

родов для матери и плода, возникновение более ответственного и осознанного отношения беременных к предстоящим родам.

2. Проведение мероприятий психопрофилактической подготовки к родам является более значимым в теоретическом и практическом плане для первородящих пациенток в сравнении с повторородящими.

3. Субъективное мнение о сути психопрофилактической подготовки к родам имеет достоверные различия у прошедших и непрошедших дородовую подготовку пациенток. Беременные, не посещавшие курсы психопрофилактической подготовки к родам, полагают, что данные занятия должны быть непродолжительными по времени (7 дней), начинаться в конце III триместра беременности, а также осуществляться в бесплатном режиме в амбулаторных учреждениях и стационарах акушерского-гинекологического профиля.

4. Существует необходимость в проведении мероприятий по повышению медицинской грамотности пациенток, планирующих и вынашивающих беременность, относительно эффектов и результатов психопрофилактической подготовки к родам.

Список литературы:

1. Олина А.А. Структура репродуктивных потерь / Олина А.А., Садыкова Г.К., Галинова И.В. // Пермский медицинский журнал. – 2017. – Т. 34, № 6. – С. 59-66.

2. Силаев К.А. Психопрофилактическая подготовка к родам: новое о старом / Силаев К.А., Манухин И.Б., Синчихин С.П. // Астраханский медицинский журнал. 2016. - Т. 11. № 4. - С. 43-50.

3. Airo Toivanen R., Korja R., Saisto T. et al. Changes in emotions and personal goals in primiparous pregnant women during group intervention for fear of childbirth //J Reprod Infant Psychol. – 2018. - Sep;36(4). – P. 363-380.

4. Barimani M., ForslundFrykedal K., Rosander M. et al. Childbirth and parenting preparation in antenatal classes// Midwifery. 2018. - Feb;57. – С. 1-7.

УДК 616.13.002

**Громова Е.А., Джураева Д.Д., Тен А.Р.
ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ТЕЧЕНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ У ПОЛИМОРБИДНОЙ ПАЦИЕНТКИ**

Кафедра акушерства и гинекологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**GromovaE.A., DzhuraevaD.D., TenA.R.
DESCRIPTION OF THE CLINICAL CASE OF PREGNANSY FLOW
AT THE POLYMOROUS PATIENT**

Department of obstetrics and gynecology
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: gl.elizaveta@yandex.ru

Аннотация. В статье рассмотрен клинический случай течения беременности пациентки с полиморбидной патологией. Среди соматических заболеваний, сопровождавших беременность, были установлены сахарный диабет II типа, инсулинозависимый, диабетическая нефропатия, ХБП С2 А2, диабетическая дистальная сенсомоторная полинейропатия нижних конечностей; гипертоническая болезнь II стадия, 1 степени, риск ССО 3, ожирение 1 степени и миопия 1 степени. Такое количество заболеваний серьезно осложняет течение беременности и требует качественного медицинского наблюдения за пациенткой с ранних сроков гестации.

Annotation. The article discusses the clinical case of pregnancy in a patient with polymorbid pathology. Among the somatic diseases that accompanied this pregnancy there are diabetes mellitus type 2, insulin-dependent, diabetic nephropathy, CKD C2 A2, diabetic distal sensorimotor polyneuropathy of the legs; hypertension II stage, 1 degree, the risk 3, obesity 1th degree and myopia of 1th degree. Such a number of diseases seriously complicates the pregnancy and requires high-quality medical monitoring of the patient from the early stages of gestation.

Ключевые слова: полиморбидность, сахарный диабет, беременность

Key words: polymorbidity, diabetes mellitus, pregnancy

Введение

В последние годы отмечается увеличение в популяции количества беременных с СД II типа вследствие того, что заболевание стало «моложе», а средний возраст наступления беременности – «старше» [1, 8, 9].

Распространенность всех форм сахарного диабета (СД) среди беременных достигает - 3,5%, сахарного диабета 1-го и 2-го типов - 0,5%, гестационного диабета, или диабета беременных, - 1–3% [7, 9]. Сахарный диабет осложняет течение как беременности, так и родов, и послеродового периода. По сравнению со здоровыми женщинами у беременных, больных СД II типа, чаще отмечаются преэклампсия (60–70%), многоводие, фетоплацентарная недостаточность, инфекции мочевыводящих путей, воспалительные заболевания органов малого таза [6]. В ходе многих клинических и экспериментальных исследований показано, что в первые недели беременности гипергликемия и связанные с ней метаболические нарушения влияют на развитие таких перинатальных осложнений, как самопроизвольные аборты (35–70%), досрочное родоразрешение (25–60%), диабетическая фетопатия (44–83%), внутриутробная гипоксия (37–76%), неонатальные гипогликемии (29%), респираторный дистресс-синдром [1]. Большинство исследователей признали наличие

гипергликемии на ранних сроках гестации основным тератогенным фактором. К наиболее распространенным порокам развития у детей от матерей, страдающих СД II типа, относят врожденные пороки сердца [1, 4, 6]. Кроме того, женщины с СД к моменту наступления беременности, как правило, имеют различную сопутствующую патологию: морбидное ожирение, артериальную гипертонию, метаболические нарушения, микро- и макрососудистые осложнения диабета (диабетическая ретинопатия, диабетическая нефропатия, поражение сосудов сердца, мозга, периферических сосудов нижних конечностей и др.), что оказывает дополнительное негативное влияние на исход беременности [2].

Течение родов при диабете часто осложняется преждевременным излитием околоплодных вод (20-30 %), слабостью родовой деятельности, затрудненным рождением плечевого пояса - дистоцией плечиков (6-8 %) и высоким травматизмом промежности [5].

В послеродовом периоде наиболее частыми осложнениями являются гипогалактия и инфекции [5].

Цель исследования – изучение особенностей течения беременности у женщины с полиморбидной патологией, а также оценка диагностического и лечебного алгоритма действий врача акушера-гинеколога.

Материалы и методы исследования

Нами был проведен анализ первичной медицинской документации (форма 003/у) на базе МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр», осмотр и последующее наблюдение пациентки отделения патологии беременных, а также анализ федеральных клинических рекомендаций по данной нозологии.

Результаты исследования и их обсуждение.

Пациентка П. 1983 г.р. находилась на стационарном лечении в отделении патологии беременных МБУ «ЕКПЦ» с диагнозом Беременность 24-25 недель. Угроза преждевременных родов. Олигогидрамнион. Цервицит. Отягощенный ОАА: Бесплодие I. СД II типа, инсулинозависимый, диабетическая нефропатия, ХБП С2 А2, диабетическая дистальная сенсомоторная полинейропатия нижних конечностей, начальные проявления; гипертоническая болезнь II стадия, 2 степени, риск ССО 3. Абдоминальное ожирение 1 степени. Миопия 1 степени.

Диагноз выставлен в соответствии с МКБ - X.

Жалобы: На момент поступления пациентка предъявляла жалобы на кровянистые выделения из половых путей, тянущие боли внизу живота, усиливающиеся в вертикальном положении тела, при физических нагрузках, головокружение.

Из анамнеза заболевания: Заболела остро с появлением кровянистых выделений из половых путей и болей внизу живота, после чего сразу вызвала бригаду СМП и была доставлена в ЕКПЦ в отделение патологии беременных с целью пролонгирования беременности.

Из анамнеза жизни: Вес и рост при рождении не помнит, наследственность не отягощена, орфанных заболеваний нет. Операции: В 2014 г пациентке

производилась гистероскопия по поводу удаления полипа цервикального канала. Травмы, гемотрансфузии, профессиональную вредность - отрицает. Аллергический и эпидемиологический анамнез - спокойный.

Привычные интоксикации: курение в объеме – пачка в день, стаж курения – 18 лет, расчет пачка-лет (индекс курящего человека): $20 * 18 / 20 = 18$. Артериальное давление контролирует. Привычные цифры артериального давления 140-150 мм.рт.ст (САД), 80-90 мм.рт.ст. (ДАД). Однако во время беременности дважды замечала увеличение цифр артериального давления до 160 мм.рт.ст.

Акушерско-гинекологический анамнез: Возраст менархе 14 лет, цикл 30-35 дней, менструация длится 5 дней. Выделения умеренные, безболезненные, предменструальный синдром отсутствует. Первый день последней менструации – 10.09.2019 г. Беременность – первая, наличие аборт – отрицает. С 2009 г. по 2019 г. пациентка состояла на учете у гинеколога с диагнозом Бесплодие. Применяемая контрацепция: до 2009 г. контрацепция барьерная, с 2009 г. контрацепция отсутствует. ВРТ: не применялись, способ наступления настоящей беременности самостоятельный.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Дыхание везикулярное, дополнительные дыхательные шумы отсутствуют, при перкуссии звук ясный легочный, ЧДД 17/мин. При аускультации сердца тоны ясные, ритмичные, монолитные, акцент второго тона на аорте. АД 140/80 мм.рт., ЧСС -72 уд/мин. Живот увеличен за счет беременной матки, при пальпации безболезненный. Молочные железы мягкие, однородные, безболезненные при пальпации, соски чистые, выделений нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, монолитные, ритм правильный, 76 уд/мин, АД 120/70 мм рт. ст. Пельвометрия: D. Spinarum – 27 см, D. Trochanterica – 31 см, D. Cristarum – 32 см, Conjugata Externa – 24 см. Акушерский статус: тонус матки в норме, ОЖ = 115 см, ВДМ = 23 см, предполагаемая масса плода по формуле Якубовой 3456 г., по формуле Жордания – 2645 г., выделения из половых путей слизисто-сукровичные, допустимая кровопотеря в родах: 456 мл. В лабораторных данных при поступлении выявлены следующие изменения: в общем анализе крови – Hb 118 г/л, эритроциты $3,89 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $13,35 \times 10^9$ /л, в общем анализе мочи при поступлении – кетоны и повышенная удельная плотность (>1030), в биохимическом исследовании крови – глюкоза 6,2 ммоль/л, общий белок 59 г/л. По результатам фетометрии дано следующее заключение: Беременность 24-25 недель, нарушение маточно-плацентарного кровотока 2 степени (сохранен диастолический кровоток), абсолютное маловодие.

Рассмотренный нами клинический случай соответствует классическому течению некомпенсированного осложненного СД II типа. На основании жалоб при поступлении и анамнеза заболевания назначено лечение в виде постельного режима, лечебного стола № 9, гипогликемических средств (Новорапид и Левемир), йодсодержащих препаратов (Йодомарин), антиагрегантов (Кардиомагнил). Согласно приказу Минздрава РФ от 01.11.2012 N 572н – Об

утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», тактика ведения пациентки с сахарным диабетом выполнена не в полном объеме, поэтому нужно провести следующие исследования: исследование уронягликированного гемоглобина (HbA1c) 1 раз в триместр, необходим ежедневный мониторинг уровня кетонов в моче (крови) натошак, контроль суточной микроальбуминурии 1 раз в триместр, исключение хронической инфекции мочевыводящих путей (анализ мочи по Нечипоренко и бак. посев мочи), а также требуется консультация смежных специалистов – врача-невролога для диагностики дистальной полинейропатии, различных форм автономной диабетической нейропатии (кардиоваскулярной, гастроинтестинальной, урогенитальной).

Пациентке также необходимо провести обследование на наличие инфекций, передаваемых половым путем. Прекращение курения – является одним из главнейших этапов в ведении беременности, ведь табачный дым признан одним из опасных тератогенных факторов, который независимо от содержания никотина в нем приводит к различной степени гипоксии плода [4]. Так как пациентки с сахарным диабетом находятся в особой группе риска по возникновению гипотиреоза, следует обязательно проводить исследование уровня ТТГ, свободного Т4 и антител к тиреоидной пероксидазе в сыворотке крови и при обнаружении отклонений проводить коррекцию гипотиреоидного состояния [3].

Выводы:

1. Наличие множественной соматической патологии серьезно осложняет течение беременности. Полиморбидность повышает риски возникновения патологических состояний во время гестации, таких как многоводие/маловодие, угроза прерывания беременности, воспалительных заболеваний органов малого таза.

2. В то же время и беременность может приводить к ухудшению течения других соматических заболеваний – гипертонической болезни, сахарного диабета и его осложнений.

3. Наличие полиморбидности у беременной женщины требует от врачей акушеров-гинекологов особой настороженности в отношении такой пациентки.

4. Для снижения риска патологии беременности необходимо тщательное наблюдение за течением беременности и родов и своевременная коррекция сопутствующей патологии группой специалистов - акушером, эндокринологом, терапевтом, нефрологом.

Список литературы:

1. Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. 2-е изд., доп. и перераб. М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2015. - С. 507–522

2. Гурьева В.М./ Акушерские и перинатальные исходы у беременных с сахарным диабетом 2-го типа / В.М. Гурьева, Ф.Ф. Бурумкулова, В.А. Петрухин // Альманах клинической медицины. – 2015. - 37: 18–23. - С. 18-19
3. Дубинина И.И. Сахарный диабет и гипотиреоз. Аспекты коморбидности / И.И. Дубинина, С.В. Берстнева // Журнал: Эндокринология: новости, мнения, обучение, ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. – 2016. - №3. – С.54-55
4. Кузина О.А. Об актуальности пассивного курения при беременности / Кузина О.А., Василевская Г.В., Авдеева М.Е. // Интерактивная наука. -2016. – С.42
5. Логутова Л.С. Экстрагенитальная патология и беременность / Л.С. Логутова - М.: Литтерра, 2014. С. 532
6. Петрухин В.А. Беременность и сахарный диабет / В.А. Петрухин // Клинические рекомендации ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии»: журнал «Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. - 2016. - №2. - С. 73-76
7. Приказ Минздрава России №572н (Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) от 12 ноября 2012 г.
8. Федорова М.В. Сахарный диабет, беременность и диабетическая фетопатия / М.В. Федорова, В.И. Краснопольский, В.А. Петрухин // М.: Медицина. - 2015. – С. 292
9. Yee L.M. Effect of gestational weight gain on perinatal outcomes in women with type 2 diabetes mellitus using the 2009 Institute of Medicine guidelines / L.M. Yee, Y.W. Cheng, M Inturrisi, A.B. Caughey // Am J Obstet Gynecol. – 2015. - № 205 (3). – P. 6

УДК 612.64

**Дудко Н.С., Сидорова Е.М., Росюк Е.А.
КЛИНИКО – АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
РОДИЛЬНИЦ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ,
ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ**

Кафедра акушерства и гинекологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Dudko N.S., Sidorova E.M., Rosyuk E.A.
CLINICAL AND SYMPTOMATIC CHARACTERISTIC OF
PUERPERAS WITH GESTATIONAL DIABETES AFTER CESAREAN
SECTION**

Department of obstetrics and gynecology