

Е. Э. Кульчик, Н. А. Комаровская

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. Н. Захаренкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН С ГИПОТИРЕОЗОМ

Введение

Дисфункция щитовидной железы является одним из наиболее часто встречающихся гормональных нарушений во время беременности. Недостаток гормонов щитовидной железы влияет на состояние физического и психического здоровья детей, так как установлено, что даже субклинические формы тиреоидной патологии у матери могут крайне неблагоприятно отражаться на состоянии плода и новорожденного [1]. Гормоны щитовидной железы играют важную роль в органогенезе, развитии и функционировании всех органов и систем. В связи с этим как недостаток, так и избыток тиреоидных гормонов ассоциируются с патологическим течением беременности и родов [2]. К осложнениям родов у женщин с гипотиреозом относят: преждевременные роды, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, аномалии родовой деятельности, преждевременный и ранний разрыв плодных оболочек [3, 4].

Цель

Установить влияние гипотиреоза на течение родов и состояние новорожденных.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ течения родов у 60 женщин с гипотиреозом (основная группа) и 60 женщин без заболеваний щитовидной железы (группа сравнения). По результатам анализа 120 карт стационарного больного учреждения «Гомельская областная клиническая больница» в основную группу включены женщины со следующими заболеваниями щитовидной железы: субклинический гипотиреоз (СГТ) – у 50 (83,3%), аутоиммунный тиреоидит с гипотиреозом (АИТ) – у 7 (11,6%), узел левой доли щитовидной железы – у 1 (1,6%), послеоперационный гипотиреоз – у 2 (3,33%). Патология щитовидной железы была диагностирована у 29 (48,3%) женщин до беременности и у 31 (51,6%) женщины во время беременности. Были проанализированы следующие показатели: возраст, число беременностей, число родов, срок родоразрешения, особенности течения родов, антропометрические показатели новорожденных, оценка новорожденного по шкале Апгар, состояние ребенка в раннем неонатальном периоде. Статистический анализ полученных данных проводился с помощью программы MedCalc (MedCalc Software Ltd., Бельгия). Числовые данные представлены как средняя ($M \pm SD$) и ошибка средней арифметической, вычислялись абсолютные и относительные частоты (% от общего числа наблюдений) для качественных показателей, проводили сравнение частот признаков методом χ^2 и количественных признаков с помощью критерия Манна – Уитни. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст беременных основной группы составил $32,0 \pm 0,7$ лет, в группе сравнения $31,3 \pm 0,7$ лет. Первобеременными в основной группе были 18 (30%) пациенток, первородящих женщин было 26 (43,3%). В группе сравнения первобеременными были

17 (28,3%) пациенток, первородящих женщин было 22 (36,7%) в данной группе. Средний срок родоразрешения в основной группе составил $274,0 \pm 4,0$ дня, в группе сравнения средний срок родоразрешения составил $271,0 \pm 5,0$ дней. У всех пациенток роды были своевременными с 261 по 283 день. Соответственно, при сравнении клинико-anamnestических данных пациенток основной группы и группы сравнения значимых различий не наблюдалось (таблица 1).

Таблица 1 – Клинико-анамнестические характеристики

Признак	Основная группа n = 60	Группа сравнения n= 60	Уровень значимости различий (p)
Количественный признак			
Возраст, лет	32,0±0,7	31,3±0,7	0,95
Число первобеременных (n(%))	18 (30%)	17 (28,3%)	0,95
Число первородящих (n(%))	26 (43,3%)	22 (36,7%)	0,70
Срок родоразрешения, дни	274,0±4,0	271,0±5,0	0,96

По показаниям к проведению операции кесарева сечения группы не различались. Операция кесарева сечения в нижнем маточном сегменте в основной группе была выполнена – 16 (27%) пациенткам, в группе контроля – 20 (33%) пациенткам ($p=0,42$). Основными показаниями к оперативному родоразрешению в основной группе явились: наличие рубца на матке при незрелых родовых путях – 6 (10%), миома матки – 6 (10%), неправильное положение плода – 1 (1,6%), аномалии родовой деятельности при неэффективной родостимуляции – 1 (1,6%), острая гипоксия плода – 1 (1,6%), многоплодная беременность – 1 (1,6%). Оперативное родоразрешение в группе сравнения было выполнено по следующим показаниям: наличие рубца на матке при незрелых родовых путях – 6 (10%), неправильное положение плода – 2 (3,3%), миома матки – 7 (11,6%), острая гипоксия плода – 3 (5%), многоплодная беременность – 1 (1,6%), аномалии родовой деятельности при неэффективной родостимуляции – 1 (1,6%).

В таблице 2 приведены основные особенности течения родов и течение раннего неонатального периода новорожденных.

Таблица 2 – Особенности течения родов и состояние новорожденного в группах исследования, n (%)

Осложнения	Основная группа n= 60	Группа сравнения n=60	Уровень значимости различий (p)
Осложнения родов			
Разрыв промежности	13 (21,8%)	10 (16,6%)	0,64
Разрыв влагалища	5 (9,1%)	1 (1,6%)	0,20
Разрыв шейки матки	1 (1,8%)	3 (4,9%)	0,20
Преждевременный и ранний разрыв плодных оболочек	14 (23,3%)	12 (20%)	0,82
Клинически узкий таз	1 (1,8%)	–	1,0
Длительный безводный промежуток	1 (1,8%)	–	1,0
Плотное прикрепление плаценты	1 (1,8%)	–	1,0
Дистоция плечиков	–	1 (1,6%)	1,0
Острый дистресс плода	–	3 (5%)	0,24

Окончание таблицы 2

Осложнения	Основная группа n= 60	Группа сравнения n=60	Уровень значимости различий (p)
Признак, характеризующий состояние новорожденного			
Оценка по шкале Апгар на 1-й минуте (баллов)	7,9±0,3	8,1±0,1	0,79
Оценка по шкале Апгар на 5-й минуте (баллов)	8,2±0,2	8,3±0,3	1,0
Масса тела, г	3150,0±330,0	3520,0±300,0	0,61
Рост, см	52,0±0,4	51,0±0,3	0,95

Состояние новорожденных было оценено дважды с помощью шкалы Апгар. На 1-й минуте средний балл основной группы составил – 7,9±0,3, в группе сравнения – 8,1±0,1. На 5-й минуте средний балл по шкале Апгар в основной группе составил 8,2±0,2, в группе сравнения – 8,3±0,3. По данным результатам можно отнести новорожденных к группе здоровых, не испытывающих гипоксию. Средняя масса тела (3150,0±330,0 г) и рост (52,0±0,4 см) новорожденных в основной группе по центильным таблицам соответствовал средним значениям (интервал 50–75%). Средняя масса тела (3520,0±300,0 г) и рост (51,0±0,3 см) новорожденных в группе сравнения по центильным таблицам соответствовал средним значениям (интервал 50–75%). При сравнительном анализе антропометрических показателей новорожденных и оценки новорожденных по шкале Апгар значимых различий между новорожденными основной группы и группы сравнения не наблюдалось.

У новорожденных от матерей основной группы значимо чаще наблюдались заболевания и осложнения раннего неонатального периода в 11 (18,3%) и 2 (3,3%) случаях соответственно (p=0,019). У новорожденных основной группы в 2 случаях была диагностирована кефалогематома, у 3 (5%) при рождении наблюдалась асфиксия новорожденных умеренной степени, в 3 случаях (5,5%) врожденные аномалии развития (правосторонняя косолапость – 1 случай (1,6%), врожденная пиелозктазия – 2 случая (3,3%)), у 2 (3,3%) новорожденных наблюдалась неонатальная желтуха, что потребовало лечения в отделении интенсивной терапии, и в 1 случае (1,6%) была диагностирована врожденная двусторонняя пневмония. У новорожденных группы сравнения в 2 случаях (3,3%) наблюдалась неонатальная желтуха, что потребовало лечения в отделении ОАРИТ.

Выводы

1. Течение родов у женщин с медикаментозно компенсированным гипотиреозом значимо не отличаются от течения родов у женщин с нормальным состоянием щитовидной железы.
2. У новорожденных от матерей основной группы значимо чаще наблюдались заболевания и осложнения раннего неонатального периода.
3. Увеличение выборки пациенток с гипотиреозом, возможно, позволит установить такие же осложнения течения родов, встречающихся в литературе, что является дальнейшим направлением нашей работы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Krysiak R, Szkróbka W, Okopień B. The Effect of Gluten-Free Diet on Thyroid Autoimmunity in Drug-Naïve Women with Hashimoto's Thyroiditis: A Pilot Study // *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. – 2019. – № 127. – P. 417–22.
2. Беременность и патология щитовидной железы / Н. А. Петунина [и др.] // *Терапия*. – 2020. – № 1. – С. 96–102.
3. *Фадеев, В. В.* По материалам клинических рекомендаций Американской ассоциации по диагностике и лечению заболеваний щитовидной железы во время беременности 2017 года / В. В. Фадеев // *Клиническая и экспериментальная тиреологическая*. – 2018. – № 14 (3). – С. 128–139.
4. European Thyroid Association Guidelines for the Management of Subclinical Hypothyroidism in Pregnancy and in Childre / J. Lazarus [et al.] // *Eur Thyroid J*. – 2017.