

Охримук М.Ю.

ВЛИЯНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО ИНСУЛИНЕЗАВИСИМОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА НА АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Коршикова Р.Л.

Кафедра акушерства и гинекологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Согласно данным ВОЗ (2019 год), распространенность ГСД колеблется в диапазоне 1-14% от общего числа беременностей. У 50% на протяжении последующих 10-15 лет развивается сахарный диабет 2-го типа. В РБ количество беременных с ГСД постоянно возрастает. На 1 января 2016 г. в РБ на диспансерном учете находилось 406 пациенток с ГСД, в 2019 – 434, в 2022 - 511.

Негативное влияние СД и инсулинзависимого ГСД хорошо известны. Изучение влияния инсулиннезависимого ГСД на течение беременности исходы родов для матери и плода, поможет улучшить качество оказания акушерской помощи данной категории пациенток.

Цель: оценить влияние инсулиннезависимого ГСД на акушерские и перинатальные исходы.

Материалы и методы. На основе ретроспективного изучения 132 историй родов Городского центра экстрагенитальной патологии, из которых: 92 истории пациенток с инсулиннезависимым ГСД (основная группа) и 40 историй пациенток без нарушения углеводного обмена (здоровые женщины – контрольная группа) был проведен сравнительный анализ особенностей течения беременности и исхода родов для матери и плода. Статистическая обработка полученных результатов выполнена с использованием непараметрического метода Хи-квадрат Пирсона. Во внимание принимались результаты при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. При сравнительном анализе было установлено: ГСД достоверно чаще развивался у повторно беременных, повторнородящих пациенток ($p=0,001$, $p=0,001$ соответственно).

Пациентки основной группы достоверно чаще страдали экстрагенитальной патологией: хронический гастрит ($p=0,049$); хронический пиелонефрит, воспалительные болезни влагалища и вульвы ($p=0,001$); лейомиома ($p=0,001$).

Течение настоящей беременности достоверно чаще осложнялось: преэклампсией ($p=0,004$); угрозой преждевременных родов ($p=0,007$); ПРПО, хронической гипоксией плода; многоводием ($p=0,01$).

Течение родов в основной группе осложнялось: первичной и вторичной слабостью родовой деятельности – в 10,87 % (10 пациенток) и в 8,70% (8 пациенток) соответственно. В группе сравнения таких осложнений не было. Родоразрешение путем кесарева сечения проводилось у 40 (43,48%) пациенток с инсулиннезависимым ГСД. Из них у 12 (13,04%) пациенток в экстренном порядке. Показаниями к операции планового кесарева сечения являлись: оперированная матка (60,7%), крупный плод (14,3%), тазовое предлежание (14,3%), многоплодная беременность (3,6%). Показанием для экстренной операции кесарево сечение – утяжеление преэклампсии (25%) и хронической фетоплацентарной недостаточности (25%), клинически узкий таз (7,14%), дистресс плода (25%).

В основной группе крупные плоды отмечены в 16,3%, в группе сравнения – 5,0%. Дистресс плода наблюдался в 9,78 % родов, (в контрольной не было). В основной группе 3 детей родились в состоянии асфиксии (6 баллов по шкале Апгар, ИВЛ).

Выводы: инсулиннезависимый ГСД оказывает негативное влияние на течение беременности и исход родов для матери и плода. Беременные с инсулиннезависимым ГСД по сравнению с контрольной группой достоверно чаще имеют: экстрагенитальную патологию; осложненное течение беременности и родов; достоверно чаще требуют оперативного родоразрешения; чаще рожают крупных детей и детей в асфиксии.