

# АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

© Ю.Ю. Бобик, Н.Ю. Леміш, 2011

УДК 612.6:618.2/3-055.26:612.392.64:614.2

Ю.Ю. БОБИК, Н.Ю. ЛЕМІШ

Ужгородський національний університет, факультет післядипломної освіти, кафедра охорони материнства та дитинства, Ужгород

## ДЕЯКІ АСПЕКТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ВАГІТНИХ В УМОВАХ ПРИРОДНОГО ЙОДНОГО ДЕФІЦИТУ

Одержані дані засвідчують негативний вплив навіть початкових стадій захворювань щитоподібної залози на репродуктивне здоров'я жінок, які проживають в умовах природної йодної недостатності, що зумовлює необхідність прегравідарної корекції йододефіцитних станів.

**Ключові слова:** репродуктивне здоров'я, йодна недостатність, вагітність

**Вступ.** В останні роки стан репродуктивного здоров'я в Україні викликає занепокоєння [4]. Серед інших факторів, значний вплив на нього справляє йодна недостатність, яке притаманне для 80 регіонів України [3], в тому числі і Закарпатській області [6].

Недостатнє надходження йоду за таких умов порушує процеси фізіологічної адаптації та негативно впливає на перебіг вагітності. У багатьох дослідженнях було показано підвищення частоти спонтанних абортів, передчасних пологів, мертвородження, акушерських ускладнень та порушень внутрішньоутробного розвитку плоду у жінок із гіпотиреозом у порівнянні з еутиреоїдними вагітними [1-2, 5, 7-8].

**Мета дослідження.** Проаналізувати стан репродуктивного здоров'я вагітних жінок що проживають у регіоні з йодною недостатністю у навколишньому середовищі.

**Матеріали та методи.** Проведено клініко-статистичний аналіз 130 індивідуальних карт вагітних м. Ужгорода. 100 із них, у яких було діагностовано захворювання щитоподібної залози (ЩЗ), склали основну та 30 вагітних без екстрагенітальної патології – контрольну групу. Жінки обох груп були ідентичними за віком ( $23,9 \pm 1,1$  і  $24,7 \pm 0,6$  років відповідно), соціальним та сімейним станом. Результати досліджень оброблені за допомогою пакету прикладних програм "Statistica". Для оцінки достовірності (p) різниці між групами показників використовувався t-критерій Стьюдента. У роботі був прийнятий рівень імовірності  $p < 0,05$ .

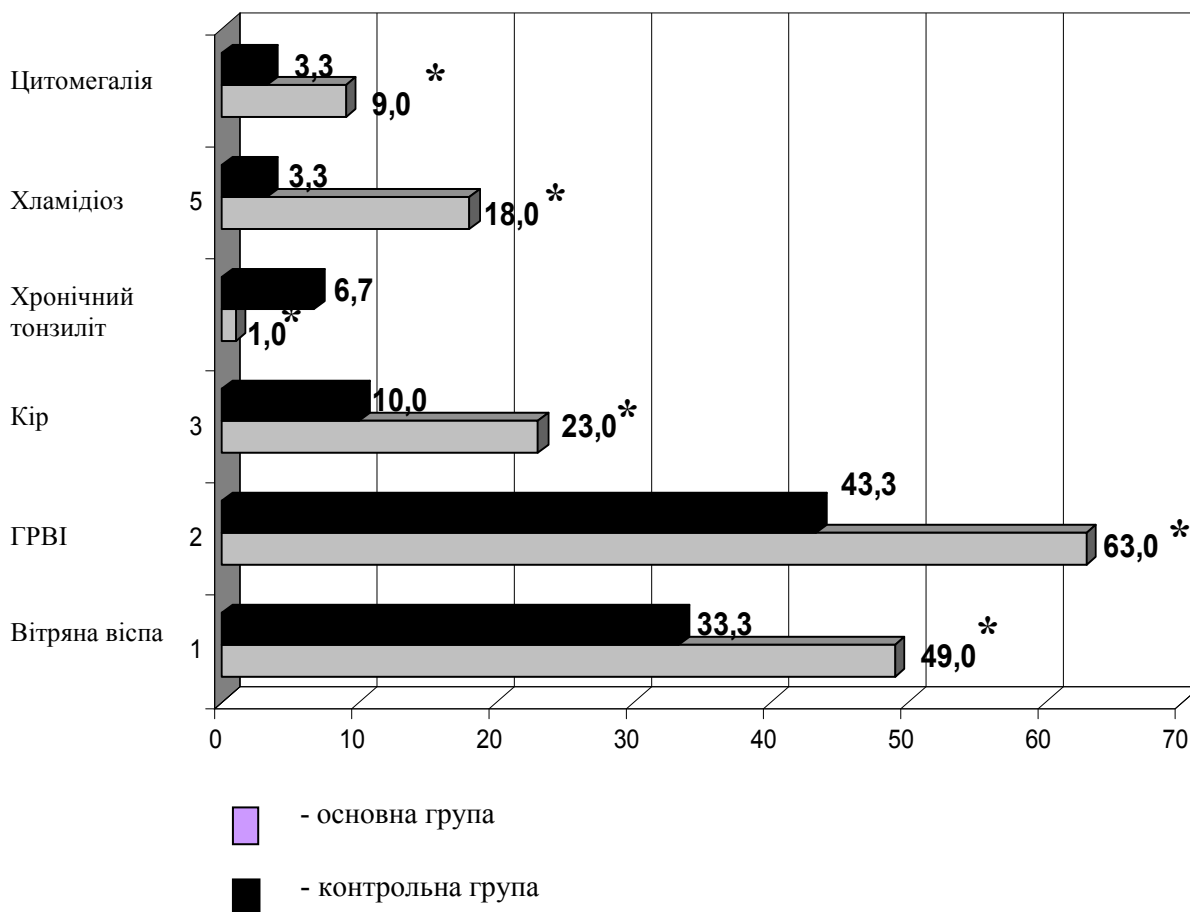
**Результати досліджень та їх обговорення.** При вивченні медичної документації нами виявлено, що 87,0% пацієнток основної групи страждали

на патологію ЩЗ до вагітності (53,0% – еутиреоїдний зоб I-II ступеня, 27,0% – субклінічний гіпотиреоз) а у 13,0% вагітних патологічний стан ЩЗ виявлений у першому триместрі вагітності (10,0% – еутиреоїдний зоб I-II ступеня, 3,0% – субклінічний гіпотиреоз).

Тривалість тиреоїдної патології у 26 пацієнток (26,0%) не перевищувала 1 рік. У 47 вагітних (47,0%) коливалася від 1-го до 3-х років, у 17 – (17,0%) від 3-х до 5 років, і у 10 (10,0%) – була більше 5 років. При цьому, в основній групі у 66,0% випадків діагностовано субклінічний гіпотиреоз і у 34,0% – еутиреоїдний зоб.

При аналізі індивідуальних карт вагітних встановлено, що більшість жінок основної групи перенесла дитячі інфекції, серед яких переважала вітряна віспа – 49,0% та кір 23,0%. Вони також частіше хворіли гострими респіраторними вірусними захворюваннями – 63,0%. При обстеженні на TORCH – інфекції встановлено, що у 18,0% вагітних виявлені високі показники імуноглобулінів G до хламідійної та цитомегаловірусної (9,0%) інфекції. Жінки контрольної групи рідше ніж в основній хворіли на ППШ, TORCH – інфекції та дитячі інфекційні захворювання. Разом з тим, у цій групі відзначено підвищена захворюваність на хронічний тонзиліт – 6,7% (Рис.1).

Аналіз частоти екстрагенітальної патології у вагітних основної групи свідчить про те, що найчастіше серед соматичних захворювань зустрічається анемія вагітних – 37,0%, на другому місці – захворювання сечовидільної системи (18,0%). Отримані дані про частоту екстрагенітальної патології у вагітних обох груп зображені на рисунку 2.



Примітка: \* - вірогідність різниці частоти захворюваності у вагітних жінок із захворюваннями ШЦЗ порівняно із контрольною групою

Рис. 1. Перенесені інфекційні захворювання та наявність TORCH – інфекції у вагітних жінок (%).

При вивченні менструальної функції, а також супутньої генітальної патології, звертає на себе увагу суттєве переважання в основній групі частоти ряду гінекологічних захворювань (таблиця 1).

При клінічному обстеженні кожна шоста вагітна із йододефіцитними захворюваннями (ЙДЗ) страждала хронічними запальними процесами

придатків матки (16,0%), кожна п'ята мала фоніві захворювання шийки матки (20,0%) і дещо рідше зустрічалася лейоміома матки (7,0%).

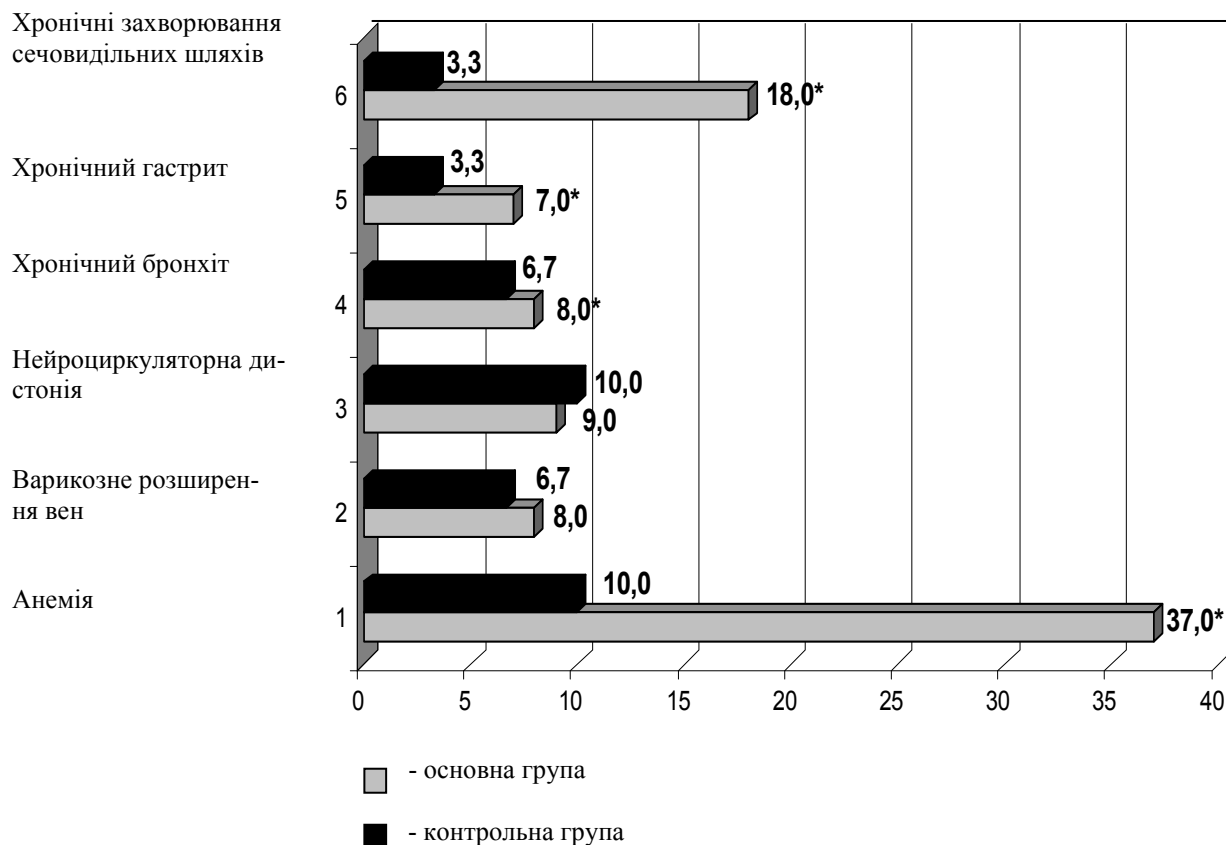
Як видно із приведених в таблиці 1 даних, порушення менструальної функції відзначено у 20,0% обстежених основної групи, в той час, як у контрольній групі у ця патологія виявлена у 10,0% жінок.

Таблиця 1

Супутня генітальна патологія вагітних жінок

Нозологічна одиниця	Групи обстежених жінок			
	основна група (n=100)		контрольна група (n=30)	
	абс.	%	абс.	%
Патологічні зміни шийки матки	20	20,0*	2	6,7
Запальні процеси геніталій	16	16,0*	2	6,7
Лейоміома матки	7	7,0	2	6,7
Порушення менструального циклу	20	20,0*	3	10,0

Примітка: \* – вірогідність різниці частоти захворюваності у вагітних жінок із захворюваннями ШЦЗ порівняно із контрольною групою



Примітка: \* – вірогідність різниці частоти захворюваності у вагітних жінок із захворюваннями ШЦЗ порівняно із контрольною групою

Рис.2. Частота екстрагенітальної патології у вагітних жінок(%).

При цьому виявлено, що у 48,0% обстежених основної групи менструації встановилися у віці 13-14 років, у 42,0% – у 15-16 років. Раннє менархе мало місце у 7,0% пацієнток, а у 3,0% менструальна функція встановилася після 16 років. У 93,0% вагітних з ЙДЗ тривалість менструального циклу коливалася від 28 до 30 днів, у 4,0% спостерігався вкорочений менструальний цикл від 18 до 21 дня і у 3,0% вагітних менструальний цикл був нерегулярним із моменту встановлення. Тривалість менс-

труальної кровотечі у 16,0% пацієнток перевищувала 7 днів, а у 84,0% коливалася від 3 до 6 днів.

Не менш важливе значення у прогнозі перебігу вагітності, пологів і перинатального періоду має час початку статевого життя. Нами встановлено, що кількість жінок, що почали статеве життя до 19 років складала 38,0%, що зумовило зростання числа юних вагітних.

Аналіз індивідуальних карт вагітних виявив важливу роль результатів попередніх вагітностей у формуванні прегравідарного фону (Табл. 2).

Таблиця 2

Показники	Характеристика дітородної функції у вагітних з ЙДЗ	
	основна група	контрольна група
Кількість жінок	100	30
Кількість вагітностей	275	53
Кількість пологів		
Всього	57	18
Нормальні	32	16
Патологічні	25	2
Кількість абортів		
Всього	218	35
Штучні	180	32
Самовільні	28	2
За соціальними показаннями	10	1

Встановлено, що у кожній вагітній із ЙДЗ, в середньому, було 2,8 вагітностей. Із них 0,6 пологів і 2,2 абортів. Вагітність закінчилася пологоми у 57 випадках (20,7%) і у 218 (79,3%) абортами. Слід звернути увагу, що у 43,9% вагітних основної групи пологи були патологічними, при тому, що у контрольній групі цей показник склав 11,1%. Частота артефіційних абортів у основній групі склала 1,8 на одну пацієнтку, а в контрольній – 1,1%.

При вивченні антропометричних даних у 22,0% обстежених пацієнток основної групи був встановлений нормальний тип статури, у 46,0% – інфантильний, у 12,0% – євнуходний, у 4,0% – за чоловічим типом статури і в 16,0% морфограма відповідала аліментарному ожирінню. Отже, у вагітних із ЙДЗ, що мешкають в регіоні із низькою кількіс-

тю йоду в оточуючому середовищі (Закарпатська область) у 78,0% спостережень встановлений патологічний тип морфограми. Середній зріст вагітних основної групи не відрізняється від вагітних контрольної групи.

**Висновки.** Отримані результати свідчать про негативний вплив навіть початкових стадій захворювання щитоподібної залози на репродуктивне здоров'я жінок. Ці жінки частіше хворіють інфекційними, екстрагенітальними та гінекологічними захворюваннями, які негативно впливають на перебіг вагітності. У них також частіше відмічаються порушення менструального циклу та самовільні аборти. Тому, в умовах природної йодної недостатності особливо актуальним є профілактика йодного дефіциту до настання та впродовж вагітності.

### СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Базарбекова Р.Б. Влияние хронического йодного дефицита на состояние здоровья беременных женщин и рожденных ими детей / Р.Б. Базарбекова // *Здравоохранение Казахстана*. — 2005. — №3. — С.35—38.
2. Щитовидная железа и беременность / Л.Е. Мурашко, Г.А. Мельниченко, Н.И. Клименченко [и др.] // *Проблемы беременности*. — 2008. — № 1. — С. 7—10.
3. Олійник В.А. Патологія щитовидної залози в Україні (епідеміологія та регіональні особливості) / В.А. Олійник // *Журнал практичного лікаря*. — 2001. — №2. — С.5—7.
4. Подольский В.В. Актуальные проблемы репродуктивного здоровья женщин в Украине / В.В. Подольский, И.В. Вовк, А.Г. Корнацкая // *Здоровье женщины*. — 2010. — № 4. — С. 121—125
5. Соснова Е.А. Состояние репродуктивной системы у больных с нарушением функции щитовидной железы / Е.А. Соснова // *Акушерство и гинекология*. — 2004. — № 5. — С.46—50.
6. Йодно-тиреоидный статус организма в условиях йодного дефицита / [Турица И.М., Фабри З.Й., Пашенко А.Е. и др.] — Ужгород: Патент, 1996. — 143с.
7. Kendall—Taylor P. Pregnancy and the thyroid / P. Kendall—Taylor // *Fetal and Maternal Medicine Review*. — 2007. — Vol.5. — P. 89—103.
8. Glinoe D. Pregnancy and iodine / D. Glinoe // *Thyroid*. — 2001. — Vol.11. — P.471—481.

Стаття надійшла до редакції 3.03.2011

Y.Y. BOVIK, N.Y. LEMISH

Uzhhorod National University, Faculty of Postgraduate Education, Chair of motherhood and childhood, Uzhhorod

#### SEVERAL ASPECTS OF REPRODUCTIVE HEALTH OF THE PREGNANT UNDER THE CONDITION OF NATURAL IODINE DEFICIENCY

The data obtained confirm the negative impact of even the initial stages of thyroid disease on the reproductive health of women living under the condition of natural iodine deficiency and the necessity of correction of iodine deficiency on pregnancy states.