

ством проведения занятий; происходит рассредоточение денежных средств, направленных на поддержание учебно-материальной базы на уровне, необходимом для формирования у учащихся необходимых практических умений.

Оптимальное перераспределение учебного времени между темами дисциплины позволит выделить больше времени на тот объем знаний, который будет востребован в дальнейшей взрослой жизни. В такой редакции «Допризывная и медицинская подготовка» будет соответствовать новым требованиям, предъявляемым к системе среднего образования. Дальнейшее совершенствование городских Центров допризывной подготовки и всестороннее их использование в проведении занятий с учащимися старших классов позволит повысить качество получаемых знаний и практических умений по жизненно важным разделам знаний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Национальная безопасность Республики Беларусь / С. В. Зась [и др.]; под ред. М. В. Мясниковича и Л. С. Мальцева. — Минск: Беларус. навука, 2011. — 557 с.
2. Допризывная и медицинская подготовка / учебная программа для учащихся X–XI классов // под ред. В. Г. Ананько, В. Б. Варламова. — Минск, 2009. — 57 с.

УДК 618.3-055.2+616.441

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Андреанова Н. Л.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *С. М. Яковец*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Патологические процессы в щитовидной железе, особенно сопровождающиеся изменением ее функционального состояния, могут вызывать нарушения репродуктивной системы женщины, включая нарушение вынашивания беременности, течения родов, а также патологическое воздействие на плод [1]. Для нормального внутриутробного развития плода на протяжении всей беременности и, особенно ранних стадиях эмбриогенеза, необходим нормальный уровень тиреоидных гормонов в материнском организме. Их дефицит значительно увеличивает риск возникновения кретинизма будущего ребенка из-за недоразвития головного мозга во внутриутробном периоде [2]. Кроме этого, сама беременность вызывает изменения в функционировании щитовидной железы женщины. Заболевания щитовидной железы потенциально опасны во время беременности, так как повышают риск возникновения: ранних токсикозов; самопроизвольных аборт; угрозы прерывания беременности; преждевременных родов; хронической внутриутробной гипоксии плода; пороков развития плода; гипотрофии плода; отслойки плаценты; антенатальной гибели плода; гестоза и преэклампсии [3].

Цель

Проанализировать течение беременности у женщин с патологией щитовидной железы.

Материалы и методы исследования

Обследовано 193 беременные в возрасте от 18 до 35 лет. Пациентки были разделены на две группы: основная — 123 женщины с патологией щитовидной железы и контрольная — 70 женщин без данной патологии.

Основную группу составили 63 женщины с диффузным зобом, 21 с многоузловым зобом в состоянии эутиреоза, 13 — с многоузловым зобом в состоянии гипотиреоза и 26 — с аутоиммунным тиреоидитом. Патология щитовидной железы устанавливалась

по результатам ультразвукового исследования щитовидной железы, определения уровня тиреоидных гормонов и цитологического исследования пунктата щитовидной железы после тонкоигольной биопсии. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета прикладных программ «Statistica» 6.0. Качественные показатели представлялись в виде абсолютного числа наблюдений, доли и ошибки доли (\pm %) от общего числа пациентов по выборке в целом или в соответствующей группе. Сравнение качественных признаков проводили с использованием критерия χ^2 . Результаты анализа считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам наших исследований было установлено, что женщины с патологией щитовидной железы имели статистически значимую достоверность более высокой частоты осложнений беременности, чем в контрольной группе ($\chi^2 = 250,58$; $p < 0,0001$).

Беременность у женщин с патологией щитовидной железы в анамнезе заканчивалась самопроизвольным абортom в 16 ($13,01 \pm 4,28$ %) случаях, что чаще, чем в контрольной 4 ($5,71 \pm 2,77$ %) ($\chi^2 = 0,5$; $p = 0,47$).

При проведении сравнительного анализа в исследуемых группах были выявлены статистически значимые различия по угрозе прерывания беременности в I триместре. В основной группе выявлено 32 ($26,02 \pm 3,96$ %) случая против 12 ($17,14 \pm 4,50$ %) ($\chi^2 = 4,18$; $p = 0,04$), в контрольной, что подтверждает литературные данные [3].

Маловодие достоверно чаще было у женщин с патологией щитовидной железы: 15 ($12,20 \pm 2,95$ %) случаев, во второй группе у 3 ($4,29 \pm 2,42$) ($\chi^2 = 5,4$; $p = 0,02$).

Нами установлено, что низкая плацентация в I триместре беременности, как признак внутриутробной инфекции и плацентарной недостаточности, наблюдалась у женщин основной группы в 28 ($22,76 \pm 3,78$ %) случаях, а в контрольной в 7 ($10,0 \pm 3,59$ %), что статистически достоверно ($\chi^2 = 4,07$; $p = 0,04$).

Результаты анализа встречаемости хронической плацентарной недостаточности свидетельствуют о достоверных различиях в исследуемых группах: 48 ($39,02 \pm 4,40$ %) женщин в первой и 14 ($20,0 \pm 4,78$ %) во второй ($\chi^2 = 6,55$; $p = 0,01$).

Неблагоприятным признаком воздействия заболеваний щитовидной железы является хроническая внутриутробная гипоксия плода (ХВГП). ХВГП имели 32 ($26,02 \pm 3,96$ %) женщины основной и 12 ($17,14 \pm 4,78$ %) контрольной, что является значимым различием ($\chi^2 = 4,18$; $p = 0,04$).

Токсикоз I половины беременности встречался с одинаковой частотой в исследуемых группах: у 23 ($18,7 \pm 3,52$ %) женщин с патологией щитовидной железы и у 12 ($17,14 \pm 4,50$ %) ($\chi^2 = 0,23$; $p = 0,58$) в контрольной, что предположительно можно объяснить применением препаратов йода как в период прегравидарной подготовки, так и с первых дней беременности.

Проведенные исследования показали, что патология щитовидной железы может быть важным фактором развития гестоза, который развился у 29 ($23,7 \pm 3,22$ %) женщин основной группы и у 3 ($4,29 \pm 2,24$ %) ($\chi^2 = 11,3$; $p = 0,0008$) контрольной. Гестоз средней степени тяжести был только у 8 ($6,5 \pm 2,22$ %) женщин с многоузловым зобом в состоянии гипотиреоза. В большинстве случаев у женщин с патологией щитовидной железы беременность осложнилась гестозом легкой степени: 18 ($17,07 \pm 3,39$ %) и 3 ($4,29 \pm 2,24$ %) ($\chi^2 = 3,91$; $p = 0,04$).

По частоте кольпита во время беременности ($\chi^2 = 0,27$; $p = 0,59$), многоводия ($\chi^2 = 5,2$; $p = 0,59$), угрозе прерывания во II триместре беременности ($\chi^2 = 0,07$; $p = 0,93$), преждевременным родам ($\chi^2 = 0,02$; $p = 0,89$), анемии легкой степени ($\chi^2 = 0,002$; $p = 0,96$) достоверно значимых различий не выявлено.

Выводы

1. Беременность у женщин с патологией щитовидной железы статистически значимо протекает с большей частотой осложнений ($\chi^2 = 250,58$; $p < 0,0001$).

2. Беременность у женщин с патологией щитовидной железы значительно чаще протекает с угрозой прерывания беременности в I триместре ($\chi^2 = 4,18$; $p = 0,04$), многоводием ($\chi^2 = 5,4$; $p = 0,02$), низкой плацентацией ($\chi^2 = 4,07$; $p = 0,04$), плацентарной недостаточностью ($\chi^2 = 6,55$; $p = 0,01$), хронической гипоксией плода ($\chi^2 = 4,18$; $p = 0,04$), гестозом ($\chi^2 = 11,3$; $p = 0,0008$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Потин, В. В. Щитовидная железа и репродуктивная система женщины / В. В. Потин. — СПб: МЕДпресс-информ, 2008. — 46 с.
2. Porre, K. Thyroid disease and female reproduction // Clinical Endocrinology, 2007. — № 66(3). — 309–321 p.
3. Петунина, Н. А. Заболевания щитовидной железы и беременность / Трудный пациент, 2006. — № 9. — 37–42 с.

УДК 616.89-008.441.42:301

НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

Аникеенко Д. В., Суворов П. А.

Научный руководитель: к.п.н., доцент *Ж. И. Трафимчик*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Актуальность проблемы нарушения пищевого поведения обусловлена высокой распространенностью отклоняющегося (девиантного) пищевого поведения, широким спектром биопсихосоциальных факторов риска. Этим нарушениям подвержены, прежде всего, девушки-подростки и молодые женщины.

Цель

Рассмотреть природу и факторы риска возникновения нарушений пищевого поведения.

Материалы и методы исследования

Теоретический анализ, обобщение, интерпретация литературных источников по проблеме исследования.

Под пищевым поведением понимается ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа. Иными словами, пищевое поведение включает в себя установки, формы поведения, привычки и эмоции, касающиеся еды, которые индивидуальны для каждого человека [1].

Биопсихосоциальные факторы риска формирования нарушений пищевого поведения [2]:

- ✓ физиологические: первичные гипоталамические и/или супрагипоталамические нарушения приводят к гормональному дисбалансу на уровне нейромедиаторов;
- ✓ эмоциональные: эмоциональный компонент часто сопровождает расстройства питания;
- ✓ социальные: влияние общества на нормы и ценности индивида; в сознании людей прочно закреплён стереотип о том, что быть худым – значит быть успешным, здоровым, привлекательным, дисциплинированным, а полнота ассоциируется с непривлекательностью, ленью, некомпетентностью;
- ✓ личные: расстройства пищевого поведения существенно чаще встречаются у женщин, что объясняется как результат большей частоты раннего использования диет.

Диагностические критерии для пациентов с нервно-психической булимией [3].

I. Рецидивирующие эпизоды поглощения огромного количества пищи, которые характеризуются:

- 1) употреблением очень большого количества продуктов, гораздо большего, чем поглощаемого большинством людей в течение такого же периода времени и при аналогичных обстоятельствах;