

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

эмбрионов $=2,0 \pm 0,13$ (в контрольной группе $2,32 \pm 0,25$) ($p=0,17$), средняя толщина эндометрия на момент переноса $9,55 \pm 0,29$ мм (группа контроля — $10,58 \pm 0,33$ мм) ($p<0,05$).

Биохимическая беременность у женщин с АИТ наступила у 30% женщин, в группе контроля у 42% женщин ($p=0,212$). Родами у женщин с АИТ завершились не менее 53% беременностей, в группе контроля родами завершились не менее 62% беременностей ($p=0,408$). Эктопическая беременность у женщин с АИТ возникла у 1 из 50 женщин в группе, в группе контроля — у 2 из 50 женщин ($p=0,57$). Синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ) у женщин с АИТ наступил у 2 из 50 женщин, в группе контроля не наблюдалось СГЯ ($p=0,154$).

Выводы: не выявлено достоверных отличий по характеристикам оценки программ ЭКО (ЭКО+ИКСИ) — количество полученных ооцитов, количество эмбрионов оптимального качества; отмечается тенденция к снижению частоты наступления беременности у женщин с АИТ по сравнению с женщинами без патологии щитовидной железы. Для уточнения роли АИТ в результативности программ ЭКО (ЭКО+ИКСИ) необходимы исследования на более представительном клиническом материале.

Литература

1. Medenica S. Thyroid dysfunction and thyroid autoimmunity in euthyroid women in achieving fertility / Barad D. Weghofer A. // Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2015. Т. 19. № 6. С. 977.
2. Barad D. What affects functional ovarian reserve, thyroid function or thyroid autoimmunity? / Barad D. Weghofer A. // Reproductive Biology and Endocrinology. 2016. Т. 82. № 1. С. 122–123.

СЕПСИС В АКУШЕРСТВЕ

Плетнева А.В.

Научные руководители: к. м. н. Воробцова И.Н.,
зав. отделением АФО ПЦ СПбГПМУ Курдынко Л.В.

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом гинекологии детского возраста
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность: проблемы не вызывает сомнений учитывая большой процент летальных исходов во время беременности и послеродовом периоде. По данным ВОЗ материнская смертность от инфекции составляет около 15%.

Цель исследования: оценить тактику ведения пациенток с диагнозом «Сепсис» на базе Перинатального центра СПбГПМУ.

Материалы и методы: проанализированы карты беременных и истории родов за 2017–2018 года.

Результаты: за этот период проанализированы две пациентки. У обеих было раннее излитие околоплодных вод. У первой пациентки безводный период составлял около 38 часов, что является фактором риска по инфицированности родовых путей. У второй — безводный период более 4 месяцев. Обе поступили с жалобами на излитие вод, далее опираясь на клинические симптомы и лабораторные данные, был поставлен предварительный диагноз восходящей инфекции (хориоамнионит). Операция по удалению матки у второй пациентки была проведена совместно с кесаревым сечением. Первой пациентке делалась релапаротомия с удалением матки с маточными трубами, так как диагноз «Сепсис» был поставлен в послеродовом периоде.

Выводы: у обеих пациенток с поставленным диагнозом во время родов и послеродовом периоде была проведена операция по удалению матки с маточными трубами с тяжелым послеоперационным периодом. А причиной возникновения сепсиса является раннее излитие околоплодных вод с долгим безводным периодом, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, экстрагенитальные заболевания в субкомпенсированном состоянии и физиологическая иммуносупрессия во время беременности и послеродовом периоде. Благодаря своевременно поставленному диагнозу верному подходу к ведению пациенток, удалось избежать летального исхода.