

Ю. Ю. Комарова

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доцент В. М. Савицкая

Кафедра акушерства и гинекологии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

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.

Ключевые слова: щитовидная железа, гормоны, беременность

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.

Keywords: the thyroid gland, hormones, pregnancy.

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.

Задачи:

1. Изучить структуру патологии щитовидной железы у беременных женщин.
2. Изучить особенности течения беременности при гипотиреозе.
3. Изучить особенности исхода родов при гипотиреозе.
4. Изучить патоморфологические изменения последа при гипотиреозе.

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%, ИГГТ – 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, %	
	<i>Кольпит</i>	59	78,87	19
<i>Анемия</i>	43*	57,3	15	20
<i>ХФПН</i>	29*	38,9	5	14,2
<i>ОРВИ</i>	35*	46,6	11	31,4
<i>Угроза прерывания беременности</i>	34*	45,5	5	14,2
<i>Гестоз легкой степени</i>	30*	39,73	4	11,4
<i>ИЦН</i>	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/ %	
	<i>ПИОВ</i>	33*	44	4
<i>1-я слабость родовой деятельности</i>	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*.

пой, 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).

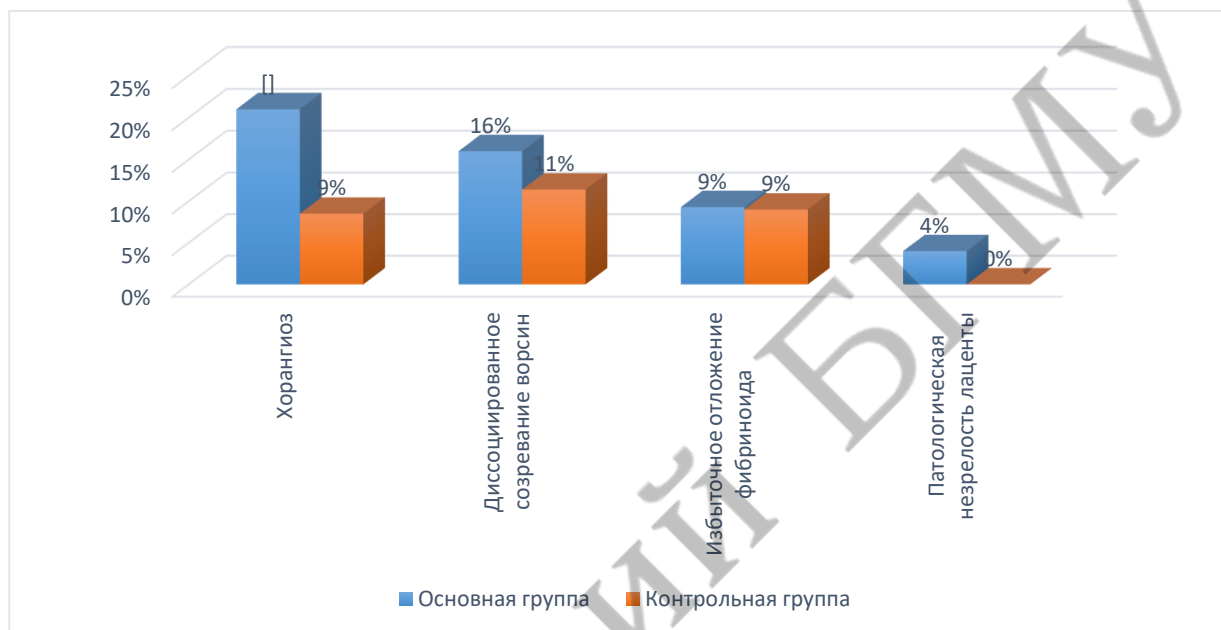


Рисунок 1 – Патоморфологические изменения последа

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

Выводы.

1 Выявлено преобладание субклинического гипотиреоза во время беременности.

2 Гипотиреоз приводит к выраженным осложнениям течения беременности и родов, проявляющимся анемией беременных, угрозой прерывания беременности, ХФПН, длительным течением латентных инфекций урогенитального тракта, ПИОВ, слабости родовой деятельности.

3 При гипотиреозе среди патоморфологических изменений последа в основном преобладали хорангиоз и диссоциированное созревание ворсин хориона, что свидетельствует о наличии ХФПН (возможно имело место латентное течение).

4 Всем женщинам в Республике Беларусь, с учетом имеющегося йод-дефицита, а также достаточно высокой распространенности аутоиммунного тиреоидита и носительства АТ-ТПО, желательно провести предгравидарный скрининг гормонов щитовидной железы и, соответственно, своевременную компенсацию гипотиреоза. Во время беременности необходимо проводить мониторинг течения беременности, родов с последующей коррекцией выявленных осложнений.

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

6 Все беременные женщины, проживающие в йод-дефицитных регионах (без подтвержденного гипотиреоза), 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).

7 Не диагностированный и не леченный гипотиреоз или изолированная гипотироксинемия во время беременности может неблагоприятно отразиться на здоровье как матери, так и новорожденного. Это доказывает необходимость скрининга гипотиреоза на ранних сроках беременности, а еще лучше — при ее планировании.

Y. Y. Komarova

THE CONDITION OF HYPOTHYROIDISM IN PREGNANT WOMEN

Tutor: assistant professor V. M. Savitskaya

Department of Obstetrics and Gynecology

Belarusian state medical University

The Republic of Belarus, Minsk

Литература

1. Сидельникова, В. М. Невынашивание беременности / В. М. Сидельникова, – М. : Медицина, 1996. – 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.