ISSN : 2466-0744

MULTIDISCIPLINE PROCEEDINGS OF

DIGITAL FASHION CONFERENCE

KOREA, REPUBLIC OF

Multidiscipline Proceedings of

DIGITAL FASHION CONFERENCE

September 2026 *(Volume 6, No.5)*

Copyright © 2025
By Woongjin Think Big Co., Ltd.
All rights reserved.
Available at digitalfashionsociety.org
Published:
서울 합정역
파주출판도시
ISSN 2466-0744
Seoul
Rebuplic of Korea (ROK),

EDITORIAL BOARD

Katharina Sand
PhD Candidate - Faculty of Communication, Culture and Society, USI - Universita della Svizzera italiana

Alice Noris
PhD Candidate - Faculty of Communication, Culture and Society, USI - Universita della Svizzera italiana

Michela Ornati
Faculty of Communication, Culture and Society, USI - Universita della Svizzera italiana

ELSEVIER
SSRN
Universal Impact Factor

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНОВ РЕПРОДУКЦИИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ГИПОТИРЕОЗОМ

Холикова Адлия Омануллаевна
Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Эндокринологии МЗ РУз имени акад. Ё.Х. Туракулова, зав.отделением нейроэндокринологии, доктор медицинских наук
Республика Узбекистан, г. Ташкент
Кенжаева Дилдора Ибрагимовна.
Докторант Кашкадарьинского филиала РСНПМЦЭ МЗ РУЗ имени акад. Ё.Х. Туракулова
Республика Узбекистан, Кашкадарьинская область, г.Карши

Аннотация: Щитовидная железа и репродуктивная система находятся в тесной взаимосвязи. Установлено, что тиреотропный гормон имеет идентичную структуру α-субъединиц с ЛГ и фолликулостимулирующим гормоном (ФСГ) гипофиза, а различие β-субъединиц определяет специфические функции каждого гормона. Таким образом, можно сделать вывод, что синтез этих гормонов обеспечивает общий предшественник, а значит, возможно взаимовлияние тиреотропного гормона (ТТГ) ЛГ и ФСГ друг на друга. Установлено, что во время беременности и полового созревания происходит изменение баланса всех трех гормонов. При заболеваниях щитовидной железы нарушается нормальное развитие репродуктивной системы у девушек-подростков [1].

Нарушения регуляции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы при дефиците тиреоидных гормонов проявляются изменением секреции гонадотропных гормонов гипофиза. У пациенток с АИТ отмечается снижение секреции ФСГ и ЛГ, что приводит к подавлению созревания фолликулов яичника, нарушает их взаимодействие с ЛГ и снижает высвобождение эстрогенов [2]. В норме пиковое повышение ЛГ на 14-й день менструального цикла стимулирует овуляцию, а недостаток этого гормона у женщин с АИТ привод к развитию ановуляторных циклов [3]. При этом менструальный цикл может сохраняться, однако в большинстве случаев отмечаются такие нарушения, как олиго- или полименорея, обильные маточные кровотечения, альгоменорея, отсутствуют физиологические изменения влагалищных выделений и колебания базальной температуры в течение цикла. Так как в яичниках при ановуляторных циклах не формируется лютеиновое тело, то нарушается синтез прогестерона. Прогестерон оказывает гипертермическое влияние на терморегуляционный центр гипоталамуса, что обуславливает отсутствие колебаний базальной температуры у женщин с АИТ [4]. Гипопрогестеронемия приводит к нарушению трансформации эндометрия матки в фазу секреции, его толщина снижена (менее 10 мм к концу фазы пролиферации), железы эндометрия не вырабатывают кислые гликозаминогликаны, гликопротеиды, гликоген, в строме не наблюдаются децидуальные превращения, снижена её васкуляризация [5]. Данные изменения препятствуют нормальной имплантации оплодотворенной яйцеклетки и приводят к развитию бесплодия [6].
Механизм развития нарушений репродуктивной системы при гипотиреозе в сочетании с гиперпролактинемией сводится к влиянию избытка последнего на гипоталамо-гипофизарную систему, что приводит к снижению синтеза и секреции гонадолиберина и, следовательно, ФСГ и ЛГ. Также дефицит Т4 нарушает образование дофамина, необходимого для нормального пульсового выделения ЛГ. В яичниках пролактин снижает образование половых гормонов, уменьшает их чувствительность к регуляторным влияниям гипофиза. Сочетание гиперпролактинемии и гипотиреоза носит название «синдром Ван Вика-Росса-Хеннеса».

Он характеризуется развитием у пациенток редких и коротких менструаций (менее 1 в течение 35 дней, по продолжительности не превышающих 3 дней) или полным их отсутствием, галактореи, наблюдаемой у 30-80% женщин [7]. Пациентки предъявляют жалобы на снижение либидо, склонность к депрессии, нарушение сна, сухость и атрофию слизистой оболочки влагалища, болезненность при половом акте, фригидность, себорею, гирсутизм и акне [28

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ – изучить ультразвуковую характернстику репродуктивных органов женщин с гипотиреозом

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Были изучены особенности репродуктивного здоровья у 51 нелеченных женщин с диффузным зобом 1-2 ст с гипотиреозом, обратившихся по поводу нарушений менструального цикла в Кашкадарьинский филиал Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Эндокринологии МЗ РУз имени акад. Ё.Х. Туракулова в течение 2025 года. Группа контроля состояла из 20-ти здоровых женщин и без нарушений менструального цикла.

По этиологическому фактору пациентки были распределены на 2 группы: 1 гр. - пациентки с субклиническим гипотиреозом– 23 больных, 2 гр. - пациентки с манифестным гипотиреозом – 28 случаев и 3 гр.- группа контроля - – 20 здоровых женщин с регулярным менструальным циклом без каких-либо гормональных нарушений.

Возраст пациенток в 1-й группе колебался от 20 до 39 лет и в среднем составил 28,3 ± 0,64 года. Во 2-й группе 22–37 лет, в среднем 30,4 ± 0,51года и в 3 группе - среднем 29,4 ± 0,51 года соответственно.

Критерии включения: первичный гипотиреоз, женщины, фертильный возраст

Критерии исключения: вторичный гипотиреоз, женщины старше 44 лет, пациентки, получавшие заместительную гормональную терапию до обращения, были исключены из исследования

Всем пациенткам проводился следующий спектр исследований, включавший общеклинические, биохимические исследования - общий анализ крови, мочи, АЛТ, АСТ, билирубин, гормональные методы исследования крови (ТТГ, свободный тироксин, антитела к рТТГ, пролактин, лютеинизирующий гормон (ЛГ), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), эстрадиол, прогестерон, свободный тестостерон, на 7й, 14 й и 21й дни цикла), ЭКГ, УЗИ матки и яичников с фолликулометрией на 14 дни цикла..

Полученные данные обрабатывали с помощью компьютерных программ Microsoft Excel и STATISTICA_6. Вычислялись средние значения (M), стандартные отклонения средних (m).Достоверность различий в уровне между группами оценивалась по величине доверительного интервала и критерия Стьюдента (p). Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Обильные кровотечения и укорочения менструального цикла приводят к развитию хронической постгеморрагической анемии, что ухудшает состояние пациенток с первичным гипотиреозом. Они предъявляют жалобы на утомляемость, сонливость, головокружение, сердцебиение, раздражительность, трофические нарушения ногтей и волос. Внешний вид характеризуется бледностью кожных покровов, одутловатостью лица, общей отечностью.

Имело место доминирование нарушений менструального цикла во 2 группе пациенток в сравнении с первой группой. Так, в этой группе чаще всего встречались такие нарушения как вторичная аменорея - 15 (53.6%), гиперполименоррея - 10 (35,7%), ановуляция-15 (53,6%) и первичное бесплодие - 12 (42.9%).

Получены данные УЗИ половых органов по группам на 14 день цикла. Наиболее выраженные отклонения наблюдались во 2 гр больных: гипоплазия матки 1-2 степени, низкая толщина эндометрия, а также некоторое увеличение объема яичников.

ВЫВОДЫ. Наиболее выраженные отклонения наблюдались во 2 гр больных с манифестным гипотиреозом: гипоплазия матки 1-2 степени, низкая толщина эндометрия, а также некоторое увеличение объема яичников.

Список исрользованной литературы.

1.Климов В.С., Абатурова Л.О., Любимая Д.Р. Нарушение репродуктивной функции при патологии щитовидной железы // Молодой ученый. 2017. № 14.2. С. 22-25.

2.Перминова С.Г. Особенности овариального резерва у женщин с бесплодием и аутоиммунным тиреоидитом // Акушерство и гинекология. 2012. № 1. С. 60-63

3.Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. С. 338-345, 366-368

4.Терёшин А.Т., Грязюкова Л.А., Лагунов Б.И. Клинико-гормональные взаимоотношения при аутоиммунном тиреоидите у женщин с нарушением репродуктивной функции // Вестник новых медицинских технологий. 2010. № 1. С. 184-187

5.Петров Ю.А., Купина А.Д. Влияние неклассической формы врожденной дисфункции коры надпочечников на репродуктивное здоровье // Современные проблемы науки и образования. 2019. № 2. [Электронный ресурс]. URL: http:// www.science-education.ru/ru/article/view?id=28625 (дата обращения: 12.12.2019)

6.Перминова С.Г. Патология щитовидной железы у женщин с бесплодием // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2011. № 4. С. 44-50

7.Петунина Н.А., Мартиросян Н.С., Трухина Л.В. Дисфункция щитовидной железы и система кроветворения // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2011. № 4(7). С. 27-31.

8.Надь Ю.Г. Сочетание гиперпролактинемии и субклинического гипотиреоза // Медицинский совет. 2009. № 2. С. 42-44.

9.Галганова А.М., Петров Ю.А. Современные методы диагностики и лечения синдрома гиперпролактинемии у женщин репродуктивного возраста // Современные проблемы науки и образования. 2018. № 2. [Электронный ресурс]. URL: http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=27559 (дата обращения: 15.12.2019)