



РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ТА ЗАХВОРЮВАННЯ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ В ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ

*В.В. Подольський, В.Я. Козар, Вл.В. Подольський
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології академіка
О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ*

Резюме

Проведені клініко-епідеміологічні дослідження дозволили визначити стан репродуктивного здоров'я жінок фертильного віку, мешканок ендемічного сільськогосподарського регіону, та з'ясувати структуру захворювань щитоподібної залози.

Запропоновано комплексний підхід до діагностики, лікування і профілактики порушень репродуктивного здоров'я на тлі захворювань щитоподібної залози. Оптимізація лікувальних заходів включає використання Йодофолу.

Ключові слова

Клініко-епідеміологічні дослідження, репродуктивне здоров'я, ендемічний регіон, щитоподібна залоза, оптимізація лікування.

Проблеми репродуктивного здоров'я (РЗ) у сучасних умовах набувають особливої актуальності [1]. Насамперед це пов'язано зі зміною демографічних показників, які вказують на зменшення кількості населення нашої країни, що зумовлено, у свою чергу, зниженням показників народжуваності та економічною кризою в державі. Серед багатьох чинників, які впливають на стан здоров'я населення та РЗ, вагомий вплив мають фактори зовнішнього середовища. До таких впливів на організм людини відноситься недостатня кількість йоду в навколишньому середовищі, що зумовлює розвиток йододефіциту (ЙД).

ВООЗ виділяє 130 країн світу, в яких існує природна нестача йоду. До числа цих країн входить Україна. У минулі роки до ЙД територій в Україні відносили Львівську, Чернівецьку, Івано-Франківську, Закарпатську, Тернопільську і Волинську області. Але останні дослідження провідних учених нашої країни показали, що проблема ЙД актуальна для всієї території нашої країни. Дані офіційної статистики свідчать про зростання тиреоїдної патології в більшості регіонів України. Експерти ВООЗ сформулювали рекомендації щодо усунення проблеми ЙД та ЙД захворювань для уряду нашої країни, де зазначено, що вирішення проблеми ЙД може бути здійснено

шляхом додавання йоду до харчового раціону або застосування йодованих препаратів (у дозі не менше ніж 0,2 мг).

Сучасна наука довела, що йод є одним із найважливіших незамінних мікроелементів, які беруть участь в обмінних процесах та нормальному функціонуванні живого організму. Йод є структурним компонентом гормонів щитоподібної залози (ЩЗ). Він сприяє посиленню основного обміну, збільшує вживання кисню, активує декотрі ензими, бере участь у діяльності серцево-судинної, нервової, кістково-м'язової систем організму. На жаль, доведено, що йод самостійно не синтезується в організмі людини, а потрапляє тільки ззовні, його нестача призводить до ЙД захворювань. Тому підвищеної уваги потребують райони з природним дефіцитом йоду, у ґрунті та воді, що є епідемічним за патологією щитоподібної залози. До таких регіонів відноситься Закарпаття. У цьому регіоні відзначається виражений дефіцит мікроелементів за вмістом фтору, йоду, кобальту, нікелю, цинку. У прісних водах передгірської зони виявляються тільки сліди життєво важливих елементів [2].

Порушеннями функції ЩЗ, що виникають на тлі ЙД у вигляді гіпер- або гіпотиреоїдизму, супроводжується більшість захворювань (ендемичний зоб, дифузний токсичний зоб, хронічний аутоімунний тиреоїдит) [3-5]. При цьому доведено, що ЙД найбільш виражений у сільських мешканців малозабезпечених груп населення й останніми роками поглибився через значні зміни в характері харчування населення, зокрема в 3-4 рази знизилася споживання морської риби і морепродуктів, збагачених йодом. Українській несприятливу роль зіграло й те, що протягом останніх років виробництво йодованої солі значно знизилася [6]. Погіршенню ситуації сприяло і руйнування системи масової та групової профілактики ЙД.

Рівень поширеності тиреопатології серед жінок збільшився в середньому за останнє десятиріччя у 2,7 рази, що свідчить про тісний зв'язок захворюваності із різними змінами в соціально-економічній та професійній діяльності, з погіршенням екологічної ситуації, а також указує на необхідність вивчення етіопатогенетичних основ цих закономірностей [7].

Особливої уваги, зважаючи на наявність природного ЙД та високу частоту ЙД захворювань, потребує стан РЗ у жінок фертильного віку (ЖФВ). У Закарпатській області праця жінок, зайнятих у сільському господар-

стві, має свої особливості. Трудова активність носить виражений сезонний характер, здійснюється під відкритим небом із дією несприятливих і шкідливих факторів навколишнього середовища. При цьому жінки відзначають, що виконувана робота часто не відповідає їх фізичним можливостям [6, 8].

Недостатня функція ЩЗ супроводжується дисбалансом статевих гормонів, розладами функціональної активності гіпоталамо-гіпофізарної системи, що призводить до формування гормональнозалежних захворювань і погіршує якість життя жінки [9].

У структурі патології репродуктивної системи в таких жінок переважають нейро-обмінно-ендокринні дисфункції, що є показником дезадаптації організму до дії факторів довкілля. Статистика гінекологічної захворюваності мешканок цього регіону вказує на збільшення частоти порушень менструального циклу (ПМЦ) із переважанням ановуляторних, невиношування вагітності, безпліддя, а також хронічних запальних захворювань статевих органів (ХЗСО) [10].

Зважаючи на показники стану РЗ та захворюваності жінок в ендемічному регіоні, окрім йоду, для нормального функціонування організму в цілому та репродуктивної системи зокрема необхідним є потрапляння з їжею фолієвої кислоти (водорозчинний вітамін В₉), який також синтезується частково мікрофлорою кишківника. Слід зазначити, що біодоступність синтетичної фолієвої кислоти значно вища, ніж та, яка надходить з їжею. Найважливішою функцією фолієвої кислоти є участь у біосинтезі і метилюванні нуклеїнових кислот — ДНК і РНК, що зумовлює нормальне функціонування всіх клітин людського організму. Фолієва кислота є незамінною складовою окислювально-відновлювальних процесів.

Слід зазначити, що недостатня функція ЩЗ може супроводжуватися розладами функціональної активності гіпоталамо-гіпофізарної системи з клінічною маніфестацією порушень РЗ та дискореляцією лабораторних показників [11].

Зважаючи на вищезазначене, нами проведені дослідження щодо стану РЗ і захворювань ЩЗ у ЖФВ, мешканок сільськогосподарського регіону (СГР) (Закарпаття) з природним ЙД, та оптимізації лікувальних заходів.

Мета — оптимізація діагностично-лікувальних заходів, спрямованих на корекцію по-



рушень репродуктивного здоров'я в мешканок сільського регіону з природним йододефіцитом.

Матеріали та методи

Клініко-епідеміологічні дослідження проводилися згідно з розробленою ДУ «ІПАГ ім. академіка О.М. Лук'янової НАМН України» спеціальною програмою та анкетною «Репродуктивне здоров'я жінок фертильного віку, мешканок села ендемічного регіону (Закарпатська область), залежно від стану щитоподібної залози».

Нами було обстежено 1000 жінок. Детальне дослідження функціонального стану ЩЗ, гінекологічної патології, гормональної забезпеченості МЦ було проведено у 200 ЖФВ (основна група), котрі постійно (понад 15 років) мешкають у СГР. Із них у 170 мали місце ЗЩЗ (основна група), 30 жінок із зобом 0 увійшли до групи порівняння. 30 жінок, які проживають у регіоні з достатньою йодною забезпеченістю (Полтавська область), становили контрольну групу.

Для корекції виявлених змін у стані ЩЗ за наявності ЙД у комплексній терапії було використано засіб Йодофол (Yodofol) компанії World Medicine.

Науково обґрунтована та збалансована формула комплексу Йодофол містить в одній таблетці 200 мкг калію йодиду (що відповідає 150 мкг йоду) і 400 мкг фолієвої кислоти, що забезпечує щоденну добову норму цих елементів для людей різного віку.

Результати та їх обговорення

Обстеження 1000 жінок дозволило визначити, що захворювання ЩЗ спостерігалось у 420 (42,0%) жінок. У 214 (21,4%) жінок ЗЩЗ були визначені вперше під час прицільного дослідження. Жінкам із патологією ЩЗ проводилися додаткові методи дослідження: УЗД залози (944 жінкам, а 56 жінок відмовились від обстеження), дослідження гормонів ЩЗ (T_3 , T_4 , ТТГ). Результати дослідження інтерпретувалися ендокринологом із подальшим призначенням лікування.

УЗД об'єму ЩЗ дозволило визначити достовірність збільшення обох часток та перешийку ЩЗ відносно показників жінок без тиреоїдної патології. Розміри окремих структур ЩЗ збільшувались із наростанням ступеня зоба (табл. 1).

Таблиця 1

Розміри щитоподібної залози в обстежених жінок за даними УЗД, см

Група жінок	n	Об'єм лівої частки	Об'єм правої частки	Перешийок
Здорові	580	5,53±0,42	5,56±0,43	2,21±0,14
Дифузний зоб I ст.	314	8,9±0,49*	8,83±0,71*	2,57±0,16
Дифузний зоб II ст.	42	11,28±0,9***	11,31±1,05***	4,4±0,2***
Вузловий зоб	8	6,8±1,27	8,94±1,38*	4,25±1,03*

Примітка: * — достовірність різниці відносно показників у здорових жінок ($p < 0,05$);

** — достовірність різниці відносно показників у жінок із дифузним зобом I ст. ($p < 0,05$).

Захворювання ЩЗ спостерігалось у 420 (42,0%) жінок, із них збільшення ЩЗ відбувалося за типом гіперплазії в 314 (74,8%) обстежених, а в 53 (12,6%) жінок ЩЗ мала характер тотального збільшення без патологічних змін ехоструктури. У інших хворих під час УЗД у структурі залози виявлялись незначні явища тиреофіброзу — 140 (33,3%) випадків, деколи поряд із такими змінами спостерігалися мікровузликові — 76 (18,1%) спостережень та поодинокі кістозні зміни — 78 (18,6%) випадків. Зміни ехоструктури ЩЗ у вигляді тотального тиреофіброзу мали місце в 56 (13,3%) жінок і завжди поєднувалися з ПРЗ.

Визначені в результаті проведення клініко-епідеміологічних досліджень порушення РЗ (табл. 2) показали, що у 296 (29,6%) жінок спостерігалися ХЗЗСО, 173 (17,3%) жі-

Таблиця 2

Порушення репродуктивного здоров'я в жінок фертильного віку сільськогосподарського регіону з природним йододефіцитом, абс. ч. (%)

Параметри репродуктивного здоров'я	Група жінок (n=1000)
Хронічні запальні захворювання статевих органів	296 (29,6)
Порушення менструального циклу	173 (17,3)
Безпліддя	121 (12,1)
Перинатальна смертність	17 (1,7)
Материнська смертність	0
Онкологічні та передракові захворювання	91 (9,1)
Аборти штучні	112 (11,2)
Соматична захворюваність	576 (57,6)
Захворювання, перенесені в дитячому віці	89 (8,9)
Венеричні захворювання	46 (4,6)
Невиношування вагітності	198 (19,8)

нок — ПМЦ, 121 (12,1%) жінки — безпліддя та 198 (19,8%) жінок — невиношування вагітності. Звертає на себе увагу високий показник штучних абортів — 112 (11,2%) та соматичної захворюваності — 576 (57,6%).

Часто ЖФВ, що мешкають у СГР Закарпатської області, хворіють на гінекологічні захворювання, серед яких переважають ХЗСО — 296 (29,6%), ерозія шийки матки — 196 (19,6%), кісти яєчників — 185 (18,5%), ПМЦ — 173 (17,3%).

Виявлені зміни РЗ та високі показники гінекологічної захворюваності, на нашу думку, пов'язані з наявністю захворювань ЩЗ, що потребує комплексних лікувально-діагностичних і профілактичних заходів.

У жінок основної групи захворювання ЩЗ були представлені дифузним зобом I ст. у 119 (70,0%) жінок, II-III ст. — у 42 (24,7%), вузлова трансформація зоба мала місце в 3 (1,8%) жінок, аутоімунний тиреоїдит — у 6 (3,5%) обстежених.

Аналіз гормональних показників тиреоїдного гомеостазу, проведений з урахуванням ступеня дифузного зоба, показав, що середні показники вмісту тиреоїдних гормонів у крові жінок основної групи не залежали від розміру ЩЗ, практично не відрізнялись від показників контрольної групи і перебували в межах нормативів для використання тест-систем (табл. 3), виняток становив вміст T_3 в крові жінок із зобом II-III ст. Цей показник перевищував такий у здорових жінок і відбивав інтенсифікацію периферійного дейодування тироксину (T_4) з утворенням трийодтироніну (T_3). Активізація цього процесу притаманна для мешканців ІД регіонів і, згідно з нашими спостереженнями, наростала зі збільшенням ступеня зоба.

Аналіз гормональних показників, проведений з урахуванням функціональної активності

Таблиця 3

Показники тиреоїдного гомеостазу в обстежених жінок залежно від ступеня дифузного зоба

Група	n	T_4 , нмоль/л	T_3 , нмоль/л	ТТГ, мМО/л	АТГ, МО/мл	АТПО, МО/мл
Зоб 0	30	113,4±6,7	1,94±0,07	1,89±0,30	14,1±2,3	8,6±1,2
Зоб I	119	107,8±7,7	2,04±0,18	1,52±0,32	10,1±2,8	5,4±1,5
Зоб II-III	42	125,8±10,3	2,16±0,11	1,93±0,30	15,7±3,1	5,75±1,8
Контрольна група	30	109,1±7,1	1,90±0,11	2,01±0,28	11,4±3,6	6,3±1,4

Примітка: * — різниця достовірна відносно показників жінок контрольної групи ($p < 0,05$).

Таблиця 4

Частота визначення різного ступеня йодної недостатності в обстежених жінок за медіаною йодурії залежно від ступеня дифузного зоба, абс. ч. (%)

Ступінь дифузного зоба	n	Розподіл спостережень за медіаною йодурії			
		Медіана йодурії, мкг/л			
		<20 важкий	20-49 середній	50-99 легкий	>100 норма
Зоб 0	19	0	2 (2,0)	12 (12,0)	5 (5,0)
Дифузний зоб I ст.	39	2 (2,0)	35 (35,0)	1	0
Дифузний зоб II-III ст.	42	6 (5,0)	37 (37,0)	0	0
Усього	100	8 (8,0)	74 (74,0)	13 (13,0)	5 (5,0)

ЩЗ, дозволив визначити, що в 118 (69,4%) обстежених жінок (основної групи) функція ЩЗ не змінювалась, що відповідало стану еутиреозу. Гіпофункція ЩЗ (ТТГ > 4,0 мМО/л) спостерігалась у 25 (14,7%) жінок, помірне підвищення функції ЩЗ ($T_4 > 160$ нмоль/л) відзначалося у 21 (12,3%) жінки. При цьому клінічні прояви підвищеної функції ЩЗ в основному були відсутніми, що давало підставу оцінити дані гормонального аналізу як субклінічний гіпертиреоз. Проте у 21 з 25 жінок мали місце клінічні прояви гіпотиреозу. Слід відзначити, що 8 жінок із гіпотиреозом мали зоб I ст., 17 — зоб II-III ст. У 6 (3,5%) жінок виявлявся аутоімунний тиреоїдит.

Одним з основних індикаторів забезпеченості йодом жінок, згідно з рекомендаціями ВООЗ, ЮНІСЕФ, є концентрація йоду в сечі.

Вміст йоду в сечі визначено в 100 жінок (табл. 4). Із них у 19 жінок не спостерігалось змін величини ЩЗ (зоб 0), у 39 жінок було діагностовано зоб I ст. та в 42 жінок — II-III ст. У 8 (8,0%) жінок екскреція йоду із сечею свідчила про гострий ступінь ІД, у 80 (80,0%) жінок — про середній ступінь, у 12 (12,0%) жінок — про легкий ступінь ІД. Жодна жінка із захворюваннями ЩЗ не мала нормального надходження йоду в організм. Тільки в 5 (5,0%) обстежених жінок із зобом 0 медіана йодурії відповідала нормі.

Становив інтерес розподіл спостережень залежно від ступеня зоба. Визначено, що при зобі 0 переважали спостереження з легким ступенем



ЙД — 63,2% (2 з 19 спостережень), середній ступінь мав місце тільки в 10,5% жінок, а важкий не спостерігався взагалі. Натомість у 26,3% жінок йодна забезпеченість була достатньою.

Простежувалась певна залежність між вмістом йоду в сечі та величиною ЩЗ. Поглиблення ЙД супроводжувалося збільшенням ступеня дифузного зоба. Визначено, що при зобі 0 переважають жінки з легким ступенем ЙД — 63,2%, середній ступінь мав місце в 10,5% жінок, а важкий не спостерігався взагалі. Натомість у 26,3% жінок йодозабезпеченість була достатньою.

Простежувалась також певна залежність між вмістом йоду в сечі та величиною ЩЗ. Поглиблення ЙД супроводжувалося збільшенням ступеня дифузного зоба. Серед 39 жінок із дифузним зобом I помірний ЙД становив 2,6%, середній — 92,1%, важкий — 5,3%. Серед 42 обстежених із зобом II і III ст. мав місце тільки середній (86,0%) та тяжкий (14,0%) ступінь ЙД. Спостереження з легким ступенем ЙД взагалі не було.

Частота та тяжкість гінекологічної патології в обстежених жінок наростали пропорційно залежно від ЙД. У 13 жінок із легким ступенем виявлено такі ПРЗ: ХЗЗСО нижнього відділу — у 5 (41,6%) обстежених, невиношування вагітності — у 8,3% жінок, ПМЦ — у 8,3% жінок, безпліддя — у 8,3% жінок.

Серед 74 жінок із середнім ступенем важкості ЙД виявлено таку гінекологічну патологію: ПМЦ — у 12 (16,2%), із них у вигляді поліменореї — у 6 (8,3%), гіперполіменореї — у 3 (4,2%), олігоменореї — у 3 (4,2%); ХЗЗСО у 45 (60,8%) жінок, із них у 11 (15,3%) — хронічна запальна хвороба матки, у 15 (6,8%) — хронічний сальпінгофорит, у 14 (18,9%) — хронічний сальпінгофорит із сактосальпінксом, у 5 (6,8%) — хронічний тазовий перитоніт, у 17 (21,5%) — безпліддя та в 36 (45,0%) — невиношування вагітності.

Серед 8 жінок із важким ступенем ЙД виявлено такі ПРЗ: безпліддя — у 2 (25,0%), ПМЦ за типом олігоменореї — у 6 (75,0%), ХЗЗСО внутрішніх статевих органів — у 4 (50,0%) та невиношування вагітності — у 8 (100,0%) випадках. Таким чином, із поглибленим ЙД зміни ПРЗ зростають за кількісними та якісними характеристиками.

Нами було розроблено алгоритм діагностичних та лікувальних заходів для ЖФВ, що мешкають у ЙД регіоні.

Згідно з алгоритмом, після огляду акушера-гінеколога всі обстежені жінки розподілялись на дві групи: до першої групи увійшли жінки, у яких спостерігали порушення РЗ, другу групу становили жінки без порушень РЗ.

Жінкам без порушення РЗ не проводили додаткових методів дослідження та рекомендувалися профілактичні огляди акушера-гінеколога 2 рази на рік.

У жінок із захворюваннями ЩЗ були виявлені різні порушення РЗ. Згідно із цим застосовувалися додаткові методи дослідження залежно від виявленого порушення РЗ та проводилося відповідне лікування цих порушень. Жінкам, у яких були виявлені порушення РЗ, рекомендувалися профілактичні огляди в умовах створеного нами кабінету.

Для лікування виявлених ендемічних захворювань ЩЗ нами були застосовані методи лікування, які призначалися тільки після відповідного обстеження та встановлення діагнозу захворювання ЩЗ ендокринологом: компенсація попереднього йодного дефіциту, вплив на розміри ЩЗ, кількість і об'єм вузлів, що знаходяться в ній, вплив на функцію ЩЗ.

Лікування захворювання ЩЗ відбувалося паралельно з лікуванням виявлених порушень РЗ.

Для насичення організму мікроелементами йоду всі пацієнти щодня отримували 1 таблетку Йодофолу, який містить в одній таблетці 200 мкг калію йодиду (що відповідає 150 мкг йоду) і 400 мкг фолієвої кислоти.

Після тижневого лікування Йодофолом медіана йодурії відповідала в 34 (34,0%) легкому ступеню ЙД, у 46 (46,0%) — нормі (табл. 5).

Відносно тривале (10 тижнів) застосування Йодофолу приводить до істотного зменшення об'єму ЩЗ.

Комплексний підхід до лікування захворювань ЩЗ у жінок ендемічного СГР та по-

Таблиця 5

Частота визначення різного ступеня йодної недостатності в обстежених жінок за медіаною до та після лікування, абс. ч. (%)

Йодурія (n=100)	Розподіл спостережень за медіаною йодурії			
	Медіана йодурії, мкг/л			
	<20 важкий	20-49 середній	50-99 легкий	>100 норма
До лікування	8 (8,0)	74 (74,0)	13 (13,0)	5 (5,0)
Після лікування	1 (1,0)	19 (19,0)	34 (34,0)	46 (46,0)

рушень РЗ дозволив досягти високих показників у лікуванні безпліддя (53,1%), ХЗСО (92,0%), ПМЦ (92,9%) та невиношування вагітності (87,5%).

ВИСНОВКИ

На підставі наведеного вище можна зробити такі висновки:

1. Клініко-епідеміологічні дослідження стану здоров'я жінок ендемічного сільськогосподарського регіону, що проживають в умовах природного йододефіциту, показали наявність різних порушень репродуктивного здоров'я. Найбільш виражені зміни стану репродуктивного здоров'я виявляються в жінок із захворюваннями щитоподібної залози.
2. Лікувальні та профілактичні заходи щодо корекції порушень репродуктивного здоров'я в жінок фертильного віку, що проживають на території з природним йододефіцитом, мають проводитись обов'язково з урахуванням стану щитоподібної залози.
3. Комплексний підхід до оцінки стану репродуктивного здоров'я жінок та лікувально-профілактичні заходи з урахуванням стану щитоподібної залози в жінок цієї групи показали свою високу ефективність.
4. Лікування та профілактика захворювань щитоподібної залози в жінок із порушеннями репродуктивного здоров'я можуть з успіхом проводитись із використанням Йодофолу (Yodofol) компанії World Medicine.

Надійшла до редакції 08.10.2019 р.

Список використаної літератури

1. Подольский В.В. Репродуктивное здоровье женщины — важнейшая проблема современности / В.В. Подольский // Здоровье женщины. — 2003. — № 1 (13). — С. 100-102.
2. Фера О.В. Эколого-гигиеничная оценка качества воды в Закарпатті // Буковинський медичний вісник. — 2001. — Т. 5, № 3. — С. 234-235.
3. Тотоян Э.С. Репродуктивная функция женщины при патологии щитовидной железы // Акуш. и гин. — 1990. — № 1. — С. 8-10.
4. Древаль А.В., Камылина Т.С., Начаева О.А. и др. Степень надежности ультразвуковой и пальпаторной диагностики эндемического зоба // Проблемы эндокринологии. — 1990. — № 2. — С. 24-28.
5. Олійник В.А. Сучасні проблеми тиреоїдології в Україні // Ендокринологія. — 2001. — Т. 6, додаток. — С. 216.
6. Дедов И.И., Свириденко И.Ю., Герасимов Г.А. и др. Оценка йодной недостаточности в отдельных регионах России // Клиническая эндокринология. — М., 2000. — С. 5-6.
7. Паньків В.І. Захворювання щитоподібної залози. — Чернівці: БДМА, 2003. — 258 с.
8. Кузнецов М.Н. Влияние эндокринных заболеваний на функционирование репродуктивной системы // Руководство по эндокринной гинекологии. — М.: Мед. информ. агентство, 1997. — С. 206-214.
9. Прилепская В.Н., Лобова Г.А., Ларичева И.П. Вторичная аменорея, обусловленная гипотериозом // Акуш. и гин. — 1990. — № 4. — С. 35-38.
10. Проценко Г.В. Репродуктивное здоровье и болезни, передающиеся половым путем. Репродуктивное здоровье. Руководство для врачей. — К., 1999. — С. 58-68.
11. Олейник В.А. Современные принципы фармакотерапии некоторых заболеваний щитовидной железы // Журнал практического врача. — 1999. — № 5. — С. 38-42.

Reproductive health and thyroid disease in women of fertile age

V.V. Podolsky, V.Y. Kozar, V.I. Podolskyi

Abstract

Provided clinical and epidemiological studies have made it possible to determine the reproductive health status of women of fertile age, residents of the endemic agricultural region and to find out the structure of thyroid diseases.

A comprehensive approach to the diagnosis, treatment and prevention of reproductive health disorders against thyroid disease is proposed. Optimization of therapeutic measures includes the use of Yodofol.

Keywords: clinical and epidemiological studies, reproductive health, endemic region, thyroid gland, optimization of treatment.