

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Киселевич Михаил Федорович

*доцент, канд. мед. наук, Белгородский национальный исследовательский
университет (НИУ «БелГУ»), РФ, г. Белгород*

E-mail: kiselevich@bsu.edu.ru

Киселевич Марианна Михайловна

*канд. мед. наук, старший преподаватель, Белгородский национальный
исследовательский университет (НИУ «БелГУ»), РФ, г. Белгород*

Киселевич Виктор Михайлович

*врач-терапевт Муниципальная городская клиническая больница (МГКБ) № 1,
РФ, г. Белгород*

Минаева Екатерина Сергеевна

*студент Белгородский национальный исследовательский университет (НИУ
«БелГУ»), РФ, г. Белгород*

FEATURES OF PREGNANCY AND DELIVERY IN WOMEN WITH GESTATIONAL DIABETES MELLITUS

Kiselevich Mikhail

*associate Professor, Ph.d. honey, Belgorod National Research University, Russia,
Belgorod*

Kiselevich Marianna

*cand. Med. Sciences, senior lecturer, Belgorod National Research University, Russia,
Belgorod*

Kiselevich Victor

therapist City Hospital № 1, Russia, Belgorod

Minaeva Ekaterina

student Belgorod National Research University, Russia, Belgorod

АННОТАЦИЯ

Проведен анализ течения беременности и родов у 322 (2,0 %) женщин с гестационным сахарным диабетом. Среди исследуемых преобладали повторнородящие в возрасте 26—30 лет жительницы городской местности. Течение беременности и родов характеризовалось высоким процентом осложнений (79,5 % и 72,4 % соответственно). В 65,2 % случаях роды закончились операцией кесарево сечение и только у 34,8 % — через естественные родовые пути. Послеродовой период у 12 (3,7 %) осложнился эндометритом и субинволюцией матки.

ABSTRACT

Analysis of pregnancy and childbirth have 322 (2,0 %) and women with gestational diabetes mellitus. Among the studied dominated multiparous at the age of 26—30 years, women in urban areas. Pregnancy and childbirth was characterized by a high rate of complications (79,5 % and 72,4 %, respectively). At 65,2 % of births were by Cesarean section and only 34,8 percent vaginal birth. Postpartum period 12 (3,7 %) and complicated endometritis and subinvolution of the uterus.

Ключевые слова: гестационный сахарный диабет; беременность; осложнения.

Keywords: gestational diabetes; pregnancy; complications.

Введение. Гестационный сахарный диабет (ГСД) занимает ведущее место в структуре перинатальной заболеваемости и смертности и является одной из наиболее сложных проблем современного акушерства [3, с. 19; 6, с. 3; 9, с. 64]. Несмотря на достижения акушерской диабетологии, общая частота осложнений беременности и заболеваемость новорожденных при ГСД не снижается ниже 80 %. Течение беременности при ГСД осложняется развитием гестоза в 25 %—65 % случаев, а тяжелые его формы отмечаются в 2,9—3,7 % наблюдений [1, с. 49; 5, с. 65]. Дистоция плечиков при ГСД достигает 6,3 %, перелом ключицы у новорожденного – 19%, паралич Эрба — 7,8 %, тяжелая асфиксия — 5,3 % [2, с. 36; 4, с. 155]. Показатели смертности плодов и новорожденных с массой тела 4000 г. и более в 1,5—3 раза выше, чем при рождении детей с нормальными весовыми параметрами [6, с. 5; 14, Р. 128].

Частота распространенности ГСД в различных странах мира составляет 1,5—13 % от общего числа беременностей и, в значительной степени, зависит от изучаемой популяции и используемых критериев диагностики. В России ГСД составляет 2—4 % по отношению ко всем беременностям. Он встречается в 10 раз чаще, чем диабет, имевший место до беременности, но диагноз выставляют лишь у каждой третьей из заболевших. Это приводит к осложненному течению беременности, родов, высокой перинатальной заболеваемости и смертности у

потомства (в 1,5—2 раза выше, чем в популяции), неблагоприятным отдаленным последствием у матери [7, с. 118; 8, с. 74; 11, с. 603]. Прослеживается очевидная связь этой патологии с беременностью и родами. Так, нерожавшая женщина имеет шанс заболеть СД в 6 раз более низкий, чем та, у которой было 6 беременностей. Если же во время беременности имелись признаки нарушения углеводного обмена (гестационный сахарный диабет), то вероятность развития явной клинической формы заболевания через 10—15 лет составляет 60 % [5, с. 64; 13, Р. 127].

Факторами риска развития ГСД являются: избыточный вес (ИМТ более 25 кг/м²), отягощенная наследственность в отношении СД 2 типа, наличие ГСД при предыдущих беременностях, рождение в прошлом ребенка с весом более 4000 г, мертворождение, невынашивание в анамнезе, глюкозурия, многоводие, патологическая прибавка веса при данной беременности, гликемия натощак более 5,5 ммоль/л во время беременности, возраст беременной женщины старше 30 лет [1, с. 49; 10, с. 5].

У большинства беременных заболевание протекает с невыраженной гипергликемией и отсутствием явных клинических симптомов, одной из особенностей ГСД являются трудности его диагностики и поздняя выявляемость [6, с. 6; 12, Р. 1107]. В ряде случаев диагноз ГСД устанавливается ретроспективно после родов по фенотипическим признакам диабетической фетопатии (ДФ) у новорожденного или вообще пропускается. Именно поэтому во многих странах (особенно с высокой частотой СД 2 типа в популяции) проводится активный сплошной скрининг на выявление этого серьезного осложнения беременности [13, Р. 127].

Цель исследования. Изучить особенности течения беременности и родов у женщин с гестационным сахарным диабетом.

Материалы и методы исследования. Произведен анализ историй родов у женщин с гестационным сахарным диабетом за 2010—2012 гг. в Перинатальном центре Белгородской областной клинической больницы святителя Иоасафа. Материал был подвергнут статистической обработке.

Результаты исследования и обсуждение. За 3 года в Перинатальном центре было проведено 16 181 родов, из них — с гестационным сахарным диабетом было 322 случая, что составляет 2,0 %. По годам отмечался рост числа родов (с 5100 до 5897), а также рост родов у женщин с гестационным сахарным диабетом (с 102 до 129 случаев).

Из обследованных преобладали жительницы городской местности — 220 (68,3 %) женщин, а из сельской местности — 102 (31,7 %).

По возрасту, женщины распределились следующим образом: до 20 лет 6 (1,8 %), от 21—25 лет — 67 (20,8 %), от 26—30 лет — 109 (33,9 %), от 31—35 лет — 98 (30,4 %), от 36—40 — 73 (22,7 %) и свыше 40 лет — 15 (4,7 %) женщин.

По социальному положению служащих было 160 (49,6 %), рабочих — 41 (12,7 %) и домохозяйек — 121 (37,6 %) женщин. Состояли в браке — 210 (65,2 %) и одинокие 112 (34,8 %) женщины.

Первородящих было 142 (44,1 %) и повторнородящих 180 (55,9 %) женщин. У 17 (5,3 %) беременность наступила после ЭКО. Первичная явка беременных на диспансерный учет в женскую консультацию до 12 недель составила 68 %, а поздняя — 32 %. Заблаговременная дородовая госпитализация была у 243 (75,4 %) беременных женщин.

Из анамнеза у 95 (29,5 %) женщин имелись искусственные аборты, у 39 (12,1 %) — самопроизвольные аборты, у 42 (13,0 %) был обнаружен кольпит, у 50 (15,5 %) — хламидиоз, у 25 (7,8 %) — миома матки, у 43 (13,4 %) — хроническая внутриутробная инфекция (ВУИ), у 57 (17,7 %) — инфекции передаваемые половым путем (ИППП). Кроме того, большинство беременных (201 — 62,4 %) страдали различными экстрагенитальными заболеваниями. Так, у 93 (28,9 %) женщин — ожирение, у 38 (11,8 %) — хронический пиелонефрит, у 34 (10,6 %) — миопия, у 21 (6,5 %) — варикозная болезнь, у 15 (4,7 %) — хронический холецистит.

Течение беременности было неблагоприятным и характеризовалось различными акушерскими перинатальными осложнениями. Наиболее часто встречалась хроническая внутриутробная гипоксия плода (ХВГП) у 81 (25,1 %),

анемия беременных была зарегистрирована у 42(13,0%), отеки у 37 (11,5 %), ранний токсикоз у 16 (5,0 %), гестоз у 57 (17,7 %), многоводие у 36 (11,2 %), хронический пиелонефрит у 18 (5,6 %), угроза прерывания беременности у 9 (2,7 %). Таким образом, осложнения в период беременности наблюдались у 256 (79,5 %) женщин.

Срочные роды имели место у 302 (93,8 %) женщин, преждевременные — у 20 (6,2 %) женщин. Через естественные родовые пути родоразрешились 112 (34,8 %) женщин, а операцией кесарево сечение — 210 (65,2 %) женщин. Показаниями к оперативному родоразрешению явились: у 76 (23,6 %) — прогрессирующая внутриутробная гипоксия плода, у 47 (14,6 %) — аномалии родовой деятельности, у 44 (13,7 %) — клинически узкий таз, у 23 (7,1 %) — рубец на матке, у 16 (5,0 %) — тазовое предлежание, у 4 (1,2 %) — неправильное положение плода

У большинства женщин роды осложнились различной акушерской патологией. Так, у 71 (22,0 %) отмечено несвоевременное излитие вод, у 50 (15,5 %) — хроническая внутриутробная гипоксия плода (ХВГП), у 40 (12,4 %) — аномалиями родовых сил, у 18 (5,6 %) — разрыв шейки матки, у 31 (9,6 %) — эпизиотомия, у 14 (4,3 %) — перинеотомия, у 9 (2,8 %) — ручная ревизия матки. Таким образом, осложнения в родах наблюдались у 233 (72,4 %) женщин.

Всего родилось 333 детей, причем 11 (3,4 %) из двойни. Живыми родилось 328 детей и в 5 случаях мертворожденными (антенатальная смерть).

По полу мальчиков родилось 199 (59,8 %) и девочек 134 (40,2 %). Масса детей при рождении до 2000 г составила — 14 (4,2 %), от 2001—2500 г — 20 (6,0 %), от 2501—3000 г — 33 (9,9 %), от 3001—3500 г — 54 (16,2 %), от 3501—4000 г — 105 (15,3 %), от 4001—5000 г — 90 (27,0 %) и свыше 5000 г — 6 (1,8 %). Таким образом, количество мальчиков преобладало над количеством девочек (59,8 % и 40,2 % соответственно) и в 60,4 % случаев они родилось с большой массой тела.

Оценку по шкале Апгар на первой минуте при рождении 0 баллов имели 5 (1,5 %) детей, от 3—4 баллов — 9 (2,7 %), от 5—6 баллов — 22 (6,6 %), от 7—8

баллов — 197 (59,1 %) детей. Всем новорожденным, родившимся в асфиксии, были проведены реанимационные мероприятия.

Послеродовой период у большинства родильниц и новорожденных протекал удовлетворительно и только у 12 (3,6 %) осложнился эндометритом и субинволюцией матки.

Таким образом, течение беременности и родов у женщин с гестационным сахарным диабетом характеризовалось высоким процентом осложнений (79,5 % и 72,4 % соответственно). Частота беременных с гестационным сахарным диабетом в Белгородском перинатальном центре составляет 2,0 % случаев. Основным методом родоразрешения было кесарево сечение у 65,2 % и только у 34,8 % роды проведены через естественные родовые пути. В родах преобладали новорожденные родившиеся с большой массой тела (60,4 %).

Список литературы:

1. Бурумкулова Ф.Ф. Гестационный сахарный диабет: факторы риска, контроль гликемии и профилактика диабетической фетопатии /Ф.Ф. Бурумкулова, В.А. Петрухин, Н.А. Куликов, Ю.Б. //Российский вестник акушера-гинеколога. — 2007. — Т. 7. — № 3. — С. 47—51.
2. Бурумкулова Ф.Ф. Особенности течения беременности и родоразрешения при гестационном сахарном диабете /Ф.Ф. Бурумкулова, Т.С. Коваленко, В.А. Петрухин, М.В. Троицкая, Ю.Б. Котов // Материалы XI Всероссийского научного форума «Мать и дитя». 2010. — С. 36.
3. Горгидзе А.О. Эффективность гипербарической оксигенации в комплексе лечения гестационного сахарного диабета: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. 2012. — 19 с.
4. Журнал акушерства и женских болезней. — 2010. — Т. LIX. — № 5. — С. 155.
5. Зефирова Т.П. «Гестационный сахарный диабет» / Т.П. Зефирова/. Практическая медицина. — 2008. — № 27. — С. 64—65.

6. Краснопольский В.И., Гестационный диабет: новый взгляд на старую проблему/В.И. Краснопольский, В.А. Петрухин, Ф.Ф. Бурумкулова //Акушерство и гинекология. — 2010. — № 2. — С. 3—7.
7. Петрухин В.А. Профилактика перинатальных осложнений при сахарном диабете/В.А. Петрухин, Т.В. Павлова, Ф.Ф. Бурумкулова, Е.С. Малютина //Проблемы репродукции (специальный выпуск). 2008. — С. 118.
8. Петрухин В.А. Экстракорпоральное оплодотворение и гестационный сахарный диабет: новая проблема/В.А. Петрухин, М.В. Капустина, Ф.Ф. Бурумкулова, Л.У. Долгиева, С.Ю. Лукашенко //Российский вестник акушера-гинеколога. — 2011. — Т.П. — № 1. — С. 73—76.
9. Рогозин А.К. «Проблемы женского здоровья»/ А.К. Рогозин. — 2009. — Т. 4. — № 4. — С. 64—76.
10. Тимохина Е.С. /Е.С. Тимохина, Т.В. Саприна, Ю.А. Кабирова, И.Н. Ворожцова / «Мать и дитя в Кузбассе». — 2011. — № 3. — С. 3—9.
11. Троицкая М.В. Особенности течения раннего неонатального периода у новорожденных от матерей с гестационным сахарным диабетом/М.В. Троицкая, Ф.Ф. Бурумкулова, Н.Ф. Башакин, И.И. Бочаров //Материалы XI Всероссийского научного форума «Мать и дитя». 2010. — С. 603—604.
12. Dreval A., Komerdu I., Nechaeva O., Britvin T., Petrukhin V., Burumkulova F., Gasparyan S., Murzina A., Shestakova T., Chikh I. The Primary Hyperparathyroidism Accidentally Revealed in Pregnant Woman //ENDO 2010 Abstract Endocrine Reviews. — 2010. — Suppl. 1. — 311 [3]. — P. 1107.
13. Burumkulova F., Kapustina M., Petrukhin V., Dolgieva L. Gestational diabetes and mellitus after extracorporal fertilization //5th international simposium on Diabetes and Pregnancy. Italy. 2009. — P. 127.
14. Petrukhin V., Mravvan S., Burumkulova F. 24-h Holter monitoring in pregnant women with diabetes mellitus //5th international simposium on Diabetes and Pregnancy. 2009. — P. 128.