УДК 616 – 053.2: 616.441 – 006.5 – 036.22

ДЕЯКІ АСПЕКТИ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ В УМОВАХ ПРИРОДНОГО ДЕФІЦИТУ ЙОДУ

Маляр В.В.
Ужгородський національний університет, кафедра охорони материнства і дитинства, м. Ужгород

Ключові слова: вагітність, йодна недостатність

Вступ. Відомо, що запобігання передчасного переривання вагітності є значний резерв зниження перинатальних втрат та зменшення частоти гіпоксичних уражень головного мозку у плода [1, 4, 5].

І хоча частота самовільних абортів складає від 10% до 25%, передчасних родів 4 – 5% всіх вагітностей, питома вага перинатальних втрат при даній патології становить 16 – 24% [1, 5]. Зрозуміло, що на частоту невиношувань впливає ряд факторів, як з сторони матері (екстрагенітальні хвороби), так і з сторони ускладненого перебігу вагітності. Разом з тим важливе значення має і вплив інших факторів, зокрема, соціальних і клімато – екологічних [3, 4, 6].

Літературні дані засвідчують [3, 6], що в останнє десятиліття виявляється чітка тенденція до росту тіреоїдної патології особливо у регіонах з природнім дефіцитом йоду та екологічним навантаженням [2, 5, 6].

На думку [3] вагітність навіть в умовах нормального надходження йоду в організм може бути етіологічним фактором виникнення тіреопатії у вагітних.

Літературні дані засвідчують [3, 6], що перебіг вагітності та родів у жінок, що проживають за умов йодної недостатності супроводжуються значною частототою ускладнень.

Вплив природньо-кліматичних умов на репродуктивну систему і здоров'я вагітних та новонароджених, що мешкають в умовах природного дефіциту йоду вивчено недостатньо.

Метою дослідження було проведення порівняльного аналізу стану репродуктивної функції у вагітних та стану їх новонароджених, що постійно

мешкають в регіонах Карпат з природною нестачею йоду [2].

Матеріали і методи. На основі проведеного порівняльного клініко – статистичного аналізу 185 історій родів і індивідуальних карт вагітних по Ужгородському родильному стаціонару і жіночої консультації всі обстежувані були розприділені на три рандомізовані групи.

В першу групу ввійшло 49 жінок з передчасними родами. До-другої – 36 вагітних із тіреопатіями. Контрольну групу склало – 100 жінок з нормальним перебігом вагітності родів (група порівняння). Жінки обидвох основніх груп (I і II) і контрольної суттєво не відрізнялись за віком (23,4 ± 1,3; 23,5 ± 1,7; 22,9 ± 1,6 років відповідно) паритетом пологів та частотою штучних абортів, що обгрунтувало коректність порівняльного аналізу.

Результати досліджень оброблені статистично за програмою "Statistica" і подані у виді достовірності відмінностей за критерієм t стьюдента для незалежних виборок.

Результати досліджень та їх обговорення. Встановлено, що як у жінок з передчасними родами, так у вагітних з тіреопатіями відмічається обтяжений акушерсько – гінекологічний анамнез та спостерігається більша частота ускладнень впродовж даної вагітності та родів і у новонароджених.

Аналіз гінекологічної патології показав значну ($P < 0,05$) частоту наявності хронічного аднекситу у пацієнток I групи (63,2%) і хронічних тонзілітів (59,6%) – у дугій групі. Це свідчить про те, що наявність хронічної інфекції і її часте загострення є несприятливим фоном для розвитку вагітності і її виношування [1, 5].

У обидвох групах відмічалось відповідно порушення менструальної функції у 61,2% і 65,3%, що значно менше контрольної (25,3%). Первинне і вторинне безпліддя відповідно діагностовано у 11,4%, 16,5% і 2,6%. Кількість вагітностей на одну вагітну жінку відповідно складало 3,6, 3,8 і 4,3.

Особливість перебігу вагітності при передчасних пологах і тіреопатіях подаємо в таблиці 1.

Таблиця 1

Характеристика ускладнень під час вагітності

Характер ускладнень	Кількість жінок у групі					
	I група (n=36)		II група (n=49)		III група (n=100)	
	абс	%	абс.	%	абс.	%
Гестози:						
- першої половини вагітності	7	19,4	22	44,9	10	10,0
- другої половини вагітності	10	27,8	19	38,7	17	17,0
Залізодефіцитна анемія	14	38,8	32	65,3	28	28,0
Вегето-судинна астенія	4	11,1	9	18,3	4	4,0
Угроза переривання вагітності (термін 11-26 тижнів)	14	38,3	20	41,1	22	22,0
Передчасні роди в термінах 28-32 тижнів	2	5,5	3	6,1	4	4,0
Фетоплацетарна недостатність	18	50,0	34	69,4	4	4,0
Хронічна внутрішньоутробна гіпоксія плоду	17	47,2	25	51,0	4	4,0

Як видно із даних таблиці 1. серед чинників, що сприяють передчасному виникненню пологів та розвитку тіреопії особливого значення мають: гестози першої і другої половини вагітності, залізодефіцитна анемія та вегето – судинна дистонія. Як при тіреопатії, так на тлі загрози переривання вагітності розвивається фетоплацетарна недостатність та хронічна внутрішньоутробна гіпоксія плода, що відповідно вказує на доцільність включення до комплексного лікування у жінок з тіреопатіями і загрозою переривання вагітності заходів направлених на профілактику фетоплацентарної недостатності [3,5].

У 4,9% вагітних першої групи і у 3,9% другої групи діагностовано затримку розвитку плода. Окрім того, у вагітних з тіреопатіями майже у 1,5 рази частіше спостерігалося несвоєчасне відходження навколоплодових вод, втричі частіше зустрічались передчасні пологи і у 3.2 раза народжувались діти в асфіксії з оцінкою по шкалі Апгар нижче 6 балів.

Висновок. Одержані результати підтверджують, що навіть при початкових збільшеннях щитоподібної залози і виникнення тіреопатії у вагітних в вогнищах йодної нестачі, спостерігається виражена тенденція до невиношування вагітності та збільшення частоти фетоплацетарної недостатності і затримки внутрішньоутробного розвитку плода.

У випадках загрози переривання вагітності і особливо з наявністю тиреопатії у вагітних в природніх вогнищах нестачі йоду слід призначити профілактичні дози йоду і проводити профілактику фетоплацентарної недостатності та затримки внутрішньоутробного розвитку плода.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кулаков И.И., Сидельникова В.М. К вопросу о патогенезе привычного выкидыша // Акушерство и гинекология.- 1996.- №4.- С.3-7.
2. Паньків В.І., Маслянко В.А., Пашковська н.В. та ін. Оцінка тяжкості йодної недостатності у Карпатському регіоні // Буковинський медичний вісник.- 2001.- Т.5.- №1.- С.7-10.
3. Попович Л.В. Перебіг вагітності та пологів у жінок, що проживають за умов йодної недостатності // Науковий вісник Ужгородського університету. серія "Медицина".- 2001.- вип.15.- С.89-91.
4. Писарева С.Н. Новые аспекты диагностики и терапии при невынашивании беременности // Доктор.- 2001.- №3.- С.20-22.
5. Чайка В.К., Демина Т.Н. Невынашивание беременности: проблемы и практика лечения. Донецк.: 2001.- С.239.
6. Haddow J.E., Palomaki G.E. Allan W.C. et al. Maternal thyroid deficiency during pregnancy and subsequent neuropsychological development of the child // N. Engl. I. Med.- 1999. Vol.341.- P.549-555.

SUMMARY

SOME ASPECTS OF NONCARRYING OF PREGNANCY IN CONDITIONS OF NATURAL IODINE DEFICIENCY
Malyar V.V.

In pregnant woman with noncarrying of pregnancy in conditions of natural iodine dificiency the therapy should be directed not only to pregnancy maintenance but also to prevention of phytoplacentar insufficiency and intrauterine growth retardation.

Key words: pregnancy, iodine deficiency.