

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ, РОДІВ ТА СТАН ГІПОФІЗАРНО-ТИРЕОЇДНОЇ СИСТЕМИ МАТЕРИНСЬКОГО ОРГАНІЗМУ І ПЛОДА ПРИ ПІЗНЬОМУ ГЕСТОЗІ ВАГІТНИХ В УМОВАХ ЙОДНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ КАРПАТ

Ганич М.М., Бобик Ю.Ю., Кишко М.В.

Ужгородський державний університет, м. Ужгород.

Ключові слова: вагітність, йодна недостатність, пізній гестоз

Вступ. На теперішній час пізній гестоз вагітних залишається однією з найбільш актуальних проблем акушерства [3, 5]. Недивлячись на наявні досягнення в діагностиці і лікування гестозу, він продовжує займати одну з основних причин материнської і перинатальної смертності [7].

Важлива роль в патогенезі пізнього гестозу вагітних належить порушенням регуляції материнсько-плодового обміну речовин, який, в свою чергу, знаходиться під контролем гіпофізарно-тиреоїдної системи [1, 2]. На теперішній час нема одностайної думки з приводу характеру перебудови функції гіпофіза і щитовидної залози при гестозі. Це можливо, обумовлено недостатнім врахуванням несприятливих екологічних умов проживання в районі Карпат [4]. Не в'ясна ступінь залежності функції гіпофізарно-тиреоїдної системи від йодної забезпеченості організму вагітних, роділь. породіль, як в нормі, так і при пізньому гестозі.

Мета даної роботи - вивчення особливостей перебігу вагітності, родів, післяродового періода, стану новонароджених у мешканок Закарпаття, хворих на пізній гестоз вагітних у взаємозв'язку з функціональним станом гіпофізарно-тиреоїдної системи жінки і новонародженого.

Матеріал та методи дослідження. Нами проведено вивчення особливостей перебігу вагітності, родів і післяродового періода при пізньому гестозі у 468 жінок, які проживають в низинних районах Закарпаття і 132 жінок з цієї ж патологією з гірських районів, де є значний дефіцит йода в оточуючому середовищі.

У 62 вагітних, роділь, породіль і їх новонароджених з пізнім гестозом радіо-імунним методом досліджений рівень тиреотропного гормона гіпофіза (ТТГ), тироксина (Т4) і трийодтироніна (Т3). Контролем були результати аналогічних досліджень крові у 15 невагітних жінок та 30 жінок з фізіологічним перебігом вагітності і родів.

Результати дослідження. Виявлено, що у жительок гірських районів Закарпаття, значно частіше спостерігається пізній початок менструацій, частіше виникають порушення оваріально-менструального цикла. Серед обстежених мешканок гірських районів, в порівнянні з даними у мешканок низинних районів, частіше спостерігалися гестози першої

половини вагітності (30,3% і 20,9%), загроза передчасного її переривання (14,4% і 7,9%), а також важкі форми гестозу другої половини вагітності (12,1% і 5,8%).

Вивчення особливостей перебігу родів у жінок з пізнім гестозом показало що у вагітних які проживають в гірській місцевості частіше зустрічається такі ускладнення в родах, як несвоєчасне злиття навколоплодових вод (44,7% проти 34,0%), слабкість родової діяльності (17,4% проти 11,9%). Завершення родів шляхом кесаревого розтину у мешканок гірських районів проводився майже в два рази частіше (15,1% і 9,4%) ніж у роділь з низинних районів. Важливо підкреслити, що серед мешканок гірських районів Закарпаття майже в два рази більше недоношених новонароджених (16,6% проти 8,8%).

Клініко-статистичні дані свідчать про збільшення перинатальної смертності при вагітності ускладненої пізнім гестозом як в гірських, так і в низинних районах. Але в гірських районах цей показник вище на 49% (68,2% проти 19,2%).

Вивчення функціонального стану гіпофізарно-тиреоїдної системи у вагітних, роділь і породіль, а також у новонароджених дало змогу встановити фізіологічні параметри значні зміни її гормональної активності при пізньому гестозі.

Характеризуючи показники насиченості організму тиреоїдним гормоном при фізіологічному перебігу вагітності у мешканок Закарпаття, потрібно вказати на активацію функції щитовидної залози починаючи вже з першого триместра вагітності. Це зумовлює інтенсивне поступлення в кров Т4 і підвищену трансформацію його в Т3. В другому триместрі, незважаючи на суттєве зниження гормонпродукції ТТГ має місце індукований ріст рівня Т4, що сприяє деякому зниженню Т3 в крові. Починаючи з другого триместра вагітності звертає на себе увагу поступове підвищення рівня ТТГ в сироватці крові і паралельне зростання дефіциту Т3. Правда, в третьому триместрі вагітності відзначено зниження продукції Т4. Також виявлено збільшення рівня Т4 в сироватці крові роділь, що напевно викликано зростанням вмісту ТТГ в крові.

Вивчення тиреотропної функції гіпофіза і гормональної активності щитовидної залози у вагітних, роділь і породіль з пізнім гестозом

показало, що у всіх хворих спостерігається значне зниження продукції ТТГ, що зумовлює у них дефіцит Т4 в сироватці крові.

При цьому важливо наголосити на тому, що у роділь з пізнім гестозом для реалізації гормональної тиреоїдної регуляції відбувається компенсаторний ріст активної форми гормону Т3. В породіль з пізнім гестозом зниження функціональної активності щитовидної залози, з одного боку, викликане дефіцитом Т4, а з другого – порушенням процесів метаболізму за рахунок зниження рівня Т3. Існує думка, що зниження функціональної активності щитовидної залози супроводжується зниженням стійкості організму до захворювань і впливу шкідливих факторів зовнішнього середовища [8]. Ось чому зниження резервів Т3 в сироватці крові породіль супроводжується пригніченням захисної функції організму і може сприяти ускладненому перебігу післяродового періоду.

Також встановлено, що у новонароджених від матерів з пізнім гестозом рівень ТТГ і Т4 в сироватці крові нижче ніж в групі контролю (71,2% і 23,0%), а рівень Т3 перевищує такий в нормі на

197,3%.

Висновки. 1. У жінок з пізнім гестозом, які постійно проживають в умовах вираженої екологічно залежної йодною недостатності, збільшується частка ускладнень перебігу вагітності, родів та рівень перинатальної смертності в порівнянні з даними у мешканок низинних районів Закарпаття.

2. При фізіологічному перебігові вагітності спостерігається активація гіпофізарно-тиреоїдної системи в першому триместрі, яка зумовлює ріст Т4 в другому і зниження йодно-гормонального забезпечення в третьому, максимальною продукцією тироксина в родах.

3. У вагітних і роділь з пізнім гестозом має місце знижена функція гіпофіза, що обумовлює пригнічення функції щитовидної залози, недостатнє йодно-гормональне забезпечення організму новонароджених і породіль.

4. При проведенні комплексного лікування пізнього гестозу вагітних потрібно враховувати наявне порушення функціонального стану щитовидної залози.

ЛІТЕРАТУРА

1. Андреев К. П. Співвідношення показників функції щитовидної залози у хворих пізнім токсикозом вагітних і стан новонароджених // Патологія плода і новонародженого, методи її діагностики і профілактики. Тез. доп.-Іваново, - 1983.-С.42-45.
2. Барсеґян В. М. Гормональна функція фетоплацентарної системи і щитовидної залози у вагітних з пізнім токсикозом // Питання охорони материнства і дитинства 1986. -31. -№4. -С. 46-48.
3. Венцковський Б. М. Шляхи зниження материнської і перинатальної захворюваності і смертності при пізніх токсикозах // Педіатрія, акушерство та гінекологія. -1988. - №2. - С. 32-36.
4. Ганич О.М., Ганич Т.М., Ганич М.М. Сучасні екологічні проблеми Карпат. // В кн.; Екологія. Природне харчування. Здоров'я. О.Ганич, Б.Білас. Ужгород. 2000.- С.22-38.
5. Грищенко з співавт. Рододопомога при пізньому токсикозі вагітних. К.: Здоров'я, -1986. - С.114.
6. Пашенко А. Е. , Турянця І.М. Вільні амінокислоти в головному мозкові деяких хребетних // Журн. Еволюц. Біохімії і фізіології. -1984. -XX.- №5.- С.474-477.
7. Стрижова Н. В. Сучасні уяви про патогенетичні механізми пізнього токсикоза вагітних // Акуш. і гін. -1985.- №5.- С. 15-17.

SUMMARY

PECULIARITIES OF CLINICAL MANIFESTATION OF THE PREGNANCY AND CHILDBIRTH AND ITS DEPENDENCE FROM STATUS OF HIPOFISAL - THYROID SYSTEM AND OF MOTHER - FOETUS STATUS WHEN DEVELOPED LATE TOXICOSIS OF PREGNANCY ASSOCIATED TO ECOLOGICAL IODINE INSUFFICIENCY

Hanich M.M., Bobik Yu.Yu., Kishko M.V.

The functional state of the thyroid gland in the case of physiological pregnancy and of the complications caused by the pregnancy with outpatient was investigated. There was established an inadequate iodine-hormonal providence in the cases of pregnancy with outpatient of the mothers organism and the cervix, which has to be taken into concern in the process of treating pregnancy with outpatient.