**Особенности течения беременности и родов у женщин с гиперфункцией щитовидной железы**

**Ю. С. Паращук, И. В. Афанасьев\*, О. Б. Овчаренко, О. А. Лященко, Д. В. Стрюков\*, О. Ю. Машкина\***

*Кафедра акушерства и гинекологии №2 (зав.кафедрой – Заслуженный работник образования Украины, профессор Ю.С.Паращук) Харьковский национальный медицинский университет; 61022, г.Харьков, пр. Ленина, 4.*

*\*КУОЗ «Областная клиническая больница – Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф», 61022, г.Харьков, пр. Правды, 13*

Тиреотоксикоз, обусловленный диффузным токсическим зобом, относится к наиболее распространенным экстрагенитальным заболеваниям осложняющим течение беременности и родов и часто встречается в практике акушеров-гинекологов.

Целью исследования явилось изучение влияния гиперфункции щитовидной железы на характер и частоту осложнений беременности и родов.

Проанализированы особенности течения беременности и родов у 55 женщин с гиперфункцией щитовидной железы по клиническим данным и гипертрофией щитовидной железы по данным УЗИ (основная группа). Всем женщинам начиная с 7-й недели беременности назначалась терапия - 15-20 мг мерказолила в сутки на 3-4 приема, а также поливитаминный препарат мультитабс по 1 драже в день, α-токоферола ацетат 100 мг в сутки, настойка валерианы по 20 капель 3 раза в сутки. Лечение продолжалось до 36 недели беременности.

Контрольную группу составили 40 женщин с нормальной функцией щитовидной железы.

В первом триместре беременности у всех женщин основной группы, до начала лечения, имело место выраженное повышение частоты сердечных сокращений (137±14,32 уд/мин) и умеренное повышение систолического (156±13,23 мм рт.ст), диастолического (95±8,45 мм рт.ст) и пульсового (62±5,28 мм рт.ст.) давления. При этом у 70% - экзофтальм, у 20% - симптом Грефе, у 50% беременных на ЭКГ выявлялась мерцательная аритмия.

В результате проводимой тиреостатической терапии в третьем триместре беременности у всех женщин отмечено достоверное снижение систолического, диастолического и пульсового давления, которые достигли нормальных значений, достоверное уменьшение частоты сердечных сокращений, частоты мерцательной аритмии, экзофтальма и отсутствие симптома Грефе.

У беременных с диффузным токсическим зобом (основная группа) угроза выкидыша отмечалась в 40% случаев, преэклампсия – в 16,4%, плацентарная дисфункция – в 23,6%, дистресс плода – в 16,4%, многоводие – в 7,3%, преждевременные роды в сроке 29-36 недель беременности – 18%, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты в сроке 37-40 недель беременности – в 5,4%, частота всех осложнений была существенно выше, чем у беременных контрольной группы. Частота угрозы прерывания беременности в сроке 6-28 недель, развития плацентарной дисфункции и дистресса плода превышала таковую в 3-4 раза по сравнению с беременными, у которых функция щитовидной железы была нормальной (контрольная группа).

Из 55 наблюдаемых женщин первородящих было 44 (80%), повторнородящих 11 (20%). У первородящих длительность первого периода родов составила 9 часов 05 минут±34 минуты, второго - 25±7 минут, третьего - 18±3 минуты. У повторнородящих длительность первого периода родов составила 7 часов 10 минут±21 минута, второго - 20±5 минут, третьего - 15±3 минуты. Средняя кровопотеря в родах у первородящих составила 290,0±24,5 мл, у повторнородящих – 260,0±19,0 мл.

У беременных основной группы преждевременное излитие околоплодных вод отмечалось в 10,9% случаев, раннее излитие околоплодных вод – в 14,5%, слабость родовой деятельности в 23,6%, кровотечение в родах и в раннем послеродовом периоде – в 7,3%. Кроме того, несмотря на проводимую тиреостатическую терапию, имело место значительное ухудшение состояния новорожденных при оценке по шкале Апгар (8,6±0,23 в контрольной группе и 6,4±0,33 – в основной группе). Частота преждевременного и раннего излития околоплодных вод, слабости родовой деятельности превышала таковую в 3-4 раза по сравнению с беременными, у которых функция щитовидной железы нормальная.

Таким образом, частота осложнений у женщин с диффузным токсическим зобом существенно выше, чем у беременных с нормальной функцией щитовидной железы. Адекватная тиреостатическая терапия позволяет достигать улучшения общего самочувствия и уменьшения симптоматики тиреотоксикоза, вплоть до полной нормализации ряда основных гемодинамических параметров, но при этом, не уменьшая частоту осложнений беременности и родов.