

# Профілактика невиношування і залізодефіцитної анемії у вагітних з тиреотоксикозом

**О.В. Бенєвський**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Результати проведених клінічних і додаткових методів дослідження підтверджують ефективність удосконаленого нами алгоритму лікувально-профілактичних заходів, що виявляється зниженням частоти акушерських та перинатальних ускладнень у вагітних з тиреотоксикозом. Це дає нам право рекомендувати його для широкого використання у практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** невиношування, залізодефіцитна анемія, тиреотоксикоз.

Невиношування вагітності є однією з найважливіших проблем сучасної охорони здоров'я у всьому світі. При цьому частота передчасного переривання вагітності коливається в межах 10–25% [1, 2].

Частота залізодефіцитної анемії (ЗДА) у вагітних продовжує неухильно зростати, і це зростання, мабуть, найближчими роками зберігатиметься. Так, в Україні з 2002 по 2012 рік частота ЗДА зростає в 4,5 рази – з 8,7% до 39,13% [3, 4]. При цьому рівень ЗДА при багатьох видах хронічної екстрагенітальної патології ще вищий, ніж в загальній популяції вагітних, що негативно впливає на перебіг вагітності, пологів і стан плода [5–7].

Дані багаточисельних досліджень присвячені патології щитоподібної залози (ЩЗ) у вагітних, дозволили прийти до двох положень, які необхідно порівнювати при підході до кожної пацієнтки. По-перше, патологія ЩЗ під час вагітності несе певний ризик порушення розвитку плода, по-друге, вона не може розглядатися як протипоказання до планування вагітності [4–7].

У той самий час, вагітні з тиреотоксикозом мають підвищений ризик розвитку різних акушерських і перинатальних ускладнень, а існуючі лікувально-профілактичні заходи не завжди ефективні.

Однак патогенез невиношування і ЗДА на тлі тиреотоксикозу вивчений недостатньо. Відсутні чіткі дані про особливості формування і функціонального стану фетоплацентарного комплексу і порушень стану внутрішньоутробного плода і новонародженого залежно від початкових особливостей ендокринологічних порушень. Крім того, відсутні дані про диференційований підхід до профілактики невиношування вагітності і ЗДА вагітних з урахуванням основних причин тиреотоксикозу.

Усе викладене вище є чітким обґрунтуванням актуальності вибраного наукового напрямку.

**Мета дослідження:** зниження частоти невиношування і ЗДА вагітних у жінок з тиреотоксикозом на підставі вивчення основних клінічних, ехографічних, ендокринологічних і гематологічних змін, а також удосконалення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети даного наукового дослідження була розроблена програма дослідження, що включає такі моменти:

- підбір контингенту обстежуваних вагітних: наявність тиреотоксикозу в анамнезі;
- клінічний аналіз перебігу вагітності та пологів;
- вивчення ендокринних параметрів;

- вивчення гематологічних параметрів;
- вивчення біохімічних параметрів;
- комп'ютерне оброблення отриманих даних.

Клініко-функціональне і лабораторне дослідження було проведено у 60 вагітних з тиреотоксикозом, розділених на дві групи:
 

- 1-а група – 30 вагітних з тиреотоксикозом, які отримували загальноприйнятні лікувально-профілактичні заходи;
- 2-а група – 30 вагітних з тиреотоксикозом, яким використовували розроблену нами методику профілактики невиношування вагітності та анемії вагітних.

Спостереження за всіма вагітними з тиреотоксикозом проводили сумісно з лікарем-ендокринологом.

Контрольну групу склали 30 вагітних, які народжують уперше та не мають акушерської та соматичної патології.

Загальноприйнятні лікувально-профілактичні заходи проводили відповідно до наказу МОЗ України від 15.07.2011 року № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні»; наказу МОЗ України від 03.11.2008 року № 624 Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»; та наказу МОЗ від 31.12.2004 року № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»; наказу МОЗ від 29.12.2005 року № 782 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».

Запропонована нами методика включає використання калію йодиду – 200 мкг, фолієвої кислоти – 400 мкг та сульфату заліза – 320 мг під контролем основних лабораторних методів досліджень. Терміни і тривалість використання препаратів підбирали індивідуально.

У комплексі проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні, функціональні та статистичні методи.

Спостереження та клініко-лабораторне обстеження вагітних проводили відповідно до загальноприйнятих нормативів (наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні») з урахуванням нозології.

Діагноз тиреотоксикозу верифіковано на підставі даних об'єктивного обстеження (огляд, пальпація ЩЗ, клінічної картини, імуноферментного дослідження вмісту гормонів тиреотропного гормону (ТТГ), вільного трийодтироніну (fT3), вільного тироксину (fT4) у сироватці крові).

При пальпаторному дослідженні розміри ЩЗ оцінювали за класифікацією ВООЗ (2001).

Для диференціальної діагностики автоімунних захворювань ЩЗ проводили визначення антитіл до тиреоїдної пероксидази – з використанням імуноферментного методу на аналізаторі «Cobas e 411» фірми Roche за загальноприйнятною методикою.

Діагноз залізодефіцитної анемії встановлювали на підставі критеріїв ВООЗ, які включали концентрацію гемоглобіну нижче 110 г/л, вміст сироваткового заліза нижче 12,5 мкмоль/л.

Гематологічні показники: кількість еритроцитів, концентрація гемоглобіну, показник гематокриту, середній об'єм еритроцитів, середній вміст і середня концентрація гемоглобіну

в еритроциті визначали на аналізаторі Swelab alfa basic фірми Boule Medical A.B. за загальноприйнятною методикою.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що у структурі тиреотоксикозу у жінок репродуктивного віку переважає субклінічна форма (65,0%) у порівнянні з легким (30,0%) і важким ступенем (5,0%).

Основними варіантами супутньої екстрагенітальної патології є нейроциркуляторна дистонія (60,0%) і варикозна хвороба (43,3%), а генітальної – порушення менструальної функції (56,7%).

Основним ускладненням гестаційного процесу у жінок з тиреотоксикозом є залізодефіцитна анемія (100,0%), а також висока частота плацентарної дисфункції (73,3%), преєклампсії (70,0%) і загроза переривання вагітності (36,7%).

Структура ступеня тяжкості анемії у вагітних з тиреотоксикозом істотно відрізняється в динаміці вагітності. У І триместрі переважає легкий ступінь (90,0%), а в II і III – середній (53,3% і 40,0%) і важкий ступінь (10,0% і 33,3%).

Акушерські результати розродження вагітних з тиреотоксикозом характеризуються високою частотою дистресу плода (33,3%); передчасного розриву плодових оболонок (20,0%); передчасних пологів (16,7%) і аномалій пологової діяльності, що призводить до значного рівня абдомінального розродження (20,0%).

Основними перинатальними ускладненнями у жінок з тиреотоксикозом є асфіксія легкого і середнього ступеня тяжкості (33,3%); загроза реалізації внутрішньоутробного інфікування (26,7%); постгіпоксична енцефалопатія (20,0%) і недоношеність (16,7%).

Плацентарна дисфункція у жінок з тиреотоксикозом починає розвиватися з 20–22 тиж вагітності і характеризується ехографічними змінами плаценти (передчасне дозрівання) в 66,7% і змінами гемодинаміки в артерії пупкового канатика і в матковій артерії, а також дисгормональними змінами після 30 тиж гестації.

### Профилактика невынашивания и железодефицитной анемии у беременных с тиреотоксикозом А.В. Бенеvский

Результаты проведенных клинических и дополнительных методов исследований подтверждают эффективность усовершенствованного нами алгоритма лечебно-профилактических мероприятий, что заключается в снижении частоты акушерских и перинатальных осложнений у беременных с тиреотоксикозом. Это дает нам право рекомендовать его для широкого использования в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** невынашивание, железодефицитная анемия, тиреотоксикоз.

### Сведения об авторе

**Бенеvский Алексей Викторович** – Бенеvский Алексей Викторович - Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9, тел.: (097) 911-10-08. E-mail: o.benevsky@ukr.net

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях / Под ред. В.Е. Радзинского. – М.: Гэотар-медиа, 2009. – 567 с.
- Віраг М.В. Тиропатія як фактор стимуляції невиношування вагітності / М.В. Віраг // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2008. – № 3. – С. 85–88.
- Геворкян М.А. Анемия беременных: патогенез и принципы терапии/ М.А. Геворкян, Е.М. Кузнецова //Здоровье женщины. – К., 2011. – № 10. – С. 76–78.
- Глушко Л.В. Медикаментозное лечение анемии вагітних: застосування еритропоетину/ Л.В. Глушко, В.Т. Рудник //Вісн. наук. досліджень. – Тернопіль, 2011. – № 2. – С. 121–129.
- Гопчук О.М. Анемія вагітних - фактор ризику акушерської та перинатальної патології/ О.М. Гопчук //Здоровье женщины. – К., 2010. – № 6. – С 19–23.
- Давидова Ю.В. Захворювання системи крові та вагітність/ Ю.В. Давидова, О.М. Мокрик, А.О. Огородник //Репродуктивная эндокринология. – К., 2012. – № 1. – С. 26–44.
- Дашкевич В.Є. Функціональний стан щитовидної залози при невиношуванні вагітності в умовах різної йодної забезпеченості / В.Є. Дашкевич, С.О. Герзанич, Л.М. Булик // Репродуктивное здоровье женщины. – 2007. – № 2. – С. 44–51.

Статья поступила в редакцию 05.02.2014