Г.Н. УТЕГЕНОВА

БЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БЕРЕМЕННОЙ С СД I ТИПА ПОСЛЕ ДОСРОЧНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

(случай из практики)

АО «Национальный научный центр материнства и детства», г. Астана

Благополучный исход при беременности у женщины-диабетика возможен. Однако создается большая угроза жизни женщины и плода в случае нарастания осложнений СД. Планирование беременности и ведение беременности необходимо только в состоянии компенсации заболевания.

Ключевые слова: СД I типа, беременность, офтальмологические изменения.

Заболеваемость сахарным диабетом (СД) имеет тенденцию стремительного роста во всех странах мира. Известно, что детский и юношеский диабет оказывает наиболее неблагоприятное влияние на репродуктивную функцию и ему зачастую сопутствует тяжелая хроническая патология почек, глаз, а также сердечно-сосудистые нарушения, нейропатия, инфекции и др. [1]. Исход беременности у этой группы больных в значительной степени зависит от типа СД, продолжительности заболевания, компенсации углеводного обмена на этапе предгравидарной подготовки и в процессе гестации, от выраженности осложнений СД, наличия сопутствующей соматической патологии [2]. Существуют степени риска развития осложнений у беременных с сахарным диабетом [1]:

I степень - беременные с диабетом взрослых незначительной продолжительности, с латентным и гестационным диабетом, у которых сосудистые осложнения встречаются редко, представлены в основном ангиопатией и ангиопапиллопатией сетчатки;

II степень - беременные с диабетом при наличии начальных, незначительно выраженных сосудистых осложнений;

III степень - 1 тип диабета, возникающий в детском и юношеском возрастах, осложняющийся пролиферирующей ретинопатией, нефропатией, ретинонефропатией, ишемической болезнью сердца.

При III степени риска беременность абсолютно противопоказана.

В развитии диабетической ретинопатии различают несколько стадий:

- появляются микроаневризмы, расширяются вены сетчатки, образуются экссудаты;
- кровоизлияния, снижение зрения;
- пролиферативная ретинопатия, могущая привести к отслойке сетчатки глаза и слепоте [3,4].

Во время беременности зачастую отмечается прогрессирование диабетической ретинопатии, на фоне возникновения диабетического гломерулосклероза развивается тяжелая форма гестоза. У 60-70 % беременных в этой связи нередко возникает необходимость прерывания беременности, обусловленной выраженностью микрососудистых осложнений СД, в том числе прогрессированием ретинопатии [1]. Абсолютным противопоказанием для пролонгирования беременности является неподдающийся терапии тяжелый гестоз, прогрессирование диабетической нейропатии, а также прогрессирование диабетической пролиферативной ретинопатии, т.е. только по жизненным показаниям со стороны матери. По данным ряда авторов, частота преждевременных родов при СД колеблется от 25 до 60 %, а частота родоразрешения путем кесарева сечения при СД 1-го типа достигает 80 %, при СД 2-го типа составляет 22-55 % [2].

Больная Н., 23 лет, поступила в АО «ННЦМД». Диагноз при поступлении: беременность 29 недель; СД 1 типа, в стадии декомпенсации; диабетическая полинейропатия верхних конечностей, нижних конечностей; ХАН 11; хронический пиелонефрит, латентное течение; диабетическая нефропатия, латентное течение; диабетическая нефропатия 3 ст. ХПН 0; диабетическая вегетативная кардиальная нейропатия, тахикардиальный синдром; резидуальная энцефалопатия, синдром ликворно-сосудистой дистензии, цефалгический синдром; АИТ; эутироз; ЖДА легкой степени; многоводие, отеки вызванные беременностью.

Из анамнеза: страдает СД тяжелой степени с 8 лет. За неделю до госпитализации отмечает появление отеков нижних конечностей, увеличение гликемии, при амбулаторном исследовании отмечалось повышение креатинина (до 118 ммоль/л). В связи с прогрессированием осложнений, по медицинским показаниям роженица госпитализирована в центр. В отделении проводилась комплексная, квалифицированная терапия по основному заболеванию и его осложнениям. Беременная получала сосудистые, нейропротекторные, ангиопротекторные препараты и т.д. Проводились клинико-лабораторные исследования. Проконсультирована офтальмологом. Предъявила жалобы на значительное ухудшение предметного зрения обоих глаз, в виде «тумана», которое стала отмечать в течение последних 7 дней, не поддающиеся очковой коррекции. Из анамнеза стало известно, что страдает близорукостью слабой степени со школы, но все эти годы зрительные функции с коррекцией, со слов больной, отмечала высокие.

При исследовании: визус OD-0,09 с кор с(-)2,5 = 0,4, визус OS-0,09 с кор с(-)2,5 = 0,4. Офтальмотонус - 18/19 мм ртутного столба. При биомикроскопии: передний отрезок спокоен, признаков рубеоза нет, хрусталик прозрачный, в стекловидном теле деструкция. Глазное дно: д.з.н. бледно-розовые, контуры четкие, артериовенозное соотношение – 1:4, ход сосудов - резко извитой, калибр неравномерный, местами в виде мешочков, колбочек микроаневризмы, по ходу сосудов множественные свежие очаги геморрагии, белесоватые участки пролиферации. В макулярной зоне множественные свежие кровоизлияния. Данные изменения отражены на рисунке 1.



Рисунок 1

Фото глазного дна при первом осмотре

Проведено В - сканирование: оболочки прилегают, в стекловидном теле деструкция, пристеночно эхосигналы более уплотненные. Офтальмологический диагноз: диабетическая препролиферативная ретинопатия, экссудативно-геморрагическая фаза OU; приобретенная миопия слабой степени OU.; степень риска развития осложнений - III.

В виду преэклампсии, нарастания многоводия, нарушения плацентарного кровотока, развивающуюся гипоксию плода, в связи с прогрессированием ретинопатии, риском гемофтальма, беременная родоразрешена оперативным путем. Родился мальчик весом 1 800 граммов, рост 44 см, ОГ-28, окружность груди 27 см, с оценкой по шкале Апгар 5-7 баллов. Состояние при рождении оценено как тяжелое, за счет респираторных нарушений, на фоне диабетической фетопатии, морфологической незрелости органов. Ребенку выставлен диагноз: неонатальная пневмония тяжелой степени, период реконвалесценсии; ДН 0 степени; церебральная ишемия 2-й степени, синдром вегетовисцеральных нарушений, ранний восстановительный период; ВПС: мышечный трабекулярный ДМЖП. ПФК: ООО. Недоношенность 29 недель. Обследован и получил лечение в ОРИТН, затем на 14 день жизни переведен в отделение 2-го этапа выхаживания новорожденных, где продолжал получать терапию. На 18 день жизни выписан в удовлетворительном состоянии домой.

Повторный осмотр офтальмологом проведен на 3 сутки после родов. Со слов пациентки, после родоразрешения субъективно отмечала улучшение общего состояния и повышение зрения в обоих глазах. При исследовании: визус OD-0,3 с кор с(-)2,5 = 0,8, визус OS-0,3 с кор с(-)2,5 = 0,8. Передний отрезок спокоен, оптические среды прозрачные, деструкция в стекловидном теле. Визус 0,3/0,3 с кор с(-)2,5 = 0,8/0,8. Глазное дно: при офтальмоскопии отмечалась положительная динамика – кровоизлияния уменьшились, сохранялись единичные геморрагические очажки, свежих элементов не выявлено, пролиферативные участки значительно уменьшились, артериовенозное соотношение 2:4, в парамакулярной области очажки несвежего кровоизлияния, с тенденцией уменьшения. Соматически также отмечалось улучшение. Женщина и ребенок выписаны в удовлетворительном состоянии домой. Данные положительной динамики глазного дна отражены на рисунке 2.

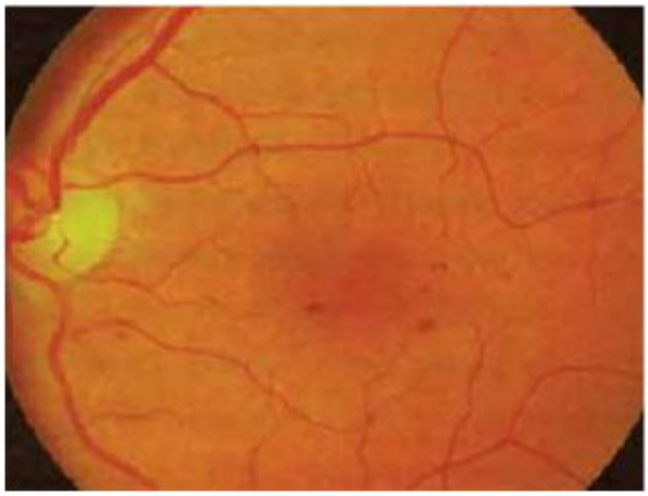


Рисунок 2

Фото глазного дна на 3 сутки после родов

В данном клиническом случае больной была противопоказана беременность, тем более ее пролонгирование. Раннее начало заболевания (в 8 лет), тип сахарного диабета (СД 1 тип), относятся к III типу степени риска развития осложнений у беременных с сахарным диабетом, как сказано выше, при этой степени риска беременность абсолютно противопоказана. У беременной возникли осложнения, угрожающие не только ей самой, но и плоду. Только благодаря оказанной квалифицированной помощи удалось сохранить жизнь матери и ребенка. Анализируемый клинический случай показывает степень риска и обоснованность противопоказаний самой беременности и ее пролонгирования, а также демонстрирует тяжесть сосудистой патологии развивающейся у больной СД.

Таким образом, благополучный исход при беременности у женщины-диабетика возможен. Однако создается большая угроза жизни женщины и плода в случае нарастания осложнений СД. Планирование беременности и ведение беременности необходимо только в состоянии компенсации заболевания.

Список литературы:

1. Евсюкова И.И., Кошелева Н.Г. Сахарный диабет: беременные и новорожденные - Изд. 2-е, перераб. и доп. - Москва: «Миклош». - 2009. – 272 с.
2. Потин В.В., Боровик Н.В., Тиселько А.В. и др. Сахарный диабет и репродуктивная система женщины: пособие для врачей / Под ред. Айламазяна Э.К. - СПб.: «Н-ЛИ». - 2008. - 40 с.
3. Балаболкин М. И. Сахарный диабет. - Москва: «Медицина». - 1994. - С. 30-33.
4. Кацнельсон Л.А., Фарофонова Т.И., Бунин А.Я. Сосудистые заболевания глаза. - Москва: «Медицина». - 1990. – 270 с.

ТҮЙІН

Г.Н. ӨТЕГЕНОВА

І ТИПТІ ҚАНТ ДИАБЕТІМЕН БОСАНҒАН ӘЙЕЛДЕГІ ОФТАЛЬМОЛОГИЯЛЫҚ ӨЗГЕРІСТЕРДІҢ ОҢ НӘТИЖЕСІ

(тәжірибеде болған жағдай)

АҚ «Аналық және балалардың ғылыми ұлттық орталығы», Астана қаласы

Жүктілік әйелдердің қант диабетінің асқынуының дамуы ана мен бала үшін үлкен қауіпті болып келеді. Бұл мақалада аман босанған үдемелі ретинопатиямен, ауыр гестозбен және басқа қант диабетінің асқынуларымен ауырған әйелдің клиникалық уақиғасы туралы жазылған.

Негізгі сөздер: І типті ҚД, жүктілік, офтальмологиялық өзгерістер.

SUMMARY

G.N. UTEGENOVA

FAVOURABLE OUTCOME OF THE OPHTALMOLGIC ALTERATIONS OF A GRAVID WITH DIABETES MELLITUS II TYPE AFTER A PREMATURE DELIVERY
(a case from practice)

JSC “National research center for maternal and child health”, Astana city

The developments of complications of diabetes mellitus type 1 during pregnancy are of great risk to mother and child. This article describes the clinical case of successful delivery in women with advanced retinopathy, severe gistozom and other complications of diabetes.

Key words: insulin-dependent diabetes, pregnancy, ophthalmologic changes.

Г.Р. ЖАКИЕВА, М.А. ЖАППАРОВА, Т.Ж. АЛДАШЕВА, М.У. УРАЗБАГАМБЕТОВА

УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА

(случай из практики)

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, г. Актобе

Авторы статьи на основе случая из практики описали выявление клинических признаков заболевания, своевременную диагностику и адекватное лечение узловатой эритемы.

Ключевые слова: узловатая эритема, диагностика, лечение.

Узловатая эритема – это заболевание, которое может иметь различное происхождение (в том числе и инфекционное), проявляющееся появлением плотных красных узлов на коже чаще нижних конечностей.

Заболевание обусловлено воспалительным поражением мелких сосудов кожи и подкожной жировой клетчатки. Однако узловатая эритема нередко является проявлением серьезного системного поражения внутренних органов, что требует очень внимательного отношения к выявленному кожному симптому. Впервые описал эту яркую патологию английский дерматолог R. Willan в 1798 г., однако, до сих пор при анализе причин и способов лечения узловатой эритемы остается много сложностей. В недавнем исследовании, средняя ежегодная заболеваемость гистологически подтвержденной узловатой эритемы - 52 случая на миллион. Большинство случаев узловатой эритемы происходит в пределах первой половины года, вероятно из-за большей частоты стрептококковых инфекций в это время года.

Факторы риска или причины появления узловатой эритемы:

- женский пол;
- саркоидоз;
- зимне-весенний период;
- А–стрептококковая инфекция;
- наследственная предрасположенность (наличие эпизодов узловатой эритемы у родственников);
- ревматическое заболевание (ревматоидный артрит, СКВ, ОРЛ и др.);
- беременность;
- болезнь Крона и другие желудочно-кишечные заболевания;
- интоксикация, прием лекарственных препаратов;
- онкологические заболевания и др.

У больного (вне зависимости от возраста) появляются плотные, ярко - красные отечные болезненные узлы размером от горошины до грецкого ореха на симметричных поверхностях голеней и стоп, реже – бедер и предплечий. Эти узлы слегка возвышаются над кожей, не имеют четких границ, никогда не сливаются друг с другом и не изъязвляются. Постепенно в ходе заболевания узлы последовательно изменяют свою окраску – от синюшной эритемы до зеленовато-желтой и затем исчезают через 3-6 недель, не оставляя после себя следа. Зачастую появление узлов сочетается с изменением общего самочувствия. Отмечается повышение температуры тела, появляются боли в суставах и мышцах. Иногда узловатая эритема может появляться одиночным плоским узлом, в дальнейшем превращающимся в кольцевидную