УДК 618.3/.5-06:616.155.194.8:616.441-008.64-084

Профілактика акушерських і перинатальних ускладнень у жінок із залізодефіцитною анемією на тлі гіпотиреозу

Н.М. Романенко

Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського МОЗ України, м. Сімферополь

Результати проведених досліджень свідчать, що наявність поєднаної патології – железодефіцитної анемії і гіпотиреозу – є суттєвим чинником ризику розвитку акушерської і перинатальної патології, а проведення загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів не дозволяє істотно поліпшити результати розродження. Використання вдосконаленого нами алгоритму позитивно впливає на стан тиреоїдного статусу, усуває дисгормональні порушення, покращує гематологічний статус і процеси обміну заліза, а також лактаційну функцію породілей. У сукупності це сприяє зниженню частоти акушерських і перинатальних ускладнень, що дає нам право рекомендувати вдосконалений нами алгоритм ведення цих пацієнток для широкого впровадження у практику охорони здоров'я.

Ключові слова: *залізодефіцитна анемія, гіпотиреоз, вагітність, ускладнення, профілактика.*

Екстрагенітальна патологія є однією з провідних причин материнських і перинатальних втрат на сучасному етапі [1–4]. За останнє десятиліття спостерігається зростання соматичної захворюваності серед жінок репродуктивного віку. Серед основних причин такої негативної тенденції необхідно відзначити погіршення економічного стану основної маси населення, зміну екологічної ситуації, порушення імунологічної реактивності тощо [1–4].

Незважаючи на значне число наукових публікацій в даному науковому напрямі, не можна вважати всі проблеми повністю вирішеними. Основна частина виконуваних наукових робіт присвячена вивченню серцево-судинної і гепатобіліарної систем, а також захворювань нирок [1–4]. При цьому, однією з найменш вивчених проблем є вплив супутньої патології щитоподібної залози на клінічний перебіг гестаційного періоду, особливо у жінок із залізодефіцитною анемією вагітних, частота якої зростає з року в рік [1–4].

Нечисленні публікації в даному науковому напрямі є часто суперечливими і носять фрагментарний характер. У той самий час, постійне зростання патології щитоподібної залози, в першу чергу, гіпотиреозу (ГТ) у жінок репродуктивного віку, а також залізодефіцитної анемії (ЗДА) вагітних свідчить про актуальність вибраної наукової проблеми.

Мета дослідження: зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень у вагітних із ЗДА на тлі ГТ на основі вдосконалення і впровадження алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставлених завдань було обстежено 350 жінок, яких було розподілено на такі групи:

1-а група – 100 жінок з поєднаною патологією ГТ і ЗДА, які отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи;

2-а група – 50 жінок з ГТ без ЗДА;

3-я група – 50 пацієнток з ЗДА і без ГТ;

4-а група – 100 жінок з поєднаною патологією ГТ і ЗДА, які отримували вдосконалені нами лікувально-профілактичні заходи.

Контрольна група – 50 здорових першородящих жінок без тиреоїдної патології і ЗДА.

Загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи включали протоколи МОЗ України з тактики ведення вагітних із ГТ і ЗДА.

Удосконалені нами лікувально-профілактичні заходи додатково включали такі моменти: в комплексній терапії ГТ і ЗДА були використані медикаментозні (пробіотики – Біфіформ) та фітопрепарати (Ксант, Барбара, Нефросан, Маршалін) з високоякісної сировини екологічно чистих зон Південного берегу Криму, виготовлені в фітолабораторії ДУ «Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського» (7.09/208 от 26.01.99, НБТ № 506/89, м. Київ).

Призначення пробіотичної терапії є найбільш фізіологічним методом за регулюючим впливом на мікрофлору травного тракту і за механізмом терапевтичної активності. У комплексне лікування пробіотики включено з метою корекції системної ендотоксемії та імунного дисбалансу, авторське свідоцтво № 36638 «Схема лечения беременных с угрозой прерывания в первом триместре» від 21.01.2011 року.

Позитивний ефект фітопрепаратів є результатом високого вмісту ефірних олій, алкалоїдів, флавоноїдів, органічних кислот. Компоненти фітопрепаратів збалансовано таким чином, що вони мають вибіркову нормалізувальну дію на функцію щитоподібної залози (ЩЗ), при її гіпофункції стимулюють вироблення гормонів ЩЗ.

На підставі анамнестичних даних здійснений погруповий аналіз професійної приналежності, соціально-економічного статусу, захворюваності, особливостей менструальної і репродуктивної функцій, диспансерного спостереження при даній вагітності, часу встановлення діагнозу ускладнення вагітності (гіпотиреоз, анемія) і характеру лікування на догоспітальному етапі. Виконано стандартне обстеження з урахуванням нозології.

Проведено в усіх групах спостереження детальний аналіз особливостей перебігу вагітності, пологів, стану плода і новонародженого, лактаційної функції.

Діагноз ендемічного зобу з гіпотиреозом верифіковано на підставі даних об'єктивного обстеження (огляд, пальпація ЩЗ, клінічна картина, УЗД ЩЗ, дослідження вмісту гормонів ТЗ, fТ4, ТТГ в сироватці крові). Нормальними значеннями показників, що вивчають згідно з сучасними рекомендаціям, вважали ТТГ – 0,17–4,08 мМО/л; fТ4 – 7–18 пмоль/л; ТЗ – 2–4,2 нмоль/л. Усі хворі з ендемічним зобом з гіпотиреозом були проконсультовані ендокринологом.

Моніторинг йодного забезпечення вагітних здійснювали відповідно до рекомендацій до моніторингу регіональних програм йодної профілактики в Україні. Рівень йодної забезпеченості встановлювали за допомогою визначення йоду в

сечі імуноферментним аналізом з використанням апарату Syrio-S (Італія). Крім цього, визначали вміст йоду в об'єктах довкілля методом вольт-амперометрії із використанням внутрішнього стандарту.

Скринінг на вроджений гіпотиреоз у новонароджених проводили відповідно до Закону Україні «Про охорону дитинства», Наказу МОЗ Україні № 641/84 від 31.12.2003 р. «Про удосконалення медико-генетичної допомоги в Україні».

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, ендокринологічні, біохімічні, ехографічні, допплєрометричні, кардіотокографічні, мікробіологічні, морфологічні і статистичні методи дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У формуванні ЗДА у вагітних с ГТ має значення рівень тиреоїдних гормонів та наявність супутньої соматичної (47%) і генітальної патології (46%) з вогнищами грамнегативної інфекції.

Серед основних форм ГТ у вагітних із ЗДА переважає субклінічна (62,0±4,2%) в порівнянні з маніфестною – 38,0±3,2%, при цьому середня тривалість захворювання складає 3,8±0,3 року.

Функціональний стан ЩЗ у жінок із ЗДА на тлі ГТ характеризується дезорганізацією механізмів регуляції в системі гіпофіз–ЩЗ, що супроводжується одночасним підвищенням концентрації ТТГ і периферійних тиреоїдних гормонів, а також активацією транспортно-органічного етапу йодного обміну.

У першій половині вагітності у жінок з ГТ переважає ЗДА легкого ступеня (78,0±4,2%), а після 20 тиж зростає питома вага анемії середнього (26,0±2,4%) і важкого ступеня (10,0±1,0%) зі зниженням усіх показників метаболізму заліза.

Клінічний перебіг вагітності при поєднанні ЗДА і ГТ характеризується високою частотою мимовільного переривання в I триместрі (5,0±0,5%); плацентарної дисфункції (ПД) (57,0±5,2%); прееклампсії (36,0±3,2%) і передчасних пологів (9,0±0,6%).

При розродженні жінок із ЗДА на тлі ГТ має місце висока частота дистресу плода (28,0±2,6%) і аномалій пологової діяльності (11,0±1,0%), що призводить до значного росту абдомінального розродження (31,0±3,0%).

Перинатальні результати розродження жінок із ЗДА і ГТ характеризуються високою частотою асфіксії різного ступеня тяжкості (27,0±2,5%); інтраамніального інфікування (21,0±1,4%); постгіпоксичної енцефалопатії (13,0±1,1%) і анемії новонароджених (29,0±2,6%). Сумарні перинатальні втрати складають 70,0‰ (антенатальні – 30,0‰; інтранатальні – 20,0‰ і постнатальні – 30,0‰ відповідно).

Плацентарна дисфункція при поєднанні ЗДА і ГТ розвивається з 28–32-го тижня вагітності (57,0±5,2%) і характеризується дисгормональними, дисметаболічними порушеннями, а також змінами гемодинаміки в системі мати–плацента–плід.

Частота гіпогалактії при поєднанні ЗДА і ГТ складає 57,0±6,2% з переважанням гіпогалактії II–III стадії (67,9±6,2%), а також зниженням основних якісних і кількісних показників грудного молока, причому, починаючи з 1-ї доби і закінчуючи 14 днями після розродження.

При оцінюванні взаємозв'язків між ендокринологічними і гематологічними змінами у вагітних із ЗДА на тлі ГТ встановлено наявність прямої корелятивної залежності між вмістом тиреотропного гормону і рівнем сироваткового заліза (r=+0,54); тироксинзв'язувальна здатність крові і вмістом сироваткового феритину (r=+0,51); вмістом тиреоглобуліну і коефіцієнта насичення трансферину залізом (r=+0,50), а також зворотної корелятивної залежності між вмістом тироксину і гемоглобіну (r=-0,57); рівнем трийодтироніну і трансферину (r=-0,55), а також вмістом вільного тироксину і сироваткового заліза (r=-0,52).

Використання вдосконаленого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту мимовільного переривання вагітності (з 5,0±0,5% до 3,0±0,3%); передчасних пологів (з 9,0±0,8% до 5,0±0,6%); ПД (з 57,0±5,2% до 33,0±3,2%); прееклампсії (з 36,0±3,2% до 21,0±2,1%); дистресу плода в пологах (з 28,0±2,6% до 17,0±1,6%); абдомінального розродження (з 31,0±3,0% до 19,0±1,8%); перинатальних втрат (з 70,0‰ до 40,0‰) і сумарної частоти гіпогалактії (з 57,0±6,2% до 31,0±3,0%).

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать, що наявність поєднаної патології – ЗДА і ГТ є суттєвим чинником ризику розвитку акушерської і перинатальної патології, а використання загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів не дозволяє істотно поліпшити результати розродження. Використання вдосконаленого нами алгоритму позитивно впливає на стан тиреоїдного статусу, усуває дисгормональні порушення, покращує гематологічний статус і процеси обміну заліза, а також лактаційну функцію породілей. У сукупності це сприяє зниженню частоти акушерських і перинатальних ускладнень, що дає нам право рекомендувати вдосконалений нами алгоритм ведення цих пацієнток для широкого вживання в практиці охорони здоров'я.

Профилактика акушерских и перинатальных осложнений у женщин с железодефицитной анемией на фоне гипотиреоза

Н.М. Романенко

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что наличие сочетанной патологии – железодефицитной анемии и гипотиреоза является существенным фактором риска развития акушерской и перинатальной патологии, а проведение общепринятых лечебно-профилактических мероприятий не позволяет существенно улучшить результаты родоразрешения. Использование усовершенствованного нами алгоритма позитивно влияет на состояние тиреоидного статуса, устраняет дисгормональные нарушения, улучшает гематологический статус и процессы обмена железа, а также лактационную функцию родильниц. В совокупности это способствует снижению частоты акушерских и перинатальных осложнений, что дает нам право рекомендовать усовершенствованный нами алгоритм ведения этих пациенток для широкого внедрения в практику здравоохранения.

Ключевые слова: *железодефицитная анемия, гипотиреоз, беременность, осложнения, профилактика.*

Preventive maintenance obstetrical and perinatal complications at women with irondeficitical anaemia against hypotheriosise

N.M. Romanenko

Results of the spent researches testify that presence complex pathologies – irondeficitical nemias and hypotheriosise is essential risk factor of development obstetrical and perinatal pathologies, and use of the standard treatment-and-prophylactic actions does not allow to improve essentially results delivery. Use of the algorithm improved by us positively influences a condition thyreodical status, eliminates dyshormonal infringements, improves hematological status and processes of an exchange of iron, and also lactation function of women in childbirth. In aggregate it promotes frequency decrease obstetrical and perinatal complications that grants to us is right to recommend the algorithm of conducting these patients improved by us for wide introduction in practical public health services.

Key words: *irondeficitical anaemia, hypotheriosise, pregnancy, complications, preventive maintenance.*

Сведения об авторе

Романенко Нина Михайловна – Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, 96006, г. Симферополь, бульвар Ленина 5/7; тел.: (050) 646-89-10. E-mail: nmromanenko@mail.ru

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Анемии у беременных: дифференциальная диагностика и лечебная тактика: пособие для врачей / Под ред. Е.Ф. Морщаковой. – Рязань, 2003. – 38 с.
2. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях / С.В. Апресян; под ред. В.Е. Радзинского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 464 с.
3. Баев О.Р. Диагностика и лечение железодефицитной анемии беременных / О.Р. Баев // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2005. – Т. 4, № 2. – С. 14–19.
4. Бокарев И.Н. Анемический синдром / И.Н. Бокарев, Е.Н. Немчинов, Т.Б. Кондратьев. – М.: Практическая медицина. – 2006. – 128 с.

Статья поступила в редакцию 11.09.2013

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ ЖУРНАЛА «ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ»

1. Статья должна быть напечатана на одной стороне страницы через 2 интервала (поля слева — 3,5 см, справа — 1 см, сверху и снизу — по 2,5 см).
2. **Статья подается на русском или украинском языке в 2-х экземплярах, подписанных всеми авторами. Каждый автор должен указать свои данные (фамилию, имя, отчество, научное звание (должность), научную степень, отрасль специализации, место работы, служебный адрес, почтовый индекс, служебный и домашний телефоны, факс).**
3. **УДК и фамилию автора необходимо указать на первой странице, далее должны следовать название статьи и название организации, на базе которой были проведены исследования, наблюдения и т.д.**
4. Текст статьи и материалы к ней должны быть отредактированы и проверены автором. Содержание статьи должно иметь практическую направленность. К статье должны быть приложены все используемые в работе таблицы, иллюстрации, список литературы и акт экспертизы.
5. Ф.И.О. автора, название статьи, резюме и ключевые слова подаются на русском, украинском и английском языках.
6. Требования к иллюстративному материалу:
   - Иллюстрация может быть подана в виде: фотографии, слайда, рентгенограммы, электронного файла.
   - Иллюстрация должна быть подготовлена на высоком качественном уровне.
   - Поданные иллюстрации должны соответствовать основному смыслу статьи.
   - Иллюстрация должна быть максимально разгружена от надписей, которые следует перенести в подпись к ней.
   - Подписи к иллюстрациям подаются на листе бумаги в конце статьи.
   - Каждая иллюстрация должна иметь общее название.
   - На обратной стороне иллюстрации необходимо указать порядковый номер, «верх» либо «низ».
   - Иллюстрации следует передавать в отдельном конверте с указанием названия статьи и Ф.И.О. автора.
   - В статье следует указать место, где, по мнению автора, желательно было бы поместить иллюстрацию.
   - Иллюстрация, поданная в электронном виде, должна быть в формате EPS, TIF или JPEG и иметь разрешение не менее 300 dpi (масштаб 1:1).
7. Таблицы должны быть компактными. Название столбцов и строк должны соответствовать их содержанию, текст подается без сокращений.
8. Список цитированной литературы подается в соответствии с общепринятыми правилами оформления.
9. В статье не допускается сокращения слов, кроме общепринятых в научной литературе. Все измерения подаются в системе единиц СИ.
10. Статья должна содержать практические выводы и рекомендации для клиницистов.
11. Редакция оставляет за собой право редактировать статьи.
12. При несоблюдении указанных требований оформления статьи, редакция возвращает ее авторам без рассмотрения.
13. Статья должна быть записана в формате WORD-97, 98, 2000–2003; размер шрифта — 12 пунктов.
14. Материалы статей, принятых к печати (рукописи, иллюстрации, дискеты), не возвращаются.

Статьи просим присылать на адрес:
Адрес: 03039, Киев, а/я 36
Редакция журнала «Здоровье женщины»; e-mail: office@zdr.kiev.ua.
Тел./факс: (044) 220-15-66, 220-15-67.