

5. Нарушение вегетативной регуляции при артериальной гипертензии нарастает по мере прогрессирования заболевания и находится во взаимосвязи с характером ремоделирования миокарда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коркушко, О. В. Анализ вегетативной регуляции сердечного ритма на различных этапах индивидуального развития человека / О. В. Коркушко, В. Б. Шатило, Т. В. Шатило // Физиология человека. — 1991. — Т. 17, № 2. — С. 31–39.
2. Особенности вегетативной регуляции и центральной гемодинамики у больных ишемической болезнью сердца с сопутствующей артериальной гипертензией и различными типами гипертрофии левого желудочка / А. Л. Сыркин [и др.] // Артериальная гипертензия. — 2003. — Т. 9, № 3. — С. 121–123.
3. Шляхто, Е. В. Ремоделирование сердца при гипертонической болезни / Е. В. Шляхто, А. О. Конради // Сердце. — 2002. — Т. 1, № 5. — С. 232–234.
4. Patterns of left ventricular hypertrophy and geometric remodeling in essential hypertension / A. Ganau [et al.] // J. Amer. Coll. Cardiology. — 1992. — Vol. 19. — P. 1550–1558.
5. Malik, M. Components of heart rate variability. What they really mean and what we really measure / M. Malik, A. J. Camm // Am. J. Cardiol. — 1993. — Vol. 72. — P. 821–822.

УДК 618.5-089:616.441

АСПЕКТЫ ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Алексеева Л. А.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Проблема дисфункций щитовидной железы у беременных является актуальной в современной акушерской практике. Повышение потребности в йоде во время беременности обусловлено усиленным выделением йода почками и использованием части неорганического йодида фетоплацентарным комплексом для синтеза тиреоидных гормонов щитовидной железой плода [1]. В регионах с дефицитом йода в окружающей среде, к которым относится Республика Беларусь, пониженное потребление йода способствует увеличению продукции тиреотропина и стимуляции роста щитовидной железы. Некомпенсированные и субкомпенсированные состояния щитовидной железы в период беременности оказывают отрицательные воздействия на организм матери, приводят к развитию анемий, преэклампсий, отслойки плаценты, послеродовым кровотечениям и другим осложнениям [2, 3].

Цель исследования

Изучить структуру патологии беременности, показания к оперативному родоразрешению, а также структуру осложнений кесарева сечения у женщин с патологией щитовидной железы.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 80 историй родов посредством кесарева сечения пациенток физиологического отделения, родоразрешенных в Гомельской областной клинической больнице за период с января по декабрь 2008 г. Истории разделены на 4 группы по 20 человек: 1-я группа — с узловым зобом и эутиреоидным состоянием; 2-я группа — с гипотиреозом (при аутоиммунном тиреоидите — 12 человек (60 %), состояния после резекции щитовидной железы — 8 чел. (40 %)); 3-я группа — с диффузным эндемическим эутиреоидным зобом; 4-я группа — контрольная (без патологии щитовидной железы). Для статистической обработки полученных данных использовался пакет «Statistica» 6.0.

Результаты и обсуждение

Всего с сопутствующей патологией в 2008 г. в родильный дом УЗ «Гомельская областная клиническая больница» поступило 2410 женщин. Патология щитовидной железы отмечалась у 258 (10,7 %) пациенток, 132 (51 %) из них были родоразрешены путем опера-

ции кесарево сечение. Пациентки, включенные в контрольную и исследуемые группы по возрасту, месту постоянного проживания существенно не различались. У всех пациентов операция проходила под многокомпонентной сбалансированной анестезией с ИВЛ.

У пациенток 1-й группы течение беременности наиболее часто осложнялось угрозой выкидыша ($25 \pm 0,11$ %), гестозом ($20 \pm 0,1$ %). Во 2-й группе осложнениями беременности были: в $30 \pm 0,12$ % случаев — угроза выкидыша, в $20 \pm 0,1$ % — анемия и в $20 \pm 0,1$ % — гестоз. В 3-й группе угроза выкидыша являлась осложнением беременности в $35 \pm 0,12$ % случаев, в $20 \pm 0,1$ % случаев угроза выкидыша сочеталась с пиелонефритом беременных.

Показанием к кесареву сечению в 1-й группе у 7 (35 %) женщин являлось тазовое предлежание плода, у 5 (25 %) — оперированная матка; в других случаях показаниями были гестоз (15 %), острая гипоксия плода (5 %), ОРСТ (5 %), двойня (5 %). Во 2 группе показаниями к кесареву сечению в 30 % (6 чел.) являлись оперированная матка, в 20 % (4 чел.) — гестоз, в 40 % (5чел.) — узкий таз. В 3-й группе в 25 % (5 чел.) случаев показаниями к кесареву сечению являлась оперированная матка и в таком же количестве встречалось тазовое предлежание плода, в 15 % (3чел.) — упорная первичная родовая слабость.

Гемодинамические показатели в начале операции (ЧСС, АДср.) в группах практически не отличались между собой. На момент извлечения плода отмечалось повышение уровня АДср и ЧСС в исследуемых группах по сравнению с контрольной ($p < 0,05$): АДср в 1-й группе — $113,5 \pm 4,1$ мм рт. ст., во 2-й группе — $111,5 \pm 4,2$ мм рт. ст., в 3-й группе — $115,5 \pm 4,8$ мм рт. ст.; ЧСС в 1-й группе — $113,5 \pm 5,8$ уд/мин., во 2-й группе — $114,6 \pm 4,3$ уд/мин., в 3-й группе — $115,4 \pm 5,1$ уд/мин. К концу операции отмечалось снижение уровня ЧСС и АДср. во всех группах, однако показатели первой и третьей группы превышали данные контрольной ($p < 0,05$). Кровопотеря в исследуемых группах превышала кровопотерю в контрольной группе, где она составила $667,5 \pm 1,63$ мл ($p < 0,05$). Кровопотеря в 1-й и 2-й группе равнозначна между собой и составляет $752,5 \pm 1,45$ мл, в 3-й группе — $742,5 \pm 1,8$ мл.

Выводы

1. У женщин с дисфункциями щитовидной железы течение беременности, чаще всего, осложняется угрозой выкидыша. Значительными по числу встречаемости являются также такие осложнения, как гестоз и анемия беременных. При сравнении структуры осложнений беременности исследуемых и контрольной групп были получены статистически незначимые различия. Увеличив выборку, можно проводить вычисления критерия χ^2 для оценки значимости различных частот наблюдений.

2. Превышение таких показаний к операции, как гестоз и упорная первичная родовая слабость в исследуемых группах также статистически незначимо, что требует более широкого исследования. Наиболее частыми показаниями к оперативному родоразрешению, как в исследуемых, так и в контрольной группе, являлись оперированная матка, тазовое предлежание плода, узкий таз.

3. У женщин с различной патологией щитовидной железы в ходе оперативного родоразрешения отмечаются выраженные изменения гемодинамических показателей, а также более значительный объем интраоперационной кровопотери.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шехтман, М. М. Заболевания эндокринной системы и обмена веществ у беременных / М. М. Шехтман. — М.: «Триад-Х», 2001. — С. 4–66.
2. Вербицкая, М. С. Особенности течения беременности и родов у женщин с заболеваниями щитовидной железы / М. С. Вербицкая // Медицинская панорама. — 2004. — № 8. — С. 18–20.
3. Дисфункция щитовидной железы и беременность / Т. М. Варламова [и др.] // Гинекология. — 2001. — Т. 3. — № 2. — С. 64–66.