

ЗАРУБИНА О.Б., РУДАЕВА Е.В., КАРСАЕВА В.В., ОРЛОВА Е.Н.
 МУЗ «Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского»,
 Кемеровская государственная медицинская академия,
 г. Кемерово

АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИНЫ С ДИФфуЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

Под наблюдением с 7 недель беременности находилась пациентка В. с диагнозом: «ДТЗ. Диффузный зоб 2 степени. Тиреотоксикоз средней тяжести. Миокардиодистрофия. ХСН 0». В течение беременности прием анти тиреоидных препаратов. В 35 недель беременности на фоне эутиреоза терапия отменена. В сроке 38 недель беременности, в связи с рецидивом тиреотоксикоза, госпитализирована в акушерское отделение патологии беременности родильного дома № 1 г. Кемерово. Лабораторно: ТТГ – 0,055 мкМЕ/мл; FT4 – 69,1 нмоль/л; кортизол общий – 1787,9 нмоль/л. Прием пропипсила с положительной динамикой. В сроке 39-40 недель гестации произошли самостоятельные роды плодом мужского пола, массой 3150 г, длиной 54 см, с оценкой по Апгар 7/8 баллов. Состояние после родов родильницы и новорожденного удовлетворительное. Грудное вскармливание. Выписана на 7-е сутки с рекомендациями.

Ключевые слова: щитовидная железа; ДТЗ; тиреотоксикоз; беременность; преэклампсия.

ZARUBINA O.B., RUDAEVA E.V., KARSAEVA V.V., ORLOVA E.N.
 Municipal Clinical Hospital N 3 of M.A. Podgorbunski,
 Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo

THE ANALYSIS OF THE CURRENT OF PREGNANCY AND SORTS AT THE WOMAN WITH DIFFUSE THE TOXIC CRAW

Under the supervision of seven weeks of pregnancy the patient was diagnosed with VA: «Graves' disease. Diffuse goiter grade 2. Mild hyperthyroidism. Myocardial. CHF 0». During pregnancy, taking antithyroid drugs. At 35 weeks of pregnancy with euthyroidism, therapy canceled. At 38 weeks of pregnancy due to the recurrence of hyperthyroidism was hospitalized in the obstetric department of pathology of pregnancy, maternity home N 1 Kemerovo. Laboratory: TSH – 0,055 mкМЕ/ml; FT4 – 69,1 nmol/l, cortisol total – 1787,9 nmol/l. Receive propitsil with positive dynamics. In the period 39-40 weeks of gestation occurred independent genera the male fetus, weighing 3150 g, length 54 cm with Apgar score 7/8 points. Status after childbirth mothers and newborn satisfactory. Breastfeeding. Discharged on the 7th day with the recommendations.

Key words: thyroid gland; Graves' disease; tiretoksikoz; pregnancy; preeklamsiya.

Диффузный токсический зоб — наиболее распространенное заболевание щитовидной железы, у женщин встречается в 7 раз чаще, чем у мужчин. Характеризуется повышенной функцией щитовидной железы и ее увеличением вследствие гипертрофии и гиперплазии. Среди разнообразных клинических проявлений

болезни: тремор, экзофтальм, тахикардия. Беременные, страдающие тиреотоксикозом, предъявляют жалобы на сердцебиение, нервозность, утомляемость, нарушение сна, жар, дрожание рук, экзофтальм. Течение заболевания во время беременности бывает различным и зависит от формы тиреотоксикоза. Для диагностики на-

рушений функции щитовидной железы, наряду с данными клинического обследования, имеют значение лабораторные исследования. Наиболее информативно определение уровня тиреоидных гормонов в крови. Как правило, увеличено содержание свободных тироксина и трийодтиронина при сниженном уровне тиреотропного гормона гипофиза. Биохимически определяется гипохолестеринемия, умеренная гипергликемия. Возможно развитие тиреоидного сахарного диабета и надпочечниковой недостаточности. Беременность у пациенток с тиреотоксикозом часто осложняется гестозом, причем характерным является преобладание гипертензионного синдрома.

Наблюдение за пациентками с данным заболеванием показывает, что роды у большинства больных протекают без осложнений. Характерно быстрое течение родового процесса. Особого внимания заслуживает вопрос о возможности кровотечения в послеродовом и послеродовом периодах, так как патологические изменения щитовидной железы влекут за собой нарушения в системе гемостаза.

Лечение тиреостатиками влечет за собой риск, как для женщины, так и для плода, так как повышает риск утяжеления гипоксии, рождения мертвого плода, наступления преждевременных родов, развития гестоза. Декомпенсированный тиреотоксикоз может вызвать и усугубить сердечно-сосудистую патологию матери, способствовать развитию тиреотоксического криза во время беременности. Эти осложнения чаще наблюдаются при тиреотоксикозе, возникшем во время беременности. Трансплацентарный перенос тиреостимулирующего иммуноглобулина может привести к врожденному тиреотоксикозу.

Беременную с тиреотоксикозом необходимо госпитализировать в ранние сроки беременности, так как именно в это время чаще наблюдаются обострение заболевания и угроза прерывания беременности. Родоразрешение проводится на фоне эутиреоза, чтобы не спровоцировать тиреотоксический криз. Ведение родов предусматривает выжидательную тактику. При обострении болезни в послеродовом периоде проводится подавление лактации и назначение гормональной терапии.

Под нашим наблюдением находилась **больная В., 28 лет.** Состояла на учете у эндокринолога с начала беременности по поводу ДТЗ, диффузного зоба 1 степени, тиреотоксикоза средней тяжести, миокардиодистрофии.

Беременность наступила на фоне тиреотоксикоза, женщина похудела за 4 месяца до наступле-

ния беременности на 10 кг, беспокоила дрожь. В раннем сроке беременности было проведено исследование гормонов щитовидной железы: ТТГ — 0,01 мкМЕ/мл, Т4св. — 70,0 ммоль/л, УЗИ щитовидной железы: объем железы 17,8 см³, неоднородность структуры. Женщине было предложено прерывание беременности, от которого она категорически отказалась. В связи с желанием вынашивать данную беременность, в сроке 7 недель гестации пациентка была в экстренном порядке госпитализирована в эндокринологическое отделение ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Отмечался мелкий тремор рук, век, языка, симптом «телеграфного столба», ЧСС — 120 ударов в минуту, АД — 130/80 мм рт. ст. При осмотре: щитовидная железа расположена типично, увеличена до 1 степени, «шумит», плотнo-эластической консистенции, однородной структуры, безболезненная, регионарные лимфатические узлы не увеличены, кожные покровы над щитовидной железой не изменены. Экзофтальма нет. Симптом Мебиуса, симптом Труссо, симптом Хвостека отрицательные.

Был выставлен диагноз: ДТЗ. Диффузный зоб 1 степени. Тиреотоксикоз средней степени тяжести. Миокардиодистрофия. Беременность 7-8 недель.

В результате обследования на ЭКГ была выявлена синусовая тахикардия с ЧСС 120 ударов в минуту; по УЗИ щитовидная железа расположена типично, с четкими, ровными контурами, диффузно неоднородной структуры, с участками повышенной эхогенности, перешеек 3,5 мм, ПД 44,5 × 18,6 × 19,4 мм, объем 8,4 см³, ЛД 43,9 × 18,8 × 17,6 мм, объем 7,6 см³, общий объем 16 см³, в режиме ЦДК выражен сосудистый рисунок.

Был назначен корвалол по 20 капель 3 раза в день, пропицил 100 мг 3 раза в день. При выписке было рекомендовано продолжить наблюдение у эндокринолога, ограничить физические нагрузки (включая работу по дому), исключить УФО, не принимать горячие ванны, не посещать баню, продолжить прием пропицила в дозировке 100 мг утром и 100 мг вечером в течение двух недель, после контроля уровня Т4св. и Т3св. провести коррекцию проводимой терапии.

Дальнейшее течение беременности осложнилось. В 31 неделю гестации диагностирована хроническая гипоксия плода, в 35 недель появились отеки на голенях, стопах, кистях рук. Антитела к рецептору ТТГ при контрольном ис-

Корреспонденцию адресовать:

ЗАРУБИНА Ольга Борисовна,
650099, г. Кемерово, ул. Островского, 22,
МУЗ ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского.
Тел: +7-905-960-9250. E-mail: zarubinakem@mail.ru

следования обнаружены не были, уровень ТТГ — 0,05 мкМЕ/мл, FT4-тироксин свободный — 21,5 ммоль/л, ТЗ — 17,5 ммоль/л. По УЗИ: признаки гиперплазии щитовидной железы, диффузные изменения. Была повторно проведена консультация эндокринолога. Выставлен диагноз: Клинически эутиреоз. Было рекомендовано отменить пропицил, ограничить прием жидкости. В сроке 36 недель беременности появились жалобы на чувство «сердцебиения», тремор рук, изжогу, отмечено периодическое повышение АД до 140/90 мм рт. ст. Прибавка веса за беременность составила 10 кг.

В 38 недель гестации госпитализирована в ОПБ родильного дома № 1 с жалобами на чувство «сердцебиения», чувство жара, подъем АД до 140/90 мм рт. ст. Общее состояние при поступлении средней степени тяжести. При осмотре язык с отпечатками зубов, пастозность лица, верхних и нижних конечностей, ЧСС 80 ударов в минуту, крупноразмашистый тремор рук. Щитовидная железа увеличена до 2 степени, плотная, однородной структуры.

При поступлении выставлен диагноз: Беременность 38 недель. ОАГА. Преэклампсия. ДТЗ, зоб II степени, рецидив тиреотоксикоза средней степени тяжести. Тиреогенная миокардиодистрофия. ХСН-0. Хроническая гипоксия плода. Учитывая рецидив тиреотоксикоза, эндокринологом было рекомендовано начать прием пропицила в дозе 100 мг утром, 50 мг в обед и 50 мг вечером, анаприлина. С началом родовой деятельности, с целью профилактики надпочечниковой недоста-

точности, рекомендовано начать введение глюкокортикоидов парентерально.

Лабораторно при поступлении: ТТГ — 0,055 мкМЕ/мл; FT4-тироксин свободный — 69,1 ммоль/л; кортизол общий — 1787,9 нмоль/л. На фоне приема пропицила была отмечена положительная динамика — уменьшился тремор рук, чувство «сердцебиения», гемодинамические показатели сохранялись на цифрах 140/90-150/90 мм рт. ст. без субъективной симптоматики.

В сроке 39-40 недель беременности развилась регулярная родовая деятельность. Согласно рекомендациям эндокринолога, было начато введение гидрокортизона 50 мг в/м через 6 часов. Продолжительность родов составила 11 часов, проводилась длительная эпидуральная анестезия. Произошли самостоятельные роды плодом мужского пола, массой 3150 г, длиной 54 см, с оценкой по Апгар 7/8 баллов.

Первые сутки после родов сохранялась тахикардия, ЧСС — 120 ударов в 1 мин, мелко-размашистый тремор кистей рук. Прием пропицила был продолжен в рекомендуемой дозе. В связи с отсутствием у новорожденного клинических признаков врожденного гипотиреоза, было начато грудное вскармливание на фоне приема пропицила. За время наблюдения в акушерском наблюдательном отделении, на фоне проводимой терапии, общее состояние удовлетворительное, АД на цифрах 120/80 мм рт. ст., ЧСС — 80-90 ударов в минуту. На седьмые сутки женщина с ребенком была выписана из родильного дома с рекомендациями.

Сведения об авторах:

ЗАРУБИНА Ольга Борисовна, врач акушер-гинеколог, акушерское отделение патологии беременности, МУЗ ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия. E-mail: zarubinakem@mail.ru

РУДАЕВА Елена Владимировна, канд. мед. наук, ассистент, кафедра акушерства и гинекологии № 1, ГБОУ ВПО КемГМА Минздрава России, г. Кемерово, Россия.

КАРСАЕВА Вера Владимировна, зав. акушерским отделением патологии беременности, МУЗ ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия.

ОРЛОВА Елена Николаевна, терапевт, МУЗ ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия.

Information about authors:

ZARUBINA Olga Borisovna, obstetrician-gynecologist, midwifery department of pathology of pregnancy, Municipal Clinical Hospital N 3 of M.A. Podgorbunski, Kemerovo, Russia. E-mail: zarubinakem@mail.ru

RUDAEVA Elena Vladimirovna, candidate of medical sciences, assistant, the chair of obstetrics and gynecology N 1, Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo, Russia.

KARSAEVA Vera Vladimirovna, head of midwifery department of pathology of pregnancy, Municipal Clinical Hospital N 3 of M.A. Podgorbunski, Kemerovo, Russia.

ORLOVA Elena Nikolaevna, therapist, Municipal Clinical Hospital N 3 of M.A. Podgorbunski, Kemerovo, Russia.