

Д. Д. Кухленкова, Н. И. Шаблюк

Научный руководитель: ассистент кафедры Н. П. Пяткова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ У БЕРЕМЕННЫХ С GESTАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Введение

Гестационный сахарный диабет (ГСД) является одной из актуальных и наиболее часто встречающихся экстрагенитальных патологий гестации, которая представляет серьёзную как медицинскую, так и социальную проблему, увеличивая частоту нежелательных исходов беременности как для матери, так для плода [1]. ГСД характеризуется гипергликемией у беременных, которая диагностируется во втором и третьем триместрах беременности [2]. В большинстве случаев она протекает без явных клинических симптомов, в последующем увеличивая риск возникновения сахарного диабета, ожирения, нарушений углеводного обмена и сердечно-сосудистых осложнений как у матери, так и у ребенка [3]. Следовательно, данная патология требует разработки международных единых стандартов скрининга и диагностики, а также лечения нарушений углеводного обмена во время беременности [4].

Цель

Определить изменения основных клинико-лабораторных показателей у беременных с гестационным сахарным диабетом.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2» путем ретроспективного анализа историй родов и индивидуальных обменных карт беременных за 2022 г. Объект исследования – 60 рожениц (в возрасте от 20 до 40 лет), которые были разделены на 2 группы по 30 человек каждая: 1-я (основная) – с гестационным сахарным диабетом и 2-я (контрольная) – без гестационного сахарного диабета. Статистический анализ результатов исследования проводился с помощью программы Microsoft Excel 2016, Statistica version 10.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст беременных с гестационным сахарным диабетом составил 31,27 года, контрольной группы 28,76 лет. ИМТ у беременных с сахарным диабетом составил 30,9, что на 20,16 % больше контрольной ($p = 0,00007$).

Средний уровень лейкоцитов у беременных с сахарным диабетом составил $7,59 \times 10^9/\text{л}$, что на 21,61 % больше контрольной группы ($p = 0,0058$). Уровень тромбоцитов у беременных с сахарным диабетом на 33,92 % превышает средний показатель контрольной группы. Средний показатель гемоглобина у беременных с сахарным диабетом составил 113,6 г/л, у контрольной группы 116,83 г/л. Уровень гликированного гемоглобина у беременных с сахарным диабетом составил 6,41 %, что выше верхней границы нормы на 7,06 %. У контрольной группы средний показатель гликированного гемоглобина составил 4,73 %. Средний показатель СОЭ у беременных с сахарным диабетом составил 23,56 мм/ч, что на 55,73 % больше контрольной группы (10,43 мм/ч) и является статистически значимым ($p = 0,00009$).

Общий белок у беременных с сахарным диабетом на 7,5 % меньше контрольной группы и является статистически значимым показателем ($p = 0,00018$). Средний показатель мочевины у контрольной группы на 24,63 % больше, чем у беременных с гестационным сахарным диабетом, что статистически значимо ($p = 0,000007$). Уровень креатинина у обеих групп в норме, однако у беременных с сахарным диабетом на 17,01 % меньше, чем у контрольной группы и является достоверно значимым ($p = 0,000018$). Уровень холестерина у беременных с сахарным диабетом на 4,48 % больше такой контрольной группы. Средний уровень глюкозы у беременных с гестационным сахарным диабетом превышает норму и средний показатель контрольной группы на 30,21 % ($p = 0$). Уровень АЛТ у обеих групп в норме, у беременных с сахарным диабетом на 10,25 % больше контрольной группы. Уровень АСТ у обеих групп в пределах нормы, однако у беременных с гестационным сахарным диабетом на 18,74 % больше такой контрольной группы и является статистически значимым ($p = 0,034$). Уровень билирубина у беременных с гестационным сахарным диабетом на 4,1 % меньше контрольной группы.

Таблица 1 – Анализ клинико-лабораторных данных у беременных с гестационным СД и без него

Показатели	N	Беременные с ГСД		Контрольная группа		p-значение
		сред-е знач-е	медиана	сред-е знач-е	медиана	
Возраст	–	31,27	30,5 (27÷34)	28,76	28,5 (25÷34)	0,115
ИМТ	–	30,9	29,5 (25÷35)	24,67	24,2 (23,4÷25,1)	0,00007
Лейкоциты, $10^9/л$	3 триместр 4–15	7,59	7,45 (5,9÷9,1)	5,95	5,6 (4,9÷7,2)	0,0058
Тромбоциты, $10^9/л$	150–450	401	395 (364÷459)	265	215 (195÷325)	0,0034
Гемоглобин, г/л	Не < 110	113,16	110,5 (102÷118)	116,83	113,5 (110÷125)	0,233
Гликированный гемоглобин, %	4,8–5,9	6,41	6,3 (5,9÷6,8)	4,73	4,8 (4,2÷5,2)	0,401
СОЭ, мм/ч	3 триместр до 40 мм/ч	23,56	19 (12÷36)	10,43	10 (6÷12)	0,00009
Общий белок, г/л	65–85	64,47	65 (62÷67)	69,7	68 (65÷72)	0,00018
Мочевина, ммоль/л	2,508,3	3,52	3,55 (2,9÷4,1)	4,67	4,7 (4,3÷5,1)	0,000007
Креатинин, мкмоль/л	35–132	56,13	55 (49÷65)	66,43	68 (63÷72)	0,000018
Холестерин, ммоль/л	6,16–13,72	6,7	6,8 (5,9÷8,9)	6,4	6,2 (6,1÷7,6)	0,018
Глюкоза, ммоль/л	3,9–5,83	6,19	5,9 (5,5÷6,7)	4,32	4,2 (4÷4,8)	0
АЛТ, МЕ/л	7–40	21,17	20 (16÷27)	19	18 (17÷21)	0,156
АСТ, МЕ/л	10–30	20,76	20 (14÷25)	16,87	17 (11÷20)	0,034
Билирубин, ммоль/л	3,4–17,1	10,073	10,1 (6,13,2÷)	10,5	11(6,8÷14,2)	0,717
Коагулограмма						
АЧТВ, с	24–35	19,8	19,3 (17,2÷26,5)	27,1	25,1 (24,1÷32,2)	0,0021
Фибриноген, г/л	3 триместр 4,5–5,3	6,8	6,3 (5,1÷7,9)	4,95	4,85 (4,4÷3,5,7)	0,016
Протромбиновое время, с	11–18	11,4	11,5 (9,2÷13,4)	16,3	16,8 (13,4÷18,1)	0,023
МНО	2–3	1,6	1,7 (1,4÷2,3)	2,3	2,4 (1,9÷2,8)	0,014

* $p < 0,05$ – статистически значимое отличие группы женщин с гестационным сахарным диабетом от контрольной группы.

Средний показатель АЧТВ у беременных с сахарным диабетом ниже контрольной группы на 26,94 %, что является достоверно значимым ($p = 0,0021$). Средний уровень фибриногена у пациенток с гестационным сахарным диабетом на 27,21 % выше контрольной группы и является статистически значимым ($p = 0,016$). Средний показатель протромбинового времени у беременных с сахарным диабетом ниже контрольной группы на 30,06 % ($p = 0,023$). Показатель МНО у беременных с сахарным диабетом меньше контрольной группы на 30,43 %, что является статистически значимым ($p = 0,014$).

Выводы

Проанализировав полученные данные, можно с достоверностью отметить, что беременные с гестационным сахарным диабетом имеют нарушения со стороны гемостаза по типу гиперкоагуляции и входят в группу высокого риска развития венозных тромбозов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Додхоева, М. Ф. Гестационный сахарный диабет: современный взгляд на актуальную проблему / М. Ф. Додхоева, Д. А. Пирматова // Вестник Авиценны. – 2018. – Т. 20, № 4. – С. 455–461.
2. Краснопольский, В. И. Гестационный сахарный диабет – новый взгляд на старую проблему / В. И. Краснопольский, В. А. Петрухин, Ф. Ф. Бурумкулова // Архив акушерства и гинекологии им. В. Ф. Снегирева. – 2014. – Т. 5, № 4. – С. 48–51.
3. Бурумкулова, Ф. Ф. Гестационный сахарный диабет: вчера, сегодня, завтра. / Ф. Ф. Бурумкулова, В. А. Петрухин // Терапевтический архив. – 2014. – Т. 86, № 10. – С. 109–115.
4. Kharroubi, A. T. Diabetes mellitus: The epidemic of the century. / A. T. Kharroubi, H. M. Darwish // World J. Diabetes. – 2015. – Vol. 6, № 6. – P. 850–867.

УДК 618.15-002-022.6-006.52:612.62

Е. В. Ласко, К. В. Тарелко

Научный руководитель: ассистент кафедры Н. П. Пяткова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВЗАИМОСВЯЗЬ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА И ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Введение

Бактериальный вагиноз (БВ) – это невоспалительный синдром, характеризующийся дисбиозом, влагалищной микробиоты, при котором резко уменьшается количество *Lactobacillus* spp. и увеличивается количество облигатных и факультативных анаэробов и микроаэрофилов (*Gardnerella vaginalis*, *Peptostreptococcus*, *Clostridia* spp., *Prevotella* spp., *Bacteroides*, *Fusobacterium*, *Veillonella*, *Eubacterium*, *Atopobium vaginae*, *Mobiluncus* spp., *Megasphaera*, *Sneathia*, *Leptotrichia* spp., *Sneathia* spp., *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Streptococcus viridians*). На современном этапе признается ведущая роль *Gardnerella vaginalis* и *Atopobium vaginae* в этиопатогенезе БВ. У здоровых женщин в структуре биоценоза влагалища доминируют *Lactobacillus* (90–95 %), остальные 5–10 % представлены облигатными анаэробными и, в меньшей степени, факультативно-анаэробными, аэробными и микроаэрофильными бактериями [1].

Важно не только процентное соотношение бактерий, но и общее число бактерий, которое не должно превышать значение $\geq 1 \times 10^6$ ГЭ/мл. При нормальной концентрации лактобактерий во влагалище сохраняется кислая среда ($pH = 3,8–4,4$), но при их недостатке