

**ЗБІРНИК
наукових праць**

**Асоціації
акушерів-гінекологів
України**

Київ
"Інтермед"
2007

*Науковий керівник
З. Івченко, проф.*

Л. В. А. Мельник

*Вашій секретарі
Юлія Шуг*



Л. В. А. Мельник

Тинников В. И.
ЕРПЕСВИРУСЫ КАК ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ
ФАКТОР РАЗВИТИЯ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА
И ТРОМБОФИЛИИ.....398

Тіхачов В.К., Ухналь Л.В.
ЮРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ
АСТОСУВАННЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ТА УДОСКОНАЛЕНОГО
ІАМИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПЛАЦЕНТАРНОЇ
НЕДОСТАТНОСТІ У ВАГІТНИХ З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ.....404

Губяная С.С., Овчаренко А.В., Шельгин М.С.,
Цельгина Л.А., Руденко Е.Ф.
ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ РЕГИОНАЛЬНОГО КРОВОТОКА
ПРИ ЛЕЙОМИОМЕ МАТКИ.....408

Губяная С.С., Шельгин М.С., Овчаренко А.В., Крохмаль И.П.
РАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
МЕТОДОВ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ
ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ.....412

Гуценко Н.С., Мельник О.Д., Островский К.В.,
Готебня В.Ю., Портус Р.М.
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ
ДЕТЕЙ МАТЕРЕЙ-КУРИЛЬЩИЦ В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ ИНТЕНСИВНОСТИ КУРЕНИЯ И МАРКИ СИГАРЕТ.....417

Григорьевська Т.Ю., Добровольська Л.М., Дудченко А.А.,
Григорьев Г.М., Нестеренко Л.А.
ВЛИВ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЮНОМУ ВІСІ
НА ФОРМУВАННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я.....422

Григоренко Г.І., Колесник В.Л., Бойченко Л.М.
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТРЕСУ
ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ
УМОВАХ ПОЛІТИЧНОЇ ТА ЕКОНОМІЧНОЇ КРИЗИ.....427

Григорянц І.М., Олійник Н.М.,
Григорчук Л.М., Хміль С.В., Кучма З.М.
ВЛИВ ПРЕПАРАТУ КАЛЬЦІЙ-Д3 НИКОМЕД
НА СТАН МАРКЕРІВ РЕЗОРБЦІЇ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ
ВАГІТНИХ ТА ПОРОДІЛЬ З ГІПЕРТЕНЗИВНИМИ РИЗИКАМИ
ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ.....432

Маляр В.А., Качала Т.М.
РОЛЬ МОНИТОРИНГУ У ВЕДЕННІ ВАГІТНИХ ІЗ ПРЕГЕСТОЗОМ.....429

Маляр В. А., Віраг М. В
КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ НЕВИНОШУВАННЯ
У ЖІНОК З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ.....432

Манзюк Е.Е., Яковичи С.В.
ХАРАКТЕРИСТИКА ІСХОДА БЕРЕМЕННОСТИ
И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ГЕМОРРОЯ.....436

Маринчина І.М.
АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ У ВАГІТНИХ,
ЩО НАРОДИЛИ ДІТЕЙ З МАЛЮЮ МОСЮ
ПРИ НАРОДЖЕННІ.....438

Маркін Л.Б., Михайли С.С.
ЕХОГРАФІЧНА ОЦІНКА
ПЕРЕБІГУ ФІТАЛІЗАЦІЇ ПЛАЦЕНТИ.....441

Мацьонин А. Н.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ
У ЖЕНЩИН НА ФОНЕ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА.....443

Меленчук Л.М.
ПРЕНАТАЛЬНА ОЦІНКА ТА ДОСЛІДЖЕННЯ ЧАСТІНОТ
ТА СПЕКТРУ ПАТОЛОГІЧНОГО СТАНУ ПЛЮРА
У ВАГІТНИХ ЖІНОК З ПАТОЛОГІЧНОЮ СЕРЦЕВИДІЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ.....445

Мирович Д.Ю., Матійчина А.Б., Зоржана Г.В., Вьдумчик Г.Ф.
НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА ОРГАНИЗМА ЖЕНЩИН
ПРИ ХЛАМИДИОЗИ И КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ
МЕТОДОМ ЛИМФОЦИТНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ.....449

Мирович Е.Д.
ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РИСКА
РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА.....453

Мицюда Р.М.
СИСТЕМА АКУШЕРСЬКОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ
З ВІРУСНИМИ ГЕПАТИТАМИ.....456

Мищенко В.П., Саркісов А.Р., Руденко І.В., Фаткуліна І.Ю.
СТАН МІНЕРАЛЬНОГО ОБМІНУ У ВАГІТНИХ ЖІНОК
З ВАРИКОЗНОЮ ХВОРОБОЮ.....460

КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ НЕВИНОШУВАННЯ У ЖІНОК З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Маляр В. А., Віраг М. В.

м. Ужгород

Вступ: Серед важливих проблем практичного акушерства одне з перших місць займає невиношування вагітності, оскільки самовільне переривання вагітності несприятливо впливає на показники перинатальної захворюваності та смертності [1]. Частота даної патології коливається від 10 до 35% до числа вагітностей і не має тенденції до зниження.

В патогенезі невиношування значна роль належить ендокринним захворюванням і серед них провідне місце займає патологія щитоподібної залози (ЩЗ) [4; 5].

При тиреоїдній патології, за даними різних авторів [3], частота невиношування коливається від 25 до 50%.

Закарпатська область належить до зони вираженого дефіциту йоду [2], що зумовлює виникнення патології щитоподібної залози і підвищує ризик різних ускладнень гестаційного процесу.

Метою роботи став аналіз чинників ризику недоношування вагітності при патології щитоподібної залози.

Матеріали та методи дослідження:

З метою визначення середньостатистичної частоти захворювань ЩЗ нами було зроблено аналіз 6416 історій пологів. Проведено вибірковий ретроспективний клініко-статистичний аналіз 100 випадків перебігу вагітності і пологів у жінок з захворюваннями ЩЗ (I група – основна) і 100 випадків у жінок з фізіологічним перебігом вагітності і пологів без патології ЩЗ (II група – контрольна).

Для оцінки основних клінічних результатів при проведенні ретроспективного клініко-статистичного аналізу була розроблена спеціальна уніфікована карта, в якій фіксувались основні анамnestичні дані, особливості преморбідного фону, клінічний перебіг вагітності і пологів та стан новонароджених.

Частоту захворювань щитоподібної залози визначали діленням числа всіх випадків захворюваннями ЩЗ, на загальну кількість пологів; частку множили на 100 і виражали у відсотках.

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

Результати обстеження та їх обговорення:

Комплексне клініко-практичне обстеження та клініко-статистичний

дозволили нам встановити, що частота патологій щитоподібної залози у вагітних регіону Закарпаття складає 13,9%. Із них за 2005 рік у 42,0% виявлений дифузний зоб I ступеня, у 26,3% – другого, у 0,6% – третього і аутоімунний тиреоїдит склав 0,3%. У 2006 році ми відмічаємо ріст даної патології у вагітних. Так, дифузний зоб I ступеня склав 63,3%, другого – 31,1%, третього – 1,5%, аутоімунний тиреоїдит – 0,6%.

Середній вік у основній групі становив 25±4 роки, у контрольній – 21±5 роки. Серед вікових особливостей привертає увагу факт зменшення відсотка в основній групі жінок юного віку і збільшення відсотка вікових первородящих. Неодружених жінок і в основній і в контрольній групах було майже однаково (6,0% і 8,0%) відповідно.

В основній групі (I група) переважна більшість жінок службовці – (46,0%), на другому місці домогосподарки – (28,0%), потім ідуть робітниця – (19,0%) і студентки – (7,0%), тоді як у контрольній групі (II група) переважна більшість домогосподарки – 42 (42,0%). Службовці складають – (33,0%), робітниця – (19,0%) і студентки – (6,0%), і тому перебіг вагітності більш „гладкий”.

Можна відзначити, що більшість жінок I групи перенесли дитячі інфекції: найбільша кількість з них припадає на вітряну віспу – 49 (49,0%), кір – 23 (23,0%). В меншій ступені відмічаються такі захворювання як: вірусний гепатит – 7 (7,0%), ендемічний паротит – 5 (5,0%) та інші. Переважна кількість жінок з захворюваннями ЩЗ перенесли ГРВІ – 53 (53,0%), простудні захворювання – 31 (31,0%), грип – 5 (5,0%), пневмонію – 4 (4,0%), герпес та TORCH – інфекції у виді хламідіозу, токсоплазмозу, цитомегаловірусу. Жінки II групи рідше хворіли дитячими інфекційними захворюваннями, але разом з тим у цій групі відзначено зростання хронічного тонзиліту – 4 (4,0%) і вірусного гепатиту – 9 (9,0%). Також спостерігається збільшення ГРВІ – 62 (62,0%).

Серед екстрагенітальної патології в основній групі найбільш часто виявляється анемія вагітних 27 (27,0%). На другому місці після анемії стоять захворювання мочовидільної системи 21 (21,0%), з яких 10 (10,0%) – припадає на пієлонефрит вагітних, 9 (9,0%) – набряки нижніх кінцівок.

Порушення менструальної функції відзначено у 20 (20,0%) обстежуваних жінок I групи. Із них у 56 (56,%) подовженість менструального циклу становила від 28 до 30 днів. Тривалість менструації понад 6 днів відзначена у 8 (8,0%) обстежуваних жінок, болючі менструації – 3 (3,0%) жінок, нерегулярні менструації – 9 (9,0%) жінок. Ці порушення 20 (20,0%) обстежуваних жінок пов'язують з перенесеними абортми, іншими процесами статевих органів та стресовими ситуаціями.

Хронічні запальні захворювання внутрішніх статевих органів спостерігались у 15 (14,%) жінок; найчастіше траплялись ерозії шийки матки 10 (10,0%), хронічні аднексити – 4 (4,0%), цервіцити – 1 (1,0%). Серед хронічних запальних процесів придатків матки 1 (1,0%) припадає на запальні процеси специфічної етіології (трихомоніаз, кандидоз), які безпосередньо виявлялись при поступленні жінок в акушерсько-гінекологічний шпитал.

Серед іншої гінекологічної патології у 3 (3,0%) було виявлено полікістоз яєчників, у 1 (1,0%) – фіброміому матки і в 3 (3,0%) – безпліддя в анамнезі.

Викидні в ранні терміни в основній групі становили 12,0%, в контрольній – 10,0%. У обох групах частота мимовільних викиднів обох груп – 1%. Аналогічну закономірність бачимо і в частоті артифіційних абортів в ранніх і пізніх строках вагітності – основна

група 16,0% в ранні терміни, контрольна – відповідно 13,0%. Серед жінок, в яких перша вагітність закінчилася артифіційним абортom основна група складала 3,0% і контрольна 1,0%. Чотири і більше артифіційних абортів у жінок основної і контрольної груп спостерігалось по одному випадку в кожній 1,0% (у жінок було по 6 артифіційних абортів).

Перебіг першої і другої половини вагітності ускладнився такими захворюваннями як: гострі респіраторні вірусні інфекції, вагінальний кандидоз і бактеріальний вагіноз які частіше зустрічались в основній групі жінок порівняно з контрольною (відповідно 11,0% і 8,0% проти 3,0% і 4,0%).

Заслуговують також на увагу отримані нами дані про частоту гестозів у вагітних основної групи 26 (26,0%), в яких гестаційний період ускладнився пізнім гестозом як у „чистій”, так і в поєднаній формі.

Загроза переривання вагітності в ранні терміни в основній групі складала 22,0% проти 4,0% у контрольній групі.

Відмічається високий відсоток фетоплацентарної недостатності у 75 (75,0%) вагітних основної групи. В структурі фетоплацентарної недостатності синдром затримки внутрішньоутробного розвитку плода зустрічається у 40,0%. Багатоводдя і маловоддя спостерігалось у 13,0% і 8,0% відповідно. Відзначається також значний відсоток внутрішньої гіпоксії плода – 29,0%. Передчасне дозрівання плаценти, в основній групі складало 4,0% у контрольній – 1,0%. Зміни у морфоструктурі плаценти сприяли розвитку хронічної гіпоксії плода у 29,0%, синдрому затримки розвитку плода – 40,0%.

У жінок із захворюваннями щитоподібної залози фізіологічний перебіг пологів спостерігався у 40 жінок (40,0%) і патологічний у 60 (60,0%).

Досить часто зустрічалось передчасне відродження навколородних вод – 30,0% серед вагітних з захворюваннями ЩЗ. Одним з основних ускладнень при пологах у жінок із захворюваннями щитоподібної залози є аномалії пологової діяльності 26 (26,0%) і респіраторний дистрес у плода 15 (15,0%). Відмічається достатньо високий рівень обвиття пуповини навколо шиї плода (30,0%), передчасний розрив плодових оболонок (30,0%). Часто зустрічались такі ускладнення як: стрімкі пологи (5,0%), крупний плід (9,0%), порушення відділення та видалення посліду (5,0%), передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти (1,0%), гіпотонічні кровотечі (4,0%) порівняно з даними контролю де такі ускладнення не зустрічались взагалі.

Високий рівень різних ускладнень призводить до зростання у пацієнток основної групи частоти кесаревих розтинів з початком пологової діяльності – 14 (14,0%).

У жінок основної групи без асфіксії (8-10 балів) народилось 67 (67,0%) новонароджених, в асфіксії легкого ступеня (5-7 балів) – 27 (27,0%), важка асфіксія (4 бали і менше) спостерігалась у 5 (5,0%), що суттєво відрізняється від показників контрольної групи, в якій новонароджених з важкою асфіксією не було взагалі.

Гіпоксія та гіпоксичні пошкодження внутрішніх органів у новонароджених зустрічались серед захворювань в 16,0% випадків. Показник постнатальної інфекції становив 4,0%.

Можна відзначити досить високий показник геморагічного синдрому в обох групах 22,0% – основна група і 29,0% – контрольна, ознаки жовтяниці зустрічались у 7,0%

випадків основної групи і 9,0% у контрольної.

Спостереження в динаміці за новонародженими жінок основної групи показали, що 54,0% з них були здоровими, проте і у них спостерігались порушення періоду адаптації, причому найбільш часто порушення функції центральної нервової системи у вигляді короткочасного синдрому підвищеної або зниженої нервово-рефлекторної збудливості (3,6%).

Висновки:

1. Недоношування у жінок з захворюваннями щитоподібної залози є складною патологією з високим ризиком для плода, яке вимагає індивідуального підходу у кожному окремому випадку.

2. Вагітних із захворюваннями щитоподібної залози слід відносити до групи високого ризику.

3. Визначення функціонального стану та корекція функції щитоподібної залози у вагітних з патологією ЩЗ є доцільною.

ЛІТЕРАТУРА

1. Адамчук В. С., Маляр В. А., Мороз С. Й. та ін. Причини та лікування самовільних абортів. Буковинський медичний вісник 2001; 5 (2-3): – с. 14-15.
2. Ломага Ю. Ю. Репродуктивне здоров'я жінок з внутрішньоматковою загибеллю плода в анамнезі в умовах природного дефіциту йоду та шляхи його поліпшення. Педіатрія, акушерство та гінекологія 2003; №4: – с. 106-108.
3. Репродуктивная эндокринология: Пер. с англ. / Под ред. С. К. Йена, Р. Б. Джаффа. – М.: Медицина, 1998. Т.1. – С. 578-609.
4. Щербаков А. Ю. Патогенетичне обґрунтування лікування невиношування вагітності при захворюваннях щитовидної залози. Педіатрія, акушерство та гінекологія 2001; №3: – с. 76-79.
5. Bussen S., Stek T. Thyroid autoantibodies in euthyroid non-pregnant women with recurrent spontaneous abortious // Hum. Reproduct.–1995.–Vol. 10(11).–P. 2938-2941.