

УДК 616 – 053.2: 616.441 – 006.5 – 036.22

ОСОБЛИВІСТЬ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ І РОДІВ У ЖІНОК В УМОВАХ ПРИРОДНОГО ДЕФІЦИТУ ЙОДУ

Бортейчук Р.Ю.

Ужгородський національний університет, кафедра акушерства та гінекології з курсом дерматовенерології, м. Ужгород

Ключові слова: йодна недостатність, зоб, вагітність, роди

Вступ. В останнє десятиліття виявляється чітка тенденція до росту тіреоїдної патології, особливо у регіонах з природнім дефіцитом йоду та екологічним навантаженням [1, 4, 5].

Літературні дані засвідчують [5], що у вагітних навіть за умов нормального надходження йоду в організм може виникати ендогенно зумовлена йо-

дна недостатність.

На думку [4] вагітність може бути одним з основних чинників, що визначають патологічні зміни в щитоподібній залозі. Ризик розвитку захворювань щитоподібної залози у вагітних жінок значно є вищим з наявністю в анамнезі зобу (дифузного або вузлуватого). Причому кількість і розмір

вузлів може збільшуватись у жінок під час вагітності [3].

Відомо, що у переважної більшості вагітних навіть при відсутності патології щитоподібної залози може виникати “гестаційний транзиторний тиреотоксикоз” (ГТТ), завдяки стимулюючій дії хоріогонічного гонадотропіну (ХГ) [3]. Однак значення ХГ в стимуляції щитоподібної залози не до кінця вивчено. Недостатньо вивчений також вплив природного дефіциту йоду на репродуктивну систему і здоров'я вагітних, що мешкають в регіонах з природною нестачею йоду.

Метою даного дослідження було проведення порівняльного аналізу перебігу вагітності і родів у жінок, що постійно проживають в умовах природного йодного дефіциту в регіоні Карпат [2].

Матеріали і методи. На основі проведеного клініко-статистичного аналізу 4460 історій родів за 1999 – 2001 роки по Ужгородському і Коломийському родильних стаціонарах у 192 (4,3%) жінок виявлено зоб ІА – ІБ ст. Із них у 26 (13,5%) зоб ІА – ІБ ст. проявлявся тиреотоксикозами на тлі дифузного токсичного зобу (ДТЗ) особливо в першій половині вагітності. Для проведення порівняльного аналізу нами була виділена контрольна група 100 жінок вагітність і роди у яких перебігали нормально і не відмічалось збільшення щитоподібної залози. Жінки обидвох основних груп (І і ІІ група) і контрольної (ІІІ - група) були ідентичними за віком ($23,4 \pm 1,3$; $24,1 \pm 1,6$; $22,9 \pm 1,5$ років відповідно), паритетом пологів, частотою штучних абортів суттєво не відрізнялись, що обґрунтовувало коректність проведення порівняльного аналізу.

Результати досліджень оброблені за допомогою пакету прикладних програм “Statistica” і подані у виді достовірності відмінностей за критерієм t студента для незалежних виборок.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що у жінок із зобом ІА – ІБ стадій з явищем тиреотоксикозу відлічається обтяжний акушерсько-гінекологічний анамнез та спостерігалась більша частота ускладнень впродовж даної вагітності і родах.

Серед 26 вагітних із дифузним токсичним зобом (ДТЗ) легка форма тиреотоксикозу виявлена у 16 (61,5%), середньої важкості – у 8 (34,8%) і тяжкий перебіг – у 2 (3,7%) вагітних, які були прооперовані.

Як показали наші спостереження виникнення ДТЗ у 5 (19,2%) вагітних пов'язують з вагітністю у минулому, 6 (26,1%) – з стресовими ситуаціями, 3 (11,5%) – з гострими інфекційними захворюваннями та хронічним тонзилітом, 2 (7,7%) – з підвищеною інсоляцією. У інших вагітних етіологічний фактор виявити не вдалось.

Тривалість захворювання в даній групі коливалась від місяця до 6 років (в середньому 4 – 5 років). При цьому у більшості тривалість не перевищувала 3 роки.

У вагітних із ДТЗ на тлі тиреотоксикозу одними з найбільш частих скарг були: слабкість – у 26 (100%) випадках, втомлюваність – у 26 (100%),

дратливість – у 21 (80,7%), плаксивість – у 18 (69,2%), поганий сон – у 17 (65,4%), недостатня прибавка маси в динаміці у вагітної – у 22 (84,6%), пітливість – у 25 (96,1%), постійний субфібрилітет – у 21 (80,8%), відчуття дискомфорту в ділянці серця – у 18 (69,2%), порушення пасажу кишечника – у 11 (42,3%).

В анамнезі у вагітних ДТЗ з наявністю тиреотоксикозу було 50 вагітностей (середнє число вагітностей на 1 жінку склало 1,6), із них 2 (4%) позаматкові; 20 (40%) вагітностей закінчилися родами, із яких в 3 (6%) випадках передчасними; 15 вагітностей абортми. Із них у 5 (30%) випадках штучним абортм з приводу тиреотоксикозу. Самовільний викидень малого терміну був у 11 (22%) жінок, нерозвинена вагітність у 2 (4%) випадках.

Аналіз соматичного і акушерсько-гінекологічного анамнезу свідчить, що в групі вагітних з ДТЗ вік настання менархе коливався від 11 до 16 років (всередньому 13,5 років). Пізні менархе (початок у 15 років і більше) при ДТЗ спостерігалось у $14,8 \pm 2,5\%$ проти $3,7 \pm 1,8\%$ у контрольній групі ($P < 0,01$). Порушення оваріально-менструального циклу у $10,0 \pm 2,0\%$ проти $2,8 \pm 1,4\%$ у жінок з нормальною функцією щитоподібної залози ($P < 0,01$). При цьому найбільш часто спостерігався гіпоменструальний синдром $5,2 \pm 1,3\%$ проти $1,7 \pm 1,2\%$ у вагітних контрольної групи ($P < 0,05$). Первинне і вторинне безпліддя відповідно діагностовано у $11,3 \pm 2,1\%$ і $2,6 \pm 1,3\%$, $P < 0,01$. У 17,8% випадків на фоні гормонотерапії у жінок з ДТЗ, що лікувались від безпліддя спостерігався тиреотоксикоз.

Як у вагітних із еутиреотдним ДТЗ, так і з тиреотоксикозом суттєвої різниці між фіброзно-кістозною мастопатією не знайдено ($P > 0,05$). Однак при порівнянні з контрольною групою у обидвох групах виявлена суттєва різниця (відповідно $39,2 \pm 2,3\%$, $41,3 \pm 2,6\%$ проти $13,4 \pm 2,3\%$, $P < 0,01$).

За даними нашого дослідження майже вдвічі частіше зустрічались інфекції сечовидільних шляхів та у 2,5 рази – анемія вагітних. У 18,6% анемія діагностована до 15 тижнів гестації у жінок із зобом ІА – ІБ і зустрічались у 2,6 рази частіше ніж у контрольній групі.

Вагітність у жінок із зобом ІА – ІБ ступеня досить часто супроводжувалась ускладненнями. Так, серед жінок, що мали зоб ІА – ІБ ст. Майже вдвічі частіше спостерігались аномалії родової діяльності, у 1,5 несвоєчасне відходження навколоплідних вод, майже втричі – передчасні пологи.

Статистично незначно частіше у вагітних із зобом ІА – ІБ виникали запізнілі пологи, однак, для жінок з ДТЗ на фоні тиреотоксикозу майже 1,5 рази частіше зустрічались акушерські кровотечі.

У післяродовому періоді у 2,4% породіль із зобом ІА – ІБ розвинулись гнійно-септичні ускладнення, а у 1,3% спостерігалось наростання явищ тиреотоксикозу, особливо на фоні інфекції. Майже у 2 рази частіше пологи у жінок основної групи закінчилися оперативним шляхом.

У 26 вагітних із зобом ІА – ІВ у 4,9% діагностовано синдром затримки розвитку плоду (СЗРП). У вагітних із ДТЗ і тиреотоксикозом за даними ультрозвукової фетометрії СЗРП був діагностований на початку 25 – 28 тижнів. При цьому також відмічалось “передчасне дозрівання плаценти” та розширення венозної сітки decidua basalis від 14 до 17 мм (при нормі 10 мм).

Висновок. 1. Вагітні, які вказують в анамнезі на перенесені інфекційні захворювання, стресові ситуації, порушення менструального циклу, безпліддя, невиношування при наявності збільшення щитоподібної залози, потребують обов’язкового визначення функцій щитоподібної залози.

2. Одержані дані підтверджують негативний вплив навіть початкових стадій ендемічного зобу за умов йодної недостатності на перебіг вагітності, пологів і внутрішньоутробний розвиток плоду.

3. Перебіг вагітності і пологів у жінок, що мешкають в умовах природного дефіциту йоду, супроводжується значною частотою екстрагенітальної та акушерської патології, особливо при наявності дифузного зобу і тиреотоксикозу.

4. У випадках ДТЗ і особливо з наявністю тиреотоксикозу терапія повинна бути направлена не тільки на нормалізацію функції щитоподібної залози, але і на профілактику фетоплацетарної недостатності і на попередження СЗРП.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гребенкин Б.Е. Йоддефицитные заболевания беременных в районе зобной эндемии: состояние здоровья новорожденных // Российский педиатрический журнал.- 2001.- №1.-С.21-23.
2. Паньків В.і., Масляно 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. Петунина Н.А., Балаболкин М.Н. Диагностика и лечение диффузного токсического зоба // Терапевтический архив.- 1997.- №10.- С.12-17.
4. Попович Л.В. перебіг вагітності та пологів у жінок, що проживають за умов йодної недростатності // Науковий вісник Ужгородського університету, серія “Медицина”.- 2001.- вип.15.- С.89-92.
5. 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. J. Med.- 1999. Vol.341. - P.549-555.

SUMMARY

THE PECULIARITIES OF PREGNANCE COURSE AND DELIVERY IN WOMEN IN CONDITIONS OF NATURAL IODINE DEFICIENCY

Borteichuk P. Yu.

The investigations confirmed the negative action of even initial stages of endemic goitre in conditions of iodine deficiency on the course, pregnancy, delivery and uterine development.. In cases of diffusive toxic goitre on the background of thyroid toxicosis the therapy should be directed both on the normalization of the thyroid gland function and the prophylaxis of a fetoplacental insufficiency and delay of uterine development of fetus.

Key words: iodine deficiency, endemic goiter, pregnancy, delivery