



УДК 618.2+616.441(477.74)-(043.3)

О. В. Волченко

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ В ОДЕСЬКОМУ РЕГІОНІ

Одеський національний медичний університет

Вступ

Проблема ведення вагітності на фоні захворювань щитоподібної залози (ЗЩЗ), особливо тих, які супроводжуються порушенням її функції та значно погіршують перинатальний результат, — одна з актуальних в акушерській практиці [1–3].

Гормональні зв'язки між матір'ю та плодом, які виявляються у функціонуванні фетоплацентарного комплексу, сприяють фізіологічному перебігу вагітності, тому ендокринна система відіграє найважливішу роль у забезпеченні репродуктивної функції в процесі гестації. Сама вагітність негативно впливає на перебіг ендокринних захворювань і призводить до зривів компенсаторних процесів у організмі.

Практично на всій території України існує дефіцит йоду в ґрунті та воді, коливання якого відзначаються від помірного до вираженого [4]. Незважаючи на те, що Одеська область не належить до ендемічних місцевостей з виразним дефіцитом йоду в навколишньому середовищі, вона теж потрапляє

до зон із високим ризиком розвитку йододефіциту. Вагітні вже з моменту планування зачаття належать до групи високого ризику щодо розвитку йододефіциту [5]. Щитоподібна залоза легко піддається дії шкідливих екологічних чинників. Сучасний ритм життя (значне збільшення інформаційного, психологічного й емоційного навантаження), несприятливі соціально-побутові фактори сприяють розвитку хронічного стресу. Весь перелік згаданих факторів призводить до дисфункції щитоподібної залози [4].

Останнім часом можна спостерігати збільшення кількості жінок фертильного віку з різними формами зоба (дифузним, вузловим) на фоні різного стану функції щитоподібної залози (еутиреоз, субклінічний гіпотиреоз, тиреотоксикоз).

Наслідки неадекватного ведення вагітних із захворюваннями щитоподібної залози можуть бути дуже значними. Дисфункція щитоподібної залози призводить до розвитку таких тяжких ускладнень вагітності, як загроза переривання, передчасні пологи, ранній розвиток гестозу, дисфункції пла-

центи, гіпотрофії та гіпоксії плода [1; 2].

Все це спонукає до вивчення частоти ускладнень вагітності і пологів у вагітних із ЗЩЗ в Одеському регіоні.

Мета роботи — вивчити перебіг вагітності і пологів у пацієнток із ЗЩЗ на Одещині за останні 3 роки (2008–2010 рр.).

Матеріали та методи дослідження

Проведено вивчення перебігу вагітності, пологів і стану новонароджених у пацієнток із ЗЩЗ на Одещині за останні 3 роки (2008–2010 рр.). Дослідження проводилось у 85 пацієнток із ЗЩЗ, які перебували під диспансерним наглядом з приводу вагітності у жіночій консультації № 3 та народжували у клінічному пологовому будинку № 2 Одеси, були обстежені згідно з протоколом. Для встановлення й уточнення діагнозу застосовували інструментальні методи (ультразвукове дослідження щитоподібної залози, ультразвукову фето- та плацентометрію, ультразвукову доплерометрію, кардіотокографію, дослідження біофізичного профілю плода); імуноферментні



(визначення рівнів гормонів фетоплацентарного комплексу (ФПК), гормонів щитоподібної залози (тиреотропний гормон, трийодтиронін, тетрайодтиронін, антитіла до тиреопероксидази), статистичні методи.

Результати дослідження та їх обговорення

Вік обстежуваних жінок становив від 17 до 39 років. У віці до 20 років було 5 вагітних, 20–25 років — 38, 26–30 років — 24, 31–35 років — 12, 36–39 років — 6. Отже, більшість жінок була віком від 20 до 30 років. Жительок Одеси було 67, Одеської області — 18. Більшість жінок (62) були заміжні. Домогосподарок було 31, студенток — 5, працюючих — 49. У 19 жінок праця пов'язана з професійними шкідливостями (робота з комп'ютером, хімічними речовинами, високе психоемоційне навантаження).

Загальний, соматичний і спеціальний анамнез був обтяженим: на дитячі інфекційні та гострі респіраторні захворювання хворіли усі жінки. У 56 % вагітних була діагностована соматична патологія: захворювання серцево-судинної системи (пролапс мітрального клапана, недостатність мітрального клапана I–II ст., нейроциркуляторна дистонія) — у 12 випадках, дихальної системи (хронічний бронхіт, бронхіальна астма, туберкульоз легенів) — у 6, нирок (хронічний пієлонефрит) — у 8, шлунково-кишкового тракту (хронічний гастрит, гастродуоденіт, холецистит, панкреатит) — у 18, ендокринологічні захворювання (порушення ліпідного обміну, цукровий діабет) — у 11. Прооперовано з приводу апендициту 8 жінок, тонзилектомії проведені у 2. На сифіліс хворіла 1 жінка.

Патологія щитоподібної залози розподілялася таким чином: вузловий зоб, еутиреоз — 12 (14 %), дифузний зоб, еутиреоз — 52 (62 %), змішана фор-

ма зоба, еутиреоз — 1 (1,2 %), дифузний зоб, тиреотоксикоз — 3 (4 %). Гіперплазія I ст. відмічалась у 28 жінок, II ст. — у 27. Жінок із гіпотиреозом було 5 (6 %), із них у 2 — ідіопатичний, у 3 — після струмектомії. Вагітних з аутоімунним тиреоїдитом було 12 (14 %), із них у 7 (8 %) функція щитоподібної залози була нормальною, у 4 (5 %) — гіпотиреоз, у 1 (1,2 %) — тиреотоксикоз (рис. 1).

Отже, функція щитоподібної залози була нормальною у 72 (85 %) вагітних, тиреотоксикоз — у 4 (5 %) жінок, гіпотиреоз — у 9 (10 %). До вагітності ЗЦЗ діагностовано у 69 жінок, під час вагітності — у 16.

Гінекологічні захворювання були у 54 (63 %) жінок: вагініти — у 25 жінок, ектопії шийки матки — у 10, хронічні аднексити — у 11, міома матки — у 2, поєднана гінекологічна патологія — у 6. Пізнє становлення менструацій спостерігалось у 8 жінок, порушення менструального циклу (олігоменорея,

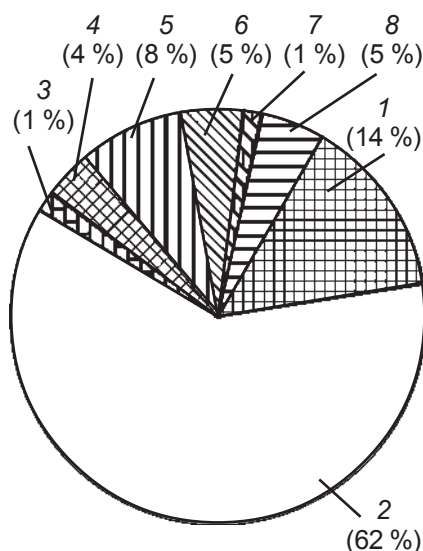


Рис. 1. Склад тиреоїдної патології у вагітних із захворюваннями щитоподібної залози: 1 — вузловий зоб, еутиреоз; 2 — дифузний зоб, еутиреоз; 3 — змішана форма зоба, еутиреоз; 4 — дифузний зоб, тиреотоксикоз; 5 — аутоімунний тиреоїдит, еутиреоз; 6 — аутоімунний тиреоїдит, гіпотиреоз; 7 — аутоімунний тиреоїдит, тиреотоксикоз, 8 — гіпотиреоз

дисменорея) — у 7. З приводу апоплексії яєчника прооперована 1 жінка, позаматкової вагітності — 2. Первинна безплідність була в анамнезі у 4 жінок, вторинна — у 3. Аборти були у 35 жінок: штучні — у 26, мимовільні — у 6, штучні та мимовільні — у 3. Загалом викидні та завмерлі вагітності наявні у 11 % жінок.

Пологи в минулому були у 23 (27 %) жінок: строкові — у 20, передчасні — у 3 (у терміні 32, 34, 35–36 тиж.). Пологи через природні шляхи були у 19 жінок, шляхом кесаревого розтину — у 4 (з приводу преeklampsії тяжкого ступеня, передчасних пологів із передчасним вилиттям навколоплідної рідини, клінічно вузького таза). В однієї жінки пологи ускладнилися пізньою післяпологовою кровотечею з гемотрансфузією. У 3 жінок народилися діти із затримкою внутрішньоутробного розвитку плода.

На особливу увагу заслуговує питання особливостей перебігу вагітності, яку ми спостерігали. Ускладнення діагностовано у 90 % жінок. Найчастіше спостерігалася анемія вагітних — у 40 (47 %), із них у 36 легкого ступеня, у 4 — середньої тяжкості. Загроза переривання вагітності в різні терміни була у 19 (22 %) жінок, у 8 із них госпіталізація з приводу цієї патології проводилася неодноразово. Істмікоцервікальна недостатність — у 12 (коригована акушерським песарієм — у 10 випадках, накладанням шва на шийку матки — у 2 випадках), дисфункція плаценти — у 21 (25 %) жінок, ранній гестоз — у 12 (14 %), пізній гестоз — у 14 (16 %), багатоводдя — у 12 (14 %), маловоддя — у 9 (11 %), затримка внутрішньоутробного розвитку плода — у 5 вагітних (рис. 2).

Пологи були: строковими — у 78 жінок, передчасними — у 7 (8 %), у термін 27 тиж. — 1, у 33 тиж. — 3, у 35 тиж. — 1, у



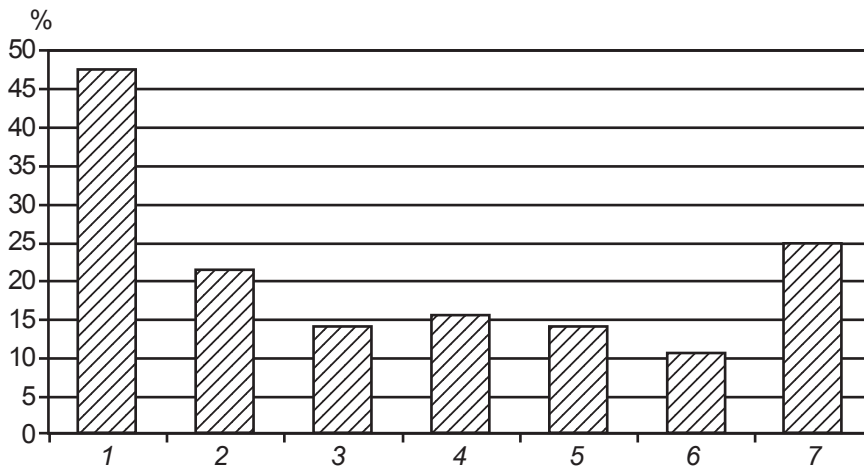


Рис. 2. Основні ускладнення вагітності у жінок із захворюваннями щитоподібної залози: 1 — анемія вагітних; 2 — загроза переривання вагітності; 3 — ранній токсикоз; 4 — пізній гестоз; 5 — багатоводдя; 6 — маловоддя; 7 — дисфункція плаценти

36 тиж. — 2. Пологи через природні шляхи були у 74 жінок, шляхом кесаревого розтину — у 11. Основні ускладнення в пологах: аномалії пологової діяльності (слабкість) — у 10 (8,5 %) жінок, передчасне вилиття навколоплідної рідини — у 26 (31 %), прееклампсія — у 7 (8 %), передчасне відшарування плаценти — 2, кровотечі в післяпологовому періоді — 1, дистрес плода — 5, патологічний прелімінальний період — 3 випадки, у 21 випадку

відбулися пологи великим плодом (більше 4000 г).

Висновки

1. Найрозповсюдженішою патологією щитоподібної залози у вагітних на Одещині є дифузний зоб, еутиреоз (62 %).

2. Перебіг вагітності і пологів у вагітних із ЗЩЗ супроводжується значною частотою ускладнень, основне місце серед яких посідають загроза переривання вагітності (22 %), анемія вагітних (47 %), дис-

функція плаценти (25 %), гестоз (16 %).

3. Жінкам репродуктивного віку із ЗЩЗ, які планують вагітність, необхідна прегравідарна підготовка, за необхідності терапія, що приводить до компенсації захворювання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Чередниченко В. І. Вплив щитоподібної залози на репродуктивну функцію жінки : зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України / В. І. Чередниченко, Н. П. Гайдайчук, В. В. Вустенко. — К. : Інтермед, 2010. — С. 178–179.

2. Мельниченко Г. А. Заболевания щитовидной железы и беременность / Г. А. Мельниченко // РМЖ. — 1999. — Т. 7, № 3. — С. 5–10.

3. Мельниченко Г. А. Заболевания щитовидной железы во время беременности. Диагностика, лечение, профилактика : пособие для врачей / Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев, И. И. Дедов. — М. : МедЭксперт-Пресс, 2003. — 48 с.

4. Споживання йодованих продуктів та стан йодної забезпеченості населення України / В. І. Кравченко, Л. А. Ткачук, В. І. Турчин [та ін.] // Доповіді Національної академії наук України. — 2005. — № 10. — С. 188–194.

5. Фадеев В. В. Йоддефицитные заболевания и беременность / В. В. Фадеев, Г. А. Мельниченко // Проблемы беременности. — 2000. — Т. 1. — С. 4–11.

УДК 616.31-053.2:616.329/.33-008.17-036

Р. С. Назарян, О. В. Карнаух

КЛІНІЧНА МАНІФЕСТАЦІЯ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ В ПОРОЖНИНІ РОТА

Харківський національний медичний університет

Сьогодні доведений певний взаємозв'язок між захворюваннями шлунково-кишкового тракту (ШКТ) та патологічними процесами, що виникають у ротовій порожнині [10]. Досліді, проведені стоматологами і терапевтами, свідчать, що зміни у порожнині рота можуть стати ранньою діагностичною

ознакою захворювання організму [1]. Крім того, захворювання ШКТ можуть бути важливим пусковим моментом, що спричинює патологічні зміни у порожнині рота.

Терміном «гастроєзофагальна рефлюксна хвороба» (ГЕРХ) позначають хронічне рецидивне захворювання, зу-

мовлене порушенням моторно-евакуаторної функції, яке характеризується спонтанним, регулярно повторюваним закиданням у стравохід шлункового вмісту з розвитком характерних клінічних симптомів [12]. Уперше як самостійне захворювання стравоходу, пов'язане з рефлюксом кислого вмісту

