

УДК 618.3-06:612.392.64

С.Є.Косілова

ДЕФІЦИТ ЙОДУ, ЯК ФАКТОР РИЗИКУ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Резюме. Невиношування вагітності залишається однією з важливих проблем сучасного акушерства, оскільки становить 10-25 % від загальної кількості пологів. Серед різноманіття факторів ризику невиношування вагітності суттєве значення має дефіцит йоду і пов'язана з ним патологія щитоподібної залози. Нестача йоду призводить до гормонального дисбалансу, по-

рушення функції репродуктивної системи, перебігу вагітності. Використання препаратів йоду в комплексному лікуванні загрози переривання вагітності сприяє зменшенню частоти ускладнень в її перебігу.

Ключові слова: невиношування вагітності, йододефіцитний стан, гормональний дисбаланс.

Вступ. Однією з основних проблем сучасного акушерства залишається невиношування вагітності. Це пов'язано з високою частотою даної патології, значним рівнем перинатальної захворюваності, смертності та інвалідизації дітей [1, 2, 3, 4, 5]. Частота невиношування становить 10-25 % від загальної кількості пологів і не має тенденції до зниження [1, 2, 5]. Існує велика кількість факторів ризику невиношування вагітності. Згідно з даними літератури, одним із них є дефіцит йоду і пов'язана з ним патологія щитоподібної залози [1, 4, 7]. Відомо, що фізіологічна адаптація тиреоїдної системи під час вагітності зумовлена впливом декількох факторів, які підвищують потребу організму в тиреоїдних гормонах і призводять до значної стимуляції щитоподібної залози жінки [1, 4, 6, 7]. Такими специфічними факторами є гіперпродукція хоріонічного гонадотропіну, естрогенів і тироксину зв'язуючого глобуліну, підвищення ниркового кліренсу йоду, зміна метаболізму тиреоїдних гормонів матері у зв'язку з функціонуванням фетоплацентарного комплексу [6, 7]. Тому, вживання йоду під час вагітності є надійним заходом профілактики тиреоїдних порушень [3, 4].

Мета дослідження. Вивчити перебіг вагітності в жінок із загрозою її переривання та дефіцитом йоду на фоні прийому препарату, що містить йод.

Матеріал і методи. Проведено аналіз перебігу вагітності у 52 пацієнток із загрозою переривання вагітності і підтвердженим дефіцитом йоду. Вік обстежених коливався від 18 до 38 років. Всі вагітні мали обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез і складала групу високого перинатального ризику. Соматичний анамнез не мав суттєвої різниці, що дозволило проводити зіставлення груп. Пацієнтки розподілені на дві групи залежно від виду терапії, що проводилась: I група – 26 жінок із загрозою переривання вагітності, які отримували загальноприйняту зберігаючу терапію і Йодомарин по 200 мкг на добу, щодня, до кінця вагітності; II група – 26 жінок із загрозою переривання вагітності, які отримували тільки загальноприйняту зберігаючу терапію.

Під час обстеження проводили аналіз акушерсько-гінекологічного анамнезу, скарг, клініч-

ного перебігу вагітності. Ознаки загрози переривання вагітності оцінювали за даними ультразвукового дослідження. Рівень концентрації прогестерону, кортизолу, ДЕА-С у плазмі крові визначали імуноферментним методом. Контроль гормонального фону проводили один раз на 2-3 тижні.

Для визначення функціонального стану щитоподібної залози в плазмі крові визначали рівень гормонів (ТТГ, вільний Т4) імуноферментним методом; проводили визначення рівня екскреції йоду із сечею церій-арсенітовим методом. Розміри, об'єм і структуру щитоподібної залози визначили за допомогою УЗД. Досліджувалися жінки з нормальною ультразвуковою картиною щитоподібної залози і еутиреоїдним статусом.

Результати дослідження та їх обговорення. У результаті аналізу акушерсько-гінекологічного анамнезу з'ясовано, що порушення менструального циклу мало місце в 14 (53,8 %) жінок із I групи та у 12 (46,2 %) – із II групи, ерозія шийки матки – у 6 (23,1 %) і у 7 (26,9 %) відповідно до груп, запальні захворювання жіночих статевих органів – у 8 (33,3 %) і в 9 (34,6 %) випадках. Звичне невиношування діагностовано в 10 (38,5 %) жінок із I групи і в 9 (34,6 %) – із II групи. По 7 пацієнток із кожної групи (26,9 %) до настання даної вагітності лікувалися з приводу непліддя. Перебіг попередніх вагітностей характеризувався загрозою її переривання, як у ранні [12 (46,5 %) випадків у I групі і 11 (42,3 %) у II групі], так і в пізні терміни вагітності (по 6 спостережень (23,1 %) у кожній групі). Передчасні пологи і антенатальна загибель плода мали місце в обох групах з однаковою частотою.

Структура екстрагенітальної патології серед вагітних I і II груп представлена наявністю анемії вагітних (61,5 % і 57,7 %), бактеріурії (26,9 % і 33,3 %) відповідно до груп.

При теперішній вагітності, під час госпіталізації, загроза переривання вагітності супроводжувалася больовим синдромом у всіх жінок, кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів у 14 (58,3 %) пацієнток I групи і в 13 (50 %) – II групи. За даними УЗД, потовщення міометрія по задній або передній стінці матки мало місце у всіх обстежених, деформація плідного яйця – у 12

(46,2 %) жінок із I групи і в 13 (50 %) – із II групи.

При визначенні показників гормонального фону з'ясовано, що нормальний вміст прогестерону в сироватці крові (24-28 нг/мл) мав місце у 9 (34,6 %) пацієток I групи і у 8 (33,3 %) – II групи. У 7 (26,9 %) жінок I групи і в 6 (23,1 %) – II групи спостерігалася помірна гіпопрогестеронемія (22-24 нг/мл). У 12 (46,2 %) вагітних I групи і в 11 (42,3 %) – II групи мало місце значне зниження прогестерону. Вміст кортизолу вище гестаційної норми (7,5-8,5 нмоль/л) спостерігався в 6 (23,1 %) обстежених I групи і в 5 (16,9 %) – II групи. ДЕА-сульфат вищий за норму виявлено у 2 (7,5 %) вагітних в обох групах. Таким чином, гормональні показники в обох групах суттєво не відрізнялися між собою, але достовірно відхилилися від норми. Це потребувало гормональної корекції. Крім того, у всіх пацієток визначали вміст йоду в сечі. Медіана йодурії в обстежених із I групи складала $48,6 \pm 2,8$ мкг/л, у II групі – $46,7 \pm 2,3$ мкг/л, що відповідає дефіциту йоду середньої тяжкості.

Через два тижні проведений первинний контроль ефективності лікування. У I групі в 4 жінок (15,4 %) відмічався тільки біль понизу живота, а в II групі біль спостерігався ще у 8 (33,3 %) пацієток, а у 2 (7,5 %) – продовжувалися кров'яні виділення. У I групі в 1 (3,84 %) жінки відбувся мимовільний викидень, у II групі – у 3 (11,05 %), у 10, 12, 15 тижнів вагітності ($p < 0,05$).

При визначенні гормонального фону з'ясовано, що в I групі мало місце помірне зниження прогестерону у 2 (7,5 %) пацієток. У II групі помірне зниження прогестерону зберігалось у 4 (15,4 %) вагітних, а значне – у 2 (7,5 %), $p < 0,05$. Це збігається з даними літератури, згідно з якими однією з причин гіпопрогестеронемії є дефіцит йоду середнього і тяжкого ступеня, який призводить до субклінічної оваріальної недостатності. Гормональна функція яєчників у таких жінок характеризується пізньою овуляцією або лютеїнізацією фолікула, який не овулював. Внаслідок цього утворюється гормонально неповноцінне жовте тіло і морфологічно порушення перетворення ендометрія [1, 2, 7]. Показники кортизолу і ДЕА-С були в межах гестаційної норми, у всіх обстежених.

Після проведеного лікування медіана йодурії мала наступні показники: I група – $86,7 \pm 3,4$ мкг/л, що відповідає дефіциту йоду легкого ступеня, у II групі – $36,3 \pm 2,3$ мкг/л (йододефіцит середнього ступеня). Необхідно відзначити наростання йодного дефіциту в II групі зі збільшенням терміну гестації. Ці показники також відповідають даним літератури, оскільки вагітність є пусковим механізмом йодного «обкрадання» і призводить до стану відносного дефіциту йоду [1, 7].

Фізіологічні пологи відбулися у 84,6 % пацієток I групи і в 69,1 % – II групи, передчасні пологи – у 2 (7,5 %) жінок I групи та в 5 (16,9 %) – II групи. Частота гіпоксичних станів плода і кесарева розтину достовірно вищі в II групі обстежених ($p < 0,05$).

Висновки

1. У жінок із йододефіцитним станом часто спостерігаються порушення менструальної та репродуктивної функції.

2. Вагітність у жінок із некорегованим йододефіцитом проходить із різними ускладненнями, має тенденцію до невиношування на фоні гормонального дисбалансу.

3. Використання препаратів йоду в комплексному лікуванні загрози переривання вагітності при підтвердженому йододефіциті сприяє зменшенню частоти ускладнень в її перебігу, зниженню перинатальних втрат.

Практичні рекомендації. Жінкам із загрозою переривання вагітності та лабораторного підтвердженням дефіцитом йоду рекомендується призначати Йодомарин по 200 мкг 1 раз на добу, упродовж всієї вагітності.

Перспективи подальших досліджень. Своєчасна діагностика та лікування йододефіцитних станів у жінок із загрозою переривання вагітності є перспективним напрямом у галузі акушерства, сприяє збереженню вагітності, зниженню частоти ускладнень в її перебігу, частоти перинатальних втрат.

Література

1. Бичевская Р.Г. Особенности течения первого триместра беременности у женщин с невынашиванием на фоне йоддефицита / Р.Г. Бичевская, Н.А. Фирсова: зб. наук. пр. Асоц. акуш.-гінекол. України. – К., 2006. – С. 58-61.
2. Герзанич С.О. Дифузний зоб як фактор перинатального ризику / С.О. Герзанич, О.М. Плехова, І.Ю. Зейкан: зб. наук. пр. Асоц. акуш.-гінекол. України. – К., 2006. – С. 137-141.
3. Йододефіцитні захворювання: діагностика, профілактика та лікування (методичні рекомендації МОЗ України). – Київ, 2003. – 28 с.
4. Роль стадного обеспечення в неонатальной адаптации тиреоидной системы / Э.П. Касаткина, Д.Е. Шилин, Л.М. Петрова [и др.] // Пробл. эндокринологии. – 2001. – 47 (3). – С. 10-15.
5. Пісарєва С.П. Невиношування вагітності / С.П. Пісарєва // Педіатрія, акушерство і гінекол. – К., 2005. – № 2. – С. 24-28.
6. Фадеєв В.В. Эутиреоидный зоб: патогенез, диагностика, лечение / В.В. Фадеєв // Клиническая тиреология. – 2003. – № 1. – С. 3-13.
7. Фадеєв В.В. Йододефіцитные заболевания и беременность / В.В. Фадеєв, Г.А. Мельниченко // Пробл. беременности. – 2008. – № 1. – С. 4-11.

ДЕФИЦИТ ЙОДА, КАК ФАКТОР РИСКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ*С.Е.Косилова*

Резюме. Невынашивание беременности остается одной из важных проблем современного акушерства, т.к. составляет 10 – 25 % от общего количества родов. Среди разнообразия факторов риска невынашивания беременности существенное значение имеет дефицит йода, и связанная с ним патология щитовидной железы. Йоддефицитное состояние приводит к гормональному дисбалансу, нарушению функции репродуктивной системы, течению беременности. Использование препаратов йода в комплексном лечении угрозы прерывания беременности способствует уменьшению частоты осложнений в ее течении.

Ключевые слова: невынашивание беременности, йоддефицитное состояние, гормональный дисбаланс.

JODINE DEFICIENCY AS A RISK FACTOR OF MISCARRIAGE*S.Ye.Kosilova*

Abstract. Noncarring of pregnancy remains one of the most important problems of modern obstetrics, since it makes up 10-25 % of the general number of labors. Among various risk factors of noncarrying pregnancy an essential role is played by iodine deficiency and pathology of the thyroid gland connected with it. Iodine deficiency results in hormonal imbalance, a disturbance of the function of the reproductive system and the progression of pregnancy. The use of iodine drugs in a course of multimodality treatment of threatened abortion is conducive to a decrease of the rate of complications during its course.

Key words: miscarriage, iodine deficiency state, imbalance.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – д.мед.н. І.В.Каліновська

Buk. Med. Herald. – 2011. – Vol. 15, № 2 (58). – P. 25-27

Надійшла до редакції 24.02.2011 року