

вратный гортанный нерв). Интенсивность лазерного излучения была 4,5Вт, процедура проведена в 2 подхода по 90 секунд. Для исключения возможности повреждения трахеи или пищевода пациентке выполнено МРТ шеи. На полученных снимках видно, что область деструктивных изменений, вызванных лазером, не выходит за пределы узлового образования ЩЖ. Так же нет повреждения близлежащих структур. Вероятнее всего, патологическое состояние, появившееся у пациентки, связано не с повреждением нерва, а с невритом, возникшим в результате теплового излучения, распространившегося за пределы узла. После занятий у фонопеда подвижность голосовой складки восстановилась. В дальнейшем, при подобной локализации узлов мы стали использовать лазерное излучение меньшей интенсивности – не более 2,5Вт.

Выводы.

МИМ лечения узловой патологии ЩЖ - ЛИТТ практически лишена вероятности возникновения грозных осложнений. Проведение ее, как правило, проходит без каких-либо последствий для пациента. В связи с этим мы можем рекомендовать эту методику для широкого применения в лечебной практике для предотвращения роста коллоидных узлов ЩЖ и исключения необходимости проведения оперативного лечения, связанного с их прогрессивным ростом и, как следствие, возникновением компрессионного синдрома.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ ПОВТОРНЫХ БЕРЕМЕННОСТЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Салашенко О.В.¹, Киселева Т.П.²

¹МБУЗ «Городская клиническая больница № 5», Челябинск, Россия

²ГБОУ ВПО «Уральский Государственный медицинский университет
Минздрава РФ», Екатеринбург, Россия

Цель. Сравнить течение, исходы первых и повторных беременностей у пациенток с сахарным диабетом (СД) для уменьшения перинатальных осложнений.

Методы. В исследование включены 59 женщин с различными типами сахарного диабета (СД 1 типа, СД 2 типа, гестационным СД (ГСД)), дважды родоразрешенных в МБУЗ ГКБ № 5 г. Челябинска. Диагноз СД ставился на основании стандартов оказания специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом МЗ РФ. Динамическое наблюдение за пациентками осуществлялось в специализированном медицинском центре.

Результаты и обсуждение: средний возраст пациенток при первой беременности (1-ая группа) составил $24,8 \pm 4,65$ лет, при второй (2-ая группа) $29,4 \pm 4,46$ лет.

При первой беременности диагноз СД 1 типа имели 34 женщины, СД 2 типа – 3, манифестный – 6, гестационный (ГСД) – 16. При второй – диагноз СД 1 типа установлен у 39 беременных, СД 2 типа – у 8, манифестный – у 4, ГСД – у 8. Длительность заболевания составила от нескольких месяцев до 16 лет. Возраст на момент диагностики СД пациентки имели от 12 до 39 лет. Временной промежуток между беременностями составил от 8 мес до 10 лет. Все беременности были незапланированы. При первой беременности все пациентки были обучены самоконтролю, подсчету хлебных единиц, коррекции доз инсулина и образу жизни при сахарном диабете во время гестации. Инсулинотерапию при первой беременности получали 52(88,1%) пациентки, при второй – 54(91,5%). Максимальные дозы инсулина составили в первую беременность $50,7 \pm 29,6$ ед, во вторую - $68,7 \pm 40,7$ ед, $p < 0,0089$. Прирост доз инсулина в первой группе составил $25,4 \pm 20,9$ ед, во второй $33,1 \pm 30,3$, $p < 0,1$. Частота декомпенсации углеводного обмена на момент наступления беременности была сопоставима в обеих группах, но периоды грубой декомпенсации отсутствовали после 28 недель при второй беременности ($p < 0,04$). Своевременные роды произошли в первой группе у 77,9% женщин, во второй - у 89,8%. Перинатальные потери имели место при первой беременности у 4 пациенток, вторая беременность у всех закончилась рождением живых детей. Отличий в весе новорожденных при первых и вторых родах не выявлено. Лучшее состояние при рождении (7-8 баллов по шкале Apgar) имели дети во второй группе – 91,5%, $p < 0,02$, меньшее количество (66,1%, $p < 0,004$) имели признаки диабетической фетопатии.

Выводы.

1. У пациенток с СД при повторной беременности наблюдается выше мотивация и приверженность к лечению, что способствует снижению перинатальных осложнений.

2. Для улучшения компенсации углеводного обмена, снижения частота диабетической фетопатии, перинатальных потерь, улучшении состоянии новорожденного необходима своевременная коррекция инсулинотерапии, включая увеличение доз инсулина.

3. Планирование и ведение беременности в специализированных центрах, как при СД 1 и 2 типов, так и ГСД в анамнезе, способствуют снижению фетопатий и перинатальных потерь.