

УДК 616.2:616.379-008.64.

**ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТЕЙ И РОДОВ У  
ПАЦИЕНТОК С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

Кудлай Инна Степановна, к.м.н.,  
*МУЗ Городская больница №2 «КМЛДО»,  
г.Краснодар*

Лешута Элеонора Алексеевна  
*МУЗ Городская больница №2 «КМЛДО»,  
г.Краснодар*

В статье суммированы данные перинатального центра МУЗ ГБ№2 по ведению поздних сроков беременности и родов у женщин с сахарным диабетом, уточнена степень риска развития осложнений у матери и плода

Ключевые слова: САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

UDK 616.2:616.379-008.64.

**THE RESULTS OF PREGNANCY AND  
LABOR IN PATIENTS WITH DIABETES  
MELLITUS**

Kudlai Inna Stepanovna, MD  
*City Hospital Nr 2, Krasnodar*

Leshuta Eleonora Alekseevna  
*City Hospital Nr 2, Krasnodar*

The article has summarized data of the late period of pregnancy and labor in women with diabetes mellitus. The complication risk for mother and fetus was estimated. The study was carried out in prenatal centre of City Hospital Nr 2

Keywords: DIABETES MELLITUS, LATE COMPLICATIONS OF PREGNANCY

Частота беременностей, протекающих физиологически и заканчивающихся рождением здорового ребенка, составляет в настоящее время 2-8%. В этих условиях особую значимость приобретает проблема доклинической диагностики и профилактики соматической и репродуктивной патологии. Возникает необходимость раннего выявления, превентивной терапии и коррекции нарушений в состоянии здоровья супругов, особенно в том случае, если женщина больна сахарным диабетом. Наличие сахарного диабета у матери оказывает неблагоприятное влияние на здоровье будущей матери и на течение самой беременности, родов, послеродового периода, приводит к серьезным осложнениям у матери и плода [4-8]. Беременные с сахарным диабетом 1 типа (СД 1) имеют повышенный риск развития преэклампсии, преждевременных родов, макросомии, пороков развития плода и перинатальной смертности [1-3]. К возникновению гестоза предрасполагает диабетическая микроангиопатия с поражением сосудов малого таза, матки, плаценты, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС) [2-4]. В патогенезе многоводия играет роль полиурии плода, реакция его водной оболочки в ответ на повышенное содержание глюкозы в околоплодных водах [5-7]. Снижается гормон-продуцирующая функция плаценты, уменьшается маточно-плацентарное кровоснабжение [4, 6, 7].

У женщин с гестационным сахарным диабетом (ГСД) увеличивается риск перинатальной смертности и фетопатии так же, как и при установленном диагнозе СД. Наличие гестационного сахарного диабета в анамнезе указывает на возможность развития в ближайшие 6-8 лет клинического диабета у 40% женщин. 30% детей, рожденных от матерей с сахарным диабетом, имеют повышенную массу тела: в возрасте 5-9 лет -

40%, свыше 10 лет - 60-70%, около 40 % имеют повышенный риск развития сахарного диабета в подростковом возрасте.

**Цель исследования:** оценить степень компенсации углеводного обмена у пациенток с сахарным диабетом на этапе предродовой подготовки и родоразрешения, выяснить степень распространенности поздних осложнений беременности, выраженности фетопатии, нео- и перинатальной патологии.

**Материал и методы.** В исследовательскую группу вошло 130 женщин, из них 47 - жительницы г. Краснодара, 83 - жительницы края, поступившие на предродовую подготовку и родоразрешение в сроках беременности более 32 недель в перинатальный центр МУЗ ГБ№2 «КМЛДО» в период с января по декабрь 2010 года. Из них 55 (42,3%) женщины имели сахарный диабет 1 типа, 70 (53,8%) - гестационный сахарный диабет, 5 (3,8%) - сахарный диабет 2 типа (СД 2). В стадии компенсации углеводного обмена (гликогемоглобин менее 6,5%) поступило 112 (86,2%) беременных, субкомпенсации (гликогемоглобин 6,5-7,5%) - 12 (9,2%), декомпенсированный СД (гликированный гемоглобин более 7,5 %) имели 6 (4,6%) женщин.

Диабетический анамнез составлял от 1 до 17 лет. Большая часть женщин (87,5%) проходили обследование и лечение в эндокринологическом центре объединения при констатации факта беременности и в сроке 20-24 недели беременности. 16(12,5%) беременных имели госпитализации в разных сроках только в центральные районные больницы края.

**Результаты.** У половины женщин с СД 1 беременность не была запланированной, и, несмотря на наблюдение и коррекцию сахарного диабета во время беременности, компенсация углеводного обмена в

ранних сроках была неудовлетворительной (48,5%). На момент поступления в перинатальный центр все женщины с СД 1 находились на инсулинотерапии: в качестве базисных инсулинов использовались человеческие генноинженерные средней продолжительности действия, в качестве корректоров постпрандиальной гликемии у 68% применялись инсулины - аналоги ультракороткого действия в интенсифицированном режиме с подколками через 2 часа после еды и генноинженерные инсулины короткого действия. Две женщины использовали инсулиновые помпы.

Пациентки с СД 2 были переведены на инсулинотерапию в 2 случаях из 5. Частота назначения инсулинотерапии при гестационном сахарном диабете в нашем наблюдении составила 7,1% (5 женщин из 70). У 49,23% женщин отмечено неблагоприятное влияние беременности на соматический статус: у 22 беременных отмечено развитие и прогрессирование ретинопатии (у 8 до стадии препролиферативной и пролиферативной ретинопатии), у 25 беременных выявлена ангиопатия сосудов нижних конечностей, у 8 прогрессировала энцефалопатия. Одной женщине было произведено прерывание беременности в сроке 20 недель из-за нарастания явлений почечной недостаточности.

Среди осложнений поздних сроков беременности поздний гестоз встречался в 19,2% (25 женщин), многоводие в 30% (39 человек) случаев, у 65% пациенток обнаружены проявления фетопатии плода, патология плаценты.

В наблюдаемой группе роды в сроке 37-40 недель произошли у 21,1 % женщин, преимущественно это были беременные с СД 2. Родами в сроке 34-36 недель закончилась беременность у 65,4 % обследованных, а в сроке 30-33 недели – у 14,5% женщин.

При СД1 родоразрешение в сроке 30-33 недели произошло в 8 случаях (14,5%), 34-36 недель – у 27 человек (50,9%), 37-40 недель – у 19 женщин (34,6%). Основными причинами досрочного родоразрешения были: ухудшение функционального состояния плода – у 52,9%, начало родовой деятельности – у 40,38%, развитие позднего гестоза – у 7,69%.

Выбор метода родоразрешения при СД 1 определялся акушерскими показаниям с учетом характера течения сахарного диабета и наличия и прогрессирования сосудистых осложнений. 89% женщин было выполнена операция кесарева сечения. Показаниями к операции были: прогрессирование ретинопатии (наличие свежих кровоизлияний на сетчатке) – у 6 беременных, лабильное течение СД со склонностью к кетоацидозу - у 6 женщин, нарастание признаков диабетической нефропатии - у 7 беременных, прогрессирующая гипоксия плода - у 12, тяжелый гестоз – у 5, акушерские показания (тазовое предлежание, косое или поперечное положение плода – у 3, узкий таз – у 2, рубцы на матке – у 2, кровотечение, обусловленное отслойкой плаценты или предлежанием плаценты- 1, крупный плод-5).

При ГСД самостоятельно родоразрешились 90% женщин в сроке 39-40 недель, остальным женщинам было выполнено кесарево сечение в виду ухудшения функционального состояния плода. Беременные с СД 2 родоразрешились через естественные родовые пути в сроке 38-40 недель.

Функциональное состояние плода оценивали путем ультразвуковой диагностики (определение массы плода и количества околоплодных вод, оценка степени зрелости плаценты, состояние печени, наличие отеков подкожно-жировой клетчатки плода) и с использованием кардиотокографии (КТГ) (оценка скорости кровотока в сосудах матки, пуповины, средней мозговой артерии плода методом Допплера).

Нормоксическое состояние плода диагностировано в 61,5% (80 беременных), гипоксия средней степени тяжести - у 34,5% (45 случаев), тяжелая гипоксия - у 3,8% (4 пациентки).

По состоянию на момент рождения при оценке по шкале Апгар новорожденные у женщин с СД 1 распределились следующим образом: в тяжелой степени гипоксии родились 12 детей (21,8%), в гипоксии средней степени тяжести 19 детей (34,5%), в нормоксемическом состоянии пребывали 23 новорожденных (43,7%). Случаев перинатальных потерь не зарегистрировано. В раннем неонатальном периоде умер 1 ребенок с множественными аномалиями развития.

С массой 1500 г. родился 1 ребенок, 2000- 2499 г. - 4 ребенка (7,2%), 2500- 3999г. - 41 новорожденных (74,5%), более 4 000 г. - 9 детей (16,4%). У 47 новорожденных (85,5%) от матерей с СД1 диагностирована диабетическая фетопатия ( макросомия, нарушения электролитного обмена), гипогликемические состояния зафиксированы у 6 новорожденных. Неврологические нарушения были отмечены у 13 детей.

11 детей выписано в удовлетворительном состоянии, 43 - направлены на второй этап выхаживания в филиал перинатального центра или отделение новорожденных больницы скорой медицинской помощи (БСМП).

У пациенток с ГСД новорожденные по состоянию на момент рождения по шкале Апгар были распределены следующим образом: в тяжелой гипоксии родился 1 ребенок (1,4%), в гипоксии средней тяжести - 14 новорожденных (20%) , в нормоксемическом состоянии - 55 детей (78,6%). У пациенток с СД2 все дети родились в нормоксемическом состоянии.

### **Выводы:**

1. Женщины, страдающие сахарным диабетом, должны планировать беременность и обращаться к врачу эндокринологу за 6 месяцев до наступления беременности с целью компенсации углеводного обмена, выбора правильной тактики инсулинотерапии, уточнения степени выраженности сосудистых осложнений диабета и их лечения.
2. В ранние сроки беременности пациенткам с СД1 при наличии в анамнезе привычного невынашивания, рождения детей с врожденными пороками развития или перинатальной гибелью детей показана консультация генетика и проведение пренатальной диагностики (биопсия хориона).
3. В сроке 32-35 недель беременности необходимо проведение углубленного обследования матери и внутриутробного состояния плода для решения вопроса о сроках и методах родоразрешения.
4. Срок беременности 37-40 недель является оптимальным для родоразрешения у беременных с неосложненным течением СД.
5. При наличии у беременной СД средней и тяжелой степени в стадии субкомпенсации и декомпенсации в сроках 34-36 недель беременности наступает ухудшение функционального состояния плода (по данным КТГ и доплерометрии), что является показанием к досрочному родоразрешению.
6. Дети с повышенной массой тела, рожденные от матерей с СД, являются функционально «незрелыми», раннее применение искусственной вентиляции легких и гормонотерапии улучшает прогноз новорожденных.

### Литература

1. *Hawthorne G, Robson S, Ryall EA et al.* Prospective population based survey of outcome of pregnancy in diabetic women^ results of the Northern Diabetic Pregnancy Audit ,1994//. BMJ 1997;315:279-81
2. *Casson I.F. , Clarke C.A., Howard C.V. et al.* Outcome of pregnancy in insulin dependent diabetic .women: result of a five year popylation cohort study//BMJ 1997;315:275-8
3. *Hiilesmaa V, Suhonen L., Teramo K.* Glycaemic control is associated with pre-eclampsia but not with pregnancy-induced hypertension in women with type 1 diabetes melitus. Diabetologia -2000;43(12):1534-9
4. [http://www.diabetunet.ru/diabetes-risk-factors/diabetes-and-pregnancy/Сахарный диабет и беременность](http://www.diabetunet.ru/diabetes-risk-factors/diabetes-and-pregnancy/Сахарный_диабет_и_беременность)
5. [http://www.medicum.pnov.ru/doctor/library/endocrinology/Lavin/42/php/Д.Китимиллер, Л.Гэвин. Сахарный диабет и беременность](http://www.medicum.pnov.ru/doctor/library/endocrinology/Lavin/42/php/Д.Китимиллер,Л.Гэвин.Сахарный_диабет_и_беременность)
6. [http://www/kid.ru/acusher/6.php3/Сахарный диабет и беременность](http://www/kid.ru/acusher/6.php3/Сахарный_диабет_и_беременность)
7. [http://www.pevoice.ru/23/Течение беременности при сахарном диабете](http://www.pevoice.ru/23/Течение_беременности_при_сахарном_диабете)
8. <http://medi.ru/doc/05/514.htm> Беременность и диабет