

№3  
2008

Нагороджено переможцем  
з. Весел, проф.  
Премія «Вісник»  
За 2007



В. А. Мельник  
Буффально  
ISSN 0081-4048

# ПЕДІАТРІЯ, АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

Науково-практичний журнал



3'2008

## АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

## Оригінальні дослідження

Подольський В.В., Дронова В.Л., Тетерін В.В.,  
Подольський В.В., Юрченко О.В., Луценко О.В.  
Сучасні медико-соціальні фактори ризику, що  
мають значення для запобігання ВІІ-інфекції у  
жінок фертильного віку груп ризику

Маркін Л.Б., Ткачук Л.Л.  
Вплив особливостей формування матково-  
плацентарно-плодових гемодинамічних відношень  
у ІІ триместрі вагітності на подальший перебіг  
гестаційного процесу

Віраг М.В.  
Тиропатії – як фактор стимуляції невиношування  
у вагітних

Касянчук Н.Ю., Гульчій М.В., Грубнік Т.Ю.  
Обґрунтування системи передгравідарної  
підготовки жінок з гіпотирозом на тлі  
автоімунного тиродиту

Дурягін В.І.  
Інфекційно-запальні процеси геніталій під час  
вагітності

Веропотвелян П.М., Веропотвелян М.П.,  
Панасенко О.М.  
Лікування хронічних запальних захворювань  
внутрішніх статевих органів апаратом  
MIT-1 «Вібро» в комплексі з загальноприйнятною  
медикаментозною терапією

Богослав Ю.П.  
Особливості гормонального профілю жінок  
пізнього репродуктивного віку з різними типами  
ожиріння

Левенець С.О., Перевозчиков В.В., Бориско Г.О.,  
Костюріна Н.О.  
Стан здоров'я та гормональне забезпечення  
організму дівчат 16–18 років – нащадків  
ліквідаторів аварії на ЧАЕС

## Огляди літератури

Корчинська О.О.  
Проблемні питання цитомегаловірусної інфекції у  
сучасній перинатології

## OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

## Original papers

Podolskiy V.V., Dronova V.L., Teterin V.V.,  
Podolskiy V.V., Yurchenko O.V., Lutsenko O.V.  
71 Studying a medical-social factors of risk of a HIV-  
infection on the women of fertile from risk-groups

Markin L.B., Tkachuk L.L.  
The influence of features of formation of uterus-  
placenta-fetus hemodynamics relations in the II  
81 trimester of pregnancy to current gestational  
process

Virag M.V.  
The thyroid pathology as a factor of miscarriage  
stimulation pregnancy

Kasyanchuk N.Yu., Gulchii M.V., Grubnik T.Yu.  
89 Substantiation of system of pre-pregnancy  
preparations of women with hypothyrosis on a  
background autoimmune thyroiditis

Durjagin V.I.  
94 Infectious-inflammatory processes of genitals  
during pregnancy

Veropotvelyan P.M., Veropotvelyan M.P.,  
Panasenko O.M.  
97 Treatment of chronic inflammatory diseases of  
internal genitals with the preparation MIT-1  
«Vibro» in complex with widely-used medication  
therapy

Bogoslav Yu.P.  
101 Features of hormonal type of women of late  
reproductive age with different types of obesity

Levnets S.A., Perevozchikov V.V., Borisko G.A.,  
Kostyrina N.A.  
103 Health status and hormonal supply of the organism  
in girls, aged 16–18, which are descendants of the  
Chernobyl disaster liquidators

## Reviews of literature

Korchynska O.O.  
106 The problems of cytomegalovirus infection in  
modern perinatology

## ТИРОПАТІЇ – ЯК ФАКТОР СТИМУЛЯЦІЇ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ

М.В. ВІРАГ

Ужгородський національний університет

**Резюме.** В статті об'явлено проблему невынашивания беременности на основании клинико-статистического ретроспективного анализа 6416 историй родов, из них 100 беременных с патологией щитовидной железы (I группа – основная) и 100 женщин с физиологическим течением беременности и родов без патологии щитовидной железы (II группа – контрольная). В процессе обследования определены основные данные репродуктивной функции, генитальной и экстрагенитальной патологии, которые приводят к невынашиванию и способствуют развитию фетоплацентарной недостаточности у женщин с патологией щитовидной железы. Благодаря таким данным, у каждой беременной с патологией щитовидной железы можно объективно спрогнозировать невынашивание и своевременно осуществлять лечебно-профилактические мероприятия, что является профилактикой перинатальной патологии.

**Ключевые слова:** невынашивание беременности, щитовидная железа, акушерские последствия.

**Summary.** The problem of miscarriage is covered in the article on the basis of clinical statistic retrospective analysis of 6,416 anamneses of births, including 100 pregnant women with thyroid pathology (Group #1 – basic group) and 100 women that had physiological course of pregnancy and births without thyroid pathology (Group #2 – control group). During the examination the basic data of reproductive function, genital and extragenital pathology that cause miscarriage and assist development of fetoplacental insufficiency at women with thyroid pathology is defined. Due to such information it is possible to make an objective prognosis of miscarriage for each pregnant woman that has thyroid pathology and to conduct medical-prophylactic measures in time that is the prophylaxis of perinatal pathology.

**Keywords:** miscarriage, thyroid, obstetric consequences.

СТАН репродуктивного здоров'я в Україні сьогодні продовжує викликати занепокоєння, негативно позначаючись на демографічних показниках серед населення держави [6, 9].

Невиношування вагітності (НВ) відноситься до найактуальніших проблем сучасної охорони здоров'я [8].

Обставини, які склалися в Україні у зв'язку з екологічним неблагополуччям, в основному визначають низький індекс здоров'я вагітних жінок, що створює передумови для росту частоти недоношування вагітності та в майбутніх поколіннях [4, 14]. Дана проблема має велике медико-соціальне значення. Більше третини малюків, котрі народились передчасно, відстають у фізичному і психомоторному розвитку [3, 5, 15].

Останнє десятиріччя характеризується неухильним ростом ендокринних захворювань, серед яких одне з перших місць належить тиреоїдній патології [18]. Патологія щитовидної залози (ЩЗ) може вперше виникати під час вагітності, крім того, вагітність може загострювати перебіг попереднього захворювання щитовидної залози. Число ускладнень вагітності та пологів спостерігається з більшою сталістю у пацієнток з порушеною функцією ЩЗ, причому в 2,5–3 рази частіше у жінок зі зниженою тиреоїдною активністю [2].

Дисфункція щитовидної залози складає на сучасному етапі велику групу ендокринних захворювань. Тиреоїдна патологія у жінок має суттєвий вплив на репродуктивну функцію, викликаючи порушення менструального циклу та зниження фертильності [16]. Вагітність у цих пацієнток характеризується високою частотою ускладнень: невиношування, ранній токсикоз, гестоз, анемія, хронічна внутрішньоутробна гіпоксія плода [1, 17].

Вагітність закономірно призводить до ендогенно зумовленої фізіологічної зміни функції

тироїдної системи [11]. У жінок зі збільшенням щитовидної залози такі зміни з'являються частіше і є значнішими [19].

При тиреоїдній патології, за даними різних авторів, частота невиношування коливається від 25 до 50% [13].

Клінічний досвід показує, що проблему недоношування вагітності слід вирішувати передусім із позицій виявлення групи підвищеного ризику серед вагітних жінок. Разом із тим, на сьогодні тривають дискусії щодо різних перинатальних факторів, які сприяють підвищенню спонтанної активності матки, що клінічно проявляється загрозою передчасних пологів [7].

Метою роботи був аналіз акушерських наслідків у жінок з невиношуванням вагітності на тлі патології щитовидної залози.

### Матеріали та методи

Для виконання поставленої мети нами проведено аналіз 6416 історій пологів за 2005–2006 рр. Більш детально, для виділення основних акушерських наслідків у жінок з невиношуванням, було вивчено перебіг вагітності й пологів у 100 вагітних з патологією ЩЗ (I група – основна). Контролем були показники 100 жінок з фізіологічним перебігом вагітності й пологів без патології ЩЗ (II група).

До комплексу обстеження вагітних із захворюваннями ЩЗ включали ретельно зібраний анамнез з детальними даними щодо перебігу даної вагітності у первородящих, а у повторнородящих враховували також дані про перебіг попередніх вагітностей. Ретельне клінічне обстеження включало дані щодо перенесених захворювань до і під час вагітності, наявності екстрагенітальної патології та супутньої генітальної, дані репродуктивної функції, характер порушень у фетоплацентарній системі.

Статистичну обробку одержаних результатів проводили за допомогою стандартного програмного забезпечення у середовищі MathCAD 8.0, Excel 2000 на платформі Microsoft Windows 2000. Обчислювання проводили персональним комп'ютером на платформі Pentium 4.

**Результати досліджень та їх обговорення**

Виходячи з аналізу загальної кількості пологів за 2005 р. (3070) та 2006 р. (3346), нами встановлено, що захворювань ШЗ під час вагітності за 2005 р. виявлено 401 (13,1%) випадок, за 2006 р. – 497 (14,9%) випадків (рис. 1). З них безпосередньо на м. Ужгород припадає 273 (68,1%), а по районах – 137 (34,2%) випадків за 2005 р. і 2006 р. по Ужгороду – 346 (69,6%), а по районах – 151 (30,4%) випадок.

Заслужують на увагу дані щодо репродуктивної функції у жінок із захворюваннями цитовидної залози (табл. 1). Як видно з наведених даних, в основній групі первовагітних було 46 (46,0%), з яких 5 (5,0%) – вікові первородящі старше 30 років; повторновагітних – 49 (49,0%). Серед повторнородящих основної групи термінові пологи були у 36 (36,0%), з них у 5 (5,0%) жінок було більше двох пологів. В контрольній групі первовагітних було 53 (53,0%), з яких 1 (1,0%) – вікова первородяща; повторновагітних – 46 (46,0%), термінові пологи відбулися у 38 (38,0%) жінок, з них більше двох термінових пологів було у 4 (4,0%) жінок.

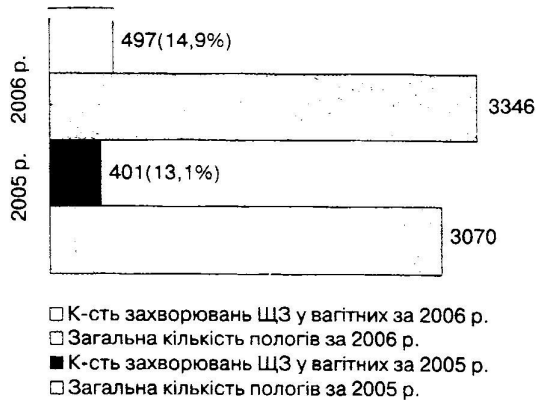


Рис. 1. Загальна кількість пологів та кількість захворювань ШЗ під час вагітності за 2005–2006 рр.

Таблиця 1  
Анамнестичні дані про репродуктивну функцію (%)

Показники	Групи жінок			
	I (n=100)		II (n=100)	
	абс.	%	абс.	%
Первовагітні	46	46,0	53	53,0
Повторновагітні	49	49,0	46	46,0
Термінові пологи	36	36,0	38	38,0
2 і більше термінових пологів	5	5,0	4	4,0
Передчасні пологи	1	1,0	1	1,0
Позаматкова вагітність	0	0	0	0
Завмерла вагітність	0	0	0	0
Вікові первородящі	5	5,0	1	1,0
За критерієм Ст'юдента	p < 0,05			

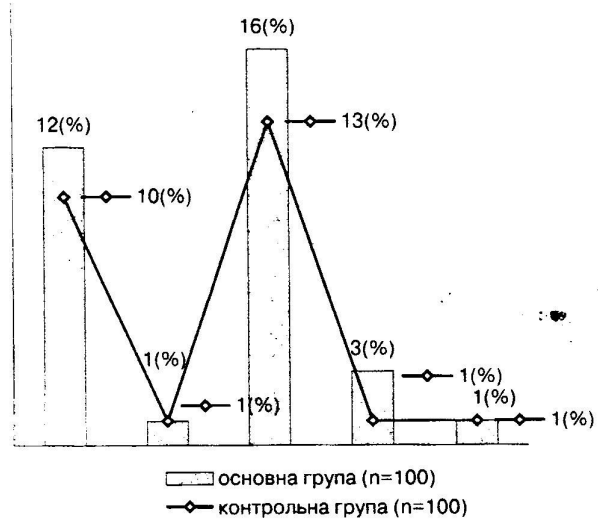


Рис. 2. Репродуктивна функція у вагітних основної і контрольної груп (%)

Передчасні пологи в анамнезі в обох групах склали по 1,0% в кожній і відбулися в терміні 33–36 тижнів. Позаматкової і завмерлої вагітності в обох групах не спостерігалось.

Особливої уваги заслуговують самовільні викидні в ранні й пізні терміни. Так, в ранні терміни викидні в основній групі становили 12%, в контрольній – 10%. В пізні терміни частота самовільних викиднів в обох групах дорівнювала 1%. За нашими спостереженнями загроза самовільного передчасного переривання вагітності має тенденцію до підвищення. Аналогічна закономірність визначається і в частоті артифіціальних абортів ранніх і пізніх термінів вагітності – в основній групі 16,0% в ранні терміни, в контрольній – 13,0%. Жінки, в яких перша вагітність закінчилася артифіціальним аборт, склали 3,0% в основній групі й 1,0% – в контрольній. Лише в одному випадку спостерігалось 4 і більше артифіціальних абортів у жінок обох груп, та в 1,0% жінок було по 6 артифіціальних абортів. Штучного переривання вагітності в пізні терміни в обох групах не спостерігалось (рис. 2).

У найбільш сприятливому репродуктивному віці (19–25 років) перервало вагітність 16,0% жінок, що, безумовно, негативно вплинуло на їхню репродуктивне здоров'я та перебіг вагітності.

Основні особливості клінічного перебігу вагітності в жінок із захворюваннями ШЗ зображено на рисунку 3. Порівнюючи основну групу з контрольною, виявлено, що найбільше значення серед захворювань має анемія вагітних I–III ступ. тяжкості – 28,0% випадків, на другому місці після анемії стоять пізні гестози – 26,0%, захворювання сечовидільної системи – 21,0%, ранній токсикоз – 19,0%, ГРВІ – 11,0%, вагінальні інфекції – 8,0%, нейроциркуляторна дистонія – 8,0%, варикозне розширення вен – 8,0%.

На сьогоднішній день одним з основних акушерських ускладнень під час вагітності є загро-

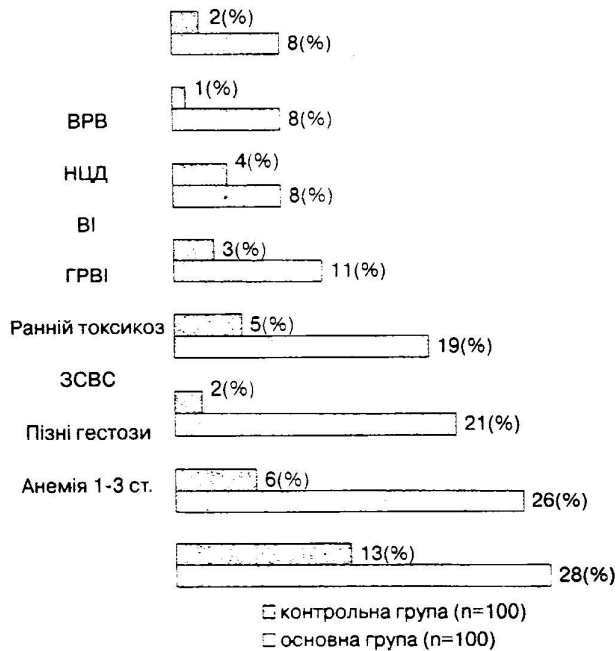


Рис. 3. Клінічний перебіг вагітності у жінок основної і контрольної груп (%)

за її переривання як в ранні, так і в пізні терміни. За даними наших спостережень у пацієнок основної групи порівняно з контрольною спостерігається зростання частоти загрози переривання вагітності в ранні терміни – 22,0 проти 4,0%, переривання вагітності в пізні терміни – 18,0 і 3,0% відповідно (рис. 4).

Встановлено, що найчастіше серед основних причин, що спричиняють розвиток фетоплацентарної недостатності, на відміну від інших, в регіоні Українських Карпат, серед яких, зокрема, в умовах ендемічної за зобом Закарпатській області з природною нестачею йоду, є патологія щитовидної залози [10, 12].

Дані нашого дослідження засвідчують, що в жінок з тиропатіями і загрозою переривання вагітності показник фетоплацентарної недостатності досягає 75,0% порівняно з групою жінок з фізіологічним перебігом вагітності й пологів, де показник ФПН складав 18,0%. Отримані дані стали підставою для вивчення структури фетоплацентарної недостатності в жінок основної групи (рис. 5).

З даних рисунка 5 видно, що найчастіше серед показників фетоплацентарної недостатності зустрічається синдром затримки внутрішньоутробного розвитку плода – 40 (40,0%) як за асиметричною, так і симетричною формами. Відмічається також значний відсоток внутрішньоутробної гіпоксії плода – 29,0%. Багатоводдя і маловоддя спостерігається у 13,0 і 8,0% відповідно. На розвиток фетоплацентарної недостатності вказує передчасне дозрівання плаценти, яке складає 4,0%, а також різні зміни в структурі плаценти: потовщення (10,0%), потовщення (3,0%), кальциноз (4,0%).

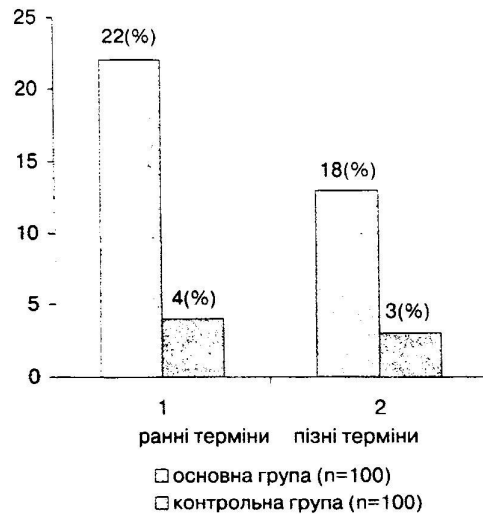


Рис. 4. Загроза недоношування вагітності (%)

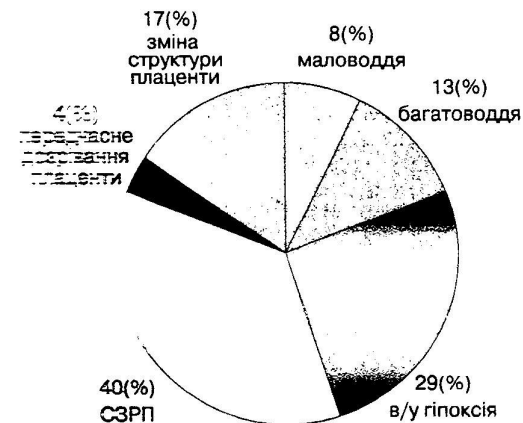


Рис. 5. Структура ФПН та характер порушень у ФПС (%)

## Висновки

Динаміка структури тирозидної патології представлена тенденцією до збільшення частоти захворювань щитовидної залози серед вагітних, яка супроводжується достовірним збільшенням дифузного зобу I ступеня й ендемічного зобу.

У формуванні акушерської та екстрагенітальної патології слід вважати актуальним високий рівень артіфіціальних абортів в ранні терміни, а також самовільних абортів, загрози переривання в ранні й пізні терміни, патології системи кровообігу, сечостатевої системи. Особливо захворювання ЦЗ впливають на розвиток фетоплацентарної недостатності.

Таким чином, на підставі результатів дослідження можливе встановлення причин невиношування ще до вагітності, або в малих термінах. Під час планування вагітності, з урахуванням індивідуальних особливостей вагітної й анамнезу, доцільно проводити лікувально-профілактичні заходи з метою запобігання невиношуванню вагітності й розвитку плацентарної недостатності.

### Список літератури

1. Айламазян Э.К., Комаров Е.К., Михтина Е.А. Регуляция функции яичников у больных с диффузным не-токсическим зобом и невынашиванием беременности ранних сроков. Вестн. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов 1997; 1: 17-19.
2. Булиенко С.Д., Степанковская Г.К., Фогел П.И. Недонашивание и перенашивание беременности. К: Здоров'я; 1982: 180.
3. Венцківський Б.М., Костюк А.Л., Белов О.О. Прогнозування невиношування вагітності шляхом комплексної оцінки соматологічного та психологічного статусу вагітної. Педіатрія, акушерство та гінекологія 2001; 6: 70-72.
4. Гойда Н.Г. Стан репродуктивного здоров'я населення на межі тисячоліть. Журн. практ. лікаря 2000; 5: 2-6.
5. Голота В.Я., Половинка В.О., Бенюк В.О. Особливості стану плода під час загрози недоношування залежно від терміну гестації. Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. К: Абрис; 2004: 437-439.
6. Кудінова В.В. Прогнозування плацентарної недостатності під час планування вагітності на підставі вивчення чинників ризику щодо невиношування вагітності. Педіатрія, акушерство та гінекологія 2004; 6: 72-75.
7. Маркін Л.Б., Крочак І.С. Основні показники стану функціональної системи материнський організм-плацента-плід при загрози невиношування вагітності. Вісн. наук. досліджень 2005; 2: 16-18.
8. Маркін Л.Б., Кунинець Г.Я. Профілактика невиношування вагітності з використанням вітамінно-мінерального комплексу теравіт прегна. Охорона материнства і дитинства. Практична медицина 2004; 2: 7-9.
9. Національна програма «Репродуктивне здоров'я 2001-2005». Указ Президента України № 203/2001 від 26.03.01. К; 2001.
10. Паньків В.І., Масляк В.А., Пешковська Н.В. Оцінка тяжкості йодної недостатності у Карпатському регіоні. Буковинський мед. вісн. 2001; 5 (1): 7-10.
11. Пирогова В.І., Солярова В.О. Корекція загрози переривання вагітності дователями оксиду азоту у вагітних з патологією щитовидної залози. Практична медицина 2005; 11 (1): 25-29.
12. Попович Л.В. Перебіг вагітності та пологів у жінок, що проживають за умов йодної недостатності. Наук. вісн. УжНУ, серія „Медицина» 2001; 15: 89-91.
13. Репродуктивная эндокринология: Пер. с англ. С.С.К. Йен, Р.Б. Джафф (ред.). М: Медицина; 1998; 1: 587-609.
14. Чайка В.К., Демина Т.Н. Невынашивание беременности. Проблемы и тактика лечения. Севастополь-Донецк: Вебер; 2001: 255 с.
15. Шашина Р.И., Херсонская Е.Б., Алемкина И.В., Барачурская Е.М. Длительная угроза прерывания беременности. Перинатальные и отдаленные результаты развития детей. Акушерство и гинекология 2004; 4: 41-44.
16. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии беременных. М; 2005: 694-695.
17. Щербаков А.Ю. Профілактика невиношування вагітності у жінок із захворюваннями щитовидної залози. Педіатрія, акушерство та гінекологія 2001; 4: 103-105.
18. Щербаков В.Ю. Патогенетичне обґрунтування лікування вагітних з невиношуванням при аутоімунних порушеннях. Педіатрія, акушерство та гінекологія 2005; 4: 76-80.
19. Sklyrova V.O., Pyrogoва V.I. Balance of thyroid hormones and nitric oxide in the first trimester of pregnancy in women with thyroid hyperplasia and gestation period complicated by the risk for abortion. Annales Universitatis Mariae-Curie Sklodovska 2004; 17 (2): 375-377.

Отримано 10.04.08