастной группы. Распространенность ее, как сообщается, составляет 10–15% [1,2]. В последние десятилетия в результате изменений в образе жизни: ожирения, низкой физической активности, неправильного питания и эмоционального стресса распространенность олигоменореи возросла [2].

Олигоменорея представляет собой изменение регулярных менструальных циклов [3]. Она определяется как продолжительность менструального цикла более шести недель, но менее шести месяцев. Это расстройство менструального цикла может привести к бесплодию и может сопровождаться симптомами дефицита эстрогена, такими как потеря либидо, атрофия груди, сухость влагалища и приливы [1,3].

Репродуктивная система и щитовидная железа взаимосвязаны, на что указывает изменение функции щитовидной железы у женщин в течение менструального цикла, в период беременности и лактации, при дисфункциональных маточных кровотечениях [4,5,6]. Исследователи объясняют это наличием общих регуляторных механизмов. Отмечается, что функциональные расстройства щитовидной железы могут стать причиной нарушений менструального цикла, раннего или позднего полового созревания, ановуляции, бесплодия, невынашивания беременности и др. [7]. По данным перекрестного исследования, 12,4% пациенток с нарушением функции щитовидной железы сообщили об олигоменореи [8].

У женщин репродуктивного возраста часто встречается аутоиммунность щитовидной железы. Аутоиммунные заболевания щитовидной железы обычно сопровождаются наличием антител против тиреопероксидазы щитовидной железы (АТ-ТПО), антител против тиреоглобулина (АТ-ТГ). Установлено, что распространенность АТ-ТПО выше у женщин с повторной потерей беременности в анамнезе, около 17–33%, и у женщин с бесплодием в анамнезе, около 10–31% [9]. По данным литературы, АТ-ТПО представляет собой фактор риска для гипотиреоза, выкидыша, преждевременных родов, перинатальной смерти, послеродовой дисфункции щитовидной железы и нарушения моторики, а также интеллек-

туального развития у потомства [10]. В популяциях с достаточным количеством йода аутоиммунная реакция на щитовидную железу является основной причиной гипотиреоза, который сам по себе способствует неблагоприятным акушерским и внутриутробным исходам даже в субклиническом состоянии [10]. Выявлено, что женщины с антителами к щитовидной железе относятся к группе риска репродуктивных потерь [11]. В популяции часто обнаруживаются в небольших количествах антиовариальные антитела (АОА). Считается, что эти антитела влияют на овуляцию и фертильность [12]. Около 30% нормальных, здоровых женщин имеют антитела. Однако в этих группах АОА обнаруживаются в очень небольших количествах и не влияют на функцию яичников. Антиовариальные антитела встречаются при эндометриозе, а также при дисфункции щитовидной железы [12].

Таким образом, наряду с сообщениями о взаимосвязи репродуктивной системы и функции щитовидной железы, а также частоте АТ-ТПО, АТ-ТГ и АОА при аутоиммунных заболеваниях щитовидной железы, недостаточно публикаций, которые фокусируются на распространенности этих антител при олигоменореи.

Цель исследования – оценка уровней антител АТ-ТПО, АТ-ТГ и циркулирующих АОА при олигоменореи и сравнение их с группой контроля.

Объект и методы исследования. Исследование проводилось в НИИ акушерства и гинекологии МЗ Азербайджанской Республики в соответствии с принципами Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации «Рекомендации для врачей, занимающихся биомедицинскими исследованиями с участием людей» [13]. Все женщины, принявшие участие в исследовании, подписали информированное согласие. Критериями включения в исследование явились: – возраст 16-48 лет; – длительность менструального цикла от 43 дней до 6 месяцев; – интервал между менструациями более 35 дней; – продолжительность месячных 1-2 дня. Критерии исключения: – врожденные аномалии; – врожденная дисфункция коры надпочечников, гипоталамо-гипофизарная и яичниковая недостаточности в сочетании с хромосомными нарушениями; – наличие заболеваний щитовидной железы, – болезни женских тазовых органов; – новообразования; – заболевания крови и кровеносных органов.

Основную группу составили 103 пациентки репродуктивного возраста с нарушением менструального цикла по типу олигоменореи. У 52 (50,5%) женщин была первичная олигоменорея, у остальных 51 (49,5%) – вторичная олигоменорея. В контрольную

групу вошли 50 женщин фертильного возраста с нарушенным ритмом менструаций.

План обследования включал: сбор анамнеза, объективный осмотр, УЗИ щитовидной железы, инструментально-лабораторные исследования. Ультразвуковое исследование щитовидной железы проводили на аппарате Philips HD 6 (США) датчиком 7 Гц. Антитела к ТГ и ТПО выявляли в сыворотке крови методом ИФА тест системами ORGenTec Diagnostika (Германия). Для количественного определения АОА в венозной крови использовали набор BIOSERV Ovary-Antibody-ELISA (BIOSERV Diagnostics GmbH, Германия) по методу твердофазного ИФА.

Статистический анализ полученных результатов выполнен с использованием программного обеспечения Statistica в Microsoft Excel release 6 (StatSoft, USA). Показатели были выражены в виде среднего значения \pm стандартное отклонение (SD), абсолютных чисел и процентов. Статистические оценки считались значимыми при значении $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Данные анамнеза и клинические показатели обследованных женщин представлены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, существенные различия между группами выражались в длительности менструаций, количестве аборт, числе беременностей и родов, наличии гинекологических заболеваний. У пациенток основной группы в сравнении с контрольной группой длительность менструаций была ниже на 44,4% ($p < 0,05$), число беременностей – на 40,3% ($p < 0,05$), родов – на 58,7% ($p < 0,05$). В тоже время, в основной группе количество аборт превышало данный показатель в контрольной группе на 28,4% ($p < 0,05$). Гинекологические заболевания в основной группе отмечали 72 (69,9%) пациентки, что на 48,5% ($p < 0,05$) выше, чем в контрольной группе. При этом, у 16 (22,2%) пациенток из 72 в основной группе диагностированы синдром поликистозных яичников (СПКЯ), у 14 (19,4%) – киста яичника, у 13 (18,0%) пациенток – миома, у 10 (13,9%) пациенток хронический сальпингоофорит, у 7 (9,7%) пациенток эндометриоз. Остальные пациентки ($n=12$) страдали эктопией шейки матки (4,2%), цервицит (4,2%) и инфекционными заболеваниями (хламидиоз, вирус папилломы человека, микоплазмоз, уреоплазмоз) – 8,3%. В контрольной группе сравнительно чаще встречались миома (14,0%) и эндометриоз (10,0%).

Из соматических заболеваний следует отметить частую встречаемость воспаления верхних дыхательных путей – у 7 (15,6%) из 45 в основной группе и

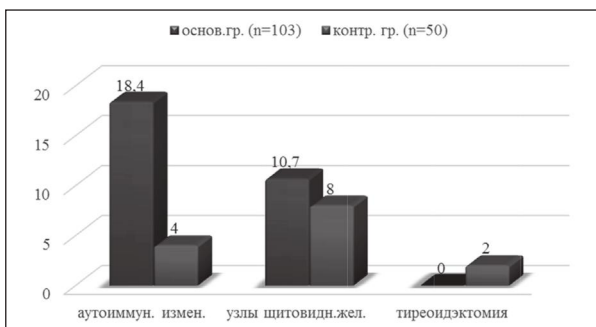


Рисунок – Результаты УЗИ щитовидной железы в группах исследования.

у 4 (20,0%) в контрольной группе, аллергических заболеваний – у 5 (11,1%) в основной и у 2 (10,0%) из 20 в контрольной группе. Ревматизм отмечали 8 (17,8%) и 7 (35,0%) обследованных в основной и контрольной группе соответственно. Тонзилэктомия и пластические операции в анамнезе указаны у 1 (2,2%) и 2 (4,4%) пациенток в основной группе соответственно. В контрольной группе тонзилэктомия встречалась в 10% случаев, пластических операций не было. Аутоиммунный тиреоидит встречался лишь в основной группе у 6 (13,3%) из 45 пациенток. У 39 (37,9%) женщин с олигоменореей отмечался гирсутизм, что в 4,7 раза ($p < 0,01$) чаще, чем в контрольной группе (8,0%).

Анализ данных анамнеза показал частоту встречаемости наследственной отягощенности по сахарному диабету в основной группе у 10 (9,7%, $p < 0,05$), в группе контроля – у 2 (4,0%); по артериальной гипертензии – у 8 (7,8%) и 3 (6,0%), соответственно. Помимо этого, у 4 (3,9%) и у 1 (1,0%) женщин с олигоменореей наследственность была отягощена гипотиреозом и глухонемой соответственно.

По данным УЗИ щитовидной железы изменения визуализировались у 30 (29,1%, $p < 0,05$) в основной и у 7 (14,0%) в контрольной группе (рис.).

Аутоиммунные изменения в основной группе определялись в 4,6 раза ($p < 0,01$) чаще, чем в контрольной группе.

Исследование показало статистически значимо повышенный уровень антител у пациенток с олигоменореей (табл. 2).

Как видно из табл. 2, концентрация циркулирующих АОА в крови у женщин основной группы была выше в 1,7 ($p < 0,05$) раза. При этом у 2 (1,9%) пациенток с олигоменореей АОА в крови не выявлено. Средний уровень АТ-ТПО и АТ-ТГ у пациенток основной группы превышал контрольный в 7,1 ($p < 0,001$) и 3,5 ($p < 0,01$) раза соответственно.

По данным проведенного исследования, уровень антител у женщин основной группы с различными изменениями щитовидной железы между собой различались (табл. 3).

Из представленных в табл. 3 данных следует, что наибольшее число АОА в крови выявлено у женщин с олигоменореей и неизменной щитовидной железой, что по сравнению с группой пациенток с наличием узлов и аутоиммунными изменениями было выше в 1,8 раза ($p < 0,05$) и в 1,4 раза ($p < 0,05$)

Таблица 1 – Общая характеристика групп исследования

Показатель	Основная группа (n=103)	Контрольная группа (n=50)
Средний возраст, лет	31,39 \pm 6,05 [16; 48]	30,52 \pm 5,92 [19; 47]
Индекс массы тела, кг/м ²	25,59 \pm 2,74 [20,07; 32,88]	24,12 \pm 2,77 [15,63; 28,67]
Возраст менархе, лет	13,27 \pm 0,80 [11; 16]	12,97 \pm 0,72 [10; 16]
Длительность менструации, дней	3,6 \pm 0,68 [1; 4]*	5,2 \pm 1,32 [3; 5]
Начало половой жизни	23,38 \pm 1,47 [20; 26]	23,11 \pm 3,63 [17; 38]
Число беременностей	1,19 \pm 1,18 [0; 4]*	1,67 \pm 1,46 [0; 5]
Число аборт	0,67 \pm 0,52 [0; 3]*	0,48 \pm 0,40 [0; 1]
Число родов	0,63 \pm 0,57 [0; 3]*	1,0 \pm 0,86 [0; 3]
Гинекологические заболевания, n/%	72/69,9*	18/36,0
Соматические заболевания, n/%	45/43,7	20/40,0

Примечание: статистическая значимость различий показателей между группами ($p < 0,05$).

соответственно. Как мы полагали, максимальный уровень АТ-ТПО наблюдался у пациенток с аутоиммунными изменениями в щитовидной железе. Средняя величина этого показателя у женщин без выявленных изменений в щитовидной железе была меньше, чем у женщин с наличием узлов и аутоиммунными изменениями в 4,2 ($p < 0,01$) и 5,2 раза ($p < 0,001$) соответственно. Максимальная величина АТ-ТГ, также, как и АТ-ТПО, отмечалась в группе пациенток с аутоиммунными изменениями щитовидной железы, и в сравнении с группой женщин с неизменной щитовидной железой была в 1,6 раза ($p < 0,05$) выше. В тоже время между группами с отсутствием изменений и наличием узлов в щитовидной железе существенных различий в уровне АТ-ТГ не выявлялось.

В процессе исследования мы проанализировали уровень антител у женщин с олигоменореей с сочетанными заболеваниями (табл. 4) и сравнили полученные данные с группой пациентов с олигоменореей без сопутствующих заболеваний.

Согласно данным табл. 4, максимальное количество циркулирующих АОА выявлялись в группе пациенток с олигоменореей без сопутствующих заболеваний, минимальное – в группе женщин с аутоиммунным тиреоидитом. Сравнительный анализ позволил определить, что количество АОА в группе с олигоменореей без сочетанных заболеваний было выше, чем у пациенток с гирсутизмом на 26,0% ($p < 0,05$), у пациенток с СПКЯ – на 12,24%, с миомой матки – на 45,94% ($p < 0,05$), с аутоиммунным тиреоидитом – на 55,43% ($p < 0,05$), с кистой яичника – на 52,27% ($p < 0,05$). Напротив, у пациенток с олигоменореей без сопутствующих заболеваний отмечался минимальный уровень антител к щитовидной железе. Максимальный уровень АТ-ТПО определялся в группе женщин с СПКЯ. В этой группе в сравнении с группой без сопутствующих заболеваний уровень АТ-ТПО был в 6,4 раза выше ($p < 0,001$). В сравнении с уровнем АТ-ТПО в группе женщин с олигоменореей без сопутствующих заболеваний статистически значимо высокий уровень наблюдался в группе женщин с гирсутизмом и миомой матки – в 1,5 раза ($p < 0,05$) и 4,8 раза ($p < 0,001$). Содержание АТ-ТПО у пациенток с кистой яичника практически не различалось с величиной этого фермента у пациенток с олигоменореей без сопутствующих заболеваний, а у женщин с аутоиммунным тиреоидитом превышало на 11,0%. Минимальный уровень АТ-ТГ в крови, также, как и АТ-ТПО, отмечался у пациентов с олигоменореей без сопутствующих заболеваний. Величина АТ-ТГ у пациенток с кистой яичника, у которых определялся максимальный уровень этих антител, в сравнении с группой женщин с олигоменореей без сопутствующих заболеваний была выше в 6,3 раза ($p < 0,001$). Содержание АТ-ТГ в группах с аутоиммунным тиреоидитом, миомой матки, и гирсутизмом превышало уровень этих антител в группе без сопутствующих

Таблица 2 – Уровень антител в крови у пациенток с олигоменореей и контрольной группы

Антитела	Основная группа (n=103)	Контрольная группа (n=50)	p
АОА, Ед/мл	5,63±5,45 [0; 106,7]	3,30±1,54 [1,20; 6,50]	0,05
АТ-ТПО, МЕ/мл	196,17±195,76 [0,9; 6240,0]	27,71±27,13 [2,30; 172,60]	0,001
АТ-ТГ, МЕ/мл	124,12±117,87 [0,11; 5085,0]	35,75±28,57 [1,5; 196,2]	0,001

Таблица 3 – Уровень антител в крови у пациенток с олигоменореей и изменениями в щитовидной железе

Группы исследования	АОА, Ед/мл	АТ-ТПО, МЕ/мл	АТ-ТГ, МЕ/мл
Пациенты с неизменной щитовидной железой (n=73)	6,35±6,18 [0; 106,7]	96,10±86,19 [0,90; 1571,0]	125,13±106,17 [0,11; 5085,0]
Пациенты с наличием узлов в железе (n=11)	3,51±3,14 [0,5; 12,60]	401,91±358,56 [2,30; 4024,0]	117,83±107,84 [0,60; 886,0]
Пациенты с аутоиммунными изменениями (n=19)	4,45±2,98 [0,6; 9,0]	502,58±497,0 [10,1; 6240,0]	199,91±151,83 [6,0; 856,40]
Контрольная группа (n=50)	3,30±1,54 [1,20; 6,50]	27,71±27,13 [2,30; 172,60]	35,75±28,57 [1,5; 196,2]

Примечание: * – статистическая значимость различий показателей с группой контроля ($p < 0,05-0,001$).

Таблица 4 – Средний уровень антител у пациенток с олигоменореей и соматическими заболеваниями

Группы пациентов	АОА, Ед/мл	АТ-ТПО, МЕ/мл	АТ-ТГ, МЕ/мл
Пациенты с гирсутизмом (n=39)	5,38±5,10* [0; 50,90]	114,94±101,44* [0,9; 1571,0]	107,56±106,80* [0,11; 866,0]
Пациенты с поликистозом яичников (n=16)	6,38±5,54 [0,5; 45,50]	508,16±449,33*** [2,50; 6240,0]	78,28±63,17 [2,250; 754,8]
Пациенты с миомой матки (n=13)	3,93±1,63* [0,7; 9,50]	378,98±294,53*** [2,30; 4024,0]	120,93±114,48* [2,20; 866,0]
Пациенты с аутоиммунным тиреоидитом (n=6)	3,24±2,41* [0,8; 9,0]	88,98±73,06 [11,6; 215,1]	242,54±205,54** [20,3; 856,4]
Пациенты с кистой яичника (n=14)	3,47±2,36* [0,20; 8,8]	80,46±76,43 [2,6; 792,2]	406,81±368,31*** [2,2; 5085,0]
Пациенты с олигоменореей (n=28)	7,27±6,08 [0; 106,7]	79,23±61,62 [2,50; 652,70]	64,93±60,46 [0,2; 402,7]

Примечание: статистическая значимость различий показателей с группой пациенток с олигоменореей без сопутствующих заболеваний * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

заболеваний в 3,7 раза ($p < 0,01$), в 1,9 раза ($p < 0,05$) и в 1,7 раза ($p < 0,05$) соответственно. У пациенток с СПКЯ количество АТ-ТГ в крови было выше в 1,2 раза, чем у женщин с олигоменореей без сопутствующих заболеваний.

Мы предположили, т.е. нулевой гипотезой было то, что уровень АОА и антител к щитовидной железе (АТ-ТПО и АТ-ТГ) чаще бывает высоким у женщин с расстройством менструального цикла по типу олигоменореи. Известно, что при олигоменореи менструации происходят с интервалами более 35 дней, с 4-9 менструациями в году. Месячные идут 1-2 дня, выделения мажут, затем резко заканчиваются на неопределенный срок. Причинами возникновения олигоменореи являются гипоталамическая, гипофизарная или яичниковая дисфункция [2]. Полученные нами результаты показали, что в 22,2% и 19,4% случаев олигоменорея сопровождалась СПКЯ и кистой яичника соответственно.

Одной из причин нарушений менструального цикла могут быть АОА. У пациенток с олигоменореей уровень АОА был статистически значимо ($p < 0,05$) выше, чем в контрольной группе фертильного возраста. Также значимо высокий уровень АОА отмечен нами у женщин с олигоменореей в сочетании с СПКЯ, а также с гирсутизмом. Однако сравнительный анализ показал, что наиболее высокое содер-

жання АОА виявлялось у жінок з олігоменореєю без супутніх захворювань, на основі чого можна полагати, що антиоваріальний аутоімунітет має значення в етіопатогенезі олігоменореї.

Дисфункція щитовидної залози є важливою причиною порушення менструального циклу. Пероксидаза щитовидної залози є слабко глікозильованим мембранозв'язаним ферментом і АТ-ТПО представляють собою фактор ризику для гіпотиреозу, викидів, преждевременних родов, перинатальної смерті, послеродової дисфункції щитовидної залози і порушення моторики.

Проведене нами дослідження показало збільшення антител до щитовидної залози у жінок з олігоменореєю не тільки при наявності вузлів і аутоімунних змін у залозі, але і в відсутності змін у ній. У жінок з олігоменореєю визначалось статистично значимо підвищене кількість АТ-ТПО і АТ-ТГ. При цьому найбільш високий рівень АТ-ТПО спостерігався при поєднанні олігоменореї і СПКЯ, а АТ-ТГ – при поєднанні олігомено-

реї і кисти яєчника. Відомо, що СПКЯ – це часта причина порушення менструального циклу в репродуктивному віці. Дослідники відзначають зв'язок СПКЯ з антитілами до щитовидної залози, зокрема АТ-ТПО і АТ-ТГ.

Висновки. На основі отриманих результатів можна констатувати, що у жінок репродуктивного віку з порушенням менструальної функції за типом олігоменореї відзначаються зміни в щитовидній залозі, з яких найбільш частими є аутоімунні зміни. При олігоменореї має місце збільшення циркулюючих АОА, АТ-ТПО і АТ-ТГ. Ми вважаємо, що у жінок з порушенням менструального циклу за типом олігоменореї слід проводити дослідження щитовидної залози і оцінку антител до щитовидної залози: АТ-ТПО і АТ-ТГ.

Перспективи подальших досліджень. Планується вивчення причин порушення менструального циклу за типом олігоменореї.

Література

- Lysyak DS, Shtel' NN. Rol' pregravidarnoy podgotovki zhenshchin reproduktivnogo vozrasta s oligomenoreyey v pubertatnom periode v profilaktike oslozhneniy beremennosti. Vestnik RUDN, ser. Meditsina. Akusherstvo i ginekologiya. 2011;1:236-42. [in Russian].
- Yavari M, Khodabandeh F, Tansaz M, Rouholamin S. A neuropsychiatric complication of oligomenorrhea according to Iranian traditional medicine. Iran J Reprod Med. 2014;12(7):453-8.
- Short H, Mander A, Wilkinson J. A Case of Subacute Thyroiditis Presenting with Oligomenorrhea. Gynecol Obstet (Sunnyvale). 2015;5:10. Available from: <https://doi.org/10.4172/2161-0932.1000325>
- Klimov VS, Abaturova LO, Lyubimaya DR. Narusheniye reproduktivnoy funktsii pri patologii shchitovidnoy zhelezy. Molodoy uchenyy. 2017;14.2 (148.2):22-5. Dostupno: <https://moluch.ru/archive/148/41871> [in Russian].
- Ajmani NS, Sarbhai V, Yadav N, Paul M, Ahmad A, Ajmani AK. Role of Thyroid Dysfunction in Patients with Menstrual Disorders in Tertiary Care Center of Walled City of Delhi. Journal of Obstetrics and Gynaecology of India. 2015;66(2):115-9. Available from: <https://doi.org/10.1007/s13224-014-0650-0>
- Quinn FA, Reyes-Mendez MA, Nicholson L, Compean LP, Tavera ML. Thyroid function and thyroid autoimmunity in apparently healthy pregnant and non-pregnant Mexican women. Clin Chem Lab Med. 2014;52:1305-11. Available from: <https://doi.org/10.1515/cclm-2014-0350>
- Jefferys A, Vanderpump M, Yasmin E. Thyroid dysfunction and reproductive health. The Obstetrician & Gynaecologist. 2015;17(1):39-45. Available from: <https://doi.org/10.1111/tog.12161>
- Yassin K, Sharif M, Abulea AE, Kamil A, Abdel Azim A Ali. Reproductive Health Indicators and Factors Affecting Menstrual Cycle Pattern among Sudanese Women with Thyroid Dysfunction. Current Women's Health Reviews. 2015;11(2):127-30. Available from: <https://doi.org/10.2174/157340481102151218122427>
- Mehran L, Tohidi M, Sarvaghi F, Delshad H, Amouzegar A, Soldin OP, et al. Management of Thyroid Peroxidase Antibody Euthyroid Women in Pregnancy: Comparison of the American Thyroid Association and the Endocrine Society Guidelines. Journal of Thyroid Research. 2013;2013:Article ID 542692, 6 p. Available from: <https://doi.org/10.1155/2013/542692>
- Fröhlich E, Wahl R. Thyroid Autoimmunity: Role of Anti-thyroid Antibodies in Thyroid and Extra-Thyroidal Diseases. Front Immunol. 2017;8:521. Available from: <https://doi.org/10.3389/fimmu.2017.00521>
- Levanenko AA. Autoimmunnyy tireoidit i reproduktivnaya sistema zhenshchiny. Molodoy uchenyy. 2018;13(199):77-8. Dostupno: <https://moluch.ru/archive/199/48980/> [in Russian].
- Güler B, Kadioglu N, Özler S, Sarıkaya E, Çiçek MN, Ergün A, et al. Antiovarian Antibody may be Used as A Predictor for Poor In Vitro Fertilization Outcome. J Reproductive Endocrinol& Infert. 2016;1:9. Available from: <https://doi.org/10.4172/JREI.100009>
- World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. JAMA. 2013;310(20):2191-4. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

ОЦІНКА РІВНЯ АНТИТІЛ ДО ЯЄЧНИКІВ І ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ОЛІГОМЕНОРЕЄЮ

Адигезалова К. П.

Резюме. Обстежено 103 пацієнтки репродуктивного віку з олігоменореєю. Контроль – 50 жінок фертильного віку з непорушеним ритмом менструацій. Антитіла до ТГ і ТПО і АОА визначені в крові методом ІФА. Аутоімунні зміни в щитоподібній залозі при олігоменореї визначалися в 4,6 рази ($p < 0,01$) частіше, ніж у контрольній групі. Концентрація АОА при олігоменореї була вище в 1,7 ($p < 0,05$) рази, АТ-ТПО – в 7,1 ($p < 0,001$) і АТ-ТГ – в 3,5 ($p < 0,01$) рази. Кількість АОА в групі з олігоменореєю без поєднаних захворювань була вища, ніж у пацієнток з гірсутизмом на 26,0% ($p < 0,05$), з міомою матки – на 45,94% ($p < 0,05$), з аутоімунним тиреоїдитом – на 55,43% ($p < 0,05$), з кістою яєчника – на 52,27% ($p < 0,05$). У жінок з полікістозними яєчниками рівень АТ-ТПО був в 6,4 рази ($p < 0,001$), з гірсутизмом в 1,5 рази ($p < 0,05$) і з міомою матки – в 4,8 рази ($p < 0,001$), рівень АТ-ТГ у пацієнток з кістою яєчника, аутоімунним тиреоїдитом, міомою матки, і гірсутизмом в 6,3 рази ($p < 0,001$), 3,7 рази ($p < 0,01$), 1,9 рази ($p < 0,05$) і в 1,7 рази ($p < 0,05$) відповідно був вище, ніж при олігоменореї без супутніх захворювань.

У жінок репродуктивного віку з олігоменореєю частіше виявляються аутоімунні зміни в щитоподібній залозі і підвищені АОА, АТ-ТПО і АТ-ТГ. У жінок з олігоменореєю слід проводити дослідження щитоподібної залози та оцінку антитіл до щитоподібної залози: АТ-ТПО і АТ-ТГ.

Ключові слова: олігоменорея, репродуктивний вік, антиоваріальні антитіла, антитіла до тиреопероксидази, антитіла до тиреоглобуліну.

ОЦЕНКА УРОВНЯ АНТИТЕЛ К ЯИЧНИКАМ И ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ОЛИГОМЕНОРРЕЕЙ

Адыгезалова К. П.

Резюме. Обследованы 103 пациентки репродуктивного возраста с олигоменореей. Контроль – 50 женщин фертильного возраста с ненарушенным ритмом менструаций. Антитела к ТГ и ТПО и АОА определены в крови методом ИФА. Аутоиммунные изменения в щитовидной железе при олигоменорее определялись в 4,6 раза ($p < 0,01$) чаще, чем в контрольной группе. Концентрация АОА при олигоменорее была выше в 1,7 ($p < 0,05$) раза, АТ-ТПО – в 7,1 ($p < 0,001$) и АТ-ТГ – в 3,5 ($p < 0,01$) раза. Количество АОА в группе с олигоменореей без сочетанных заболеваний было выше, чем у пациенток с гирсутизмом на 26,0% ($p < 0,05$), с миомой матки – на 45,94% ($p < 0,05$), с аутоиммунным тиреоидитом – на 55,43% ($p < 0,05$), с кистой яичника – на 52,27% ($p < 0,05$). У женщин с поликистозными яичниками уровень АТ-ТПО был в 6,4 раза ($p < 0,001$), с гирсутизмом в 1,5 раза ($p < 0,05$) и миомой матки – и 4,8 раза ($p < 0,001$), уровень АТ-ТГ у пациенток с кистой яичника, аутоиммунным тиреоидитом, миомой матки, и гирсутизмом в 6,3 раза ($p < 0,001$), 3,7 раза ($p < 0,01$), 1,9 раза ($p < 0,05$) и в 1,7 раза ($p < 0,05$) соответственно был выше, чем при олигоменорее без сопутствующих заболеваний.

У женщин репродуктивного возраста с олигоменореей чаще выявляются аутоиммунные изменения в щитовидной железе и повышенные АОА, АТ-ТПО и АТ-ТГ. У женщин с олигоменореей следует проводить исследование щитовидной железы и оценку антител к щитовидной железе: АТ-ТПО и АТ-ТГ.

Ключевые слова: олигоменорея, репродуктивный возраст, антиовариальные антитела, антитела к тиреопероксидазе, антитела к тиреоглобулину.

EVALUATION OF THE LEVEL OF ANTIBODIES TO THE OVARIES AND THYROID IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH OLIGOMENORRHEA

Adygezalova K. P.

Abstract. *The purpose* is to evaluate the levels of antibodies AT-TPO, AT-TG and circulating AOA in oligomenorrhea and comparing them with the control group. *Methods.* 103 patients of reproductive age with oligomenorrhea were examined. Control – 50 women of childbearing age with an undisturbed rhythm of menstruation. Antibodies to TG and TPO and AOA are determined in the blood by ELISA. Statistical software (StatSoft, USA) was used for statistical analysis. *Results.* Autoimmune changes in the thyroid gland with oligomenorrhea were determined 4.6 times ($p < 0.01$) more often than in the control group. The concentration of AOA in oligomenorrhea was 1.7 ($p < 0.05$) times higher, AT-TPO – 7.1 ($p < 0.001$) and AT-TG – 3.5 ($p < 0.01$) times. The number of AOA in the group with oligomenorrhea without concomitant diseases was higher than in patients with hirsutism by 26.0% ($p < 0.05$), with uterine myoma – by 45.94% ($p < 0.05$), with autoimmune thyroiditis – by 55.43% ($p < 0.05$), with an ovarian cyst – by 52.27% ($p < 0.05$). In women with polycystic ovaries, the AT-TPO level was 6.4 times ($p < 0.001$), with hirsutism 1.5 times ($p < 0.05$) and uterine myoma, and 4.8 times ($p < 0.001$), the level of AT-TG in patients with ovarian cyst, autoimmune thyroiditis, uterine fibroids, and hirsutism 6.3 times ($p < 0.001$), 3.7 times ($p < 0.01$), 1.9 times ($p < 0, 05$) and 1.7 times ($p < 0.05$), respectively, was higher than with oligomenorrhea without concomitant diseases.

Conclusion. In women of reproductive age with oligomenorrhea, autoimmune changes in the thyroid gland and increased AOA, AT-TPO and AT-TG are more often detected. In women with oligomenorrhea, a thyroid gland study and an assessment of antibodies to the thyroid gland should be performed: AT-TPO and AT-TG.

Key words: oligomenorrhea, reproductive age, anti-ovarian antibodies, antibodies to thyroid peroxidase, antibodies to thyroglobulin.

Рецензент – проф. Тарасенко К. В.

Стаття надійшла 07.05.2020 року