

УДК 618.3-06:618.3

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ГИПОТИРЕОИДНЫМ СОСТОЯНИЕМ

Малютина Е.С., Павлова Т.В., Петрухин В.А.

ГОУ ВПО «Белгородский государственный университет»,
Белгород, e-mail: info@bsu.ru;

ГУЗ «Московский областной научно-исследовательский институт
акушерства и гинекологии», Москва

У пациенток с гипотиреоидным состоянием отмечался высокий показатель угрозы прерывания беременности, гестозов, хронической фетоплацентарной недостаточности. При этом создается неблагоприятная картина для вынашивания ребенка: частым осложнением является перинатальная гипоксическая энцефалопатия новорожденных.

Ключевые слова: беременность, гипотиреоз, роды, плацента

Вопросы охраны материнства и детства занимают одну из основных позиций в современном здравоохранении. Особое значение при этом имеет состояние фетоплацентарной системы, занимающей ключевую позицию в сохранении жизнедеятельности плода и новорожденного. Однако эта система часто вынуждена работать в условиях напряженного гомеостаза в результате наличия соматических и эндокринных заболеваний у матери. Среди патологических или пограничных состояний эндокринной системы особенно сложными для расшифровки, диагностики и лечения остаются изменения, происходящие в щитовидной железе (ЩЖ), так как при беременности происходит сложная физиологическая перестройка данного органа. Помимо этого, возможна скрытая ранее манифестация патологии ЩЖ. Кроме того, патология ЩЖ, имеющаяся до беременности, особенно идущая с нарушением функции, оказывает значительное влияние на систему мать-плацента-плод [1, 2, 3, 4, 5]. Однако данный вопрос требует дальнейшего изучения. В связи с этим целью данного исследования явилось изучение состояния системы мать-плацента-плод при гипотиреозе у матери.

Материалы и методы

В работе использован клинический материал обследования пациенток с гипоти-

реоидным состоянием, роды у которых проходили в Областном перинатальном центре Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа и городском роддоме г. Старый Оскол.

Основную группу составили 25 женщин с гипотиреозом (аутоиммунный хронический тиреоидит – 20 случаев, аденома ЩЖ – 5 случаев). Четверо из них – в состоянии после оперативного лечения. Группа сравнения представлена 20 произвольно отобранными женщинами без патологии ЩЖ, безотягощенного гинекологического анамнеза и без указаний на наличие патологии ЩЖ железы по линии матери и отца.

Возраст беременных в исследуемых группах варьировал в широких пределах (от 18 до 35 лет). Отмечено преобладание повторнобеременных над первобеременными. Проведено изучение сопутствующей экстрагенитальной патологии, течения беременности и родов, раннего неонатального периода у новорожденных, рожденных от матерей, имеющих патологию ЩЖ. Данные о клиническом диагнозе женщины основывались на изучении карт беременных, историй родов, изучении анамнеза жизни. Наряду с общепринятыми в акушерской практике клиническими методами обследования, был включен ряд специальных методов исследования. Так, для определения эндокринной патологии применялись сле-

дующие методы исследования: было проведено исследование ЩЖ с помощью УЗИ на аппарате «Алока-4500» у всех женщин. Проведено изучение: Т3 общий, Т4 общий, Т4 свободный, ТГ, АТ к ТГ, АТ к МСФ, ТТГ. Выполнено иммуноферментное определение антител к тиреоглобулину в сыворотке (ИФА-АТ-ТГ-1), определение общего трийодтиронина.

Проведено комплексное исследование плацент, полученных как после завершения родов через естественные родовые пути, так и во время операции кесарева сечения. Плаценты изучались макроскопически. Для гистологического исследования для световой микроскопии из различных частей плаценты вырезалось по 5 кусочков размером $1 \times 1 \text{ см}^3$, которые маркировали и затем фиксировали в 10%-м нейтральном формалине. После заливки кусочков в парафин на микротоме готовили срезы с последующей окраской гематоксилином и эозином. Образцы просматривали и фотографировали в световом микроскопе «ТОРИС-Т» СЕТИ. Для растровой электронной микроскопии образцы просматривали и фотографировали в электронном микроскопе «FEI Quanta 200 3D». Для трансмиссионной электронной микроскопии образцы фиксировались в стандартном фиксаторе, а затем заливались в смесь эпон-аралдита. Срезы просматривали и фотографировали на микроскопе фирмы «Phillips».

Результаты исследования и их обсуждение

При изучении акушерского анамнеза у беременных с патологией ЩЖ нами выявлена высокая частота осложнений в предыдущих беременностях. Так, прерывание беременности в ранние сроки имели до 78% женщин (до 20% в контрольной группе, что тоже является достаточно высоким показателем). Угроза прерывания беременности отмечалась в 3 раза чаще среди повторнобеременных пациенток, имевших в анамнезе медицинский аборт. Ранние гестозы встречались чаще при гипотиреоидном

состоянии (50%) по сравнению с контрольной группой (3,2%). Гестозы при гипотиреоидном состоянии наблюдались в 64%, а в группе сравнения этот показатель был в 1,5–2,5 раза ниже.

При рассмотрении течения беременности создается следующая картина: в 100% случаев осложнения беременности наблюдались среди беременных в состоянии гипотиреоза. Угроза прерывания беременности наблюдалась в 78%, при чем в 35% неоднократно, частота гестозов достигла 64%. Хроническая фетоплацентарная недостаточность развилась в 86%, маловодие 1 (7%), многоводие 1 (7%). Наиболее часто (29%) в данной группе наблюдались аномалии родовой деятельности: слабость, дискоординация родовой деятельности, кровотечение (7%), быстрые роды (14%), преждевременные роды (14%).

Экспериментальную группу составили плаценты женщин с аутоимунным тиреоидитом и аденомой ЩЖ. Плацента женщин с аутоимунным тиреоидитом с рождением живого плода и благополучным течением перинатального периода также имели либо округлую форму, либо неправильного овала. Масса их была меньше, чем в контрольной группе, и составляла в среднем $410,50 \pm 20,5 \text{ г}$, размеры: $16,5 \pm 0,5 \times 15 \pm 0,36 \times 2,1 \pm 0,2 \text{ см}$. Площадь, занимаемая инфарктами (рис. 1), кавернами и гематомами, здесь также больше и составляла $10,50 \pm 0,5\%$ от общей площади. Прикрепление пуповины было центральное, парацентральное, а в одном случае – краевое.

Микроскопически как в плодной, так и в материнской поверхности в ряде случаев наблюдались обширные отложения фибриноида. В материнской поверхности сосуды частично склерозированы. В отдельных сосудах выявлены тромбы. При анализе гистологического строения ворсинчатого дерева нами выявлено, что вариант патологической незрелости плаценты наблюдался в большей степени, чем в контрольной группе. Возрастало содержание афункциональных зон (рис. 2) и тромбов

в межворсинчатом пространстве (рис. 3). На значительной площади доминировали ворсины промежуточного типа с умеренной васкуляризацией их стромы и уменьшением числа боковых ветвей. Ворсины располагались в большинстве своем не плотно.

В плацентах преобладали промежуточные и терминальные ворсинки мелкого калибра. В отдельных участках – ворсинчатое дерево со значительным уменьшением числа всех ворсин. Возросло и число фибриноидноизмененных и склерозированных ворсин.

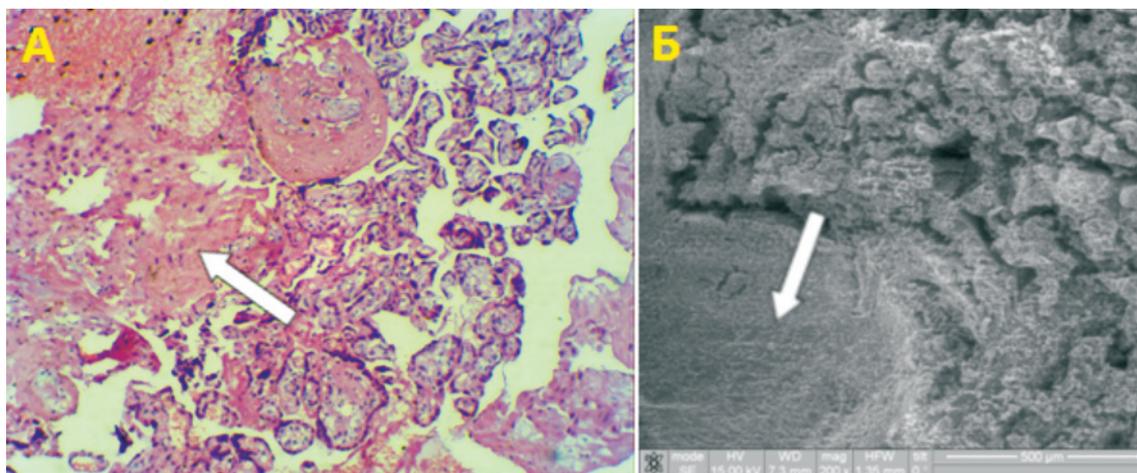


Рис. 1. Фрагмент плаценты при тяжелом гестозе (нефропатии III) у матери.
Инфаркты плаценты (указано стрелкой):
а – световая микроскопия. Окраска гематоксилином и эозином. Ув.х400;
б – растровая электронная микроскопия. Ув.х 200

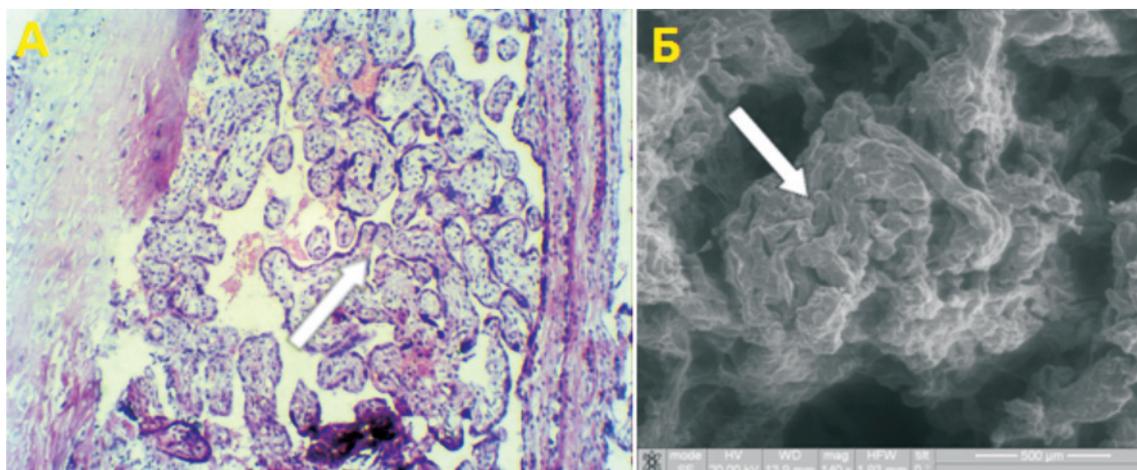


Рис. 2. Фрагмент плаценты при тяжелом гестозе (нефропатии III) у матери.
Афункциональная зона (указано стрелкой):
а – световая микроскопия. Окраска гематоксилином и эозином. Ув.х400;
б – растровая электронная микроскопия. Ув.х 140

Синцитиоцитотрофобласт на большом протяжении десквамирован. Наблюдалось незначительное количество синцитиальных узелков, резко увеличивалось число ядер с

кариопикнозом и кариорексисом. Строма рыхлая. Капилляры ишемичны.

Для плацент от женщин с аденомой щитовидной железы макроскопически характер-

на округлая форма или неправильного овала, размеры $16,5 \pm 0,5 \times 14 \pm 0,35 \times 2,0 \pm 0,2$ см, масса $400,50 \pm 20,0$ г. Прикрепление пуповины чаще парацентральное или централь-

ное. Оболочки незначительно утолщены, ишемичны. В таких плацентах площадь, занимаемая инфарктами и кавернами, составляла 8,0%.

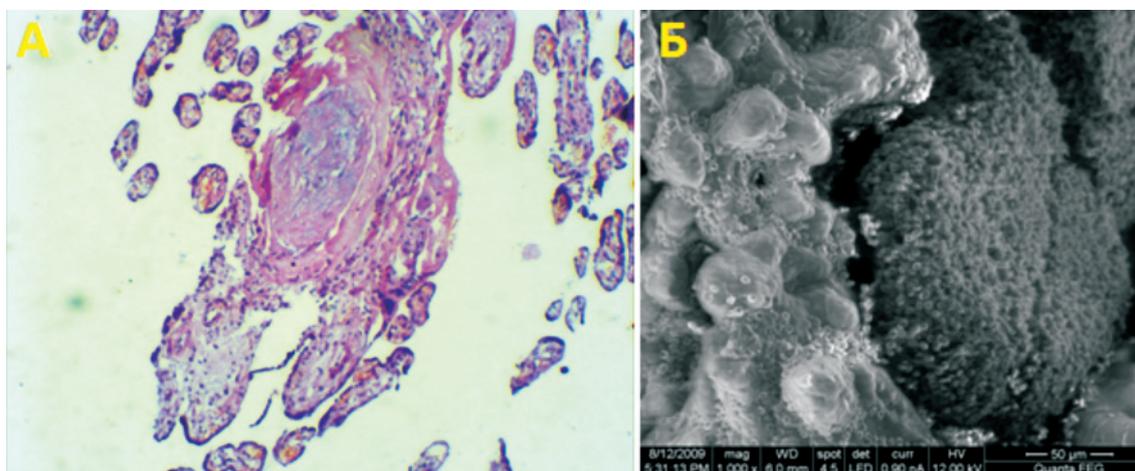


Рис. 3. Фрагмент плаценты при тяжелом гестозе (нефропатии III) у матери.
Тромб в межворсинчатом пространстве (указано стрелкой):
а – световая микроскопия. Окраска гематоксилином и эозином. Ув.х400;
б – растровая электронная микроскопия. Ув.х 1000

Микроскопическое исследование плацент показало следующую картину: как в материнской, так и в плодовой поверхностях наблюдалось увеличение содержания фибриноида. В материнской поверхности наблюдается сужение просвета сосудов за счет развивающегося в этой группе склероза их стенок. Площадь материнской и плодовой поверхностей уменьшена.

В ворсинчатом дереве обращал на себя внимание мозаичный характер строения. Однако следует отметить, что ворсинчатое дерево в большинстве своем ишемично и лишь в отдельных участках наблюдается умеренное полнокровие. Встречались участки с незрелыми, склерозированными и фибриноидноизмененными ворсинами. В межворсинчатом пространстве нами было отмечено скопление фибриноид.

В терминальном отделе ворсинчатого дерева нами найдена значительная десквамация синцитиотрофобласта (до 50%). Содержание синцитиальных узелков было незначительно. В строме возросло число

участков с коллагеном, по сравнению с плацентами женщин с эутиреоидным зобом. Капилляры, в большинстве своем, ишемичны. Характерны участки с некрозом ворсинчатого дерева.

Все сказанное о плаценте напрямую коррелируется с состоянием плода и новорожденного. Течение раннего неонатального периода характеризовалось особенностями, отличающими новорожденных, рожденных от женщин с патологией ЩЖ. В первые дни жизни у ребенка отмечается ряд состояний, которые связаны с его первичной адаптацией к окружающей среде и являются пограничными состояниями. У новорожденных при патологии ЩЖ у матери такие состояния значительно выражены и могут рассматриваться как патологические.

При аутоиммунном тиреозидите 50% детей были с массой до 3000 г. В случае с удалением кисты ЩЖ ребенок весил 2500 г. Наибольшая потеря массы новорожденного при выписке наблюдалась при состоянии после удаления кисты ЩЖ. В случае

с состоянием после удаления кисты ЩЖ наблюдались асфиксия, морфологическая незрелость и поражение ЦНС. Эти же изменения, показатель которых значительно превышал контрольную группу, были в наибольшей степени отмечены в группах с аутоиммунным тиреоидитом и аденомой ЩЖ.

В группе детей рожденных от матерей, имеющих патологию ЩЖ, достоверно чаще встречались стигмы эмбриогенеза и малые аномалии развития (24%), по сравнению с группой сравнения (3,2%): гемангиома волосистой части головы, брюшной стенки справа, левого плеча, долихосигма, гипохондропатия, тимомегалия, пупочная грыжа.

Таким образом, у пациенток с гипотиреоидным состоянием, отмечался высокий показатель угрозы прерывания беременности, гестозов, хронической фетоплацентарной недостаточности. Морфофункциональные изменения в плаценте находились в прямой зависимости от вида патологии ЩЖ. Сочетание соматической и эндокринной патологии увеличивает риск осложнений беременности и родов при патологии ЩЖ у матери. Одной из главных причин перинатальной заболеваемости при патологии ЩЖ является хроническая фетоплацентарная недостаточность, которая сопровождается гипоксией и задержкой внутриутробного развития плода.

Список литературы

1. Вопросы эпидемиологии, этиологии, классификации и морфогенеза заболеваний щитовидной железы / под ред. Т.В. Павловой. – Белгород: Изд-во БелГУ, 2004. – 113 с.
2. Павлова Т.В. Антропологические особенности плаценты при гипотиреозе / В.А. Нагорный, С.В. Надеждин // Материалы 3-го Международного конгресса по интегративной антропологии. – Белгород, 2000. – № 2 (11). – С. 116–117.
3. Павлова Т.В. Морфофункциональные особенности плацент при соматической и гестационной патологии у матери. / О.Д. Жилиева, В.И. Рябых // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2002. – Т.1, № 3. – С. 248–250.
4. Павлова Т.В. Влияние региональных факторов Белгородской области на формирование здоровья населения / В.И.Рябых, Л.А. Павлова, С.В. Надеждин и др. // Региональные генетические проблемы и стратегия охраны здоровья населения: научные труды Федерального научного центра гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана. – М., 2004. – Вып. 10. – С. 145–149.
5. Павлова Т.В. Влияние патологии щитовидной железы матери на формирование взаимосвязей в системе мать-плацента-плод / Р.В. Рябых, В.А. Петрухин, Л.А. Павлова // Архив патологии. – 2006. – Т. 68, №4. – С. 22–24.

Рецензенты:

Луценко В.Д., д.м.н., профессор, главный врач МУЗ «Городская больница №2», Белгород;
Парфенов И.П., д.м.н., профессор, зав. хирургическим отделением №1 БОКБ Св. Иоасафа, Белгород.

**THE COURSE OF PREGNANCY AND LABOR
IN WOMEN WITH STATE HYPOTHYROID**

Malutina E.S., Pavlova T.V., Petrukhin V.A.

Belgorod State University, Belgorod, e-mail: info@bsu.ru;

Moscow Regional Scientific Research Institute of Obstetrics and Gynecology, Moscow

In patients with hypothyroid state there was a high rate of threatened abortion, gestosis, chronic placental insufficiency. This creates an unfortunate situation for carrying a child: a frequent complication of perinatal hypoxic encephalopathy of infants.

Keywords: pregnancy, hypothyroidism, childbirth, the placenta