

Комарова Ю. Ю.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ.

*Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии,
г. Минск*

Ключевые слова: щитовидная железа, гормоны, беременность.

Резюме: в статье проанализированы течение и исход беременности при гипотиреозе. Частота осложнений гестации возрастает у пациенток с тиреоидной патологией. Выявлены наиболее часто встречающиеся патоморфологические изменения в плаценте при гипотиреозе. Предгравидарный скрининг гормонов щитовидной железы и своевременная компенсация гипотиреоза помогут скорректировать выявленные осложнения.

Resume: the article analyzes the course and outcome of pregnancy in hypothyroidism. The frequency of complications of pregnancy increases in patients with thyroid disease. The most frequently occurring pathological changes in the placenta in hypothyroidism. Pre-gravidly screening of thyroid hormones and timely compensation of hypothyroidism will help to correct the identified complications.

Актуальность. Частота эндокринной патологии у беременных женщин за последние годы увеличивается в нашей стране и за рубежом. Актуальность проблемы гипотиреоза в практике врачей различных специальностей несомненна, поскольку при дефиците тиреоидных гормонов, необходимых для нормального функционирования практически каждой клетки организма человека, развиваются тяжелые изменения всех без исключения органов и систем. Дефицит гормонов щитовидной железы оказывает негативное влияние на здоровье населения, особенно беременных и кормящих женщин.

Цель: изучение влияния гипотиреоза на течение и исход беременности.

Материалы и методы. На базе УЗ “1 ГКБ” проведен ретроспективный анализ 75 историй родов за 2015 год. В контрольную группу включены 35 историй родов без диагноза гипотиреоза. Для анализа результатов исследования использовалась программа STATISTICA 6.0, применялись тесты Фишера и Хи-квадрат.

Результаты и обсуждения. Средний возраст пациенток в основной группе составил $29,63 \pm 4,12$ лет, вариация от 19 до 36 лет. Для исследования отбирались истории беременных женщин с гипотиреозом, при этом исключалась другая эндокринная патология, тяжелые соматические заболевания, выраженные степени гестозов, случаи клинических проявлений инфекций половых путей. Для анализа эндокринной патологии учитывались уровни ТТГ, Т4 свободного, АТ-ТПО в первом триместре беременности.

При изучении историй болезней 75 пациенток *контрольной группы* была выявлена следующая патология щитовидной железы: субклинический гипотиреоз отмечался у 59,0% обследованных женщин, аутоиммунный тиреоидит – 21%, узловой зоб – 8,0%, ИГТТ – 7%, послеоперационный гипотиреоз был диагностирован в 5,0% случаев.

При сборе анамнеза у беременных женщин было выявлено, что 12% из *основной* группы имели случаи неразвивающейся беременности в прошлом, в *контрольной* группе данный показатель составил 5,7%.

Нами выявлено, что течение настоящей беременности у женщин с гипотиреозом осложнилось: кольпитом – в 78,87% случаев, анемией – в 57,3%, ХФПН – 48,9%, ОРВИ – 46,05%, имела место угроза прерывания беременности в 45,5% случаев, присоединение гестоза легкой степени – 39,73%, наличие ИЦН – 9,3% случаев.

При изучении контрольной группы данные показатели составили: кольпит – %, анемия легкой степени – 20,0%, ХФПН – 14,3%, ОРВИ – 31,4%, угроза прерывания беременности - 14,2%, гестоз легкой степени – 11,4%, ИЦН – 5,7% соответственно (таблица 1).

Таблица 1. Осложнения течения беременности.

Осложнения течения беременности	Основная группа, %		Контрольная группа, %	
	абс. кол-во	%	абс. кол-во	%
Кольпит	59	78,87	19	54,2
Анемия	43*	57,3	15	20
ХФПН	29*	38,9	5	14,2
ОРВИ	35*	46,6	11	31,4
Угроза прерывания беременности	34*	45,5	5	14,2
Гестоз легкой степени	30*	39,73	4	11,4
ИЦН	7	9,3	2	5,7

Примечание: * – при $p < 0,05$ в сравнении с контролем.

Течение родов в основной группе осложнялось ПИОВ в 44%, 1-й слабостью родовой деятельности в 21,3%. В группе контроля ПИОВ и 1-я слабость родовой деятельности составили по 11,4% (Таблица 2).

Таблица 2. Осложнения родов.

Осложнения течения родов	Основная группа, абс. кол-во/ %		Контрольная группа, абс. кол-во/ %	
	абс. кол-во	%	абс. кол-во	%
ПИОВ	33*	44	4	11,4
1-я слабость родовой деятельности	16	21,3	4	11,4

Примечание: * - при $p < 0,05$ в сравнении с контролем.

При изучении патоморфологических исследований последов выявлено: в *основной* группе было преобладание хорангиоза – 21% случаев ($p < 0,05$) и диссоциированного созревания ворсин хориона – 16% случаев по сравнению с контрольной группой, что характерно для такого осложнения беременности, как ХФПН. Также в основной группе было выявлено избыточное отложение фибриноида - 9% случаев, патологическая незрелость плаценты – 4% случаев.

Патоморфологические изменения последа в *контрольной* группе выглядели следующим образом: хорангиоз – 9% случаев, диссоциированное созревание

ворсин – 11%, избыточное отложение фибриноида – 9%, патологическая незрелость плаценты – 0% (рисунок 1).

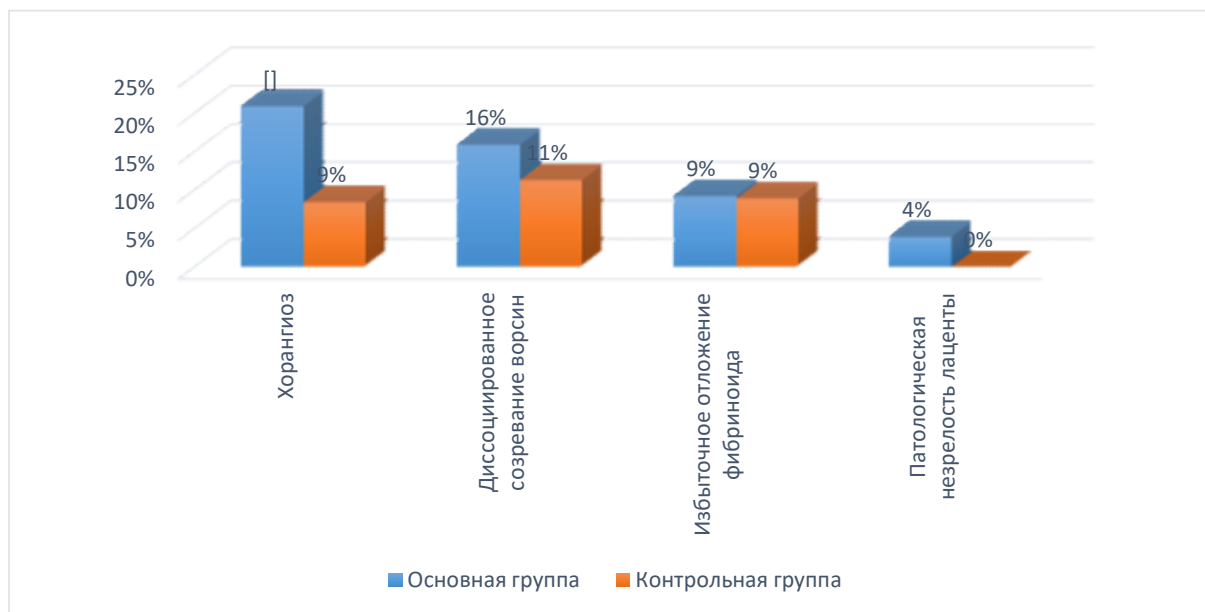


Рис. 1. Патоморфологические изменения последа.

Частота воспалительных изменений в виде очагового хориоамнионита, интервиллузита, децидуита достоверно не отличались в сравниваемых группах.

Проведенные нами исследования показали, что гипотиреоз приводит к выраженным осложнениям течения беременности и родов, проявляющимся анемией беременных, угрозой прерывания беременности, ХФПН, длительным течением латентных инфекций урогенитального тракта. При гипотиреозе среди патоморфологических изменений последа преобладали хорангиоз и диссоциированное созревание ворсин.

По данным литературы выявлено, что во время беременности отмечается усиление почечного клиренса йода, что приводит к увеличению потребности в йоде. Значительное количество йода, поступающего в организм беременной женщины, расходуется на нормальное функционирование фетоплацентарного комплекса, что при наличии йод-дефицита приводит к развитию ХФПН.

Выводы. Всем женщинам в Республике Беларусь, с учетом имеющегося йод-дефицита, а также достаточно высокой распространенности аутоиммунного тиреоидита и носительства АТ-ТПО, необходим предгравидарный скрининг гормонов щитовидной железы и своевременная компенсация гипотиреоза, а также тщательный мониторинг течения беременности и родов, коррекция выявленных осложнений.

Необходимо исследование уровня ТТГ на ранних сроках беременности.

Тактика лечения гипотиреоза во время беременности отличается от лечения небеременных женщин. При беременности обязательным является лечение как манифестного, так и субклинического гипотиреоза. Кроме того, если терапию обычно начинают с 25—50 мкг в сутки с постепенным ее увеличением на

25—50 мкг каждые 2—4 недели до полной заместительной, то при беременности полная заместительная доза назначается сразу.

При беременности для оценки адекватности заместительной терапии гипотиреоза, помимо определения ТТГ, обязательно тестирование св.Т4.

Все беременные женщины, проживающие в йод-дефицитных регионах, должны на протяжении беременности и лактации принимать профилактические дозы калия йодида — 150—200 мкг/сут либо в составе поливитаминов, либо в качестве лекарственных препаратов (Йодомарин). Прием вышеуказанных доз калия йодида не противопоказан для лиц с аутоиммунным гипотиреозом, поскольку физиологические дозы йода не оказывают негативное влияние на течение аутоиммунного тиреоидита.

Женщины, у которых во время беременности выявлены высокие уровни АТ-ТПО (>200 Ед/мл) при нормальных уровнях ТТГ и св.Т4, должны быть обследованы через 1,5—3 мес после родов и далее наблюдаться у эндокринолога в связи с высокой вероятностью развития гипотиреоза.

Литература

1. Сидельникова, В. М. Невынашивание беременности / В. М. Сидельникова, – М. : Медицина, 1986. – 175 с.
2. Милованов, А. П. Патология системы мать-плацента-плод / А. П. Милованов, – М. : Медицина, 1999. – 447 с.
3. Бекманн, Ч. Акушерство и гинекология / Ч. Бекманн. – М. : Медицинская литература, 2004. – 323 с.