

Издатель

ФГБОУ «Петрозаводский государственный университет»
Российская Федерация, г. Петрозаводск, пр. Ленина, 33

Студенческий научный электронный журнал

StudArctic Forum

<http://saf.petrso.ru>

XX / 2018

Главный редактор

В. С. Сюнёв

Редакционный совет

С. Б. Васильев
Г. Н. Колесников
А. Н. Петров

Редакционная коллегия

М. И. Зайцева
А. Ю. Борисов
Т. А. Гаврилов
А. Ф. Кривоноженко
Е. И. Соколова
Л. А. Девятникова
Ю. В. Никонова
Е. О. Графова
А. А. Кузьменков
Р. В. Воронов
М. И. Раковская

Редакция

А. Г. Марахтанов
А. А. Чалкин
Э. М. Осипов
Е. П. Копалева

ISSN 2500-140X

Адрес редакции

185910, Республика Карелия, г. Петрозаводск, ул. Ленина, 33.

E-mail:saf@petrsu.ru

<http://saf.petrso.ru>

Клиническая медицина

Гестационный сахарный диабет

**ЗАХАРОВА Софья
Андреевна**

Студент, Петрозаводский Государственный
Университет Медицинский институт
(Красноармейская 31,а),
sofi_goldhand@list.ru

Ключевые слова:

гестационный сахарный
диабет
ожирение
осложнения
крупный плод.

Аннотация: В статье освещены особенности течения беременности и осложнения со стороны матери и плода на фоне гестационного сахарного диабета, которые были выявлены на основании ретроспективного анализа 127 историй родов женщин с гестационным сахарным диабетом по данным роддома имени К.А. Гуткина за 2017 год. Ретроспективно были изучены возраст, антропометрические данные, акушерско-гинекологический анамнез, соматические заболевания пациенток, а также оценена наследственность по сахарному диабету. Были проанализированы особенности течения беременности, родов и особенности раннего неонатального периода.

Основной текст

Введение

Гестационный сахарный диабет (ГСД) является наиболее распространённым нарушением обмена веществ во время беременности. Частота его развития в разных странах варьирует от 1% до 14% и продолжает неуклонно расти вместе с пандемией ожирения.

Согласно международным исследованиям, гестационный сахарный диабет самостоятельно ассоциируется с высоким риском развития перинатальных и акушерских осложнений. Дети, рождённые от матерей с данной патологией, имеют высокие показатели перинатальной заболеваемости и имеют долгосрочные проблемы со здоровьем [1, с. 10]. Поэтому в настоящее время данная проблема, несомненно, является актуальной. Основной целью работы явилось оценить особенности течения беременности и осложнения со стороны матери и плода на фоне гестационного сахарного диабета. Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

Изучить анамнез жизни, особенности антропометрических данных, возраст пациенток в обследованной группе.

Проанализировать акушерско-гинекологический анамнез, соматическое здоровье и наследственность по сахарному диабету у пациенток.

Выявить сроки возникновения ГСД, особенности течения первой и второй половин беременности.

Проанализировать сроки и осложнения родов.

Оценить состояние новорождённых в раннем неонатальном периоде.

Материалы и методы

Проведён ретроспективный анализ 127 обменных карт, историй родов и историй развития новорожденного у пациенток с гестационным сахарным диабетом по данным роддома имени К.А. Гуткина за 2017 год.

Результаты

В обследуемой группе наибольшее количество женщин были в возрасте от 26 до 35 лет и старше 35 лет. Средний возраст составил 32 года.

При оценке ИМТ выявлено, что 50,1% пациенток имели нормальную массу тела, 24,4% - избыточную массу тела, 23,1% - страдали ожирением, а 3,4% имели дефицит массы тела.

Из гинекологических заболеваний наиболее часто встречались эктопия шейки матки (38,3%), миома матки (11,2%) и нарушение менструального цикла (10,2%) случаев. У половины пациенток в анамнезе выполнена диатермокоагуляция шейки матки (53,2%). Родоразрешение операцией кесарева сечения имело место у 14,1% пациенток, односторонняя тубэктомия по поводу внематочной беременности — у 13,2%.

Анализ соматической заболеваемости показал, что у обследованных пациенток преобладала хроническая герпетическая инфекция (21,1%), миопия (14,2%), хронический гастрит (11,4%) и гипертоническая болезнь (5,3%).

Отягощённую наследственность по сахарному диабету имели 26,3% пациенток.

Первобеременные первородящие составили 27,4%, повторнобеременные первородящие — 10,1% и основная часть (63,2%) были повторнобеременными повторнородящими.

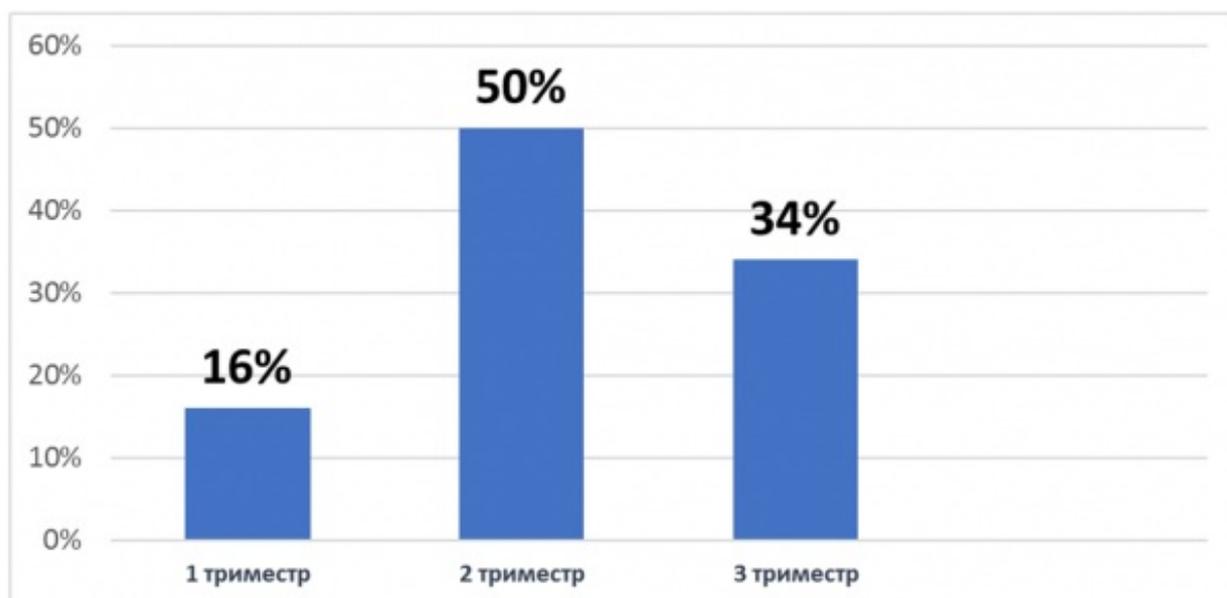
Диаграмма 1. Акушерский анамнез.



У повторнородящих пациенток в анамнезе ГСД имел место в 5,3% случаев при предыдущей беременности. Роды крупным плодом в этой группе в анамнезе имели 11,2% пациенток.

Наиболее часто ГСД манифестировал во II триместре беременности (50,2%), развитие ГСД в I триместре отмечено у 16,2% беременных и в III триместре - у 34,3% беременных.

Диаграмма 2. Срок развития ГСД в настоящую беременность



Был проанализирован средний уровень гликемии плазмы крови натощак в зависимости от срока развития ГСД. Из представленной таблицы видно, что при развитии ГСД в 1 триместре на фоне компенсации диетой уровень гликемии снижался от II к III триместру, при развитии во II триместре гликемия снижалась к III триместру.

Только 2 пациентки с целью компенсации ГСД нуждались в приёме инсулина, остальных удалось компенсировать соблюдением диеты.

Таблица 1. Уровень гликемии плазмы крови натощак

	Начало ГСД в I триместре	Начало ГСД в II триместре	Начало ГСД в III триместре
в I триместре (ммоль/л)	5,4	3,9	3,9
во II триместре (ммоль/л)	5,1	5,3	4,4
в III триместре (ммоль/л)	4,6	4,8	5,4

Из общего числа обследованных, 69,4% пациенток имели нормальную, а 31,2% - патологическую прибавку массы тела в период беременности.

При анализе течения первой половины беременности выявлено, что наиболее часто имели место низкая плацентация (26,3%), вагинит (26,2 %) и угрожающий выкидыш (15,1%).

Диаграмма 3. Осложнения первой половины беременности



Во второй половине беременности наиболее часто отмечены анемия (21,2%) и вагинит (12,3%).

Диаграмма 4. Осложнения второй половины беременности

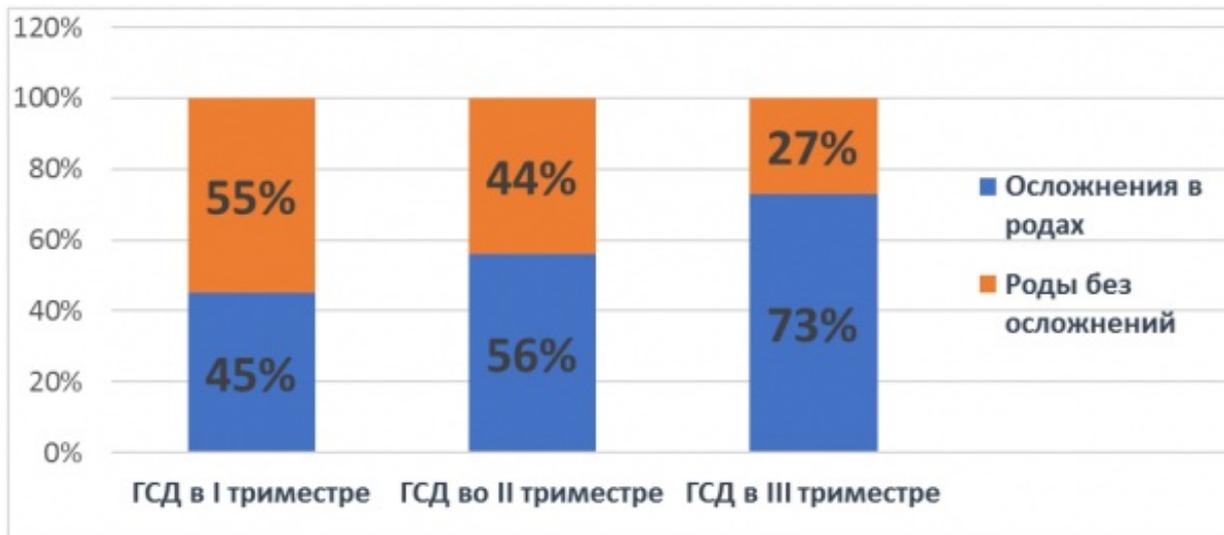


В 95,3% случаев роды были срочные. Преждевременные роды наблюдались у 4,1% пациенток, и запоздалые роды – у 1,3% пациенток.

Роды закончились через естественные родовые пути у 65,1% пациенток, кесарево сечение выполнено у 34,9% пациенток. Осложнения родов наблюдались в 43,2% случаев.

Частота осложнений в родах отличалась в зависимости от сроков развития ГСД. Наименьшее количество осложнений наблюдалось в группе с развитием ГСД в I триместре (45,1%), наибольшее количество (73,2%) – при развитии ГСД в III триместре.

Диаграмма 5. Осложнения в родах



Среди осложнений в родах наиболее часто встречалось преждевременное излитие околоплодных вод (42,2%), дистресс плода с изменением характера околоплодных вод (20,1%), а также быстрые и стремительные роды (11,4%).

Основными показаниями для оперативного родоразрешения явились неполноценный рубец на матке (36,4%) и дистресс плода с изменением частоты сердечных сокращений (30,2%).

Диаграмма 6. Показания к кесареву сечению



Мальчики рождались чаще (57,3%), чем девочки (42,7%).

20,2% новорождённых были крупными (вес более 4000 грамм), 70,1% имели нормальную массу тела (вес 2700 – 4000 грамм) и 10,3% имели низкую массу тела при рождении (вес меньше 2700).

В 98,3% случаев неонатальный период имел те или иные осложнения.

Среди всех новорождённых 51,2% отнесены в группу риска по врождённой тугоухости. У 8,2% - выявлена неонатальная гипогликемия, у 7,3% - микроаномалии сердца, у 5,4% - врождённые пороки сердца и почек.

Диаграмма 7. Особенности неонатального периода



Обсуждение и заключение

Наиболее часто ГСД встречался у пациенток в возрасте старше 26 лет (31,1%), юных беременных в обследованной группе не было. Практически половина беременных имела избыточную массу тела, причём ожирением 1-2 степени страдали 23,1% пациенток. Среди гинекологических патологий в анамнезе у 10,2% наблюдалось НМЦ, бесплодие отмечено у 13,4%. Каждая четвертая беременная имела отягощенную наследственность по СД – 26,3%, однако при предыдущей беременности ГСД имел место только у 5,3% пациенток. Основная часть пациенток повторнородящие – 63,2%. ГСД чаще диагностируется во втором (50,2%) и третьем (34,3%) триместрах беременности. В группе пациенток с ГСД высока частота кесарева сечения – 35,2%. Обращает на себя внимание, что клинически узкий таз имел место только в 5,1% случаев, как показание к операции кесарева сечения. Крупный плод был диагностирован в 20,2% случаев. Чаще рождались мальчики (57,3%). Ранний неонатальный период только в 2,1% случаев был неосложненным.

В различных литературных источниках и научных работах других авторов имеются сведения об особенностях течения беременности на фоне ГСД и её исходах. Например, в научной работе Древалю А.В., Шестакова Т.П. и Бунака И.В. описано, что в группе обследуемых, ГСД чаще развивался у женщин с избыточной массой тела (средний ИМТ – 26,7 кг/м²) и в среднем их возраст был 30,4 года [2, с. 407]. У большинства (70%) беременность завершалась естественными родами. Среди осложнений неонатального периода чаще встречались гипотрофия и асфиксия плода [2, с. 408]. Всем женщинам, с установленным диагнозом ГСД, была назначена диетотерапия. Из 76 случаев заболевания, у 18 пациенток выставлены показания к

инсулинотерапии.

Киселевич И.Ф. в своей научной статье называет главные факторы риска развития ГСД: избыточный вес (ИМТ более 25кг/м²), отягощенная наследственность в отношении СД 2 типа, наличие ГСД при предыдущих беременностях, рождение в прошлом ребёнка весом более 4000 грамм, патологическая прибавка веса во время настоящей беременности, возраст женщины старше 30 лет [3, с. 25].

Таким образом среди основных факторов риска ГСД можно выделить возраст старше 30 лет, отягощённая наследственность по сахарному диабету, избыточную массу тела и ожирение. Гипергликемия во время беременности ассоциирована с риском рождения крупного плода, неонатальной гипогликемией и асфиксией плода. При ранней постановке диагноза, своевременном назначении диетотерапии и приверженности пациенток к лечению, у большинства женщин беременность завершается благополучно, через естественные пути. В качестве профилактики ГСД можно предложить следующее: для женщин, имеющих такие факторы риска, как ожирение, артериальная гипертензия или СПКЯ необходимо проводить прегравидарную подготовку (подбор гипотензивной терапии, нормализация веса и режима двигательной активности, коррекция гиперандрогении). При первом посещении врача акушера-гинеколога в женской консультации беременная, в соответствии с наличием у нее клинико-anamnestических данных о факторах риска, должна быть отнесена к группе высокого, среднего или низкого риска развития ГСД и, в зависимости от этого, разработана оптимальная тактика ее обследования и лечения. Одной из возможностей профилактики тяжелых осложнений беременности при ГСД и выраженных признаков ДФ, помимо строгой компенсации нарушений углеводного обмена, является снижение массы тела до беременности и контроль прибавки массы тела во время беременности.

Список литературы

1. Бардымова Т.П., Березина М.В., Михалева О.Г., Мистяков М.В. Ожирение и гестационный сахарный диабет // Сибирский медицинский журнал. 2015. № 4. С. 9-12.
2. Бурумкулова Ф.Ф., Петрухин В.А. Гестационный сахарный диабет: вчера, сегодня, завтра // Терапевтический архив. – 2014. – Т.86, № 10. – С.109 – 115.
3. Древаль А.В., Шестаков Т.П., Бунак И.В. Гестационный сахарный диабет // Альманах клинической медицины. 2016. № 44(4). С. 406 – 413.
4. Киселевич М.Ф., Киселевич М.М., Киселевич В.М. Особенности течения беременности и родов у женщин с гестационным сахарным диабетом // Современная медицина: актуальные вопросы. № 2(38). – Новосибирск: СибАК, 2015.
5. Тедтеева А.И., Дзугкоев С.Г., Дзугкоева Ф.С., Можеева И.В., Маргиева О.И. Беременность и сахарный диабет // Современные проблемы науки и образования.

Clinical medicine

Gestational diabetes

**ZAKHAROVA Sofia
Andreevna**

Student, Petrozavodsk State University (Medical
Institute),
sofi_goldhand@list.ru

Ключевые слова:

gestational diabetes
obesity
complications
fetal macrosomia.

Аннотация: This article presents features and complications of gestational diabetes, which a woman and her baby may have during the term of pregnancy, that is based on retrospective analysis of 127 labor histories according to the data of K. Gutkin maternity hospital in 2017. The research, that was made with retrospective analysis, includes age, anthropometric data collection, obstetric-gynecological history, somatic diseases in examined woman and estimated the genetics of gestational diabetes. Also were analysed the terms of pregnancy, childbirth and early neonatal period.

Bibliography

- 1 .Bardymova T.P., Berezina M.V., Mikhaleva O.G., Mistyakov M.V. Obesity and gestational diabetes // Siberian Medical Journal. 2015. № 4. P. 9-12.
2. Burumkulova F.F., Petrukhin V.A. Gestational diabetes: yesterday, today, tomorrow // Therapeutic archive. – 2014. – V.86, № 10. – P.109 – 115.
3. Dreval A.V., Shestakov T.P., Bunak I.V. Gestational diabetes // Almammas of clinical medicine. 2016. № 44(4). P. 406 – 413.
- 4 .Kiselevich M.F., Kiselevich M.M., Kiselevich V.M. Features of the course of pregnancy and childbirth in women with gestational diabetes // Modern medicine: topical issues. № 2(38). – Novosibirsk: СибАК, 2015.
5. Tedtoyeva A.I., Dzugkoev S.G., Dzugkoyeva F.S., Mozhaeva I.V., Margieva O.I. Pregnancy and diabetes // Modern problems of science and education. 2016. № 4. P. 46 – 56.