

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ МАТЬ – ПЛАЦЕНТА – ПЛОД ПРИ ЭНДОКРИНОПАТИЯХ

Павлова Т.В., Рябых В.И., Родяшина О.А., Лапенко Д. А., Павлова Л.А.

БелГУ, кафедра патологии

В формировании здоровья нации особое значение имеет состояние здоровья материнского организма. В последнее время это положение нашло отражение в ряде важных документов, в том числе и постановлений главы администрации Белгородской области № 625 от 9.10.2000 «О концепции стратегических принципов защиты детства Белгородской области», постановления главы администрации Белгородской области №165 от 25.3.02 «О дополнительных мерах по повышению рождаемости на 2002 – 2005 годы», постановления главы администрации Белгородской области №361 от 10.09.02 «О мерах по развитию здравоохранения и медицинской помощи Белгородской области», постановления главы администрации Белгородской области №1 от 4.10.03 «О концепции программы улучшения качества жизни населения Белгородской области». Среди серьезных заболеваний, на фоне которых проходит развитие беременности особую роль играют эндокринопатии, в частности, заболевания щитовидной железы (ЩЖ). Среди последних можно выделить: зобы, аутоиммунный тиреоидит, аденому ЩЖ, рак ЩЖ.

Следует отметить, что заболевания ЩЖ в настоящее время выходят на первое место среди всех эндокринопатий и у детей, что в будущем может неблагоприятно отразиться на состоянии здоровья нации.

Нами исследованы беременные женщины с эутиреоидным зобом (20) и аутоиммунным зобом (10), развившимся до беременности (ГС) -группа и эутиреоидным зобом (17), выявленным при беременности (ГГС). 15 рожениц составили контрольную группу. Плаценты изучались макроскопически, затем выбирались кусочки для световой и электронной микроскопии. Проведено необходимое, в том числе и гормональное, исследование крови женщин, плодов и новорожденных.

Целью исследования явилось изучение влияния патологии ЩЖ у матери на формирование взаимоотношений в системе

мать-плацента-плод и особенностей развития новорожденного.

При изучении акушерского анамнеза у беременных с патологией ЩЖ, отмечается высокая частота осложнений в предыдущих беременностях. Так, прерывание беременности в ранние сроки имели до 45% женщин (до 20% в контрольной группе, что тоже является достаточно высоким показателем).

В этих же группах при текущей беременности наблюдалось наибольшее содержание беременных с гестозами 1-й и 2-й половины беременности. Всего зарегистрировано 22% гестозов различной степени тяжести, в том числе преэклампсия у женщины с узловым зобом. Особую роль приобретает наличие угрозы невынашивания у беременных. Особенно высокие показатели при аутоиммунном тиреоидите (100%), удаленной кисте ЩЖ (100%), узловым и смешанным зобом (50%). Наиболее частой сопутствующей патологией у женщин с патологией ЩЖ были: ожирение I-II ст., гипертоническая болезнь (2%), нефриты и пиелонефриты (10%).

Проведенное нами исследование плаценты показало неоднозначные результаты, коррелирующие как с патологией ЩЖ у женщины, так с ходом самой беременности. У беременных с эутиреоидным зобом, без существенных отклонений в течение беременности (угроза невынашивания беременности, гестозы второй половины беременности) наблюдались следующие изменения. Так, масса и размеры плацент были несколько меньше, чем в контрольной группе. Микроскопически в ворсинчатом дереве были выявлены незрелые ворсины, а также увеличение содержания участков со склерозом и фибриноидным некрозом. По сравнению с контрольной группой, уменьшалась площадь синцитиоцитотрофобласта. Но все эти изменения прогрессировали при неблагоприятном течении беременности, особенно с угрозой прерывания беременности. В этой группе было выявлено умеренное полнокровие (рис. 1).

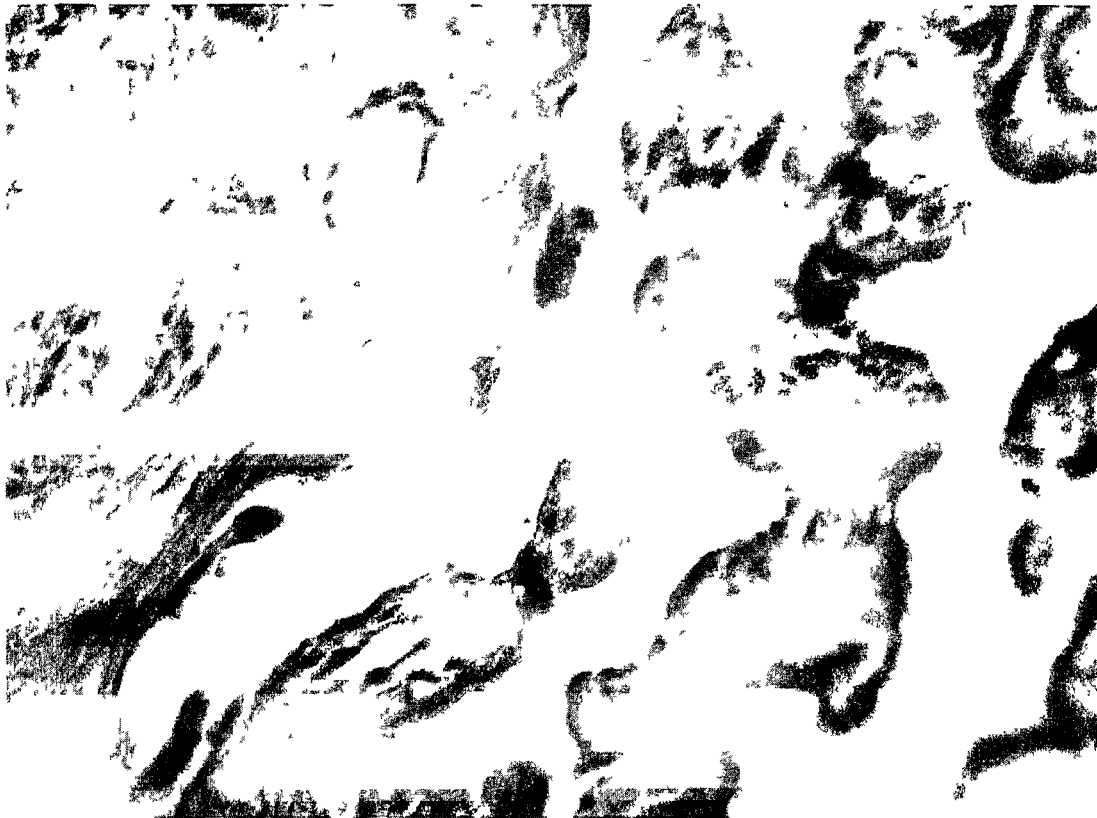


Рис. 1. Плацента женщины при эутиреоидном зобе.

Терминальные ворсины склерозированы. Часть ворсин «замурована» в фибриноид. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. х 300.

Электронномикроскопически при изучении плацент с эутиреоидным зобом мы отмечали преимущественно картину, направленную на сохранение жизнедеятельности плода в отягощенных условиях: увеличение размеров сохранившихся микроворсинок, расширение цистерн эндоплазматического ретикулума, появление юных митохондрий, нахождение в ядрах эухроматина на фоне альтеративных процессов. Помимо этого, в ворсинах было отмечено увеличение площади обмена между кровотоком плода и плаценты. Однако следует обратить внимание на увеличение количества коллагена и фибриногена. Помимо этого выявлено некротическое изменение ворсинок, в частности нарушение строения эндотелиоцитов (рис. 2).

Иную картину имели плаценты других групп. Так, при аутоиммунном тиреоидите был отмечен высокий процент летальности (50%). При изучении анамнеза этих случаев было отмечено акушерское неблагополучие

(выкидыши, мертворождения) и при предыдущих беременностях. При изучаемой беременности отмечалась неоднократная угроза ее прерывания. Все это нашло свое отражение в строении плаценты. Она небольшого размера. Значительно увеличивается площадь, занятая инфарктами, кавернами и гематомами. Ткань ишемична. Возрастает площадь ворсинчатого дерева, занятая незрелыми ворсинами, а также склерозом и фибриноидным некрозом. Еще больше уменьшается площадь синцитиоцитотрофобласта. Все это, бесспорно, создает неблагоприятную картину для вынашивания ребенка.

Еще хуже дело обстояло в случае с удалением кисты ЩЖ, когда перечисленные выше патологические процессы при аутоиммунном тиреоидите обострялись еще в большей степени. В случаях с узловым и смешанным зобом мы наблюдали мозаичную картину изменений в плаценте, когда, наряду с полнокровием, наблюда-

лись ишемичные участки, а также незрелые, склерозированные и фибриноидноизмененные ворсины. Все это создавало хотя и

хрупкое, но все же возможное равновесие для благоприятного течения беременности.



Рис. 2. Плацента женщины при эутиреоидном зобе.

В капиллярах терминальных ворсин – нарушение эндотелиоцитов с выходом эритроцитов в строму. ТЭМ. Ув x 30000.

При эутиреоидном зобе масса детей колебалась преимущественно от 2500 до 4000 г. Основную массу составляли дети весом 3500 г. (60%). При аутоиммунном тиреозидите 50% детей были с массой до 3000 г. В случае с удалением кисты ЩЖ ребенок весил 2500 г. Затем следовали группы с аденомой ЩЖ, узловым и смешанным зобом. Наибольшая потеря массы новорожденного при выписке наблюдалась при состоянии после удаления кисты ЩЖ, аденоме ЩЖ, узловым и смешанным зобом. Гемолитическая болезнь новорожденного выявлена при состоянии после удаления кисты у матери, а затем в следующей последовательности: узловым и смешанным зобом, аденомой ЩЖ, эндемическим зобом, аутоиммунным тиреозидитом. В случае с состоянием после удаления кисты ЩЖ наблюдалась асфиксия, морфологическая незрелость и поражение центральной нервной системы. Эти же изменения, показатель которых значительно превышал контрольную группу, были в наибольшей степени отмечены в

группах с аутоиммунным тиреозидитом и аденомой ЩЖ.

Полученные данные делают необходимым указание неонатологам на крайне неблагоприятный перинатальный прогноз у детей, матери которых имеют следующую патологию ЩЖ: состояние после оперированной кисты ЩЖ, аутоиммунный тиреозидит, аденому ЩЖ, узловым и смешанным зобом. Определенная внимательность необходима при ведении неонатального периода при эутиреоидном зобе, особенно при неблагоприятном течении беременности с угрозами прерывания беременности и гестозами.

Настораживающую картину мы получили при изучении дальнейшего развития детей. Так дети, рожденные от матерей с патологией ЩЖ, в течение 1-го года жизни чаще, чем в контрольной группе (60% против 24%) болели ОРВИ, у них чаще (36% и 8%) наблюдалась гипохромная анемия, аллергический дерматит (18% и 8%). В этой же группе выявлены: острая пневмония, респираторный аллергоз, реактивный панкреатит.

Еще хуже обстояла картина с изучением заболеваемости на 2-м году жизни: ОРВИ соответственно 82% и 32% (чаще 3-х раз -22%). гипохромная анемия: 10% и 4%. В этой группе выявлены: астения нервной системы, аллергический дерматит, острый бронхит и острая пневмония, острые кишечные инфекции, чего не было в предыдущей группе. Здесь же выявлено отставание в когнитивном развитии детей. Все это настораживает в плане дальнейшего развития таких детей и относит их, по-видимому, к группе риска. Следует также отметить, что на этом этапе заболеваемость между детьми различных групп при патологии ЩЖ у матери несколько уравнивается, что делает неблагоприятным прогноз о дальнейшем развитии всех групп детей.

Литература:

1. Дедов И. И. Аутоимунные заболевания щитовидной железы: состояние проблемы / Е. А. Трошина, С. С Антонова, Г. Ф. Александрова, А. В. Зилон // Проблемы эндокринологии. – 2002. - № 2. - С. 6 – 13.
2. Дедов И.И. Низкая экспрессия метгепатоцитарного рецептора фактора роста как

показатель плохого прогноза при опухолях щитовидной железы / Е. А. Трошина, Н. В. Мазурин // Проблемы эндокринологии. – 2001. - № 3. - С. 6 – 10.

3. Павлова Т. В., Барков Л.А., Бухвалов И.Б. // Архив патологии.1985.-Т. XLVII - №12.- С. 21-26

4. Павлова Т. В. //Архив патологии.1986.- Т. VIII - № 6.-С. 21-26

5. Павлова Т.В., Петрухин В.А., Терехова Н.Л., Завалишина Л.Э., Павлова Л.А.// Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 1998.-№1.- С.25-28.

6. Павлова Т.В., Надеждин С.В. Башук В.В., Шорников О.Г. // Российские морф. ведомости. 2000.-№3-4, с.109-112.

7. Федорова А.В., Павлова Т.В., Милованов А.П. Фетоплацентарный комплекс при сахарном диабете.// «Сахарный диабет, беременность и диабетическая фетопатия. М.- «М».- 2001.- С.59-137

8. Glinoe, D; Delange, F. The potential repercussions of maternal, fetal, and neonatal hypothyroxinemia on the progeny.// Thyroid. 2000 Oct; 10(10): 871-87.

9. Glinoe, D Pregnancy and iodine. // Thyroid. 2001 May; 11(5): 471-81.

РОЛЬ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНОГО ПРОФИЛЯ

Л.А. Павлова, Четверикова В.И., Казаков В.А.

Кафедра патологии БелГУ, Поликлиника №4 г. Белгорода,
Поликлиника ФСБ

Анализ современных данных сложившихся медико-социальных и экономических условий существования населения как Белгородской области, так и Российской Федерации в целом приобретают особую актуальность альтернативные и развернутые формы восстановительного ведения больных. С целью сокращения экономических затрат на реабилитацию при соблюдении принципа доступности реабилитационной помощи для всех в ней нуждающихся в нашей стране было предложено О.Н. Шепетовой (1997) амбулаторное ведение, как один из уровней оказания реабилитационной помощи. Координирующим органом, осуществляющим объединение поликлинических мощностей для создания индивидуальных реабилитационных программ, мо-

жет служить реабилитационный кабинет, работающий в тесной взаимосвязи со структурами – членами реабилитационной бригады: физиотерапевтических кабинетов, в том числе кабинеты ЛФК, массажа, игло-рефлексотерапии, нейропсихологии, дневной стационар. Общие показания к медицинской реабилитации представлены в докладе Комитета экспертов ВОЗ по предупреждению инвалидности и реабилитации (1983). Показана возможность достаточного проведения необходимых диагностических процедур и терапевтических мероприятий в предлагаемых условиях.

При поражениях высших психических функций: речь, произвольные движения и действия, праксис, гнозис, восприятие, память, мышление, внимание, необходимо