

К. А. Шевченко, А. В. Лазаренко

Научные руководитель: к.б.н., заведующий кафедрой И. А. Никитина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

БЕРЕМЕННОСТЬ С СОПУТСТВУЮЩИМ ГИПОТИРЕОЗОМ: ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ, ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ И РАЗВИТИЯ ПЛОДА, ЛЕЧЕНИЕ

Введение

Гипотиреоз при беременности – это патологическое состояние, обусловленное низким содержанием тиреоидных гормонов и возникшее до, во время или после гестации.

Актуальность данной темы обусловлена высоким риском невынашивания беременности и развития других акушерских осложнений.

Заболевания ЩЖ у беременных характеризуются высокой частотой осложнений, таких как ранние токсикозы, гестозы, хроническая внутриутробная гипоксия плода, угроза прерывания беременности. 62 % новорожденных имеют перинатальную энцефалопатию, наиболее часто имеет место поражение ЦНС и эндокринной системы (18–25 %) [1]. Поэтому среди эндокринологов и гинекологов актуальна проблема тиреологического надзора за беременной. Важным аспектом правильного контроля функций ЩЖ является оценка концентрации тиреотропного гормона (ТТГ), свободного трийодтиронина (Т3) и свободного тироксина (Т4).

Наличие повышенного титра антител ЩЖ рассматривается как довольно распространенный феномен в общей популяции. Его частота находится в пределах от 3 до 18 % и является известным фактором риска развития гипотиреоза. По данным Викгемского исследования, ежегодный риск развития гипотиреоза у женщины с повышенным титром антител к тиреоидной пероксидазе (ТПО) и эутиреозом (нормальный уровень ТТГ) составляет 2,1 % [2].

Беременность является мощным физиологическим стимулятором ЩЖ. Сам по себе повышенный титр антител к ТПО считается фактором риска так называемой гестационной гипотироксинемии и даже связан с определенным риском ухудшения показателей, характеризующих психическое развитие детей. Многими исследователями предлагается широкий скрининг нарушений функции щитовидной железы на ранних сроках беременности и перед ее планированием. Распространенность повышенного титра антител ТПО среди женщин репродуктивного возраста весьма значительная и составляет около 10 % [1].

Цель

Изучить особенности протекания беременности, осложнения и возможные патологии плода у женщин с гипофункцией щитовидной железы.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 100 стационарных карт пациентов на базе УЗ «Гомельская городская клиническая больница №3» в период с августа 2022 по октябрь 2022 г. Из которых у 20 пациенток наблюдался сопутствующий гипотериоз. Статистическая обработка данных осуществлялась с применением компьютерных программ Excel 2010 и Statistica 13.3.

Результаты исследования и их обсуждение

В проведенных нами исследованиях среди случайной выборки 100 беременных, гипотиреоз выявлен у 20 женщин, что составляет 20 %. В мире 1,5 млрд. человек сталкиваются с риском развития йододефицитных заболеваний. В Республике Беларусь распространенность гипотиреоза аутоиммунного генеза на 100 000 населения увеличилась на 30,7 % (с 683,5 в 2016 г. до 893,2 в 2018 г.), послеоперационного гипотиреоза на 13,6 % (с 354,2 в 2016 г. до 402,5 в 2018 г.). Первичная заболеваемость на 100 000 населения гипотиреозом аутоиммунного генеза за указанный период выросла на 24,9 % (с 76,6 в 2016 г. до 95,7 в 2018 г.), послеоперационного генеза на 12,5 % (с 21,6 в 2016 г. до 24,3 в 2018 г.) [3].

Возраст поступивших варьирует от 22 до 41 года, как и паритет беременностей на данный период времени: от 1 до 3 (рисунок 1).

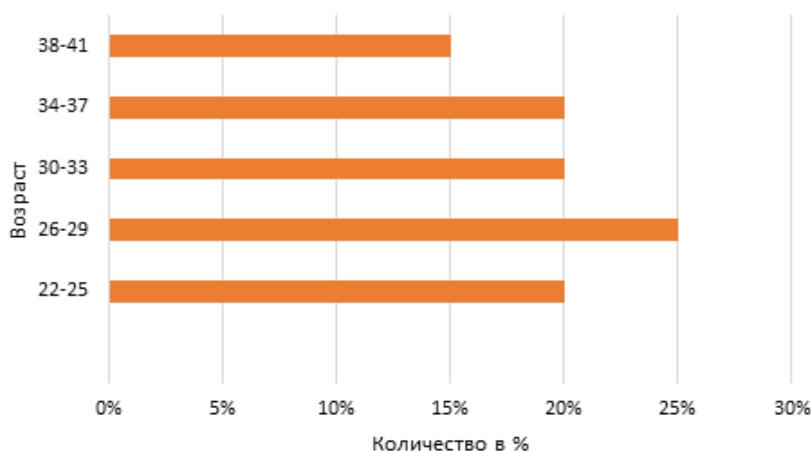


Рисунок 1 – Частота встречаемости гипотиреоза у беременных в зависимости от возрастного диапазона

Далее общее количество беременных с сопутствующим гипотиреозом были разделены на две группы: 1 группа – 7 пациенток, имеющих в анамнезе субклинический гипотиреоз, с частотой встречаемости 35 % среди женщин с данной патологией и 2 группа с диагнозом первичный гипотиреоз, насчитывающая 13 больных и составляющая 65 % (рисунок 2).

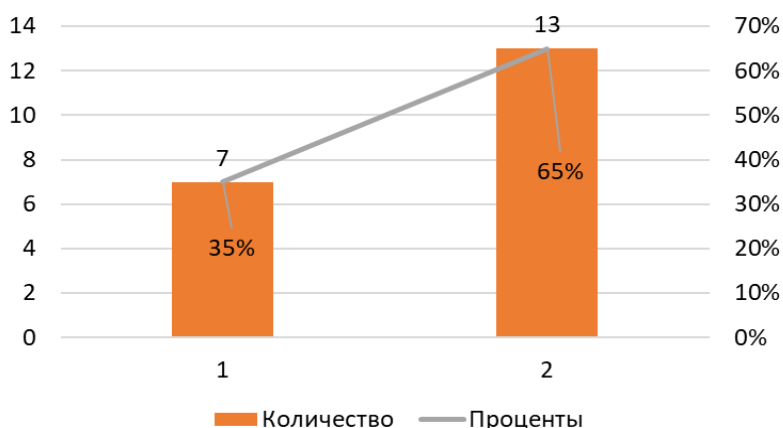


Рисунок 2 – Процентное соотношение групп в зависимости от клинического диагноза

Для 1 группы пациенток с диагнозом субклинический гипотиреоз были характерна данная клиническая картина: тянущие боли в низу живота, отеки, артериальная гипер-

тензия, острая гипоксия плода, угрожающие преждевременные роды; у 2 группы пациенток с диагнозом первичный гипотиреоз: тянущие боли в низу живота, угрожающие преждевременные роды, анемия, отеки, преждевременная отслойка плаценты.

Женщины поступали в больницу преимущественно в 3 триместре беременности с жалобами на тянущие боли внизу живота и угрозой преждевременных родов. Клинический гипотиреоз проявляется такими признаками, как общая слабость, судорожные сокращения мышц, снижение работоспособности, боли в суставах, сонливость, депрессия, снижение памяти и внимания, повышение массы тела, уменьшение частоты сердцебиения и дыхания, сухость и бледность кожи, выпадения волос, грубый голос, тошнота, запоры, аменорея, а также отеки.

При гипотиреозе в организме замедляются все процессы, энергия образуется с меньшей интенсивностью, появляется снижение температуры тела, зябкость. Отмечается склонность к частым инфекциям повышение содержания холестерина в крови. Во время беременности, особенно во второй ее половине, отмечается некоторое улучшение течения гипотиреоза. Это связано с повышением активности функции щитовидной железы плода и поступлением плодовых тиреоидных гормонов в организм матери. Это опасно для плода, так как раннее включение функции щитовидной железы приводит к ее истощению. Беременность возможно вынашивать при вторичном гипотиреозе после операции на щитовидной железе при условии его компенсированного течения под влиянием адекватной заместительной гормональной терапии. При гипотиреозе легкой степени наступление беременности возможно, и дети при этом рождаются здоровыми. При врожденных формах гипотиреоза беременность противопоказана из-за рождения неполноценных детей.

Основными задачами в процессе лечения беременных с гипотирозкинемией являются медикаментозная компенсация недостатка гормонов щитовидной железы, устранение предпосылок, способных усугубить состояние пациенток и плода. Схема лечения включает гормонотерапию и йодсодержащие лекарственные средства. Гормональная коррекция гипотиреоза позволяет уменьшить вероятность осложнений в период протекания беременности.

Выводы

В результате ретроспективного анализа было выявлено, что наибольшее число пациентов приходится на 2 группу ($n = 13$) с установленным клиническим диагнозом – первичный гипотиреоз. Установлено, что чаще всего гипотиреоз у беременных возникает в возрастном диапазоне 26–29 лет.

Данная патология среди беременных женщин является угрозой для протекания беременности и развития плода. При низком содержании тироксина и трийодтиронина существенно замедляется обмен веществ, снижается температура тела. В органах и тканях накапливаются гликозаминогликаны – высокогидрофильные белковые метаболиты, способные задерживать жидкость в коже, слизистых оболочках, внутренних органах.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гипотиреоз и беременность [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/gipotireoz-i-beremennost-1/viewer> – Дата доступа: 29.03.2023.
2. Сравнительный анализ состояния про-/антиоксидантной защиты у пациентов с дисфункцией щитовидной железы различного генеза [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=12596> – Дата доступа: 29.03.2023.
3. 25 мая – Всемирный День Щитовидной Железы [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://minzdrav.gov.by/ru/search/index.php?q=%E3%E8%EF%EE%F2%E8%F0%E5%EE%E7+%F3+%E1%E5%F0%E5%EC%E5%ED%ED%FB%F5> – Дата доступа: 29.03.2023.