

УДК 618.3-036.21

А.В. Возовик

**ВЛИЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН С НЕТОКСИЧЕСКИМ УЗЛОВЫМ ЗОБОМ НА ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ**

Уральская государственная медицинская академия

Нетоксический узловой зоб – заболевание щитовидной железы (ЩЖ), встречающееся у беременных женщин, проживающих в йоддефицитных регионах, к которым относится и Уральский регион. Беременные с узловым зобом нуждаются в тщательном наблюдении, обследовании и коррекции нарушенной функции ЩЖ, поэтому изучение влияния узловой трансформации ЩЖ на репродуктивную функцию является актуальным.

Целью работы является изучение особенностей течения беременности, родов, послеродового периода у женщин с нетоксическим узловым зобом (НУЗ), лечившихся по поводу зоба во время наблюдаемой беременности.

**Материал и методы исследования**

Нами изучено течение беременности у 86 беременных, из которых 54 женщины были оперированы по поводу узлового зоба во время наблюдаемой беременности, и 32 женщины лечились консервативно. Женщин, оперированных во время беременности, мы разделили на две группы: в 1 группе у 26 человек наблюдался гипотиреоз в стадии компенсации, во 2 группе у 28 женщин наблюдалось эутиреодное состояние. У беременных, лечившихся консервативно, наблюдался эутиреоз (3 группа – 32 человека). В контрольной группе – 30 здоровых беременных того же репродуктивного возраста (метод слу-

чайной выборки). Средний возраст женщин в обеих группах был 30±1,2 лет.

При обследовании проводились: изучение анамнеза, объективные методы, акушерский статус в динамике, оценка состояния ЩЖ (определение ТТГ, СТ4, УЗИ ЩЖ), оценка состояния фето-плацентарной системы в динамике (УЗИ плода, доплерометрия, КТГ плода), клиническая характеристика новорожденных в динамике наблюдения. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программ Microsoft Excel.

Все беременные после операции на ЩЖ получили заместительную гормональную терапию L-тироксина (компания «Берлин-Хем») в дозе от 50 до 150 мкг/сут. Беременным, лечившимся консервативно, L-тироксин назначался в минимальных дозировках (под контролем ТТГ) – от 25 до 75 мкг/сутки. При развитии гипотиреоза мы наблюдали большее число осложненных беременностей и родов, чем при эутиреодном состоянии.

Контроль за функцией ЩЖ проводился на основании определения ТТГ и свободного тироксина (СТ4). Доза заместительной гормональной терапии (ЗГТ) также корректировалась по уровню ТТГ и СТ4 в крови беременных. Для профилактики йодного дефицита во время беременности женщины принимали йодит калия в дозе 200 мкг/сутки (Калия йодит, «Берлин-Хем»).

**Результаты исследования и их обсуждение**

У оперированных беременных гипотиреоз после операции был выявлен в 48,1% случаев, эутиреоз – в 51,9. Из осложненных беременностей наблюдалось раннее развитие гестоза с 25-27 недель беременности, хронической фетоплацентарной недостаточности (ФПН) с 24-25 недель беременности. Анемия 1-2 степени встречалась в три раза чаще по сравнению с контрольной группой. Данные осложненной беременности и родов представлены в табл.1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика исходов беременности у женщин с НУЗ в зависимости от функционального состояния ЩЖ

Осложнения	Оперированные				Неопериров.		Контроль	
	Гипотиреоз		Эутиреоз		Эутиреоз		Абс.ч n=30	%
	n=26	%	n=28	%	n=32	%		
Водянка	8	30,7	14	50	21	65,6	10	33
Анемия 1ст.	16	61,5*	14	50*	19	59,3*	6	19,8
Анемия 2ст.	-	-	4	14,3	5	15,6	-	-
Дород. изл. окол. вод	6	23,1	4	14,3	7	21,8	5	16,5
ФПН	16	69,2	24	85,7	21	65,6	11	36,3
Обвитие пуповины	6	23,1*	10	35,7*	11	34,4*	1	3,3
Нарушения ЭКГ	14	53,8*	10	35,7*	18	56,3*	2	6,6
Преждевр. роды	2	7,7	-	-	2	6,3	-	-
Запоздалые роды	6	23,1*	2	7,1	2	6,3	1	3,3
Быстрые роды	-	-	4	14,3	3	9,4	2	6,6
Разрывы промежн.	4	15,4	7	25	3	9,4	2	6,6
Разрывы шейки матки	4	15,4	6	21,4	9	28,1	2	6,6
Разрывы влагалища	3	11,5	1	3,6	2	6,3	-	-
Угроза прер. беремен.	14	53,8*	12	42,9*	21	65,6*	3	9,9
ИЛЦН, пов на шейке матки	2	7,7	2	7,1	-	-	-	-
Кесарево сечение	18	69,2*	10	35,7*	14	43,8*	5	16,5
Гипот. кровотечение	3	11,5	-	-	-	-	-	-
Низкая плацентация	-	-	-	-	5	15,6	-	-
Нефропатия 1-2ст.	6	23,1	3	10,7	5	15,6	3	9,9
Ручное обл. пол. матки	2	7,7	2	7,1	2	6,3	1	3,3
Многоводие	-	-	1	3,5	3	9,4	-	-
Перв. слабость родовых сил	3	11,5*	2	7,1	4	12,5	1	3,3

Примечание: \* - достоверность различий p<0,05.

Осложнения у новорожденных от матерей с НУЗ в зависимости от функционального состояния ЦЖК

Осложнения	Оперированные				Неоперирован.		Контроль	
	Гипотиреоз		Эутиреоз		Эутиреоз		n=30	%
	n=26	%	n=28	%	n=32	%		
Гипоксия легкая	8	30,7	12	42,9	15	46,9	12	39,6
Гипоксия средней тяжести	14	53,8*	14	50*	13	40,6*	1	3,3
Тяжелая гипоксия	4	15,4	-	-	4	12,5	-	-
Внутренняя интоксикация	6	23,1*	2	7,1	12	37,5*	2	6,6
Гипербилирубинемия	12	46,2*	16	57,1*	21	65,6*	9	29,7
С/м двиг. рас-в	12	46,2	10	35,7	11	34,4	10	33
Крупный плод	2	7,7	4	14,3	3	9,4	1	3,3
Гипотрофия 1-2ст.	4	15,4	2	7,1	3	9,4	1	3,3
Недоношенность 2-3ст.	2	7,7	-	-	3	9,4	1	3,3
Внутриутробное инфицирование	6	23,1	2	7,1	1	3,1	1	3,3
Кровоизлияние в мозг	2	7,7	-	-	3	9,4	-	-
Анемия 1ст.	2	7,7	4	14,3	3	9,4	2	6,6
Анемия 2ст.	2	7,7	-	-	1	3,1	-	-
Перевод в детскую больницу	4	15,4	2	7,1	9	28,1	4	13,2
Физическая незрелость	2	7,7	2	7,1	6	18,8	5	16,5
Кардиопатия	1	3,8	4	14,3*	6	18,8*	1	3,3
Переносимость	3	11,5	2	7,1	1	3,1	1	3,3

Примечания: \* - достоверность различий  $p < 0,05$ .

Наибольший процент нарушений ЭКГ у беременных наблюдался при гипотиреоидном состоянии у прооперированных женщин - в 53,8% (14 человек). Во 2 группе нарушения ЭКГ встречались в 35,7% (10 беременных),  $p < 0,05$ . Угроза прерывания беременности наблюдалась в 1 группе в 53,8, во 2 - в 42,8, и в 3 группе - в 65,6% соответственно,  $p < 0,05$ . Нарушения процессов миграции плаценты выявлены (по данным УЗИ) в 3 группе в 15,6% (у 5 человек) - низкая плацентация. Нефропатия 1-2 степени была у 23,1 в 1 группе, в 10,7 во 2 группе и в 15,6% в 3 группе. В контрольной группе нефропатии встречалась в 9,9% случаев.

Особенности в течение родов у женщин с НУЗ выражались в высоком проценте операции кесарева сечения: при гипотиреозе (в 1 группе) - в 69,2, во 2 группе - в 35,7 и в 3 группе - в 43,8%. В контрольной группе частота кесарева сечения составила 16,5%. Основными показаниями к нему являлись: дородовое излитие околоплодных вод, нарастание длительного безводного периода, незрелость родовых путей, прогрессирующая слабость родовых сил. Материнский травматизм в родах был в среднем выше в 3 раза по сравнению с контрольной группой.

Почти все новорожденные родились в состоянии гипоксии различной степени тяжести: от легкой до тяжелой. Данные представлены в табл.2. Внутриутробная интоксикация встречалась при гипотиреозе в 3 раза чаще, чем при эутиреозе (у прооперированных беременных), и у каждого 3-го ребенка у матерей из 3 группы. Гипотрофия наблюдалась в 2 раза чаще при гипотиреозе, чем при эутиреоидном состоянии. Транзиторная гипербилирубинемия самой высокой была в 3 группе - в 65,6%, по сравнению с контрольной группой выше в два раза. Кардиопатия была диагностирована у 3,8 в 1 группе, у 14,3 во 2 группе и у 18,8% в 3 группе. В контрольной группе новорожденных кардиопатия встречалась в 3,3%. У матерей с гипотиреозом переносимость у новорожденных была в 3 раза выше, чем в контроле.

Гипотиреоз во время беременности приводит к развитию таких осложнений, как гестоз, анемия, миокардиодистрофия, угроза прерывания беременности. У беременных страдает сердечно-сосудистая система, рано развивается фетоплацентарная недостаточность, анемия плохо поддается лечению железосодержащими препаратами. Наиболее выраженные осложнения наблюдались в 1 группе, у беременных, имеющих гипотиреоз в стадии компенсации. Наименьшее число осложнений мы наблюдали во 2 группе, у беременных, прооперированных во время беременности по поводу НУЗ и получавших L-тироксин после операции. У беременных, лечившихся консервативно и находящихся в эутиреозе, также наблюдались осложнения беременности и родов, что позволяет сделать вывод о том, что наличие узловой зоба даже при эутиреоидном состоянии ЦЖК является маркером развития осложнений беременности и родов. Новорожденные от матерей с НУЗ как в эутиреозе, так и при гипотиреоидном состоянии, являются группой риска по развитию поражений ЦНС, сердечно-сосудистой системы (кардиопатия), системы крови (анемия различной степени тяжести), нарушений процессов адаптации после рождения.

Таким образом, наибольший процент осложнений наблюдался у беременных в гипотиреоидном состоянии. Наиболее благоприятное течение беременности наблюдалось у прооперированных женщин, находящихся в эутиреоидном состоянии после операции в последующем течении беременности.

#### Выводы

1. Беременные, оперированные в течение наблюдаемой беременности по поводу нетоксического узлового зоба, нуждаются в своевременной и адекватной коррекции послеоперационного гипотиреоза L-тироксином.
2. Нетоксический узловой зоб является маркером осложнений беременности и родов таких, как гестоз, анемия, фетоплацентарная недостаточность, слабость родовой деятельности, нарушение миграции плаценты, родовой травматизм матерей.

3. Новорожденные от матерей с НУЗ имеют нарушения процессов адаптации, поражения ЦНС различного характера, сердечно-сосудистой системы (кардиопатии), анемии различной степени тяжести.
4. Беременные с НУЗ должны находиться во время беременности в эутиреозе, они нуждаются в совместном ведении акушером и эндокринологом, в индивидуальном прогнозировании родов.

Е.С. Ворошилина, А.В. Горленко, И.Л. Мамаев

## ИНФЕКЦИОННЫЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МАТЕРЕЙ

Уральская государственная медицинская академия

Стремительное распространение ВИЧ-инфекции в Екатеринбурге и Свердловской области приводит к вовлечению в эпидемический процесс все большего количества людей, находящихся в репродуктивном возрасте. Доля женщин среди ВИЧ-инфицированных возроста и к концу мая 2002 г. составила 37,7%. Увеличивается процент выявления ВИЧ-инфицированных среди беременных женщин. За 2001 г. удельный вес беременных среди вновь выявленных женщин увеличился в 3 раза. Это привело к резкому увеличению рождения детей от ВИЧ-инфицированных женщин. За прошедшие 5 мес текущего года детей от этой категории женщин родилось больше, чем за весь 2001 г. (99 против 92 соответственно).

До настоящего момента большинство беременных женщины с ВИЧ-инфекцией в анамнезе употребляли внутривенно наркотики, т.е. преимущественный путь инфицирования был инъекционный. Сейчас намечается тенденция к увеличению роли полового пути передачи этой инфекции, что неизбежно приведет к дальнейшему росту числа беременных женщин с ВИЧ-инфекцией и рождению большего количества детей от матерей с этим диагнозом.

Вероятность инфицирования ВИЧ половым путем существенно ниже, чем инъекционным, и составляет 1-5% при условии здоровой неповрежденной слизистой половых путей у партнеров. Однако при наличии сопутствующих инфекций, передающихся половым путем (ИППП), вероятность заражения достигает 30-40%. Высокая частота ИППП у лиц репродуктивного возраста Екатеринбурга создает благоприятные условия для распространения ВИЧ-инфекции половым путем и, как результат, вовлечения в эпидемический процесс всех слоев и групп населения, кроме внутривенных наркоманов. Это означает, что вероятность инфицирования ВИЧ резко возрастет и для социально благополучных молодых людей. Отчаивание ВИЧ-инфекция и беременности неблагоприятно, так как физиологическая иммуносупрессия при беременности способствует клиническому и иммунологическому прогрессированию ВИЧ-инфекции у женщины, и имеется вероятность инфицирования ребенка. На

фоне беременности у ВИЧ-инфицированной женщины вероятность активации латентных бактериальных и вирусных инфекций из числа ИППП может увеличиваться, что повышает риск заражения этими возбудителями новорожденного. Учитывая, что большинство ВИЧ-инфицированных употребляют наркотики внутривенно, одновременно с ВИЧ часто происходит передача вирусов гепатитов В и С, которые также могут передаваться внутриутробно плоду.

Новорожденный от ВИЧ-инфицированной женщины имеет высокий риск быть зараженным перинатально не только ВИЧ, но и вирусами гепатитов В и С, герпеса, ЦМВ, возбудителями других ИППП.

Целью настоящего исследования явилось определение частоты и спектра возбудителей ИППП и гепатитов у ВИЧ-инфицированных рожениц и новорожденных.

### Материалы и методы

Обследованы 30 женщин, поступавшие на роды в роддом ГКБ №40, и их дети. Все женщины и новорожденные были обследованы на наличие следующих возбудителей ИППП: хламидии, уреаплазмы, микоплазмы, вирус простого герпеса (тип 1+2) (ВПГ), ЦМВ, вирус папилломы человека типы 16 и 18 (ВПЧ), а также наличие вирусов гепатитов В и С. У беременных выявляли в соскобах шейки матки хламидии, уреаплазмы, микоплазмы, ВПГ, ВПЧ и ЦМВ. У детей исследовали соскоб с носоглотки и слизистой внутренней поверхности щеки. Возбудителей ИППП выявляли в полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием тест-систем НПФ «Лятекс» (Москва). Вирусы гепатитов В и С выявляли в сыворотке крови в ПЦР.

### Результаты исследования и их обсуждение

Данные по частоте выявления возбудителей ИППП представлены в табл.1.

Представленные данные демонстрируют, что у ВИЧ-инфицированных женщин вирусные инфекции (ЦМВ, ВПГ, ВПЧ) встречаются 1,5-2 раза чаще, чем бактериальные (хламидии, микоплазмы), причем среди вирусных инфекций доминирует ЦМВ, а среди бактериальных — хламидии. Инфицирование ЦМВ существенно увеличивает риск развития антенатальной гипоксии, что, в свою очередь, создает благоприятные условия для активной репродукции как самого вируса, так и возбудителей других инфекций.

У беременных женщин без ВИЧ-инфекции хламидии выявляли в 8,5% случаев, уреаплазму — в 16,2, микоплазму — в 9,8, ВПГ — в 13,5, ЦМВ — в 12,4, ВПЧ — в 10,5% случаев (группа обследованных женщин - 56 человек). Таким образом, у ВИЧ-инфицированных беременных в 3 раза чаще выявляли хламидии, в 2,5 раза — ВПГ, в 4 раза — ЦМВ, в 3 раза — ВПЧ.

Гепатиты В и С, которые часто сопутствуют ВИЧ-инфекции, выявлены у 11 из 20 женщин, причём у 5 - оба гепатита. Известно, что вероятность перинатальной передачи возбудителей ИППП и гепатитов составляет от 30 до 50%. Сведения о частоте инфицирования новорожденных представлены в табл.2.

Таблица 1

Частота обнаружения ИППП у ВИЧ-инфицированных рожениц и новорожденных

Группа	Количество	Хл +	Ур +	Мик +	ВПГ +	ЦМВ +	ВПЧ +
Женщины	30	8 (26,7%)	4 (13,4%)	6 (20%)	10 (33,3%)	14 (46,7%)	10 (33,3%)
Новорожденные	30	4 (13,4%)	0	2 (6,6%)	4 (13,4%)	10 (33,3%)	1 (3,3%)