

Проводя анализ анамнеза по наличию соматической патологии было установлено: в основной группе чаще имелась патология со стороны сердечно-сосудистой системы – 42 женщины (66,7 %), мочевыделительной – 15 женщин (23,8 %), эндокринной – 4 женщины (6,4 %), дыхательной – 3 женщины (4,8 %), а также со стороны желудочно-кишечного тракта – 3 женщины (4,8 %). В контрольной группе отмечалась патология со стороны сердечно-сосудистой системы у 20 женщин (40 %), а также эндокринной системы у 5 женщин (10 %).

Субъективные признаки осложнений НБ отсутствовали у 34 женщины (53,9 %) обследованных женщин, диагноз НБ был выставлен на основании УЗИ. В остальных случаях поводом для обращения к врачу стали кровянистые выделения из половых путей – 29 женщин (46 %).

В ходе гистологического исследования материала, полученного после прерывания беременности, в 80,9 % случаев были диагностированы воспалительные изменения.

Выводы

1. Средний гестационный срок прерывания беременности составил 6 (3; 9) недель.
2. Среди женщин с неразвивающейся беременностью 38 % ранее имели искусственные аборт и 45 % выполнялись лечебно-диагностические манипуляции репродуктивных органов.
3. В группе женщин, имеющих неразвивающуюся беременность, воспалительные заболевания половых органов были выявлены у 47,6 % женщин.
4. Среди женщин с неразвивающейся беременностью наиболее часто встречалась патология со стороны сердечно-сосудистой системы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сидельникова, В. М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием: монография / В. М. Сидельникова. – М.: МЕДпресс-информ, 2018. – 224 с.
2. Полякова, А. А. Оценка патоморфологических изменений эндометрия при неразвивающейся беременности по типу анэмбрионии с гистосовместимостью супругов по системе HLA: фундаментальные исследования / А. А. Полякова. – М., 2017.

УДК 618.3:616.441-006.5-08

Ю. Н. Гайшун

Научный руководитель: ассистент кафедры Н. П. Пяткова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИСХОДА БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА

Введение

Заболевания щитовидной железы довольно часто встречаются у женщин детородного периода. Они приводят к снижению фертильности, патологическому течению беременности и родов [1].

Болезнь Грейвса, или диффузный токсический зоб (ДТЗ), является органическим аутоиммунным заболеванием, в основе патогенеза которого лежит выработка аутоантител к рецептору тиреотропного гормона (ТТГ), которые стимулируют функцию щитовидной железы. Неустраненный тиреотоксикоз оказывает неблагоприятное действие на течение беременности и родов (угроза невынашивания, преждевременное излитие околоплод-

ных вод, стремительные роды). Известно негативное влияние ДТЗ на состояние плода и новорожденного (анемия, внутриутробная гипотрофия, энцефалопатия, поражается центральная нервная система, возможно формирование врожденного гипотиреоза или тиреотоксикоза и т. д.) [2].

Во время беременности происходит изменение функции щитовидной железы. Основным стимулятором ее является хорионический гонадотропин человека (β -ХГЧ). В результате наблюдается увеличение уровня гормонов Т3 и Т4 и снижение ТТГ (при многоплодной беременности за счет высокого уровня β -ХГЧ ТТГ может падать до нуля). Такое состояние носит название гестационного гипертиреоза.

До 15 недель беременности потребности плода в гормонах щитовидной железы обеспечиваются работой щитовидной железы матери. В первом триместре происходят закладка и развитие нервной системы, для которой необходимы гормоны щитовидной железы. Таким образом состояние нервной системы ребенка зависит от функции щитовидной железы матери, с которой она вступила в беременность. Следовательно, проверять и корректировать функцию щитовидной железы необходимо уже на стадии планирования беременности [3].

Цель

Проанализировать случай заболевания тиреотоксикоза во время беременности, данные клинического обследования и исход беременности.

Материал и методы исследования

Ретроспективный анализ индивидуальной карты беременной, амбулаторной и стационарной карты пациентки, данные медицинского обследования.

Результаты исследования и их обсуждение

Представлен случай ведения беременной пациентки с декомпенсированным течением болезни Грейвса и благоприятным исходом беременности. Пациентка Н., 29 лет. Взята на учет в сроке 8 недель беременности. Беременность вторая, непланируемая (роды в 2018 г.). При постановке на учет предъявляла жалобы на слабость, на чувство жара, на периодическое учащенное сердцебиение. Из анамнеза: эрозия шейки матки, артериальная гипертензия 2 степени (гипертензия впервые возникла во время предыдущей беременности, принимала метопролол 25 мг 2 раза в день), тахикардия. По УЗИ органов малого таза диагностирована прогрессирующая маточная беременность, двойня. УЗИ щитовидной железы: Эхопризнаки хронического тиреоидита (объем щитовидной железы 16,2 см³). По результатам анализа крови на гормоны: (ТТГ – 0,02 мМЕ/л, АТкТПО – 311,5 МЕ/мл, Т4(св) – 30,5 пмоль/л) впервые при постановке на учет по беременности был выставлен диффузный токсический зоб. До беременности заболеваний щитовидной железы пациентка не отмечала. Наследственность пациентки отягощена (у матери гипертиреоз и гипертоническая болезнь). Клинический диагноз: Беременность многоплодная 8–9 недель. Тиреотоксикоз. Существовавшая ранее эссенциальная гипертензия, осложняющая беременность. Синусовая тахикардия. ОАГА (эрозия шейки матки).

В 11,6 недель в Гомельском областном медико-диагностическом центре на консультации и по результатам УЗИ была установлена двойня дихориальная диамниотическая с саморедукцией второго плода.

В 13–14 недель по результатам анализа крови на гормоны (ТТГ – 0,01 мМЕ/л, АТкТПО – 309,77 МЕ/мл, Т4(св) – 33,16 пмоль/л) эндокринологом был назначен тирозол 10 мг в день, что согласно инструкции является максимально допустимой суточной дозой во время беременности. Лекарственный препарат пациентка переносила хорошо, эффект отмечала незначительный. По результатам ЭКГ (синусовая тахикардия; блокада передней ветви ЛНПГ) и УЗИ сердца (регургитация МК 1 ст.) кардиологом назначено лечение:

метопролол 25 мг 2 раза в день под контролем ЧСС и АД, ацетилсалициловая кислота внутрь по 75 мг/сут, допегит 250 мг по 1 таблетке 2 раза в день.

Для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности и коррекции дозы анти tireоидного препарата в сроке 17–19 недель находилась на стационарном лечении в эндокринологическом отделении УЗ «ГГКБ № 3». По результатам анализа (ТТГ – 0,03 мМЕ/л, свТ4 – 41,8 пмоль/л) консилиумом врачей было принято решение об увеличении кратности принятия дозы тирозола (по 10 мг 3 раза в день). На момент выписки показатели уровня гормонов улучшились: ТТГ – 0,01 мМЕ/л, свТ4 – 25,9 пмоль/л.

В 22 недели консультирована в УЗ «ГГКБ № 2» в центре «Соматические заболевания и беременность». Эндокринологом было рекомендовано плановое оперативное лечение (ТТЭ) в 3 триместре с повторной сдачей ТТГ и св. Т4.

На основании жалоб, анамнеза, данных объективного обследования выставлен диагноз МКБ-10: О99.2 Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, осложняющие течение беременность, роды, и послеродовой период.

Клинический диагноз: Беременность 20–21 неделя. Тиреотоксикоз (объем щитовидной железы 16,9 см³ (N = 15–18 см³)), клинически медикаментозная декомпенсация. Существовавшая ранее эссенциальная гипертензия, осложняющая беременность. Синусовая тахикардия. Регургитация МК 1 ст., Н0, блокада передней ветви ЛНПГ. ОАГА (двойня дихориальная диамниотическая, редукция 1 плода, эктопия шейки матки).

Назначено лечение: ацетилсалициловая кислота внутрь по 75 мг/сут. до 36 недель. Продолжить прием тирозола 30 мг/сутки в 2 приема, метопролола 25 мг 2 раза в день под контролем ЧСС и АД. Допегит 250 мг 2 раза в день. Рекомендована консультация эндокринного хирурга для решения вопроса об оперативном лечении.

В сроке 24–25 недель госпитализирована в эндокринологическое отделение ГУ «Республиканский научно-практический центра радиационной медицины и экологии человека» с жалобами на периодически учащенное сердцебиение, иногда дрожание рук, подъемы АД.

Кровь на тиреоидные гормоны при поступлении: Т4 – 9,56 пмоль/л, ТТГ менее 0,001 мМЕ/л, св Т3 – 3,23 пмоль/л. Кровь на тиреоидные гормоны перед выпиской: Т4 – 10,7 пмоль/л, ТТГ менее 0,001 мМЕ/л, АТкТПО – 220,2 МЕ/мл. Профиль глюкозы (11.10.2022): 6:00 – 5,2 ммоль/л, 12:00 – 6,6 ммоль/л, 17:00 – 7,0 ммоль/л, 21:00 – 5,4 ммоль/л. ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС = 71 уд/мин., ЭОС – горизонтальная. Нагрузка на левый желудочек. УЗИ щитовидной железы (заключение): Эхопризнаки хронического тиреоидита.

Консилиумом врачей было принято решение о продолжении консервативного лечения, т.к. по результатам анализов гормонов щитовидной железы (Т4 – 10,7 пмоль/л, ТТГ менее 0,001 мМЕ/л, АТкТПО – 220,2 МЕ/мл.) наблюдалась положительная динамика. Соответственно в оперативном лечении пациентка не нуждалась.

Проведенное лечение: эгилог, аспикард, тирозол.

Выписана с улучшением в удовлетворительном состоянии.

Рекомендации при выписке: наблюдение гинеколога, эндокринолога, терапевта по месту жительства, диета, сбалансированная по БЖУ, препараты тиамазола по 15 мг/сут. в 2 приема.

В 12:00 02.02.2023 года поступила в стационар ГУ РНПЦ «Мать и дитя» в сроке 38–39 недель. Уровень родоразрешения – IV. Поступила в перинатальный центр с диагнозом: Беременность 38–39 недель. Тиреотоксикоз (объем щитовидной железы 16,9 см³ (N = 15–18 см³)), клинически медикаментозная декомпенсация. Существовавшая ранее эссенциальная гипертензия, осложняющая беременность. Синусовая тахикардия. Регургитация МК 1 ст., Н0, блокада передней ветви ЛНПГ. ОАГА (двойня дихориальная диам-

ниотическая, редукция 1 плода, эктопия шейки матки). ХФПН, ст. компенсации на фоне нарушения МПК 1Б степени.

С целью родоиндукции 14.02.2023 выполнена амниотомия. Вторичная слабость родовой деятельности. С целью родостимуляции использован внутривенно окситоцин. Роды вторые, срочные, индуцированные в 39–40 недель. Родилась девочка весом 3500 г, длина – 52 см. Оценка по Апгар 8/9. Послеродовый период без осложнений.

Выводы

Описанный выше случай демонстрирует сложность течения и трудности в вынашивании беременности при болезни Грейвса с высоким неблагоприятным риском, как для матери, так и для плода. Прегравидарная подготовка, продуманное совместное ведение беременности акушером-гинекологом и эндокринологом снижают материнские и перинатальные риски. Увеличение дозы лекарственного препарата может скомпенсировать течение заболевания без хирургического лечения во время беременности. Перевод на более высокий уровень родоразрешения способствует оказанию высокотехнологичной медицинской помощи с возможностью применения инновационных технологий.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Петунина, Н. А. Тиреотоксикоз и беременность / Н. А. Петунина, Э. Р. Хасанова, Л. В. Трухина // Доктор.Ру. – 2008. – № 6. – С. 87–90.
2. Влияние диффузного токсического зоба на течение и исход беременности / Ю. С. Ловкова [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – Т. 61, № 4. – С. 67–74.
3. Зайдиева, Я. З. Беременность при заболеваниях щитовидной железы / Я. З. Зайдиева // Медицинский алфавит. – 2017. – Т. 1, № 3. – С. 31–38.

УДК 618.3-056.52

А. Ю. Дедова

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. Л. Лашкевич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ОЖИРЕНИЕМ

Введение

Ожирение – одна из самых распространенных форм нарушений жирового обмена, частота которого не имеет тенденции к снижению. Известно, что при ожирении удельный вес сопутствующих экстрагенитальных заболеваний в 1,5–2 раза превышает такую аналогичную патологию у женщин с нормальной массой тела [1]. Ряд авторов выявили высокую частоту гипертензивных осложнений, гестационного сахарного диабета, плацентарной недостаточности, анемии беременных у женщин с ожирением [2, 3].

Цель

Изучить особенности течения беременности у пациенток с ожирением.

Материал и методы исследования

В ходе исследования были проанализированы истории родов 64 пациенток родового отделения учреждения «Гомельская областная клиническая больница».

Основную группу составили 32 женщины с избыточной массой тела, в контрольную группу вошли 32 пациентки с нормальной массой тела. Был проведен анализ возраста па-