



СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ГИПОТИРЕОЗ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Ойбутаева Наргиза Улугбек кизи

Худаймуратов Файёзбек Обиджон угли

Научный руководитель Ph.D.Негматова Гулзода Шухратовна

1-курс магистратуры по специальности Эндокринология, Самаркандского Государственного Медицинского Университета, Самарканд, Узбекистан.

Резюме. Были обследованы 3 группы женщин фертильного возраста: с нарушением менструального цикла ($n = 30$), с ожирением ($n = 20$) и с симптомам Хертохе ($n = 3$). Больным проведены общеклинические, гормональные методы исследования. Изучили особенности клинического течения субклинического гипотиреоза у женщин фертильного возраста и разработали алгоритм диагностики.

Ключевые слова: ожирение, фертильный возраст, симптом Хертохе, субклинический гипотиреоз.

Актуальность проблемы:

Гипотиреоз – синдром, связанный с дефицитом гормонов щитовидной железы – тироксина (Т4) и трийодтиронина (Т3). Недостаточная выработка Т4 и Т3 щитовидной железой стимулирует гипофиз к усилению выработки тиреотропного гормона (ТТГ). Это явление получило название «первичный гипотиреоз», что составляет более 95 % всех случаев развития дефицита тиреоидных гормонов. Оставшиеся же 5 % приходятся на «вторичный» и «третичный» гипотиреоз, обусловленные патологией гипоталамо-гипофизарной системы [2-4].

Манифестный гипотиреоз встречается более чем у 5 % населения, а распространенность субклинического гипотиреоза достигает 15 %. В практике эндокринолога в большинстве случаев диагностика и лечение манифестного гипотиреоза не вызывает вопросов, тогда как субклинические изменения гормонов щитовидной железы довольно часто порождают множество дискуссий. Общепринятый референсный диапазон для ТТГ до 4,50 мкМЕ/мл противоречит данным, демонстрирующим, что более 95 % здоровых людей с эутиреозом имеют уровень ТТГ в сыворотке до 2,5 мкМЕ/мл. При этом накоплено множество данных о влиянии даже незначительно измененных уровней тиреоидных гормонов и ТТГ на различные ткани, органы и системы организма, в особенности на сердечно-сосудистую, нервную и репродуктивные системы [1].

Субклинический гипотиреоз характеризуется повышением уровня ТТГ от 5 мкМЕ/мл до 10 мкМЕ/мл и нормальным уровнем свободного Т4. Как следует из термина «субклинический» гипотиреоз – это лабораторный диагноз. По некоторым



оценкам его распространенность гораздо выше и достигает 12–15 % [5]. Субклинический гипотиреоз большую часть времени протекает бессимптомно. Однако оно может проявляться симптомами гипотиреоза [6].

Цель исследования

Изучить особенности течения субклинического гипотиреоза у женщин фертильного возраста и разработать алгоритм диагностики.

Материалы и методы

Изучены особенности репродуктивного здоровья у 53 женщины обратившихся по поводу нарушений менструального цикла и другими жалобами. Жалобы были собраны от всех обратившихся женщин фертильного возраста. Больным проводили пальпацию щитовидной железы и УЗИ щитовидной железы и половые органы. У всех женщин определяли количество свободных Т4 и ТТГ. У женщин с ожирением определяли индекс массы тела по индексу Кетле. Один из внешних симптоматических признаков гипотиреоза был сосредоточен на симптоме Хертохе.

Результаты

В табл. 1 приведено распределение больных по возрасту в группах. Как видно из табл. 1, большую часть составили пациентки в возрасте от 18 до 29 лет — 22 случаев (41,5 %).

Более 50% женщин жалуются на выпадение волос, 63% пациенток жалуются на быструю утомляемость, 78% пациенток жалуются на снижение памяти. У всех пациенток 1-й группы с нарушениями менструального цикла отмечается олигоопсоменорея и нерегулярность менструального цикла каждый месяц. Основная жалоба пациентов, жаловавшихся на ожирение, связана с трудностями снижения веса.

Таблица 1. Распределение обследованных больных по возрасту и группам

Возраст, лет	I группа (n=30)	II группа (n=20)	III группа (n=3)
16-17	7	1	2
18-29	19	3	1
30-37	4	16	0
всего	30	20	3

У 12 из 53 больных выявлены пальпируемые образования щитовидной железы, из них 4 относятся ко 2-й группе. у всех этих пациенток в УТТ щитовидной железы выявлена киста размером менее 10 мм. У 15 пациенток, относящихся к 1-й группе, выявлена фолликулярная киста яичника, и этот признак считали важным фактором, приводящим к основной олигоопсоменорея. В остальных группах подобных патологий не выявлено. И только в результате обследований установлено, что



количество ТТГ увеличилось от 5 мкМЕ/мл до 10мкМЕ/мл, свободный Т4 в норме у пациенты с симптомам Хертохе.Симптом Хертохе - это полное или частичное отсутствие волос и ресниц с височной стороны бровей и век, встречается при гипотиреозе.60% женщин с ожирением имеют индекс массы тела $>35 \text{ кг/м}^2$.

Уровни ТТГ у пациенток показаны в Таблице 2.

Таблица 2.

Возраст	ТТГ		
	$>5,05 \text{ мкМЕ/л}$	от 3,5 до 5,05 мкМЕ/л	$>3,5 \text{ мкМЕ/л}$
16-17 лет, n=10	0	1	9
18-29лет, n=23	15	5	3
30-37лет, n= 20	17	2	1

Обсуждение результатов

Данные в учебниках указывает что субклинический гипотиреоз будет бессимптомным. Но в практике можно встретит етот синдром как симптоми гипотиреоза.Очень важно оценить симптомы гипотиреоза, поскольку они влияют на необходимость начала заместительной терапии. Клиническое течение гипотиреоза следующие:

1. Покровы: сухость кожи, выпадение волос, потеря внешней 1/3 бровей.
2. Желудочно-кишечный тракт: запор, дисфагия, увеличение веса.
3. Сердечно-сосудистая система: диастолическая гипертензия, брадикардия, выпот в перикард.
4. Неврологические: снижение концентрации внимания, деменция.
5. Со стороны скелетно-мышечной системы: мышечная слабость, судороги, усталость.

6.Репродуктивная система: нерегулярные менструации, снижение либидо [7]. В нескольких исследованиях были получены положительные корреляции между индексом массы тела (ИМТ) и повышением уровня ТТГ даже после поправки на возраст, статус менопаузы [8], и было показано увеличение веса на 1,1 кг у мужчин и 2,3 кг у женщин на каждое увеличение \log ТТГ. Исследования показывает, что существенная потеря веса приводила к снижению уровня ТТГ [9]. Ест данные о том, что пациенты с умеренно повышенным уровнем ТТГ (менее 10 мкМЕ/мл) чаще страдают миалгией и слабостью, связанными со снижением мышечной силы [10]. При назначении левотироксина по 25 мкг 1 раз в сутки пациентам с уровнем ТТГ более



5.05мкМЕ/л через 2 мес достигнут нормальный диапазон уровней ТТГ и исчезновение вышеуказанных симптомов. При других жалобах назначали симптоматическое лечение. И с пациенток 2-группы проводили индивидуальный подход для снижения веса и снижения индекса массы тела на 20% было достигнуто через 6 месяца. Примерно половина женщин 1-й группы с нарушениями менструального цикла выздоровели после гормональной терапии.

Выводы

Определение симптомов, которые могут возникнуть вследствие незначительного повышения количества ТТГ, имеет важное значение в диагностике субклинического гипотиреоза и требует индивидуального подхода к каждому пациенту. Однако симптомы гипотиреоза могут не проявляться в субклиническом состоянии. В диагностической последовательности левотироксином важно начать гормональную терапию.

Список литературы:

- 1.Цанава И.А., Булгакова С.В., Меликова А.В. Субклинический гипотиреоз: лечить или наблюдать? Вестник медицинского института «Реавиз». Реабилитация, Врач и Здоровье. 2020;6(48):98– 108. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2020.6.12>.
- 2.Pirahanchi Y, Toro F, Jialal I. Physiology, Thyroid Stimulating Hormone (TSH) [Updated 2020 Jun 28]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls.Publishing;2020Jan.Avaliableat:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499850/>
- 3.Delitala AP, Capobianco G, Cherchi PL, Dessole S, Delitala G. Thyroid function and thyroid disorders during pregnancy: a review and care pathway. Arch Gynecol Obstet. 2019;299(2):327–338. <https://doi.org/10.1007/s00404-018-5018-8>
- 4.Garmendia Madariaga A, Santos Palacios S, Guillen-Grima F, Galofre JC. The incidence and prevalence of thyroid dysfunction in Europe: a meta-analysis. J Clin Endocrinol Metab. 2014;99:923–931. <https://doi.org/10.1210/jc.2013-2409>
5. Baumgartner C, Blum MR, Rodondi N. Subclinical hypothyroidism: Summary of evidence in 2014. Swiss Med Wkly. 2014;144:w14058. <https://doi.org/10.4414/smw.2014.14058>
6. Петерс РП. Субклинический гипотиреоз. N Engl J Med. 2017, 29 июня; 376 (26): 2556-2565.
7. Garber JR, Cobin RH, Gharib H, Hennessey JV, Klein I, Mechanick JL, Pessah-Pollack R, Singer PA, Woeber KA., American Association of Clinical Endocrinologists and American Thyroid Association Taskforce on Hypothyroidism in Adults. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. Endocr Pract. 2012 Nov-Dec;18(6):988-1028.
8. Kitahara C, Platz E, Ladenson P, Mondul A, Menke A, Berrington De Gonzalez A. Body fatness and markers of thyroid function among U.S. men and women. PLoS One. 2012;7(4):e34979. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0034979>



9. Chikunguwo S, Brethauer S, Nirujogi V, Pitt T, Udomsawaengsup S, Chand B. Influence of obesity and surgical weight loss on thyroid hormone levels. Surg Obes Relat Dis. 2007;3(6):631–635. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2007.07.011>
10. Reuters V, Teixeira P, Vigario P, Almeida C, Buescu A, Ferreira M. Functional capacity and muscular abnormalities in subclinical hypothyroidism. Am J Med Sci. 2009;338:259–263. <https://doi.org/10.1097/MAJ.0b013e3181af7c7c>

