

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Острик Д.А.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Носкова О.В.
Кафедра акушерства и гинекологии
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

Актуальность: около 3% беременных женщин страдают заболеваниями щитовидной железой, манифестация заболевания происходит в период беременности в 15% случаев.

Цель исследования: изучить репродуктивный статус женщин с заболеваниями щитовидной железой.

Материалы и методы: методом сплошной выборки проведен ретроспективный анализ 40 историй родов женщин с заболеваниями щитовидной железой за период 2017–2018 гг.

Результаты: больные с заболеваниями щитовидной железой находились в раннем репродуктивном возрасте, средний возраст — 25,8 (17–34). Встречались следующие заболевания щитовидной железы: диффузный зоб, эутиреоз — 18 (45%), гипотиреоз — 10 (25%), тиреотоксикоз — 9 (22,5%), заболевания щитовидной железы по анамнезу — 2 (5%). У 2 (5%) женщин анамнез был отягощен по основному заболеванию. Средний возраст наступления менархе 13,7 лет. Регулярный менструальный цикл имели 37 (92,5%). Из гинекологических заболеваний отмечались: миома матки у — 2 (5%), эрозия шейки матки у — 23 (57,5%). Воспалительные заболевания специфической и неспецифической этиологии имели 7 (17,5%) женщин.

Выводы: у 40 (100%) женщин с заболеваниями щитовидной железой беременность наступила спонтанно. Первобеременными являлись 12 (30%), у (32,5%) гинекологический анамнез был отягощен абортми, у 6 (15%) выкидышами на ранних сроках. Качественное диспансерное наблюдение пациенток с заболеваниями щитовидной железой в женской консультации, эндокринологом, своевременное лечение, предупреждение абортов и инфекций передающихся половым путем позволят сохранить репродуктивное здоровье женщин высокой группы риска.

Литература

1. Тотоця Э.С. Репродуктивная функция женщин при патологии щитовидной железы. Ж.: Акушерство и гинекология. 1994. № 1. С.8–10.
2. Сандакова Е.А. Дизрегуляторные нарушения менструальной функции: Патогенетическая связь с тиреоидным и иммунным статусом, пути коррекции. Дис... канд. мед. наук. Пермь. 2000 г. 210 с.
3. Хамадянов У.Р., Рахматулина А.Г. К вопросу о функциональной взаимосвязи яичников и щитовидной железы. Актуальные вопросы клинической и теоретической медицины. Уфа, 1980–11–113 с.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Острик Д.А.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Носкова О.В.
Кафедра акушерства и гинекологии
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

Актуальность: заболеваниями желчевыводящих путей страдают 3% беременных, хронический холецистит обостряется во время беременности у 30–35% женщин.

Цель исследования: изучить особенности течения беременности у женщин с заболеваниями желчевыводящих путей.

Материалы и методы: методом сплошной выборки проведен ретроспективный анализ 30 историй родов женщин с заболеваниями желчевыводящих путей за период 2017–2018 гг.

Результаты: по данным моего исследования манифестация заболеваний желчевыводящих путей чаще происходит в I и II триместрах беременности, 1–13 недель — 66,6% случаев, 14–27 недель — 26,7% случаев, 28–40 недель — 6,7% случаев. Средний возраст беременных с заболеваниями желчевыводящих путей составил $31,32 \pm 0,76$ (19–37 лет). Течение беременности у пациенток с острым калькулезным холециститом осложнилось угрозой преждевременных родов в 3,3% случаев и началом родовой деятельности в 6,7% случаев, в 20% случаев — токсикоз первой половины беременности и в 6,6% случаев — начавшийся самопроизвольный аборт в I триместре беременности. Все беременные получали консервативную терапию, в 60% случаев отмечено улучшение общего состояния на 1–2 сутки. Лапароскопическая и лапаротомическая холецистэктомия выполнена в 16,7% случаев в виду неэффективности консервативной терапии.

Выводы: течение беременности у пациенток с различными формами заболеваний желчевыводящих путей часто сопровождается угрозой прерывания беременности в 3,3% случаев, токсикозом первой половины беременности в 20% случаев, осложняется преждевременными родами 6,6%, начавшимся самопроизвольным абортом на раннем сроке в 6,6% случаев. По данным современной литературы профилактика снижает осложнения беременности и заключается в обследовании всех женщин детородного возраста, особенно планирующих беременность, и при наличии желчнокаменной болезни проводить плановое оперативное лечение этого заболевания до беременности.

Литература

1. Бурков С.Г. Беременность и здоровье. — М., 2000.
2. Бурков С.Г. Заболевания органов пищеварения у беременных. — М., 1996.
3. Бурков С.Г. Клиническая патология органов билиопанкреатодуоденальной зоны у беременных: Автореф. дис. д-ра мед.наук. М., 1992.

ОСОБЕННОСТИ ПРОГРАММ ЭКО (ЭКО+ИКСИ) У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

Пестун Е.М.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Джемлиханова Л.Х.

Кафедра акушерства и гинекологии

Санкт-Петербургский государственный университет

Актуальность: среди заболеваний щитовидной железы наиболее часто встречается аутоиммунный тиреоидит (АИТ) [1]. Гипотиреоз, вызванный АИТ, влияет на развитие недостаточности функции яичников и бесплодия [2]. Таким образом, при проведении у женщин с АИТ программ ЭКО (ЭКО+ИКСИ) важно оценивать и прогнозировать их результативность.

Цель исследования: целью работы является определение результативности программ ЭКО (ЭКО+ИКСИ) у женщин с АИТ.

Материалы и методы: работа проводилась на базе Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта. В исследование включены 50 историй болезни женщин до 43 лет с диагнозом АИТ, и 50 историй болезни женщин до 43 лет без патологии щитовидной железы, обратившихся для лечения бесплодия методом ЭКО (ЭКО+ИКСИ) в 2016–2017 годах.

Результаты: у женщин с подтвержденным диагнозом АИТ средние значения ТТГ составили $2,42 \pm 0,15$ мкМЕ/л (в контрольной группе $1,75 \pm 0,13$ мкМЕ/л) ($p < 0,05$), уровень АТ к ТПО составил $209,87 \pm 54,24$ МЕ/мл (в контрольной группе $5,66 \pm 0,97$ МЕ/мл) ($p < 0,05$), уровень АМГ $2,55 \pm 0,56$ нг/мл (в контрольной группе $2,66 \pm 0,33$ нг/мл) ($p = 0,45$); у женщин с АИТ количество полученных ооцитов = $9,8 \pm 0,98$ (в контрольной группе $8,06 \pm 1,22$) ($p = 0,349$), качественных