

УДК 618.3-06.616.441

DOI: 10.22141/2224-0721.15.2.2019.166102

Грицишин Б.Р.

Львівська обласна клінічна лікарня, м. Львів, Україна

Аналіз поширеності патології щитоподібної залози під час гестації серед жінок Львівської області

For cite: Міжнародний ендокринологічний журнал. 2019;15(2):116-121. doi: 10.22141/2224-0721.15.2.2019.166102

Резюме. Актуальність. Єдина теорія йодного дефіциту не забезпечує всебічного розкриття етіологічної та патогенетичної суті зобної трансформації. Встановлено, що на території з однаковим рівнем йодного дефіциту нерідко спостерігається різний рівень ураженості вагітних жінок зобом, а в одному регіоні захворюваність реєструється лише серед частини жінок, при цьому з різними ступенями збільшення щитоподібної залози (ЩЗ). **Мета дослідження:** встановити частоту захворювань щитоподібної залози у вагітних, які проживають у Львівській області, а також чинники, що впливають на характер розвитку тиреоїдної патології в період гестації. **Матеріали та методи.** Проведений моніторинг поширеності захворювань ЩЗ у вагітних у Львівській області за період із 2010 до 2015 року. Крім того, вивчено статистичні дані щодо частоти та структури патології ЩЗ серед вагітних, особливостей перебігу вагітності, пологів, стану новонароджених за даними пологових відділень Львівської обласної клінічної лікарні. Для з'ясування структури поширеності та кількісного нозологічного розподілу патології ЩЗ серед вагітних проведений статистичний аналіз історій пологів за 2015 рік пологових відділень (екстрагенітальної патології та відділення патології вагітних). **Результати.** Моніторинг гірських областей Львівської області вказує на ріст частоти патології ЩЗ у вагітних саме в дефіцитних на вміст йоду гірських районах (Самбірський) і суттєві підвищення показників у промислових передгірних районах (Стрийський), ріст захворюваності на тлі існуючого йодного дефіциту в техногенних зонах (Яворівський, Пустомитівський та місто Львів). При розгляді частоти захворювань ЩЗ у вагітних по Львівській області відзначається відсутність дієвої системи йодної профілактики, що характеризується ростом тиреопатій в абсолютних числах від 1500–2000 випадків у 2010 році до 5000–6000 випадків за 2015 рік (зростання майже у 2,5 раза). **Висновки.** Клімато-географічні, соціально-економічні, екологічні, промислові особливості Львівської області посилюють тяжкість наявної зобної ендемії, впливають на характер розвитку й епідеміологічні параметри тиреоїдної патології серед вагітних, сприяють росту частоти патологічного перебігу гестації, пологів, погіршенню фізичного й інтелектуального розвитку дітей.

Ключові слова: щитоподібна залоза; йодна недостатність; вагітність; пологи

Вступ

Єдина теорія йодного дефіциту не забезпечує всебічного розкриття етіологічної та патогенетичної суті зобної трансформації. Встановлено, що на території з однаковим рівнем йодного дефіциту нерідко спостерігається різний рівень ураженості вагітних жінок зобом, а в одному регіоні захворюваність реєструється лише серед частини жінок, при цьому з різними ступенями збільшення щитоподібної залози (ЩЗ) [1, 2].

Цікавим є розгляд особливостей захворюваності на зоб у різних групах вагітних при поєднаній та ізольованій дії геохімічних аномалій місцевості природного та техногенного походження.

Підвищення потреби в гормонах ЩЗ виникає на перших етапах адаптації до дії негативних чинників [3]. Критична концентрація будь-якої речовини може запустити в тиреоїдній системі реакцію неспецифічної адаптації, виступаючи в ролі струмогенного чинника [4]. З іншого боку, до струмогенів від-

носять речовини, які перешкоджають надходженню йоду в організм і ЩЗ, що затрудняє синтез тиреоїдних гормонів і порушує тиреоїдну регуляцію [5]. В цих випадках струмогенний ефект також є наслідком участі тиреоїдної системи в регуляції адаптації специфічного характеру.

На сьогодні природна нестача йоду посилюється під несприятливим впливом екопатогенів. Забруднення довкілля промисловими відходами, які утруднюють надходження йоду в ЩЗ, блокує ферменти, необхідні для синтезу тиреоїдних гормонів, сприяє приєднанню і погіршенню відносної йодної недостатності. Хімічні забруднювачі можуть порушувати внутрішньотиреоїдний синтез йодтиронинів у периферичних тканинах, уражати ядерні рецептори клітин до тиреоїдних гормонів. Подібну агресивну дію справляють фтор, свинець, фосфор, нітриди, речовини, що блокують тіолові групи [6, 7].

Автоімунні процеси в ЩЗ провокують екологічні забруднювачі, сечовина, миючі синтетичні засоби, які пошкоджують мембрани тиреоцитів і сприяють виходу в кров тиреоглобуліну [8]. Вказані патогенетичні механізми пов'язані з дією ксенобіотиків на біологічні мембрани і проявляються у вигляді пригнічення або активації ферментних систем і поширюються на численні життєво важливі ферменти тканинного дихання, біоенергетики, порушують процеси детоксикації антиоксидантного захисту, що особливо важливо під час вагітності [9, 10].

Клімато-географічні, соціально-економічні, екологічні, промислові особливості Львівської області посилюють тяжкість наявної зобної ендемії, впливають на характер розвитку й епідеміологічні параметри тиреоїдної патології серед вагітних, сприяють росту частоти патологічного перебігу гестації, пологів, погіршенню фізичного та інтелектуального розвитку дітей.

Мета дослідження: встановити частоту захворювань щитоподібної залози у вагітних, які проживають у Львівській області, а також чинники, що впливають на характер розвитку тиреоїдної патології в період гестації.

Матеріали та методи

Нами проведений моніторинг поширеності захворювань ЩЗ у вагітних у Львівській області. У попередніх дослідженнях встановлено, що вся територія області належить до регіону з помірно йодною недостатністю [11]. Аналіз здійснювався шляхом розгляду частоти і характеру патологічних уражень ЩЗ у вагітних та породіль у 20 районах Львівської області (Бродівський, Буський, Городецький, Дрогобицький, Жидачівський, Жовківський, Золочівський, Кам'янка-Бузький, Миколаївський, Мостиський, Перемишлянський, Пустомитівський, Радохівський, Самбірський, Сколівський, Сокальський, Старосамбірський, Стрийський, Турківський, Яворівський) у період із 2010 по 2015 рік. При цьому визначали показник на 100 вагітностей.

Крім того, вивчено статистичні дані щодо частоти та структури патології ЩЗ серед вагітних, особливостей перебігу вагітності, пологів, стану новонароджених за даними пологових відділень Львівської обласної клінічної лікарні. Для з'ясування структури поширеності та кількісного нозологічного розподілу патології ЩЗ серед вагітних проведений статистичний аналіз історій пологів за 2015 рік пологових відділень (екстрагенітальної патології та відділення патології вагітних).

Всі отримані дані були внесені до електронної бази даних Excel, за допомогою якої можна проводити докладний та всебічний аналіз. Отриманий цифровий матеріал оброблено за допомогою статистичних методів аналізу частки (відсотка) варіанта.

Результати

У Самбірському, Сокальському та Яворівському районах спостерігалися найвищі показники захворюваності на патологію ЩЗ серед вагітних із тенденцією їх зростання від 2010 по 2015 р. Характерні підвищені показники тиреоїдної патології і в районах із промисловим навантаженням (м. Червоноград).

Моніторинг гірських областей Львівської області вказує на подібну картину зростання частоти уражень ЩЗ у вагітних саме в дефіцитних на вміст йоду гірських районах (Самбірський) і суттєві підвищення показників у промислових передгірних районах (Стрийський), ріст захворюваності на тлі існуючого йодного дефіциту в техногенних зонах (Яворівський, Пустомитівський та місто Львів).

При аналізі захворюваності на патологію ЩЗ, що виникла на тлі вагітності по Львівській області, визначали показник на 100 вагітностей. Найвищі показники зберігаються за гірськими і промисловими районами (Самбірський, м. Стрий, Сокальський і Яворівський райони). Подібні показники спостерігаються при аналізі ускладнень у пологах за наявності патології ЩЗ у породіль.

При розгляді частоти захворювань ЩЗ у вагітних по Львівській області за період із 2010 по 2015 рік відзначається відсутність дієвої системи йодної профілактики, що характеризується ростом тиреопатій в абсолютних числах від 1500–2000 випадків у 2010 році до 5000–6000 випадків за 2015 рік (зростання майже в 2,5 раза).

Чітка тенденція збільшення поширеності тиреопатій за цей період притаманна для Самбірського, Сокальського районів, Яворівського та міста Львова (табл. 1).

При розгляді відсотка кількості вагітних із ураженням ЩЗ до загальної кількості вагітних із 2010 по 2015 р. по районах встановлено найвищий відсоток (16,9 %) у Самбірському районі. Дещо менші відсотки спостерігаються у Яворівському (10 %) і Сокальському районах (6,51 %). Найменший відсоток кількості вагітних із тиреопатіями зареєстрований у Мостиському районі (1,0 %).

Цікавим виявився аналіз відсотка жінок, у яких тиреопатія була вперше діагностована під час вагітності з приводу звертання в жіночу консультацію. Цей показник становив у місті Львові 50,4 %, у Самбірському районі — 64,3 %, у Сокальському районі — 44,8 %, у Яворівському районі — 71,1 %, у місті Борислав — 10,1 %. Такі дані свідчать про маніфестацію ураження ЩЗ саме під час вагітності та недостатню діяльність у плані виявлення тиреопатій (відсутність скринінгу) ендокринологами на догестаційному етапі.

Звертає на себе увагу висока частота дифузного нетоксичного зоба I ступеня у загальній кількості тиреопатій (до 80,0 % випадків), що свідчить про тривалу йодну недостатність і необхідність проведення медикаментозної профілактики.

Нами проведений статистичний аналіз історій пологів за 2015 рік пологових відділень (екстрагенітальної патології та відділення патології вагітних). Всього на стаціонарному лікуванні та розродженні перебували 3684 вагітні та породіллі. Частка вагітних із патологією ЩЗ становила 10,8 % (401 жінка).

Розподіл вагітних та породіль за нозологічними формами патології ЩЗ, а також вікові дані та дані терміну вагітності наведені в табл. 2.

Як бачимо з даних табл. 2, вірогідно ($p < 0,05$) частішою серед нозологічних форм патології ЩЗ є дифузний нетоксичний зоб I та II ступеня. Далі за частотою, хоча і невірогідно ($p > 0,05$), трапляється автоімунний тиреодит (АІТ) та вузловий зоб.

Вивчаючи середньостатистичні показники віку вагітних і породіль, слід зазначити, що хоча і були виявлені вірогідні відмінності ($p < 0,05$) у групах із різними нозологічними формами патології ЩЗ, проте ці відмінності між групами не мали суттєвого значення.

Досить однорідним був термін вагітності, коли вагітні з патологією ЩЗ потребували стаціонарного лікування для подальшого збереження вагітності — $29,50 \pm 2,75$ тижня. Кількість вагітних, які перебували на збереженні з дифузним нетоксичним зобом (ДНЗ) I ступеня, була вірогідно більшою ($p < 0,05$), ніж із ДНЗ II ступеня.

Незадовільними, на наш погляд, слід вважати результати аналізу ведення та призначень лікарями адекватного лікування вагітним із патологією ЩЗ як на етапі спостереження в жіночій консультації, так і в стаціонарі. Зокрема, в 348 обмінних картах був відсутній запис лікаря-ендокринолога про призначене лікування, що становило 74,3 % від загальної кількості вагітних із патологією ЩЗ. При розгляді історій пологів на титульний аркуш діагноз патології ЩЗ був винесений лише у 89 вагітних (18,9 % від загальної кількості), а наявність запису про призначення препарату для лікування патології ЩЗ в листку лікарських призначень була лише в 32 історіях пологів, що становило 6,8 % від загальної кількості історій вагітних із патологією ЩЗ. Вищенаведені дані, ймовірно, свідчать про неналежну увагу як лікарів-консультантів (ендокринологів) на

достационарному етапі (в жіночій консультації), так і лікарів акушерів-гінекологів, що викликає у вагітних у стаціонарі проблеми патології ЩЗ.

Аналізуючи дані наявної у вагітних та породіль супутньої соматичної патології, слід зазначити, що вегетосудинна дистонія та артеріальна гіпертензія вірогідно частіше спостерігалися в жінок із ДНЗ I ступеня, ніж із ДНЗ II ступеня ($p < 0,05$). Розподіл іншої соматичної патології був вибіркоким та не мав ознак вірогідності ($p > 0,05$).

Аналізуючи дані наявної у вагітних та породіль супутньої соматичної патології, слід зазначити, що ревматизм вірогідно частіше спостерігався в жінок із ДНЗ II ступеня, ніж із ДНЗ I ступеня ($p < 0,05$). Також наявний в анамнезі ревматизм відслідковувався у 12,5 % вагітних і породіль із вузловим нетоксичним зобом. Розподіл іншої соматичної патології був вибіркоким та не мав ознак вірогідності ($p > 0,05$).

У 57,1 % (абс. число — 247) вагітних із захворюваннями ЩЗ був ускладнений перебіг гестації. За даними з історій пологів, перебіг гестаційного процесу в більшості породіль із ДНЗ супроводжувався

Таблиця 1. Динаміка росту патології щитоподібної залози серед вагітних у 22 районах Львівської області за період 2010–2015 років

Райони	Число вагітних із патологією ЩЗ (абсолютне число)				
	2011	2012	2013	2014	2015
Бродівський	4	4	0	0	0
Буський	1	2	2	0	10
Городоцький	26	42	6	1	0
Дрогобицький	0	1	0	0	0
Жидачівський	24	18	15	22	15
Жовківський	41	29	26	30	12
Золочівський	9	7	4	6	4
Кам'янка-Бузький	16	18	16	8	12
Миколаївський	23	34	12	12	28
Мостиський	0	0	0	0	2
Перемишлянський	7	10	9	11	9
Пустомитівський	10	5	5	0	0
Радехівський	29	29	0	1	3
Самбірський	231	216	219	213	187
Сколівський	48	32	26	22	15
Сокальський	83	83	58	47	49
Ст. Самбірський	5	6	5	10	7
Турківський	27	14	19	14	7
Яворівський	79	141	237	109	162
Стрийський	57	51	50	48	43
Місто Львів	326	338	420	345	303

Таблиця 2. Розподіл вагітних та породіль за нозологічними формами патології ЩЗ

Показник	Вагітні					
	З дифузним нетоксичним зобом		З дифузним токсичним зобом	З вузловим нетоксичним зобом		З аутоімунним тиреоїдитом
	I ступеня	II ступеня		I ступеня	II ступеня	
Кількість породіль, які перебували в стаціонарі	339	41 $P_1 < 0,05$	–	9 $P_1 < 0,05$; $P_2 < 0,05$	1 $P_1 < 0,05$; $P_2 < 0,05$	7 $P_1 < 0,05$; $P_2 < 0,05$; $P_3 > 0,05$
Вік породіль, які перебували в стаціонарі, роки	$29,17 \pm 0,23$	$30,43 \pm 0,35$ $P_1 < 0,05$	–	$33,00 \pm 0,82$ $P_1 < 0,05$; $P_2 < 0,05$	27 $P_1 < 0,05$; $P_2 < 0,05$	$29,42 \pm 0,90$ $P_1 < 0,05$; $P_2 < 0,05$; $P_3 > 0,05$
Кількість вагітних, які перебували на збереженні	60	6	3	2 $P_1 < 0,05$; $P_2 < 0,05$; $P_3 > 0,05$	–	–
Вік вагітних, роки	$27,85 \pm 0,90$	$29,3 \pm 1,5$ $P_1 < 0,05$	26,5	$34,0 \pm 1,5$ $P_1 < 0,05$; $P_2 < 0,05$; $P_3 > 0,05$	–	–
Тижні вагітності, що зберігалася	$32,41 \pm 1,92$	$30,60 \pm 1,04$ $P_1 < 0,05$	29	$31,50 \pm 0,35$ $P_1 < 0,05$; $P_2 < 0,05$; $P_3 > 0,05$	–	–

Примітки: P_1 — вірогідність відмінностей відповідних показників із вагітними з дифузним нетоксичним зобом I ст.; P_2 — вірогідність відмінностей відповідних показників із вагітними з дифузним нетоксичним зобом II ст.; P_3 — вірогідність відмінностей відповідних показників із вагітними з вузловим нетоксичним зобом.

набряками вагітних та анемією вагітних ($p = 0,05$). Прееклампсія була більш характерною для вагітних із АІТ ($p < 0,05$) порівняно з ДНЗ. Розродження вагітних з АІТ і ДТЗ вірогідно частіше здійснювалося шляхом кесаревого розтину порівняно з вагітними з ДНЗ.

Загроза передчасних пологів супроводжувала перебіг гестаційного періоду вагітних із ДНЗ II ступеня порівняно з групою вагітних із ДНЗ I ступеня. Багатоводдя вірогідно частіше діагностувалось у вагітних із вузловим нетоксичним зобом та ДНЗ II ступеня порівняно з вагітними з ДНЗ I ступеня.

Дистрес плода вірогідно частіше спостерігався в матерів із ДНЗ I ступеня ($p < 0,05$) порівняно з групою матерів із ДНЗ II ступеня. Маловоддя, плацентарна недостатність, за даними статистики, не виявлялися у вагітних із ДНЗ II ступеня, вузловим нетоксичним зобом та АІТ.

Обговорення

За період із 2010 по 2015 рік у Львівській області, що належить до йододефіцитних територій, за умов відсутності Державної програми профілактики йодної недостатності в населення відзначається суттєвий ріст частоти патології ЩЗ у вагітних (майже вдвічі), особливо в гірських областях та територіях із техногенним ураженням. Відсоток ураження ЩЗ у вагітних становить у деяких областях 47,0 %.

До 80,0 % випадків патологія ЩЗ виявляється вперше під час вагітності, оскільки тиреопатії манифестують та прогресують саме під час гестації і не

виявляються ендокринологами на прегравідарному етапі.

Традиційне поняття «ендемичний зоб» у сучасних умовах потребує змістового розширення з урахуванням причинної епідеміологічної ситуації. Ефективними можуть бути програми профілактики ендемічного зоба у вагітних, що базуються на патогенетичному принципі з урахуванням, окрім традиційної, також екологічної та соціальної сфер [12, 13].

Звертаючи увагу на погіршення показників за період спостереження у Львівській області з техногенним навантаженням, імовірно, можна стверджувати, що більшість профілактичних заходів не ліквідує струмогенний фактор, а лише послаблює його негативний вплив на організм. Профілактична протизобна робота серед вагітних повинна мати послідовний і постійний характер. Це положення набуває особливого значення у зв'язку з неухильним погіршенням екологічної ситуації та зростанням темпів урбанізації [14–16].

Висновки

Клімато-географічні, соціально-економічні, екологічні, промислові особливості Львівської області посилюють тяжкість наявної зобної ендемії, впливають на характер розвитку й епідеміологічні параметри тиреоїдної патології серед вагітних, сприяють росту частоти патологічного перебігу гестації, пологів, погіршенню фізичного й інтелектуального розвитку дітей.

Моніторинг гірських областей Львівської області вказує на ріст частоти патології ЩЗ у вагітних саме в дефіцитних на вміст йоду гірських районах (Самбірський) і суттєві підвищення показників у промислових передгірних районах (Стрийський), ріст захворюваності на тлі існуючого йодного дефіциту в техногенних зонах (Яворівський, Пустомитівський та місто Львів). При розгляді частоти захворювань ЩЗ у вагітних по Львівській області відзначається відсутність дієвої системи йодної профілактики, що характеризується ростом тиреопатій в абсолютних числах від 1500–2000 випадків у 2010 році до 5000–6000 випадків за 2015 рік (зростання майже у 2,5 рази).

Конфлікт інтересів. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

References

1. Ma ZF, Skeaff SA. Assessment of population iodine status. In: Pearce EN, editor. *Iodine Deficiency Disorders and Their Elimination*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing; 2017. 15-28 pp.
2. Zimmermann MB. Iodine deficiency in pregnancy and the effects of maternal iodine supplementation on the offspring: A review. *Am J Clin Nutr*. 2009 Feb;89(2):668S-72S. doi: 10.3945/ajcn.2008.26811C.
3. Counts D, Varma SK. Hypothyroidism in children. *Pediatr Rev*. 2009 Jul;30(7):251-8. doi: 10.1542/pir.30-7-251.
4. World Health Organization. *Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: a guide for programme managers, 3rd ed*. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2007.
5. Christensen-Adad FC, Mendes-dos-Santos CT, Goto MM, et al. Neonatal screening: 9% of children with filter paper thyroid-stimulating hormone levels between 5 and 10 $\mu\text{IU/ml}$ have congenital hypothyroidism. *J Pediatr (Rio J)*. 2017 Nov - Dec;93(6):649-654. doi: 10.1016/j.jpeds.2017.05.003.
6. Deladoëy J, Van Vliet G. The changing epidemiology of congenital hypothyroidism: Fact or artifact? *Expert Rev Endocrinol Metab*. 2014 Jul;9(4):387-395. doi: 10.1586/17446651.2014.911083.
7. Hashemipour M, Dehkordi EH, Hovsepian S, Amini M, Hosseiny L. Outcome of congenitally hypothyroid screening program in Isfahan: Iran from prevention to treatment. *Int J Prev Med*. 2010 Spring;1(2):92-7.
8. Mehrnejat N, Yazdanpanah H, Fadaei Nobari R, et al. Spatial analysis of neonatal congenital hypothyroidism and nitrate as an environmental pollutant in Isfahan province during 2010–2013. *Int J Prev Med*. 2015 Aug 14;6:76. doi: 10.4103/2008-7802.162952.
9. Delshad H, Amouzegar A, Mirmiran P, Mehran L, Azizi F. Eighteen years of continuously sustained elimination of iodine deficiency in the Islamic Republic of Iran: The vitality of periodic monitoring. *Thyroid*. 2012 Apr;22(4):415-21. doi: 10.1089/thy.2011.0156.
10. Nazeri P, Mirmiran P, Mehrabi Y, Hedayati M, Delshad H, Azizi F. Evaluation of iodine nutritional status in Tehran, Iran: Iodine deficiency within iodine sufficiency. *Thyroid*. 2010 Dec;20(12):1399-406. doi: 10.1089/thy.2010.0085.
11. Myroniuk NI, Turchyn VI, Luzanchuk IA. Prevalence and incidence of diffuse and nodular goiter in children and adults in western region of Ukraine. *Lvivskyy medychnyy zhurn*. 2004;10(1):70-75. (in Ukrainian).
12. Delshad H, Touhidi M, Abdollahi Z, Hedayati M, Salehi F, Azizi F. Inadequate iodine nutrition of pregnant women in an area of iodine sufficiency. *J Endocrinol Invest*. 2016 Jul;39(7):755-62. doi: 10.1007/s40618-016-0438-4.
13. De Benoist B, McLean E, Andersson M, Rogers L. Iodine deficiency in 2007: Global progress since 2003. *Food Nutr Bull*. 2008 Sep;29(3):195-202. doi: 10.1177/156482650802900305.
14. Vanderpump MP, Lazarus JH, Smyth PP, et al. Iodine status of UK schoolgirls: A cross-sectional survey. *Lancet*. 2011 Jun 11;377(9782):2007-12. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60693-4.
15. Ma ZF, Venn BJ, Manning PJ, Cameron CM, Skeaff SA. Iodine supplementation of mildly iodine-deficient adults lowers thyroglobulin: A randomized controlled trial. *J Clin Endocrinol Metab*. 2016 Apr;101(4):1737-44. doi: 10.1210/jc.2015-3591.
16. Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, et al. Guidelines of the American thyroid association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid*. 2011 Oct;21(10):1081-125. doi: 10.1089/thy.2011.0087.

Отримано 20.01.2019 ■

Грицишин Б.Р.

Львовская областная клиническая больница, г. Львов, Украина

Анализ распространенности патологии щитовидной железы во время гестации среди женщин Львовской области

Резюме. *Актуальность.* Единая теория йодного дефицита не обеспечивает всестороннего раскрытия этиологической и патогенетической сущности зобной трансформации. Установлено, что на территории с одинаковым уровнем йодного дефицита нередко наблюдается разный уровень пораженности беременных женщин зобом, а в одном регионе заболеваемость регистрируется лишь среди части женщин, при этом с разными степенями увеличения щитовидной железы (ЩЖ). *Цель исследования:*

установить частоту заболеваний щитовидной железы у беременных, которые проживают во Львовской области, а также факторы, влияющие на характер развития тиреоидной патологии в период гестации. *Материалы и методы.* Проведен мониторинг распространенности заболеваний ЩЖ у беременных во Львовской области за период с 2010 до 2015 год. Кроме того, изучены статистические данные частоты и структуры патологии ЩЖ среди беременных, особенностей течения беременности, родов, состояния

новорожденных по данным родильных отделений Львовской областной клинической больницы. Для выяснения структуры распространенности и количественного нозологического распределения патологии ЩЖ среди беременных проведен статистический анализ историй родов за 2015 год родильных отделений (экстрагенитальной патологии и отделения патологии беременных). **Результаты.** Мониторинг горных областей Львовской области указывает на рост частоты патологии ЩЖ у беременных именно в дефицитных по содержанию йода горных районах (Самборский) и существенные повышения показателей в промышленных районах предгорья (Стрыйский), рост заболеваемости на фоне существующего йодного дефицита в техногенных зонах (Яворивский, Пустомытовский и город Львов). При рассмотрении частоты заболева-

ний ЩЖ у беременных по Львовской области отмечается отсутствие действенной системы йодной профилактики, что характеризуется ростом тиреопатий в абсолютных числах от 1500–2000 случаев в 2010 году до 5000–6000 случаев за 2015 год (рост почти в 2,5 раза). **Выводы.** Климато-географические, социально-экономические, экологические, промышленные особенности Львовской области усиливают тяжесть имеющейся зубной эндемии, влияют на характер развития и эпидемиологические параметры тиреоидной патологии среди беременных, способствуют росту частоты патологического течения гестации, родов, ухудшению физического и интеллектуального развития детей.

Ключевые слова: щитовидная железа; йодная недостаточность; беременность; роды

B.R. Grytshyshyn

Lviv Regional Clinical Hospital, Lviv, Ukraine

Analysis of the prevalence of thyroid pathology during gestation among women from Lviv region

Abstract. Background. The unified theory of iodine deficiency does not provide a comprehensive coverage of the etiological and pathogenetic essence of goiter transformation. It was found that in areas with the same level of iodine deficiency, there is often a different incidence of goiter in pregnant women, and in one region, the incidence is recorded only among a part of women, with different degrees of thyroid gland enlargement. The purpose of the study is to establish the frequency of thyroid diseases in pregnant women who live in Lviv region, as well as factors affecting the nature of thyroid pathology development during gestation. **Materials and methods.** The prevalence of thyroid diseases in pregnant women in Lviv region was monitored for the period from 2010 to 2015. In addition, statistical data on the frequency and structure of thyroid pathology among pregnant women, the characteristics of the pregnancy course, childbirth, and the condition of newborns according to the data of maternity wards of Lviv Regional Clinical Hospital were studied. To clarify the structure of prevalence and quantitative nosological distribution of thyroid pathology among pregnant women, a statistical analysis of birth histories provided by maternity wards (department of

extragenital pathology and department of pathological pregnancy) for the 2015 was conducted. **Results.** Monitoring the mountainous areas of Lviv region indicates an increase in the frequency of thyroid pathology in pregnant women, specifically in the mountainous areas with iodine deficiency (Sambir), and a significant increases in the industrial foothill areas (Stryi) and Lviv. When evaluating the frequency of thyroid diseases in pregnant women from Lviv region, a lack of an effective system for iodine prophylaxis was detected, which is characterized by an increase in thyropathy in absolute values from 1500–2000 cases in 2010 to 5000–6000 cases in 2015 (almost 2.5-fold increase). **Conclusions.** Climate-geographical, socio-economic, environmental, industrial features of Lviv region increase the severity of goiter endemia, affect the nature of the development and epidemiological parameters of thyroid pathology among pregnant women, lead to an increase in the frequency of pathological course of gestation, childbirth, deterioration of physical and intellectual development of children.

Keywords: thyroid gland; iodine deficiency; pregnancy; childbirth