

ОЦІНКА ТИРЕОЇДНОГО СТАТУСУ ВАГІТНИХ З ДИФУЗНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

*Ольховик В. Л., Костіна І. В.**

СумДУ, кафедра акушерства та гінекології,

**Сумський обласний клінічний перинатальний центр*

Серед екстрагенітальних захворювань вагітних велику частку займають порушення функції щитоподібної залози (ЩЗ), в структурі яких дифузна еутиреоїдна гіперплазія займає перше місце. Майже вся територія України це ендемічний регіон щодо йодного дефіциту. Дефіцит в харчуванні йоду призводить до розвитку йоддефіцитних захворювань впливаючі на розумовий та репродуктивний потенціал нації. Науково доведено, що навіть в умовах легкого йодного дефіциту під час гестації в крові матері поступово та значно знижується рівень концентрації тироксину. Ендокринний дисбаланс впливає на перебіг гестації та розвиток плоду, що призводить до збільшення ускладнень вагітності та неонатальної захворюваності.

Нами було проведено дослідження тиреоїдного статусу вагітних жінок з дифузною еутиреоїдною гіперплазією ЩЗ в третьому триместрі вагітності (34-35 тиж.) на основі клінічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження. Окрім стандартних методів дослідження оцінювали рівень тироксину в сироватці крові (T_4) та визначали медіану йодурії (МІ). В дослідження було включено 50 вагітних з діагнозом еутиреоїдна гіперплазія ЩЗ різного ступеня. Контрольну групу склали 40 жінок з фізіологічним перебігом вагітності та без порушення функції ЩЗ. Першу групу було поділено на дві підгрупи, на підставі даних про тиреоїдний статус: Іа підгрупа – 27 пацієток з порушенням функції ЩЗ у вигляді субклінічного гіпотиреозу, Іб – 23 вагітні з дифузною еутиреоїдною гіперплазією ЩЗ. У вагітних основної групи серед супутніх захворювань 64% склали анемія легкого ступеня та 22% анемія середнього ступеня важкості. В контрольній групі цей показник був 17,5% та 2,5% відповідно. Найбільший об'єм ЩЗ був у вагітних Іа групи та склав $21,2 \pm 0,6$ мл, в Іб та ІІ групах цей показник був на рівні $18,7 \pm 0,4$ мл. та $18,4 \pm 0,2$ мл. відповідно. Рівень тироксину в Іа групі становив $8,3 \pm 0,43$ пмоль/л, в Іб групі субклінічний гіпотиреоз було виявлено у 4 пацієток (17,3%) і в середньому рівень T_4 був $9,6 \pm 0,22$ пмоль/л. В контрольній групі рівень гормону напередодні пологів був в межах фізіологічного рівня. Показники МІ в Іа та Іб групах майже не відрізнялись та в середньому склали $45,8 \pm 0,4$ мкг/л та $46,7 \pm 0,32$ мкг/л, що відповідає помірному йод дефіциту. В контрольній групі МІ дорівнювала $77,4 \pm 0,6$ мкг/л, що теж є ознакою йодного дефіциту легкого ступеня. Кількість ускладнень вагітності та пологів (передчасні пологи, слабкість пологової діяльності, гіпотонічна кровотеча) була більшою в Іа та Іб групах в порівнянні з групою контролю та склали 18,5%, 8,6% та 5% відповідно. Низька оцінка за шкалою Апгар (менше ніж 7 балів) у новонароджених в групі матерів з субклінічним гіпотиреозом склали 11,1%, у жінок з еутиреоїдним станом цей показник був на рівні 4,3%, в контрольній групі всі діти були оцінені вище на 8 балів і більше. При оцінці тиреоїдного статусу новонароджених було виявлено субклінічний гіпотиреоз в 6,6% (4 в Іа групі, 2 в Іб групі). Виходячі з вищенаведеного можна зробити висновок, що всім вагітним жінкам на протязі І триместру необхідно проводити оцінку тиреоїдної функції на основі показників гормонального статусу та рівня йодурії з обов'язковим контролем в ІІ та ІІІ триместрах. Рекомендована добова доза йоду для вагітних складає 180-200 мкг./доб. Всім новонародженим від матерів з гіперплазією ЩЗ необхідно проводити оцінку функції щитоподібної залози шляхом визначення рівня тиреоїдних гормонів в перші доби життя.