



[В начало](#)

[Содержание](#)

[Список авторов](#)

Материалы и методы

Проведен анализ распространенности наступления беременности у женщин после онкологических заболеваний с 2010–2021гг. В первую группу вошли 6 женщин с пограничными опухолями яичников, во вторую – 7 пациенток со злокачественными опухолями яичников. Проанализированы клиничко-анамнестические особенности, данные обследования, наступление и течение беременности. Рассмотрены данные российский и зарубежной литературы.

Результат

В результате анализа, было выявлено, что беременность протекала без осложнений у 2 женщин (33,3%) из 1 группы, у которых злокачественные новообразования яичников диагностированы и пролечены за 1 год и 10 лет до наступления данной беременности. Наиболее часто встречались такие осложнения, как угроза выкидыша (в 83,3% случаев в 1 группе и в 57,1% — во II группе) и анемия различной степени тяжести (у 50% и 57,1% пациенток в 1 и 2 группах соответственно). Также в результате выявлено, что оптимальный временной интервал для зачатия после выздоровления от рака является индивидуальным и зависит от различных факторов. Рекомендуется планировать беременность спустя 2 года после окончания лечения рака. Снижение осложнений во время беременности возможно при адекватном мониторинге. Выявлено отсутствие влияния беременности на общую выживаемость и течение ряда онкологических заболеваний.

Заключение

Возможность иметь детей у женщин с сохраненным репродуктивным потенциалом и онкологическими заболеваниями в анамнезе приводит к необходимости консультирования их по вопросам безопасности беременности. Ведение беременности у женщин после онкологического заболевания требует мультидисциплинарного подхода с участием онкологов, акушеров-гинекологов и смежных специалистов после обширного комплексного обследования для выявления возможных осложнений.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ЕЕ ИСХОД ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ

Кузина К.Д., Савицкая В.М.

г. Минск

Белорусский государственный медицинский университет

Актуальность

Частота эндокринной патологии у беременных женщин остается на высоком уровне. Гипотиреоз, связанный с беременностью возникает до, во время или после гестации. Если его не лечить, особенно во время беременности, то могут возникнуть различные осложнения, связанные как с состоянием самой беременной, так и плода:



В начало

Содержание

Список авторов

нарушения нейropsychического развития ребенка, развитие тяжелых изменений всех без исключения органов и систем организма.

Цель

Изучить воздействие гипотиреоза на течение и исход беременности.

Материалы и методы

Для оценки влияния гипотиреоза на течение беременности и роды, был проведен ретроспективный анализ историй родов 75 женщин с гипотиреозом, исключая случаи, осложненные другими эндокринными и тяжелыми соматическими заболеваниями, а также преэклампсия и инфекции половых путей.

Результат

Средний возраст пациенток составил 29,63 лет. Наиболее частым проявлением эндокринной патологии является субклинический гипотиреоз – 58,6%. Течение беременности у женщин с гипотиреозом осложнялось кольпитом – 78,87%, анемией – 57,3%, хронической фето–плацентарной недостаточностью – 48,9%, угрозой прерывания беременности – 45,5%, умеренной преэклампсией – 39,73% случаев. При сборе репродуктивного анамнеза мы выявили, что у 12% женщин из основной группы имели случаи неразвивающейся беременности в прошлом, в контрольной группе данный показатель составил 5,7%. Течение родов осложнилось преждевременным разрывом плодных оболочек в 44% случаев, первичной слабостью родовой деятельности в 21,3% случаев. Патоморфологическое исследование последа показало преобладание хорангиоза ворсин – 21% и диссоциированное созревание ворсин – 16%, что характерно для хронической фетоплацентарной недостаточности. Проведенные нами исследования показали, что гипотиреоз является триггерным моментом, приводящим к выраженным осложнениям течения беременности и родов.

Заключение

Проведенное исследование выявило высокую распространенность субклинического гипотиреоза среди беременных женщин, что указывает на необходимость улучшения скрининга и ранней диагностики данной патологии. Высокая частота неразвивающейся беременности в анамнезе подчеркивает важность прегравидарной подготовки у женщин с гипотиреозом. Патоморфологические изменения последа, характеризующиеся преобладанием хорангиоза ворсин и диссоциированным созреванием ворсин, подтверждают наличие хронической фетоплацентарной недостаточности у данной группы пациенток. Во время беременности для оценки адекватности заместительной терапии гипотиреоза, помимо определения ТТГ, обязательно тестирование свободного Т4.