

Профилактика угрозы прерывания беременности при узловых образованиях щитовидной железы

А.В. Возовик

Уральская Государственная Медицинская Академия, г. Екатеринбург

Успешное вынашивание беременности у женщин с эндокринной патологией является актуальным вопросом в современном акушерстве. В задачи акушера-гинеколога входит полноценное обследование, прогнозирование осложнений и своевременное лечение беременной. Угроза прерывания беременности - одно из самых распространенных патологических состояний при беременности. Своевременная диагностика и прогнозирование развития угрожающего выкидыша и преждевременных родов являются залогом пролонгирования беременности и рождения здорового ребенка. Беременные с узловыми образованиями щитовидной железы входят в группу повышенного риска по развитию угрозы прерывания беременности, раннего гестоза, плацентарной недостаточности, слабости родовой деятельности.

Целью нашего исследования явилось разработать способ профилактики преждевременного прерывания беременности у женщин после оперативного лечения узлового зоба во время наблюдаемой беременности.

Для решения поставленных задач под нашим наблюдением находилось 52 беременные, прооперированные по поводу узлового зоба. Контрольную группу составили 50 практически здоровых женщин с физиологически протекающей беременностью (Iв группа по ВОЗ). В изучаемых группах все женщины были сопоставимы по сроку беременности, возрасту, сопутствующей патологии, паритету. Беременные с выявленным узловым зобом были обследованы с использованием всех основных методов, применяемых при данном заболевании: клинические (сбор жалоб и анамнеза, пальпация ЩЖ), лабораторно-инструментальные (УЗИ ЩЖ, тонкоигольная пункционная биопсия, определение уровня тиреоидных гормонов и ТТГ, интраоперационное и плановое морфологическое исследование препарата ЩЖ).

Оценка состояния фетоплацентарного комплекса основывалась на данных ультразвукового исследования, доплерометрии, кардиота-

хографического исследования плода в динамике, уровня ТБГ в сыворотке крови беременной.

Данное исследование проводилось в течение беременности неоднократно с помощью аппарата УЗИ - AU5 (Италия): в 12-14 недель беременности - при наличии клинических показаний, в 22 - 23 недели и в 32 - 33 недели гестации. В 3 триместре УЗИ сочетали с доплерометрическим исследованием, что позволяло оценить маточно-плацентарный и плодовой кровотоки. Оценка количественных характеристик кровотока в сосудах плода, пуповины и матки с помощью доплерометрии является одним из наиболее современных и информативных методов диагностики состояния плода [47,81]. В нашей работе исследование выполнялись на аппарате AU5 с блоком для доплерометрии. При необходимости проводилась предварительная визуализация и локализация объекта исследования (пуповина, маточные артерии). Доплерометрия кровотока в средней мозговой артерии плода выполнялась на ультразвуковом приборе AU5 с блоком для доплерометрии. При анализе доплерометрических кривых рассчитывались систолодиастический коэффициент (СДО), индекс сосудистой резистентности (ИРС). Трофобластический β -глобулин (ТБГ) определяли иммунодиффузным методом. Гистологическому исследованию подвергали все плаценты и препараты ЩЖ, полученные в ходе оперативного вмешательства, если таковое проводилось.

Статистическая обработка материала выполнена на персональном компьютере с помощью пакета прикладных программ "Microstat" и "Ehel". Использовались традиционные параметрические методы вариационной статистики с вычислением средних величин, стандартной ошибки среднего, коэффициентов корреляции. Результаты исследований представлены в виде данных итоговой статистики: $M+m$, где M - среднее арифметическое, m - стандартная ошибка среднего значения. Достоверность различий определялась по парному критерию

Таблица 1. Динамика уровня трофобластического бета-глобулина (ТБГ) в крови беременных с УОЩЖ

Срок беременности	До лечения	После лечения
	1 группа	1 группа
22-25 недель	96±8,4	128±6,3
26-31 неделя	128±16,5	186±6,7
32-36 недель	182±14,6	232±16,4

Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Угроза прерывания наблюдалась у 22 беременных (42,3%) в исследуемой группе. По данным УЗИ было выявлено в сроке 22 недели нарушение миграции плаценты - низкая плацентация у 7 (13,46%). Угроза прерывания по УЗИ была выявлена у 7 (13,46%) беременных.

При оценке состояния маточно-плацентарного и плодового кровотока (МППК) при проведении доплерометрии были выявлены нарушения 1А степени у 1 пациентки в сроке 30 недель и у 1 беременной в сроке 37 недель в исследуемой группе. Грубых нарушений кровотока зарегистрировано не было.

Начиная с 6-7 недель беременности, в сыворотке крови обследованных женщин определяли трофобластический бета-1-гликопротеин (ТБГ). Распределение ТБГ у женщин с УОЩЖ и у пациенток контрольной группы в 1 триместре достоверно не отличалось ($p > 0,05$). Во втором триместре беременности наблюдалось снижение ТБГ в 1,5 раза от нормативных показателей у 7 (13,5%) беременных в исследуемой группе при развитии угрозы прерывания беременности. Эти пациентки получали терапию препаратом "Утрожестан" в дозе 300 мг в сутки в течение 10 дней. На фоне проведенной терапии уровень ТБГ нормализовался и соответствовал сроку гестации.

Таким образом, проведенное исследование позволяет отметить выраженный положительный эффект лечения с использованием Утрожестана.

Объем оперативного вмешательства на щитовидной железе зависел от размеров узлового образования, результатов пункционной биопсии и локализации узла в щитовидной железе. Объем оперативного лечения представлен в таблице 2.

Оперативное лечение проводилось в хирургическом эндокринологическом отделении ГКБ №40 преимущественно во 2 триместре беременности (в сроке 20-26 недель), так как в

Таблица 2. Объем оперативного вмешательства на ЩЖ

Вид операции	абс	%
Экстирпация доли щитовидной железы	18	34,6
Субтотальная резекция доли + удаление перешейка	20	38,5
Тиреоидэктомия	11	21,2
Экстирпация доли + удаление перешейка + удаление паратрахеальной клетчатки	3	5,8
Всего	52	100

это время почти закончены процессы миграции плаценты и наименее вероятно развитие преждевременных родов. В послеоперационном периоде всем беременным назначался препарат "Утрожестан" в дозе 1 капсула (100 мг) 2-3 раза в день в течение 10 дней для профилактики угрозы прерывания беременности. На фоне проведенной терапии ни у одной беременной не произошло преждевременного прерывания беременности.

По нашим данным операция на щитовидной железе не оказывает неблагоприятного влияния на развитие плода и новорожденного. У нас не наблюдалось ни одного случая выкидыша после оперативного лечения узлового зоба. Для профилактики недонашивания беременности в послеоперационном периоде рекомендуется использование препарата "Утрожестан".

В течение всего срока гестации угроза прерывания беременности была диагностирована у 42,3% беременных в исследуемой группе. В контрольной группе этот показатель соответствовал 10%. Таким образом, частота угрозы прерывания беременности у женщин с УОЩЖ была в 4-5 раз выше, чем у женщин в контрольной группе. Следовательно, беременность и роды при узловых образованиях щитовидной железы имеют больший процент осложнений по сравнению со здоровыми беременными, что требует индивидуального прогнозирования осложнений беременности и родов, профилактики недонашивания.

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Оперативное лечение узлового зоба выполняется по показаниям в 22-26 недель беременности, после чего необходима обязательная профилактика недонашивания препаратом Утрожестан 10 дней (1 капсула 2-3 раза в день) в послеоперационном периоде. Выделение беременных с узловыми образованиями щитовидной железы в группу риска по развитию недонашивания беременности.

2. До операции на ЩЖ и после нее следует проводить комплексную оценку состояния плода (УЗИ, КТГ, доплерометрия, ТБГ в крови беременной); профилактику фетоплацентарной недостаточности и преждевременного прерывания беременности.

3. Госпитализация в отделение патологии беременности в критические сроки бере-

менности (12, 20, 28, 32 недели) и по показаниям.

Таким образом, после операции на щитовидной железе у беременных с узловыми образованиями щитовидной железы профилактика недонашивания с помощью препаратов, содержащих натуральный прогестерон, является высокоэффективным методом пролонгирования беременности.

Литература

1. Диагностика и лечение узлового зоба: Методические рекомендации / Дедов И.И., Трошина Е.А., Юшков П.В. и др. - М. - 2001. - 69 с.
2. Мурашко Л.Е., Мельниченко Г.А., Клименченко Н.И. и др. Щитовидная железа и беременность // Проблемы беременности. - 2000. №1. - С. 12-18.
3. Радзинский В.Е. Фармакотерапия плацентарной недостаточности // Клиническая фармакология и терапия. - 1998. № 3. - С. 91-96.
4. Серова О.Ф., Завороченцева Н.В., Липовенко Л.Н. и соавт. Роль плацентарных белков в поддержании успешной беременности // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2003. №4. - С. 61-66.
5. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. - М.: Триада-Х, 1999. - 816 с.
6. Шилин Д.Е. Профилактика дефицита йода у беременной, плода, новорожденного // Гинекология. - 2000. №2. - С.173-176.
7. Glinoe D. The regulation of thyroid function in pregnancy: pathways of endocrine adaptation from physiology to pathology // *Endocr. Rev.* - 1997. - Vol. 18. - P. 404-433.
8. Glinoe D., Delange F. The potential repercussions of maternal, fetal and neonatal hypothyroxinemia on the progeny // *Thyroid* - 2000. - Vol 10. - P. 871-877.
9. Liu J., Chen K., Valego N.K. et al. Effects of thyroidectomy on beta-1 adrenergic receptor mRNA expression in fetal lambs // *J. Soc. Gynecol. Investig.* - 2003. - Vol. 10. - P. 348A.