

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН
С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ**

Тихая Виктория Руслановна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Обари Амина Мустафовна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Мазяр-Гиря Ирина Игоревна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Проведен ретроспективный анализ статистических данных работы женской консультации № 5 перинатального центра Краевой клинической больницы № 2. За период с 2016 по 2018 г. проанализированы особенности течения беременности и родов у 831 (11,4 %) женщины с гестационным сахарным диабетом.

Ключевые слова: ГЕСТАЦИОННЫЙ
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, БЕРЕМЕННОСТЬ,
ОСЛОЖНЕНИЯ

**FEATURES OF COURSE OF PREGNANCY
AND LABOR IN WOMEN WITH
GESTATIONAL DIABETES MELLITUS**

Tikhaya Viktoria Ruslanovna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia*

Obari Amina Mustafovna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia*

Mazyar-Hiryra Irina Igorevna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia*

A retrospective analysis of statistic data of work of maternity welfare Nr 5 of prenatal centre of Region clinic hospital Nr 2 was carried out. Features of pregnancy and labor in 831 (11,4 %) women with gestational diabetes mellitus were assessed during 2016–2018 years.

Key words: GESTATIONAL DIABETES
MELLITUS, PREGNANCY, COMPLICATIONS

Введение

Гестационный сахарный диабет (ГСД) – это заболевание, характеризующееся гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствующей критериям «манифестного» сахарного диабета (СД) [1, с. 1]. 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].

Факторы риска развития ГСД: избыточный вес, отягощённая наследственность в отношении СД 2-го типа, наличие ГСД при предыдущих беременностях, рождение в прошлом ребенка весом более 4000 г, мертворождение, невынашивание в анамнезе, глюкозурия, многоводие, патологическая прибавка веса при последней беременности, гликемия натощак – более 5,1 ммоль/л во время беременности, возраст беременной женщины – старше 30 лет [9, с. 49].

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

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ статистических данных работы женской консультации № 5 перинатального центра Краевой клинической больницы № 2 за период 2016–2018 гг. Под наблюдением находились 831 женщина с ГСД.

В результате исследования оценивались значения гликемии и срок ее определения, исходы беременности (роды путем операции кесарева сечения, макросомия, перинатальная гибель плода, внутриутробная гипоксия и синдром задержки роста плода).

Скрининг проводили в два этапа: на первом этапе определяли гликемию после первого обращения беременной в женскую консультацию; на

втором этапе проводили пероральный глюкозотолерантный тест на сроке беременности 24-28 недель согласно клиническим протоколам [1].

По результатам скрининга были выявлены 831 (11,4 %) беременная с ГСД. В этой группе оценивались осложнения и исходы беременности. Уровень глюкозы крови определяли в венозной плазме в лаборатории перинатального центра, границы референсных значений для беременных – 3,3-5,0 ммоль/л.

Результаты исследования и обсуждение

За период с 2017 по 2018 г. в женской консультации № 5 перинатального центра Краевой клинической больницы № 2 состояли на учете по беременности 7300 беременных, из них с ГСД был выявлен 831 случай, что составляет 11,4 %.

С 2016 по 2018 г. отмечался рост родов у женщин с ГСД – от 157 до 335 случаев.

Первичные обращения беременных на диспансерный учет в женскую консультацию до 12 недель составили 82 %, а поздние – 18 %.

Из анамнеза выявлено, что 198 (23,8 %) женщин имели искусственные аборты, 111 (13,9 %) – самопроизвольные аборты.

Кроме того, у большинства беременных наблюдались такие сопутствующие заболевания, как ожирение – у 168 (20,21 %), дисфункция щитовидной железы – 115 (13,8 %), хронический пиелонефрит – у 38 (5,4 %) женщин.

Средний уровень глюкозы венозной плазмы натощак составил $5,2 \pm 0,5$ ммоль/л. По результатам первичного обследования у 75 (9 %) женщин был установлен диагноз ГСД на основании повышения уровня глюкозы венозной плазмы натощак – от 5,1 до 6,5 ммоль/л.

На втором этапе скрининга в срок 20-30 недель беременности было выявлено 756 (90,1 %) женщин с ГСД. При этом у 215 (28,4 %) беремен-

ных ГСД диагностирован на основании гипергликемии натощак, и пероральный глюкозотолерантный тест им не проводился.

У 541 (71,6 %) беременной женщины ГСД был установлен на основании результатов глюкозотолерантного теста, проведенного на сроке 24–28 недель (в среднем $25,3 \pm 2,2$ недели). При этом уровень глюкозы натощак был в пределах нормы - $4,5 \pm 0,5$ ммоль/л, а ГСД был диагностирован на основании исследования гликемии через 60 и 120 минут.

Таким образом, после внедрения критериев диагностики ГСД и проведения глюкозотолерантного теста распространённость заболевания среди беременных в 2016-2018 гг. оценивалась в 11,4 %.

По годам отмечались случаи роста числа выявленных беременных с ГСД (2016 г. – 157, 2017 г. – 339, 2018 г. – 335 женщин), что свидетельствует об активном внедрении в практику новых критериев диагностики ГСД не только среди эндокринологов, но и акушеров-гинекологов.

Всем беременным с диагностированным ГСД была назначена диетотерапия – ограниченное употребление в пищу продуктов, содержащих легкоусвояемые углеводы, и рекомендован ежедневный самоконтроль гликемии. Беременным с исходно повышенной массой тела или ожирением предлагалось ограничить также употребление в пищу жирных продуктов. При отсутствии достижения целевых показателей гликемии на диетотерапии в течение двух недель пациенткам была назначена инсулинотерапия.

Дополнительными показаниями к назначению инсулина, независимо от уровня глюкозы в крови у матери на фоне соблюдения диеты, являются ультразвуковые признаки диабетической фетопатии / макросомии (размеры диаметра живота ≥ 75 -го перцентиля, гепатоспленомегалия, кардиомегалия / кардиопатия, двуконтурность головки плода, отек и утолщение подкожного жирового слоя, утолщение шейной складки и др.), а также впервые выявленное или нарастающее многоводие при установленном диагнозе ГСД (в случае исключения других причин многоводия), что косвен-

но свидетельствуют о наличии длительной хронической гипергликемии [9, с. 49; 4, с.120].

Инсулин является предпочтительным методом лечения прегестационного диабета во время беременности, если заболевание не контролируется диетой и упражнениями. [5 с. 33]. Из 831 случая в инсулинотерапии нуждались 215 (25,8 %) беременных женщин с ГСД.

Важным аспектом лечения является адекватная физическая активность, которая должна быть индивидуализированной и не провоцировать повышение АД и гипертонус матки, особенно у пациенток с угрозой прерывания беременности. Беременным рекомендуются дозированные аэробные физические нагрузки в виде ходьбы не менее 150 мин в неделю, посещение бассейна [8 с. 42]. Течение беременности при диабете было неблагоприятным и характеризовалось различными акушерскими перинатальными осложнениями.

Хроническая внутриутробная гипоксия плода встречалась у 110 (13,23 %) пациенток. Анемия была зарегистрирована у 23,8 % беременных, отеки – у 9,0 %, преэклампсия – у 35 (4,2 %), многоводие – у 132 (15,8 %), угроза прерывания беременности – у 151 (18,1 %) женщин, макросомия плода – 189 (22,7 %), гипотрофия – 80 (9,6 %) случаев. Срочные роды имели место у 750 (90,3 %) женщин, преждевременные – у 81 (9,7 %) пациенток. Через естественные родовые пути родоразрешились 520 (62,6 %) женщин, а операция кесарево сечение была проведена 311 (37,4 %) пациенткам.

Пренатальная смертность у беременных с ГСД составила 1,3 %.

Через 6–12 нед после родов всем женщинам с уровнем глюкозы в венозной плазме натощак $<7,0$ ммоль/л проводился пероральный тест на толерантность к глюкозе (ПТТГ) с пробой – 75 г глюкозы (исследование изменений уровня глюкозы натощак и через 2 ч после нагрузки) для реклассификации степени нарушения углеводного обмена по категориям глике-

мии (норма, нарушение толерантности к глюкозе и гликемии натощак, СД). Примерно у 20–50 % женщин, перенесших ГСД, он возникает при последующей беременности, а у 25–75 % пациенток через 16–20 лет после родов развивается манифестный СД [10, с. 495].

Выводы

1. Наличие гестационного сахарного диабета увеличивает частоту развития таких акушерских осложнений, как фетоплацентарная недостаточность, гипоксия плода, диабетическая фетопатия, преэклампсия, несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовых сил, дистоция плечиков, рождение детей в состоянии различной степени асфиксии.

2. Частота беременных с выявленным гестационным сахарным диабетом в женской консультации № 5 перинатального центра Краевой клинической больницы № 2 составляет 11,4 % случаев.

3. Проведение прегравидарной подготовки, своевременная диагностика и лечение ГСД позволяют предотвратить связанные с ним акушерские и перинатальные осложнения.

Список литературы

1. Клинический протокол от 17 декабря 2013 г. № 15-4/10/2-9478. С. 1, 3.
2. *Краснопольский В. И.* Гестационный сахарный диабет: новый взгляд на старую проблему / *В. И. Краснопольский, В. А. Петрухин, Ф. Ф. Бурумкулова* // *Акушерство и гинекология*. – 2010. – № 2. – С. 36.
3. *Краснопольский В. И.* Российский национальный консенсус «Гестационный сахарный диабет. Диагностика, лечение, послеродовое наблюдение» / *В. И. Краснопольский, Г. Т. Сухих* // *Сахарный диабет*. – 2012. – № 4. – С. 19; 6, 9, 64.
4. *Дедов И. И.* Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / *И. И. Дедов, М. В. Шестакова*. – М., 2013. – 120 с.
5. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy // *Diabetes Care*. – 2010; 33 (3): P. 676–82.
6. *Obstetrics & Gynecology* 20 ноября 2018 г. опубликован практический бюллетень № 201 American College of Obstetricians and Gynecologists по прегестационному сахарному диабету.
7. *Шехтман М. М.* Заболевания эндокринной системы и обмена веществ у беременных / *М. М. Шехтман, Т. М. Варламова, Г. М. Бурдули*. – М.: Триада-Х, 2001. – С. 200.
8. *Colberg S. R., Albright A. L., Blissmer B. J. et al.* Exercise and type 2 diabetes: American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement. Exercise and type 2 diabetes // *Med Sci Sports Exerc*. – 2010; 42 (12): 2282–2303.
9. WHO: Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Part 1: Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of WHO Consultation. – Geneva: WHO, 1999. – С. 49.
10. *Gunderson E., Jacobs D., Chiang V. et al.* Duration of lactation and incidence of the metabolic syndrome in women of reproductive age according to gestational diabetes mellitus status: a 20-Year prospective study in CARDIA (Coronary Artery Risk Development in Young Adults) // *Diabetes*. – 2010; 59 (2): 495–504.