

пациенток, специфики их питания, позволил выявить основные группы риска девочек, более подверженных данному заболеванию.

Анализ результатов проведенных автором, указывает на приоритет консервативной тактики лечения.

Важным моментом этиопатогенетического лечения у девочек с отягощённым аллергическим анамнезом, является не только кратковременное использование крема с эстриолом, но и включение сочетанного воздействия пробиотика на два биотопа, по сравнению с комбинированным лечением: хирургическим разведением с последующей местной аппликацией гормонсодержащего препарата.

УДК 618.2/3-008.9:577.154.5:616.379-008.64
ГРНТИ 76.29.48

Данные полученные в исследовательской работе автора, могут быть рекомендованы в клинической практике детских врачей гинекологов.

В целом научная работа Р.С.Лалаян: Синехии малых половых губ. Тактика терапевтических подходов, весьма актуальна в современной клинической практике детского гинеколога, написана хорошим языком, с соблюдением всех правил для публикации научных работ, и рекомендуется к опубликованию в открытой печати.

Главный научный сотрудник РНИИАП, Доктор медицинских наук Ермолова Н.Н.

НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА, ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, И ЕЁ ИСХОДЫ

Р.С. Лалаян, К.О. Ескина*, И.С. Федулова*
ФГБОУ ВО Ростовский государственный
медицинский университет Минздрава России
Россия, 344022, г.Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29

CARBOHYDRATE METABOLISM DISORDERS, PREGNANCY COURSE, AND OUTCOMES

R.S. Lalayan, K.O. Eskin*, I.S. Fedulova*
FSBEI HE Rostov State
Medical University of the Ministry of Health of Russia
Russia, 344022, Rostov-on-Don, Nakhchevanskiy, 29

АННОТАЦИЯ

Актуальность исследования гестационного сахарного диабета обусловлена прогрессией различных акушерских осложнений как в течение гестации, так и в процессе родоразрешения. Анализ осложнений беременности и послеродового периода показал, что данная патология оказывает неблагоприятные последствия для матери и плода. Установлено, что нарушение углеводного метаболизма в виде гестационного сахарного диабета влечёт за собой сбой физиологических взаимоотношений организма плода, даже при условии коррекции значений глюкозы.

ABSTRACT

The relevance of the study of gestational diabetes mellitus is due to the progression of various obstetric complications both during gestation and during delivery. Analysis of complications of pregnancy and postnatal period showed that this pathology has adverse effects on mother and fetus. It has been found that the disorder of carbohydrate metabolism in the form of gestational diabetes mellitus causes a failure of physiological relations of the fetus body, even if glucose values are corrected.

Ключевые слова: беременность, глюкоза, гестационный сахарный диабет, осложнения гестации, гестоз, роды, послеродовый период.

Keywords: pregnancy, glucose, gestational diabetes mellitus, gestation complications, gestosis, childbirth, postnatal period.

Введение. Гестационный сахарный диабет – состояние, возникающее у женщин в период беременности, в связи с перестройкой гормонального баланса организма и нарушения катаболизма углеводного обмена [1,12]. Данное заболевание является разновидностью сахарного диабета [10]. При этом возможно прогрессирование ряда осложнений в течение гестации, и в процессе родоразрешения [2,3, 4,7,8]. Характер нарушений крайне разнообразен, не имеет тенденции к снижению [13]. При ГСД преобладают следующие патологические процессы: гестоз второй половины

беременности – 25 – 65%, осложнения при родовспоможении: дистоция плечиков – 6,3%, травмы новорожденных: перелом ключицы – 19%, дыхательные расстройства: асфиксия – 5,3%, и другие [6]. Данная проблема приобретает всё большую актуальность, так как зачастую гестация возникает спонтанно, беременность остаётся желанной, но не планируемой, отсутствует понятие прегравидарной подготовки, а при выявлении гестации не проводится полноценный контроль, и адекватная коррекция манифестных форм нарушений обмена углеводов [5].

Цель исследования: анализ течения гестации, родоразрешения, осложнений послеродового периода, а также состояния младенцев у пациенток с выявленным, и коррегированным гестационным сахарным диабетом.

Материал и методы исследований

Проведено исследование 54 рожениц. Возраст обследуемых с обнаруженным гестационным сахарным диабетом колебался в диапазоне от 18 до 43 лет. Из анализа были исключены: женщины с установленным до беременности, и выявленным в течение гестации инсулинзависимым и инсулиннезависимым сахарным диабетом, пациентки с заболеваниями щитовидной железы, тяжёлой соматической патологией, анатомически и клинически узким тазом. В исследовании регистрировали: ИМТ, который является показателем обмена веществ в организме, высоту стояния дна матки, окружность живота. ИМТ как параметр оценивали до беременности, а также в течение гестации. Изучали показатели глюкозы по стандартной методике на момент выявления гестационного сахарного диабета, а также эффективность медикаментозного лечения ГСД. Исследовали эхографические протоколы, проведённые в течение беременности, перед родами, оценивая стандартные биометрические данные - показатели размеров плода: головки, плечевого пояса, окружности живота, конечностей. Определяли характер осложнений в процессе родов, раннем послеродовом периоде, а также состояние младенцев, рождённых от матерей с выявленным ГСД. Тяжесть гестоза фиксировали с помощью балльной шкалы оценки осложнений по методике Савельевой Г.М. Также пользовались клиническими рекомендациями (протоколом обследования и лечения): «Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение», для включения и подбора соответствующего данной патологии контингента беременных.

Анализ данных, полученных в ходе проводимого исследования, обрабатывали с помощью статистической программы Statistica 6,0 for Windows, учитывая вычислительные методики соответствующие медико-биологическим. Достоверность различий, полученных в ходе анализа расценивали используя критерий Стьюдента.

Взаимозависимость отдельных величин между собой устанавливали, используя коэффициент корреляции r – Спирмена. Различия расценивались статистически значимы при $p < 0,05$.

Результаты анализа

Пациентки, подвергшиеся обследованию, относились к группам среднего и высокого риска возникновения перинатальных осложнений. Обнаружено, наличие отягощающего анамнеза по наследственной линии: это различные типы заболевания сахарным диабетом – 1, и в основном 2 типа у ближайших родственников, а также нарушения метаболизма углеводов. При этом

наследственность была отягощена по СД 1 типа у 3 пациенток, СД 2 типа у 16 женщин.

У 4 (7,4%) беременных ГСД был установлен в сроке 8 – 13 недель гестации, при этом уровень сахара венозной плазмы натощак был более или равен 5,1 ммоль/л, но менее 7,0 ммоль/л [6], у 20(37%) в период от 21 – 28 недель беременности, и в большинстве случаев у 29 (53,7%) женщин после 32 недель. Показания глюкозы при манифестации изучаемой формы сахарного диабета колебались в диапазоне от 5,2 – 6,4 ммоль/л. В абсорбтивный период, или промежуток времени, когда происходит процесс переваривания, через 2 – 2,5 часа после приёма пищи, цифры данного углевода повышались, достигая $6,7 \pm 2,7$ ммоль/л.

Степень выраженности рассматриваемой патологии варьировала следующим образом: у 19 – (35 %) исследуемых была констатирована лёгкая степень ГСД; в 35 – (64,8%) случаев отмечался ГСД средней степени тяжести. Для коррекции выявленного нарушения в первом случае применяли диетотерапию, во втором использовали лечение инсулином. Причём классическую схему проводили 16(29,6%) беременным, которые получали до $20,2 \pm 8,1$ Ед/сут. 19 (35,1%) пациенток подверглись инсулинотерапии короткого типа непосредственно перед употреблением пищи, с введением до $7,6 \pm 3,2$ Ед/сут. На фоне данной сахароснижающей терапии у всех пациенток уровень гликемии достиг нормальных значений: натощак он был равен $4,4 \pm 0,6$ ммоль/л, а по прошествии двух - трёх часов после приёма пищи составил $4,9 \pm 0,8$ ммоль/л, далее в течение дня регистрировались следующие значения в полдень $5,3 \pm 1,2$ ммоль/л, вечером в пять часов $5,3 \pm 0,9$ ммоль/л, в 21 час - $6,0 \pm 2,5$ ммоль/л.

Одно из проявлений метаболического синдрома при наличии ГСД – ожирение [9] было констатировано у 36 обследуемых – 66,6 %, у 10 – % наблюдалось повышение среднего ИМТ от $28,6 \pm 1,6$ кг/м², в 8 – 14,8%, случаях масса тела пациенток соответствовала физиологической норме, у 3 – 5,55% беременных было выявлено снижение массы тела ИМТ – $17,5 \pm 1,1$ кг/м².

Кроме того, изучение течения гестации при обнаружении ГСД показало наличие следующих групп сопутствующих осложнений:

- развитие гестоза 2-ой половины беременности – 41 (75,9%);
- гестационный пиелонефрит – 3(5,5%);
- наличие железодефицита – 19 (35,1%) ;
- отклонение от нормы количества околоплодных вод (ИАЖ): многоводие или маловодие – 8(14,8%);
- фетоплацентарная недостаточность – 26 (48,1%)
- признаки ВУИ (на основании УЗИ заключений) – 13(24%)
- различные заболевания, передающиеся половым путём (хламидиоз, ВПЧ, трихомонады, смешанные инфекции) – 21(38,8%)

УЗИ плода проведенные после 30 - 32 недель гестации, а также перед родами в 38 – 40 недель беременности, выявили наличие некоторых определённых диспропорций у плодов, при

наличии у их матерей ГСД. Так при проведении фетометрии плодов были обнаружены различия параметров частей тела плодов, а именно: большая окружность живота, на фоне широкого плечевого пояса, и относительно коротких конечностей. При этом, темпы прироста biparietalного размера головки, диаметра живота, длины плечиков,

конечностей были неравномерны, отличаясь от физиологической нормы, характерной для определённых сроков беременности, что подтверждается и работой В.И.Краснопольского и др. [11].

При анализе течения родов, и вида родоразрешения было установлено:

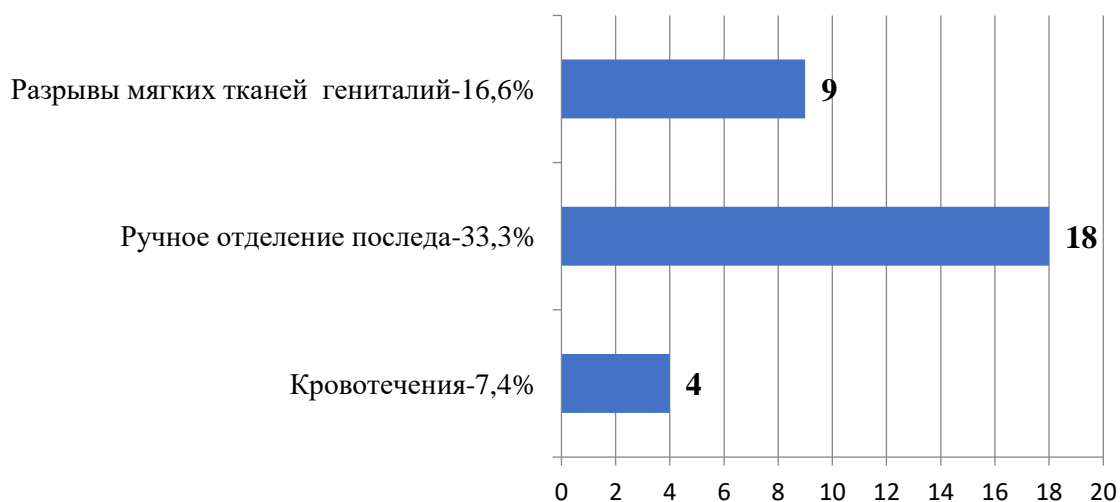
Виды и сроки родоразрешения

Роды	Количество	Проценты
Плановые оперативные	26	48,1
Экстренные оперативные	7	12,9
Физиологические роды	21	38,8
Индукция срочных родов	8	14,8
Срочные роды	50	92,5
Преждевременные роды	4	7,4

Осложнения, возникшие перед родами, и в родах



Осложнения послеродового периода у рожениц



Исходы родов у новорожденных

Исходы	Количество	Проценты
Нормальная масса плода 2900 – 3500	20	37
Крупный плод от 3850 – 4600	28	51,9
Маловесный плод 2700 - 1800	6	11,1
Диабетическая фетопатия	26	48,1
Неврологические отклонения	19	35,2
Сердечные и дыхательные расстройства	11	20,4
Желтуха новорожденных	23	42,6

Обсуждение результатов исследования

У беременных с ГСД оперативные роды превалировали: 33 (61,1%), по сравнению с самопроизвольными родами - 21 (38,8%) у беременных с ГСД было больше. Сроки родоразрешения при рассматриваемом нарушении гликемии, не отличались от таковых показателей у рожениц без патологии метаболизма глюкозы. Так срочные роды имели место у 50 (92,5%) пациенток, а ранние в 4 (7,4%) случаях.

В структуре осложнений течения беременности у пациенток с ГСД, чаще всего развивался гестоз 2 – ой половины беременности, как правило на фоне исходных соматических заболеваний до беременности, либо их дебюта в течение гестации. Данные патологические процессы возможно обусловлены нарушенным механизмом метаболизма глюкозы, в сочетании с разбалансировкой адаптационных возможностей материнского организма на фоне нейроэндокринной перестройки. Также в процессе беременности и родоразрешения, встречались и осложнения, связанные с затруднением родовой деятельности: её слабость, неправильное предлежание плода, дисточия плечиков, что сопровождалось наличием фетопатии, макросомии у плода, было вызвано определённой диспропорцией частей тела младенцев, и в некоторых случаях явилось причиной родового травматизма. Выявлена корреляционная связь между избыточным весом беременных $r=0,4$, $p=0,04$ возникновением токсикоза 2 – ой половины гестации $r=0,4$, $p=0,003$, и сопутствующим экстрагенитальным заболеванием – артериальной гипертензией $r=0,49$, $p=0,003$. Кроме того, установлена взаимосвязь между эмбриопатической фетопатией плодов и патологическим течением родовой деятельности: $r = 0,82$; $p=0,04$. Также имели место и дыхательные расстройства у новорожденных, которые могут быть связаны с замедлением и угнетением синтеза сурфактанта в лёгких, вследствие возможного нарушения углеводного обмена, что препятствует их распрямлению после вдоха. Можно предположить, что причиной неврологических симптомов наблюдающихся у таких младенцев, является гипогликемия[14], возникшая в ответ на разрыв связи с материнским организмом сразу после рождения, при этом секреция инсулина ещё некоторое время остаётся повышенной.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что при присоединении ГСД, связанного со сбоем углеводного метаболизма в течение беременности и родов происходят различные отклонения от её физиологического функционирования с вовлечением в патологический процесс деятельности органов и систем. Данная патология превносит дополнительную нагрузку для жизнедеятельности беременной, и растущего организма плода, даже при условии коррекции параметров гликемии.

Литература:

- 1.Блохин Н.Г., Шевченко Д.М. Гестационный сахарный диабет// Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва. 2017.№ 4(2).С.61-67. [Blokhin NG., Shevchenko DM. Gestational diabetes mellitus // Archive of Obstetrics and Gynecology named after V.F. Snegireva. 2017.No.4(2).S. 61-67.(InRuss)]
- 2.Додхоева М.Ф., Пирматов Д.А. Гестационный сахарный диабет: Современный взгляд на актуальную проблему// Вестник Авиценны. 2018. № 20(4).С. 445-461. [Dodkhoeva MF, Pirmatov DA. Gestational diabetes mellitus: A modern view of the actual problem // Bulletin of Avicenna. 2018. No.20 (4). S. 445-461.(InRuss)]
- 3.Ахметова Е.С., Ларева Н.В., Мудров В.А., и др. Особенности течения беременности при гестационном сахарном диабете, и прогнозирование диабетической фетопатии //Журнал акушерства и женских болезней. 2017. Т.66. №4. С.14-24. [Akhmetova ES, Lareva NV, Mudrov VA, et al. Features of the course of pregnancy with gestational diabetes mellitus, and prediction of diabetic fetopathy // Journal of Obstetrics and Women's Diseases. 2017.V.66. Number 4. S.14-24.(InRuss)]
- 4.Епишкина-Минина А.А., Хамошина М.В., Грабовский В.М., и др. Гестационный сахарный диабет: Современное состояние проблемы//Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2018. Т.6.№ 3.С.23-29.[Epishkina-Minina AA, Khamoshina MV, et al. Gestational diabetes mellitus: Current state of the problem // Obstetrics and Gynecology: news, opinions, training. 2018.V.6. No.3.S.23-29.(InRuss)]
- 5.Бондарь И.А., Малышева А.С. Осложнения и исходы беременности при гестационном сахарном диабете//Бюллетень сибирской медицины. 2014.Т.13.№2.С.5-9.[Bondar IA, Malysheva AS.

Complications and pregnancy outcomes with gestational diabetes mellitus // Bulletin of Siberian medicine. 2014. Т.13. №2. С.5-9. (InRuss)]

6. Дедов И.И., Краснополяский В.И., Сухих Г.Т. Российский национальный консенсус «Гестационный сахарный диабет. Диагностика, лечение, послеродовое наблюдение». Сахарный диабет. 2014; 4: 4-10. [Dedov II, Krasnopolsky VI, Sukhikh GT. Russian National Consensus Gestational Diabetes. Diagnosis, treatment, postpartum monitoring. Diabetes mellitus. 2014; 4: 4-10. (InRuss)]

7. Петрухин В.А., Бурумкулова Ф.Ф. Гестационный сахарный диабет // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва. 2014. № 1(2). С.48-51. [Petrukhin VA, Burumkulova FF. Gestational diabetes mellitus // Archive of Obstetrics and Gynecology named after V.F. Snegirev. 2014. No. 1(2). S.48-51. (InRuss)]

8. Махтибекова З.А., Васина А.А., Голикова Н.С., и др. Гестационный диабет. Современные критерии диагностики // Вестник РУДН. Серия: Медицина, 2016 №2. С.150-158. [Makhtibekova Z.A., Vasina AA, Golikova NS, et al. Gestational diabetes. Modern diagnostic criteria // Bulletin of RUDN University. Series: Medicine, 2016 No.2, P. 150-158. (In Russ)]

9. Новикова О.Н., Веселкова О.В. Факторы риска и диагностика гестационного сахарного диабета // Фундаментальная и клиническая медицина. 2017. Т.2. №3, С.76-80. [Novikova ON, Veselkova OV. Risk factors and diagnosis of gestational diabetes mellitus // Fundamental and clinical medicine. 2017. T.2. (3), S.76-80. (InRuss)]

10. Бардымова Т.П., Березина М.В., Михалёва О.Т., и др. Ожирение и гестационный сахарный диабет // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2015. №4. С.9 – 13. [Bardymova TP, Berezina MV, Mikhalyova OT, et al. Obesity and gestational diabetes mellitus // Siberian Medical Journal (Irkutsk). 2015 (4). S. 9 - 13. (InRuss)]

УДК: 616-08-039.73

ГРНТИ: 76.29.29

11. Краснополяский В.И., Петрухин В.А., Чечнева М.А. Антенатальная ультразвуковая диагностика диабетической фетопатии и макросомии // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва. 2014. № 1(2). С. 51– 53. [Krasnopolsky VI, Petrukhin VA, Chechneva MA. Antenatal ultrasound diagnostics of diabetic fetopathy and macrosomia // Obstetrics and Gynecology archive named after V.F. Snegireva. 2014 (2). S. 51–53. (InRuss)]

12. Беловоденко М.А., Зенкова М.А., и др. Влияние гипергликемии на плод при гестационном и манифестном сахарном диабете 2 типа // Сибирский медицинский научный журнал. 2018. №2. С.34-42. [Belovodenko MA, Zenkova MA, et al., Effect of hyperglycemia on the fetus with gestational and manifest type 2 diabetes mellitus // Siberian Medical Scientific Journal. 2018(2). S.34 - 42. (InRuss)]

13. Янкина С.В., Шатрова Н.В., Берстнева С.В., и др. Особенности течения и исходы беременности у женщин с гестационным сахарным диабетом // Российский медико – биологический вестник имени академика И. П. Павлова. 2018. Т. 26. №1. С.96 – 105. [Yankina SV, Shatrova NV, Berstneva SV, et al. Peculiarities of the course and outcomes of pregnancy in women with gestational diabetes mellitus // Russian Medical and Biological Bulletin named after academician I.P. Pavlov. 2018. T.26. No. 1. S.96 – 105. (InRuss)]

14. Лалаян Р.С., Барашян Л.Г., Кешян М.А., и др. Параметры гипо и гипергликемического статуса в раннем внеутробном периоде // Уральский научный вестник №3. 2019. Vol.2. №3. С.18-23. [Lalayan RS, Barasyhan LG, Keshchyan MA, et al. Parameters of hypo and hyperglycemic status in the early prenatal period // Ural Scientific Herald №3. 2019. Vol. 2. (3). S.18-23. (InRuss)]

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КАПЕЛЬ ПЛЕТНЕВА №5 ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ВЗРОСЛЫХ

DOI: [10.31618/ESU.2413-9335.2020.3.72.632](https://doi.org/10.31618/ESU.2413-9335.2020.3.72.632)

Плетнев Владимир Владимирович

*Кандидат медицинских наук, докторант, старший научный сотрудник
Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский
исследовательский центр кардиологии»*

*Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Москва*

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF PLETNEV DROPS NO. 5 IN THE TREATMENT OF DISEASES OF THE HEPATOBILIARY SYSTEM IN ADULTS PATIENTS

Pletnev Vladimir Vladimirovich

*Candidate of medical Sciences, doctoral student, senior researcher of
Federal state budgetary institution "national medical research center of cardiology" of the Ministry of
health of the Russian Federation,
Moscow*