

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.