

Патогистологическое исследование последа: внутриутробная гипоксия. Клеточная пролиферация стромы ворсин. Диссоциация ворсин. Выпадение фибриноида. Очаговый париетальный хориодецидуит. Пуговина не изменена.

Получала лечение: цефотаксим, метронидазол, анальгин, димедрол, меропенем, омепразол, эноксапарин, противостолбнячная сыворотка.

Выписана в удовлетворительном состоянии на 12 сутки послеродового периода.

### **Выводы**

Острый аппендицит является наиболее распространенным хирургическим заболеванием, однако диагностика данного заболевания в послеродовом периоде затруднена из-за атипичных проявлений и широкого диапазона заболеваний для дифференциальной диагностики, включающих эндометрит и другие послеродовые гнойно-септические заболевания. При наблюдении за пациентками в послеродовом периоде следует учитывать возможность развития острого аппендицита, так как перфорация аппендикса может явиться причиной послеродового сепсиса.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Экстрагенитальные заболевания и беременность / Д. С. Россолько, Е. И. Кахиани, Т. А. Дудниченко [и др.]. – Санкт-Петербург: Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, 2016. – 64 с.
2. Крот, И. Ф. Острый аппендицит в поздние сроки беременности / И. Ф. Крот, Е. А. Эйныш, А. А. Призенцов // Проблемы здоровья и экологии. – 2014. – № 4 (42). – С. 148–153.
3. Sahin, B. Are Cesarean Section and Appendectomy in Pregnancy and Puerperium Interrelated? A Cohort Study / B. Sahin, A. Tinelli, G. Augustin // Front Surg. – 2022. – Vol. 9. – P. 819418.

**УДК 618.3-037:616.379-008.64**

**Е. И. Фетисова, А. А. Кольчевская**

*Научный руководитель: ассистент кафедры Е. П. Яковенко*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ФАКТОРЫ РИСКА, ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЕ У ПАЦИЕНТОК С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

### **Введение**

Гестационный сахарный диабет (ГСД) – это патологическое нарушение углеводного обмена, характеризующееся гипергликемией, которое выявляется во время беременности. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), частота гестационного сахарного диабета (ГСД) в мире варьируется от 7% до 18% в зависимости [1]. Потребность в медикаментозном лечении возникает у 15–30% пациентов с ГСД, а 70–85% пациентов с ГСД можно вести с помощью модификации диеты, изменения образа жизни, физической активности и контроля уровня глюкозы в крови [2]. ГСД проявляется средними уровнями глюкозы между нормальными уровнями для беременности и уровнями глюкозы, диагностическими для диабета у небеременных женщин [3]. Частота осложнений беременности и заболеваемость новорожденных при ГСД достигает почти 80%. Угроза прерывания беременности и преждевременных родов отмечается у 30–50% пациенток [4].

### **Цель**

Изучить факторы риска и осложнения в период беременности и родов у пациенток с ГСД и с нормально протекающей беременностью без нарушения углеводного обмена.

### **Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ 30 медицинских карт стационарных пациентов с ГСД (1 группа) и 30 пациенток без ГСД (2 группа) в период беременности на базе УЗ «ГОКБ» г. Гомеля за 2024 год.

Статистическая обработка результатов проведена с использованием методов непараметрической статистики с помощью пакета прикладных программ “STATISTICA” 10.0 и Microsoft Excel 2017. Средние величины представлены в виде  $Me \pm \sigma$ . Для относительных значений определялся 95% доверительный интервал (95% ДИ min;max) методом Клоппера-Пирсона. Различия считались достоверными при уровне значимости  $p < 0,05$ .

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Пациентки обеих групп были сопоставимы по возрасту. Средний возраст пациентов из 1 группы – 30,5 лет,  $Me (18; 48)$ , из 2 группы – 28,3,  $Me (18; 42)$ .

Данные по уровню гликемии у пациенток обеих групп приведены в таблице 1.

Таблица 1 – Исследование уровня глюкозы в динамике за день

| Период измерений       | N              | Me группа 1 | Me группа 2 |
|------------------------|----------------|-------------|-------------|
| Натощак                | до 5,1 ммоль/л | 5,1 ммоль/л | 4,3 ммоль/л |
| Через 1 час после еды  | до 10 ммоль/л  | 7,9 ммоль/л | 5,1 ммоль/л |
| Через 2 часа после еды | до 8,5 ммоль/л | 6,9 ммоль/л | 4,6 ммоль/л |

Уровни гликемии определяли постановку диагноза ГСД, а также тактику его ведения и необходимое лечение. Исходя из уровня глюкозы у 2 из 30 пациенток 1 группы с ГСД были показатели (9,6 ммоль/л и 8,3 ммоль/л), соответственно данным пациенткам была назначена инсулинотерапия, а у 28 пациенток, на основании незначительных отклонений от нормы показателей гликемии ( $0,3 \pm 0,4$  ммоль/л), была назначена коррекция уровней глюкозы путем модификации диеты, изменения образа жизни, физической активности и контроля уровня глюкозы в крови.

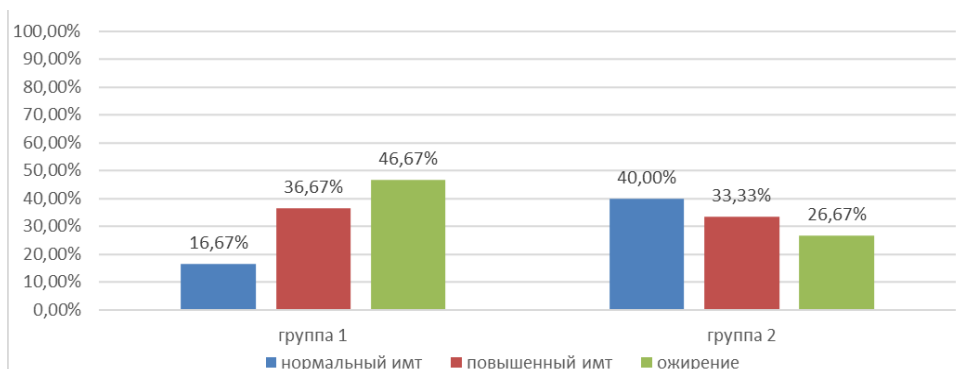
В группе пациенток с ГСД чаще встречался отягощенный гинекологический анамнез и осложнения течения беременности. У пациенток с ГСД статистически значимо чаще встречались: хроническая плацентарная недостаточность ( $P=0,0006$ ), преэклампсия ( $P=0,03$ ), в сравнении с группой пациенток без нарушения углеводного обмена. Особенности течения беременности в обеих группах отражено в таблице 2.

Таблица 2 – Особенности течения беременности у пациенток 1 и 2 группы

| Заболевание              | Группа 1    | Группа 2  | P      | $\chi^2$ |
|--------------------------|-------------|-----------|--------|----------|
| ХПН                      | 15 (50%)    | 2 (6,67%) | 0,0006 | 11,819   |
| ИЦН                      | 6 (20%)     | 1 (3,33%) | 0,108  | 2,588    |
| ПЭ                       | 8 (26,67%)  | 1 (3,33%) | 0,03   | 4,706    |
| Многоводие               | 1 (3,33%)   | 1 (3,33%) | 1      | 0        |
| Гестационный пиелонефрит | 1 (3,33%)   | 0 (0%)    | 1      | 0        |
| Выкидыши в анамнезе      | 14 (46,67%) | 2 (6,67%) | 0,0013 | 10,313   |
| Бесплодие в анамнезе     | 6 (20%)     | 0 (0%)    | 0,0314 | 4,63     |

Так же у пациенток с ГСД значительно чаще наблюдались выкидыши и бесплодие в анамнезе в сравнении с группой контроля.

Фактором риска развития ГСД является повышение ИМТ с развитием ожирения. Так у пациенток группы 1 наблюдался более высокий ИМТ и развивалось ожирение, в сравнении с группой 2. Что являлось одним из пусковых факторов развития ГСД (рисунок 1).



**Рисунок 1 – ИМТ 1 и 2 групп**

Исходы беременности и родов у пациенток обеих групп отражены в таблице 3. Частота срочных родов, а также индуцированные роды наблюдались с одинаковой частотой в обеих группах, но в группе с ГСД отмечено более частое выполнение операций КС, а также развитие преждевременных родов.

Медиана – Ме срока родоразрешения составила 34,2[28,6;40,3] недели среди пациенток с ГСД и 37,3[41,2] недели у пациенток без ГСД.

**Таблица 3 – Исходы беременности у женщин 1 и 2 групп**

| Исходы               | Группа 1    | Группа 2   | p      | $\chi^2$ |
|----------------------|-------------|------------|--------|----------|
| Срочные роды         | 11 (36,67%) | 12 (40%)   | 1      | 0        |
| Преждевременные роды | 19 (63,33%) | 7 (23,33%) | 0,0042 | 8,21     |
| Индуцированные роды  | 8 (26,67%)  | 9 (30%)    | 1      | 0        |
| Кесарево сечение     | 20 (66,67%) | 9 (30%)    | 0,0098 | 6,67     |

### **Выводы**

Пациентки в обеих исследуемых группах были сопоставимы по возрасту, социальному фактору. В группе ГСД чаще наблюдалась избыточная масса тела и ожирение, что является пусковым фактором развития данного осложнения.

У большинства пациенток при ГСД было выявлено незначительное увеличение глюкозы в крови ( $0,3 \pm 0,4$  ммоль/л), что позволяет корректировать уровни глюкозы путем модификации образа жизни, физической активности, контроля уровня глюкозы в крови.

Выявленный ГСД повышает риски осложненного течения беременности: хронической плацентарной недостаточности и преэклампсии. Также у пациенток с нарушением углеводного обмена чаще встречались выкидыши бесплодие в анамнезе.

У пациенток с ГСД повышается риск преждевременных родов и родоразрешения путем КС.

На основании вышеизложенных данных, проведение профилактики развития ГСД до и во время беременности приведет к уменьшению осложнений для матери и плода, и требует проведения мероприятий с уровня прегравидарной подготовки.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Клинические рекомендации (протокол лечения) Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение. – 2013. – 18 с.
2. Гестационный сахарный диабет – новый взгляд на старую проблему / В. И. Краснопольский, В. А. Петрухин, Ф. Ф. Бурумкулова // Акушерство и гинекология. – 2016. – № 2. – С. 3–6.
3. Gestational Diabetes Mellitus in Europe: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence Studies. Front Endocrinol (Lausanne). / M. S. Paulo, N. M. Abdo, R. Bettencourt-Silva [et al.] // – 2021 – V. 12. – P. 691033.
4. Arrhythmias in pregnancy: tactics of patient management. / D. R. Khudoyarova, Z. Kh. Kobilova, Z. Kh. Zubaydulloeva // Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences – 2024. – Vol. 4(9). – P. 119–123.