

© Український журнал клінічної та лабораторної медицини, 2013
УДК 618.3: 616.379 – 008.64: 616 – 053.1 – 092 – 036 – 08

Перинатальные осложнения у беременных с эндокринной патологией

А.Ю.Щербаков, В.Ю.Щербаков,
Е.А.Новикова, И.А.Тихая, Д.Н.Шаповал

Харьковская медицинская академия последипломного образования
Харьков, Украина

Представлены современные данные о перинатальных осложнениях у беременных с эндокринной патологией. Рассмотрены вопросы о поэтапной системе перинатальной охраны плода и новорожденного.

Ключевые слова: перинатология, беременность, эндокринная патология, плод, плацентарная дисфункция.

ВВЕДЕНИЕ

Проводимые в нашей стране реформы здравоохранения нацелены на сохранение здоровой нации. Одним из направлений совершенствования системы здравоохранения Украины является оптимизация перинатальной помощи. Перинатология является теоретической основой перинатальной медицины. Перинатальный период начинается с 22 недель внутриутробной жизни плода и заканчивается спустя 7 суток после рождения.

Профилактика перинатальной патологии, забота о здоровье будущего поколения являются одной из актуальных проблем современной медицины. Своевременная диагностика патологических состояний, которая возможна у плода до его рождения, является очень актуальной.

Задачами перинатологии является изучение особенностей внутриутробного развития плода, патогенеза, диагностических нарушений и заболеваний, обеспечение плода и новорожденных своевременной медицинской помощью до, во время и после рождения.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Исследованиями последних лет (Венцовский Б.М., Савельева Г.М., Вдовиченко Ю.П. и др.) была установлена важная роль плаценты в функционировании системы «мать — плацента — плод». Плацента — полноправный компонент системы «мать — плод», тем более что она структурно формируется ранее зародыша и эмбриона, выполняя ряд жизненно важных функций, позволяющих плоду полноценно развиваться. Именно плацента защищает плод, первая подвергается воздействию любых повреждающих факторов. Дисфункцию плаценты рассматривают как фактор риска развития перинатальной патологии.

Плацентарная недостаточность является важной проблемой современной перинатологии. Частота ее колеблется от 3-4% до 45%, перинатальная заболеваемость достигает 70%. Несмотря на интенсивное применение новейших методов диагностики и лечения, недостаточность функции плаценты остается ведущей причиной высокого уровня заболеваемости и смертности детей не только в перинатальном периоде, но и на этапах последующего развития. На современном этапе плацентарную дисфункцию рассматривают как клинический синдром, обусловленный морфофункциональными изменениями в плаценте и нарушениями компенсаторно-приспособительных механизмов, обеспечивающих функциональную полноценность органа. Он представляет собой результат сложной реакции плода и плаценты на различные патологические состояния материнского организма и проявляется в комплексе нарушений транспортной, трофической, эндокринной и метаболической функций плаценты, лежащих в основе патологии плода и новорожденного.

В связи с многофакторностью причин плацентарной дисфункции (ПД) возникла необ-

ходимость получить четкие данные о нарушениях различных звеньев функционирования фетоплацентарного комплекса (ФПК), что необходимо для обоснования диагностики и лечения этой категории беременных.

Особенность перинатальной патологии состоит в многофакторности влияния на состояние плода и новорожденного, длительность беременности, акушерской и экстрагенитальной патологии, особенно эндокринной, а также динамики развития самого плода. Это отражено в МКБ-Х (Женева, 1995), где перинатологическая патология представлена самостоятельным XVI классом «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде» в трех блоках:

- поражение плода и новорожденного, обусловленные состоянием матери, осложнения беременности и родоразрешения;
- расстройств, связанные с продолжительностью беременности и ростом плода;
- специфические поражения (состояние плода и новорожденного) для перинатального периода.

Динамика показателей перинатальной смертности является объективным критерием оценки влияния медицинских, биологических и социальных факторов на здоровье беременной женщины и новорожденного.

В целом в структуре причин перинатальной смертности ведущее место занимают внутриутробная гипоксия и асфиксия плода в родах (40,3%), синдром дыхательных расстройств (16,7%) и врожденные аномалии развития (15,5%).

Эндокринные изменения, которые развиваются в организме беременной, создают основу гомеостазу, обеспечивают мобилизацию многочисленным приспособительным реакциям, необходимым для физиологического течения беременности, родов и послеродового периода, а также для нормального антенатального развития плода и постнатальной адаптации новорожденного. Будучи посредником в образовании гормонального комплекса системы «мать — плод», плацента играет роль железы внутренней секреции и синтезирует гормоны, используя материнские и плодовые предшественники.

Любая эндокринная патология не только осложняет течение ПД, но и может быть пусковым механизмом возникновения данного состояния, является причиной перинатальной смертности (21,7%).

Функциональная несостоятельность плаценты служит основной причиной внутриутробной гипоксии, задержки роста и развития

плода, травм в процессе родов. ПД приводит к перинатальной смертности, способствует частым соматическим и индивидуальным заболеваниям новорожденных, служит причиной нарушения физического и умственного развития ребенка. Важнейшим эталоном является выявление синдрома внутриутробной задержки развития плода. Детей от матерей, имевших проявления ПД, относят к группе риска по перинатальной заболеваемости и смертности. У этих новорожденных обычно нарушены процессы адаптации, а также выявлена высокая частота поражения ЦНС. Перинатальная смертность (по данным В.М.Сидельниковой, 1997) у женщин, перенесших ПД, составляет среди доношенных новорожденных 10,3%, среди недоношенных — 49%.

Профилактика и лечение ПД зависят от своевременной диагностики и лечения сопутствующих заболеваний и осложнений беременности.

Со стороны матери в числе причин перинатальных потерь основное место занимает патология плаценты и пуповины (27,8%), заболевания матери, не связанные с беременностью (23,5%), осложнения беременности (16,7%) и родов (9,4%).

К важнейшим достижениям последнего десятилетия в акушерстве относится: определение беременности, ее сроков и особенности развития плода с помощью ультразвуковых методов, амниоцентеза, динамических наблюдений за фето-плацентарной системой и др.

В настоящее время наступил период перинатального акушерства (С.А.Маркин, В.Н.Серов, А.Н.Стрижанов, 1997). Плод признается полнокровным пациентом. В связи с неблагоприятной экологической обстановкой увеличилось число беременных с эндокринной патологией — сахарный диабет и тиреопатии, которые дают перинатальные осложнения. В связи с этим необходимо динамическое наблюдение за развитием и состоянием плода совместно с эндокринологом, что позволит выявить своевременные отклонения или нарушения в течении гестационного периода. Появление объективных данных об особенностях развития внутриутробного плода оказало существенное влияние на понимание патогенеза многих его заболеваний. Выбор рациональной тактики ведения беременности у этих женщин является резервом снижения перинатальных потерь.

Исходя из вышеуказанного, была разработана четырехэтапная система перинатальной охраны плода и новорожденного при плацентар-

ной дисфункции: предгестационная подготовка, антенатальная охрана во время беременности, мероприятия во время родов, выхаживание новорожденных.

Анализ доступной литературы показал, что в настоящее время имеется ряд перинатальных проблем в оценке риска нарушений развития плода и новорожденного. Соответственно, не вызывает сомнений целесообразность углубленных исследований, направленных на выяснение отдельных аспектов патогенеза нарушений развития плода и новорожденного у женщин с сахарным диабетом и тиреопатиями, а также разработка новых диагностических и профилактических критериев оценки их состояния.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ведение беременности и родоразрешение женщин с эндокринопатиями и повышенным риском перинатальной патологии требует от врача знания особенностей ведения беременности и родов. В связи с этим, помимо акушера-гинеколога, необходимо присутствие на родах врачей смежных специальностей (эндокринолога, терапевта, анестезиолога и неонатолога). Тактика родоразрешения беременных с СД и тиреопатиями укладывается в понятие «активное ведение родов». Метод программированных родов является безопасным и оправдан у женщин высокого риска перинатальных осложнений.

Ведение беременных с эндокринной патологией требует научного подхода и дальнейшего изучения на основе современных технологий, что приведет к снижению перинатальных осложнений и будет способствовать улучшению состояния здоровья матери и ребенка.

Мероприятия по профилактике материнских и перинатальных осложнений у женщин с эндокринной патологией необходимо начинать до наступления беременности, и они должны заключаться не только в нормализации гормональных показателей, а и в ликвидации всех сопутствующих нарушений в репродуктивной системе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зарубина Е.Н. Современные подходы к лечению хронической фетоплацентарной недостаточности / Е.Н.Зарубина, О.А.Бермишева, А.А.Смирнова // Проблемы репродукции. — 2000. — №5. — С. 8-16.
2. Волощук И.Н. Морфологические основы и патогенез плацентарной недостаточности: Автореф. дис. ... д.мед.н. — М., 2002. — 39 с.
3. Кулаков В.И. Плацентарная недостаточность и инфекция / В.И.Кулаков, Н.В.Орджоникидзе, В.Л.Тютюник // Руководство для врачей. — М., 2004. — 494 с.
4. Макаров О.В. Синдром задержки развития плода: современные подходы к фармакотерапии / О.В.Макаров, П.В.Козлов, Д.В.Насырова // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2003. — №3. — С. 18-22.
5. Кузнецова И.М. Оптимизация ведения беременности у женщин с гипотиреозом и плацентарной недостаточностью: Автореф. дис. ... к.мед.н.: 14.00.01 / И.М.Кузнецова. — Челябинская государственная медицинская академия. — Челябинск, 2007. — 22 с.
6. Савельева Г.Н. Пути снижения перинатальной заболеваемости и смертности // Вестник. — 1998. — №2. — С. 101-104.
7. Сидорова И.С. Клинико-диагностические аспекты фетоплацентарной недостаточности / И.С.Сидорова, И.О.Макаров // М.: Медицинское информационное агентство, 2005. — 296 с.
8. Седов В.Н. Руководство по практическому акушерству / В.Н.Седов, А.Н.Стрижаков, С.Е.Маркин. — М.: Мединформагентство, 1997. — 414 с.
9. Щербакова В.В. Функциональный стан ФПН у вагітних з гіпотиреозом / В.В.Щербакова // 36. Асоціація акушерів-гінекологів України. — К.: Фенікс, 2001. — С. 641-643.
10. Тютюник В.Л. Хроническая плацентарная недостаточность при бактериальной и вирусной инфекции (патогенез, диагностика, профилактика, лечение): Автореф. дис. ... д.мед.н. — М., 2002.
11. Baptiste-Roberts K. Maternal risk factors for abnormal placental growth: the national collaborative perinatal project / K.Baptiste-Roberts, C.M.Salafia, W.K.Nicholson et al. // BMC Pregnancy Childbirth. — 2008. — №8. — P. 44.
12. Chou A.K. Neonatal and pregnancy outcome in primary antiphospholipid syndrome: a 10-year experience in one medical center / A.K.Chou, S.C.Hsieh, Y.N.Su et al. // Pediatr Neonatol. — 2009. — №50 (4). — P. 143-146.
13. Costa S.L. Screening for placental insufficiency in high-risk pregnancies: is earlier better? / S.L.Costa, L.Proctor, J.M.Dodd et al. // Placenta. — 2008. — №29 (12). — P. 1034-1040.
14. Ergaz Z. Intrauterine growth restriction-etiology and consequences: what do we know about the human situation and experimental animal models? / Z.Ergaz, M.Avgil, A.Ornoy // Reprod Toxicol. — 2005. — №20 (3). — P. 301-322.
15. Harkness U.F. Diagnosis and management of intrauterine growth restriction // Clin Perinatol. — 2004. — №31 (4). — P.743-764.
16. Hui L., Challis D. Diagnosis and management of fetal growth restriction: the role of fetal therapy / U.F.Harkness, G.Mari // Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. — 2008. — №22 (1). — P. 139-158.
17. Neerhof M.G. The fetal response to chronic placental insufficiency / M.G. Neerhof, L.G.Thaeete // Semin. Perinatol. — 2008. — Vol. 32. — P. 201-205.

А.Ю.Щербаков, В.Ю.Щербаков, О.О.Новикова, І.А.Тиха, Д.М.Шаповал. Перинатальні ускладнення у вагітних з ендокринною патологією. Харків, Україна.

Ключові слова: перинатологія, вагітність, ендокринна патологія, плід, плацентарна дисфункція.

Наведені сучасні дані про перинатальні ускладнення у вагітних з ендокринною патологією. Розглянуті питання про поетапну систему перинатальної охорони плода та новонародженого.

A.U.Scherbakov, V.U.Scherbakov, H.A.Novikova, I.A.Tykha, D.N.Shapoval. Perinatal complications for pregnant with endocrine pathology. Kharkiv, Ukraine.

Key words: perinatology, pregnancy, endocrine pathology, embryo, placenta disfunction.

Current opinions about perinatal complications for pregnant with endocrine pathology are presented. Questions about the stage-by-stage system of perinatal guard of embryo and new-born are considered.

Надійшла до редакції 17.06.2013 р.