

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

УДК 616.-053.2:616.441-006.5-036.22

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕСТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ ТА СТАН НОВОНАРОДЖЕНИХ У ПЕРЕДГІРНИХ РАЙОНАХ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Бобик Ю.Ю., Сенина І.І., Кемінь І.Б.

Ужгородський національний університет, факультет післядипломної освіти, м. Ужгород

РЕЗЮМЕ: одержані дані засвідчують негативний вплив навіть початкових стадій на перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду та стан новонароджених. Перебіг вагітності, пологів та раннього неонатального періоду за умов природної йодної недостатності супроводжується значною частотою ускладнень. З метою зменшення частоти акушерських ускладнень протягом вагітності та пологів, а також покращення стану новонароджених за умов природної йодної недостатності необхідне обов'язкове вживання йодовмісних препаратів жінками до настання вагітності та впродовж гестаційного періоду.

Ключові слова: йодна недостатність, вагітність, пологи, плід

Вступ. За даними ВООЗ, близько 1,6 млрд. населення Землі проживають в умовах йодного дефіциту [7], в Україні налічується близько 80 регіонів із дефіцитом йоду в навколишньому середовищі [2]. Закарпатська область також належить до природних зон із зниженою кількістю йоду в довкіллі [5]. Спектр йододефіцитних захворювань населення в цих регіонах досить широкий, і ураження щитоподібної залози є далеко не єдиним і не найбільш важким наслідком нестачі йоду. Однак захворювання щитоподібної залози є найбільш розповсюдженою ендокринною патологією, при цьому їх відрізняє значно більша розповсюдженість серед жінок, маніфестація в репродуктивному віці і розвиток у пацієнтів важких ускладнень при відсутності кваліфікованої медичної допомоги.

Йододефіцитні захворювання визнані актуальною медико-соціальною проблемою [1]. Недостатнє надходження йоду в організм призводить до розгортання ланцюга послідовних пристосувальних процесів, які спрямовані на підтримання нормального синтезу і секреції гормонів щитоподібної залози. Але якщо нестача цих гормонів зберігається протягом достатньо тривалого часу, відбувається зрив механізмів адаптації з наступним розвитком йододефіцитних захворювань. Вагітні жінки належать до групи підвищеного ризику щодо розвитку цих захворювань. Недостатнє надходження йоду в організм призводить до підвищення ризику виникнення патології вагітності і невиношування [3, 4], підвищення перинатальної смертності, збільшення частоти вроджених аномалій, порушення розумового і фізичного розвитку дітей [6, 7].

Вплив на репродуктивну систему і здоров'я вагітних жінок та стану їх новонароджених дис-

функцій щитоподібної залози в умовах природного йодного дефіциту вивчений недостатньо.

Метою дослідження був аналіз перебігу вагітності, пологів та стану новонароджених у жінок, що постійно проживають у Хустському та Іршавському районах Закарпатської області з йодною недостатністю в навколишньому середовищі протягом 2007-2008 рр.

Матеріали і методи. Проведено клініко-статистичний аналіз 366 історій вагітності та пологів мешканок Хустського та Іршавського районів. 50% із них проживали в сільській місцевості, решта – у районних центрах. 260 із них, у яких було діагностовано дифузний нетоксичний зоб ІА-ІБ ст., склали основну групу та 106 жінок, у яких щитоподібна залоза не була збільшеною, – контрольну групу. Жінки обидвох груп були ідентичними за віком ($22,9 \pm 1,5$ і $23,6 \pm 1,5$ року відповідно), паритетом пологів та частотою штучних абортів (таблиця 1). Результати досліджень оброблені за допомогою пакету прикладних програм "Statistica". Для оцінки достовірності (р) різниці між групами показників використовувався t-критерій Стьюдента. У роботі був прийнятий рівень імовірності $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення. Як видно із даних, наведених у таблиці 1, у жінок із зобом відзначався обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез. У них у 2,6 разу частіше спостерігався пізніший початок менархе, в 1,8 разу – порушення оваріально-менструального циклу, а саме, у 1,7 разу частіше спостерігалася гіперполіменорея, різниця в частоті випадків гіпоменструального синдрому була статистично незначною. У основній групі у 1,8 разу частіше, ніж у контрольній спостерігався ускладнений перебіг попередніх вагітностей та у 2,5 разу частіше – передчасне переривання вагітності.

Таблиця 1

Акушерсько-гінекологічний анамнез у вагітних залежно від наявності ендемічного зоба

Ускладнення	Кількість вагітних				p
	Зоб ІА – ІБ ст. (n=260)		Зоб 0 ст. (n=106)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Паритет пологів:					
перші	135	51,92	58	54,72	>0,05
другі	85	32,69	30	28,30	>0,05
треті і більше	40	15,38	18	16,98	>0,05
Штучні аборти:	38	14,62	14	13,21	>0,05
один	25	9,62	10	9,43	>0,05
два	11	4,23	4	3,77	>0,05
три і більше	2	0,77	1	0,94	>0,05
Пізнє менархе	57	21,92	9	8,49	<0,05
Порушення оваріально-менструального циклу:					
гіперполіменорея	86	33,08	20	18,87	<0,05
гіпоменструальний синдром	66	25,38	16	15,09	<0,05
	20	7,69	4	3,77	>0,05
Ускладнений перебіг попередніх вагітностей	51	40,80	11	22,92	<0,05
Викидні	50	19,23	8	7,55	<0,05

Більша частота ускладнень спостерігалася у жінок із зобом і впродовж даної вагітності. Дані, наведені в таблиці 2, свідчать, що у вагітних із зобом майже у 2 рази частіше була загроза переривання вагітності, у 2,4 рази – гестози, причому гестози I половини вагітності спостерігалися в 2 рази, а гестози II половини вагітності – у 4,3 рази частіше (p<0,05). Слід відзначити, що у вагітних із збільшеною щитоподібною залозою частіше спостерігалася різноманітна екстрагенітальна патологія,

порівняно з контрольною групою – у 1,5 разу. У 4 рази частіше у них відмічені гострі респіраторні захворювання протягом даної вагітності та у 1,7 разу – залізодефіцитна анемія, причому анемія I ступеня – у 1,5 разу. Вищою у вагітних із зобом була і частка анемії II ст., порівняно з контрольною групою – у 4,3 разу. Деяко частіше (статистично незначно) у них спостерігалися захворювання сечовивідних шляхів.

Таблиця 2

Особливості перебігу вагітності і частота соматичних захворювань за умов зобної ендемії

Ускладнення	Кількість вагітних				p
	Зоб ІА – ІБ ст. (n=260)		Зоб 0 ст. (n=106)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Загроза переривання вагітності	72	27,69	15	14,15	<0,05
Гестози:	71	27,31	12	11,32	<0,05
першої половини вагітності	50	19,23	10	9,43	<0,05
другої половини вагітності	21	8,08	2	1,89	<0,05
Екстрагенітальні захворювання:					
ГРЗ	200	76,92	54	50,94	<0,05
залізодефіцитна анемія:	40	15,38	4	3,77	<0,05
I ст.	109	41,92	26	24,53	<0,05
II ст.	88	33,85	24	22,64	<0,05
захворювання сечовивідних шляхів	21	8,08	2	1,89	<0,05
	35	13,46	10	9,43	>0,05

Серед тих, що мали зоб, у 3 рази частіше спостерігалися передчасні пологи та у 1,6 разу несвоєчасне злиття навколоплідних вод, порушення пологової діяльності спостерігалося у 2,3 разу, а оперативні втручання здійснювалися у 1,4 разу частіше (таблиця 3). Статистично незначно відрізнялася частота акушерських кровотеч та показання до завершення пологів оперативним шляхом. У вагітних із зобом також частіше спостерігалися ускладнення в перебігу післяпологового періоду (у 3,7 разу).

У вагітних із зобом також частіше спостерігалися ускладнення в перебігу післяпологового періоду (у 3,7 разу).

Таблиця 3

Частота ускладнень при пологах

Ускладнення	Кількість вагітних				p
	Зоб ІА – ІБ ст. (n=260)		Зоб 0 ст. (n=106)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Передчасні пологи	47	18,08	6	5,66	<0,05
Несвоєчасне злиття навколоплідних вод	89	34,23	23	21,70	<0,05
Аномалії пологової діяльності	45	17,31	8	7,55	<0,05
Оперативні втручання	145	55,77	42	39,62	<0,05
Пологи оперативним шляхом	30	11,54	10	9,43	>0,05
Акушерська кровотеча	45	17,31	14	13,21	>0,05
Ускладнення післяпологового періоду	55	21,15	6	5,66	<0,05

Кількість новонароджених із масою тіла до 2500 г у вагітних із зобом була майже у 2 рази більша (таблиця 4). У них у 3,8 разу частіше спостерігалося народження дітей в асфіксії, причому у 5% – в асфіксії ІІ ст. (p < 0,05). В основній групі оцінка по шкалі Апгар менше 8 балів зустрічалася у 4,3 разу частіше, ніж у контрольній, а втрата маси тіла понад фізіологічну норму – у 2 рази. Захворювання в ранньому неонатальному періоді: респіраторні дистрес-синдроми, захворювання центральної нервової системи та пневмопатії дещо частіше спостерігалися у новонароджених від жінок із зобом, однак ця різниця є статистично незначною.

Захворювання в ранньому неонатальному періоді: респіраторні дистрес-синдроми, захворювання центральної нервової системи та пневмопатії дещо частіше спостерігалися у новонароджених від жінок із зобом, однак ця різниця є статистично незначною.

Таблиця 4

Стан новонароджених та перебіг раннього неонатального періоду

Показник, який аналізується	Кількість вагітних				p
	Зоб ІА – ІБ ст. (n=260)		Зоб 0 ст. (n=106)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Маса до 2500 г	48	18,46	10	9,43	<0,05
Асфіксія:	56	21,54	6	5,66	<0,05
І ст.	43	16,54	6	5,66	<0,05
ІІ ст. і більше	13	5,00	0	0	<0,05
Оцінка по Апгар менше 8	63	24,23	6	5,66	<0,05
Втрата маси тіла понад фізіологічну норму	45	17,31	9	8,49	<0,05
Захворювання:					
РДС	15	5,77	4	3,77	>0,05
ЦНС	5	1,92	1	0,94	>0,05
пневмопатії	5	1,92	1	0,94	>0,05

Перспективи подальших досліджень. Вивчення рівня гіпоталамо-гіпофізарних гормонів вагітних, роділь, породіль та їх новонароджених в умовах природної йодної недостатності.

Висновки. Вагітні, які вказують в анамнезі на порушення оваріально-менструального циклу, ускладнений перебіг попередніх вагітностей та невиношування при наявності збільшення щитоподібної залози, потребують обов'язкового визначення її функції.

Одержані дані засвідчують негативний вплив навіть початкових стадій ендемічного зоба на перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду та стан новонароджених.

З метою зменшення частоти акушерських ускладнень протягом вагітності і пологів, а також покращення стану новонароджених за умов природної йодної недостатності необхідне обов'язкове вживання йодовмісних препаратів жінками до настання вагітності та впродовж гестаційного періоду.

ЛІТЕРАТУРА

1. Боднар П.М. Йододефіцитні розлади – актуальна медико-соціальна проблема // Лікарська справа. – 2001. – №3. – С.8–10.
2. Олійник В.А. Патологія щитовидної залози в Україні (епідеміологія та регіональні особливості) // Ж. практ. лікаря. – 2001. – №2. – С.5-7.
3. Подольский В.В., Хоминская З.Б., Козарь В.Я. Репродуктивное здоровье женщин фертильного возраста и дефицит йода как фактор риска его нарушения // Здоровье женщины. – 2004. – 3(19). – С.165-171.
4. Тітенко Т.М. Порушення репродуктивної функції у жінок з йододефіцитними захворюваннями // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 2. – С.65–68.
5. Туряница И.М., Фабри З.Й., Пашенко А.Е. и др. Йодно-тиреоидный статус организма в условиях йодного дефицита. – Ужгород: Патент, 1996. – 143 с.
6. Bernal J., Nunez J. Thyroid hormones and brain development // Eur. J. Endocrinol. – 1995. – Vol. 133. – P.390–398.
7. Glinoe D. Maternal and neonatal thyroid function in mild iodine deficiency // The Thyroid and Iodine / Eds. J. Nauman, D. Glinoe, L.E. Braverman, U. Hostalek. – Schattauer, Stuttgart, New York, 1996. – P.129–143.
8. World Health Organization and International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders. Recommended normative values for thyroid volume in children aged 6-15 etars // Bull. WHO – 1997. – Vol.75. – P.95-98.

SUMMARY

THE PARTICULARITY OF GESTATIONAL PROCESS AND THE STATE OF NEWBORNS IN FOOT-HILL DISTRICT OF TRANSCARPATHIAN REGION

Bobik Y.Y., Kemin I.B., Senina I.I.

The data assure the negative influence of even mild stages of endemic goiter on the course of pregnancy, delivery, postpartum and the state of newborns. The course of pregnancy, delivery and early neonatal period under natural iodine deficiency is accompanied by a significant frequency of complications. In order to reduce the frequency of obstetric complications in the course of pregnancy and delivery and in order to improve the state of newborns it is necessary to take iodine supplement by women before pregnancy and during the gestational period.

Key words: iodine deficiency, pregnancy, delivery, foetus

УДК 016: 618.3-008.6: 616-084+616-073

ПРОГНОЗУВАННЯ ТЯЖКИХ ФОРМ ПІЗЬНОГО ГЕСТОЗУ

Качала Т.М., Маляр В.А., Маляр В.В.

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології, м. Ужгород

РЕЗЮМЕ: у статті приведені дані про зміни в гемодинаміці та метаболічні зсуви в системі триптофан-серотонін-НАДФ при прогресуванні пізнього гестозу.

Ключові слова: прееклампсія, прогнозування, спектрлюмінесценція

Вступ. Адаптація жінки до вагітності в деяких випадках може призвести до дизрегуляції в системі мати-плацента-плід, що проявляється у вигляді пізнього гестозу. Подібний перебіг вагітності в акушерській практиці залишається частою патологією: пізній гестоз складає 1,5 – 23,3% від усіх вагітностей, а в останні десятиліття – незмінно продовжує визначати показники материнської та перинатальної захворюваності і смертності [1, 2, 4, 7].

Виявлення системних змін в організмі вагітної при пізньому гестозі дозволяє проводити їх пра-

вильну діагностичну інтерпретацію та своєчасне патогенетично виправдане лікування. Це потребує комплексу діагностичних підходів для оцінки й прогнозування патофізіологічних процесів у системі «мати-плід» із метою раннього виявлення та попередження незворотних материнських уражень та плацентарних порушень [3, 4, 7]. Особливо це стосується, коли захворювання прогресує до тяжких форм: прееклампсії II-III ст. тяжкості, еклампсії, HELLP-синдрому та при стертих й атипичних формах перебігу. Небезпечні наслідки для матері та плода й поширеність пізнього гестозу спонука-