

Кузина К.Д., Савицкая В.М.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск,
Республика Беларусь

ГИПОТИРЕОЗ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ

Резюме: статья посвящена особенностям течения беременности при гипотиреозе и особенностям ведения родов у беременных с гипотиреозом. Проанализированы показатели гормонов щитовидной железы, проводимая коррекция в лечении гипотиреоза, изучены особенности патоморфологических исследований последов.

Ключевые слова: гипотиреоз, тиреоидные гормоны, беременность, фетоплацентарная недостаточность, преждевременное излитие околоплодных вод, послед, хориоамнионит, интервиллузит, децидуит.

Актуальность. Гипотиреоз остается актуальной проблемой не только в практике акушеров – гинекологов, но и врачей различных специальностей, так как дефицит тиреоидных гормонов, необходимых для нормального функционирования всего организма человека, приводит к тяжелым изменениям всех без исключения органов и систем [1,4]. Дефицит гормонов щитовидной железы негативно сказывается на здоровье беременных и кормящих женщин (высокая частота бесплодия, акушерские, перинатальные осложнения), а также на здоровье всей популяции [2,5]. Во время беременности изменение функции щитовидной железы носит в основном функциональный характер. А если имеется дефицит йода (во время беременности потребность щитовидной железы в йоде увеличивается), то щитовидная железа не может выработать достаточное количество своих гормонов. Все изменения носят физиологический характер, что обеспечивает адаптацию щитовидной железы к наступившей беременности, но для нормального функционирования требуется достаточный функциональный резерв. «Перегрузка» щитовидной железы во время беременности может послужить триггерным моментом для формирования тиреоидной патологии. Во время беременности у женщин с гипотиреозом могут развиваться следующие осложнения: внутриутробная гибель плода, гипертензия, отслойка нормально- или низкорасположенной плаценты, перинатальные осложнения [3,6,7]. Необходима индивидуально подобранная терапия тиреоидными гормонами, что поможет улучшить исход беременности, родов и послеродового периода. Осложнения беременности и родов у женщин с гипотиреозом являются следствием тиреоидной недостаточности и отражением аутоиммунного процесса организма.

Цель исследования: изучить особенности течения беременности и ее исход у женщин с гипотиреозом.

Материалы и методы исследования. Для оценки влияния гипотиреоза на течение беременности и роды, ретроспективно был проведен анализ историй родов 75 женщин с диагнозом: Гипотиреоз. Из исследования

исключались женщины с иными эндокринными, а также тяжелыми соматическими заболеваниями, исключались случаи преэклампсии и инфекции половых путей. Контрольную группу составили 35 здоровых женщин (без диагноза гипотиреоза). Для анализа результатов исследования использовалась программа STATISTICA, применялись тесты Фишера и Хи-квадрат.

Результаты исследования и обсуждение. В проведенном нами исследовании средний возраст обследуемых пациенток 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, преэклампсия, случаи клинических проявлений инфекций половых путей. Для определения функции щитовидной железы, ее работы, анализа эндокринной патологии мы учитывали определение уровня следующих гормонов: ТТГ, Т4 свободного, АТ-ТПО в первом триместре беременности и в динамике во время беременности.

При изучении отобранных 75 историй беременных женщин с гипотиреозом нами была выявлена следующая патология щитовидной железы: субклинический гипотиреоз выявлен у 58,6% обследованных беременных женщин, аутоиммунный тиреоидит – у 21%, узловой зоб – у 8,0%, ИГТТ – у 7%, послеоперационный гипотиреоз был диагностирован в 5,0% случаев.

При сборе репродуктивного анамнеза у обследуемых беременных женщин мы выявили, что у 12% женщин из основной группы имели случаи неразвивающейся беременности в прошлом, в контрольной группе данный показатель составил 5,7%.

Далее мы проанализировали течение настоящей беременности у женщин основной группы и выявили следующие осложнения течения беременности: кольпит встречался – в 78,87% случаев беременных, анемия беременных легкой степени – в 57,3%, хроническая фето-плацентарная недостаточность (ХФПН) имело место в – 48,9% случаев, ОРВИ – 46,05%, также был выставлен диагноз угрозы прерывания беременности в 45,5% случаев, во третьем триместре беременности присоединилась преэклампсия умеренной степени – в 39,73% случаев, наличие истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) диагностировано в – 9,3% случаев.

При изучении карт беременных контрольной группы данные показатели выглядели следующим образом: анемия беременных легкой степени встречалась в – 20,0% случаев, ХФПН – 14,3%, ОРВИ – 31,4%, угроза прерывания беременности выявлена в - 14,2% случаев, преэклампсия умеренной степени – 11,4%, ИЦН – 5,7% случаев соответственно.

Далее мы проанализировали течение родов у беременных с гипотиреозом в основной и контрольной группах. При анализе мы выявили следующие осложнения родов: преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) - 44% случаев, первичная слабость родовой деятельности в 21,3%

случаев. В группе контроля ПРПО и первичная слабость родовой деятельности составили по 11,4%.

Далее нашей задачей было проанализировать патоморфологическое исследование последов. При анализе патоморфологического исследования 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. Это было расценено нами как хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХФПН). Также в основной группе было выявлено избыточное отложение фибриноида – 9% случаев, патологическая незрелость плаценты – 4% случаев.

При анализе патоморфологических изменений последа в контрольной группе эти изменения выглядели следующим образом: хорангиоз – 9% случаев, диссоциированное созревание ворсин – 11% случаев, избыточное отложение фибриноида – 9%, патологическая незрелость плаценты не выявлена по сравнению с основной группой.

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

Проведенные нами исследования показали, что гипотиреоз является триггерным моментом, приводящим к выраженным осложнениям течения беременности и родов. На фоне гипотиреоза наиболее часто проявляются такие осложнения беременности, как анемия беременных, угроза прерывания беременности, ХФПН. На фоне гипотиреоза инфекции урогенитального тракта приобретают длительное латентное течение. При обследовании последов при гипотиреозе среди патоморфологических изменений последа преобладали хорангиоз и диссоциированное созревание ворсин хориона.

По данным литературы (при ее анализе) 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, а при гипотиреозе, при недостатке йода все это ведет к развитию ХФПН.

Выводы.

1. Всем женщинам (особенно репродуктивного возраста) в Республике Беларусь, с учетом имеющегося йодного дефицита, а также достаточно высокой распространенности аутоиммунного тиреоидита и носительства АТ-ТПО, необходим прегравидарный скрининг, заключающийся в определении гормонов щитовидной железы. Проведение своевременной компенсации гипотиреоза, а также тщательный мониторинг течения беременности и родов, с последующей коррекцией выявленных осложнений.

2. Во время беременности не достаточно одного исследования уровня ТТГ, необходимо определение свободного Т4, особенно на ранних сроках беременности.

3. 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 терапии, то во беременности полная заместительная терапия назначается сразу.

4. Все беременные женщины (без диагноза: Гипотиреоз), проживающие в йодно дефицитных регионах, должны на протяжении всей беременности и периода лактации принимать профилактические дозы калия йодида по 150—200 мкг/сутки, 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.

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

Список литературы.

1. Каминский А.В., Татарчук Т.Ф., Авраменко Т.В. и др. Особенности ведения беременных с патологией щитовидной железы. Гинекология, Акушерство, Репродуктология. 2016;(4).

2. Медведева М.С., Ляшенко А.С., Ляшенко Е.Н. Йодный дефицит как причина гипотиреоза у беременных: диагностика и меры профилактики. Медицинский совет. 2022;16(5):70-7.

3. Фадеев В.В., Перминова С.Г., Назаренко Т.А., Корнеева И.Е., Мельниченко Г.А., Дедов И.И. «Заболевания щитовидной железы и репродуктивная функция женщин». Пособие для врачей. ООО «Энни» МАИ-ПРИНТ, Москва, 2009, 235с.

4. Фадеев В.В., Лесникова С.В., Мельниченко Г.А. Клиническая тиреоидология. — 2003. — Т. 1, № 2. — С. 17—31.

5. Платонова Н.М. Преимущества безлактозной формы препарата L – тироксин в терапии гипотиреоза. 2013.- №1 – С. 7 - 12

6. Bath S.C., Rayman M.P. A review of the iodine status of UK pregnant women and its implications for the offspring. Environ Geochem Health. 2015;37(4):619-29.

7. Feldthusen A.-D., Pedersen P.L., Larsen J. et al. Impaired fertility associated with subclinical hypothyroidism and thyroid autoimmunity: the Danish General Suburban Population Study. J Pregnancy. 2015;2015:132718.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КГМУ МИНЗДРАВА РФ)**

Кафедра эндокринологии

**Международная научно-практическая конференция
«ВЕКТОР ТИРЕОИДОЛОГИИ»,
посвященная Всемирному дню щитовидной железы
23 мая 2025 г.**

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ



23 мая 2025 г.

г. Курск, Россия