

*Хаидбаев И.,  
студент*

*6 курс, Медицинский институт  
Марийский государственный университет  
Россия, г. Йошкар-Ола*

*Зокиров Н.Б.,  
студент*

*6 курс, Медицинский институт  
Марийский государственный университет  
Россия, г. Йошкар-Ола*

*Максумов М.Ф.,  
студент*

*6 курс, Медицинский институт  
Марийский государственный университет  
Россия, г. Йошкар-Ола*

## **ВЛИЯНИЕ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ**

*Аннотация. Цель статьи заключается в изучении структуры и особенности течения и ведения беременности у женщин с патологией щитовидной железы.*

*В данной статье рассмотрены вопросы о характере течения беременности при патологии щитовидной железы, клинические проявления и особенности течения раннего неонатального периода у детей, рожденных от матерей с различными патологиями щитовидной железы и морфофункциональные особенности плаценты у пациенток с тиреоидной патологией.*

**Ключевые слова:** щитовидная железа, беременность, тиреоидные гормоны, дефицит йода.

**Haidbayev I.**

**Student**

**6<sup>th</sup> year, Institute of Medicine**

**Mari State University**

**Russia, Yoshkar-Ola**

**Maksumov M.F.**

**Student**

**6<sup>th</sup> year, Institute of Medicine**

**Mari State University**

**Russia, Yoshkar-Ola**

**Zokirov. N.B.**

**Student**

**6<sup>th</sup> year, Institute of Medicine**

**Mari State University**

**Russia, Yoshkar-Ola**

## **THE EFFECT OF THYROID PATHOLOGY ON THE COURSE OF PREGNANCY**

**Annotation.** *The purpose of the article is to study the structures and features of the course and conduction of the course of pregnancy in women with thyroid pathology.*

*This article discusses questions about the nature of the course of pregnancy in thyroid pathology, clinical manifestations and features of the course of the early neonatal period in children born who were born by the mothers with various thyroid*

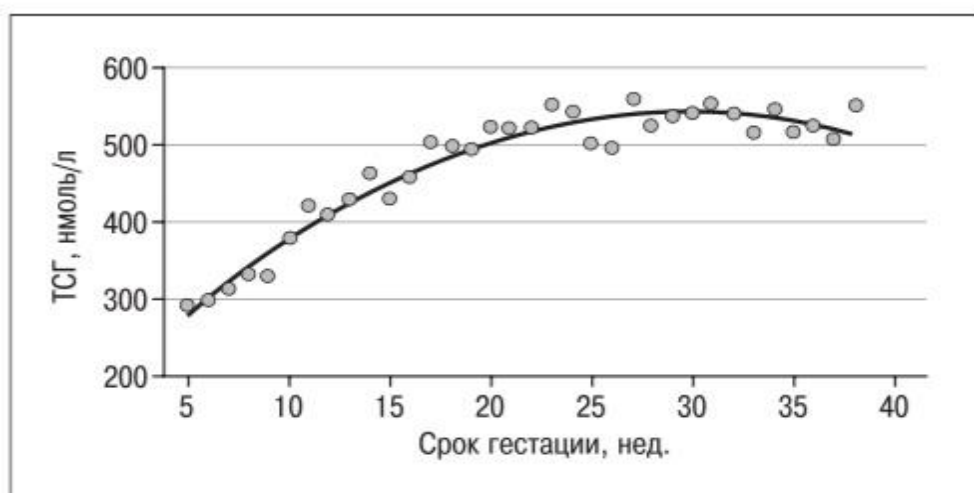
*pathologies and morphofunctional features of the placenta in patients with thyroid pathology.*

**Key words:** *thyroid gland, pregnancy, thyroid hormone, iodine deficiency.*

### **Роль гормонов щитовидной железы на этапе внутриутробного развития плода.**

Важнейшей функцией тиреоидных гормонов является обеспечение развития различных органов и систем на протяжении всего эмбриогенеза, начиная с первых недель беременности. В связи с этим любые изменения функции ЩЖ (щитовидной железы), даже незначительные, несут повышенный риск нарушений развития нервной и других систем плода. [1]

Среди показателей, отражающих состояние щитовидной железы, следует выделить такие, как уровень тиреоидных гормонов (общие и свободные фракции Т3 и Т4), тиреотропного гормона (ТТГ), тиролиберина (ТРГ), тироксинсвязывающего глобулина (ТСГ). Уровень общей фракции тиреоидных гормонов при беременности находится в прямой зависимости от концентрации ТСГ.[5] При этом известно, что во время беременности уровень ТСГ увеличивается значительно, главным образом, в ходе I триместра. По данным исследований М.Х.Ибрагимова и Р.Т.Сайгитова были выявлены изменения ТСГ в ходе беременности (*рис.1*).[5]



**Рисунок 1. Изменение концентрации ТСГ в ходе беременности**

### **Заболевания щитовидной железы и беременность.**

Заболевания ЩЖ, сопровождающиеся нарушением ее функции, часто ведут к расстройствам менструального цикла, снижению фертильности. Беременность и роды у женщин с патологией ЩЖ характеризуются высокой частотой осложнений. По данным Павловой Т.В., Малютиной Е.А., Петрухина В.А., 2011г, наиболее частыми осложнениями являются: ранние токсикозы, гестозы (54,5%), хронические внутриутробные гипоксии плода (22,7%), дискоординации родовой деятельности (35,2%), преждевременные роды (18,2%). Увеличение концентрации антител к ЩЖ зарегистрировано у женщин с привычным невынашиванием [1].

Мельниченко Г.А., Мурашко Л.Е., Клименко Н.И., Малясова С.В., 1999г, отмечают в своих исследованиях, что 68,2% новорожденных от матерей с патологией ЩЖ страдают перинатальной энцефалопатией, 27,8% - анемией, 23,4% - внутриутробной гипотрофией. Частота аномалий развития плода при заболеваниях ЩЖ у матери составляет 18 - 25%. Наиболее часто при этом поражаются ЦНС (гидроцефалия, микроцефалия, болезнь Дауна, функциональные нарушения) и эндокринная система (врожденный гипотиреоз, тиреотоксикоз) [2].

## **Беременность, эутиреоидный зоб и дефицит йода.**

Наиболее распространенным заболеванием ЩЖ является эутиреоидный зоб, который обнаруживается чаще всего при гормональной перестройке и связанной с ней повышенной потребности в йоде в период полового созревания, во время беременности и кормления грудью [4].

Дефицит йода, вызывая гипотироксинемия, приводит к чрезмерной тиреоидной стимуляции, на фоне которой происходят гиперплазия и гипертрофия клеток ЩЖ. Плод обеспечивается йодом исключительно за счет материнского организма. Поэтому количество потребляемого йода играет важную роль во время беременности. У женщин без предшествующей тиреоидной патологии отмечается главным образом снижение обеспеченности йодом. На фоне беременности происходят дополнительные потери йода за счет усиления его почечного клиренса [3].

На фоне недостаточности йода, эндемического зоба и гипотиреоза могут происходить нарушения в формировании мозга ребенка, проявляющиеся в широком диапазоне - от снижения интеллекта легкой степени до тяжелых форм эндемического кретинизма. Следует обратить внимание на то, что в ряде случаев эти отклонения в здоровье детей, не обнаруженные в период новорожденности, проявляются не сразу, а в период полового созревания. Проживание в районах с дефицитом йода даже при эутиреоидном зобе сопровождается снижением воспроизведения слуховой информации, ухудшением зрительной памяти, другой психической деятельности, а также адаптационных возможностей ЦНС. Более того, Мельниченко Г.А., Мурашко Л.Е., Клименко Н.И., Малясова С.В.1999г было установлено, что на фоне хронической недостаточности йода у 30-60% детей имеются поведенческие, эмоциональные отклонения, отмечается нарушение формирования личности [2].

## **Беременность и тиреотоксикоз**

По данным Мельниченко Г.А., Мурашко Л.Е., Клименко Н.И., Малясова С.В.1999г, частота тиреотоксикоза составляет 1 случай на 500 - 1500 беременностей, в большинстве случаев он обусловлен диффузным токсическим зобом (ДТЗ); многоузловой токсический зоб встречается реже [4].

Наиболее частыми причинами тиреотоксикоза являются транзиторный гипертиреоз беременных, развивающийся вследствие стимуляции ЩЖ хорионическим гонадотропином, и болезнь Грейвса[1].

Наличие у беременных тиреотоксикоза вне зависимости от его генеза приводит к нарушениям в течении беременности, повышает риск рождения мертвого ребенка, наступление преждевременных родов или развитие преэклампсии. Компенсация тиреотоксикоза у будущей матери на любых этапах беременности является необходимым условием благоприятного исхода как для нее, так и для плода [2].

Выявление клинических признаков тиреотоксикоза нередко бывает сложной задачей в связи с его симптоматическим сходством с нормальной беременностью. Утомляемость, нервозность, сердцебиение, тошнота и рвота могут сопровождать беременность без тиреотоксикоза. В пользу заболевания может свидетельствовать отсутствие обычной для беременности прибавки в весе или даже снижение веса, несмотря на повышенный аппетит и отсутствие рвоты [3].

Тиреотоксикоз у плода может наблюдаться и в тех случаях, когда в сыворотке крови матери обнаруживаются высокие уровни тиреостимулирующих антител. [3].

Нелеченый тиреотоксикоз повышает риск рождения плода с малой массой (small for gestational age - SGA), основными факторами риска при этом являются:

- тиреотоксикоз более 30 недель беременности;
- продолжительность тиреотоксикоза у матери более 10 лет;
- заболевание тиреотоксикозом в возрасте до 20 лет;
- повышенный титр антител к рецептору ТТГ [5].

### **Беременность и гипотиреоз**

Гипотиреоз во время беременности ассоциирован с риском развития ранних и поздних осложнений гестации, таких как выкидыш и преждевременные роды, анемия, артериальная гипертензия беременных, преждевременная отслойка плаценты и послеродовое кровотечение. Эти осложнения чаще встречаются при манифестном гипотиреозе, чем при субклиническом. Кроме того, гипотироксинемия у матери отрицательно влияет на развитие нервной системы и скелета плода [4].

Таким образом, при патологии ЩЖ у матери для формирования нормальной жизнедеятельности плода необходимо учитывать соотношение всех компонентов системы мать-плацента-плод. [4]

Как показали исследования Павловой Т.В и Милютиной Е.А, 2011г, наиболее высокая частота осложнений наблюдается в группе пациенток с гипотиреоидным состоянием, где отмечается самый высокий показатель угрозы прерывания беременности, ранних и поздних гестозов, хронической фетоплацентарной недостаточности [5].

Несколько ниже эти показатели в группе пациенток с гипертиреоидным состоянием. Высокие показатели этих осложнений наблюдались и в группе с эутиреоидным состоянием. Одной из главных причин перинатальной заболеваемости и смертности при патологии ЩЖ является хроническая фетоплацентарная недостаточность, которая сопровождается гипоксией и задержкой внутриутробного развития плода [1].

Знание особенностей изменения функциональной активности ЩЖ матери в течение беременности, факторов риска ее нарушения позволяет своевременно выявлять патологию ЩЖ и предотвращать связанные с ней акушерские и перинатальные осложнения [3].

### Список литературы:

1. Влияние патологии щитовидной железы на течение беременности. Н.А.Ляхнович, 2008г [сайт].- URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-patologii-schitovidnoy-zhelezy-na-techenie-beremennosti/viewer> (дата обращения: 27.01.2020).
2. Влияние патологии щитовидной железы на состояние течение беременности и родов. Павлова Т.В., Малютина Е.А., 2011г. [сайт].- URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-patologii-schitovidnoy-zhelezy-na-sostoyanie-techeniya-beremennosti-i-rodov/viewer> (дата обращения: 27.01.2020).
3. Влияние патологии щитовидной железы на течение беременности и родов. Павлова Т.В., Малютина Е.А., Петрухин В.А, 2011г. [сайт].- URL: <https://www.fundamental-research.ru/ru/article/view?id=21112> (дата обращения: 27.01.2020).
4. Заболевания щитовидной железы и беременность. Мельниченко Г.А., Мурашко Л.Е., Клименко Н.И., Малясова С.В.1999г [сайт].- URL: [https://www.rmj.ru/articles/akusherstvo/Zabolevaniya\\_schitovidnoy\\_ghelezy\\_i\\_beremennosty/](https://www.rmj.ru/articles/akusherstvo/Zabolevaniya_schitovidnoy_ghelezy_i_beremennosty/) (дата обращения: 29.01.2020).
5. Патология щитовидной железы и беременность В. Фадеев, С. Перминова, Т. Назаренко, М. Ибрагимова, С. Топалян 2008г [сайт].- URL: <https://medi.ru/info/6478/> (дата обращения: 31.01.2020).