

УДК 618.03-06:616.441-002-073.7:612.882.3
DOI <http://doi.org/10.30978/CEES-2024-1-28>

Особливості перебігу гестації в жінок із вузловим зобом за умов йодного дефіциту



О. С. Паєнок¹, Б. Р. Грицишин², С. В. Ігнатович²

¹ Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

² Львівська обласна клінічна лікарня

Порушення функції щитоподібної залози (ЩЗ) — найпоширеніша ендокринна патологія вагітних [1, 2]. За статистичними даними, під час вагітності спостерігається розвиток гіпотиреозу з підвищенням рівня тиреотропного гормону (ТТГ) гіпофіза в 2,0—2,5 % випадків, тиреотоксикозу внаслідок хвороби Грейвса — у 0,2 %, транзиторного гіпертиреозу внаслідок невгамовного блювання вагітних — у 2—3 %, аутоімунного тиреоїдиту — у 10,0 % [3, 4]. У післяпологовий період розвиток тиреопатій відзначають у 5—9 % породіль [5]. У 70—80 % випадків діагностують хворобу Грейвса, у 20—30 % — пригнічення функції ЩЗ [6, 7].

В основі розвитку дифузних і вузлових форм зоба лежать різні причини: йодна недостатність, генетично зумовлені дефекти синтезу тиреоїдних гормонів, зобогенні чинники, пов'язані з харчуванням, початкові вияви аутоімунної патології [8, 9]. Установлено, що в Україні основною причиною розвитку дифузних і вузлових форм зоба є дефіцит йоду.

З йодним дефіцитом пов'язано 90—95 % випадків виникнення утворень ЩЗ, тому проблема ліквідації зобної ендемії має бути пріоритетним напрямом у медицині, що дасть змогу значно підвищити інтелектуальний потенціал нації, рівень здоров'я населення, знизити перинатальні ускладнення [10, 11]. Останніми роками кількість дітей із патологією ЩЗ, зумовленою дефіцитом йоду, зросла в 3,5 разу [12, 13].

Також спостерігається зростання частоти тиреопатій під час вагітності, оскільки навантаження на ЩЗ на

тлі гестації різко підвищується [14]. Крім того, жінки в 10—17 разів частіше, ніж чоловіки, страждають на захворювання ЩЗ [15]. Зростання кількості субклінічних форм патології пов'язане зі зміною екологічної, радіологічної та соціально-економічної обстановки [16—18]. Тому вивчення перебігу вагітності при консервативному та оперативному лікуванні вузлового зоба залишається актуальним завданням для розробки тактики спостереження за вагітними й профілактики ускладнень у плода і новонародженого.

Мета роботи — вивчити особливості перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду в жінок із вузловими утвореннями в щитоподібній залозі за умов йодної недостатності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під спостереженням перебувало 159 вагітних, які постійно проживають в умовах йодної недостатності. Пацієнток розподілили на дві групи — 52 жінки з наявністю в анамнезі оперативного втручання на ЩЗ із приводу вузлового утворення (1-ша група) та 57 жінок, яким призначили консервативне лікування з приводу вузлового зоба під час даної вагітності (2-га група). Контрольну групу сформували із 50 практично здорових жінок із фізіологічним перебігом вагітності. Вагітні всіх обстежених груп (1, 2, та контрольної) перебували у III триместрі гестації. За терміном вагітності та віком (табл. 1) жінки в групах статистично значущо не відрізнялися.

Паєнок Олександр Станіславович, д. мед. н., проф., доцент кафедри акушерства та гінекології медичного факультету №1. E-mail: alex.payenok@gmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8517-7424>;
Грицишин Богдан Русланович, к. мед. н., лікар акушер-гінеколог. E-mail: bohdanhrytshyn@gmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0009-0007-9819-7866>; Ігнатович Сергій Васильович, лікар акушер-гінеколог. E-mail: sergiyignatovich@gmail.com

Таблиця 1

Розподіл вагітних за віком

Вік, роки	1-ша група (n = 52)	2-га група (n = 57)	Контрольна група (n = 50)
До 20	1 (1,9 %)	1 (1,8 %)	1 (2,0 %)
20—29	30 (57,7 %)	32 (56,1 %)	32 (64,0 %)
30—39	21 (40,3 %)	24 (42,1 %)	17 (34,0 %)

Примітка. Статистично значущих відмінностей між групами немає ($p > 0,05$).

Обстеження всіх вагітних здійснювали згідно з наказом МОЗ України № 676 від 31.12.2004 р. «Про затвердження клінічних протоколів із акушерської та гінекологічної допомоги». Спостереження за вагітними та лікування проводили разом з ендокринологами і хірургами.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

При вивченні особливостей менструальної функції в обстежених жінок з'ясувалося, що за часом становлення менархе між групами статистично значущих відмінностей не було: у 88 % пацієнток менархе настало у віці від 11 до 14 років, середній вік менархе становив у контрольній групі — 13,1 року, у 1-й групі — 13,5 року, у 2-й групі — 13,6 року.

Статистично значущих відмінностей за частотою і структурою екстрагенітальної патології між групами не виявлено (табл. 2).

Обстеження вагітних розпочинали з вивчення анамнезу, визначали наявність чинників ризику онкологічного захворювання ЩЗ, зокрема наявність вузлових зобів у родичів, опромінення голови і шиї, проживання в умовах природного йодного дефіциту.

Вивчення характеристики вагітності та пологів у жінок контрольної групи виявило, що в більшості (74,0 %) пацієнток це була перша вагітність. При аналізі масо-ростових співвідношень відхилень від популяційних норм не виявлено: середній зріст становив ($163 \pm 0,57$) см, маса тіла — ($61,60 \pm 6,46$) кг. Середня тривалість вагітності — ($39,1 \pm 0,4$) тиж. Усі пологи були своєчасними. Пологи крізь природні пологові шляхи відбулися в 43 (86,0 %) жінок, у 7 — розродження шляхом кесарева розтину: у 5 — у плановому порядку, у 2 — в ургентному.

Середня тривалість пологів крізь природні пологові шляхи становила в контрольній групі 7 год 15 хв. Середня загальна крововтрата — (200 ± 20) мл, інтраопераційна крововтрата — (550 ± 50) мл.

При вивченні характеристики вагітності та пологів у жінок із вузловими утвореннями ЩЗ виявлено, що більшість жінок 1-ї та 2-ї груп перебували від двох до п'яти разів на стаціонарному лікуванні з приводу загрози переривання вагітності та плацентарної дисфункції. В одній вагітній 1-ї групи була вегето-судинна дистонія за змішаним типом (табл. 3).

Під час вагітності надмірна маса тіла та ожиріння зареєстрували в 20 (38,5 %) жінок 1-ї групи та 23 (40,4 %) 2-ї групи, стан гіперандрогенії — у 4 (7,7 %) і 3 (5,3 %) відповідно, порушення при електрокардіографічному обстеженні — у 29 (55,8 %) та 31 (54,4 %).

У більшості жінок вагітність завершилася терміновими пологами (у 45 (86,5 %) у 1-й групі та 50 (87,7 %) у 2-й групі). Передчасними були 1 (1,9 %) пологи в 1-й групі (31—32-й тиждень) і 3 (5,3 %) — у 2-й групі (33—34-й тиждень) (табл. 4).

Пологи крізь природні пологові шляхи відбулися в 24 (46,2 %) жінок 1-ї групи та 32 (56,1 %) — 2-ї, пологи шляхом кесарева розтину зареєстровані у 28 (53,9 %)

Таблиця 2

Частота і структура екстрагенітальної патології у вагітних із вузловими утвореннями щитоподібної залози

Патологія	1-ша група (n = 52)	2-га група (n = 57)	Контрольна група (n = 50)
Захворювання серця і судин	4 (7,7 %)	2 (3,5 %)	2 (4,0 %)
Захворювання нирок	3 (5,8 %)	8 (14,0 %)	2 (4,0 %)
Захворювання легень	9 (17,3 %)	7 (12,3 %)	6 (12,0 %)
Захворювання шлунково-кишкового тракту	15 (28,8 %)	12 (21,1 %)	9 (18,0 %)
Черепно-мозкові травми в анамнезі	5 (9,6 %)	3 (5,3 %)	2 (4,0 %)
Перенесені дитячі інфекції (кір, паротит, вітряна віспа тощо)	15 (28,8 %)	21 (36,8 %)	14 (28,0 %)
ГРВІ, грип	20 (38,5 %)	16 (28,1 %)	13 (26,0 %)

Примітка. Статистично значущих відмінностей між групами немає ($p > 0,05$).

Таблиця 3

Ускладнення вагітності в жінок із вузловими утвореннями щитоподібної залози

Показник	1-ша група (n = 52)	2-га група (n = 57)	Контрольна група (n = 50)
Загроза переривання	22 (42,3 %)*	32 (56,1 %)*	5 (10,0 %)
Анемія легкого ступеня	32 (61,5 %)*	32 (56,1 %)*	12 (24,0 %)
Анемія середнього ступеня	9 (17,3 %)**	5 (8,8 %)**	–
Плацентарна дисфункція	40 (76,9 %)**	33 (57,9 %)*	9 (18,0 %)
Набряки вагітних	25 (48,1 %)**	38 (66,7 %)*	10 (20,0 %)
Прееклампсія I ступеня	6 (11,5 %)**	7 (12,3 %)**	–
Вегето-судинна дистонія за гіпотонічним типом	7 (13,5 %)	7 (12,3 %)	2 (4,0 %)
Вегето-судинна дистонія за гіпертонічним типом	7 (13,5 %)	7 (12,3 %)	3 (6,0 %)
ГРВІ при вагітності	6 (11,5 %)	9 (15,8 %)	1 (2,0 %)
«Незріла» шийка матки	9 (17,3 %)	7 (12,3 %)	3 (6,0 %)
Великий плід	5 (9,6 %)	3 (5,3 %)	3 (6,0 %)
Ожиріння I ступеня	6 (11,5 %)**	9 (15,8 %)**	–
Ожиріння II ступеня	9 (17,3 %)**	8 (14,0 %)**	–
Багатоводдя	3 (5,8 %)	8 (14,1 %)*	1 (2,0 %)
Гіпотрофія плода	3 (5,8 %)	4 (7,0 %)	–

Примітка. Статистична значущість різниці щодо контрольної групи: * $p < 0,001$; ** $p < 0,05$.

і 25 (43,9 %) відповідно, за екстремними показаннями — у 6 (11,5 %) та 12 (21,2 %). Основними невідкладними показаннями до проведення операції кесарева розтину були аномалії пологової діяльності, дистрес плода, що прогресує, тривалий безводний період. Посилення пологової діяльності окситоцином застосовано в 4 (7,7 %) жінок 1-ї групи та 10 (17,5 %) 2-ї групи.

Ручне обстеження порожнини матки проведено в 4 (7,69 %) жінок 1-ї групи, у двох із приводу гіпотонічної кровотечі, ще у двох із приводу дефекту посліду. У вагітних 2-ї групи випадків гіпотонічної

кровотечі не було, ручне обстеження порожнини матки проведено в однієї жінки з приводу щільного прикріплення посліду. Епізіотомію проведено в 3 (5,8 %) жінок 1-ї групи та 9 (15,8 %) 2-ї групи з приводу загрози розриву ригідної промежини. Розриви промежини I—II ступеня зафіксовано в 4 (7,7 %) і 2 (3,5 %) жінок відповідно, розриви шийки матки I—II ступеня — в 11 (21,2 %) та 9 (15,8 %) (табл. 5).

Варта уваги велика частота операцій кесаревого розтину в обох групах — майже в половині всіх випадків пологів (у 53,9 % у 1-й групі та 43,9 % у 2-й групі). У 1-й групі частка таких операцій за екстремними показаннями становила 11,5 % від усіх випадків оперативного розродження, у 2-й групі — близько половини (21,1 % від 43,9 %). У 1-й групі оперативне розродження проводили найчастіше в плановому порядку за поєднаними показаннями. У 2-й групі пологову діяльність підсилювали окситоцином (17,5 % випадків). У 1-й групі первинна слабкість пологової діяльності спостерігалася в 11,5 % жінок, у 2-й групі — у 14,0 %, що потребувало екстреного розродження шляхом операції кесарева розтину. Допологове вилиття навколоплодових вод в 1-й та 2-й групах відбувалося вдвічі частіше, ніж у контрольній групі. Поєднання наростання безводного періоду

Таблиця 4

Перебіг пологів у жінок із вузловими утвореннями щитоподібної залози

Перебіг пологів	1-ша група (n = 52)	2-га група (n = 57)	Контрольна група (n = 50)
Термінові	45 (86,5 %)	50 (87,7 %)	50 (100,0 %)
Запізнілі	6 (11,5 %)**	4 (7,0 %)**	–
Передчасні	1 (1,9 %)	3 (5,3 %)*	–
Кесарів розтин	28 (53,9 %)**	25 (43,9 %)*	7 (14,0 %)

Примітка. Статистична значущість різниці щодо контрольної групи: * $p < 0,001$; ** $p < 0,05$.

Таблиця 5

Ускладнення пологів і післяпологового періоду в жінок із вузловими утвореннями щитоподібної залози

Ускладнення	1-ша група (n = 52)	2-га група (n = 57)	Контрольна група (n = 50)
Допологове вилиття навколоплідних вод	11 (21,2 %)	16 (28,0 %)	8 (16,0 %)
Первинна слабкість пологової діяльності	6 (11,5 %)*	8 (14,0 %)*	1 (2,0 %)
Ургентний кесарів розтин	6 (11,5 %)	12 (21,1 %)*	2 (4,0 %)
Гіпотонічна кровотеча	2 (3,85 %)	–	–

Примітка. * Статистична значущість різниці щодо контрольної групи ($p < 0,01$).

та слабкості пологової діяльності стало основною причиною кесарева розтину в обох групах.

У післяпологовий період застосовували стандартні методики ведення породіль залежно від способу розродження, об'єму крововтрати й наявності супутньої екстрагенітальної патології.

Після кесарева розтину призначали курс антибактеріальної терапії, інфузійну терапію, ентеральне харчування в ранній післяопераційний період. За призначенням ендокринолога жінки продовжували прийом препаратів левотироксину в індивідуально підібраній дозі.

Лактація в усіх жінок в обох групах була достатньою, випадків гіпогалакції не спостерігали. Зазвичай молоко з'являлося самостійно на 3—4-й день після пологів, що не потребувало додаткової стимуляції лактації.

Таким чином, у вагітних із вузловими утвореннями ЩЗ відзначено більшу кількість ускладнень упродовж вагітності незалежно від способу лікування вузлового зоба, ніж у жінок із фізіологічним перебігом вагітності. Загроза переривання вагітності при оперативному лікуванні вузлового зоба була в 42,3 % випадків, при консервативному лікуванні — у 56,1 %, плацентарна дисфункція — у 76,9 і 57,9 % відповідно, прееклампсія I ступеня тяжкості — у 11,5 та 12,3 %, анемія легкого і середнього ступеня тяжкості — у 78,9 і 64,9 %, що статистично значущо ($p < 0,05$) перевищує аналогічні показники в контрольній групі.

ВИСНОВКИ

Установлено статистично значущо більшу частоту проведення операції кесарева розтину в обох досліджуваних групах порівняно з контрольною.

Пологи при вузлових утвореннях ЩЗ ускладнюються несвоєчасним вилиттям навколоплідних вод, слабкістю пологової діяльності, підвищенням частоти операції кесарева розтину.

Усім вагітним у першому триместрі необхідна консультація ендокринолога для заперечення вузлових утворень та іншої патології ЩЗ. З огляду на наявність природної йодної недостатності в Україні вагітні з вузловими утвореннями ЩЗ належать до групи високого ризику внаслідок розвитку ускладнень вагітності та пологів (прееклампсія, загроза переривання вагітності, анемія, плацентарна дисфункція).

У жінок із вузловими утвореннями ЩЗ зафіксовано більшу кількість ускладнень упродовж вагітності незалежно від попереднього способу лікування вузлового зоба, ніж у жінок із фізіологічним перебігом вагітності: загроза переривання виникала в 4—5 разів частіше, анемія — в 2—3 рази, наявна прееклампсія. Перебіг пологів у жінок із вузловими утвореннями ЩЗ ускладнювався слабкістю пологової діяльності та наявністю показань до оперативного розродження (відповідно у 6 і 3 рази частіше порівняно з жінками з фізіологічним перебігом вагітності). Для стану фетоплацентарного комплексу у вагітних із вузловими утвореннями ЩЗ притаманний частіший розвиток плацентарної дисфункції, що спричиняє високу частоту ускладнень у період новонародженості.

Вагітні з тиреопатіями мають бути віднесені до групи ризику акушерської та перинатальної патології та перебувати під постійним наглядом акушера-гінеколога, ендокринолога та психолога. Для обґрунтованого лікування вагітних у зоні ендемії доцільно проводити ультразвукове визначення об'єму ЩЗ та її ехоструктури на початку вагітності. При виявленні змін рекомендовано визначення рівня ТТГ гіпофіза і вільного тироксину для розробки лікувально-профілактичних заходів із використанням йодовмісних препаратів.

Проведення моніторингу йодного балансу, стану тиреоїдної системи у вагітних та скринінгу ТТГ гіпофізу в новонароджених у зоні ендемії має бути

обов'язковим, оскільки дає змогу виявити вагітних групи ризику акушерських ускладнень та дітей із транзиторними порушеннями функції ЩЗ, що забезпечить їх спостереження протягом вагітності, у післяпологовий та ранній неонатальний період.

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція і дизайн дослідження, редагування — О. С. Паєнок; збір та опрацювання матеріалу — Б. Р. Грицишин, С. В. Ізатович; написання тексту — Б. Р. Грицишин.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

- Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, Grobman WA, Laurberg P, Lazarus JH, Mandel SJ, Peeters RP, Sullivan S. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. *Thyroid*. 2017 Mar;27(3):315-389. doi: 10.1089/thy.2016.0457. Erratum in: *Thyroid*. 2017 Sep;27(9):1212. PMID: 28056690.
- Kahaly GJ, Bartalena L, Hegedüs L, Leenhardt L, Poppe K, Pearce SH. European Thyroid Association Guideline for the Management of Graves' Hyperthyroidism. *Eur Thyroid J*. 2018;7:167-86. <https://DOI.org/10.1159/000490384>.
- Silva JF, Ocarino NM, Serakides R. Thyroid hormones and female reproduction. *Biol Reprod*. 2018;99(5):907-21. doi: 10.1093/biolre/boy115.
- Springer D, Jiskra J, Limanova Z, Zima T, Potlukova E. Thyroid in pregnancy: From physiology to screening. *Crit Rev Clin Lab Sci*. 2017 Mar;54(2):102-16. doi: 10.1080/10408363.2016.1269309. Epub 2017 Jan 19. PMID: 28102101.
- Kaminsky O, Tatarchuk T. Hypothyroidism and pregnancy: new recommendations on the features of the diagnosis and treatment modality. *International Journal of Endocrinology (Ukraine)*. 2021;13(2):152-7. <https://doi.org/10.22141/2224-0721.13.2.2017.100605>. Ukrainian.
- Tsakiridis I, Giouleka S, Kourtis A, Mamopoulos A, Athanasiadis A, Dagklis T. Thyroid Disease in Pregnancy: A Descriptive Review of Guidelines. *Obstet Gynecol Surv*. 2022 Jan;77(1):45-62. doi: 10.1097/OGX.0000000000000960. PMID: 34994394.
- Buldyhina Y, Strafun L, Terekhova H, Shliakhtych S, Pankiv V. Diagnosis and treatment of thyrotoxicosis during pregnancy and in the postpartum period. A fragment of 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and the postpartum. *International Journal of Endocrinology (Ukraine)*. 2019;15(2):165-77. <https://doi.org/10.22141/2224-0721.15.2.2019.166111>.
- Pankiv V. Thyrotoxicosis syndrome: new clinical opportunities for the correction of thyroid dysfunction. *Journal of Endocrinology (Ukraine)*. 2020;16(1):58-62. <https://doi.org/10.22141/2224-0721.16.1.2020.199129>.
- Andersen SL, Olsen J, Laurberg P. Antithyroid drug side effects in the population and in pregnancy. *J Clin Endocrinol Metab*. 2016 Apr;101(4):1606-14. doi: 10.1210/jc.2015-4274. Epub 2016 Jan 27. PMID: 26815881.
- Banigé M, Polak M, Luton D; Research Group for Perinatal Dysthyroidism (RPGD) Study Group. Prediction of Neonatal Hyperthyroidism. *J Pediatr*. 2018 Jun;197:249-54.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2018.01.071. Epub 2018 Mar 28.
- Pearce EN. Management of thyrotoxicosis: preconception, pregnancy, and the postpartum period. *Endocr Pract*. 2019 Jan;25(1):62-8. doi: 10.4158/EP-2018-0356. Epub 2018 Oct 5. PMID: 30289300.
- Weissenfels PC, Woelfle J, Korsch E, Joergens M, Gohlke B. Inconsistencies in the management of neonates born to mothers with «thyroid diseases». *Eur J Pediatr*. 2018 Nov;177(11):1711-1718. doi: 10.1007/s00431-018-3232-9. Epub 2018 Sep 5. PMID: 30187120.
- Pasyecho N, Kulchinska V, Naumova L. Subclinical hypothyroidism in pregnant women in the iodine deficiency region: to treat or not to treat? *Journal of Endocrinology (Ukraine)*. 2020;16(6):471-7. <https://doi.org/10.22141/2224-0721.16.6.2020.215385>.
- Boychuk AV, Budnik TO. Vitamin D deficiency and pregnancy. *Actual Problems of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology*. 2016;(2):36-9. doi: 10.11603/24116-4944.2016.2.6852. Ukrainian.
- Payenok OD, Payenok AV, Pankiv IV, Kostiv MO. Changes in lipid peroxidation and antioxidant activity in pregnant women and women in labour with diffuse toxic goiter. *World of Medicine and Biology*. 2019;2(68):85-91. doi: 10.26724/2079-8334-2019-2-68-85-91.
- Dickens LT, Cifu AS, Cohen RN. Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum Period. *JAMA*. 2019 May 21;321(19):1928-1929. doi: 10.1001/jama.2019.5321. PMID: 31050702.
- Léger J, Carel JC. Diagnosis and management of hyperthyroidism from prenatal life to adolescence. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2018 Aug;32(4):373-386. doi: 10.1016/j.beem.2018.03.014. Epub 2018 Apr 5.
- Léger J. Management of Fetal and Neonatal Graves' Disease. *Horm Res Paediatr*. 2017;87(1):1-6. doi: 10.1159/000453065. Epub 2016 Dec 16.

РЕЗЮМЕ

За статистичними даними, під час вагітності спостерігається розвиток гіпотиреозу з підвищенням рівня тиреотропного гормону гіпофіза в 2,0—2,5 % випадків, тиреотоксикозу внаслідок хвороби Грейвса — у 0,2 %, транзиторного гіпертиреозу внаслідок невгамовного блювання вагітних — у 2—3 %, автоімунного тиреоїдиту — у 10,0 %. У післяпологовий період розвиток тиреопатій реєструють у 5—9 % породіль. У 70—80 % випадків діагностують хворобу Грейвса, у 20—30 % — пригнічення функції щитоподібної залози (ЩЗ).

Мета роботи — вивчити особливості перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду в жінок із вузловими утвореннями в щитоподібній залозі за умов йодної недостатності.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебувало 159 вагітних, які постійно проживають в умовах йодної недостатності. Пацієнток розподілили на дві групи — 52 жінки з наявністю в анамнезі

оперативного втручання на ЩЗ із приводу вузлового утворення (перша група) та 57 жінок, яким призначили консервативне лікування з приводу вузлового зоба під час даної вагітності (друга група). Контрольну групу сформували із 50 практично здорових жінок із фізіологічним перебігом вагітності. За терміном вагітності та віком жінки в групах статистично значущо не відрізнялися.

Результати. Продемонстровано, що недостатнє надходження йоду в організм вагітної призводить до перинатальних ускладнень і потребує проведення моніторингу йодного балансу протягом вагітності, у післяпологовий та ранній неонатальний період. Загроза переривання вагітності при оперативному лікуванні вузлового зоба була в 42,3 % пацієток, при консервативному лікуванні — у 56,1 %, плацентарна дисфункція — у 76,9 % жінок 1-ї групи і 57,9 % жінок 2-ї групи, преєклампсія I ступеня тяжкості — у 11,5 та 12,3 % відповідно, анемія легкого і середнього ступеня тяжкості — у 78,9 і 64,9 %, що статистично значущо ($p < 0,05$) перевищує аналогічні показники в контрольній групі.

Висновки. У вагітних із вузовими утвореннями ЩЗ зафіксовано більшу кількість ускладнень упродовж вагітності незалежно від способу лікування вузлового зоба, ніж у жінок із фізіологічним перебігом вагітності.

Ключові слова: патологія щитоподібної залози, вагітність, акушерські ускладнення, прогноз, йодний дефіцит.

ABSTRACT

Features of gestation course in women with nodular goiter under conditions of iodine deficiency

O. S. Paienok¹, B. R. Hrytsyshyn², S. V. Ihnatovych²

¹ Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv

² Lviv Regional Clinical Hospital

According to statistical data, hypothyroidism with an increase in the level of pituitary thyroid-stimulating hormone (TSH) occurs during pregnancy in 2—2.5 % of cases, thyrotoxicosis due to Graves' disease — in

0.2 %, transient hyperthyroidism due to uncontrollable vomiting of pregnant women — in 2—3 %, and the frequency of development of autoimmune thyroiditis is 10 %. In the postpartum period, the development of thyropathies is noted in 5—9 % of women in labor. Graves' disease is diagnosed in 70—80 % of cases, and thyroid suppression in 20—30 % of cases.

Objective — to study the characteristics of the course of pregnancy, childbirth and the postpartum period in women with nodular formations in the thyroid gland under conditions of iodine deficiency.

Materials and methods. Observations involved 159 pregnant women who constantly live under conditions of iodine deficiency. The patients were divided into two groups, the first group included 52 women with a history of thyroid surgery due to nodular formation, and women of the second group ($n = 57$) were administered conservative treatment for nodular goiter during this pregnancy. The control group included 50 practically healthy women with a physiological pregnancy course. The term of pregnancy and the age of women in all groups did not differ significantly.

Results. It has been demonstrated that insufficient intake of iodine by pregnant woman resulted in perinatal complications and requires monitoring of the iodine balance during pregnancy, in the postpartum and early neonatal periods. The threat of pregnancy termination in the group of surgical treatment of nodular goiter was 42.3 %, in the group of conservative treatment 56.1 %; the proportion of placental dysfunction was 76.9 % and 57.9 %, respectively; preeclampsia of the first degree of severity was registered in 11.5 % and 12.3 % of patients, respectively; mild and moderate anemia — in 78.9 % and 64.9 %, respectively, which significantly ($p < 0.05$) exceeded similar indicators in the control group.

Conclusions. Pregnant women with nodular formations of the thyroid gland have a greater number of complications during pregnancy, regardless of the method of treatment of nodular goiter, than women with a physiological pregnancy course.

Keywords: pathology of the thyroid gland, pregnancy, obstetric complications, prognosis, iodine deficiency.

Дата надходження до редакції 19.12.2023 р.

Дата рецензування 23.01.2024 р.

Дата підписання статті до друку 11.02.2024 р.