

Таблица 1 — Осложнения беременности у обследованных женщин

Осложнения беременности	Основная группа	Контрольная группа
Гестоз	13 (40,63 ± 8,68 %)	8 (25,0 ± 7,65 %)
Многоводие	6 (18,75 ± 6,90 %)	1 (3,13 ± 3,08 %)
Угроза прерывания беременности	12 (37,5 ± 8,56 %)	17 (53,13 ± 8,82 %)
Урогенитальные инфекции	17 (53,13 ± 8,82 %)	19 (59,38 ± 8,68 %)
ХВМГП	15 (46,88 ± 8,82 %)*	6 (18,75 ± 6,90 %)
Маловодие	6 (18,75 ± 6,90 %)	8 (25,0 ± 7,65 %)
Истмико-цервикальная недостаточность	6 (18,75 ± 6,90 %)	3 (9,38 ± 5,15 %)
Низкая плацентация	4 (12,5 ± 5,85%)	6 (18,75 ± 6,90%)
Анемия легкой степени	15 (46,88 ± 8,82 %)	15 (46,88 ± 8,82 %)

* Статистически значимые различия с контрольной группой ($p < 0,05$).

Выводы

1. Гестационный сахарного диабета чаще ($p = 0,045$) выявляется у пациенток старше 30 лет.
2. Течение беременности на фоне гестационного сахарного диабета осложняется в $46,88 \pm 8,82 \%$ ($p < 0,05$) ХВМГП, что можно объяснить диабетическим поражением сосудов плаценты с развитием фетоплацентарной недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анацко, В. В. Исходы беременности и родов при гестационном сахарном диабете / В. В. Анацко // Актуальные проблемы современной медицины: матер. 62-й Междунар. науч. конф. студ. и молод. ученых. В 2 ч. Ч. 1. / Под ред. С. Л. Кабака, А. С. Леонтьюка. — Минск: БГМУ, 2008. — С. 14.
2. Малевич, Ю. К. Современные аспекты гестационного сахарного диабета / Ю. К. Малевич, С. А. Павлюкова // Медицинская панорама. — 2006. — № 7. — С. 48–51.
3. Vainilovich, Y. Improving the diabetes care in Belarus / Y. Vainilovich, L. Danilova, Z. Zabarovskaya // Practical Diabetes International. — 2006. — Vol. 23, № 8. — P. 370–373.

УДК:618.3-06:616.379-008.64

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Островский А. М.

Научный руководитель: ассистент Е. Л. Лашкевич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Ежегодно отмечается рост заболеваемости сахарным диабетом (СД), что приводит к увеличению количества беременных, страдающих этой патологией. Беременность и СД взаимоотношают свое течение, что закономерно ведет к увеличению оперативного родоразрешения, которое, по данным ряда авторов, составляет до 70 % [1]. На фоне метаболических нарушений у рожениц с СД послеродовый период протекает осложненно. В то же время развитие осложнений после родоразрешения может способствовать декомпенсации заболевания и прогрессированию сосудистых осложнений СД, что неблагоприятно отражается на качестве жизни данного контингента женщин.

Цель

Изучить особенности течения родов и состояние новорожденных у женщин с СД.

Материал и методы исследования

Путем ретроспективного анализа на базе УЗ «Гомельская областная клиническая больница» изучены 64 истории родов и индивидуальных обменных карт беременных за 2009–2010 гг. Статистическая обработка проводилась с помощью компьютерной

программы «Microsoft Office Excel» 2007. Статистически значимыми являлись данные при $p < 0,05$.

Пациентки были разделены на 2 группы: 1-я (основная) — 32 женщины с ГСД, 2-я (контрольная) — 32 пациентки без ГСД.

Результаты и их обсуждение

Статистически значимых различий по количеству родов у рожениц не установлено. При наличии ГСД первородящих женщин было 13 ($40,63 \pm 8,68 \%$), повторнородящих пациенток — 19 ($59,38 \pm 8,68 \%$), в контрольной группе — 18 ($56,25 \pm 8,77 \%$) и 14 ($43,75 \pm 8,77 \%$) соответственно. Частота срочных и преждевременных родов в обследованных группах была одинаковой и составила 29 ($90,63 \pm 5,15 \%$) и 3 ($9,38 \pm 5,15 \%$) случая, соответственно, в каждой группе. Операцией кесарево сечение роды закончились у 16 ($50,0 \pm 8,84 \%$) женщин основной группы и у 12 ($37,5 \pm 8,56 \%$) — контрольной. Основными показаниями к оперативному родоразрешению выступали: слабость родовой деятельности, тазовое предлежание плода, внутриутробная гипоксия плода, преждевременное излитие околоплодных вод, клинически узкий таз и кесарево сечение в предыдущих родах. Статистически значимой разницы между группами по частоте данных осложнений не выявлено.

Несвоевременное излитие околоплодных вод отмечено у 10 ($31,25 \pm 8,19 \%$) пациенток основной группы и 12 ($37,5 \pm 8,56 \%$) — в группе сравнения. Гипотонические кровотечения были выявлены в основной и контрольной группах у 1 ($3,13 \pm 3,08 \%$) и 4 ($12,5 \pm 5,85 \%$) женщин соответственно. Слабость родовой деятельности, острая гипоксия плода и частичное плотное прикрепление плаценты встречались в обеих группах с одинаковой частотой — 4 ($12,5 \pm 5,85 \%$), 3 ($9,38 \pm 5,15 \%$) и 1 ($3,13 \pm 3,08 \%$) женщины соответственно. Родовой травматизм матери имел место у 6 ($18,75 \pm 6,9 \%$) женщин, основной группы и у 7 ($21,88 \pm 7,31 \%$) — группы сравнения.

Патологическое течение неонатального периода выявлено у 23 ($71,88 \pm 7,95 \%$) новорожденных основной группы и у 22 ($68,75 \pm 8,19 \%$) — контрольной. У 7 ($21,88 \pm 7,31 \%$) женщин с ГСД дети имели массу больше 4000 г в сравнении с 1 ($3,13 \pm 3,08 \%$) пациенткой контрольной группы ($p < 0,027$). Только при ГСД отмечены такие осложнения раннего неонатального периода как диабетическая фетопатия и синдром дыхательных расстройств — у 6 ($18,75 \pm 6,90 \%$) новорожденных каждый ($p < 0,032$), а также асфиксия различной степени тяжести у 5 ($15,63 \pm 6,42 \%$). Гипогликемия диагностирована у 14 ($43,75 \pm 8,77 \%$) новорожденных из 1-й группы и у 6 ($18,75 \pm 6,90 \%$) — из 2-й. Неонатальная желтуха наблюдалась у 3 ($9,38 \pm 5,15 \%$) новорожденных основной группы и у 7 ($21,88 \pm 7,31 \%$) — контрольной. Частота врожденных пороков и внутриутробного инфицирования плода между группами не отличалась и составила 10 ($31,25 \pm 8,19 \%$) и 2 ($6,25 \pm 4,28 \%$), соответственно, у новорожденных от матерей с ГСД; 9 ($28,13 \pm 7,95 \%$) и 1 ($3,13 \pm 3,08 \%$), соответственно, в контрольной группе.

Выводы

При наличии гестационного СД у новорожденных чаще ($p < 0,05$) диагностирована масса тела больше 4000 г диабетическая фетопатия и синдром дыхательных расстройств, что можно объяснить эндогенными нарушениями в организме развивающегося плода, вызванными недостаточной компенсацией диабета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Забаровская, З. В. Проблема гестационного сахарного диабета: основные аспекты этиопатогенеза, клинко-диагностические критерии, принципы лечения / З. В. Забаровская, О. В. Мулярчик, Т. А. Жданова // Мед. новости. — 2002. — № 12. — С. 12–19.