

Таблица 2 – Оценка комплексного воздействия потенциальных предикторов на развитие ПЭ с гистологической атипией

N = 108	Комплекс предикторов					
	возраст, лет	возраст менархе, лет	генитальный эндометриоз	заболевания щитовидной железы	ожирение	
Экспоненциальный коэффициент (Odds Ratio)	1,17	1,58	6,50	6,85	3,85	
95% доверительный интервал	нижний предел	1,06	1,06	1,66	1,65	1,18
	верхний предел	1,28	2,37	25,48	28,4	12,4
Уровень значимости	p = 0,027	p = 0,002	p = 0,007	p = 0,008	p = 0,024	

С учетом значения рассчитанного в уравнении логистической регрессии с использованием конкретных значений каждой переменной был определен коэффициента (р) индивидуального риска развития ПЭ с гистологической атипией у женщин репродуктивного возраста.

Расчет индивидуального риска развития ПЭ с гистологической атипией у женщин репродуктивного возраста производится по формуле:  $p = 1:(1+e^{-Z})$  (1). При  $p > 0,5$  индивидуальный риск развития у ПЭ с гистологической атипией у женщин репродуктивного возраста считается высоким.

#### **Выводы**

Значимыми показателями, увеличивающими вероятность развития полипа эндометрия с гистологической атипией у женщин репродуктивного возраста, являются: возраст пациенток, возраст наступления менархе, эндометриоз, заболевания щитовидной железы, ожирение. Стратификация пациенток на группы риска имеет важное практическое значение, поскольку позволяет избежать ненужных дальнейших диагностических исследований и сократить медицинские расходы у женщин с низким индивидуальным риском и активно направлять на хирургическое лечение других в высоком индивидуальном риском.

#### **СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ**

1. Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии: клинич. протокол: утв. Постановлением М-ва здравоохранения Респ. Беларусь 19.02.2018 г. № 17 / М-во здравоохранения Респ. Беларусь. – Минск: [б. и.], 2018. – 200 с.
2. Иванов, А. С. Эндометриальный полип. Вопросы этиологии и патогенеза / А.С. Иванов, В. В. Гребнева // Известия Рос. воен.-мед. акад. – 2020. – Т. 2, № S1-2. – С. 75–77.
3. Endometrial polyps: diagnosis and treatment options - a review of literature / N. Raz [et al.] // MITAT. – 2021. – Vol. 30, № 5. – P. 278–287.

УДК 618.3:616.441

**А. Д. Буланова**

*Научные руководители: ассистент Н. П. Пяткова*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

#### **ГИПОТИРЕОЗ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

##### **Введение**

В последние годы распространенность заболеваний щитовидной железы у женщин во время беременности растет. Установлено, что различные формы тиреоидной патологии у матери могут крайне неблагоприятно отразиться на состоянии плода [1].

Одна из таких форм – гипотиреоз – это заболевание, которое характеризуется снижением функции щитовидной железы и недостаточностью выработки ею гормонов. Клинически может протекать бессимптомно, либо проявляться утомляемостью, сухостью кожи, тошнотой, рвотой, запорами.

При обнаружении гипотиреоза следует обратить внимание на сердечно-сосудистую систему матери и развивающийся плод. Гормоны щитовидной железы имеют исключительно важное значение для развития центральной нервной системы (ЦНС) и формирования интеллекта в период внутриутробного развития. Известно, что закладка ЩЖ и ЦНС происходит на 3–4 неделе эмбрионального развития, в то время как процессы нейрогенеза не могут адекватно развиваться без достаточного количества тиреоидных гормонов [2].

Данная тема актуальна в настоящее время по причине того, что состояние гипотиреоза опасно риском развития осложнений как для матери, так и для плода. К таким осложнениям относят: преэклампсию, эклампсию, угрозу прерывания беременности, внутриутробную гибель плода, рождение ребенка с врожденным гипотиреозом, а также тугоухость, дизартрию (неврологический субкретинизм), задержку умственного и психического развития ребенка после рождения [3].

### **Цель**

Проанализировать влияние гипотиреоза на состояние матери и плода.

### **Материал и методы исследования**

Проведен анализ 100 стационарных карт беременных, госпитализированных в УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2» в период с 2020 г. по 2023 г. Проанализированы клиничко-анамнестические данные, результаты анализов. Результаты исследования проводились с помощью компьютерных программ Statistica 10.0 и Microsoft Excel 2016. Различия считали как статистически значимые при  $p < 0,05$ .

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Женщины были разделены на 3 группы в соответствии с диагнозом и контрольную группу. Данные приведены в таблице 1.

Таблица 1 – Группы исследования

Группа	Количество пациенток	%
Впервые выявленный гипотиреоз(1)	9	9
Гипотиреоз на фоне АИТ(2)	34	34
Диффузный нетоксический зоб, эутиреоз (3)	26	26
Контрольная группа	31	31

Каждая группа анализировалась по 3 критериям: изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, показатели гормонов в крови беременной, а также данные УЗИ плода.

Контрольную группу составляли женщины (средний возраст  $23,2 \pm 1,58$  лет) без патологии щитовидной железы. Со стороны сердечно-сосудистой системы (ЭКГ, ЭХО-КГ) у всех женщин отклонений не выявлено. Среднее значение гормонов: ТТГ –  $1,02 \pm 0,32$  мМЕ/л, свободный Т4 –  $10,3 \pm 0,52$  нг/дл, антитела к ТПО –  $15,09 \pm 10,3$  МЕ/мл. По данным УЗИ плода и доплерометрического исследования у всех женщин данной группы патологии не было выявлено.

В первую группу были включены женщины (средний возраст –  $25 \pm 2,83$  лет) с гипотиреозом, который был впервые диагностирован пациенткам в первом триместре беременности. Диагноз был выставлен на основании результатов гормонов (среднее значение: ТТГ –  $5,98 \pm 0,68$  мМЕ/л, свободный Т<sub>4</sub> –  $14,3 \pm 0,78$  нг/дл, антитела к ТПО –  $451,33 \pm 217,5$  МЕ/мл (по сравнению с контрольной группой показатели выше на 486,3 %,

38,8 и 2890 % соответственно,  $p < 0,05$ ). По данным УЗИ щитовидной железы были выявлены ультразвуковые признаки аутоиммунного тиреоидита или диффузного многоузлового зоба. Всем пациентам этой группы было назначено лечение Эутироксом в дозировке от 50 до 75 мкг. У 4 (44,4 %) женщин выставлен диагноз хроническая артериальная гипертензия легкой степени, все состояли на учете по артериальной гипертензии до беременности. По данным УЗИ плода и доплерометрического исследования у всех женщин данной группы патологии не было выявлено.

Вторую группу составляли женщины (средний возраст –  $27,7 \pm 3,7$  года) с гипотиреозом на фоне АИТ, диагностированным до беременности, у которых наблюдались изменения по всем критериям. Все пациентки данной группы с заместительной целью принимали Эутирокс в дозе от 25 до 150 мкг. У всех женщин были выявлены эхопризнаки аутоиммунного тиреоидита при проведении УЗИ щитовидной железы. Из них у 13 (38 %) также обнаружены узлы щитовидной железы. Средний уровень гормонов следующий: ТТГ –  $2,79 \pm 1,33$  мМЕ/л, свободный Т4 –  $12,2 \pm 2,32$  нг/дл, антитела к ТПО –  $208,12 \pm 18,14$  МЕ/мл (по сравнению с контрольной группой показатели выше на 173,5 %, 18,5 и 1279,2 % соответственно,  $p < 0,05$ ). Со стороны сердечно-сосудистой системы у 13 (38,2 %) выставлен диагноз хроническая артериальная гипертензия легкой и средней степени тяжести, все состояли на учете по артериальной гипертензии до беременности. Также 5 женщин (14,7 %) по данным ЭХО-КГ имели гипертрофию стенок левого желудочка. У 10 (29,4 %) женщин наблюдалась патологическая синусовая тахикардия (среднее значение частоты сердечных сокращений  $102,35 \pm 7,52$  уд/мин). По данным доплерометрического исследования со стороны плода в 3 случаях (8,7 %) выявлено нарушение маточно-плацентарного кровотока.

Третью группу составляли женщины (средний возраст –  $30,1 \pm 5,2$  лет) с эутиреозом на фоне диффузного зоба. Изменения были выявлены со стороны сердечно-сосудистой системы женщины. 5 (19,2 %) пациенток имели хроническую артериальную гипертензию легкой степени, все состояли на учете по артериальной гипертензии до беременности. У 4 (15,4%) во время беременности выявили гестационную артериальную гипертензию. У 5 (19,2%) беременных по данным ЭКГ наблюдалась синусовая тахикардия (среднее значение частоты сердечных сокращений –  $109,7 \pm 5,3$  уд/мин). На УЗИ у всех женщин данной группы отмечено увеличение размеров щитовидной железы. Также в данной группе у 3 (11,5 %) были обнаружены кисты щитовидной железы. Средний уровень гормонов следующий: ТТГ –  $1,23 \pm 0,6$  мМЕ/л, свободный Т4 –  $13,17 \pm 1,54$  нг/дл, антитела к ТПО –  $16,88 \pm 9,03$  МЕ/мл (по сравнению с контрольной группой показатели выше на 20,6 %, 27,9 и 11,9 % соответственно). По данным УЗИ плода и доплерометрического исследования у всех женщин данной группы патологии не было выявлено.

### **Выводы**

Проанализировав данные, можно увидеть, что:

1. Показатели уровня гормонов в сравнении с контрольной группой выше в первой группе, у женщин с впервые выявленным гипотиреозом. Это связано с тем, что женщинам не была проведена прегравидарная подготовка в полном объеме на этапе планирования беременности и они впервые обследовались во время беременности.

2. Наиболее частыми патологиями сердечно-сосудистой системы при болезнях щитовидной железы являются синусовая тахикардия и артериальная гипертензия. Данные осложнения характерны для всех групп исследования, но наиболее выражены в группе с гипотиреозом на фоне АИТ (82,4 % женщин), возникшем до беременности. Это связано с тем, что гипотиреоз на фоне АИТ вызывает нарушение липидного и углеводного обмена, которое впоследствии приводит к заболеваниям сердечно-сосудистой системы [3].

3. Нарушение маточно-плацентарного кровотока отмечены статистически чаще во второй группе у женщин с гипотиреозом на фоне АИТ.

4. Статистически значимые различия выявлены в первой и во второй группах.

Исходя из всего вышеизложенного, можно сделать вывод, что женщинам с заболеваниями щитовидной железы на этапе прегравидарной подготовки следует проводить обследования сердечно-сосудистой системы для исключения артериальной гипертензии (СМАД, ЭКГ, Эхо-ЭКГ). Женщинам с артериальной гипертензией следует рекомендовать проведение УЗИ щитовидной железы и определение уровня тиреодных гормонов для исключения гипотиреоза. Также всем женщинам на этапе планирования беременности необходимо определение уровня тиреодных гормонов (ТТГ, свободный Т4, АТ к ТПО). Данные мероприятия позволят избежать осложнений течения беременности, нарушений развития плода, а также рождения ребенка с заболеваниями ЦНС и щитовидной железы.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Титова, Л. Ю. Гипотиреоз и беременность [Электронный ресурс] / Л. Ю. Титова, В. Г. Аристархов, Д. А. Пузин // Рос. мед-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. – 2013. – № 2. – С. 97–101. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/gipotireoz-i-beremennost-1>. – Дата доступа: 17.03.2023.

2. Герасимов, А. М. Влияние гипотиреоза и избыточной массы тела беременных на течение гестационного периода, рождение крупного плода и функциональное состояние его щитовидной железы [Электронный ресурс] / А. М. Герасимов, Н. В. Батрак // Вестник ИвГМА. – 2013. – № 1. – С. 39–42. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-gipotireoza-i-izbytochnoy-massy-tela-beremennyh-na-techenie-gestatsionnogo-perioda-rozhdnie-kрупного-ploda-i-funktsionalnoe>. – Дата доступа: 17.03.2023.

3. Долбин, И. В. Гипотиреоз и ишемическая болезнь сердца: современное состояние проблемы [Электронный ресурс] / И. В. Долбин, А. Ю. Екимовских // Медицинский альманах. – 2016. – № 4 (44). – С. 121–126. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/gipotireoz-i-ishemicheskaya-bolezn-serdtsa-sovremennoe-sostoyanie-problemy>. – Дата доступа: 22.03.2023.

УДК 618.16-002

**А. А. Василенко, А. В. Ярошно**

*Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры, С. С. Кравченко*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

#### **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗОЛИРОВАННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ФОРМ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА**

##### ***Введение***

Эндометриоз – дисгормональное, иммунозависимое, генетически детерминированное заболевание, характеризующееся эктопией эндометрия с признаками клеточной активности и его разрастанием за пределами границ нормального расположения слизистой оболочки матки.

В классификации выделяют генитальный эндометриоз, а также экстрагенитальный. Генитальный в свою очередь подразделяют на наружный, располагающийся вне матки (эндометриоз яичников, маточной трубы, тазовой брюшины, ректовагинальной перегородки и влагалища) и внутренний, в пределах матки (аденомиоз) [3].

Эндометриоз поражает примерно 10 % (190 миллионов) женщин и девочек репродуктивного возраста во всем мире. Исследования показали, что у 38 % пациентов с эндометриозом симптомы проявляются в возрасте до 15 лет; тем не менее, для постановки правильного диагноза и лечения требуется поразительное среднее время – более девяти