

Ведение беременности и родов у больных с гестационным сахарным диабетом

С. А. Маркдорф

*Новосибирский государственный университет, Новосибирск, Россия
Городская клиническая больница № 1,
Новосибирск, Россия*

Гестационный сахарный диабет (ГСД) – это заболевание, характеризующееся нарушением толерантности к углеводам и проявляющееся повышением уровня глюкозы в крови, впервые выявленное во время беременности. Для России патологическим значением уровня глюкозы плазмы крови натощак считается 5,1 ммоль/л. Степень распространения в популяции варьирует от 1 до 28 %. Например, в России частота встречаемости ГСД составляет 18–20 %, а в США – до 14 % случаев.

Патогенез развития ГСД обусловлен отсутствием компенсаторного увеличения инсулина в крови, вследствие чего гормона становится недостаточно для того, чтобы метаболизировать глюкозу. В результате повышения уровня глюкозы происходит ее диффузия через гематоплацентарный барьер, что оказывает отрицательное влияние на развивающийся плод.

Нарушение метаболизма глюкозы вызывает осложнения как у плода, так и матери. Женщины, которые перенесли ГСД, относятся к группе высокого риска по развитию гестационной артериальной гипертензии и преэклампсии. По данным литературы, также возрастает вероятность родоразрешения путем кесарева сечения. Дети, рожденные от матерей с ГСД, являются, как правило, крупными и проявляют признаки диабетической фетопатии. В результате макросомии возникает риск дистоции плечиков и увеличивается процент родового травматизма (переломы костей, неврологические осложнения).

К сожалению, диагностика ГСД часто бывает ретроспективной, и беременные не знают о своем состоянии, не получая соответствующей терапии. Доказано: чем выше значения глюкозы в плазме крови, тем выше риск осложнений вследствие ГСД. Однако даже после коррекции уровня глюкозы доля осложнений у беременных женщин и детей остается достаточно высоким.

Цель исследования. Выявить особенности течения беременности и родов у больных с ГСД.

Материалы и методы. Исследование проводилось с использованием клиничко-анамнестического (осмотр, сбор анамнеза, анализ историй болезней), лабораторного (значения глюкозы венозной плазмы, тиреотропного гормона, гликированного гемоглобина) и инструментальных методов.

Критериями вхождения в исследования выбраны репродуктивный возраст беременных женщин, наличие верифицированного ГСД во время текущей беременности, а также лечение методом диетотерапии или инсулинотерапии. Из исследования исключены женщины с многоплодной беременностью, пациенты, страдающие СД1 или СД2 до беременности, а также беременные женщины с манифестным СД, диагностированным во время текущей беременности.

Результаты. Все пациентки поделены на две части, представляющие физиологически протекавшую гестацию (контрольная группа) и беременность, осложнившуюся ГСД. Из пациентов, страдавших ГСД, сформировано две подгруппы, в зависимости от используемого метода коррекции (диетотерапия или инсулинотерапия). По предварительным результатам, вне зависимости от способа лечения у 50 % детей наблюдались признаки диабетической фетопатии. Показано, что частота родоразрешения методом операции КС у пациентов с ГСД выше по сравнению со здоровыми беременными.

Заключение. Частота осложнений, возникающих в течение беременности и родов у пациенток с ГСД, достаточна высокая, несмотря на проводимое лечение и контроль уровня глюкозы в плазме крови. Возрастает частота родоразрешения путем операции кесарева сечения, риск развития преэклампсии и угрожающего самопроизвольного выкидыша на ранних сроках беременности. Среди детей, рожденных от матерей, страдавших ГСД во время беременности, отмечается наличие признаков диабетической фетопатии и неврологические нарушения, несмотря на проводимое лечение.