

Экономическая выгода. Продление антибактериальной терапии при отсутствии показаний приводит к увеличению экономических затрат на лечение пациентов и формированию антибиотикорезистентности.

Литература

1. Клинический протокол «Антибиотикопрофилактика при проведении абдоминального родоразрешения (кесарево сечение)» / О.Р. Баев [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 4. – С. 15-16.

2. Antimicrobial prophylaxis for caesarean delivery: before or after cord clamping? A meta-analysis. Ann. Fr. Anesth., Committee opinion no. 465: antimicrobial prophylaxis for cesarean delivery: timing of administration /E. Boselli [et al.] // Obstet. Gynecol. – 2010. – Vol. 116 (3). – P. 791-792.

3. Perioperative antibiotic prophylaxis for nonlaboring cesarean delivery / M.J. Dinsmoor [et al.] // Obstet. Gynecol. – 2009. – Vol.114 (4). – P. 752-756.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

**Заборовский Г. И.¹, Пилипенко Е. О.¹, Бондаренко О. Н.²,
Стадник Т. В.¹**

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь¹
Женская консультация № 5 Гродно, Беларусь²

Резюме: проведен анализ течения беременности и родов у 80 женщин с сахарным диабетом (СД). Среди исследуемых преобладали повторнородящие (70%) женщины. Беременность, осложненная сахарным диабетом, сопровождается более высоким риском серьезных акушерских и перинатальных осложнений.

Ключевые слова: сахарный диабет, беременность, осложнения.

FEATURES OF PREGNANCY AND DELIVERY IN WOMEN WITH DIABETES MELLITUS

Zaborovskij G.I.¹, Pilipenko E.O.¹, Bondarenko O.N.², Stadnik T.V.¹

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus¹
Women's consultation № 5, Grodno, Belarus²

Objective: analysis of pregnancy and childbirth have 80 women with diabetes mellitus. Among the studied dominated multiparous women. Pregnancy aggravated by diabetes mellitus is associated with a higher risk of serious obstetrical and perinatal events.

Key words: diabetes mellitus pregnancy, complications.

Актуальность. Беременность в сочетании с СД является одной из серьезнейших медико-социальных и экономических проблем современного здравоохранения, требующая внимания как эндокринологов, так и акушеров-гинекологов [1]. В среднем в 1% случаев СД существовал ранее, а у 4,5% пациенток возникает во время беременности. Еще примерно у 5% женщин под видом гестационного СД происходит манифестация истинного СД [2]. Уровень показателя в динамике не снижается, что обусловлено истинным ростом заболеваемости СД среди населения и улучшением качества диагностики [3]. Согласно литературным данным у 20-50% женщин, перенесших гестационный СД, последний диагностируется при последующих беременностях [4], а у 25-50% женщин через 16-20 лет после родов развивается манифестный СД [5].

Учитывая значимость проблемы и наличие единичных сведений в республике о влиянии СД на течение беременности, перинатальные исходы данной патологии явились предметом настоящего исследования.

Цель исследования. Изучить основные осложнения беременности и родоразрешения у женщин с сахарным диабетом.

Материалы и методы. Обследованы 80 беременных, проживающих на территории Гродненской области. Ретроспективно изучено течение беременности у женщин с сахарным диабетом, находившихся под наблюдением в перинатальном центре и родоразрешившихся в 2017-2018 г.г. Оценивались индекс массы тела (ИМТ) к началу настоящей беременности, ее исходы, прибавка в весе за период гестации, частота и сроки выявления сахарного диабета, а

также состояние новорожденных на момент рождения и в течение раннего неонатального периода.

Обработка материала осуществлялась с использованием методов параметрической статистики.

Результаты. Что собой представляет контингент женщин, у которых беременность сочетается с сахарным диабетом? Большинство пациенток (55,0%) пребывает в возрасте 30 лет и старше ($p < 0,05$) и заняты преимущественно умственным трудом (31,6%, $p < 0,05$). На каждую женщину приходится 2,43 беременности и 1,95 родов, что выше относительно общей популяции. По количеству гестаций женщины распределились следующим образом: первобеременные – 30,0%, повторобеременные – 70,0% от всех случаев. Более $\frac{3}{4}$ рождений (77,2%) связаны с первыми и вторыми родами ($p < 0,01$).

Исследуемая группа характеризуется высоким уровнем заболеваемости. В среднем на каждую женщину репродуктивного возраста приходится 3,2 заболевания. Одно заболевание зарегистрировано лишь у 1,9% пациенток, два – у 13,5%, три – у 38,1%, четыре и более нозологических форм – у 46,5% женщин.

Фактически распространенность общей заболеваемости беременных с СД превышает аналогичный показатель в популяции почти в два раза. Причем, доля соматической патологии составляет 82,5%, а гинекологические заболевания – 17,5%. Среди сопутствующей патологии две трети составляют болезни глаза и его придаточного аппарата (25,3%), болезни системы кровообращения (22,9%) и болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (20,5%), что характерно для осложнений сахарного диабета.

Группа гинекологических заболеваний сформирована в основном за счет невоспалительных болезней женских половых органов – 75,0% (эрозия шейки матки, миома, полипы), дисфункции яичников (7,8%) и синдрома поликистозных яичников (5,9%).

Средний вес женщин при постановке на учет по беременности составил $77,6 \pm 1,6$ кг, что на 10,3 кг выше показателя при нормальном течении беременности ($p < 0,05$). Избыточный вес тела и ожирение зафиксированы у 37,7% пациенток, а прибавка веса в течение беременности более 10 кг наблюдалась у 61,3% женщин.

В исследуемой группе 17,5% беременных имели в анамнезе СД 1 типа, 3,8% – СД 2 типа, а в большинстве случаев (78,7%) СД возник

во время беременности (гестационный). Сравнительный анализ групповой принадлежности крови матери показал, что у беременных с наличием СД в два раза реже встречается четвертая группа, в 1,3 раза чаще первая группа, а также в 1,7 раза чаще резус-положительная кровь ($p < 0,05$).

Гинекологический анамнез пациенток характеризуется нарушением менструального цикла (7,5%), отягощен бесплодием (11,3%), преимущественно первичным (66,7%). Акушерский анамнез осложнен в 13,8% случаев неразвившейся беременностью, 18,8% – регуляцией менструального цикла, по 7,5% – абортom по медицинским показаниям, самопроизвольным выкидышем.

Особенностью медико-социального портрета беременных женщин, страдающих СД, является наличие большого количества факторов риска, отрицательно влияющих на течение беременности, родов и состояние новорожденного. К их числу относится более старший возраст рожениц ($30,5 \pm 0,5$ лет) по сравнению с нормальными родами ($28,9 \pm 0,5$ лет), $p < 0,05$. К важным факторам риска развития СД следует отнести избыточный вес (ИМТ 25,0–29,9 кг/м²) и ожирение разной степени (ИМТ $> 30,0$ кг/м²) к началу беременности (33,9%). Весьма ощутима и прибавка веса более 10 кг за период гестации (61,3%).

Одним из прогностических факторов риска СД служит повышенный уровень глюкозы крови натощак, который выявлен в 47,5% наблюдений, значительная часть которых приходится на III триместр беременности. Для текущей беременности характерны роды крупным (более 4000 г) плодом ($p < 0,05$), регистрируемые в 32,5% случаев от всех наблюдений, нередко являясь причиной травматических повреждений в родах.

Родоразрешение почти у каждой двух пациенток из трех (63,7%) осуществляется посредством кесарева сечения и лишь в 36,3% случаев через естественные родовые пути. Причем у каждой шестой беременной требуется проведение кесарева сечения в срочном порядке.

Обращает на себя внимание высокий показатель (30,0%) патологии пуповины (обвитие вокруг шеи, туловища, ножки и др.), чему в значительной степени способствует распространенность многоводия (11,3%).

Акушерские осложнения проявлялись в виде гестоза (16,3%) различной степени тяжести, угрозой и преждевременными родами (20,1%).

Беременность и роды на фоне СД протекали с осложнениями для новорожденных в виде диабетической фетопатии (13,8%), морфофункциональной незрелости (11,3%), геморрагических проявлений (16,3%), внутриутробной инфекции (15,0%), синдрома дыхательных расстройств (37,5%) и другие.

Выводы. Таким образом, женщины,отягощенные СД, являются группой высокого риска возникновения и развития акушерских и перинатальных осложнений в виде гипергликемии, ожирения, макросомии, патологии пуповины, многоводия, угрозой преждевременных родов, диабетической фетопатии, морфофункциональной незрелости, синдрома дыхательных расстройств плода, внутриутробной инфекции и других, что вызывает необходимость тщательного наблюдения за данным контингентом акушеров-гинекологов и эндокринологов

Литература

1. Краснопольский, В. И. Гестационный диабет: новый взгляд на старую проблему / В. И. Краснопольский, В. А. Петрушкин, Ф. Ф. Бурумкулова // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 2. – С. 3-7.
2. Акушерство: нац. руководство / Под редакцией Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. М.: ГОЭТАР Медиа, 2007. – 1200 с.
3. Landon, M. Obstetric management of pregnancies complicated by diabetes mellitus / M. Landon // Clin. Obstet. Gynecol. – 2000. – Vol. 43. – № 1. – P. 65-74.
4. Adverse pregnancy outcomes in gestational diabetes mellitus / D. Boriboonhirunsarn [et. al.] // J. Med. Assoc Thal. – 2006. – Vol. 89. – № 4. – P. 23-28.
5. Дедов, И. И. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / И. И. Дедов, М. В. Шестакова // Методические рекомендации МЗ РФ ФГУ ЭНЦ. М.: 2009. – 104 с.