

УДК 616.379-008.64-007.61-055.2

**ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ МАКРОСОМИИ  
У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

*Алиева М. А., Шнак Е. Е.*

**Научный руководитель: к.м.н. ассистент М. С. Недосейкина**

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

***Введение***

В современном акушерстве гестационный сахарный диабет (ГСД) является серьезной проблемой для врачей акушеров-гинекологов в связи с частой встречаемостью среди пациенток макросомии плода, которая увеличивает частоту оперативного родоразрешения, приводит к послеродовым кровотечениям и родовому травматизму матери и плода [1, 2].

***Цель***

Выявить прогностические критерии развития макросомии у женщин с ГСД.

***Материал и методы исследования***

Проведен ретроспективный анализ 63 историй родов на базе УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2» за 2017–2018 гг. Основную группу составили 30 женщины с установленным диагнозом ГСД и их новорожденные. В группу сравнения вошли 33 здоровых женщин и их дети. В группах изучали средний уровень глюкозы венозной крови натощак, колебания глюкозы в течение суток, а также массу тела детей, рожденных женщинами двух групп.

Количественные признаки, не соответствующие нормальному распределению, описывали с помощью медианы и интерквартильного размаха — Me (25; 75). Для сравнения двух независимых групп использовали критерий Манна — Уитни с поправкой Йетса (Z). Для описания количественных признаков, имеющих нормальное распределение, использовали среднее арифметическое и стандартное отклонение ( $M \pm SD$ ), для их сравнения использовали критерий Стьюдента (T). Качественные признаки описывали с помощью доли и ошибки доли ( $p \pm s_p\%$ ). Частоту встречаемости качественных признаков оценивали с помощью точного критерия Фишера.

Клиническую значимость показателей оценивали с помощью ROC-анализа, данные представлены в виде AUC (площадь под кривой) и ее 95 % доверительного интервала (95 % CI), p-уровня статистической значимости, чувствительности (Se %) и специфичности (Sp %) теста. Результаты считали значимыми при  $p < 0,05$ . Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета статистических программ «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium).

***Результаты исследования и их обсуждение***

Максимальная суточная гликемия у женщин основной группы составила 5,4 (5,0; 5,9) ммоль/л против 4,4 (4,2; 4,5) ммоль/л у здоровых женщин ( $Z = 4,8$ ,  $p < 0,0001$ ). Колебания глюкозы в течение суток у беременных основной группы 1,9 (1,6; 2,0) ммоль/л против 0,3 (0,2; 0,4) ммоль/л в группе сравнения ( $Z = 5,3$ ,  $p < 0,0001$ ).

Средняя масса тела новорожденных у женщин с ГСД составила  $3690 \pm 687,7$  г., в группе сравнения —  $3416 \pm 358,3$  г ( $T = 1,9$ ;  $p = 0,04$ ). Макросомия диагностирована в группе женщин с ГСД в 9 ( $30 \pm 8,4\%$ ) случаях, в группе сравнения все дети имели массу тела менее 4000 г (ТКФ;  $p = 0,001$ ). Оценка новорожденных по шкале Апгар в основной группе составила  $7,97 \pm 0,2$  балл, в контрольной группе  $8,06 \pm 0,2$  баллов ( $p = 0,3$ ).

Значимыми критериям прогноза рождения крупного плода являются максимальный суточный уровень глюкозы в крови матери более 4,7 ммоль/л (Se 100 %, Sp 82,9 %;

AUC = 0,92, 95 % CI 0,79–0,98, p = 0,0001), а также разница между максимальным и минимальным уровнями гликемии в течение суток более 0,5 ммоль/л (Se 100 %, Sp 82,9 %; AUC = 0,89, 95 % CI 0,76–0,96, p = 0,0001).

#### **Выводы**

В ходе исследования установлены следующие критерии прогноза рождения крупного плода: максимальный суточный уровень глюкозы в крови матери более 4,7 ммоль/л (Se 100 %, Sp 82,9 %; p < 0,0001) и суточные колебания гликемии более 0,5 ммоль/л (Se 100 %, Sp 82,9 %; p < 0,0001).

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Акушерство / Г. М. Савельева [и др.]. — 4-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 816 с.
2. Прибавка массы тела при беременности и гестационный сахарный диабет / О. Р. Григорян [и др.] // Медицинская газета. — 2008. — № 40. — С. 10.

**УДК 616.8 - 009.24 - 02:618.3**

### **ОЦЕНКА КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ**

*Алексеева В. В., Соколов А. Н., Поварова Д. В.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. Н. Захаренкова**

**Учреждение образования**

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

#### **Введение**

Согласно современным представлениям, наиболее распространенными факторами риска развития преэклампсии (ПЭ) являются: ПЭ в анамнезе, раннее начало ПЭ и преждевременные роды в сроке менее 34 недель в анамнезе, хронические заболевания почек, системная красная волчанка, антифосфолипидный синдром, наследственная тромбофилия, сахарный диабет 1 или 2 типа, хроническая артериальная гипертензия, сердечно-сосудистые заболевания в семейном анамнезе, семейная история ПЭ (мать или сестра), возраст 40 лет или более, индекс массы тела 35 кг/м<sup>2</sup> или более при первом посещении, чрезмерная прибавка веса во время беременности и другие [1]. В последние годы появились исследования, свидетельствующие о триггерной роли инфекционных агентов в генезе ПЭ [2]. Медико-социальная значимость проблемы заключается в том, что ПЭ является причиной тяжелой заболеваемости, инвалидизации матерей и их младенцев, снижают качество последующей жизни женщины, увеличивают частоту нарушений физического, психосоматического развития и риск последующих соматических заболеваний у детей [3].

#### **Цель**

Изучить структуру сопутствующей патологии у женщин с ПЭ и произвести ее оценку.

#### **Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ историй родов 65 пациенток в возрасте от 18 до 40 лет, родоразрешенных на базе УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2» в 2017–2018 гг. В процессе проведения работы, беременные были разделены на группы. Основную группу (n = 35) составили женщины с диагнозом ПЭ, в нее входили беременные с умеренной (n = 20) и тяжелой (n = 15) степенями, группу сравнения (n = 30) составили пациентки без гипертензивных расстройств во время беременности.