

УДК 576.344:618.3 (584.3)

М.А.Ятимова, член-корреспондент АН Республики Таджикистан М.Ф.Додхоева,

Ш.С.Анварова

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА В ГРУППАХ ПОВЫШЕННОГО РИСКА

Эндемический зоб и его профилактика во время беременности является наиболее актуальной проблемой сегодняшнего дня.

Природный йодный дефицит, характерный для условий Таджикистана, и наблюдающиеся дефекты в планомерной йодной профилактике сохраняют напряженность зобной эндемии в отдельных регионах, особенно группах высокого риска. Между тем, йодная недостаточность отражается неблагоприятно не только на здоровье женщины и ее репродуктивной функции, но также и на развитии плода и новорожденного [1-6].

Это определяет медико-социальную значимость проблемы, особенно для жительниц Республики Таджикистан.

Целью нашего исследования явилась оценка йодной обеспеченности беременных жительниц г. Душанбе, анализ течения беременности и эффективности йодной профилактики.

Методы исследования

Для определения тиреоидной патологии и оценки степени тяжести йодного дефицита среди беременных были обследованы 127 женщин: 55 беременных женщин, получавших пренатальную йодную профилактику и лечение – основная группа, 49 беременных – не получавших пренатальную йодную профилактику и лечение – группа сравнения, 23 беременные, у которых эндемический зоб не был диагностирован – группа контроля.

Группы пациенток были сопоставимы по возрасту, социальному положению, данным соматического и акушерско-гинекологического анамнеза.

В основной группе возраст обследованных составлял от 18 до 36 лет, средний возраст 25.80 ± 0.48 , в группе сравнения – 18 до 41, средний возраст – 24.06 ± 0.58 . Сравнение приведенных данных свидетельствует об отсутствии достоверных различий в группах, включая и женщин группы контроля.

По паритету беременные обеих групп также достоверно не отличались, преобладали первобеременные.

Из анамнеза обследованных женщин выяснено, что до наступления беременности в качестве профилактики эндемического зоба они принимали только йодированную соль, некоторые не регулярно.

Состояние функционирования тиреоидной системы оценивали по триместрам беременности на основании данных осмотра, пальпации, ультразвукового исследования щитовидной железы и оценки уровня йодурии. При определении степеней увеличения использовали классификацию ВОЗ 1994 г. При ультразвуковой оценке щитовидной железы определяли объем щитовидной железы по формуле Grunn (1981 г.):

$$\text{Объем} = [(\text{ШП} \times \text{ДП} \times \text{ТП}) + (\text{ШЛ} \times \text{ДЛ} \times \text{ТЛ})] \times 0.479,$$

где ШП – ширина правой доли щитовидной железы, ДП – длина правой доли, Т – толщина правой доли, соответственно, ШЛ, ДЛ и ТЛ – ширина, длина и толщина левой доли щитовидной железы, 0.479 – коэффициент коррекции на эллипсоидное строение доли.

Согласно международным нормативам, при использовании УЗИ у взрослых лиц зоб диагностируется, если объем щитовидной железы у женщин превышает 18 мл, а у мужчин более 25 мл [7, 8].

Для оценки йодной обеспеченности организма у беременных мы использовали данные, при которых достаточная йодурия у беременных расценивается при медиане йодурии 200...400 мкг/л [9].

Лечение эндемического зоба в основной группе осуществлялось йодистыми препаратами. В случаях смешанного зоба назначение Йодбаланс-200 сочеталось с L-тироксинами – 25 мкг.

Полученные результаты исследования подвергались статистической обработке с помощью пакета программ Microsoft Excel-2003. Рассчитывали следующие параметры: М – среднюю арифметическую, m – ошибку средней арифметической, Me – медиану. Различия считали достоверными при $p < 0.05$.

Результаты исследований и их обсуждение

В структуре тиреоидной патологии у беременных преобладал диффузный зоб (92.3%) и диффузно-узловой (смешанный) зоб (6.7%). У 1.0% беременных был установлен диагноз узлового зоба.

При осмотре и пальпации щитовидной железы в первом триместре нормальные размеры щитовидной железы были у 65 (51.2%) беременных женщин, а у 58 (45.7%) был диагностирован диффузный зоб I, II, III степеней (или диффузное увеличение щитовидной железы I, II, III степеней), у 4 (3.1%) беременных установлено диффузное увеличение щитовидной железы с узлом (смешанный зоб). Во втором триместре при осмотре и пальпации щитовидной железы указанных беременных нормальные размеры щитовидной железы были у 58 (45.7%) беременных, диффузное увеличение щитовидной железы – у 63 (49.6%), а смешанный зоб у 6 (4.7%) беременных. В третьем триместре нормальные размеры щитовидной же-

лезы наблюдались у 51 (40.2%) пациентки, диффузное увеличение щитовидной железы – у 69 (54.3%), смешанный зоб – у 7 (5.5%) беременных (рис.).

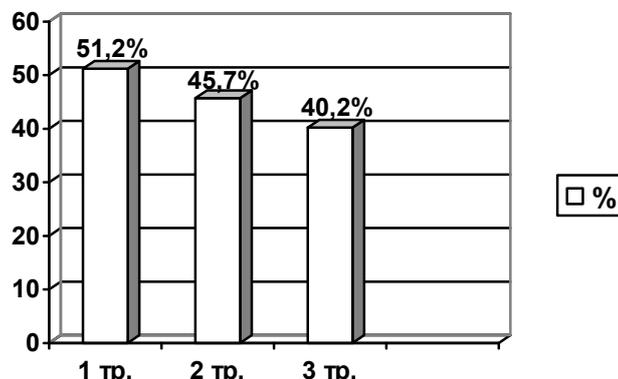


Рис. Частота нормальных размеров щитовидной железы у беременных по триместрам. По вертикали – % нормальных размеров щитовидной железы, по горизонтали – триместры беременности.

При ультразвуковом исследовании подтвердились полученные данные клинического исследования: в первом триместре беременности объем щитовидной железы всех беременных в среднем составлял 32.83 ± 1.64 мл. Во втором триместре объем щитовидной железы в среднем составлял 35.15 ± 1.78 мл. В третьем триместре объем щитовидной железы в среднем составлял 37.20 ± 1.83 мл. Более выраженный объем щитовидной железы отмечен в группе беременных, не получавших пренатальную профилактику и лечение эндемического зоба.

Таблица 1

Ультразвуковые результаты исследований щитовидной железы в динамике беременности

Триместры	Группы	Объем щитовидной железы (мл)		
		диффузный зоб I степени, $M \pm m$	диффузный зоб II степени, $M \pm m$	диффузный зоб III степени, $M \pm m$
Первый триместр	основная	17.89 ± 0.82	25.42 ± 1.32	59.03 ± 0.67
	сравнения	17.96 ± 0.21	26.89 ± 0.68	60.06 ± 0.72
Второй триместр	основная	$18.60 \pm 0.14^*$	$25.78 \pm 1.27^{**}$	$59.77 \pm 0.71^{***}$
	сравнения	19.42 ± 0.25	31.35 ± 1.28	68.63 ± 0.98
Третий триместр	основная	$19.52 \pm 0.25^{***}$	$26.92 \pm 1.62^{**}$	$58.20 \pm 0.82^{***}$
	сравнения	22.66 ± 0.43	34.82 ± 1.78	75.26 ± 0.61

Примечание: * – $p < 0.05$; ** – $p < 0.01$; *** – $p < 0.001$ – различие достоверно по отношению к показателям группы сравнения.

Полученные результаты по оценке объема щитовидной железы у беременных в течение различных сроков беременности свидетельствуют об увеличении объема щитовидной железы с нарастанием срока гестации. Приведенные нами данные по оценке выявляемости эндемического зоба различных степеней согласуются с результатами исследований В.Н.Петровой с соавт., согласно которым частота увеличения щитовидной железы также воз-

растала в третьем триместре беременности по сравнению с первым триместром [10]. Литературные сведения по данному вопросу неоднозначны [7, 8, 10].

По данным ВОЗ, уровень йодурии в период беременности составляет от 200 до 400 мкг/л. Показатели йодурии у беременных с эндемическим зобом колебались от 19.4 до 322.9 мкг/л в течение всей беременности, медиана составила 97.8 мкг/л. Йодурия соответствовала гестационной норме только у 23 (18.1%). У остальных женщин был выявлен разной степени выраженности йодный дефицит.

В нашем наблюдении в первом триместре экскреция йода в моче составляла от 33.9 до 322.9 мкг/л, во втором триместре – от 23.6 до 267.3 мкг/л, и в третьем триместре – от 19.4 до 240 мкг/л.

Заслуживает внимания динамика уровней йодурии в течение беременности: в первом триместре медиана (Ме) йодурии составила 96.2 мкг/л, во втором – 92.9 мкг/л, в третьем – 91.3 мкг/л. Полученные результаты по оценке йодурии подтверждают дефицит йода у беременных женщин в разные сроки гестации, нарастающий к концу беременности.

Нами проведен сравнительный анализ уровней йодурии в группе женщин, получивших йодную профилактику и лечение (основная группа). Уровень йодурии был достоверно выше в данной группе по сравнению с группой сравнения во втором ($p < 0.01$) и третьем триместре беременности ($p < 0.001$).

У основной группы Ме йодурии в первом триместре составляла 91.3 мкг/л, во втором – 98.4 мкг/л, в третьем – 121.3 мкг/л. В группе же сравнения Ме йодурии в первом триместре была 90.4 мкг/л, во втором – 71.9 мкг/л, в третьем – 54.1 мкг/л.

Нами изучено течение и исходы родов в приведенных группах обследованных женщин (табл. 2).

Таблица 2

Течение беременности и родов в сравниваемых группах

Показатели	Группа женщин, получавших лечение		Группа женщин, не получавших лечение	
	n	%	n	%
Угрожающий самопроизвольный выкидыш	18	32.7	24	49.0
Угрожающие преждевременные роды	10	18.1	17	34.7
Многоводие	9	16.5	5	10.2
Нарушение плацентарного кровотока	2	3.6	3	6.1
Нарушение маточного кровотока	3	5.5	5	10.2
Нарушение маточно-плацентарного кровотока	4	7.3	2	4.1
Нарушение плодового кровотока	0	0	1	2.0
Несвоевременное излитие вод	12	21.8	15	30.6
Частичная преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	0	0	1	2.0
Аномалии родовой деятельности	0	0	5	10.2

Самопроизвольный выкидыш	0	0	2	4.1
Преждевременные роды	0	0	4	8.2
Кесарево сечение	1	1.8	5	10.2

Как видно из табл. 2, частота осложнений беременности и родов в группе женщин, получивших йодную профилактику и лечение, оказалась значительно меньше, чем в группе женщин, не получивших лечение. Угроза прерывания беременности в разные сроки наблюдалась в 1.6 раза чаще, прерывание беременности не было зарегистрировано в группе получивших лечение беременных, внутриутробное страдание плода при доплерометрии отмечено в два раза чаще и т.д.

Таблица 3

Перинатальные исходы в сравниваемых группах

Показатели	Группа женщин, получавших лечение		Группа женщин, не получавших лечение	
	n	%	n	%
Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах после рождения: 8-10 баллов	48	87.3	25	54.3
6-7 баллов	7	12.7	20	43.5
5 баллов	0	0	1	2.2
Масса новорожденного при рождении: 4000 и более	5	9.1	4	8.7
3999-3500	14	25.4	9	19.6
3499-3000	25	45.5	14	30.4
2999-2500	11	20	13	28.3
2499-2000	0	0	7	15.2
Поражение ЦНС	3	5.5	13	28.3
ЗВУР 1 ст.	3	5.5	5	10.9
ЗВУР 2 ст.	0	0	5	10.9

Перинатальные исходы в сравниваемых группах приведены в табл. 3. У женщин, получивших лечение, новорожденные в основном родились без асфиксии. Число новорожденных, родившихся с внутриутробной задержкой развития, оказалось в два раза больше в группе женщин, не проходивших йодную профилактику и лечение, а поражение центральной нервной системы – в пять раз и более.

Как явствует из табл. 2 и 3, число осложненного течения беременности и неблагоприятных исходов родов было больше в группе беременных, не получавших йодистую терапию по поводу эндемического зоба.

Таким образом, у беременных, проживающих в условиях природного йодного дефицита в г. Душанбе, в комплексе мероприятий ведения гестации необходимо проводить оценку состояния тиреоидной системы, включающей пальпаторное, ультразвуковое исследование щитовидной железы и экскрецию йода с мочой.

Для улучшения акушерских и перинатальных исходов в регионе природного йодного дефицита необходимо проводить обязательную йодную профилактику и дифференцированное лечение в прегравидарном периоде и в течение всей беременности и лактации. Индивидуальная йодная профилактика должна быть обязательным компонентом на фоне популяционной йодной профилактики у беременных женщин в условиях йодного дефицита. Во время беременности наибольшая эффективность при лечении эндемического зоба получена при лечении йодистыми препаратами.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино

Поступило 06.01.2009 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ходжимуратова Д.А. Состояние репродуктивной системы женщин при йоддефицитных заболеваниях: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Душанбе, 2000, 26 с.
2. Мурашко Л.Е., Клименченко Н.И. и др. – Материалы 36-го ежегодного конгресса междунар. общества по изучению патофизиологии беременности, организации гестоза. – М., 2004, с.151-152.
3. Подзолкова Н.М., Нестерова А.А. и др. – Материалы 36-го ежегодного конгресса Междунар. общества по изучению патофизиологии беременности, организации гестоза. – М., 2004, с. 176-177.
4. Шеплягина Л.А. - Акушерство и гинекология, 2006, №4, с. 58-60.
5. Stricker Rt., Echenard M. et al. – European Journal of Endocrinology, 2007, №157, p.509-514.
6. La Franchi S.H., Haddow J.E. & Hollowell J.G. – Thyroid, 2005, №15, p. 60-71.
7. Шилин Д.Е. – Медицинский журнал "SonoAce-International", 2001, №8.
8. Тронько Н.Д., Герасимов Г.А., Кравченко В.И. Все, что вы хотели бы знать о йоддефицитных заболеваниях и йодированной соли. – Информация в вопросах и ответах для практических врачей. – Киев, 2004, 41 с.
9. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Трошина Е.А. Профилактика и лечение йоддефицитных заболеваний в группах повышенного риска. – Пособие для врачей. – М., 2004, 55 с.
10. Петрова В.Н., Никифоровский Н.К. и др. – Российский вестник акушера-гинеколога, 2007, №2, с. 18-20.

М.А.Ятимова, М.Ф.Додхоева, Ш.С.Анварова

ПЕШГИРӢ ВА МУОЛИЧАӢ ЧОҒАРИ ЭНДЕМИКӢ ДАР ГУРӢҲӢ ОМИЛИ БАЛАНДИ ХАТАРИ БЕМОРИ ШУДАН

Дар мақола хусусиятҳои давраи ҳомиладорӣ дар байни занҳое, ки ба бемории чоғари эндемикӣ гирифташанд ва натиҷаи муолиҷаи гузарондашуда бо нишонҳои усулҳои таъбибат, инчунин пешгирии бемории чоғари эндемикӣ дар гурӯҳи занҳои ҳомиладоре, ки омилҳои баланди гирифташуда ба ин беморӣ доранд, дарҷ ёфтааст.

M.A.Yatimova, M.F.Dodkhoeva, Sh.S.Anvarova

**PROPHYLAXIS AND TREATMENT OF THE ENDEMIC GOITER IN GROUPS OF
THE HIGH RISK**

This article describes particularities of pregnancy of women who have endemic goiter and efficiency of on going therapy, and different methods of prophylaxis among pregnant women from high risk groups on development of such pathology.