

Прегравідарна підготовка жінок з синдромом втрати плода та захворюваннями щитоподібної залози

А.Г. Корнацька, О.Г. Даниленко, І.І. Ракша, І.А. Біль, О.Д. Дубенко
 ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

У роботі наведені дані про стан щитоподібної залози у жінок з синдромом втрати плода. Розроблена та впроваджена система прегравідарної підготовки, представлені результати ефективності розробленої системи.

Ключові слова: щитоподібна залоза, синдром втрати плода, прегравідарна підготовка.

В останні десятиріччя в структурі ендокринних захворювань активно підвищується частота захворювань щитоподібної залози (ЩЗ) і головне, що найбільш непокоїть при цьому, майже десятикратне збільшення поширеності даної патології серед жінок, а також маніфестація її в молодому, репродуктивному віці з тяжкими ускладненнями [1]. Основною функцією ЩЗ є забезпечення організму достатньою кількістю тиреоїдних гормонів, які необхідні для нормального функціонування практично всіх органів та систем організму. Вони регулюють процеси розвитку, дозрівання, відновлення тканин та органів, а також мають значний вплив на закладку і розвиток головного мозку плода, формування інтелекту дитини, росту та дозрівання скелета, статеві системи, також впливають на статевий розвиток, фертильність. У зв'язку з цим будь-яка патологія ЩЗ (навіть незначна), що розвивається під впливом йодного дефіциту легкого ступеня, має ризик порушення розвитку нервової та інших систем плода, а також спричиняють у жінок порушення менструального циклу, ановуляцію, безплідність, невиношування, що в свою чергу призводить до репродуктивних втрат [2].

Поняття репродуктивних втрат (РВ) (втрат в процесі відтворення потомства) як критерій суспільного репродуктивного здоров'я населення трактують неоднозначно і включає плодові втрати, до яких відносять мимовільні викидні, викидень, що не відбувся, і ектопічну вагітність [3]. Негативна демографічна ситуація в Україні диктує необхідність впровадження нових форм організації профілактичної медичної допомоги населенню в збереженні репродуктивного здоров'я, підготовки до вагітності та ведення вагітності з найбільш ранніх термінів. Таким чином, актуальність проблеми патології ЩЗ як для вагітних, так і для планування вагітності, має беззаперечне значення [4].

Мета роботи: дослідження стану ЩЗ у жінок з синдромом втрати плода та розроблення системи заходів підготовки даного контингенту хворих до майбутньої вагітності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети було проведено дослідження 106 пацієнток з репродуктивними втратами, що розділені на групи залежно від виду втрат: мимовільні викидні – 12 (11,35%) жінок; викидень, що не відбувся, – 52 (49,05%) жінки; позаматкова вагітність – 42 (39,6%) жінки. Разом із традиційними дослідженнями з метою виявлення причин РВ проведено визначення вірусно-бактеріального навантаження, тромбоемболіального фактора, виявлення захворювань травного тракту та печінки, а також дослідження стану ЩЗ за допомогою ультразвукового дослідження (УЗД) та контролю рівнів гормонів. Ретельне вивчення анамнестичних даних, результатів УЗД та рівнів гормонів виявило зміни ЩЗ у 70 жінок, що склало 66%.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За результатами УЗД стану ЩЗ складена таблиця результатів.

Як видно з наведених у таблиці даних, у групі з мимовільними викиднями у 10 жінок (83,3%) з 12 виявлена патологія ЩЗ, з них найбільшу частку склав дифузний зоб – 7 випадків.

У групі хворих з викиднем, що не відбувся, патологія ЩЗ виявлена у 30 (57,7%) жінок з 52, з них дифузний зоб – у 21 жінки.

У групі хворих з позаматковою вагітністю виявлена патологія ЩЗ у 30 (71,4%) з 42 з даною патологією, з них тиреоїд та дифузний зоб діагностовано порівну – у 22 жінок та вузловий зоб з кістами ЩЗ також порівну – у 8 пацієнток.

Таким чином, у жінок з репродуктивними втратами та патологією ЩЗ виявлено дифузний зоб у 39 жінок, що склало 55,7%, у 19 пацієнток, що становить 27,16%, виявлено тиреоїдит, вузловий зоб діагностовано у 7 (10%) жінок, кісти ЩЗ виявлено у 5 хворих, що становить 7,2%.

Отже, виявлені зміни, за результатами ультразвукової діагностики ЩЗ, свідчать про те, що жінки з репродуктив-

Патологія ЩЗ у жінок з репродуктивними втратами, абс. число (%)

Групи хворих	Виявлені зміни в ЩЗ	Кількість жінок за видом патології ЩЗ			
		Вузловий зоб	Дифузний зоб	Тиреоїдит	Кісти
Мимовільні викидні, 12 (11,35)	10 (83,3)	–	7	2	1
Викидень, що не відбувся, – 52 (49,05)	30 (57,7)	3	21	6	–
Позаматкова вагітність, 42 (39,6)	30 (71,4)	4	11	11	4
Усього: 106	70 (66)				

ними втратами мали патологію тиреоїдної системи, які за-
слуговують на увагу і потребують відповідної корекції.

Фізіологічна адаптація ЩЗ до вагітності зумовлена
трьома незалежними чинниками:

1) підвищення тироксинзв'язувального глобуліну
(ТЗГ) відбувається під впливом естрогенів в I триместрі.
Це призводить до транзитного зниження активної гор-
мональної фракції вільного тироксину (вТ4). За ме-
ханізмом «зворотного зв'язку» збільшується вироблення
ТТГ, що призводить до відновлення концентрації вільних
гормонів;

2) хоріонічний гонадотропін людини (ХГЛ) безпосе-
редньо стимулює ЩЗ жінки, діє як слабкий тиреотроп-
ний гормон, оскільки близький за будовою до молекули
ТТГ. У здорових жінок стимулювальний ефект ХГЛ на
ЩЗ залишається мінімальним, без клінічних проявів.
Але в 20% випадків рівень ТТГ може транзитно змен-
шуватися до нижньої межі норми, що свідчить про
пригнічення гіпофізарно-тиреоїдної системи. Окрім того,
в 10% випадків з субнормальним рівнем ТТГ рівень в Т4
може перевищувати норму, що призводить до розвитку
тиреотоксикозу I триместру;

3) дейодувальна активність плаценти (підвищення
дейодування Т4) може бути пов'язана з прискоренням пе-
риферійним метаболізмом тироксину або з трансплацент-
тарним переносом тиреоїдних гормонів матері.

Репродуктивна система є найчутливішою до впливу
різноманітних зовнішніх чинників, тому є закономірним,
що в умовах йододифіциту у жіночого населення в першу
чергу страждає саме вона: порушується статеве дозріван-
ня, менструальна функція, знижується фертильність,
збільшується частота гінекологічної патології, ризик роз-
витку ускладнень перебігу вагітності та пологів, самоа-
бортів та мертворожень [5].

Отримані результати узгоджуються з даними літера-
тури [6], що підтверджує роль тиреоїдної дисфункції та
йододифіциту. Коли ЩЗ ще до вагітності функціонувала,
використовуючи свої компенсаторні можливості, такого
фізіологічного підвищення рівнів тиреоїдних гормонів не
відбувається. Йод необхідний для синтезу гормонів ЩЗ –
тироксину, трийодтироніну, кальцітоніну. Потреба в йо-
ду, особливо в I триместрі вагітності, складає близько
150 мкг на добу. За рекомендаціями ВООЗ добова потре-
ба йоду становить 150–300 мкг. Починаючи з 4-го тижня
гестації в ембріона чітко візуалізуються зачатки жабер-
них карманів, з яких в подальшому розвивається ЩЗ і па-
рацитоподібна залози. ЩЗ розвиваючись поступово на-
копичує йод та синтезує йодтиронін. До 18-го тижня
вагітності ЩЗ повністю диференційована та активно
функціонує, що підтверджується наявністю тироксину в
наркоплодових водах [7].

У 55,7% діагностовано дифузний зоб, основною при-
чиною якого є некомпенсований дефіцит йоду, тому ви-
явлені значна частота і вид захворювань ЩЗ при репро-

дуктивних втратах, потребували лікувальних та
профілактичних заходів в період підготовки до наступ-
них вагітностей. Для цього було застосовано комплекс за-
ходів, що включав вживання 200 мг на добу йоду (йодо-
марин – калію йодид 131 мкг або 262 мкг). Препарат вжи-
вають після їди, запиваючи значною кількістю води.
Профілактичне вживання препарату, його дозу та три-
валість застосування визначають індивідуально з ураху-
вання ступеня вираженості йододифіциту.

Спостереження за 35 жінками (4 пацієнтки не плану-
вали вагітність найближчим часом) з дифузним зобом, що
отримували комплексну прегравідарну підготовку, вияви-
ли у 40% (14 пацієнток) настання вагітності через 6 міс, у
48,6% (17 жінок) протягом 12 міс, а у 11,4% (4 жінок)
вагітність не настала. Терміновими пологами вже закінчи-
лись 60% (21 пацієнтка) вагітностей, у 20% (7 жінок)
вагітність прогресує, а у 3 (8,6%) пацієнток вагітність
закінчилася мимовільними викиднями.

ВИСНОВКИ

1. Частота виявлення патології ЩЗ у жінок з репро-
дуктивними втратами становить 66%, дифузний зоб вияв-
лено у 55,7%, у 27,16% виявлено тиреоїдит, вузловий зоб
діагностовано у 10% жінок, кісти ЩЗ – у 7,2%.

2. З метою профілактики причин репродуктивних
врат в комплекс обстеження слід включати клінічний
скринінг стану ЩЗ та використання комплексної пре-
гравідарної підготовки з призначенням йодомарину як
попередження йододифіцитних станів; дозу та тривалість
застосування визначають індивідуально з урахуванням
ступеня вираженості йододифіциту.

**Прегравідарная подготовка женщин с синдромом потери плода и заболеваниями щитовидной железы
А.Г. Корнацкая, Е.Г. Даниленко, И.И. Ракша,
И.А. Биль, О.Д. Дубенко**

В работе приведены данные о состоянии щитовидной железы
у женщин с синдромом потери плода. Разработана и внедрена
система прегравидарной подготовки, представлены результа-
ты эффективности разработанной подготовки.

Ключевые слова: щитовидная железа, синдром потери плода,
прегравидарная подготовка

**Pregravid training for women with the syndrome
of pregnancy loss and thyroid disease
Kornitskaia A.G., Danilenko E.G., Raksha I.I.,
I.A. Bil, O.D. Dubenko**

The work presents data on the status of thyroid glands of women
with the syndrome of fetal loss. Developed and implemented a sys-
tem pregravid preparation, and shows the results of the effectiveness
of the developed system.

Key words: thyroid syndrome, fetal loss, pregravid preparation

Сведения об авторах

Корнацкая Алла Григорьевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050,
г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 483-38-61

Даниленко Елена Григорьевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050,
г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 483-38-61

Ракша Ирина Ивановна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050, г. Киев,
ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 483-38-61

Биль Ирина Андреевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050, г. Киев,
ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 483-38-61

Дубенко Ольга Дмитриевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050,
г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 483-38-61

Йодомарин®

ЙОДОМАРИН - ЩОДНЯ ПОТРІБЕН ДЛЯ ЖИТТЯ!

Ліквідує
дефіцит йоду



ВІДПУСКАЄТЬСЯ
БЕЗ РЕЦЕПТУ



Йодомарин забезпечує повноцінний
розумовий та фізичний
розвиток дитини



M BERLIN-CHEMIE
MENARINI

Перед застосуванням порадьтеся з лікарем або фармацевтом, ознайомтеся з інструкцією.
Р.П. № UA/0156/01/01, Р.П. № UA/0156/01/02
Виробник: Берлін-Хемі Менаріні

Тільки для службового використання співробітниками

САМОЛІКУВАННЯ МОЖЕ БУТИ
ШКІДЛИВИМ ДЛЯ ВАШОГО ЗДОРОВ'Я

Перед застосуванням ознайомтеся з інструкцією

Матеріали для спеціалістів охорони здоров'я під час проведення конференції

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Репродуктивное здоровье женщины и недостаточность функции щитовидной железы. Пособие для практикующих врачей. – 2004. – Т. 6, № 1. – С. 29–31.
2. Базисная и клиническая эндокринологія. Давид Гарднер, Долорес Шобек, перевод с англ. /Под редакцией член.-корр. РАМН, проф. Г.А. Мельниченко. – М.: Из-во «БИНОМ», 2011. – 695 с.
3. Бурдули Г.М. Репродуктивные потери (клинические и медико-социальные аспекты) /Бурдули Г.М., Фролова О.Г. – М., 1997. – 188 с.
4. Основы репродуктивной медицины: практическое руководство/ Под ред. проф. В.К. Чайки. – Донецк: ООО «Альматео», 2001. – С. 523–527.
5. Мельниченко Г.А. Заболевание щитовидной железы во время беременности. Диагностика, лечение, профилактика / Мельниченко Г.А., Фадеев В.В., Дедов И.И. // Пособие для врачей. – М.: Медэксперт Пресс. – 2003. – С. 48.
6. Медведь В.І. Щитовидна залоза і вагітність (огляд літератури)/ Медведь В.І., Данилко В.О. // Журнал АМН України. – 2004. – Т. 10, № 3. – С. 517–529.
7. Перминова С.Т. Репродуктивная функция женщин с патологией щитовидной железы /Перминова С.Т., Фадеев В.В., Корнеева И.Е. // Проблемы репродукции. – 2006. – Т. 12, № 1. – С. 70–77.

Статья поступила в редакцию 14.03.2013

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

ОКОЛОПЛОДНАЯ ЖИДКОСТЬ ПОМОГЛА НОВОРОЖДЕННЫМ С ВОСПАЛЕНИЕМ КИШЕЧНИКА

Стволовые клетки, полученные из околоплодной жидкости, могут в несколько раз улучшить выживаемость новорожденных с тяжелым заболеванием - некротическим энтероколитом, сообщает ВВС. Результаты работы, проведенной группой ученых из британского Института детского здоровья (Institute of Child Health) во главе с Саймоном Итоном (Simon Eaton), были опубликованы в журнале Gut.

Некротический энтероколит - тяжелое воспалительное заболевание, характеризующееся отмиранием тканей кишечника. Чаще всего болезнь поражает недоношенных детей и встречается у одного из десяти младенцев, по различным причинам поступивших в палаты интенсивной терапии. Основное лечение некротического энтероколита - удаление поврежденных тканей кишечника хирургическим путем. Смертность среди детей, стра-

дающих этим заболеванием, достигает 40 процентов.

«Это большая проблема, и количество страдающих этим заболеванием детей возрастает», - отметил Итон. Группа ученых решила проверить, будет ли эффективным лечение некротического энтероколита при помощи стволовых клеток, содержащихся в околоплодных водах (амниотической жидкости).

Для эксперимента Итон и его коллеги вывели крыс, «запрограммированных» на развитие этого заболевания. Часть лабораторных животных получала лечение стволовыми клетками, содержащимися в амниотической жидкости. Другую группу грызунов лечили мезенхимальными стволовыми клетками, полученными из костного мозга.

Выживаемость крыс, которым вводили стволовые клетки амниотической жидкости, была в несколько раз выше, чем в контроль-

ной группе. После терапии кишечник этих грызунов стал лучше функционировать, площадь поврежденных участков уменьшилась, снизилось воспаление. Кроме того, среди крыс этой группы снизилась и заболеваемость некротическим энтероколитом.

«Известно, что стволовые клетки обладают противовоспалительным эффектом. Однако в ходе своей работы мы впервые доказали, что стволовые клетки амниотической жидкости могут восстанавливать ткани кишечника», - пояснил еще один ведущий автор работы Паоло де Коппи (Paolo De Coppi).

Теперь ученые планируют провести еще серию экспериментов с целью проверить полученные данные и убедиться в безопасности применения стволовых клеток амниотической жидкости в лечении детей.

Источник: <http://medportal.ru>