

УДК 618.3:616.441

К. М. Богомья

Научный руководитель: ассистент О. Ю. Дробышевская

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ГИПОТИРЕОЗ И ТИРЕОТОКСИКОЗ У БЕРЕМЕННЫХ

Введение

В современном мире миллионы женщин живут с такими патологиями как гипотиреоз и тиреотоксикоз. Достаточно распространенным явлением считается возникновение этого недуга у беременных. Несвоевременный поход к врачу или неверно подобранное лечение могут вызывать различные осложнения. Такие функциональные изменения могут пагубно влиять на течение беременности, родов, а также на состояние плода и новорожденного. При гипотиреозе – это анемия, преэклампсия, отслойка плаценты, послеродовые кровотечения и нарушения функций сердечно-сосудистой системы. Во время тиреотоксикоза – это угроза невынашивания, гестоз, преждевременное излитие околоплодных вод, стремительные роды, риск врожденных аномалий, задержка внутриутробного развития, мертворождение. Такой обширный список осложнений может говорить о том, что беременным женщинам с такой патологией необходима определенная тактика ведения беременности, родов и послеродового периода. Ранняя диагностика гормонального статуса и своевременная терапия даст благоприятный прогноз.

Цель

Изучить течение гипотиреоза, тиреотоксикоза на разных сроках беременности, возникновение осложнений и методы лечения патологии щитовидной железы во время беременности, и установить взаимосвязь между ними.

Материал и методы исследования

Исследование архивных историй болезней по проблеме публикации, изучение научно-методической литературы, анализ и обобщение материала, систематизация теоретических и практических знаний по теме исследования, беседы со специалистами, подсчет и разбор результата исследования.

Результаты исследования и их обсуждение

Под гипотиреозом понимают клинический синдром, вызванный стойким дефицитом гормонов щитовидной железы или снижением их биологического эффекта на тканевом уровне [4]. Клиническая картина является абсолютно неспецифичной. Больной может предъявлять жалобы на вялость, медлительность, снижение работоспособности, быструю утомляемость, сонливость, снижение памяти. Кроме того, у пациента может наблюдаться сухость кожи, одутловатость лица, отечность конечностей, грубый голос, ломкость ногтей, выпадение волос, увеличение массы тела, ощущение зябкости.

Тиреотоксикоз – синдром, при котором наблюдаются проявления постоянного чрезмерного содержания тиреоидных гормонов в крови, независимо от причины повышения

их уровня [2]. В отличие от гипотиреоза, среди жалоб могут быть: чувство беспокойства, нарушения сна, плаксивость, эмоциональная лабильность, нарушение внимания, а так же потеря массы тела и дрожь в теле.

Исследование, включающее анализ 70 архивных историй болезней, а именно 60 случаев гипотиреоза и 10 случаев тиреотоксикоза, проводилось по историям болезней беременных женщин, у которых эти патологии были диагностированы во время беременности. Возраст пациенток варьировал от 18–37 лет.

Встречаемость гипотиреоза и тиреотоксикоза у первой группы пациенток (беременность 1 триместр) составила 71,7 % (43 пациента) и 50 % (5 пациентов) соответственно. Такие показатели свидетельствуют о своевременной диагностике на ранних сроках беременности. Показатели гормонов щитовидной железы у беременных, болеющих гипотиреозом, находились в таких пределах: тиреотропный гормон от 0,05 до 0,237 мМЕ/л, тироксин свободный от 6,34 до 23,42 пмоль/л. У пациенток с тиреотоксикозом наблюдались уровни тиреотропного гормона от 0,06 до 0,156 мМЕ/л, тироксина свободного от 26,98 до 36,2 пмоль/л.

Возникновение гипотиреоза и тиреотоксикоза у второй группы пациенток (беременность 2 триместр) составила 18,3 % (11 пациенток) и 30 % (3 пациентки) соответственно. Уровни гормонов щитовидной железы у женщин, болеющих гипотиреозом, находились в таких диапазонах: тиреотропный гормон от 0,09 до 0,342 мМЕ/л, тироксина свободного от 6,92 до 21,01 пмоль/л. У беременных с тиреотоксикозом наблюдались уровни тиреотропного гормона от 0,09 до 0,426 мМЕ/л, тироксина свободного от 23,45 до 39,87 пмоль/л.

Частота встречаемости гипотиреоза и тиреотоксикоза у третьей группы пациенток (беременность 3 триместр) составила 10 % (6 пациентов) и 20 % (2 пациента) соответственно. Результаты анализов гормонов щитовидной железы у беременных, болеющих гипотиреозом, находились в таких границах: тиреотропный гормон от 0,11 до 0,402 мМЕ/л, тироксина свободного от 5,62 до 19,65 пмоль/л. У беременных с тиреотоксикозом наблюдались уровни тиреотропного гормона от 0,05 до 0,361 мМЕ/л, тироксина свободного от 25,2 до 27,5 пмоль/л.

Среди осложнений гипотиреоза у пациенток были распространены: ожирение – 81,7 % (49 пациентов), анемия – 46,7 % (28 пациентов), нарушения ритма сердца – 40 % (24 пациента), артериальная гипертензия – 71,7 % (43 пациента), нарушения памяти, сна, внимания, психозы, повышенная утомляемость, головные боли – 53,3 % (32 пациента), отечность, ломкость волос – 51,7 % (31 пациент), снижение слуха – 8,3 % (5 пациентов), запоры – 20 % (12 пациентов) (рисунок 1).

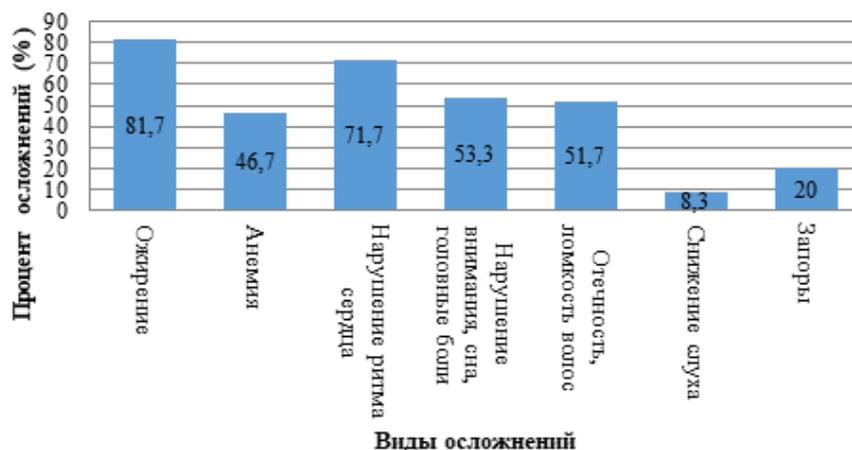


Рисунок 1 – Осложнения гипотиреоза у беременных пациенток

В числе осложнений тиреотоксикоза у пациенток были распространены: исхудание – 80 % (8 пациентов), нарушения памяти, сна, внимания, психозы, повышенная утомляемость, головные боли – 70 % (7 пациентов), нарушения ритма сердца – 60 % (6 пациентов), диарея – 40 % (4 пациента), офтальмопатии – 10 % (1 пациентка), увеличение щитовидной железы – 40 % (4 пациентки) (рисунок 2).

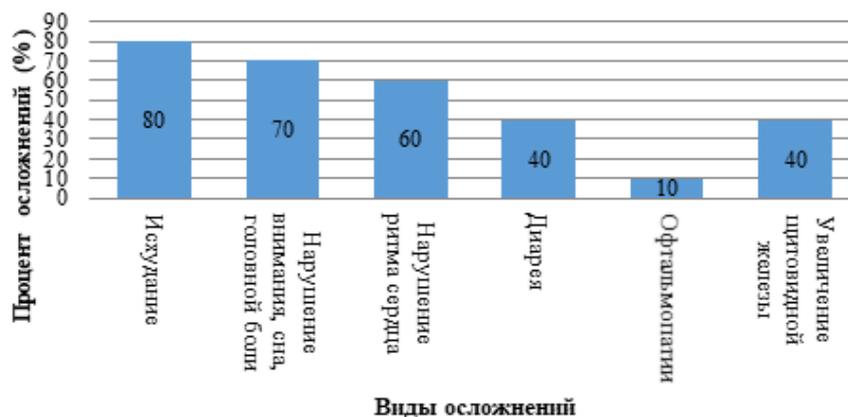


Рисунок 2 – Осложнения тиреотоксикоза у беременных пациенток

Женщинам с впервые выявленным во время беременности гипотиреозом назначается заместительная терапия тиреоидными гормонами, а именно левотироксином натрия под контролем уровня тиреотропного гормона и тироксина свободного в крови [2]. Изучения рекомендаций врача по лечению гипотиреоза показали, что большинству назначался «Левотироксин натрия» – 68,3 % (41 пациентам), «L-тироксин Берлин Хеми» был прописан – 20 % (12 пациентам), «Эутирокс» – 11,7 % (7 пациентам).

В свою очередь, для лечения тиреотоксикоза назначают тиреостатики, которые подавляют секрецию и синтез тиреоидных гормонов, угнетают конверсию трийодтиронина и тироксина, к таким препаратам относят пропилтиоурацил и тиамазол [3]. Эти способы лечения являются наиболее распространенными и применяются во всем мире. Исследования показаний врача по терапии тиреотоксикоза показали, что тирозол назначили 40 % (4 пациентам), мерказолил – 20 % (2 пациентам), пропилтиоурацил – 10 % (1 пациенту), метимазол – 30 % (3 пациентам).

Выводы

Таким образом, проблема гипотиреоза и тиреотоксикоза в период беременности остается важной проблемой современной медицины. Профилактические мероприятия, прегравидарная подготовка к беременности и своевременность проведения диагностических процедур снизят риск развития патологии щитовидной железы во время беременности. Должным образом подобранная терапия лечащим врачом, снизит процент развития осложнений как у матери, так и у плода, и даст благоприятный прогноз.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мкртумян, А. М. Неотложная эндокринология: учебное пособие / А. М. Мкртумян, А. А. Нелаева. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 128 с.
2. Международный эндокринологический журнал: сб. науч. ст. / Буковинский гос. медич. ун-т; редкол.: В. И. Панькив (гл. ред.) [и др.]. – Киев: ИД «Заславский», 2020. – 58–62 с.
3. Схемы лечения. Акушерство и гинекология / под ред. В. Н. Серова; ред.-сост. И. И. Баранов. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: Литтерра, 2023. – 368 с.
4. Селиванова, А. В. Интерпретация лабораторных исследований при патологии щитовидной железы / А. В. Селиванова, В. В. Долгов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 112 с.