

Течение беременности и родов на фоне гестационного сахарного диабета

Научный руководитель – Пасман Наталья Михайловна

Маркдорф Софья Аркадьевна

Студент (специалист)

Новосибирский государственный университет, Медицинский факультет, Новосибирск,
Россия

E-mail: markdorf92@mail.ru

Введение: Частота встречаемости гестационного сахарного диабета (ГСД) в популяции увеличивается с каждым годом. Около 20% беременных страдает от нарушения углеводного обмена в нашей стране [1]. Актуальность изучения данной патологии продиктовано большим количеством осложнений, возникающих у пациенток в течение беременности и родов [2].

Цель: Выявить особенности течения беременности и родов у больных гестационным сахарным диабетом.

Материалы и методы: Сформировано две группы беременных по 40 человек. Критериями включения в исследование стали: обследование, лечение и родоразрешение на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Городской клинической больницы №1», верифицированный диагноз ГСД во время текущей беременности, по поводу которого пациентки получали лечение (дието- или инсулинотерапия). Контрольную группу составили беременные без нарушения углеводного обмена с физиологически протекавшей беременностью. Методы исследования: клинико-анамнестический (сбор анамнеза, осмотр), лабораторный (особенности клинико-лабораторного статуса) и инструментальный (ультразвуковое исследование).

Результаты: Беременные с нарушением углеводного обмена демонстрировали достоверно больший исходный индекс массы тела, чем женщины с физиологически протекавшей беременностью ($P \leq 0,001$). Около 20% пациенток с гипергликемией во время беременности демонстрировали признаки угрожающего самопроизвольного выкидыша. Помимо этого, у пациенток с нарушением углеводного обмена беременность достоверно чаще завершалась оперативным способом ($P \leq 0,001$). Изучение росто-весовых показателей новорожденных показало, что в группе беременных с диабетом количество крупных детей (весом более 4000,0 г и ростом более 52 см) в два раза превысило аналогичный показатель контрольной группы (40% и 20% соответственно). Однако, несмотря на то, что все пациентки с гестационным диабетом получали терапию, 43% новорожденных демонстрируют признаки диабетической фетопатии.

Выводы: 1. Высокий показатель ИМТ до беременности достоверно коррелирует с частотой ГСД ($P \leq 0,001$).

2. Частота осложнений во время беременности и родов достоверно выше у пациенток с гипергликемией ($P \leq 0,05$), по сравнению с контрольной группой, что приводит к статистически значимому увеличению количества родоразрешений оперативным способом ($P \leq 0,001$).

3. Количество крупных детей, рожденных вследствие физиологически протекавшей беременности, в два раза меньше, чем в группе пациенток с ГСД, в которой 43% составляют новорожденные с признаками диабетической фетопатии независимо от метода коррекции гипергликемии.

Источники и литература

- 1) 1. Дедов И.И., Краснопольский В.И., Сухих Г.Т. и др. Клинические рекомендации (протокол лечения) "Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение". 2013.
- 2) 2. American Diabetes Association. Management of Diabetes in Pregnancy // Diabetes Care. 2016. №. 39. С. 94–98.