

УДК 618.3:616.379–008.64 «2017/2021»

**АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЕСТАЦИОННЫМ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ,
ВЫЗВАННЫХ ДАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЗА ПЕРИОД 2017–2021 ГГ.**

Сафонов Д. А.

Научный руководитель: ассистент А. Н. Приходько

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

Введение

Ежегодное увеличение числа больных сахарным диабетом (СД) в мире, в том числе и женщин репродуктивного возраста, повышает актуальность проблемы, связанной с ведением беременности на фоне СД. Прогностические данные свидетельствуют о том, что к 2035 г. более чем 590 млн людей в мире будут страдать данным заболеванием. Согласно данным Международной федерации диабета (International Diabetes Federation, IDF), 21,3 млн (16,2 %) детей, рожденных в 2017 г., во внутриутробном периоде развития подверглись воздействию различных форм гипергликемии. По имеющимся оценкам, 86,4 % этих случаев были вызваны гестационным сахарным диабетом (ГСД) [1].

ГСД на современном этапе определяют как заболевание, характеризующееся гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствующей критериям манифестного СД [2]. Гипергликемия является одним из наиболее частых состояний, с которым сталкиваются женщины во время беременности. Известно, что распространенность ГСД возрастает по всему миру, а каждый 6-й ребенок рождается от женщины, страдающей какой-либо формой гипергликемии, 84 % из них приходится на ГСД [3]. Это заболевание выявляется у все более молодых женщин, при этом возраст деторождения имеет тенденцию к повышению, несмотря на то, что с возрастом женщина больше подвержена риску развития метаболических нарушений, в том числе ГСД. Вместе с тем возрастает количество женщин репродуктивного возраста, страдающих избыточной массой тела и ожирением. По данным некоторых исследователей, женщины, имевшие недостаточную или избыточную массу тела при рождении, находятся в группе высокого риска по развитию ГСД. Гипергликемия во время беременности влияет на повышение риска материнской и младенческой смертности вследствие нарушений родовой деятельности, преэклампсии, послеродовых кровотечений, преждевременных родов, асфиксии новорожденных, родовых травм, развития СД и сердечно-сосудистых заболеваний, как у матери, так и у ребенка [4].

Цель

Анализ заболеваемости гестационным сахарным диабетом, ежегодного прироста случаев ГСД за период 2017–2021 гг. Оценить осложнения беременности, вызванные ГСД и факторы, способствующие возникновению ГСД в исследуемых группах.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 821 индивидуальных карт беременных и выписных эпикризов родильниц за период 2017–2021 гг.

Из проанализированных карт были выявлены все беременные с ГСД — 53 беременные, которые составили основную группу и 50 беременных без ГСД, которые сформировали группу сравнения.

Производилась оценка влияния избыточной массы тела и ожирения на частоту возникновения ГСД. Анализ количества крупных плодов в группе бере-

менных с ГСД и группе сравнения. Выявлено количество пациенток в основной группе и группе сравнения, у которых беременная столкнулась с такими осложнениями, как многоводие, хроническая фетоплацентарная недостаточность, преждевременное излитие околоплодных вод.

Так же проанализировано количество других эндокринных заболеваний в основной группе и группе сравнения.

Результаты исследования и их обсуждение

Для анализа ежегодного прироста заболеваемости ГСД было подсчитано количество беременных с ГСД по годам: за 2017 г. количество беременных с ГСД 2 (1,1 %); за 2018 г. количество беременных с ГСД 5 (2,6 %); за 2019 г. количество беременных с ГСД 6 (3 %); за 2020 г. количество беременных с ГСД 18 (11,6 %); за 2021 г. количество беременных с ГСД 22 (22 %).

Оценка влияния избыточной массы тела и ожирения на возникновение ГСД имела следующий результат. В основной группе беременных с избыточной массой тела и ожирением было — 40 (75,4 %); в группе сравнения пациенток с избыточной массой тела и ожирением — 15 (30 %). При сравнении получили результат ($\chi^2 = 29,512$, $p < 0,0001$). Исходя из вышеуказанных результатов, избыточная масса тела и ожирение значительно влияют на возникновение ГСД.

При анализе влияния ГСД на рождение плодов весом 4000 г и более, были полученные следующие данные. В основной группе количество новорожденных с массой 4000 г и более — 6 (11,3 %), в группе сравнения количество новорожденных с массой 4000 г и более — 0 (0 %) ($\chi^2 = 1,124$, $p = 0,042$).

В основной группе было выявлено 3 наиболее часто встречающихся осложнения беременности: хроническая фетоплацентарная недостаточность, многоводие, преждевременное излитие околоплодных. Частота встречаемости многоводия в основной группе — 11 (20,7 %), в группе сравнения — 1 (3,3 %) ($\chi^2 = 7,064$; $p = 0,008$). Частота встречаемости преждевременного излития околоплодных вод в группе беременных с ГСД — 9 (16,9 %), в группе сравнения 2 (6,6 %) ($\chi^2 = 23,3$, $p = 0,07$). Частота встречаемости хронической плацентарной недостаточности в основной группе 17 (32 %), в группе сравнения 5 (16,6 %) ($\chi^2 = 6,208$, $p = 0,012$).

Учитывая проживание пациенток на загрязненной радиоактивными веществами территории, так же было уделено внимание наличию другой эндокринной патологии. Частота встречаемости диффузного токсического зоба в основной группе у 8 (15 %) беременных, в группе сравнения — 0 ($\chi^2 = 6,211$, $p = 0,013$).

Выводы

1. Таким образом, при проведении ретроспективного анализа индивидуальных карт беременных и эпикризов родильниц наблюдается отсутствие роста заболеваемости ГСД с 2017 по 2019 гг., начиная с 2020 г., отмечается значительный рост заболеваемости ГСД. Данное явление может быть обусловлено увеличением предрасполагающих факторов формирования ГСД — ожирение и избыточной массы тела у женщин до беременности, ненормированные, патологические прибавки веса во время беременности, отсутствие должного количества двигательной активности до беременности и во время беременности.

2. В основной группе статистически более значимое количество рождено крупных плодов 6 (11,3 %) в основной группе и 0 (0 %) в группе сравнения ($\chi^2 = 1,124$, $p = 0,042$). Новорожденные родильниц основной группы имеют высокие риски диабетической фетопатии, что может послужить причинами родового травматизма матери и плода.

3. Исследуемые с избыточной массой тела и ожирением чаще страдают ГСД, т. к. при анализе основной группы и группы сравнения, статистически значимое количество беременных в основной группе имело ожирение и избыточный вес. ($\chi^2 = 29,512$, $p < 0,0001$).

4. Беременные основной группы имели большее количество осложнений беременности по сравнению с группой сравнения. Среди этих осложнений: многоводие — в основной группе в 20,7 % процентах случаев, в группе сравнения 2 % ($\chi^2 = 7,06$, $p = 0,008$); хроническая фетоплацентарная недостаточность 32 % в основной группе, в группе сравнения — 11,1 % ($\chi^2 = 6,208$; $p = 0,013$); преждевременное излитие околоплодных вод — встречалось у исследуемых основной группы в 16,9 % случаев, в группе сравнения — 4,2 % ($\chi^2 = 3,3$; $p = 0,07$).

5. Диффузный нетоксический зоб встречался в статистически значимом большем количестве у беременных основной группы — 15 %, в группе сравнения — 0 % беременных ($\chi^2 = 6,211$; $p = 0,013$)

ЛИТЕРАТУРА

1. Додхоева, М. Ф. Гестационный сахарный диабет: современные взгляды на актуальную проблему / М. Ф. Додхоева, Д. А. Пирматова; Кафедра акушерства и гинекологии № 1, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан, 2018.
2. Гестационный сахарный диабет: современное состояние проблемы / А. А. Епишкина-Минина [и др.] // ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов». М., 2018.
3. Материалы всемирного конгресса FIGO по акушерству и гинекологии 14–19 окт. 2018. / Рио-де-Жанейро, Бразилия.
4. Акушерские и перинатальные осложнения при гестационном сахарном диабете / Р. С. Тишенина [и др.] // Журн. акуш. и жен. бол. 2015. № 3. С. 69–73.

УДК 618.14-002:618.177

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ ПРИ БЕСПЛОДИИ

Смирнова Д. В.

**Научные руководители: д.м.н., доцент А. М. Герасимов;
д.м.н. А. В. Кулида**

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Ивановский Научно-исследовательский институт
материнства и детства имени В. Н. Городкова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Иваново, Российская Федерация**

Введение

Одной из актуальных проблем современной гинекологии продолжает оставаться хронический эндометрит (ХЭ), являющийся одной из основных причин бесплодия, невынашивания беременности, неудач в реализации вспомогательных репродуктивных технологий [1].

ХЭ часто протекает бессимптомно или проявляется неспецифическими клиническими симптомами, такими как тазовая боль, аномальные маточные кровотечения, диспареуния, лейкорея, вагинит, рецидивирующий цистит и умеренный желудочно-кишечный дискомфорт. Неспецифическая клиника и необходимость выполнения биопсии эндометрия для подтверждения диагноза затрудняет оценку распространенности этого состояния [2]. По данным разных авторов, частота встречаемости ХЭ колеблется от 2,6 до 71 %. При этом данная патология занимает первое место среди внутриматочной патологии у пациенток с бесплодием [3].

Несмотря на наличие многих теорий развития ХЭ, данные литературы, касающиеся значения роли инфекционных агентов в развитии заболевания, про-