

нальной сферы, вегетативной дисфункции, метеочувствительности, нарушениях сна в различной форме, головных болей. Наступление беременности, как правило, усиливает реакцию на стресс, что может быть связано с повышением чувства ответственности за будущего ребенка. Также наблюдаются повышение ситуационной тревоги, негативное отношение к окружающей ситуации, пассивный внешне обвиняющий тип поведения. Методы психологической коррекции, которые используются при работе с такими женщинами: рациональная, телесно-ориентированная, рационально-эмотивная психотерапия, арт-терапия, психодрама [8]. В ходе терапии у пациенток уменьшались проявления стресса: тревога, раздражительность, эмоциональная неустойчивость. Менялось отношение к социуму и снижался уровень конфликтов. В процессе психологического консультирования удавалось разрешить предъявленную проблему или наметить алгоритм ее преодоления, что приводило к снижению уровня психоэмоционального напряжения и создавало оптимальные условия для лечебного процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров А.А., Балашова Т.Н. Сотрудничество врача и психолога в диагностическом процессе // Психотерапия и клиническая психология в общемедицинской практике: Матер.Рос.конф. (Санкт-Петербург, 26-28 мая 1999г.).—СПб, 1999.—С.199-204.
2. Васильева Т.П., Грязнова М.А., Лапочкина Н.П., Учаева Г.Н. Психологические особенности женщин с бесплодием //Перинатальная психология и медицина. Психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии, педиатрии и терапии: Матер.Всерос.конф.с международным участием (Иваново, 6-8 июня 2001г.).—Иваново, 2001.—С.111-114.
3. Дейнека Н.В., Мельниченко Н.И. Психологический подход к проблеме бесплодного брака //Психотерапия и клиническая психология в общемедицинской практике: Матер.Рос.конф. (Санкт-Петербург, 26-28 мая 1999г.).—СПб, 1999.—С.273-275.
4. Драгунский В.В. Цветовой личностный тест. Практическое пособие.—Минск: «Харвест», 2000.—444 с.
5. Кулавский В.А., Кулавский Е.В., Жаринова С.М. Психотерапевтические аспекты в лечении трубного бесплодия //Перинатальная психология и медицина. Психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии, педиатрии и терапии: Материалы Всерос.конф.с международ.участием (Иваново, 6-8 июня 2001г.).—Иваново, 2001.—С.172-174.
6. Макаричева Э.В., Менделевич В.Д. Позитивная психотерапия и психическая адаптация к бесплодию //Психотерапия и клиническая психология в общемедицинской практике: Материалы Рос.конф.(Санкт-Петербург, 26-28 мая 1999г.).—СПб., 1999.—С.327-332.
7. Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия.—М., 1996.—333 с.
8. Шевандрин Н.И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности.—М., 1999.—507 с.

УДК 618.3+616.441-006.5-036.21

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БЕРЕМЕННЫХ С НЕТОКСИЧЕСКИМ УЗЛОВЫМ ЗОБОМ

А.В.Возовик, В.И.Коновалов

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

Охрана репродуктивного здоровья женщины и пренатальная охрана плода и новорожденного являются одной из государственных программ [4, 6]. Актуальными являются исследования особенностей течения беременности, исходов родов и прогнозирование риска для плода и новорожденного при эндокринных заболеваниях матери. Одними из самых распространенных эндокринопатий являются заболевания щитовидной железы. Узловой зоб — это клиническое понятие, не совпадающее с одноименным морфологическим определением и включающее все узловые образования щитовидной железы [1]. С клинической точки зрения, узловым зобом следует называть любое пальпируемое образование в проекции щитовидной железы независимо от его размеров. Узловым зобом (с морфологической точки зрения) следует считать коллоидный в разной степени пролиферирующий зоб в виде инкапсулированного узла [2]. При беременности возрастает активность щитовидной железы [1, 5], что провоцирует рост уже существующих узлов или появление новых. При микроскопическом исследовании щитовидной железы беременных обнаруживают ее гиперплазию (увеличение числа клеток) и стимуляцию тиреоцитов. На долю узлового коллоидного в разной степени пролиферирующего зоба приходится 60-75% от всех узловых образований в щитовидной железе [2]. Рак встречается не более чем в 10% в популяции. Нетоксический узловой зоб (НУЗ) при беременности

прежде всего является поводом для онкологической настороженности, так как доказан пролиферативный эффект плацентарных гормонов [8], в связи с чем изучение морфологической структуры узлового зоба при беременности представляет научный интерес.

Цель работы: изучить морфологическую структуру нетоксического узлового зоба у беременных женщин и характер перинатальной патологии у них.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 92 беременные с нетоксическим узловым зобом, которые наблюдались в эндокринологической и акушерской клиниках ГKB № 40 г. Екатеринбурга в течение 1995–2001 гг.

Средний возраст женщин составил $30 \pm 1,2$ лет. До беременности узловой зоб был диагностирован у 12%, у остальных (88%) – во время наблюдаемой беременности. В контрольной группе обследовано 100 здоровых беременных репродуктивного возраста (метод случайной выборки).

Обследование беременных включало следующие исследования: общеклинические методы; акушерский статус в динамике; оценку состояния щитовидной железы: УЗИ щитовидной железы, определение ТТГ и СТ₄, пункционную биопсию узлов; оценку состояния фетоплацентарной системы в динамике (УЗИ плода+доплерометрия, КТГ плода). Гистологическое исследование операционного материала щитовидной железы проводилось в патологоанатомическом отделении ГKB № 40 г. Екатеринбурга. Все 92 беременные были прооперированы по поводу узлового зоба в разные сроки беременности (от 18 до 26 недель). Объем оперативного вмешательства представлен в табл. 1.

Таблица 1

Объем оперативного вмешательства на щитовидной железе у беременных с нетоксическим узловым зобом

Объем резекции	Абс.число (n=92)	%
Субтотальная тиреоидэктомия	17	18,48
Экстирпация доли и перешейка	59	64,13
Резекция доли	3	3,26
Экстирпация двух долей	2	2,17
Субтотальная тиреоидэктомия+удаление паратрахеальной кисточки	2	2,17
Всего:	92	100

Результаты морфологического исследования оперативного материала представлены в табл. 2.

Таблица 2

Морфологическая характеристика операционного материала

Вид зоба	Кол-во чел.	%
Узловой коллоидный пролиферирующий	58	63,04
Диффузно-узловой коллоидный	18	19,57
Многоузловой коллоидный пролиферирующий	6	6,52
Фолликулярный рак	3	3,26
Папиллярный рак	5	5,43
Папиллярно-фолликулярный рак	2	2,17
Итого:	92	100

Результаты исследования. При проведении пункционной биопсии при узловом зобе в полученном материале находили коллоид и тиреоциты. Соотношение этих компонентов характеризует тип зоба: в том случае, если преобладает коллоид – это коллоидный зоб, а при наличии большого количества тиреоцитов – пролиферирующий коллоидный зоб.

При проведении пункционной биопсии нами были получены следующие результаты: в 18,5% найден коллоидный пролиферирующий зоб, в 35,87% – коллоидный зоб, элементы фолликулярного эпителия – в 4,35% случаев, паренхиматозный зоб – в 1,1%, коллоидный кистозный зоб – в 2,17%, папиллярный рак – в 1,1% случаев. Неинформативность составила 19,57%.

Из особенностей гистологической картины следует отметить, что у 15 беременных (16,3%) встречались вторичные изменения структуры щитовидной железы такие, как склероз, фиброз, кальциноз; у 16 беременных (17,4%) наблюдалась очаговая лимфоцитарная инфильтрация; у 3 беременных (3,26%) – очаговые кровоизлияния; у 12 беременных (13,04%) – кисты.

До и после операции всем женщинам проводился контроль ТТГ, а в послеоперационном периоде - индивидуальный подбор дозы заместительной гормональной терапии (ЗГТ) - препарат L-тироксин (фирма «Берлин-Хеми»). L-тироксин назначался в дозах от 50 до 150 мкг/сут. В течение беременности доза препарата корректировалась.

При анализе осложнений беременности и родов (табл.3) отмечено развитие гестоза у 65 беременных (71,1%), фетоплацентарной недостаточности - у 68 беременных (73,7%), анемии 1-2 степени - у 89 беременных (97,4%). В течение беременности у 44 беременных (47,4%) отмечалась неоднократная угроза прерывания беременности, по поводу чего эти женщины несколько раз госпитализировались в отделение патологии беременности (ОПБ). Оперативное родоразрешение (кесарево сечение) проведено у 56 человек (52,6%). Показаниями для кесарева сечения в экстренном порядке явились: нарастание безводного промежутка в сочетании с прогрессирующей слабостью родовых сил и незрелостью родовых путей. Роды через естественные родовые пути проведены у 44 женщин (47,4%). В контрольной группе - у 83%.

Таблица 3

Осложнения беременности и родов у родильниц, оперированных по поводу узлового зоба во время беременности по сравнению с контрольной группой

Осложнение	Узловой зоб, абс. число (n=92)	Узловой зоб, %	Контроль, абс. число (n=100)	Контроль, %
Гестоз	65	71,5	46	46
Фетоплацентарная недостаточность	68	73,7	38	38
Анемия	89	97,4	18	18
Нефропатия 1-2 степени	12	13,2	9	9
Дородовое излитие окол. вод	24	26,3	17	17
Запоздалые роды	19	21,1	3	3
Угроза прерывания беременности	44	47,4	10	10
Гипотоническое кровотечение	5	5,3	1	1
Прогрессирующая слабость родовых сил	7	7,9	3	3
Разрывы шейки матки	22	23,7	7	7

Примечание: в ряде случаев отмечено сочетание различных осложнений беременности и родов

Из осложнений у новорожденных следует отметить: гипербилирубинемия - у 56 детей (60,5%), гипоксию различной степени тяжести - у 59 детей (64,5%), кардиопатию - у 7 детей (7,9%), гипотрофию - у 14 новорожденных (15,8%), различные неврологические нарушения - у 34 детей (36,8%).

Обсуждение. При сочетании НУЗ и беременности нами выявлено, что узловой, в разной степени пролиферирующий зоб был у 63,04% женщин, что соответствует частоте встречаемости в популяции [8]. Рак был у 10,87%, что также соответствует частоте рака в популяции.

При проведении тонкоигольной пункционной биопсии (ТПБ) заключения были следующие: доброкачественный узел - 54,37%, злокачественный - 1,1%. Недостаточное для диагноза количество материала (неинформативность) - в 19,57%. По данным П.А.Сингер (по данным 24000 биопсий, выполненных в 14 медицинских центрах) заключения были следующие: доброкачественный узел - 53-90%, злокачественный - 1-18%, неинформативность ТПБ - 2-21%. Следовательно, данные ТПБ у беременных соответствуют данным ТПБ в общей популяции.

Оперативному лечению подлежат все опухоли щитовидной железы (как доброкачественные, так и злокачественные), независимо от их величины и степени дифференцировки (по рекомендациям ЭНЦ РАМН). При выявлении у беременной узлового коллоидного пролиферирующего зоба показано хирургическое лечение: при наличии больших узлов (диаметром более 2 см), при наличии кальцификатов в узле (независимо от его размеров), при быстром росте узла (увеличение его диаметра на 5 мм и более от исходного за 6 месяцев). Оперативно удаляются все кисты и узлы с выраженным кистозным компонентом. Абсолютным показанием к операции является загрудинный узловой зоб [2].

Считается, что оперативное лечение узлового зоба целесообразно проводить во втором триместре беременности (в сроке 22-26 недель), так как в это время почти закончены процессы миграции плаценты и наименее вероятно развитие преждевременных родов (Шехтман М.М., 1999).

В послеоперационном периоде у беременных наблюдаются кардио-васкулярные нарушения, так как плохо стимулируется сердечно-сосудистая система, рано развивается фетоплацентарная недостаточность (также из-за слабой стимуляции бета-рецепторов плаценты в связи с опосредованным прессорным катехоламиновым эффектом тиреоидных гормонов) [7]. У оперированных беременных гестоз развивался на 20%

чаще, чем в контрольной группе, фетоплацентарная недостаточность — на 30% чаще. Анемия 1-2 степени наблюдалась у 89 беременных (97,4%), а в контрольной группе данная патология встречалась в 5 раз реже. Анемия у беременных с НУЗ плохо поддается лечению железо-содержащими препаратами, так как недостаток тиреоидных гормонов влияет на синтез специфических белков и ферментов, на систему крови [8].

В послеоперационном периоде, учитывая возможность развития гипотиреоза, всем беременным назначался L-тироксин под контролем ТТГ. С целью профилактики преждевременного прерывания беременности после операции на щитовидной железе мы назначали токолитики: сернокислую магнезию 25% 10,0 в/в капельно 3-5 раз, гинипрал (фирма «Никомед») 2,0 в/в капельно 3 раза, затем переход на таблетированную форму (1/4 табл. 4 раза в день 10 дней), новокаин 0,25% 150,0 3 дня. Терапия проводилась в течение 7-10 дней (под контролем УЗИ, наружной гистерографии, КТГ плода) после операции на щитовидной железе в клинике патологии беременных. Для профилактики развития фетоплацентарной недостаточности назначался актовегин («Никомед») в дозе 200 мг 2 раза в сутки, поливитамины, курантил в дозе 75 мг 2 раза в день в течение 2-3 недель (фирма «Берлин-Хеми»). Особенности в течение родов у беременных с НУЗ выражались в высоком проценте оперативного родоразрешения (кесарево сечение), по сравнению с контрольной группой — в три раза чаще (52,6% у беременных с НУЗ по сравнению с 17% в контроле). Материнский травматизм у рожениц с НУЗ встречался в три раза чаще, чем в контрольной группе.

У новорожденных в результате перенесенной внутриутробной гипоксии отмечено нарушение процессов адаптации: страдает ЦНС (синдром двигательных нарушений, судорожный синдром), сердечно-сосудистая система (кардиопатии в 7,9%), развивается анемия. Транзиторная гипербилирубинемия наблюдалась в 2 раза чаще, чем в контроле (60,5% против 31% в контрольной группе), гипоксия различной степени тяжести — в 1,5 раза чаще, чем в контроле.

Нужно отметить, что дети, рожденные на 40-41 неделе беременности, легче адаптируются, чем рожденные в 38-39 недель (по данным клинической характеристики новорожденных и по шкале Апгар). Это объясняется, видимо, тем, что щитовидная железа плода при осложненной беременности созревает позднее [3], поэтому ребенок физиологически созревает позже, и роды в 40-41 неделю для такого плода не являются запоздалыми (по данным оценки плода и плаценты). Поэтому родоразрешение раньше 39-40 недель проводить нежелательно.

Таким образом, при беременности среди узловых поражений щитовидной железы наиболее часто встречается узловой коллоидный пролиферирующий зоб (по данным гистологического исследования). Морфологическая структура нетоксического узлового зоба у беременных не отличается от таковой в популяции. Частота рака у беременных соответствует таковой в популяции.

Оптимальным сроком для оперативного лечения (так как онкопатология встречается в 10%) узлового зоба у беременных является II триместр беременности (22-26 недель), поскольку в это время вероятность преждевременного прерывания беременности минимальна.

Беременные, оперированные по поводу нетоксического узлового зоба и рака щитовидной железы, относятся к группе риска по осложнениям в родах и по перинатальным осложнениям, поэтому необходимо совместное наблюдение беременных акушером и эндокринологом, а родоразрешение должно проводиться в 40-41 неделю беременности в перинатальном центре.

Можно предположить, что данная патология щитовидной железы является маркером развития слабости родовой деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов И.И., Герасимов Г.А., Свириденко Н.Ю. Йоддефицитные заболевания в РФ. Руководство для врачей.-Berlin-Chemi, Москва, 1999.
2. Дедов И.И., Трошина Е.А., Александрова Г.Ф., Юшков П.В. Диагностика и лечение узлового зоба: Метод.рекомендации.- М., 2001.
3. Кобозева Н.В., Гуркин Ю.А. Перинатальная эндокринология. Руководство для врачей.-Л., 1986.-С.128-163.
4. Концепция охраны репродуктивного здоровья населения России на период 2000-2004 годы и план мероприятий по ее реализации.-М., 2000.
5. Мурашко Л.Е., Мельниченко Г.А.и др. Щитовидная железа и беременность //Проблемы беременности.-2000.-№1.
6. Приказ МЗ РФ №462 от 30.12.1999 г. «О совершенствовании организации медицинской помощи беременным женщинам и гинекологическим больным».
7. Сазанов А.В., Циркин В.И., Дворянский С.А. Возможное участие тироксина в регуляции бетта-адренореактивности миометрия //Акуш.и гин.-2001.-№1.-С.45-47.
8. Чин У.У., Йен П.М. Болезни щитовидной железы /Под ред. Л.И.Бравермана: Пер.с англ.-М., 2000.-С.1-17.