

лишнее количество фибриноида обнаружилось в последах у 12 (14%) женщин основной группы и у 4 (5%) женщин группы контроля ($\chi^2=3,337$; $p=0,067$).

Наличие переваскулярных кровоизлияний и псевдоузлов в пуповине было выявлено у 17 (24%) женщин основной группы и у 4 (5%) женщин группы контроля ($\chi^2=7,811$; $p=0,006$).

Выводы

Роды у женщин с ПОНРП, в отличие от женщин без ПОНРП, наблюдались в более раннем сроке ($p<0,001$), в результате чего, у них значительно чаще выявлялась незрелость плаценты ($p<0,001$), а также меньший вес последа ($p<0,001$) и меньшая площадь плаценты ($p<0,001$).

У пациенток с ПОНРП, по сравнению с пациентками из группы контроля, более часто встречались нарушения кровообращения: кровоизлияния в межворсинчатое пространство ($p<0,001$), тромбоз сосудов плаценты ($p<0,001$), инфаркт ворсин плаценты ($p<0,001$), ангиопатия сосудов плаценты ($p<0,001$), а также воспалительные изменения последа ($p=0,007$) в виде хориодецидуита ($p=0,023$) и базальный децидуита и омфаловаскулита ($p=0,038$), и инволюционные дистрофические изменения плаценты, такие как петрификаты ($p<0,001$).

Значительно чаще наблюдалось наличие переваскулярных кровоизлияний и псевдоузлов в пуповине у женщин с ПОНРП, чем у женщин без данного диагноза ($p=0,006$).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Особенности морфологии плаценты при преждевременной ее отслойке / В. А. Багиянц [и др.] // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: Материалы VI Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, посвященной году науки и технологий, (Екатеринбург, 8–9 апреля 2021): в 3-х т. – Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2021.

2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП): зависимость объема кровопотери от сопутствующих осложнений / В. А. Багиянц [и др.] // Тезисы XV Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контрверсии» и VIII Общероссийской конференции «Контрверсии неонатальной медицины и педиатрии», 2021. – С. 4–4.

3. Нечаева. Ю. С. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. анализ клинических случаев / Ю. С. Нечаева, И. А. Курако, А. Г. Фирсова // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. – 2019. – № 3. – С. 176–179.

УДК 618.3/.4:616.379–008.64]–053.31

А. К. Ершевич

Научные руководители: к.м.н., доцент О. А. Будюхина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

БЕРЕМЕННОСТЬ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ

Введение

Гестационный сахарный диабет (ГСД) – это заболевание, характеризующееся гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствующей критериям «манифестного» СД. Снижение чувствительности тканей к инсулину, отмечаемое со II триместра беременности, является одним из главных физиологических изменений в гомеостазе глюкозы, однако именно повышенная инсулинорезистентность отличает беременность при гестационном сахарном диабете (ГСД) от нормальной (физиологической) беременности [1].

Цель

Изучить особенности течения беременности у женщин с СД, выявить возможные осложнения беременности, родов и периода новорожденности.

Материал и методы исследования

Выполнен анализ 35 стационарных медицинских карт беременных, находившихся в эндокринологическом отделении ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» в 2022–2023 году, а также 24 историй родов при родоразрешении данных пациенток в родильном отделении У «ГОКБ». Оценка полученных данных проводилась методом статистического анализа в стандартных приложениях Microsoft Excel, Statistica 10,0.

Результаты исследования и их обсуждение

В структуре сахарного диабета у беременных исследуемой группы преобладал гестационный сахарный диабет, выявленный во время беременности у 31 (88,6±5,4%) женщины ($\chi^2=38,6$ $p<0,001$). До беременности СД I типа был установлен у 2 (5,7±3,9%) женщин, СД II типа также у 2 (5,7±3,9%) женщин. Диагноз ГСД установлен на следующих сроках беременности: в первом триместре беременности – у 2 (6,5±4,4%) женщин, во втором триместре беременности – у 13 женщин (41,9±8,9%), в третьем триместре беременности соответственно у 16 (51,6±9,0%) женщин.

В настоящее время существуют предгестационные и гестационные факторы риска ГСД: избыточная масса тела или ожирение, значительная прибавка веса после 18 лет, возраст женщины на момент беременности, крупные размеры плода (4000 г и более), многоводие, мертворождение, этническая принадлежность, семейный анамнез в отношении СД, курение [1].

Медиана возраста исследуемой группы беременных женщин с СД составила 35 (29; 36) лет, минимальный возраст 21 год, максимальный – 41 год.

Отягощенный наследственный анамнез, а именно СД II типа у близких родственников, был у 14 (40±8,3%) пациенток.

Нормальная масса тела была только у 7 (20±6,8%) беременных исследуемой группы. Большинство беременных с сахарным диабетом имели избыточную массу тела или ожирение – 28 (80±6,8%) женщин ($\chi^2=22,9$ $p<0,001$), что подтверждает данные об увеличенном индексе массы тела (далее ИМТ), как предрасполагающем факторе в развитии ГСД (таблица 1).

Таблица 1 – Индекс массы тела беременных с сахарным диабетом

ИМТ	Показатель	Доля женщин
Норма	18,5–24,9	7 (20±6,8%) * $p<0,001$
Избыточная масса тела	25–29,9	6 (17,1±6,4%)
Ожирение 1 ст.	30–34,9	12 (34,3±8,0%)
Ожирение 2 ст.	35–39,9	5 (14,3±5,4%)
Ожирение 3 ст.	40 и более	5 (14,3±5,4%)

Примечание: * – статистически значимые данные.

Среди женщин исследуемой группы 13 (37,1±8,2%) женщин забеременели и родили впервые. Для повторнородящих женщин: 7 (20±6,7%) имели вторые роды, 9 (25,7±7,4%) женщин – третьи, 3 (8,6±4,7%) женщины – четвертые, 2 (5,7±3,9%) женщины – пятые и 1 (2,9±2,8%) женщина – седьмые роды.

Во время беременности любые пероральные сахароснижающие лекарственные средства запрещены, поэтому всем беременным с ГСД и СД II типа изначально подбирается

диетотерапия [2]. Если диеты недостаточно, в этом случае индивидуально подбирается необходимое количество инсулина. В нашем исследовании, среди госпитализированных в эндокринологическое отделение, гипергликемия реже корректировалась диетой – у 11 (31,4±7,8%) женщин, чем была подобрана инсулинотерапия – у 24 (68,6±7,8%) женщин ($\chi^2=8,23$ $p=0,004$).

При ведении таких пациенток в стационаре проводили следующие лабораторные исследования:

1. Ежедневный контроль гликемии: не менее 7 раз в сутки (до и через 1 час после приемов пищи) (рисунок 1).

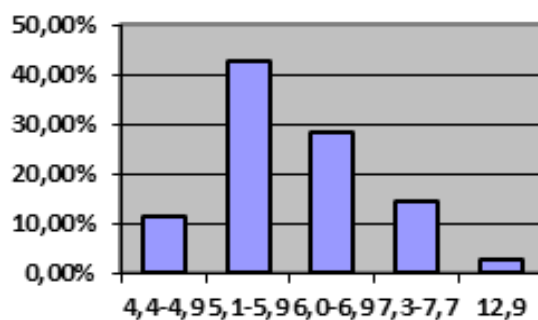


Рисунок 1 – МАХ уровень глюкозы натощак

2. Контроль кетонурии, особенно при раннем токсикозе и после 28–30 недель беременности (повышение потребности в инсулине и риск диабетического кетоацидоза). Среди исследуемой группы женщин у 25 (71,4±7,6%) женщин наблюдалась кетонурия за время нахождения в стационаре.

3. Контроль гликированного гемоглобина (далее – HbA1c) не реже 1 раза в триместр. Данные отражены на рисунке 2.

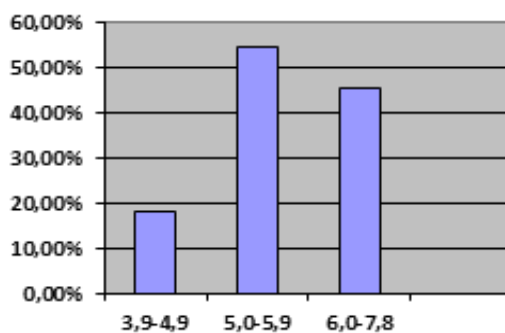


Рисунок 2 – HbA1c

Среди заболеваний, возникших и осложнивших течение беременности, наиболее частыми были хроническая плацентарная недостаточность – 11 (45,8±10,2%) женщин, гипертензивные нарушения – 9 (37,5±9,9%) женщин, гестационный пиелонефрит – 3 (12,5±6,8%) женщины. Гипертензивные нарушения беременности распределились следующим образом: хроническая артериальная гипертензия – у 4 (16,7±7,6%) женщин, гестационная артериальная гипертензия – у 3 (12,5±6,8%) женщин, тяжелая преэклампсия – у 2 (8,3±5,6%) женщин. Единичными случаями стали внутриспеченочный холестааз, анти-

фосфолипидный синдром. Одна беременность многоплодная (дихориальная диамниотическая двойня).

Высока доля у беременных с сахарным диабетом сопутствующих заболеваний щитовидной железы, которые были выявлены у 12 ($50 \pm 10,2\%$) женщин. Из них: субклинический гипотиреоз на фоне АИТ – 5 ($20,8 \pm 8,3\%$) женщин; диффузный нетоксический зоб, изолированная гестационная гипотироксинемия и узловой зоб – по 2 ($8,3 \pm 5,6\%$) женщины; коллоидный зоб – 1 ($4,2 \pm 4,1\%$) женщина.

В родильном отделении У «ГОКБ» родоразрешились 23 пациентки, 1 женщина была переведена для родоразрешения в ГУ РНПЦ «Мать и дитя».

Роды через естественные родовые пути произошли у 14 ($60,9 \pm 10,2\%$) женщин, при помощи операции кесарево сечения – у 9 ($39,1 \pm 10,2\%$) женщин. В одном случае ($4,3 \pm 4,2\%$) было досрочное родоразрешение по причине тяжелой преэклампсии, выполнено кесарево сечение на 35 неделе беременности. Один случай острого дистресса плода в родах по причине дистоции плечиков. В состоянии умеренной асфиксии родилось 3 ($12,5 \pm 6,8\%$) новорожденных. Медиана веса новорожденных (без учета одних преждевременных родов и многоплодной беременности) составила 3550 грамм (3300; 3890); минимальный вес 2400 грамм (маловесный к сроку гестации), максимальный вес 5110 грамм (гигантский плод).

Осложненное течение неонатального периода было у 12 ($50,0 \pm 10,2\%$) новорожденных от матерей с сахарным диабетом. Из них: функционирующие фетальные коммуниканты, врожденные пороки сердца, нарушение сердечного ритма (открытое овальное окно, ДМЖП, экстрасистолия) – у 5 ($20,8 \pm 8,3$) новорожденных, внутриутробная инфекция, синдром дыхательных расстройств, синдром новорожденного от матери с СД – по 3 ($12,5 \pm 6,8\%$) новорожденных. Переведены из роддома в другие отделения 8 ($33,3 \pm 9,6\%$) новорожденных; 16 ($66,6 \pm 9,6\%$) новорожденных были выписаны домой.

Выводы

В структуре сахарного диабета у беременных более 85% составляет гестационный сахарный диабет ($p < 0,001$).

80% беременных с сахарным диабетом имеют избыточную массу тела или ожирение ($p < 0,001$), 40% – отягощенный по сахарному диабету наследственный анамнез, 50% – сопутствующие заболевания щитовидной железы.

Среди беременных с сахарным диабетом, госпитализированных в эндокринологическое отделение, 68% получают инсулинотерапию ($p = 0,004$).

Беременность у женщин сахарным диабетом осложняется хронической фетоплацентарной недостаточностью (45,8%), гипертензивными осложнениями (37,5%); в 50% наблюдается осложненное течение неонатального периода.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Навменова, Я. Л.* Сахарный диабет и беременность. Гестационный сахарный диабет / Я. Л. Навменова. – Гомель: ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ», 2016. – 28 с.
2. *Можейко, Л. Ф.* Беременность и сахарный диабет: учебно-методическое пособие / Л. Ф. Можейко, С. В. Жуковская. – Минск: БГМУ, 2022. – 28 с.
3. *Волкова, Н. И.* Гестационный сахарный диабет: проблемы современного скрининга / Н. И. Волкова, С. О. Паненко // Сахарный диабет. – 2022. – № 25. – С. 72–80.