



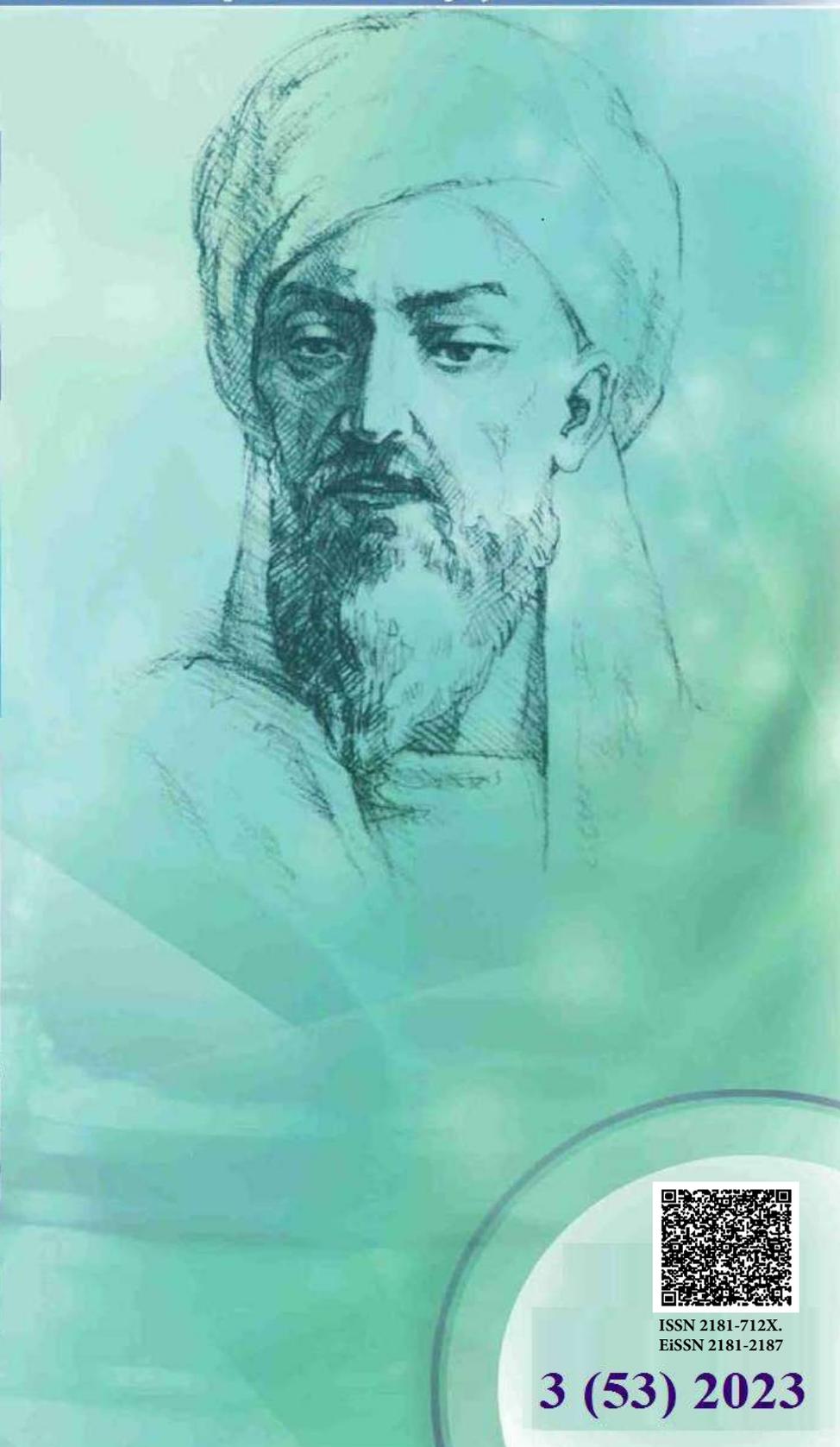
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

3 (53) 2023

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х.ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

Научно-реферативный,

духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

3 (53)

2023

март

БЕРЕМЕННОСТЬ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

¹ Зухурова Н.К. <https://orcid.org/0009-0001-3030-5441>

¹Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд, ул. Амира Темура, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

ГСД является наиболее частым нарушением обмена веществ у беременных, с которым встречаются эндокринологи и акушеры-гинекологи и, следовательно, является важной междисциплинарной проблемой. Это обусловлено как увеличением числа беременных с данной патологией, связанного с резким ростом заболеваемости СД в популяции, так и ухудшением качества его диагностики.

Представлены этапы проведения скрининга, показания к проведению диагностических тестов, сроки их проведения и методика выполнения. Сформулированы показания к началу инсулинотерапии у беременных с ГСД. Предложен алгоритм послеродового наблюдения женщин, перенесших ГСД.

В связи с междисциплинарным характером рассматриваемой проблемы необходимо подчеркнуть, что врачи различных специальностей (акушеры - гинекологи, эндокринологи, терапевты и др.) должны быть осведомлены о современном подходе к выявлению и лечению этого распространенного осложнения гестации. Неудовлетворительные перинатальные исходы, высокая частота акушерских осложнений у женщин с СД 2-го типа диктуют необходимость разработки новых методов ведения и лечения этого контингента пациенток. В связи с возможным тератогенным действием пероральных сахаропонижающих препаратов женщины с СД 2-го типа, получающие такую терапию, нуждаются в планировании беременности.

Ключевые слова: беременность, сахарный диабет, осложнения беременности, родоразрешение, перинатальный исход.

ҲОМИЛАЛИЛИК ВА ҚАНДЛИ ДАБЕТ

Зухурова Н.К.

Самарканд Давлат Тиббиёт Университети, Ўзбекистон

✓ Резюме

ҚД ҳомиладор аёлларда эндокринологлар, акушер-гинекологлар томонидан учрайдиган энг кенг тарқалган метаболик касаллик бўлиб, шунинг учун муҳим фанлараро муаммодир. Бу аҳоли орасида қандли диабет билан касалланишнинг кескин ўсиши билан боғлиқ бўлган ушбу патологияга эга ҳомиладор аёллар сонининг кўпайиши ва уни таъхислаш сифатининг яхшиланиши билан боғлиқ. Скрининг босқичлари, диагностик тестларни ўтказиш учун кўрсатмалар, уларни ўтказиш муддатлари ва амалга ошириш усули келтирилган. ҚД билан касалланган ҳомиладор аёлларда инсулин терапиясини бошлаш учун кўрсатмалар ишлаб чиқилган. ҚД билан касалланган аёлларни тугғруқдан кейинги кузатиш алгоритми таклиф қилинган. Кўриб чиқилаётган муаммонинг фанлараро хусусиятидан келиб чиқиб, шуни таъкидлаш керакки, турли мутахассисликдаги шифокорлар (акушер-гинекологлар, эндокринологлар, терапевтлар ва бошқалар) ҳомиладорликнинг ушбу кенг тарқалган асоратини аниқлаш ва даволашнинг замонавий ёндашувидан хабардор бўлишлари керак. Қониқарсиз перинатал натижалар, 2-тоифа диабетга чалинган аёлларда акушерлик асоратларининг кўпчилиги беморларнинг ушбу гуруҳини бошқариш ва даволашнинг янги усуллари ишлаб чиқишни талаб қилади. Оғиз орқали юбориладиган шакарни камайтирадиган дориларнинг тератоген таъсиридан келиб чиққан ҳолда, бундай

терапияни олган 2-тоифа диабетга чалинган аёллар ҳомиладорликни режаслаштиришлари керак.

Калит сўзлар: ҳомиладорлик, қандли диабет, ҳомиладорликнинг асоратлари, туғиш, перинатал натижа.

PREGNANCY AND DIABETES

Zukhurova N.K.

Samarkand State Medical University

✓ *Resume*

GDM is the most common metabolic disorder in pregnant women encountered by endocrinologists and obstetricians and gynecologists and, therefore, is an important interdisciplinary problem. This is due to both an increase in the number of pregnant women with this pathology, associated with a sharp increase in the incidence of diabetes in the population, and an improvement in the quality of its diagnosis. The stages of screening, indications for conducting diagnostic tests, the timing of their implementation and the method of implementation are presented. Indications for the beginning of insulin therapy in pregnant women with GDM have been formulated. An algorithm for postpartum follow-up of women with GDM has been proposed. Due to the interdisciplinary nature of the problem under consideration, it should be emphasized that doctors of various specialties (obstetricians-gynecologists, endocrinologists, therapists, etc.) should be aware of the modern approach to identifying and treating this common complication of gestation. Unsatisfactory perinatal outcomes, high incidence of obstetric complications in women with type 2 diabetes necessitate the development of new methods of management and treatment of this group of patients. Due to the possible teratogenic effect of oral sugar-lowering drugs, women with type 2 diabetes receiving such therapy need to plan pregnancy.

Key words: pregnancy, diabetes mellitus, pregnancy complications, delivery, perinatal outcome.

Актуальность

Г СД является наиболее частым нарушением обмена веществ у беременных, с которым встречаются эндокринологи и акушеры-гинекологи и, следовательно, является важной междисциплинарной проблемой. Это обусловлено как увеличением числа беременных с данной патологией, связанного с резким ростом заболеваемости СД в популяции, так и улучшением качества его диагностики.

Несмотря на достижения акушерской диабетологии, общая частота осложнений беременности и заболеваемость новорожденных при ГСД не опускается ниже 80%. Течение беременности при данной патологии осложняется развитием гестоза в 25-65% случаев, а тяжелые его формы отмечаются в 2,9-3,7% наблюдений. Дистоция плечиков плода при ГСД достигает 6,3%, перелом ключицы у новорожденного -19%, паралич Эрба- 7,8%, тяжелая асфиксия - 5,3%. Нарушение мозгового кровообращения травматического генеза имеет место у 20 % новорожденных. У этих детей высока вероятность развития гиперинсулинизма и постнатальной гипогликемии, полицитемии и гипербилирубинемии, а также респираторного дистресс-синдрома и неврологических нарушений. Показатели перинатальной смертности новорожденных с массой тела 4 кг и более в 1,5-3 раза выше, чем при рождении детей с нормальными весовыми параметрами [1;4].

Частота ГСД в общей популяции разных стран варьирует от 1% до 20%, составляя в среднем 7% [4; 5; 10; 12]. Указанные вариации обусловлены различиями в способах его диагностики и напрямую связаны с распространенностью СД 2 типа в отдельных этнических группах. По данным литературы, у 20-50% женщин, перенесших ГСД, он возникает при последующей беременности, а у 25-75% - через 16-20 лет после родов развивается манифестный СД [1; 12].

В связи с тем, что у большинства беременных заболевание протекает без выраженной гипергликемии и явных клинических симптомов, одной из особенностей ГСД являются трудности его диагностики и поздняя выявляемость. В ряде случаев диагноз ГСД устанавливается ретроспективно после родов по фенотипическим признакам диабетической фетопатии у новорожденного или вообще пропускается. По данным обращаемости в научно-

консультативное отделение Московского областного НИИ акушерства и гинекологии, в 50-60% случаев диагноз ГСД ставится с опозданием на 4-20 недель. Именно поэтому во многих странах (особенно с высокой частотой СД 2 типа в популяции) проводится активный скрининг на выявление ГСД, который основывался на стратификации беременных по группам риска и различных модификациях перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ).

Однако проведенное в 2000-2006 гг. исследование Гипергликемии и Неблагоприятных Исходов Беременности (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes - HAPO study) показало, что ранее используемые критерии диагностики ГСД требуют пересмотра. Так, среди наблюдаемых женщин, неблагоприятные исходы беременности прямо пропорционально возрастали, начиная со значительно более низкого уровня гликемии, чем принятый в настоящее время в качестве критерия ГСД. В 2008 г. в г. Пасадене (США) Международной ассоциацией групп изучения диабета и беременности (International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG)) были предложены для обсуждения новые критерии диагностики ГСД, основанные на результатах исследования HAPO, включавшего более 23 тыс. беременных женщин [10; 13; 15]. В течение 2010-2011 гг. ряд развитых стран (США, Япония, Германия, Израиль и др.) [8;9]

- самостоятельно приняли эти новые критерии, руководствуясь результатами HAPO исследования и следующими положениями ВОЗ/ IDF: ГСД представляет серьезную медико-социальную проблему, т.к. в

значительной степени увеличивает частоту нежелательных исходов беременности для матери и для плода (новорожденного);

- ГСД является фактором риска развития ожирения, СД 2 типа и сердечно-сосудистых заболеваний у матери и у потомства в будущем;
- Беременность - это состояние физиологической инсулинорезистентности, поэтому сама по себе является значимым фактором риска нарушения углеводного обмена;
- Понятия «СД», «манифестный (впервые выявленный) СД во время беременности» и непосредственно «ГСД» требуют четкой клинколабораторной дефиниции;
- Требуются единые стандарты диагностики и лечения нарушений углеводного обмена во время беременности.

Таким образом, внедрение в работу женских консультаций и родильных домов представленного алгоритма обследования и лечения пациенток с ГСД, а также выработка оптимальной тактики родоразрешения позволят улучшить перинатальные исходы, снизить процент детей с макросомией и тяжелыми формами диабетической фетопатии, и, как следствие, привести к снижению количества оперативных родов и родового травматизма у новорожденных.

Цель исследования: внедрение в работу женских консультаций и родильных домов представленного алгоритма обследования и лечения пациенток с ГСД.

Материал и методы

Ретроспективно было проанализировано течение беременности и перинатальные исходы у 54 женщин с СД 2-го типа, которые наблюдались и родоразрешались в центре «Сахарный диабет и беременность». У 53 женщин была одноплодная беременность и у 1 - многоплодная, спонтанно наступившая (дихориальная диамниотическая двойня). Всем пациенткам проводилось общеклиническое обследование. Степень компенсации СД оценивалась эндокринологом (гликированный гемоглобин, показатели гликемии при лабораторном исследовании и по данным дневников самоконтроля). Диагностика фетоплацентарной недостаточности проводилась по данным радиоиммунологического анализа уровня плацентарных и плодовых гормонов в крови беременной и ультразвуковой фетометрии. Ультразвуковое исследование плода с доплерометрией кровотока в сосудах фетоплацентарного комплекса проводилось при помощи аппарата MEDISON V 20. Степень тяжести гестоза оценивали по шкале С. Гоеке в модификации Г.М. Савельевой. Для оценки степени ожирения использовали индекс массы тела, рассчитанный по формуле Кетле. Перинатальный исход оценивался по характеру течения раннего неонатального периода (экспертная оценка неонатолога). Удовлетворительный перинатальный исход квалифицировался как родоразрешение в срок, рождение здорового ребенка или ребенка с незначительными отклонениями в течении раннего неонатального

периода, которому не требовалось перевода в другие лечебные учреждения, неудовлетворительный — досрочное родоразрешение, рождение ребенка в тяжелом состоянии, необходимость реанимационного лечения и длительной госпитализации.

Результат и обсуждения

У многих беременных с СД 2-го типа имели отягощенный акушерский анамнез. У 14,8% ранее были роды крупными и гигантскими плодами (от 4000 до 5000 г), при этом родовая травма имела место в 3,7% случаях (дистоция плечиков, перелом плечевой кости в одном случае и акушерский плексит в другом). У 5,5% беременных в анамнезе были перинатальные потери (у 1 - антенатальная гибель в связи с врожденным пороком сердца у плода, у 2 - постнатальные, на 2-е сутки жизни в связи с перенесенным гипоксическим поражением ЦНС и нарастанием синдрома дыхательных расстройств и на 7-е сутки жизни (внутриутробная пневмония) и у 3,7% - преждевременные роды (у 1 - самопроизвольные роды в тазовом предложении на 31- 32-й неделе, у ребенка гипоксически - геморрагическое поражение ЦНС, внутри желудочковое кровоизлияние III степени, реактивный менингит, синдром угнетения, перелом правой ключицы, в настоящее время наблюдается по месту жительства у невролога по поводу гидроцефалии, у другой - досрочное родоразрешение на 30-й неделе путем кесарева сечения по поводу сочетанного гестоза тяжелой степени на фоне АГ, ребенок массой 900 г при рождении в настоящее время является инвалидом детства), у 1 - прерывание беременности по медицинским показаниям на 14-й неделе в связи с множественными ВПР плода (давность СД на момент наступления беременности составила 2 года, течение заболевания субкомпенсированное, до 7 нед принимала сифор, после выявления беременности назначена инсулинотерапия, данные об уровне гликемии и гликированного гемоглобина отсутствуют). Таким образом, у 14,8% пациенток в анамнезе имелись тяжелые перинатальные осложнения - либо перинатальные потери, либо инвалидизация детей. Распределение беременных по возрасту представлено на рисунке, из которого видно, что большинство беременных находились в возрасте от 30 до 40 лет. Структура экстрагенитальных заболеваний представлена. У 81,1% беременных имелось ожирение, у 50% обследованных - морбидное. Более 1/3 пациенток имели АГ. При АГ 3 пациентки до наступления беременности получали ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, 6 - β -адреноблокаторы, остальные систематической гипотензивной терапии не получали. До наступления беременности течение СД у всех пациенток было суб- или декомпенсированным, о чем свидетельствует уровень гликированного гемоглобина в I триместре (от 6,5 до 8,8%). Большинство беременностей являлись незапланированными. Сроки взятия на учет в центре «Сахарный диабет и беременность» составили от 8 до 34 нед. Самое раннее обращение в сроки 8-12 нед имело место в основном у пациенток с большей длительностью СД 2-го типа и отягощенным акушерским анамнезом. Сенситайзеры к инсулину: метформин, ингибитор фермента дипептидилпептидазы (галвус) и производные сульфонилмочевины (гликлазид) получала 41(76%) женщина в ранние сроки беременности (примерно до 10 нед). У 6(11,1%) женщин СД до наступления беременности был компенсирован диетой. В дальнейшем все они были переведены на инсулинотерапию; 5(9,2%) женщин находились на инсулинотерапии до беременности. У 2(3,7%) пациенток на протяжении всей беременности течение СД было компенсированным с помощью диеты, и в назначении инсулина они не нуждались. Суммарная суточная доза инсулина была достаточно вариабельна и колебалась от 10 до 130 ЕД/сут. В I триместре беременности течение СД было компенсированным у 32(59,3%) пациенток, субкомпенсированным - у 22(40,7%). Во II триместре компенсация была у 30(55,6%) женщин, субкомпенсация - у 18(33,3%), декомпенсация - у 6(11,1%). В III триместре в большинстве наблюдений - у 41(75,9%) беременной удалось достичь компенсации СД, субкомпенсированное течение наблюдалось - у 11(20,3%), декомпенсированное - у 2(3,7%). У 45(83,3%) женщин течение беременности осложнилось угрозой прерывания, у 16(29,6%) - угрозой преждевременных родов. Многоводие отмечалось в 10(18,5%) наблюдениях, маловодие - в 4(7,4%). Фетоплацентарная недостаточность имела место в 14(25,4%) случаях, в 8 из них она была компенсированной, в 6 - декомпенсированной, что требовало проведения соответствующего лечения в акушерском стационаре. Весьма частым осложнением при СД 2-го типа явился гестоз, который имел место у 20(37%) женщин. Гестоз легкой степени развился у 12 женщин, средней степени - у 7, тяжелой степени - у 1. Присоединение гестоза при хронической АГ имело место у 12(63,2% среди всех пациенток с АГ), в отсутствие АГ - у 8(18,2%; $p=0,01$). Динамика массы тела в течение беременности была различна. У 43(79,6%) женщин имела место прибавка массы тела, которая составила от 2 до 22 кг. Масса тела без изменений оставалась у 3(5,6%), потеря массы тела от 0,5 до 6 кг наблюдалась у 8 (14,8%). Досрочное родоразрешение имело место у 6(11,1%) пациенток, у остальных 48 роды были срочными. Во всех случаях досрочного родоразрешения было произведено кесарево сечение.

Гестационный срок и показания к родоразрешению представлены в табл. 2, из которой видно, что у 4 женщин из 6, родивших досрочно, родоразрешение произведено в интересах плода в связи с высоким риском его антенатальной гибели. Необходимо отметить, что у 3 беременных с критическим состоянием плода был сочетанный гестоз средней степени на фоне АГ. Роды через естественные родовые пути произошли у 25(46,3%) женщин. С целью подготовки организма к родам использовались спазмолитические и седативные препараты у 18(60%), мифепристон — у 8(29,6%), препаидилгель — у 4(14,8%) по стандартным схемам. В 7,4% случаев подготовки лишь одним способом было не достаточно, и тогда приходилось сочетать различные препараты. Дородовое излитие околоплодных вод имело место у 7(12,9%) женщин, ранее — у 5(9,2%), высокий боковой разрыв околоплодного пузыря — у 3(5,5%). Амниотомия с целью родовозбуждения была выполнена в 14 случаях. Первичная слабость родовой деятельности наблюдалась в 5(20%) случаях, вторичная - в 1(4%), что потребовало проведения родостимуляции путем внутривенного капельного введения окситоцина. Эпизиотомия была осуществлена в 12(48%) случаях, в основном в связи с угрозой разрыва ригидной промежности или разрыва по рубцу. Реже (25%) показанием к ее выполнению являлось укорочение второго периода родов с целью ограничения потуг. Материнский травматизм ограничился незначительными разрывами тканей родовых путей. В 6(24%) случаях произошел разрыв промежности I степени или задней стенки влагалища, в 5(20%) случаях - разрыв шейки матки I-II степени. В 1 случае во втором периоде родов была применена управляемая нормотония у роженицы с АГ. У 5 женщин попытка самопроизвольных родов закончилась абдоминальным родоразрешением в экстренном порядке. В 1 случае роды пришлось завершить путем кесарева сечения в связи с выпадением петель пуповины; в 1 - в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, в 3 - в связи со слабостью родовой деятельности, не поддающейся медикаментозной коррекции. Кесарево сечение при доношенном сроке произведено у 23(42,6%), из них в плановом порядке - у 18. Показаниями явились наличие несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения, крупный плод, патология органов зрения. Всего родились 55 детей. Оценка состояния по шкале Апгар на 1-й минуте жизни составила от 5 до 8 баллов, на 5-й минуте - от 7 до 9. Роды крупным плодом произошли у 9(16,3%) женщин, диапазон массы тела плода от 4050 до 4570 г, с признаками диабетической фетопатии (ДФ) в 18(32,7%) случаях. Чаще всего проявления ДФ были внешними, но у 2 новорожденных диагностированы диабетическая кардиопатия и гепатоспленомегалия. Рождение детей с задержкой внутриутробного роста и гипотрофией было в 8 случаях у матерей, страдающих сопутствующей хронической экстрагенитальной патологией, а также гестозом. Детей, родившихся в асфиксии, было 7,3%, с синдромом дыхательных расстройств - 10,9%, с признаками внутриутробной пневмонии - 9,1%, конъюгационной желтухи - 10,9%, морфофункциональной незрелости - 3,6%, геморрагического синдрома - 12,7%, отека синдрома - 1,8%. Самой частой патологией новорожденных явились перинатальное поражение ЦНС гипоксический ишемический генеза и гипоксический синдром - по 20%. Отмечен 1 случай родового травматизма: перелом ключицы у ребенка при самопроизвольных родах, масса при рождении - 3360 г. ВПР были выявлены у ребенка, родившегося у матери с длительностью течения СД 2 года и субкомпенсированным его течением во время беременности. До 7 нед беременная получала метформин. У ребенка выявлены дефект межжелудочковой перегородки размером 4×3 см и тазовая дистопия левой почки. Неудовлетворительный перинатальный исход беременности имел место у 16(30,9%) детей. При этом у беременных с хронической АГ он имел место в 4(23,5%) случаях, с сочетанным гестозом на фоне хронической АГ - у 6(35,3%), с гестозом - у 2 (11,8%), без гипертензивных осложнений - у 4(29,4%; $p=0,1$). Прежде всего обращает на себя внимание высокий процент неудовлетворительных перинатальных исходов как в анамнезе, так и данной беременности. Для оптимизации тактики ведения таких беременных с перинатальных позиций представляется целесообразным поиск факторов, позволяющих своевременно прогнозировать неудовлетворительный перинатальный исход, формировать группу высокого перинатального риска и осуществлять проведение лечебно-профилактических мероприятий. В частности, высокая частота неудовлетворительных перинатальных исходов при сочетанном гестозе на фоне АГ требует тщательного контроля за состоянием плода в III триместре. Высокая частота такого осложнения беременности, как гестоз, особенно у пациенток с исходной АГ, по-видимому, связана с имеющейся у них инсулинрезистентностью, которая во время беременности приводит к развитию гестоза, а в дальнейшем — к сердечно-сосудистым осложнениям [9, 12]. По-видимому, такие пациентки нуждаются в систематической гипотензивной терапии, проводимой с ранних сроков беременности, и курсовом назначении препаратов, блокирующих основные звенья патогенеза гестоза (блокаторы фосфодиэстеразы, периферические вазодилататоры, прямые антикоагулянты, антиагреганты). Необходимо отметить, что в нашем материале имел место высокий процент экстренных оперативных родоразрешений при попытке самопроизвольных родов — около 20%. Возможно, у таких пациенток

следует расширять показания к абдоминальному родоразрешению или более взвешенно относиться к отбору для проведения самопроизвольных родов. Наши наблюдения не позволяют исключить тератогенное действие пероральных сахаропонижающих препаратов, поэтому пациентки с СД 2-го типа репродуктивного возраста, получающие такую терапию, должны быть поставлены в известность о возможном тератогенном эффекте этих препаратов и необходимости планирования беременности.

Выводы

1. У женщин с СД 2-го типа течение беременности осложнилось гестозом в 37% случаев, многоводием - в 18,5%, фетоплацентарной недостаточностью - в 25,4%. Досрочное родоразрешение имело место у 11% пациенток в основном по показаниям у плода, абдоминальное родоразрешение составило 53,7%.
2. Неудовлетворительный перинатальный исход при СД 2-го типа отмечался в 30,9% наблюдений, диабетическая фетопатия - в 32,7% пациенток, роды крупным плодом - в 16,3%.
3. Таким образом, высокая частота осложнений беременности и неудовлетворительных перинатальных исходов при СД 2-го типа настоятельно диктует необходимость дальнейших исследований для оптимизации ведения таких беременных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Акушерство: Национальное руководство. Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. М: ГЭОТАР-Медиа 2019; 476-483.
2. Гурьева И.В. Общее руководство Международной Диабетической Федерации по сахарному диабету 2-го типа (краткое изложение). Сахарный диабет 2017; 4:54-56.
3. Троицкая М.В., Аксенов А.Н., Башакин Н.Ф. Особенности ранней постнатальной адаптации новорожденных, родившихся у матерей с сахарным диабетом. Рос вестн акуш-гин 2013; 3:44-49.
4. Федорова М.В., Краснопольский В.И., Петрухин В.А. Сахарный диабет, беременность и диабетическая фетопатия. / М: Медицина 2014; 288.
5. Balsells M., García-Patterson A., Gich I., Corcoy R. Maternal and fetal outcome in women with type 2 versus type 1 diabetes mellitus: a systematic review and metaanalysis. // J Clin Endocrinol Metab 2019; 94(11):4284-4291.
6. Dunne F.P., Avalos G., Durkan M., Mitchell Y., Gallacher T., Keenan M., Hogan M., Carmody L.A., Gaffney G. ATLANTIC DIP: pregnancy outcomes for women with type 1 and type 2 diabetes. // Ir Med J 2012; 105: 5 Suppl: 6-9.
7. Feig D.S., Briggs G.G., Koren G. Oral antidiabetic agents in pregnancy and lactation: a paradigm shift? Ann Pharmacother 2017; 41(7):1174-1180.
8. Glinianaia S.V., Tennant P.W., Bilous R.W., Rankin J., Bell R. HbA1c and birthweight in women with pre-conception type 1 and type 2 diabetes: a population-based cohort study. // Diabetologia. 2012 Sep 27. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term>
9. Hoirsch-Clapauch S., Benchimol-Barbosa P.R. Markers of insulin resistance and sedentary lifestyle are predictors of preeclampsia in women with adverse obstetric results. // Braz J Med Biol Res 2011; 44(12):1285-1290.
10. Howard C. Zisser, Michael A. Biersmith, Jovanović Lois B., Yariv Yogev, Moshe Hod, Boris P. Kovatchev. Fetal risk assessment in pregnancies complicated by diabetes mellitus. // J Diabetes Sci Technol 2010; 4(6):1368-1373.
11. Hughes R.C., Rowan J.A. Pregnancy in women with Type 2 diabetes: who takes metformin and what is the outcome? Diabet Med 2016; 23(3):318-322.
12. Mangos G.J., Spaan J.J., Pirabhahar S., Brown M.A. Markers of cardiovascular disease risk after hypertension in pregnancy. // J Hypertens 2012; 30(2):351-358.
13. Ibatova Sh.M., Mamatkulova F.Kh., Ruzikulov N.Y. The Clinical Picture of Acute Obstructive Bronchitis in Children and the Rationale for Immunomodulatory Therapy. // International Journal of Current Research and Review. September 2020; 12(17):152-155.
14. Ibatova Sh. M., F. Kh. Mamatkulova, N. B. Abdukadirova, Yu. A. Rakhmonov, M. M. Kodirova. Risk Factors for Development of Broncho-Ostructive Syndrome in Children. // International Journal of Current Research and Review. December 2020; 12(23):3-6.
15. Ibatova Sh.M., Mamatkulova F.Kh., Rakhmonov Y.A., Shukurova D.B., Kodirova M.M. Assessment of the Effectiveness of Treatment of Rachit in Children by Gas-Liquid Chromatography. // International Journal of Current Research and Review. March 2021; 13(06:20):64-66.

Поступила 20.02.2023