

# **Влияние патологии щитовидной железы на формирование взаимоотношений в системе "Мать-плацента-плод"**

## **Проект в номинации**

Управление качеством медицинской помощи: изменение стереотипов

## **Организация**

ОГБУЗ "СТАРООСКОЛЬСКАЯ ОКРУЖНАЯ БОЛЬНИЦА СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ КРЫМСКОГО"

## **Участники проекта**

### **Рябых Валентина Ивановна**

Врач акушер-гинеколог

Старый Оскол

ОГБУЗ "Святителя Луки Крымского"

---

Актуальность проблемы патологии ЩЖ определяется высокой распространенностью данной патологии во всем мире. По данным перинатального центра г. Старый Оскол, количество случаев заболеваний ЩЖ за последние 10 лет достигло 35% и занимает второе место в структуре эндокринной патологии.

## **Описание проекта**

Актуальность проблемы патологии ЩЖ определяется высокой распространенностью данной патологии во всем мире, которая по данным ВОЗ достигает 40%. По данным перинатального центра г. Старый Оскол, количество случаев заболеваний ЩЖ за последние 10 лет достигло 35% и занимает второе место в структуре эндокринопатий. Данная патология осложняет течение беременности и родов и без сомнения оказывает неблагоприятные действия на развитие плода, состояние новорожденного и дальнейшее развитие детей.

Для достижения данной цели были поставлены следующие задачи:

1. Изучить характер течения беременности и родов при различных видах патологии щитовидной железы у матери.
2. По данным клинических, ультразвуковых и функциональных методов обследования выявить особенности функционирования ФПК у пациенток с

патологией ЩЖ.

3. Установить особенности течения раннего неонатального периода и первых 2-х лет жизни у детей, рожденных от матерей с различными видами патологии ЩЖ.

4. Выявить морфофункциональные особенности плацент и ведущие механизмы развития плацентарной недостаточности у пациенток с диффузным эутиреоидным зобом, гипотиреозом и тиреотоксикозом.

Для решения поставленных задач было проведено обследование 143 пациенток и их детей, которые были распределены на следующие группы:

1 группа - 37 беременных с диффузным эутиреоидным зобом;

2 группа - 18 беременных с тиреотоксикозом;

3 группа - 28 беременных с гипотиреозом;

Группу сравнения составили 60 беременных без какой-либо эндокринной патологии.

Проведено катamnестическое обследование 141 ребенка на протяжении первых 2-х лет жизни.

При изучении течения раннего неонатального периода обращали внимание на особенности адаптации новорожденного, наличие аномалий и пороков развития, результатов гормонального скрининга. При катamnестическом обследовании проводилась оценка соматической заболеваемости, физического, психического развития, иммунологической реактивности, а также гормонального и ультразвукового исследования ЩЖ. Наряду с вышеперечисленным, особое внимание уделялось морфологическим методам исследования плаценты и включала в себя макроскопический анализ, гистологическое исследование путем световой и трансмиссионной электронной микроскопии. Всего было исследовано 143 плаценты.

Анализ анамнестических данных показал, что в группах с патологией ЩЖ отмечено нарушение менструального цикла, бесплодие, угроза прерывания.

Анализируя исходы предыдущих беременностей обращает внимание преждевременные роды, гестоз, перинатальные потери.

Наиболее часто эти осложнения встречались при гипотиреозе и тиреотоксикозе у матери. На фоне патологии ЩЖ различные экстрагенитальные заболевания встречались приблизительно с одинаковой частотой во всех группах, однако, наиболее низкий показатель здоровья имел место у пациенток с тиреотоксикозом и гипотиреозом. Наиболее частым осложнением данной беременности явилась угроза прерывания, которая в группе с гипотиреозом достигала 78%. Такие осложнения как ранний токсикоз, гестоз, ФПН достоверно чаще встречались при тиреотоксикозе и гипотиреозе по отношению к группе сравнения. Нарушения маточно-плацентарного и/или плодово-плацентарного кровотока при тиреотоксикозе и гипотиреозе выявились со II триместра

беременности и выражались в снижении диастолического компонента кровотока и соответственно повышении систоло-диастолического отношения в маточных артериях и артерии пуповины, снижение СД отношения в средней мозговой артерии плода.

Анализ течения родов показал, что осложненные роды: аномалии родовой деятельности, несвоевременное излитие околоплодных вод мы наблюдали во всех группах, при этом достоверных различий между группами не было, но в отношении группы сравнения показатели превысили таковые более чем в 3 раза. Характерными отклонениями от становления основных физиологических функций явились синдром дезадаптации сердечно-сосудистой системы, синдром двигательных нарушений, патологическая потеря массы тела. Основными осложнениями раннего неонатального периода были: гипотрофия, гипоксия новорожденных, церебральная ишемия у каждого 2-го ребенка, транзиторные нарушения метаболизма у каждого 3-го ребенка. Анализ состояния 141 новорожденного (2 ребенка погибли антенатально) показал, что наиболее высокий показатель осложнений мы наблюдали при тиреотоксикозе и гипотиреозе. Очевидно, все эти изменения явились результатом плацентарной недостаточности и проявились нарушениями первичной адаптации новорожденных. Оценка гормонального статуса новорожденных выявила состояние транзиторного гипотиреоза у 8 (9,8%) новорожденных, из них 5 детей (17,5%), рожденных от матерей с гипотиреозом. Обращает на себя внимание высокая частота аномалий и стигм дисэмбриогенеза, общее количество которых у детей, рожденных от матерей имеющих патологию ЩЖ, составило 21%, тогда как в группе сравнения этот показатель был равен 1,6%. Данная патология имела место во всех 3-х группах в виде гемангиом различной локализации, тимомегалии, грыжи пупочной, паховой, причем при гипотиреозе у матери, встречались аномалии, которых не было в предыдущих группах: долихосигма, гипохондроплазия, гидроцефалия. Заболеваемость детей первого года жизни во всех группах значительно превысила показатели группы сравнения.

В структуре заболеваний преобладали острые заболевания, причем велика доля часто болеющих детей. В 1 и 3 группах мы наблюдали ферментопатии, аллергический дерматит, во всех группах выявлена железодефицитная анемия. Исследуя психомоторное развитие детей мы выявили, что задержка речевого развития чаще наблюдалась у детей 1 и 2 групп. Темповая задержка статикомоторных функций выявлена у 40% детей и чаще наблюдалась нами в 3 и 2 группах. Таким образом, детей, рожденных от матерей с патологией ЩЖ независимо от ее вида и состояния компенсации необходимо отнести к высокой степени риска и рекомендовать педиатрам их диспансерное наблюдение.

Настораживающую картину мы получили при изучении заболеваемости детей на 2-м году жизни. Критерии здоровья указывали на сниженный уровень резистентности. Индекс острых заболеваний во всех группах превышал 0,33, в

группе сравнения этот показатель 0,29. При диффузном эутиреоидном зобе и гипотиреозе мы наблюдали о.бронхит, о.пневмонию, о.кишечную инфекцию. Заболеваемость железодефицитной анемией превысила показатели группы сравнения более чем в 5 раз. При гипотиреозе у матери выявлена неврастения, отставание в нервно-психическом развитии по одному или нескольким показателям на 1-2 эпикризных срока у 19% детей, что явилось основанием отнести их к группе риска. При микроскопическом исследовании плацент матерей с ДЭЗ отмечались выраженные адаптационные процессы, направленные на сохранение жизнедеятельности плода в виде полнокровия большинства ворсин. В то же время в плодовой поверхности наблюдалось увеличение отложения фибриноида, а в материнской сужение просвета сосудов. При эутиреоидном зобе 2 степени возрастала доля склерозированных и фибриноидноизмененных ворсин, а также ишемичных капилляров, определялись тромбы, что можно трактовать как проявление признаков плацентарной недостаточности, развившейся на фоне иоддефицита, характерного для нашего региона. При исследовании плацент этой группы с использованием трансмиссионной электронной микроскопии, морфологические признаки дезадаптационных изменений проявлялись в виде кариопикноза в отдельных ядрах, структурных изменениях и снижении содержания микроворсинок, уменьшении площади синцитиотрофобласта, уменьшение размеров митохондрий, нарушением строения рисунка крист. Изменение в плаценте при ДЭЗ носит характер нестойкого равновесия между процессами адаптации и дезадаптации, а ведущими механизмами развития ФПН являются нарушения микроциркуляции и реологических свойств крови. При тиреотоксикозе адаптационные процессы, менее выраженные чем в предыдущей группе. Увеличивалось содержание склерозированных и фибриноидноизмененных ворсин, их патологическое сближение, уменьшение размера. Нарушение кровообращения проявлялись в виде сладж-феномена и тромбоза, сосуды с небольшим количеством эритроцитов или запустевшие.

Состояние гипотиреоза характеризовалось более выраженными дезадаптационными изменениями, чем в предыдущих группах. Выявлена патологическая незрелость плаценты: доминировали ворсины промежуточного типа с умеренной васкуляризацией стромы, отмечалось их патологическое сближение, число боковых ветвей уменьшено. Значительно увеличивалась площадь фибриноида, наблюдалось очаговое замещение фибриноидом ткани ворсин, склерозирование и облитерация сосудов, выявлялись инфаркты.

Исходя из ведущих механизмов развития ФПН, при гипотиреозе в комплексном лечении ФПН необходимы лекарственные средства, направленные на активацию адаптативных механизмов клетки: антиоксиданты, препараты облегчающие трансмембранный перенос кислорода,

Клинико-лабораторные признаки ФПН по критериям современных ультразвуковых и функциональных методах исследования имели место только в 60% наблюдений. Декомпенсированная форма плацентарной недостаточности преимущественно выявлено при гипотиреозе и составила 28% наблюдений. По данным морфологического исследования ФПН выявлена в 89% наблюдений. Таким образом, беременные с патологией ЩЖ независимо от ее вида, даже при компенсированном течении заболевания составляют высокую группу риска по развитию ФПН, что диктует необходимость наряду с функциональными методами включать гормональные и биохимические методы исследования состояния плаценты.