

УДК 618.29: 618.36:616.391:546.15

© Ю. Ю. Бобик, 2012.

СТАН ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ВАГІТНИХ ІЗ ЙОДОДЕФИЦИТНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Ю. Ю. Бобик

Кафедра охорони материнства та дитинства (зав. – доцент Ю. Ю. Бобик), факультет післядипломної освіти ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород.

THE STATE OF THE FETOPLACENTAL COMPLEX OF PREGNANT WOMEN WITH IODINE DEFICIENCY DISEASES

Y. Y. Bobik

SUMMARY

We investigated the particularities of the fetoplacental complex of pregnant women with different clinical forms of iodine deficiency. We found that even subclinical forms of dysfunction of the thyroid gland has a negative influence on it.

СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У БЕРЕМЕННЫХ С ЙОДОДЕФИЦИТНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ю. Ю. Бобик

РЕЗЮМЕ

Изученные особенности состояния фетоплацентарного комплекса при различных клинических проявлениях дефицита йода в организме беременных женщин свидетельствуют об отрицательном влиянии на него даже субклинических форм патологии щитовидной железы.

Ключові слова: йододефіцитні захворювання, стан плода, фетоплацентарний комплекс.

Відомо, що в Україні налічується 80 регіонів із нестачею йоду у доквіллі, до яких відноситься і Закарпатська область [4], що зумовлює у них значну поширеність йододефіцитних захворювань (ЙДЗ).

Однією з груп найбільшого ризику розвитку ЙДЗ є вагітні жінки [6]. Захворювання щитовидної залози негативно впливають на перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду [3, 5]. Тиреоїдні гормони мають надзвичайно важливе значення для закладання і розвитку мозку плода, формування інтелекту дитини, росту і дозрівання скелету та статеві системи [1, 2, 7-9].

Метою роботи було дослідити стан фетоплацентарного комплексу у вагітних жінок із йододефіцитними захворюваннями, що проживають у Закарпатській області.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети було обстежено 100 вагітних жінок, які були розділені на 2 групи: у 1 групу увійшло 50 жінок із еутиреоїдним зобом, а у 2 – також 50 жінок із субклінічним гіпотиреозом. Контрольну групу склали 30 вагітних жінок без екстрагенітальної патології.

Ехографічні та доплерографічні дослідження вагітних були виконані на ультразвуковому апараті «ULTIMA RA GRIS. 9412. 013».

Оцінку реактивності серцево-судинної системи плода у обстежених пацієнток здійснювали

за допомогою кардіотокографічних досліджень на фетальному моніторі Sonicaid FM 800 Encore. Дослідження плаценти проводили шляхом використання морфологічних методів забарвлення (гематоксилін-еозин). Оцінку патологічних змін проводили за В.А. Цизерлінгом і співавт. (1998).

Результати досліджень оброблені за допомогою пакету прикладних програм «Statistica». Для оцінки достовірності (p) різниці між групами показників використовувався t-критерій Стьюдента. У роботі був прийнятий рівень достовірності $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Встановлено, що біометричні параметри плода у вагітних із ЙДЗ відповідали гестаційному віку у 76,0% спостережень і у 24,0% встановлена ЗРП. У більшості випадків ретардація плода носила помірний характер і не перевищувала 1-3 тижні.

Комплексна оцінка стану плода у вагітних із ЙДЗ показала, що до кінця вагітності з'являються клінічні ознаки дистресу, що виражаються у зниженні інтегрального показника стану плода по КТГ. Найбільш ранні прояви затримки розвитку плода виявлені у групі 2. Результати ультразвукової фетометрії свідчили про нормальне зростання і розвиток плода у групі 1 у 88,0% вагітних і у 62,0% вагітних групи 2 ($p < 0,05$) (табл. 1).

Таблиця 1

Стан плода у обстежених вагітних із ЙДЗ

Групи обстежених	Оцінка стану плоду (STV)	Виявлення ознак ЗРП (тижні гестації)	Нормальні параметри фетометрії (%)
1	3,98±0,03*	33,0±2,8	88,0
2	3,59±0,04*	22,3±2,6	62,0
Контрольна група	4,98±0,03	–	100,0

Примітка: * – вірогідність відмінностей відносно показників групи контролю ($p < 0,05$).

При ультразвуковому дослідженні у 40,0% жінок із ЙДЗ виявлене помірне багатоводдя ($p < 0,05$), гіперехогенні включення у навколоплідних водах, в той час як у контрольній групі – лише у 15,0% пацієнток. М'язова гіпотонія плода відмічена у 8,0% вагітних групи 1 і у 28,0% групи 2; підвищена рухова активність плода відповідно – у 10,0% і у 24,0% пацієнток. У контрольній групі патологічні ознаки стану плода діагностовано у 13,3% вагітних.

За даними ультразвукового скринінгу встановлено, що у кожній другій вагітній із ЙДЗ стан плаценти не відповідав терміну вагітності. Спостерігався вищий ступінь зрілості органу, набряклість, інфаркти та кісти. Товщина плаценти відповідала нормативним показникам у 82,0% вагітних групи 1 і у 66,0% вагітних групи 2 ($p < 0,05$). У 12,0% вагітних групи 1 і у 20,0% вагітних групи 2 ($p > 0,05$) товщина плаценти була знижена. У 6,0% вагітних групи 1 і у 16,0% вагітних групи 2 відмічено потовщення плаценти. Патологічні зміни у вигляді кальцифікатів і кістозних утворень спостерігалися у 52,0% вагітних групи 1 і у 66,0% вагітних групи 2 ($p > 0,05$).

З метою дослідження матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровообігу у вагітних із ЙДЗ визначались систоло-діастолічні співвідношення (СДС) у матковій артерії (МА), артерії пуповини (АП), аорті і середній мозковій артерії (СМА) плода. Аналіз показників доплерометрії кровоплину у системі мати-плацента-плід показав, що при затримці розвитку плода у 42,0% досліджень спостерігався нормальний матково-плацентарний кровоплин. Патологічний кровоплин був виявлений у 58,0% обстежених. Як при ізольованих, так і поєднаних порушеннях гемодинаміки, збільшення індексів периферичного судинного опору складало 20,0-30,0% від нормативного. При виявленні патологічного кровоплину у всіх ланках фетоплацентарного комплексу збільшення показників СДС варіювало від 40,0% до 50,0% у порівнянні з нормою. Встановлено, що у вагітних із ЙДЗ при терміні гестації 29-32 тижні має місце підвищення пульсаційного індексу в АП на 30,0-40,0%, порівняно з нормативними, тоді як у 33-35 тижнів зареєстровано збільшення цього показника більше, ніж на 50,0%.

Для більш повної оцінки функціонального стану фетоплацентарного комплексу проведено вив-

чення стану плаценти. Так, при макроскопічному дослідженні посліду дифузні його зміни відмічені у 21,0% вагітних, переважно у вигляді жирових перероджень і петрифікатів на материнській поверхні плаценти. При огляді посліду породіль групи 2 їх наявність виявлена у 46,0% випадків ($p < 0,05$). У жінок субклінічним гіпотиреозом у порівнянні із контрольною групою має місце тенденція до збільшення маси, об'єму, середньої товщини та зменшення площі материнської поверхні посліду ($p > 0,05$), що можна пояснити компенсаторною реакцією фетоплацентарного комплексу.

При гістологічному дослідженні ознаки плацентарної недостатності виявлені у всіх породіль. В той же час, у досліджуваних підгрупах спостерігаються компенсаторно-приспосувальні зміни різного ступеню вираженості, які проявляються в ангіоматозі термінальних ворсин хоріона, проліферації синцитіотрофобласту. У плаценті вагітних групи 2 у 1,8 разу частіше, ніж у контрольній групі, на тлі виражених компенсаторно-приспосувальних реакцій встановлено значні дистрофічні зміни в хоріальних і базальних пластинках і виражені деструктивно-склеротичні процеси, що виявляються в склерозі і кальцинозі строми, термінальних ворсин. Достовірно частіше у плацентах вагітних групи 2 виявлялися гемодинамічні порушення (інфаркти, крововиливи, тромбози). Зміни запального характеру (інфільтрація строми і епітелію ворсин) однаковою частотою зустрічалися в обох підгрупах. Отже, наявність ЙДЗ у вагітних є чинником ризику розвитку плацентарної дисфункції, причому більшою мірою за наявності субклінічного гіпотиреозу.

ВИСНОВКИ

1. Досліджені особливості стану фетоплацентарного комплексу при різних клінічних проявах дефіциту йоду в організмі вагітних жінок вказують на їх негативний вплив навіть при субклінічних формах патології щитоподібної залози.

2. Отримані дані вказують на необхідність підвищення рівня поінформованості вагітних жінок з питань впливу йодного дефіциту на перебіг вагітності та внутрішньоутробний стан плода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдусалямов А. А. Перинатальные аспекты патологии щитовидной железы / А. А. Абдусалямов // Вестник врача общей практики. – 2008. – № 4. – С. 33–35.
2. Бутова Е. А. Перинатальные аспекты йододефицитных состояний / Е. А. Бутова, А. А. Головин, Е. А. Кочергина // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 3. – С. 9–12.
3. Древаль А. В. Заболевания щитовидной железы и беременность / Древаль А. В., Шестакова Т. П., Нечаева О. А. – М. : ОАО «Издательство «Медицина», 2007. – С. 25–47.
4. Йодно-тиреоидный статус организма в условиях йодного дефицита / И. М. Туряница, З. Й. Фабри, А. Е. Пашенко [и др.]. – Ужгород : Патент, 1996. – С. 105–113.
5. Подольский В. В. Репродуктивное здоровье женщины фертильного возраста и дефицит йода, как фактор риска его нарушений / В. В. Подольский, З. Б. Хоминская, В. Я. Козарь // Здоровье женщины. – 2004. – № 3 (19). – С. 165–171.
6. Сидельникова В. М. Эндокринология беременности в норме и при патологии / В. М. Сидельникова. – М. : МЕДпресс-информ, 2007. – С. 167–186.
7. Bernal J. Thyroid hormones and brain development / J. Bernal, J. Nunez // Eur. J. Endocrinol. – 2006. – Vol. 133. – P. 390–398.
8. Calaciura F. Childhood IQ measurements in infants with transient congenital hypothyroidism / F. Calaciura, G. Mendorla, M. Distefano [et al.] // Clin. Endocrinol. – 2006. – Vol. 45. – P. 473–477.
9. Glinoe D. Maternal and fetal impact of chronic iodine deficiency / D. Glinoe // Clinical Obstetrics and Gynecology. – 1997. – Vol. 40. – P. 102–116.