

УДК 616.441+618.3+616-036.22

І.С.Тимків

ОСОБЛИВОСТІ ТИРЕОЇДНОЇ ФУНКЦІЇ В ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ В І ТА ІІ ТРИМЕСТРАХ В УМОВАХ ЕНДЕМІЧНОЇ МІСЦЕВОСТІ

Кафедра акушерства та гінекології (зав. – проф. Т.М.Дринь) Івано-Франківського державного медичного університету

Резюме. У 78 жінок із загрозою переривання вагітності в І та ІІ триместрах визначали екскрецію йоду із сечею, вміст тиреотропного гормону (ТТГ), тироксину (T_4), трийодтироніну (T_3) в сироватці крові, проводили волюмометрію щитоподібної залози. В комплексній терапії загрози переривання 60 вагітних отримували Йодид-Фармак у дозі 200 мкг на добу, контрольну групу (18 осіб) склали жінки, які одержували антиструмін (по 0,5 таблетки через день). Вста-

новлено йододефіцит помірного та легкого ступеня, що більш виражено у групі, яка приймала антиструмін. Зміни гормонального статусу в І-ІІ триместрах характеризувалися зростанням рівня ТТГ, зменшенням вмісту T_4 та корелювало з більшим приростом об'єму щитоподібної залози у вагітних, які приймали йод у нефізіологічних дозах.

Ключові слова: вагітність, йододефіцит, щитоподібна залоза.

Вступ. Виношування вагітності та народження здорового потомства є однією з найважливіших медико-соціальних проблем [6]. У сучасному акушерстві проблема невиношування вагітності залишається актуальною та за даними різних авторів, трапляється в 10-30% випадків [3,7]. Вважають, що невиношування вагітності спричинене взаємодією генетичного, інфекційного, імунологічного, гормонального та соціально-біологічного факторів. При цьому ендокринним причинам (патологія яєчників, щитоподібної залози, нейроендокринні синдроми) у цій структурі віддають провідне місце [1].

Важливою є також проблема медикаментозної корекції йододефіциту, оскільки встановлено, що масова профілактика не забезпечує потреби вагітної в цьому мікроелементі, а підбір дози йодовмісного препарату має бути індивідуальним та ґрунтуватися на показниках йодурії [4].

У Прикарпатському регіоні - регіоні йодної ендемії, особливого звучання набуває проблема виношування вагітності на тлі патології щитоподібної залози, яка виявляється у 18,2% випадків загрози переривання вагітності [3].

Мета дослідження. Встановити особливості тиреоїдної функції та йодного забезпечення при зарозі переривання вагітності в І-ІІ триместрах.

Матеріал і методи. Групу спостереження склали 78 вагітних віком від 17 до 36 років, які лікувалися з приводу загрози переривання вагітності у відділенні акушерської патології з невиношування вагітності Івано-Франківського міського пологового будинку. Клініко-лабораторне, акушерське та ультразвукове дослідження вагітних проводили в І та ІІ триместрах вагітності.

У комплексній терапії загрози переривання вагітності 60 жінок отримували препарат йоду Йодид-Фармак у дозі 200 мкг на добу. Традиційно групою контролю слугували пацієнти, які не отримували зазначений препарат. Враховуючи, що в зоні природної ендемії всі вагітні обов'язково одержують препарат йоду, контрольну групу склали 18 жінок, які також приймали йодовмісний середник - антиструмін, по 0,5 таблетки через день.

Для вивчення тиреоїдної функції визначали показник йодного забезпечення (за рівнем йодурії), вміст гормонів у сироватці крові (T_3 , T_4 , ТТГ) та проводили волюмометрію щитоподібної залози.

Дослідження вмісту йоду в сечі проводили в разових порціях згідно з реакцією Sandell-Kolthoff за методом Dunn (1993р.) в Інституті ендокринології та обміну речовин ім. В.П.Комісаренка АМН України, м. Київ.

Вміст у сироватці крові ТТГ, T_4 , T_3 визначали методом імуноферментного аналізу за допомогою наборів реагентів "DAI" на аналізаторі Stat Fax 303 (США).

Ультразвукове дослідження щитоподібної залози проводили на апараті "Алоса" з використанням датчика частотою 7,5 МГц, об'єм щитоподібної залози розраховували за методом Brunn J. (1981).

Статистична обробка результатів досліджень здійснювалася на ПК "Semptron" з використанням Microsoft Office Excel 2003, Statistica 6.0. Результати досліджень проаналізовані з обчисленням медіани (Me), середньої арифметичної величини (M) її похибки (t).

У вагітних вивчали скарги, анамнестичні дані, проводили загальноприйняті дослідження, проаналізовано особливості гестаційного процесу. Динамічне спостереження в ІІ триместрі здійснювали в умовах жіночої консультації або при повторній госпіталізації в стаціонар. У досліджувані групи включали жінок, в анамнезі яких не було даних про клінічно підтверджені захворювання щитоподібної залози, тяжку екстрагенітальну патологію.

Результати дослідження та їх обговорення. Подальші дослідження направлені на встановлення особливостей тиреоїдної функції при зарозі переривання вагітності. Середній вік вагітних складав $24,6 \pm 0,2$ року. Першовагітні переважали та становили 72,6%. Гестози І половини вагітності спостерігались у 54,5% жінок.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ (2001) основним та достатнім параметром йодного забезпечення вважають рівень екскреції йоду із сечею. Точність цього методу полягає в тому, що 80%

Таблиця 1

Розподіл вагітних за величиною екскреції йоду з сечею

Вміст йоду в сечі, мкг/л	І група (вагітні, які одержували Йодид-Фармак), n=60		ІІ група (вагітні, які одержували антиструмін), контрольна, n=18	
	Ме	абс. (%)	Ме	абс. (%)
<20	-	-	-	-
20-49	38,06	5 (8,34)	29,32	5 (27,78)
50-99	70,45	12 (20,0)	71,11	8 (44,45)
>100	155,40	43 (72,66)	108,16	5 (27,78)
Медіана йодурії	126,20	60 (100,0)	94,67	18 (100,0)

Таблиця 2

Вміст тиреотропного гормону, тиреоїдних гормонів в сироватці крові та дані волюмометрії щитоподібної залози в обстежених вагітних у І-ІІ триместрах

Параметри тиреоїдної функції	І група (вагітні, які одержували Йодид-Фармак), n=60		ІІ група (вагітні, які одержували антиструмін), контрольна, n=18	
	І триместр	ІІ триместр	І триместр	ІІ триместр
ТТГ, мМод/мл	4,85±0,13	6,25±0,10	5,08±0,22	7,92±0,40
Т4, нмоль/л	89,38±1,30	73,23±2,24	94,90±2,61	62,85 ±2,35*
Т3, нмоль/л	1,93±0,04	2,25±0,09	1,96±0,02	2,32±0,07
Об'єм щитовидної залози, мл	19,1±0,09	20,3±0,38	19,3±0,39	24,5±0,43

Примітка. * – достовірність різниці між групами у відповідному триместрі (p<0,05)

спожитого йоду виводиться з організму через нирки [6]. Йододефіцит розцінюють як тяжкий при вмісті йоду в сечі менше 20 мкг/л, помірний - 20-49 мкг/л, легкий - 50-99 мкг/л. Достатнім вважається йодозабезпечення з йодурією вище 100 мкг/л. Результати вивчення вказаного параметра в обстежених вагітних представлені в табл. 1.

Достатнє йодозабезпечення спостерігалось у 72,7% жінок І групи та 27,8% - ІІ групи. Привертає увагу той факт, що незважаючи на те, що всі обстежені вагітні приймали йодовмісний препарат, в обох групах є особи з помірним чи легким йододефіцитом. Проте серед жінок, які одержували антиструмін, таких випадків було 27,8% та 44,5%, а в досліджуваній групі - тільки 8,3% та 20,0% відповідно. Це підтверджує існуючу думку, що препаратами вибору для йодопротекції є середники з чітким дозуванням для щоденного прийому, прикладом якого і є Йодид-Фармак. Вважають, що прийом засобів, які містять високу дозу йоду (таким є антиструмін) або більшість з йодовмісних біологічно-активних добавок [1].

Наступним етапом нашої роботи стало вивчення гормонального статусу та показників волюмометрії щитоподібної залози. Вагітність супроводжується закономірним посиленням функції залози і підвищенням секреції тиреоїдних гормонів у ранніх термінах, поки не функціонує щитоподібна залоза плода. На противагу цьому - у вагітних, які проживають в умовах навіть легкого йододефіциту, здатність залози до вироблення додаткової кількості гормонів виявляється значно зниженою [5].

Клінічно виражених ознак тиреоїдної дисфункції не виявлено в жодній з обстежених жінок. Вміст ТТГ у сироватці в І триместрі не відрізнявся від норми в обох групах. При порівнянні рівнів ТТГ та Т4 у жінок, які одержували антиструмін та Йодид-Фармак, встановлено, що вже до ІІ триместру вагітності рівень ТТГ суттєво вищий, а Т4 - нижчий у контрольній групі (табл. 2).

Спостерігалось помірне зростання Т3 з І до ІІ триместру в обох групах, проте вірогідно значимої різниці не виявлено.

За даними різних авторів, помірне збільшення (гіпертрофія) щитоподібної залози відбувається близько у 30% вагітних [2]. У 18,7% жінок, які одержували антиструмін та 26,6% з тих, які приймали Йодид-Фармак, встановлено нормальний об'єм щитоподібної залози. При порівнянні динаміки змін об'єму залози встановлено, що в жінок, які одержували антиструмін, відбулася більша гіпертрофія тканини - на 26,9% проти 11,1% у групі порівняння.

На початку ХХІ століття патологія виношування вагітності і надалі залишається актуальною проблемою медицини, незважаючи на сучасні технології діагностики та лікування, оскільки не існує єдиного погляду на патогенез причин невиношування, так і не сформульовані однозначні підходи до його медикаментозної корекції. На сучасному етапі вагому роль у виникненні загрози переривання вагітності віддають гормональним чинникам, серед яких, особливо в умовах ендемічної місцевості, окремо виділяють тиреоїдну дисфункцію. Перефразовуючи відомий вислів David Marine (1915) "ендемічному зобу із усіх відомих захворювань найлегше запобігти", можна стверджувати, що з усіх імовірних чинників загрози переривання вагітності найлегше забезпечити нормальну функцію щитоподібної залози шляхом щоденного прийому стандартно дозованого препарату йоду. Доза препарату згідно з рекомендаціями ВООЗ та Міжнародного союзу з контролю йододефіцитних захворювань (ICCIDD) (2002) має становити 200 мкг йоду щоденно.

Висновки

1. Вивчення у вагітних екскреції йоду із сечею показало наявність у частини з них йододефіциту помірного та легкого ступеня, що більш виражено в контрольній групі, яка приймала ан-

тиструмін, - 27,8% та 44,5%, проти 20,0% та 8,3%, відповідно серед жінок, які одержували Йодид-Фармак 200 мкг на добу.

2.Зміни гормонального статусу в І-ІІ триместрах характеризувалися зростанням рівня ТТГ, зменшенням вмісту Т4 та корелювало з приростом об'єму щитоподібної залози, що більш проявилось у групі, яка одержувала антиструмін.

3.Для адекватного забезпечення функціонування щитоподібної залози під час вагітності в умовах природного йододефіциту доцільно використовувати стандартно дозовані препарати йоду у фізіологічній добовій потребі.

Перспективи подальших досліджень. Проведене дослідження виявило особливості тиреоїдного статусу у вагітних із загрозою переривання вагітності в І-ІІ триместрах. Надалі планується спостереження за перебігом вагітності в ІІІ триместрі, перебігом пологів та вивчення стану новонароджених за скринінговим показником тиреоїдної функції - ТТГ.

Література

1. Варлемова Т.М., Шехтлик М.М. Профилактика и лечение тиреоидной патологии во вре-

мя беременности // Акуш. и гинекол.-2002.- №3.- С.57-58.

2. Зелінська Н.Б. Захворювання щитоподібної залози при вагітності. Посібник для лікарів.- К.,-2004.-20с.
3. Калугіна Л.В. Оцінка ефективності диференційованого профілактичного лікування йододефіциту та його впливу на перебіг вагітності та пологів //Гал. лікар, вісник. -2002.-№4.- С.30-33.
4. Касаткина Э.П. Анализ современных рекомендаций и критерии ВОЗ по оценке йоддефицитных состояний // Пробл. эндокринол.-1997.-Т.43, №4.-С. 3-6.
5. Профилактика дефицита йода у беременных и новорожденных с помощью препарата "Матерна" / Д.Е.Шилин, М.И.Панов, Т.С.Логачева и др. // Акуш. и гинекол.-2002.-№5.-46-48.
6. Шидловський В.О., Дейкало І.М., Шидловський О.В. Йодний дефіцит і йододефіцитні захворювання. - Посібник для лікарів.-К.,-2004.-68с.
7. Щитовидная железа и беременность / О.В.Макаров, И.В.Бахарева, Н.И.Николаев, Л.Ф.Фандеева // Рос. мед. ж.-1997.- №4.—С.44-47.

PECULIARITIES OF THE THYROID FUNCTION IN WOMEN WITH THREATENED MISCARRIAGE IN TRIMESTERS I AND II UNDER CONDITIONS OF ENDEMIC LOCALITY

I.S.Tymkiv

Abstract. The author has determined urinary iodine excretion, the content of thyrotropin-stimulating hormone (TSH), thyroxine (T₄), triiodothyronine (T₃) in the blood serum, performed thyroid volumetry in multimodality therapy of threatened miscarriage in 60 gravidas treated with Iodide-Farmak in a dose of 200 meg. per diem. The control group (18 persons), consisting of women, received antistrumin (0,5 of a tablet every other day). Iodine deficiency of a moderate and slight degree, more marked in the group receiving antistrumin, has been established. Changes of the hormonal status in trimesters I-II were characterized by an elevation of the TSH level, a decrease of the T₄ content and correlated with a more augmented volume of the gravidas' thyroid who took iodine in nonphysiological doses.

Key words: pregnancy, iodine deficiency, thyroid gland

State Medical University (Ivano-Frankivsk)

Buk. Med. Herald. – 2006. – Vol.10, №2.- P.74-76

Надійшла до редакції 13.03.2006 року

УДК 616.12-005.4+159.92

М.В.Філоненко

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Кафедра госпітальної терапії (зав. - проф. М.М.Кишко) Ужгородського національного університету

Резюме. Вивчено особливості психологічного стану хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС). Обстежено 30 хворих на стенокардію і атеросклеротичний кардіосклероз віком від 40 до 79 років і 20 осіб контрольної групи. Дослідження довело, що у хворих на ІХС спостерігаються зміни психологічного стану. Для них характерне підвищення рівнів загальної і особистісної

тривожності, зниження значень самопочуття, активності, настрою. У хворих на ІХС виявлена значна інтровертованість і високі показники нейротизму. У пацієнтів жіночої статі зміни є більш вираженими.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, психологічний стан.

Вступ. Захворювання серцево-судинної системи посідають провідне місце в структурі загальної захворюваності й інвалідності населення. До найбільш поширених із них відносяться ішемічна хвороба серця (ІХС), гіпертонічна хвороба і церебральний атеросклероз.

Згідно зі статистичними даними, на ІХС страждають близько 12% всіх чоловіків віком 45-59 років. Протягом останніх років спостерігається тенденція до підвищення захворюваності на ІХС серед осіб більш молодого віку [1,2].