



**РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ, ЭТИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗРЫВОВ МЯГКИХ
ТКАНЕЙ ПРИ ВЛАГАЛИЩНЫХ РОДАХ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ И
ГЕСТАЦИОННЫМ ДИАБЕТОМ**

¹Зуфарова Ш.А., ²Камалов Т.Т., ¹Холматова Ш.Ш.

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт,
²Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
эндокринологии имени Ё.Х. Туракулова

✓ *Резюме*

Анализируя научную литературу, можно заключить, что на современном этапе научно-практический интерес к данной проблематике вызван наличием противоречивых данных о патогенетическом механизме возникновения и эффективности лечения разрывов мягких тканей при влагалищных родах у женщин с сахарным и гестационным диабетом, а также необходимостью улучшения качества жизни женщин после родового акта.

Ключевые слова: сахарный диабет, гестационный диабет, беременность, разрыв мягких тканей при влагалищных родах

**PREVALENCE, ETIOLOGY, AND RISK FACTORS OF SOFT TISSUE RUPTURE DURING
VAGINAL BIRTH IN WOMEN WITH DIABETES AND GESTATIONAL MELLITUS**

¹Zufarova Sh.A., ²Kamalov T.T., ¹Kholmatova Sh.Sh.

¹Tashkent Pediatric Medical Institute,
²Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Endocrinology named after Y.Kh.
Turakulova

✓ *Resume*

Analyzing the scientific literature, we can conclude that at the present stage, scientific and practical interest in this issue is caused by the presence of conflicting data on the pathogenetic mechanism of occurrence and the effectiveness of the treatment of soft tissue ruptures during vaginal delivery in women with diabetes and gestational mellitus, as well as the need to improve the quality of life of women after childbirth.

Keywords: diabetes mellitus, gestational diabetes, pregnancy, soft tissue rupture during vaginal delivery.

**QANDLI DABET VA GESTATSION DIABETLI AYOLLARDA QIN ORQALI TUG‘ILISH
JARAYONIDA YUMSHAK TO‘QIMALARNING YIRILISH, ETIOLOGIYASI VA XAVF
OMILLARI**

¹Zufarova Sh.A., ²Kamalov T.T., ¹Xolmatova Sh.Sh.

¹Toshkent pediatriya tibbiyot instituti,
²Y.X. To'raqulov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan endokrinologiya ilmiy-amaliy tibbiyot
markazi

✓ *Rezyume*

Ilmiy adabiyotlarni tahlil qilib, shuni xulosa qilishimiz mumkinki, hozirgi bosqichda ushbu masalaga ilmiy va amaliy qiziqish ayollarda vaginal tug'ish paytida yumshoq to'qimalarning yorilishi paydo bo'lishining patogenetik mexanizmi va davolash samaradorligi to'g'risida qarama-qarshi ma'lumotlar mavjudligi bilan bog'liq. diabet va homiladorlik mellitus bilan, shuningdek, tug'ilgandan keyin ayollarning hayot sifatini yaxshilash zarurati.

Kalit so'zlar: qandli diabet, homiladorlik qandli diabet, homiladorlik, vaginal tug'ruq paytida yumshoq to'qimalarning yorilishi

Актуальность

Ежегодно в мире, по данным Всемирной организации здравоохранения, умирает более 350 тысяч женщин в следствие осложнений, возникших в период беременности и в послеродовом периоде. Показатель результата акта беременности для матери и ребенка определяется сроками, течением и осложнениями беременности [31, 32].

Статистика последних лет показывает резкое увеличение страдающих от сахарного диабета больных, так по показаниям Международной диабетической федерации к середине следующего десятилетия число больных СД будет составлять 592 млн человек [41, 42, 43].

Сахарный диабет (СД) патология эндокринной системы, при которой наблюдается гипергликемия на хроническом уровне, возникающая из-за нарушения выработки и пути воздействия инсулина. СД, возникающий в период беременности, определяется как гестационный сахарный диабет (ГСД) [7, 13, 46].

Существуют разнящиеся данные о этиологии ГСД, к примеру некоторые источники сообщают что, ГСД- транзиторное нарушение утилизации глюкозы, развивающееся во время беременности [1, 12, 39], а также согласно другому источнику, ранее не диагностированный и определённый в период беременности СД 1 или 2 типа может быть причиной ГСД.

От 2 до 5% беременных женщин имеют диагноз сахарный диабет и 87,5% из них страдают ГСД, СД 1 типа - 7,5%, СД 2 типа- 5%, но при этом современные данные указывают на увеличение больных СД 2 типа [28, 48].

Большое влияние оказывают множество факторов на развитие СД 2 типа, помимо генетического играют роль малоподвижность, чрезвычайно избыточное употребление углеводов, недосып, постоянный стресс и т. д. Также одним из факторов может быть принадлежность к определенному этносу, например, СД 2 типа встречается чаще у народов Африки, Южной Азии, Китая и Ближнего Востока [37, 38, 39, 47].

Кроме того, современные женщины выбирают рожать в более зрелом возрасте, следствием чего становится возрастание количества женщин с патологиями эндокринной системы, вероятность у беременной женщины 35+ возникновения ГСД выше в 8 раз, чем у женщины младше 25 лет [26, 29, 44, 49]. Поэтому необходимо учитывать, что при ГСД возможны риски и для матери, и для плода [3, 14, 17, 21, 22].

Осложнения со стороны женщины:

1) осложнения, возникающие в следствие СД - диабетические кетоацидоз, ретинопатия, нефропатия, гипогликемия;

2) осложнения после хирургического вмешательства – самопроизвольный аборт, преждевременные роды, гестационная артериальная гипертензия, многоводие, дистоция плечиков.

Влагалищные роды сопровождаются травмами тазового дна в 10 – 40% случаев. При этом у первородящих повреждения развиваются в 70% случаев, а при проведении акушерских родоразрешающих манипуляций вероятность травматизации возрастет до 90% [20].

Исследования по наиболее безопасному способу ведения родов не теряют своей актуальности по сей день, однако статистика по разрывам промежности остается неизменной и снижения показателей не наблюдается. III степень травм промежности встречается от 0,4-5% рожениц [32].

Разрывы и травматизация родовых путей не новое явление, которое регистрируется у большинства женщин. Многие специалисты обуславливают данную травматизацию рядом предрасполагающих причин: половым инфантилизмом, спецификой костного строения (узкий таз, малый угол наклона), возрастными особенностями старше 35 лет, первыми родами в 35 лет, при расстоянии между входом во влагалище и анусом примерно 7-8 см, физической неподготовленностью, развитыми мышцами таза (профессиональные спортсменки), перенесённые операции в области промежности, воспалительные процессы [45]

По мнению других авторов, травматизация родовых путей может развиваться из-за неправильного принятия родов, плотности костей, крупного плода, заднем виде затылочного предлежания, размеров таза, переносной беременности (> 42 недель), тенденции к перенашиванию (> 41 недели); воспалительного процесса во влагалище (например, кандидоз, «молочница») [40].

В следствие акушерских вмешательств развиваются наиболее обширные разрывы и травмы родовых путей (использование акушерских щипцов, вакуум-экстрактора). Благодаря проведенным исследованиям специалисты смогли определить факторы риска повреждений промежности у перво- и повторнородящих родильниц. К первым относятся: возраст женщины, размеры плода, использование для усиления родового процесса окситоцина, затяжной 2-ой период родов (меньше 30 минут и больше часа может увеличить вероятность возникновения разрывов) [8].

Доказано, контроль самой женщины потугами позволяет существенно снизить риски травматизации [10].

Одной из главных причин разрывов мягких тканей при повторных родах является уже перенесённые в прошлом травмы промежности с наличием рубца, в частности с применением акушерских щипцов. Вероятность повторного развития повреждений увеличивается в 2-3 раза [8].

Национальное руководство по акушерству приводит данные, об осложнениях инфекционного характера, которые возникают в 19,3% случаях, несмотря на продвижения в лечении повреждений промежности. Это приводит к нагноению, расхождению шовного материала, затягиванию вторичным натяжением. На сегодняшний день большинство авторов согласно, что возбудителями большинства послеродовых патологий являются неспорообразующие анаэробы, они вызывают кольпиты и вульвогониты, которые еще больше способствуют травматизации промежности, мягких тканей [35].

В лечении воспалительных процессов применяются лекарственные средства широкого спектра воздействия, так как микробная картина из области воспаления, иногда не характеризует основного возбудителя. Отдельного внимания заслуживают новые диагностические технологии (мазки на флору из влагалища) и терапия групп риска, которые позволяет уменьшить риски инфицирования [6, 24].

Специфичность строения родовых путей являются дополнительными факторами способствующими травматизации вульвы и стенок влагалища во время родов, кроме того, причиной могут быть акушерские операции, например, наложение акушерских щипцов и т.д. Еще одним значительным фактором является возраст, чем старше женщина, тем менее эластичны стенки влагалища, тем самым повреждения могут возникнуть из-за размеров плода [11].

Наиболее часто родовая травма наблюдается именно во втором периоде родов- нарушается целостность промежности, в 10-12% от общей популяции встречается данное нарушение, несмотря на соблюдение всех мер для защиты промежности [27].

Информация о частоте встречаемости многообразна, коэффициент варьируется от 3 до 60% всех родов, также стоит заметить, что первородящие сталкиваются с разрывами в 4 раза больше, чем повторнородящие [15]. Разрывы не значительной глубины с длиной 0,5-1,0 см проходят бессимптомно и без кровотечения.

Развитие патогенной микрофлоры в половых органах женщины определяют, как один из наиболее важных факторов при разрывах мягких тканей родового канала [18].

Примерно 20% родильниц встречаются с инфекционными осложнениями при травмах родовых путей, так у них может развиваться нагноение, расхождение швов, могут наблюдаться заживления вторичным натяжением [15, 16]. Несмотря на хорошо развитые методы лечения травм, даже небольшие разрывы промежности могут нести за собой значительные последствия в виде функциональной недостаточности мышц тазового дна, в следствие чего может нарушаться внутренняя целостность структур, опущения и выпадения тазовых органов, а в течение 2-3 лет после травмирования могут возникнуть лейкоплакия шейки матки, недержание мочи, снижение либидо, аноргазмия, диспареуния.

В группу риска СД относятся: - семейная предрасположенность; - крупный плод – 4 кг и более; - гигантский плод – 5 кг и более; - уродства плода; - многоводие; - глюкозурия; - перинатальная гибель плода; - поздний токсикоз. К клинической симптоматике относят сахарного диабета у беременных относят: - сухость во рту; - гнойничковые поражения кожи; - потемнение в глазах; - жажда; - полиурия; - полидипсия; - кожный зуд; - резкое похудение [30].

По сей день остаются неизвестными причины, патогенез и механизмы травматизации при рассечении промежности на функциональную составляющую тазового дна [25]. Осложнения, ухудшающие качество жизни, с которыми сталкиваются пациенты делают эту проблему достаточно острой. В работах Д.В. Вазенмиллера и Н.Т. Абатова (2015), приводится связь генитального пролапса с беременностью и родами, частота встречаемости которого в гинекологической патологии 29 - 38% и является темой для более глубокого изучения [9].

Мнения исследователей расходятся в вопросе главного фактора влияющего на развитие пролапса: одни считают разрыв промежности основной причиной, другие полагают причиной функциональной недостаточности органов тазового дна являются роды без рассечения промежности [9]. В работах некоторых экспертов можно отследить соотношение между функциональным несоответствием мышц тазового дна и эпизиотомией при родах.

По результатам исследований Зиганшина А.М. с соавторами (2012), имеется взаимосвязь при проведенной эпизиотомии в преждевременных родах, и силы сокращений мышцы и увеличением числа расстройств функции тазовых органов (по результатам компьютерного вагинотензометрического измерения силы сокращений запирающей мышцы нижней трети влагалища) [16].

Н. Аytan с соавторами (2013) была определена несущественная связь эпизиотомии и пролапса с помощью системы Pelvic organ prolaps-quality (POP-Q) [36].

Разрывы промежности могут брать начало с задней или боковых стенок влагалища, а также с задней спайки, переходящей на промежность и заднюю стенку влагалища. Существуют симптомы разрыва промежности, указывающие об опасности травмы, к ним относятся: взбухание промежности и цианоз, далее наблюдается отек и характерный блеск тканей, бледность, из-за нарушения артериального кровотока. Разрыву будут предшествовать трещины. В таких случаях показана перинеотомия – срединное рассечение, или же эпизиотомия – боковое рассечение, это будет служить предупреждением возможных осложнений, так как рваные раны затягиваются хуже резаных [5].

Началом патогенического звена в повреждениях промежности является нарушение венозного оттока, далее по причине сдавливания артерий будет отмечаться ишемия, в классификации которой подразделяют 3 степени разрывов мягких тканей промежности [20, 27, 34]:

I степень - наличие нарушения целостности задней спайки, травмирование задней стенки влагалища и кожи промежности, но при этом отсутствуют повреждения мышц и фасций тазового дна;

II степень - нарушается целостность кожных покровов, стенки влагалища и мышц тазового дна, но без повреждений остаются стенка прямой кишки и наружный сфинктер анального отверстия;

III степень - повреждается наружный сфинктер, возможна травматизация передней стенки прямой кишки (полный и неполный разрыв по Малиновскому).

Послеродовая качественная реабилитация женщин с разрывами промежности очень важна, так как травма будет способствовать развитию различных инфекций, которые могут приводить к тяжелым септическим осложнениям, может быть нарушена анатомическая целостность промежности и тазового дна из-за вторичного затягивания раны, а это в свою очередь может нести за собой атипичное расположение органов, утрачивание трудоспособности, вплоть до инвалидности [19]. Разрывы определяются после рождения последа, при осмотре промежности и влагалища, главным признаком травмы является кровотечение.

В период беременности характерным считается снижение толерантности к глюкозе, уменьшением чувствительности к инсулину, однако повышается распад инсулина и увеличивается число свободных жирных кислот в крови. Уровень свободных жирных кислот увеличивается, для энергетических затрат матери с целью сохранения глюкозы для плода при липолитическом действии плацентарного лактогена [2].

Вследствие сахарного диабета беременные могут столкнуться с серьезными осложнениями связанные не только со здоровьем самой женщины, но затрагивать здоровье плода. Необходимо соблюдать мероприятия по планированию беременности, подойти к этому вопросу рационально, дабы предотвратить и предупредить развитие осложнений и добиться максимального комфортного течения беременности [23].

Подготовка к беременности женщины с СД начинается за пол года до планированного зачатия, с прохождения медосмотра и консультирования у эндокринолога, для установления степени компенсации СД, определения осложнений связанных с СД, о степени осложнений, если таковые имеются и ознакомлению с методами самоконтроля и прийти к заключению в вопросах вынашивания плода [4].

Необходимые действия, которые должна выполнять женщина до наступления беременности:

1) Пройти специальную подготовку в вопросах лечения СД и регулирования уровня глюкозы в крови

2) Женщина должна уметь правильно установить дозу инсулина, для поддержки нормального уровня глюкозы, при помощи глюкометра.

3) Соблюдение диеты в период подготовки к зачатию

4) Прохождения комплексного обследования до наступления беременности

Риск развития СД у плода возрастает при наличии данной патологии у обоих родителей [33].

Параметры, при которых рекомендуется прервать беременность: возраст старше 37 лет, уровень гликолизированного гемоглобина- 13% и кетоацидоз в начальный период беременности [33].

Косвенно влияющий фактор в патогенезе разрывов промежности – нарушенная микрофлора женских половых органов. Так как раны гениталий обусловлены анатомической спецификой, могут возникать отягощающие процессы, характеризующиеся значительными рисками бактериального заражения ран содержимым матки, влагалища, прямой кишки, отсутствие иммобилизации раны из-за сокращений мышц промежности, рубцовые изменения ткани, воспалительные процессы и т.д. [6].

Заключение

В следствие невозможности наложения стерильных повязок на швы, в области промежности или влагалища, поэтому оптимальное заживление достигается путем обработки гениталий три раза в день специальными растворами (0,02-0,1% раствор калия перманганата, раствор хлоргексидина и др.), а затем производят сухую обработку швов (5% раствор калия перманганата, 5% раствором йода). Восстановление целостности тканей – это очень сложный и трудоемкий процесс. Создание благоприятных условий для ускоренного заживления, формирование эластичного и прочного рубца, предупреждение инфекционных осложнений, предотвращение септических патологий, профилактика возникновения тяжелых гинекологических осложнений диктуют необходимость активной реабилитации родильниц с родовыми травмами промежности.

Анализируя научную литературу, можно заключить, что на современном этапе научно-практический интерес к данной проблематике вызван наличием противоречивых данных о патогенетическом механизме возникновения и эффективности лечения разрывов мягких тканей при влагалищных родах у женщин с сахарным и гестационным диабетом, а также необходимостью улучшения качества жизни женщин после родового акта, данная проблема требует глубокого научно-обоснованных исследований.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Айламазян Э.К. Акушерство: национальное руководство / Э.К. Айламазян, В.И. Кулаков, В.Е. Радзинский, Г.М. Савельева. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2014. – 1200 с.
2. Аметов А.С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. Том 3 [Электронный ресурс]: учеб. пос. / А. С. Аметов. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-3401-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434017.html>
3. Аржанова О.Н. Патогенетические механизмы развития акушерских осложнений при гестационном сахарном диабете / О.Н. Аржанова, Р.В. Капустин, Е.К. Комаров и др. // Журнал акушерства и женских болезней. - 2011. - №5. - С.3-10.
4. Архангельский В.И. Гигиена и экология человека [Электронный ресурс]: учебник /Архангельский В.И., Кириллов В.Ф. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. (Серия "СПО") - ISBN 978-5-9704-2530-5 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425305.html>
5. Баев О. Р. Резидентная флора генитального тракта и этиология инфекционных осложнений беременности и послеродового периода / О.Р.Баев, А.Н.Стрижаков // Акушерство и гинекология. – 2017. – № 6. – с. 45-48
6. Бищекова Б.Н., Урумбаева К.У., Мустафина К.К., Хон А.Д., Калидинова А.Е. Состояние микрофлоры родовых путей у родильниц с разрывами мягких тканей // Актуальные научные исследования в современном мире. – 2017. – С. 32–36.
7. Бондарь И.А. Осложнения и исходы беременности при гестационном сахарном диабете / И.А. Бондарь, А.С. Малышева // Бюллетень сибирской медицины. - 2014. - № 2. - С.5-9.
8. Бычков И.В., Сойменова И.В., Бычков В.И. Методика хирургического восстановления промежности у женщин при самостоятельных родах // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2013. – Т. 6, № 2. – С. 250–253.
9. Вазенмиллер Д.В., Абатов Н.Т., Башжанова Ж.О. Акушерский травматизм в генезе уrogenитального пролапса // Медицина и экология. – 2015. – № 4. – С. 16–20.

10. Вдовин С. В. Модификации восстановительных операций в гинекологии / С.В.Вдовин // Вестн. Волгоградской Медицинской академии. – 2018. – Т.52, №3. – с. 71 – 73.
11. Генералова Л.Н., Степанян Л.В. Некоторые аспекты экстрагенитальных заболеваний и патологий репродуктивной системы в условиях районной больницы // Авиценна. 2019. №31. С. 10-12.
12. Гончарова Е.В. Гестационный сахарный диабет. Ключевые моменты диагностики и самоконтроля / Е.В. Гончарова, Н.А. Петунина // Справочник поликлинического врача. - 2015. - №6 (8). - С.33-35.
13. Дедов И.И. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / И.И. Дедов, М.В. Шестакова // 6-й актуализированный выпуск руководства. – Москва, 2013. – 120 с.
14. Дерябина Е.Г. Роль раннего скрининга гестационного сахарного диабета для оптимизации перинатальных исходов / Е.Г. Дерябина, Н.В. Башмакова, Д.М. Ларькин // Акушерство и гинекология. - 2013. - №9. - С.13-17.
15. Зиганшин А.М., Кулавский В.А., Никитин Н.И., Кулавский Е.В., Шавалеева Ф.А. Несостоятельность мышц тазового дна у женщин: Клиника, диагностика, лечение. – Уфа, 2015.
16. Зиганшин А.М., Кулавский Е.В., Кулавский В.А. Вагитензометрическая диагностика несостоятельности мышц тазового дна после преждевременных родов через естественные родовые пути // Мать и дитя в Кузбассе. – 2012. – № 4 (51). – С. 36–40.
17. Зухурова Н.К. Влияние сахарного диабета на течение беременности, родов и состояние новорожденных / Н.К. Зухуровой, Б.Б. Негматжанова, С. Аль Хури и др. // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2010. - №1-2. – С.12-15.
18. Казачкова Э. А., Шумилина К. С., Казачков Е. Л., и др. // Матер. междунар. междисциплинарного форума. – М., 2012. – С. 39–40.
19. Кравчук Л. А. Лечение вагинитов у беременных – один из принципов профилактики эндометритов после родов / Л.А. Кравчук. – Иркутск, 2014. – 154 с.
20. Кулаков В. И. Акушерский травматизм мягких родовых путей / информационное агентство», 2012. – 128 с.
21. Логутова Л.С. Мониторинг новорожденных, родившихся у матерей с гестационным сахарным диабетом / Л.С. Логутова, В.А. Петрухин, И.И. Бочарова // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2013. - №2. - С.8994.
22. Михалев Е.В. Гормональные, электролитные нарушения и особенности гемостаза у доношенных новорожденных детей от матерей с гестационным сахарным диабетом / Е.В. Михалев, О.М. Шанина, Т.В. Саприна // Сахарный диабет. - 2015. - №5. - С.78-86.
23. Мкртумян А.М., Курляндская Р.М., Морозова Т.П. Инсулин - в норме и при патологии: учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 64 с. - ISBN 978-5-9704-0841-7.
24. Покровский В.И. и др. Национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, и информационный материал по ее положениям / В.И. Покровский [и др.]. Н. Новгород: Издательство «Ремедиум Приволжье». 2012. 84 с
25. Никитин Н.И., Кулавский В.А., Зиганшин А.М., Кулавский Е.В. Промонтофиксация как альтернативный хирургический метод лечения несостоятельности малого таза у женщин репродуктивного возраста // Медицинский вестник Башкортостана. – 2015. – Т. 10, № 4. – С. 84–86.
26. Петров А.В. Самоконтроль гликемии при сахарном диабете - основные принципы планирования и обзор клинических рекомендаций / А.В. Петров // Поликлиника. - 2014. - №4(2). - С.26-32.
27. Радзинский В. Е. Акушерская агрессия/ В.Е.Радзинский. - Москва : Издво журнала Status Praesens, 2011. - 688 с.
28. Руюткина Л.А. Возможности применения инсулина детемир при лечении сахарного диабета у беременных: доказанные преимущества и перспективы использования / Л.А. Руюткина М.Ю. Сорокин // Фарматека. - 2015. - №17. - С.64-71.
29. Саприна Т.В. Проблема диагностики гестационного сахарного диабета по уровню гликированного гемоглобина / Т.В. Саприна, Е.С. Тимохина, И.Н. Ворожцова // Сахарный диабет. - 2012. - №4. - С.63-68.
30. Смирнова О.М. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ [Электронный ресурс] / О.М. Смирнова, Е.В. Суркова, А.Ю. Майоров, Е.Н. Андреева, О.Р. Григорян, А.А. Александров, Д.В. Липатов, Г.Р. Галстян, Р.В. Роживанов, М.В. Шестакова, М.Ш. Шамхалова, Л.А. Чугунова, А.Ю. Токмакова, Е.Г.

- Старостина, И.В. Глинкина - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - ISBN -- - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/970406779V0009.html>
31. Сойменова О.И. Проблема родового травматизма в современном акушерстве / О.И. Сойменова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. - 2014. - Т. 13. - № 1. - С. 208-211.
 32. Сойменова О.И. Восстановление промежности после эпизио- и перинеотомии при самопроизвольных родах: дис. ... канд. мед.наук / О.И.Сойменова.- Воронеж, 2014.
 33. Сумин С.А. Основы реаниматологии [Электронный ресурс]: учебник / Сумин С.А., Окунская Т.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-3364-5 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433645.html>
 34. Токтар Л.Р. 31 % разрывов за ширмой классификации. Ранняя диагностика интранатальных травм промежности как первый шаг к решению проблемы / Л.Р. Токтар, А.Н. Крижановская // Status Praesens. – 2012. – № 5 (11). – С. 61–67.
 35. Шорников А.Б., Зайратьянц О.В. Послеродовый сепсис // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2013. Т. 8, №3. С. 77-79.
 36. Aytan H., Ekrem C., Tok E.C., Ertunc D., et al. The effect of episiotomy on pelvic organ prolapse assessed by pelvic organ prolapse quantification system // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2013. [.dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.11.010](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.11.010).
 37. Bao W. Low carbohydrate– diet scores and long-term risk of type 2 diabetes among women with a history of gestational diabetes mellitus: a prospective cohort study / W. Bao, S. Li, JE. Chavarro et al. // Diabetes Care. – 2016. - Vol.39. - P.43–49.
 38. Ceysens G. Exercise for diabetic pregnant women / G. Ceysens, D. Rouiller, M. Boulvain // Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, 2011. Issue 04.
 39. Dhulkotia J.S. Oral hypoglycemic agents vs insulin in management of gestational diabetes: a systematic review and metaanalysis / J.S. Dhulkotia, B. Ola, R. Fraser, T. Farrell // Am J Obstet Gynecol. – 2010. - Vol.203. – P.457459.
 40. Guidelines for the management of pregnant women with obesity: A systematic review / A. Simon, M. Pratt, B. Hutton et al. // Obesity Reviews. – 2020. – Vol. 21, N 3. – P. e12972.
 41. Holt R.I., Coleman, M.A., McCance, D.R. The implications of the new International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG) diagnostic criteria for gestational diabetes / R.I. Holt, M.A. Coleman, D.R. McCance // Diabet Med. – 2011. – Vol.28. – P.382-385.
 42. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy // Diabetes Care. – 2010. – Vol.335(3). – P.676–682.
 43. Koivusalo S.B. Gestational diabetes mellitus can be prevented by lifestyle intervention: the Finnish Gestational Diabetes Prevention Study (RADIEL): a randomized controlled trial / SB. Koivusalo, K. Ronˆo, MM. Klemetti et al. // Diabetes Care. – 2016. – Vol.39. - P.24–30.
 44. Laughon S.K. Changes in labor patterns over 50 years / SK. Laughon, DW. Branch, J. Beaver, J. Zhang // Am J Obstet Gynecol. – 2012. – Vol.206. – P.419.
 45. Martin J.A., Hamilton B.E., Osterman MJK., et al. Births: Final data for 2013. National vital statistics reports; Vol 64. No 1. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2015.
 46. McIntyre H.D., Jensen D.M., Jensen R.C., Kyhl H.B., Jensen T.K., Glintborg D., Andersen M. Gestational Diabetes Mellitus: Does One Size Fit All? A Challenge to Uniform Worldwide Diagnostic Thresholds. Diabetes Care 2018;41:1337-1338. DOI: 10.2337/dci18-0013
 47. Sesmi G., Meler E., Perea V., Rodríguez I., Rodríguez-Melcón A., Guerrero M., Serra B. Maternal fasting glycemia and adverse pregnancy outcomes in a Mediterranean population. Acta Diabetol. 2017;54(3):293-299. DOI: 10.1007/s00592-0160952-z
 48. Sievenpiper J.L. Missed follow-up opportunities using a two-step screening approach for gestational diabetes / J.L. Sievenpiper, S.D. McDonald, V. Grey, A.C. DonWauchope // Diabetes Res Clin Pract. – 2012. – Vol.96. – P.43– 46.
 49. Sugiyama T. Management of Gestational Diabetes Mellitus / T. Sugiyama // JMAJ. – 2011. - Vol.54(5). – P.293–300.

Поступила 09.08.2022