УДК 618.11+616-006
https://doi.org/10.31612/2616-4868.4(22).2022.06

ПОЛІМОРБІДНІСТЬ ЯК ФАКТОР ВПЛИВУ НА ПОРУШЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ У ЖІНОК З ДОБРОЯКІСНИМИ КІСТОЗНО-ДЕГЕНЕРАТИВНИМИ ЗМІНАМИ ЯЄЧНИКІВ

Б. М. Лисенко

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ, Україна

Резюме

Мета дослідження. Визначити фактори впливу на порушення репродуктивної функції у жінок з кістозно-дегенеративними змінами яєчників.
Матеріали та методи. В науковому дослідженні прийняло участь 398 жінок, які були розподілені у наступні групи: основна (І) – 177 пацієнток із кістозно-дегенеративними змінами яєчників (КДЗЯ) та безпліддям; група порівняння (ІІ) – 121 жінка із КДЗЯ та реалізованою репродуктивною функцією; група контролю (К) – 100 здорових фертильних пацієнток репродуктивного віку. Використовувались клінічні, інструментальні, лабораторні методи дослідження та методи статистичного аналізу.
Результати. В ході дослідження було виявлено, що КДЗЯ у жінок репродуктивного віку формуються на тлі дисгормональних порушень пов'язаних з патологічним впливом доброякісної патології ЩЗ, а також поєднуються мінімум ще з одним чинником ризику розвитку безпліддя. Серед пацієнток І групи – первинне безпліддя мали 71 (40,1%, тривалість коливалася від двох до п'яти років і склала, у середньому, 3,6±0,9 роки), вторинне – 106 (59,8%) жінок (тривалість склала, у середньому, 5,6±0,7 роки). Найвищий відсоток ендокринної патології спостерігався також в І групі, найчастіше спостерігалися аутоімунний тиреоїдит (АІТ) з субклінічним гіпотиреозом (55%), синдром гіперпролактинемії – (21,4%), змішаного типу гіперандрогенії – (7,2%). Провідне місце серед різних причин безпліддя у жінок із КДЗЯ займали ендокринні порушення, а саме АІТ – 44,5%, залозиста гіперплазія ендометрія (ЗГЕ) (20,1%) і матковий фактор (13,7%). Найпоширенішою гінекологічною патологією у обстежених жінок трьох груп дослідження були: аномальні маткові кровотечі – 136 (29,9%), 130 (28,5%) та гіперпластичні процеси ендометрію – у 136 (29,9%). Згідно отриманих результатів, зареєстровано: лапароскопій – 110 (27,0%), лапаро-гістероскопій з лапароскопією – 140 (34,3%), гістероскопій – 87 (21,3%), лапаротомій – 71 (17,3%). Анамнестичні дані про частоту гінекологічних оперативних втручань у жінок з КДЗЯ та безпліддям свідчать про те, що обстежувані жінки представляють собою складний контингент з точки зору реалізації репродуктивної функції, оскільки 61,9% хворих, перенесли від одної до трьох гінекологічних операцій, що в цілому сприяє розповсюдженню злукового процесу (15-69% відповідно), що призводить до порушення функції маткових труб, як супутній трубно-перитоніальний фактор безпліддя.
Висновки. Результати проведених досліджень свідчать про наявність порушень репродуктивної функції жінок із КДЗЯ, факторами якої є соматична захворюваність, в тому числі ендокринна патологія; супутня гінекологічна патологія – хронічні запальні процеси, гіперпластичні процеси ендометрія, порушення менструальної функції, кісти яєчників, ендометріоз різної локалізації; а також їх поєднання. Жінки з безпліддям та КДЗЯ складають групу високого ризику щодо обтяженого репродуктивного анамнезу, а саме висока питома вага ендокринної патології відіграє суттєву роль в патогенезі розвитку безпліддя у пацієнток з КДЗЯ, так як аутоімунна ПЩЗ є одним з предикторів зниження функції яєчників та розвитком у цих пацієнток резистентності PR та ER ендометрію. Тому у таких жінок необхідним є обов'язкове обстеження функціонального стану щитовидної залози, ендокринологічного та імунологічного статусу, овариального резерву (рівня антимюллерового гормону), незалежно від віку.

Ключові слова: **кістозно-дегенеративні зміни яєчників, поліморбідність, порушення репродуктивної функції.**

ВСТУП

Однією з найбільш розповсюджених патологій в структурі гінекологічної захворюваності є кістозно-дегенеративні зміни яєчників (КДЗЯ), які становлять 19,0-25,0% серед доброякісних пухлиноподібних утворень жіночих статевих органів. Більшість патологічних змін яєчників на тлі КДЗЯ, зазвичай (70,0-80,0%), являють собою безсимптомні доброякісні утворення, які призводять до порушення менструальної та репродуктивної функцій [1]. Статистичний аналіз результатів хірургічного лікування із застосування періопераційної консервативної терапії у пацієнток, які страждають на КДЗЯ, свідчить, що вагітність у них наступає після закінчення лікування: протягом перших 6 місяців у 63,5%, через рік у 38%, через два роки – до 19,0% та в 10% після трьох років [1,2]. Можливо, це пов'язано з однією з актуальних проблем сучасної медицини – поліморбідність. За статистикою від 25% до 57% хворих гінекологічного стаціонару складають пацієнтки різних вікових груп з супутньою екстрагенітальною патологією, зокрема, частка дисфункціональних розладів та органічних уражень щитовидної залози зіставляє 50-60% [3,4].

Таким чином, незважаючи на достатній досвід лікування кістозно-дегенеративних змін яєчників, проблеми повного відновлення функції яєчників залишаються невирішеними і потребують подальшого вивчення та удосконалення.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Визначити фактори впливу на порушення репродуктивної функції (РФ) у жінок з кістозно-дегенеративними зміни яєчників (КДЗЯ).

Досягнення поставленої мети реалізовано послідовним рішенням наступних задач:

- Вивчення характеру безпліддя у жінок з кістозно-дегенеративними змінами яєчників.
- Вивчення провідних факторів розвитку безпліддя у жінок з кістозно-дегенеративними змінами яєчників.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження виконувалось протягом 2017-2020 років на клінічній базі хірургічного центру ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС (м. Київ).

В науковому дослідженні на добровільній основі прийняло участь 398 жінок. Усі жінки були розподілені у наступні групи: основна (І) – 177 пацієнток із КДЗЯ та безпліддям; група порівняння (ІІ) – 121 жінка із КДЗЯ та реалізованою репродуктивною функцією; група контролю (К) – 100 здорових фертильних пацієнток репродуктивного віку.

У роботі дотримувалися етичних принципів, що пред'являються Декларацією Всесвітньої медичної асоціації (World Medical Association Declaration of Helsinki, 2000), основні положення «Правил етичних принципів проведення наукових медичних досліджень за участю людини», затверджених ICH GCP (1996) та Директиви ЄЕС № 609 (1986) і наказів МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р., № 944 від 14.12.2009 р., № 616 від 03.08.2012 р. Кожна пацієнтка підписувала інформовану згоду на участь у дослідженні, вжиті всі заходи для забезпечення анонімності пацієнток.

Критерії включення в клінічне дослідження: вік до 45 років, бажання зберегти і реалізувати РФ; інформована згода пацієнта на лікування, що проводиться, післяопераційну реабілітацію та використання методів ДРТ; наявність матки, функціонально здатної до виношування вагітності; наявність одного або обох яєчників, доступних для аспірації фолікулів, рівень АМГ 0.7-1,0 нг/мл; вміст ФСГ до 12 МО/л; показник естрадіолу до 50 пмоль/л на 2-3-й день менструального циклу; задовільний стан ендометрію, підтверджений гістологічно; каріотипи обох з подружжя – в нормі.

Критерії виключення з дослідження: вагітність та лактація; наявність на момент дослідження ургентної гінекологічної патології чи гострих запальних процесів будь-якої локалізації, інфекцій (ВІЛ-інфекція, сифіліс, гонорея, гепатит, лістеріоз), онкопатології будь-якої локалізації; тяжка соматична та органічна патологія центральної нервової системи, психічні розлади в даний час чи в анамнезі; дисфункціональні кровотечі неясної етіології та рецидивуючі гіперпластичні процеси слизової ендометрія; індекс маси тіла (ІМТ) ≤18 або ≥40; розмір матки ≥11 см, кісти яєчників ≥4 см, наявність вад розвитку матки, несумісних з вагітністю; хворі у віці >45 років, з супутнім аденоміозом із імунологічним, чоловічим та ідіопатичними факторами безпліддя.

Ультразвукове дослідження (УЗД) проводили з використанням апарата «Mindray» на 7-12 день МЦ або умовного циклу з використовуванням датчика з частотою 6,5-8 Мгц. Гормональне дослідження рівнів гіпофізарних і статевих стероїдних гормонів в сироватці крові проводили з використанням радіоімунологічних та імуноферментних методів дослідження за стандартним планшетним набором фірми «Biorad» та на імуноферментному аналізаторі фірми «Multiscan» в незалежній лабораторії «DILLA» (Назаренко Г. И., 2018). Вивчали концентрації наступних гормонів: на 2-5-й день – АМГ, ЛГ, ФСГ та естрадіолу (Е2), з 20-го по 25-й день природнього або індукованого менструального циклу (МЦ) – вміст прогестерону (П), дегідроепіандростерон-сульфату (ДЕА-С), дигідротестостерону (ДГТ) та 17-гідроксипрогестерону (17-ОП), а також індекс вільного тестостерону (ІТ); вміст кортизолу (К) визначали в добовій сечі у вищевказані часові параметри.

Оцінка функціонального стану ЩЗ включала дослідження тиреотропного гормону (ТТГ), вільного тироксину (fT4), вільного трийодтироніну (fT3), антитіл до тиреоглобуліну (АТ-ТГ), антитіл до тиреопероксидази (АТ-ТПО) ТТГ, рівня пролактину (ПРЛ).

Отриманий цифровий матеріал був оброблений за допомогою сучасних методів статистичного аналізу (програмний математичний спеціалізований пакет STATISTICA-5, Excel Microsoft Office).

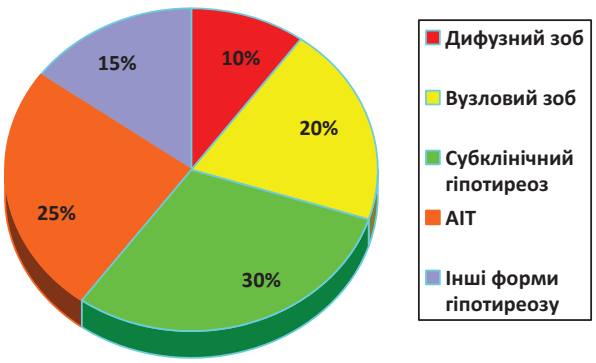
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік пацієнток склав 34,7±2,6 року. Аналіз даних соматичного анамнезу, серед обстеженого контингенту пацієнток, виявив – ендокринні захворювання у 21,4%, захворювання серцево-судинної системи у 18,4%, патологію нирок і сечового міхура у – 15,2%, що здоровими вважали себе 28,5%, Хвороби органів травлення та органів дихання у обстеженого контингенту зустрічалася з однаковою частотою –11,2%.

Звертає на себе увагу, що найвищий відсоток ендокринної патології спостерігався саме в групі безплідних пацієнток з КДЗЯ – 28 (48.2%), порівняно з показниками групи фертильних жінок – 36,1% жінок з КДЗЯ та групи К – 15,6%.

В нозології ендокринної патології саме у безплідних пацієнток з КДЗЯ найчастіше спостерігалися аутоімунний тиреоїдит з субклінічним гіпотиреозом (АІТ – 55%), синдром гіперпролактинемії – (21,4%), змішаного типу гіперандрогенії – (7,2%).

Загальна структура доброякісної патології ЩЗ у пацієнток основної групи дослідження представлена на малюнку 1.



Малюнок 1.

В ході дослідження було виявлено, що КДЗЯ у жінок репродуктивного віку формуються на тлі дисгормональних порушень пов'язаних з патологічним впливом доброякісної патології ЩЗ.

При анамнестичному аналізі чинників ризику розвитку безпліддя – КДЗЯ поєднувалася мінімум ще з одним чинником ризику розвитку безпліддя.

При дослідженні репродуктивного анамнезу було визначено, що серед безплідних пацієнток – первинне безпліддя мали 71 (40,1%, тривалість коливалася від двох до п'яти років і склала, у середньому, 3,6±0,9 роки), вторинне – 106 (59,8%) жінок (тривалість склала, у середньому, 5,6±0,7 роки). Незважаючи на те, що виявлена велика питома вага вторинного безпліддя, проте пологи у жінок з вторинним безпліддям відмічено лише в половині випадків (в 7 з 14-50,0%). При аналізі часу виникнення патології було виявлено, що тривалість існування як безпліддя, так і ЛМ у цих пацієнток на момент операції коливалася від 1 до 15 років, у 18 з 26 (69,2%) пацієнток вагітність не наставала більше трьох років, тоді як тривалість ЛМ більше трьох років відзначали лише 9 (34,6%) з цих жінок.

Аналізуючи отримані результати щодо структури гінекологічних захворювань пацієнтів з груп дослідження було виявлено, що найпоширенішою гінекологічною патологією у обстежених жінок трьох груп дослідження були: аномальні маткові кровотечі – 136 (29,9%), 130 (28,5%) та гіперпластичні процеси ендометрію – у 136 (29,9%). Достовірних статистичних відмінностей по групах щодо поширеності запальних захворювань придатків матки не було. При порівнянні по групам отриманих результатів дослідження, щодо структури гінекологічних захворювань, було визначено, що значна частка сумарної кількість супутніх гінекологічних захворювань у пацієнток основної групи дослідження перевищували майже вдвічі аналогічні показники жінок групи порівняння та контролю, таким чином ми розцінюємо цей факт, як суттєвий для реалізації репродуктивної функції [1].

На оперативні втручання в анамнезі вказували 48,0% осіб дослідницького контингенту. Згідно отриманих результатів, зареєстровано: лапароскопій – 110 27,0%), лапаро-гістероскопій з лапароскопією – 140 (34,3%), гістероскопій – 87 (21,3%), лапаротомій – 71 (17,3%). Середня кількість операцій на одну пацієнтку склала 1,6±0,8 при коливаннях від одного до трьох оперативних втручань. Аналіз отриманих даних дозволяє констатувати, що у плановому порядку оперативні втручання у черевній порожнині з причин хірургічної та гінекологічної патології виконані 21 (8,6%) та 223 (91,4%) пацієнткам, шляхом лапаротомії – 10 (4,0%) та 29 (11,8%), лапароскопічним доступом – 11 (4,5%) і 49 (20,0%), відповідно до загального числа запланованих у черевну порожнину; в ургентному порядку з причин гінекологічній патології були апоплексія яєчника і позаматкова вагітність (9,5 і 27,4% відповідно), кесарський розтин і перфорація матки (15,0 і 2,0% відповідно). Необхідно відзначити, що зазначені оперативні втручання в переважній більшості випадків включали поєднання з реконструктивно-пластичними операціями на маткових трубах (21,0%): сальпінгооваріолізіс, роз'єднання спайок в передньо-

і позаматковому просторі, відновлення прохідності маткових труб з однієї або з обох сторін, причому в 25,7% випадків реконструктивно-пластичні операції були виконані паралельно з односторонньою тубектомією з приводу позаматкової вагітності. Всі зазначені діагнози були верифіковані гістологічно.

Отже, анамнестичні дані про частоту гінекологічних оперативних втручань у жінок з КДЗЯ та безпліддям свідчать про те, що обстежувані жінки представляють собою складний контингент з точки зору реалізації репродуктивної функції, оскільки 61,9% хворих, перенесли від одної до трьох гінекологічних операцій, що в цілому сприяє розповсюдженню злукового процесу (15-69% відповідно), що призводить до порушення функції маткової труб, як супутній трубно-перитоніальний фактор безпліддя.

Таким чином, провідними факторами ризику безпліддя у жінок з КДЗЯ були визначені: соматична захворюваність (71,5%), в тому числі ендокринна патологія (21,4%); супутня гінекологічна захворюваність – гіперпластичні процеси ендометрія (29,9%); порушення менструальної функції (28,5%); кісти яєчників (12,2%); ендометріоз різної локалізації (12,0%); а також їх поєднання – 24,4% відповідно); високий рівень (1,6±0,8 на одну пацієнтку) перенесених оперативних втручань, особливо на яєчниках (27,0%).

При вивченні структури первинного і вторинного безпліддя пацієнток усього контингенту пацієнток, була визначена тенденція, що як фактор безпліддя, визначався зовнішній геніальний ендометріоз (ЗГЕ), питома вага якого відповідала відсотку оперативних ургентних втручання у даного контингенту, а саме – 30,1%.

Теж саме спостерігається і відносно структури первинного та вторинного безпліддя у пацієнток групи 1, де визначається – ЗГЕ як провідний фактор розвитку трубно-перитонеальний безпліддя у 29,8% у жінок з КДЗЯ. Можливо, це пов'язано з обтяжливим анамнезом по оперативним втручанням, адже оперативні втручання з будь – якого доступу, також безпосередньо впливають на розвиток зовнішнього геніального ендометріозу, і, як його наслідок – злуковій хворобі, що не суперечить отриманим результатам, як зарубіжних, так і вітчизняних дослідників (Семенюк Л. М. та співавт., 2020; De La Cruz M. S. et al., 2017) [5].

Щодо ендокринного фактору впливу на репродуктивну функцію пацієнток основної першої групи, то його вплив спостерігається при аналізі структури вторинного безпліддя. Особливий інтерес, на нашу думку, становлять дані про кількість та результат попередніх вагітностей в обстежених жінок з КДЗЯ та вторинним безпліддям. Так, вагітностей в анамнезі, які закінчилися пологами, було 31 (30,0%), однак відсоток передчасних пологів в їх структурі суттєво переважав – 21 (19,8%), в порівнянні з відсотком термінових – 10 (9,4%). Загальне число абортів серед жінок групи 1.1 склало 42 (40,0%), з яких відсоток самовільного переривання вагітності склав – 17,9%, а у 9 (47,3%) з них викидні відбувалися в терміні до 18 тижнів.

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать, що серед різних причин безпліддя у жінок із КДЗЯ провідне місце займали ендокринні порушення, а саме АІТ – 44,5%, ЗГЕ (20,1%) і матковий фактор (13,7%). Частота первинного безпліддя склала 40,2%, вторинного – 59,8%. Серед наслідків перенесених вагітностей частіше були самовільні переривання у різні терміни гестації (36,9%), пологи (30,0%), штучні аборти (30,0%) та позаматкова вагітність (3,1%). Отже, жінки з безпліддям та КДЗЯ складають групу високого ризику щодо обтяженого репродуктивного анамнезу, а саме висока питома вага ендокринної патології відіграє суттєву роль в патогенезі розвитку безпліддя у пацієнток з КДЗЯ, так як аутоімунна патологія ЩЗ є одним з предикторів зниження функції яєчників та розвитком у цих пацієнток резистентності PR та ER ендометрія [5,6,7]. За даними Л. М. Семенюк та співавторів (2020), аутоімунна патологія ЩЗ призводить до безпліддя, шляхом зниження чутливості яєчників до гонадотропінів, знижується рівень тестостерон-естрадіол-зв'язуючого глобуліну і, відповідно, зростає чутливість рецепторів до естрогенів, виникає відносний дефіцит П, підвищенню рівня зв'язуючих статеві гормони глобулінів, підвищенню вмісту естрогену в плазмі в усіх фазах МЦ у 2-3 рази за норму, порушенню периферичного метаболізму естрогенів а саме, перехід Е2 в естрон. Цей процес призводить до зміни секреції гонадотропінів і виникнення ановуляції (Суслікова Л. В. та співавт., 2018; Manta L. et al., 2016). У жінок з ЛМ, особливо при порушенні репродуктивної функції, часто важко визначити пріоритетну роль самої міоми або супутньої патології в патогенезі розвитку безпліддя (Хміль С. В. та співавт., 2018; Pyrohova V. et al., 2019).

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про наявність порушень репродуктивної функції жінок із КДЗЯ факторами якої є соматична захворюваність (71,5%), в тому числі ендокринна патологія (44,5%); супутня гінекологічна патологія – хронічні запальні процеси (36,7%), гіперпластичні процеси ендометрія (29,9%), порушення менструальної функції (28,5%), кісти яєчників (12,2%), ендометріоз різної локалізації (12,0%); а також їх поєднання – 24,4% відповідно. Високий рівень (1,6±0,8 на одну пацієнтку) перенесених оперативних втручань, особливо на яєчниках (27,0%) і вишкрібань стінок порожнини матки і цервікального каналу (17,3%).

У жінок з кістозно-дегенеративними змінами яєчників (КДЗЯ), необхідним є обов'язкове обстеження функціонального стану щитовидної залози, ендокринологічного та імунологічного статусу, овариального резерву (рівня антимюллерова гормону), незалежно від віку. Отримані результати необхідно використовувати при розробці тактики проведення хірургічного лікування та реабілітаційних заходів.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

В подальшому планується вивчення комбіновані порушення фертильності (матковий та ендокринний фактории) та розробки тактики її відновлення у даного контингенту пацієнтів.

Інформація про фінансування. Дана робота проведена за бюджетні кошти, в рамках комплексної НДР наукового відділу малоінвазивної хірургії «Удосконалення малоінвазивних методів хірургічного лікування окремих захворювань судин, внутрішніх та репродуктивних органів, черевної стінки, суглобів, щитоподібної та прищитоподібної залоз, носоглотки, зокрема, із використанням імплантатів на основі нанобіосенсорних технологій», № держ. реєстрації: 0114U002120.

ДОТРИМАННЯ ЕТИЧНИХ НОРМ

Дослідження виконано з дотриманням основних положень «Правил етичних принципів проведення наукових медичних досліджень за участю людини», затверджених Гельсінською декларацією (1964-2013 рр.), ICH GCP (1996 р.), Директиви ЄЕС № 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. Кожна із жінок підписувала інформовану згоду на участь у дослідженні.

ЛІТЕРАТУРА

1. Sharma R.S., Saxena R., Singh R. Infertility & assisted reproduction: A historical & modern scientific perspective. Indian J Med Res. 2018 Dec.148 (Suppl). S10-S14. doi: 10.4103/ijmr.IJMR_636_18.
2. Leong I. Reproductive endocrinology: Restoring ovarian function. Nat Rev Endocrinol. 2018. Feb. 14(2). 66. doi: 10.1038/nrendo.2017.171.
3. Silva J.F., Ocarino N. M., Serakides R. Thyroid hormones and female reproduction. Biol Reprod. 2018 Nov 1. 99(5). 907-921. doi: 10.1093/biolre/ioy115. PMID: 29767691.
4. Литвак О. О. Влияние дисфункций щитовидной железы на состояние репродуктивной системы женщин. Здоровье женщины. 2011. 3(59). 201-7.
5. Гормональний статус хворих із зовнішнім генітальним ендометріозом у поєднанні з гіпотиреозом / Лисенко Б., ін. Клінічна та профілактична медицина. 2019. 2(8). 58-68. https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(8).2019.07
6. Литвак Е. О. Влияние аутоиммунного тиреоидита на гинекологическую заболеваемость женщин репродуктивного возраста. Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики: зб. наук. праць. Київ -Луганськ, 2012. 23. С. 196-203.
7. Диагностика аутоимунного тиреоидита у женщин с гинекологическими заболеваниями / Хабрат Б. В., та ін. Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. 2013. № 2 (43). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/diagnostika-autoimunnogo-tireoidita-u-zhenschin-s-ginekologicheskimi-zabolevaniyami (дата обращения: 12.10.2022).

REFERENCES

1. Sharma, R.S., Saxena, R., Singh, R. (2018). Infertility & assisted reproduction: A historical & modern scientific perspective. Indian J Med Res. Dec, 148(Suppl), 10-14. doi: 10.4103/ijmr.IJMR_636_18.
2. Leong, I. (2018). Reproductive endocrinology: Restoring ovarian function. Nat Rev Endocrinol. Feb, 14(2), 66. doi: 10.1038/nrendo.2017.171.
3. Silva, J.F., Ocarino, N.M., Serakides, R. (2018). Thyroid hormones and female reproduction. Biol Reprod., 99(5), 907-921. doi: 10.1093/biolre/ioy115.
4. Litvak, O.O. (2011). Vliyaniye disfunktsiy shchitovidnoy zhelezy na sostoyaniye repro-duktivnoy sistemy zhenshchin [Influence of thyroid dysfunctions on the state of the reproductive system of women]. Women's Health, 3(59), 201-7.
5. Lysenko, B., Khabrat, B., Lytvak, O., Hyryavenko, O., Struk, T., Hordyychuk, O., & Khabrat, A. (2019). Hormonal′nyy status khvorykh iz zovnishnim henital′nym endometriozom u poyednanni z hipotyreozo [Hormonal status of patients with external genital endometriosis combined with hypothyroidism]. Clinical and preventive medicine, 2(8), 58-68. https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(8).2019.07
6. Lytvak, E.O. (2012). Vlyyanye autoymmunnoho tyreoydyta na hynekolohycheskuyu zabo-levaemost′ zhenshchyn reproduktyvnoho vozrasta. Aktual′ni problemy akusherstva

i hine-kolohiyi, klinichnoyi imunolohiyi ta medychnoyi henetyky: zb. nauk. prats' [The influence of autoimmune thyroiditis on gynecological morbidity in women of reproductive age. Actual problems of obstetrics and gynecology, clinical immunology and medical genetics: collection. of science works]. Kyiv-Luhansk.
7. Khabrat, B.V., Litvak, O.O., Giryavenko, Ye.YA., Lysenko, B.M., Khabrat, A.V., Larina, O.V. (2013). Diagnostika autoimunnogo tireoidita u zhenshchin s ginekologicheskimi zabolevaniyami [Diagnosis of autoimmune thyroiditis in women with gynecological diseases]. Clinical endocrinology and endocrine surgery, 2 (43). Available from: https://cyberleninka.ru/article/n/diagnostika-autoimunnogo-tireoidita-u-zhenschin-s-ginekologicheskimi-zabolevaniyami

Summary

POLYMORBIDITY AS A FACTOR AFFECTING REPRODUCTIVE FUNCTION IN WOMEN WITH BENIGN CYSTIC-DEGENERATIVE CHANGES IN THE OVARIES

B. Lysenko

State Scientific Institution «Scientific and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» of the State Administration of Affairs, Kyiv, Ukraine

The aim. To determine the factors affecting reproductive function in women with cystic-degenerative changes in the ovaries.

Materials and Methods. The study involved 398 women who were divided into groups: main (I) – 177 patients with cystic-degenerative changes of the ovaries and infertility; comparison group (II) – 121 women with cystic-degenerative changes of the ovaries and realized reproductive function; control group (K) – 100 healthy fertile patients of reproductive age. Clinical, instrumental, laboratory research methods and methods of statistical analysis were used.

Results. In the course of the study, it was found that cystic-degenerative changes of the ovaries in women of reproductive age are formed against the background of dyshormonal disorders associated with the pathological influence of benign thyroid pathology, and are also combined with at least one other risk factor for the development of infertility. Among the patients of the 1st group, 71 had primary infertility (40.1%, the duration varied from two to five years and was, on average, 3.6±0.9 years), secondary infertility was 106 (59.8%) women (the duration was, on average, 5.6±0.7 years). The highest percentage of endocrine pathology was also observed in the 1st group, autoimmune thyroiditis (AIT) with subclinical hypothyroidism (55%), hyperprolactinemia syndrome – (21.4%), mixed type of hyperandrogenism – (7.2%) were most often observed. The leading place among the various causes of infertility in women with cystic-degenerative changes of the ovaries was occupied by endocrine disorders, namely AIT – 44.5%, glandular endometrial hyperplasia (20.1%) and uterine factor (13.7%).

The most common gynecological pathology in the examined women of the three research groups were: abnormal uterine bleeding – 136 (29.9%), 130 (28.5%) and hyperplastic processes of the endometrium – in 136 (29.9%). According to the obtained results, the following were registered: laparoscopy – 110 (27.0%), laparohysteroscopy with laparoscopy – 140 (34.3%), hysteroscopy – 87 (21.3%), laparotomy – 71 (17.3%). Anamnestic data on the frequency of gynecological surgical interventions in women with cystic-degenerative changes of the ovaries and infertility indicate that the examined women represent a complex contingent from the point of view of implementation of reproductive function, since 61.9% of patients underwent from one to three gynecological operations, which in general contributes to the spread of the adhesion process (15-69%, respectively), which leads to a violation of the fallopian tube function, as a concomitant tubo-peritoneal factor of infertility.

Conclusions. The results of the conducted studies indicate the presence of disorders of the reproductive function of women with cystic-degenerative changes of the ovaries, the factors of which are somatic morbidity, including endocrine pathology; accompanying gynecological pathology – chronic inflammatory processes, hyperplastic processes of the endometrium, disorders of menstrual function, ovarian cysts, endometriosis of various localization; as well as their combination. Women with infertility and cystic-degenerative changes of the ovaries are a high-risk group with regard to a burdened reproductive history, namely, a high specific gravity of endocrine pathology plays a significant role in the pathogenesis of infertility in patients with cystic-degenerative changes of the ovaries, as autoimmune benign thyroid pathology is one of the predictors of decreased ovarian function and development in these patients with PR and ER endometrial resistance. Therefore, in such women, a mandatory examination of the functional state of the thyroid gland, endocrinological and immunological status, ovarian reserve (anti-Mullerian hormone level), regardless of age, is necessary.

Key words: cystic-degenerative changes of the ovaries, polymorbidity, impaired reproductive function.