

УДК 618.3–06:618.333:616–036.838

ПРОФІЛАКТИКА ПЕРИНАТАЛЬНИХ ВТРАТ У ВАГІТНИХ В УМОВАХ ПРИРОДНОЇ НЕСТАЧІ ЙОДУ

Маляр В.А., Маляр Вол.В., Ломага Ю.Ю.

Ужгородський національний університет, м. Ужгород

Ключові слова: перинатальний ризик, йодний дефіцит

Вступ. Незважаючи на багаточисленні дослідження, вивчення причин перинатальних втрат є актуальним [1, 2]. Невстановлені причини загибелі плода складають з 26 до 66% [3].

Поглиблене вивчення причин порушення репродуктивного здоров'я у жінок в умовах природної нестачі йоду є актуальним [3].

Метою дослідження було вивчення йодного забезпечення у жінок із внутрішньоматковою загибеллю плода в анамнезі.

Матеріали та методи. Вивчення стану репродуктивного здоров'я у жінок із внутрішньоматковою загибеллю плода проводились з урахуванням йодного забезпечення організму вагітності.

Проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження 130 вагітних, що постійно мешкають в регіоні з природною нестачею йоду, із яких 100 склали основну групу. Контрольну групу склали 30 вагітних.

Розподіляючи вагітних по групах, дотримувались принципу рандомізації ($P < 0,05$).

Дослідження вмісту йоду в сечі проводилось спектрометрично на спектрометрі CECIL 1010 при довжині хвилі 405 нм. Концентрація йоду розраховувалась за програмою згідно з показниками реакції стандартних розчинів йоду.

Статистичний аналіз проводили з використанням критерію Стьюдента за допомогою програми „Microsoft for Windows”.

Результати дослідження та їх обговорення. На основі порівняльного аналізу та кількісного вивчення йодного забезпечення організму в 100 вагітних із внутрішньо матковою загибеллю плода в анамнезі (основна група) та у 30 вагітних (контрольна група) з нормальним перебігом вагітності за показниками йодурії (табл. 1) нами встановлено, що медіана йодурії у вагітних із внутрішньоматковою загибеллю плода становила 42,32 мкг/л (при нормі 100 мкг/л), при фізіологічному перебігу вагітності цей показник становив 119,95 мкг/л. При цьому слід відмітити, що, за нашими даними, навіть при нормальному перебігу вагітності в умовах нижнього рівня фізіологічного забезпечення організму йодом у 3,3% вагітних спостерігається помірний ступінь тяжкості йодної нестачі (медіана йодурії становить 48,21 мкг/л); у 23,3% вагітних - легка (медіана йодурії – 86,48 мкг/л). Серед обстежених вагітних із внутрішньоматковою загибеллю плода важкий ступінь йоддефіцитного стану виявлений у 4,0% (медіана йодурії становила 18,92 мкг/л), помірний складав 62,0% (медіана йодурії - 36,14 мкг/л) і легкий, відповідно – 32,0% і 62,23 мкг/л.

Таблиця 1

Йодне забезпечення вагітних із внутрішньоматковою загибеллю плода у порівнянні зі здоровими вагітними

Ступінь важкості йоддефіцитного стану, мкг/л	Основна група (n=100)			Контрольна група (n=30)		
	Me	абс.	%	Me	абс.	%
> 100 мкг/л	109,21	(n=2)	2,0	140,84	(n=22)	73,4
легкий 50-99 мкг/л	62,23	(n=32)	32,0	86,48	(n=7)	23,3
помірний 20-49 мкг/л	36,14	(n=62)	62,0	48,21	(n=1)	3,3
важкий <20 мкг/л	18,92	(n=4)	4,0	—	—	—
Загальна медіана йодурії, мкг/л	42,32	100	100,0	119,95	30	100,0

Результати лягли в основу розробки нами диференційованого підходу до лікування йоддефіцитного стану, який полягав у визначенні вихідного рівня йодурії та оцінці ступеня тяжкості йоддефіциту. При важкому ступені йоддефіцитного стану в комплексній терапії доза йод-активу збільшувалася до 50 мкг 4 рази на добу, при помірному ступені – 50 мкг 3 рази на добу, при легкому – 100

мкг на добу, але не більше 200 мкг за добу. Термін лікування призначався від 45 днів до двох місяців.

Як показали наші дослідження, йоддефіцит у вагітних після лікування за розробленою нами методикою (табл. 2) зменшився до показників медіани йодурії до 92,38 мкг/л у II триместрі, а в III триместрі вагітності досяг рівня нормальних показників - 110,81 мкг/л.

Таблиця 2

Йодне забезпечення вагітних із базисною та рекомендованою терапією у II триместрі вагітності

Ступінь важкості йоддефіцитного стану, мкг/л	Вагітні, що лікувалися базисною терапією (n=23)			Вагітні, що лікувалися за нашою методикою (n=32)		
	Me	абс.	%	Me	абс.	%
> 100 мкг/л	104,73	(n=2)	8,7	117,24	(n=8)	25,0
легкий 50-99 мкг/л	67,72	(n=13)	56,5	86,91	(n=21)	65,7
помірний 20-49 мкг/л	44,09	(n=8)	34,8	42,33	(n=3)	9,3
важкий <20 мкг/л	—	—	—	—	—	—
Загальна медіана йодурії, мкг/л	63,38	23	100,0	92,38	32	100,0

За даними йодурії в II триместрі у вагітних, які лікувалися як за базисною, так і за нашою методикою важкий ступінь йоддефіцитного стану не спостерігалася. Помірний і легкий ступені важкості відмічали за даними йодурії у вагітних, які використовували базисну терапію відповідно у 34,8% та 56,5% проти відповідно 9,3% і 65,7% у вагітних, що застосовували розроблене нами лікування.

Нормальний рівень йодурії в II триместрі був досягнутий у 25,0% у вагітних, які лікувалися за розробленою нами методикою і тільки у 8,7% у вагітних, що застосовували базисну терапію. Загальна медіана йодурії була у півтори рази більша у II триместрі в групі вагітних, що застосовували розроблене нами лікування, і склала 92,38 мкг/л та

наближалась до показника норми йоддефіцитних станів (100 мкг/л і більше).

У III триместрі у групі вагітних, у яких було проведено розроблене нами лікування (табл. 3) йоддефіцитного стану не спостерігалася (загальна медіана становила 110,81 мкг/л). Нормальний рівень йодурії у даній групі спостерігався у 68,8% і тільки в 31,2% жінок виявлялись легкий і помірний ступені йодної нестачі, що потребувало проведення даної терапії у післяпологовому періоді. У той же час, у вагітних, що лікувалися базисною терапією, ці показники відповідно становили 17,5% та 82,5% і стверджують, що у ранньому післяпологовому періоді у 82,5% породіль спостерігали легкий і помірний ступені важкості йодного дефіциту.

Таблиця 3

Йодне забезпечення вагітних із базисною та рекомендованою терапією у III триместрі вагітності

Ступінь важкості йоддефіцитного стану, мкг/л	Вагітні, що лікувалися базисною терапією (n=23)			Вагітні, що лікувалися за нашою методикою (n=32)		
	Me	абс.	%	Me	абс.	%
> 100 мкг/л	107,63	(n=4)	17,5	124,84	(n=22)	68,8
легкий 50-99 мкг/л	84,81	(n=14)	60,8	84,23	(n=9)	28,1
помірний 20-49 мкг/л	45,35	(n=5)	21,7	48,22	(n=1)	3,1
важкий <20 мкг/л	—	—	—	—	—	—
Загальна медіана йодурії, мкг/л	85,41	23	100,0	110,81	32	100,0

Висновки. 1. Отримані результати свідчать, що один із факторів внутрішньоматкової загибелі плоду в умовах природної нестачі йоду є йоддефіцитний стан у вагітних, який потребує корекції йодвмісними препаратами.

2. Корекція з використанням йод-активу, ензимотерапії, імуномодулятора та препаратів, які покращують обмінні процеси, дозволяли ліквідувати не тільки йоддефіцит, але і відновити репродуктивну функцію.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ломага Ю.Ю., Мальяр В.В., Цмур О.В. Визначення стану перинатального ризику у жінок із внутрішньоматковою загибеллю плода та самовільними викиднями в анамнезі при невиношуванні в умовах природного дефіциту йоду // Вісник наукових досліджень. – 2003. – №3. – С.111-112.
2. Паньків В.І., Масляно В.А., Пашковська та ін. Оцінка тяжкості йодної нестачі у Карпатському регіоні // Буковинський медичний вісник. – 2001. – Т.5, №1. – С.7-10.
3. Fauconnier A., Dubnisson U. Prognostic factors of reproductive factors outcome after myomectomy in infertile patients // Human reproduction. – 2000. – Vol. 15, №8. – P.1751-1757.

SUMMARY

PROPHYLAXIS REPRODUCTIVE HEALTH OF LOSSES AT PREGNANT IN CONDITIONS NATURAL IODINE TO DEFICIENCY

Malar V.A., Malar V.V., Lomaha Yu.Yu.

The realization preconceptive of treatment condition of iodine deficit at the pregnant woman has allowed to improve genesial function.

Key words: perinatal risk, iodine deficit