

УДК 618.3-06.616.441

Г.Ж. ЖАТКАНБАЕВА¹, А.А. ШАЛДАР¹, Г.М. НЕСИПБАЕВА¹,
С.Б. ЖУНДЫБАЙ², А.Б. ЖУНДЫБАЙ²¹Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова, г. Алматы,²Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы, КазахстанИСХОДЫ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК
С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ

Жатканбаева Г.Ж.



Шалдар А.А.

Пациентки репродуктивного возраста страдают патологией щитовидной железы в 16-20% случаев.

Цель исследования. Изучение влияния патологии щитовидной железы на течение гестационного процесса и перинатальные исходы при преждевременных родах.

Материал и методы. Были взяты контрольная группа пациенток 87 с преждевременными родами и сравнительная группа 140 родильниц со своевременными родами без патологии щитовидной железы.

Результаты и обсуждение. Анамнез пациенток контрольной группы был отягощен в 13,8% (12) эндокринными формами бесплодия, невынашивание беременности 12,6% (11) и недонашивание беременности 11,5% (10). У каждой второй пациентки контрольной группы встречалась соматическая патология. Асфиксия новорожденных отмечена в 17,2% случаев.

Вывод. Патология щитовидной железы влияет на течение гестационного процесса и перинатальный исход.

Ключевые слова: щитовидная железа, беременность, новорожденный.

Здоровье матери и ребенка тесно связано не только с состоянием системы мать-плацента-плод, но и с нарушением биоценоза в ней. Уязвимым звеном в возникновении данной патологии является щитовидная железа. У пациенток репродуктивного возраста частота патологии щитовидной железы составляет 16-20%. Гипофункция щитовидной железы является одним из повреждающих факторов нарушений в фето-плацентарной системе. Особое внимание необходимо уделять течению гестационного процесса и перинатального периода новорожденных у матерей с заболеваниями щитовидной железы в эндемичных районах (некоторые регионы Казахстана) [1, 2, 3]. Течение беременности и родов при гипотиреозе сопровождается ранними и поздними осложнениями.

Основными причинами возникновения гипотиреоза в эндемических районах являются: недостаточное содержание йода в продуктах питания, воде, повышенный радиактивный фон, генетические причины и беременность [4, 5].

К выраженным симптомам гипотиреоза относятся: сухость кожи, ломкость волос и ногтей, снижение слуха, умственное и физическое отставание [6].

Ановуляция, аменорея, бесплодие, привычное невынашивание беременности часто связаны с нарушением периферического метаболизма половых стероидов при заболеваниях щитовидной железы [7]. Основными медико-социальными аспектами в течении беременности являются нарушения корреляционных связей в фето-плацентарной системе. Но в то же время в современной литературе нет четких данных о взаимосвязи патологии щитовидной железы и течения беременности, родов, послеродового периода и развития новорожденного [8].

Следствием снижения функции щитовидной железы является гипотиреоз, который оказывает прямое действие на состояние здоровья ребенка, приводит к развитию нарушений со стороны других желез (гипофиз, гипоталамус) и метаболических процессов в организме. Врожденный

Контакты: Жатканбаева Гульмира Жумакановна, канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы. Тел. +7 777 220 15 07, +7 700 220 15 07, e-mail gulmazhu@gmail.com

Contacts: Gulmira Zhumazhanovna Zhatkanbaeva, PhD, Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology №1 KazNMU n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c. Ph. +7 777 220 15 07, +7 700 220 15 07, e-mail gulmazhu@gmail.com

гипотиреоз (кретинизм), по данным статистики, встречается 1:4000 новорожденных, причем в 2 раза чаще у девочек [9].

Дефицит тиреоидных гормонов приводит к поражению головного мозга. Во всех странах мира по рекомендации ВОЗ проводится обследование новорожденного в родильном доме. Основная цель скрининга по врожденному гипотиреозу – раннее выявление всех новорожденных детей с повышенным уровнем ТТГ в крови.

При выявлении гипотиреоза лечение начинают немедленно. При поздней диагностике и лечении гипотиреоза изменения в головном мозге будут необратимыми. В этом случае патология приведет к умственной отсталости и нарушению физического развития. Эти вопросы в дальнейшем требуют углубленного изучения.

Цель исследования – изучить течение беременности, родов и перинатального периода у пациенток с преждевременными родами при гипотиреозе.

Материал и методы

Были взяты первая группа пациенток с преждевременными родами в количестве 217 человек, вторая группа 140 пациенток со своевременными родами без патологии щитовидной железы. Пациентки контрольной группы с патологией щитовидной железы составили 87 человек.

Алгоритм обследования включал данные анамнеза, соматического статуса, обследования щитовидной железы, менструальной и генеративной функции беременной. Немаловажное значение имело клинико-лабораторное обследование эндокринной системы и контроля уровня тиреотропного гормона каждые 8-10 недель гестационного процесса.

Проводился скрининг новорожденных на наличие гипотиреоза при исследовании крови (чаще из пятки) на тиреотропный гормон (ТТГ) на 3-5 сутки рождения (6–8 капель крови наносится на специальную пористую, фильтровальную бумагу). Полученные и высушенные образцы крови направлялись в специализированную лабораторию, где проводилось определение ТТГ. Также проводились осмотр и пальпация щитовидной железы новорожденных.

Результаты и обсуждение

Анализ становления менструальной функции характеризовался ранним и поздним менархе у 32,1% (28), высока частота нарушения менструальной функции по типу олигоменореи у 20,7% (18) и опсоменореи у 18,4% (16). В сравнительной группе 25,7% (36), 9,3% (13) и 8,6% (12), соответственно.

Частыми осложнениями генеративной функции у беременных с гипотиреозом явились эндокринные формы бесплодия 13,8% (12), невынашивание беременности – 12,6% (11) и недонашивание беременности 11,5% (10). У каждой второй пациентки контрольной группы выявлена соматическая патология. В сравнительной группе соматические заболевания встречались у каждой 4-5 пациентки.

Наиболее частой экстрагенитальной патологией у пациенток с гипотиреозом были хроническая артериальная гипертензия, железодефицитная анемия, хронический тонзиллит, ожирение, хронические рецидивирующие вирусные инфекции и заболевания урогенитального тракта. При

патологии щитовидной железы наличие соматической патологии (ожирения, артериальной гипертензии, заболеваний мочевыводящих путей) выявлено у 48,2% (42) пациенток контрольной группы. Соматическая патология пациенток в сравнительной группе представлена такими заболеваниями, как нейроциркуляторная дистония, холецистит, хронический тонзиллит, железодефицитная анемия, и наблюдалась в 32,1% (45) случаев.

Мониторинг внутриутробного состояния плода проводился с помощью данных доплерографии, и у каждой третьей-четвертой пациентки контрольной группы отмечалась антенатальная гипоксия плода. Данная патология наблюдалась у каждой 8-9 пациентки сравнительной группы и была связана с другими причинами (гестоз беременных, обвитие пуповины вокруг шеи плода и др.).

В первой группе все роды преждевременные в сроках гестации 28-36 недель. Роды через естественные родовые пути имели 86,2% (75) пациенток. Оперативное родоразрешение в 13,8% (12). Среди осложнений родового процесса отмечено несвоевременное излитие околоплодных вод в 19,5% (17) в контрольной и 17,8% (25) в сравнительной группе, соответственно. Слабость родовой деятельности встречалась в 5,7% (5). Быстрые роды были у 2,3% (2) пациенток контрольной группы, стремительные роды в 1,1% (1) случае. У пациенток сравнительной группы роды своевременные со средней продолжительностью $8,5 \pm 0,3$ часа.

Гистологическое исследование плацент в контрольной группе показало уменьшение площади и массы плаценты в 26,4% (23), децидуит 21,8% (19), участки фибриноидного некроза в 17,2% (15), ишемии в 1,2% (1) случаев. В сравнительной группе децидуит встречался в 10,7% (15) и малая масса плаценты в 4,3% (6) случаев.

Оценка новорожденных при рождении проводилась в обеих группах по шкале Апгар. При оценке детей в раннем неонатальном периоде асфиксию легкой степени тяжести имели 32,6% (74). Асфиксия новорожденных легкой степени наиболее была выражена в группе детей в 17,2% (15), матери которых страдали гипотиреозом. Состояние асфиксии средней степени тяжести перенесли 5,7% (5), и тяжелая асфиксию наблюдалась у 2,2% (2) новорожденных. В сравнительной группе легкая асфиксия отмечена в 12,1% (21) случаев. Следствием перенесенной асфиксии явились неврологические расстройства в позднем неонатальном периоде, гнойно-септические заболевания в отдаленные сроки.

Выводы

1. Гипотиреоз влияет на репродуктивную функцию, течение беременности, родов и исход перинатального периода.

2. При данной патологии эндокринные формы бесплодия встречаются у 13,8% (12), у каждой второй пациентки выявлены соматическая патология и асфиксия новорожденных легкой степени – 66,7% (58).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Внутриутробное развитие человека /Руководство для врачей/ под. ред. проф. Милованова А.П., проф. Савельева С.В. – М: МДВ, 2006. – 383 с.

2 Poppe K., Glinoe D. Thyroid autoimmunity and hypothyroidism before and during pregnancy // Hum. Reprod. Update. – 2003. – Vol. 9(2). – P. 149-161

3 Зельцер М.Е., Базарбекова Р.Б. Проблемы хронического йодного дефицита в Республике Казахстан // Йододефицитные заболевания: Сб. науч. ст. – Алматы, 2002. – С. 3-8

4 Зельцер М.Е., Базарбекова Р.Б., Аубакирова Ш.С. Профилактика йододефицитных заболеваний // Метод. рекомендации. – Алматы, 2005. – 23 с.

5 Шорманов Т.Ш., Толысбаева Ж.Т. Как обеспечить гарантию качества йодирования соли. – Алматы, 2000. – 12 с.

6 Духарева О.В. Структура тиреоидной патологии у московских детей на фоне проведения профилактики йододефицита // Педиатрия. – 2007. – №3. – С. 47-52

7 Назаренко Т.А., Дуринян Э.Р., Чечурова Т.Н. Эндокринное бесплодие у женщин. Диагностика и лечение. – М., 2004. – 72 с.

8 Раисова А.Т. Эндокринная патология и беременность. – Алматы, 2008. – 140 с.

9 Гусарук Л.Р., Голубцов В.И. Особенности психоэмоционального статуса детей с врожденным гипотиреозом в зависимости от уровня интеллектуального развития // Кубан. науч. мед. вестн. – 2009. – № 9. – С. 23-26

ТҮЖЫРЫМ

Г.Ж. ЖАТҚАНБАЕВА¹, А.А. ШАЛДАР¹, Г. М. НЕСІПБАЕВА¹, С.Б. ЖҮНДІБАЙ², А.Б. ЖҮНДІБАЙ²

¹С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті,

²Қазақ-Ресей медицина университеті, Алматы қ., Қазақстан

ГИПОТИРЕОЗДЫҢ САЛДАРЫНАН ПАЦИЕНТ ӘЙЕЛДЕРДІҢ МЕРЗІМІНЕН БҰРЫН БОСАНУЫ

Репродуктивті жастағы босанушы әйелдердің 16-20% қалқанша безінің бұзылыстарынан зардап шегеді.

Зертеудің мақсаты. Жүктілік кезін және жүктілікті мерзімі-

нен бұрын босану барысында перинаталдық нәтижелерін және гипотиреоздың әсерін зерттеу.

Материал және әдістері. Салыстырмалы талдау мерзімінен бұрын босанушы 87 әйел мен қалқанша безінің аурулары жоқ, уақытылы босанушы 140 әйелден құралған топтарда жүргізілді.

Нәтижелері және талқылауы. Бақылау тобындағы әйелдердің анамнезі мынадай жағдайларда ауырлай түскен-бедеуліктің эндокринді түрі 13,8 % (12) болған, түсік тастау 12,6% (11) және мерзімінен бұрын босанған әйелдер саны 11,5% (10). Бақылау тобындағы әрбір екінші науқаста соматикалық патология кездесті. Жаңа туылғандарда асфиксия жағдайлары 17,2% байқалды.

Қорытынды. Гипотиреоз жүктілік кезінде және перинатальді кезеңге әсер етеді.

Негізгі сөздер: гипотиреоз, жүктілік, нәресте.

SUMMARY

G.Zh. ZHATKANBAYEVA¹, A.A. SHALDAR¹, G.M. NESSIPBAYEVA¹, S.B. ZHUNDIBAY², A.B. ZHUNDIBAY²

¹Kazakh National Medical University n.a. S.D. Asfendiyarov,

²Kazakh-Russian Medical University, Almaty c., Kazakhstan

PREGNANCY'S OUTCOMES OF THE PATIENTS WITH PREMATURE BIRTH IN HYPOTHYROIDISM

The reproductive age patient is suffering thyroid gland pathology in 16-20% cases.

Objective. Studying the effect of hypothyroidism for a gestational process and perinatal outcomes in premature birth.

Material and methods. The comparative analysis was carried out in a group of patients (87) with thyroid pathology and preterm birth. Another group is represented 140 women with timely childbirth without thyroid disease.

Results and discussion. The anamnesis of patients in the control group was complicated by endocrine infertility in 13.8% (12), miscarriage in 12.6% (11) and birth prematurely in 11.5% (10). Therapeutic pathology occurs of every second patient in the control group. Asphyxia was observed in the 17.2% of cases.

Conclusions. A hypothyroidism is harmful for gestation and perinatal outcomes.

Key words: Hypothyroidism, pregnancy, newborn.

Для ссылки: Жатканбаева Г.Ж., Шалдар А.А., Несипбаева Г.М., Жундыбай С.Б., Жундыбай А.Б. Исходы течения беременности у пациенток с преждевременными родами при гипотиреозе // J. Medicine (Almaty). – 2015. – No10 (160). – P. 86-88

Статья поступила в редакцию 12.10.2015 г.

Статья принята в печать 19.10.2015 г.