

Влияние нарушений углеводного и жирового обмена на акушерские и перинатальные исходы

Ващилина Т.П., Виктор С.А.
ГУ « РНПЦ «Мать и дитя», г. Минск, Республика Беларусь

ВВЕДЕНИЕ

По данным ВОЗ в последние три десятилетия наблюдается значительный рост заболеваемости сахарным диабетом и ожирением, в том числе и среди женщин репродуктивного возраста. И сахарный диабет, и ожирение оказывают неблагоприятное влияние на течение и исходы беременности и родов, а сочетание нарушений углеводного и жирового обмена усугубляет течение беременности в связи с коморбидностью процесса.

Материал и методы исследования

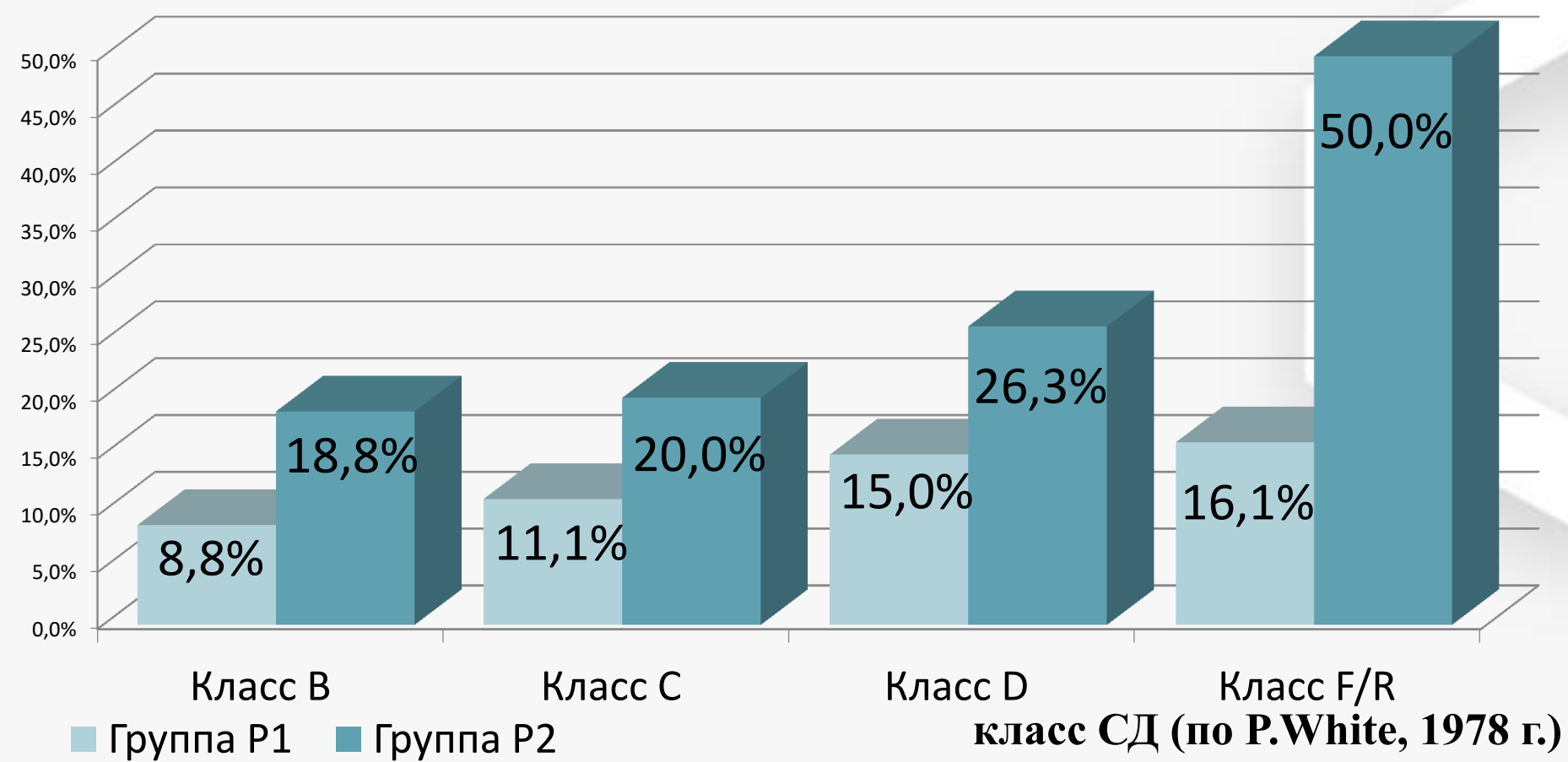
Ретроспективный анализ по данным ГУ РНПЦ «Мать и дитя» за 2013-2017 гг.: 456 историй родов в сроке доношенного плода. Сформированы 3 группы:

- группа P1 – беременные с СД 1 типа и нормальным ИМТ (18,5-24,9) до беременности (n=187),
- группа P2 – беременные с СД 1 типа и с избыточной массой тела или ожирением до беременности (n=86,),
- группа P3 – беременные с избыточной массой тела или ожирением до беременности без гестационного или прегестационного СД (n=183). Проведен сравнительный анализ акушерских и перинатальных исходов у беременных с нарушениями углеводного и жирового обмена. Статистическую обработку материала выполнили с использованием «STATISTICA 10.0». Статистически значимыми принимали различия при p<0,05.

Результаты и их обсуждение

В таблице 1 представлена сравнительная характеристика групп исследования. Беременные с избыточной массой тела/ожирением (группы P2 и P3) относятся к группе женщин более старшего репродуктивного возраста по сравнению с беременными с СД 1 типа и нормальным ИМТ, p<0,05. У беременных с избыточной массой тела/ожирением чаще была диагностирована патология сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, варикозная болезнь вен нижних конечностей) и желудочно-кишечного тракта, p<0,05. Заболевания мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит) и щитовидной железы (АИТ, гипотиреоз) чаще регистрировались в группах с СД независимо от ИМТ, p<0,05. Осложненное течение беременности наблюдалось практически у всех пациенток анализируемых групп (87,7%, 91,8%, 95,6% соответственно). Статистически значимо чаще в группе с избыточной массой тела/ожирением диагностировалась преэклампсия на фоне сопутствующей экстрагенитальной патологии, p<0,05. В группах с СД частота преэклампсии зависела от класса СД и с увеличением класса СД увеличивался и удельный вес преэклампсии: при наличии сосудистых осложнений (класс F/R) в группе с СД и избыточной массой тела/ожирением преэклампсия была диагностирована у каждой второй пациентки (рисунок 2). Многоводие в группах с СД независимо от ИМТ диагностировалось чаще (у каждой четвертой пациентки), p<0,001; ХФПН чаще регистрировалась у пациенток с СД и избыточной массой тела/ожирением. Все пациентки исследуемых групп были родоразрешены в сроке доношенного плода, но беременные с СД 1 типа независимо от ИМТ были родоразрешены раньше по сроку гестации и удельный вес операции кесарева сечения был статистически значимо выше, чем у женщин с избытком массы тела/ожирением (p<0,01).

Рисунок 1 – Распределение пациенток исследуемых групп по наличию преэклампсии в зависимости от класса СД



Удельный вес крупновесных новорожденных был выше, чем среднепопуляционный (по данным Государственной статистической отчетности за 2017 год по Республике Беларусь составил 9,5%) во всех группах и составил 25,0%, 29,4% и 19,6% соответственно. Наибольшие показатели массы новорожденных были зафиксированы при наличии у матерей СД и избыточной массой тела/ожирения – 3725 (3260-4030) г. Новорожденные от матерей с СД независимо от ИМТ в 10 раз чаще рождались в состоянии асфиксии различной степени тяжести по сравнению с новорожденными от матерей с избыточной массой тела/ожирением без СД (p<0,05), чаще переводились на ИВЛ и в ОИТР, p<0,001.

Таблица 1 – Характеристика анализируемых групп, Me (Q₂₅–Q₇₅) / %

Показатели	Группа P1	Группа P2	Группа P3	p
Возраст, лет	27 (24-30)	28 (25-31)	30 (26-33)	p ₁₋₃ <0,001; p ₂₋₃ <0,01
Рост, см	166 (162-170)	165 (160-168)	166 (164-170)	p ₁₋₂ <0,05; p ₂₋₃ <0,01
Масса тела до беременности, кг	61,0 (56,6-66,0)	74,0 (68,7-81,0)	90,0 (82,8-103,0)	p ₁₋₂ <0,001; p ₁₋₃ <0,001; p ₂₋₃ <0,001
Прибавка массы тела за беременность, кг	12 (9-14,5)	10 (7-13)	11 (8-15)	p ₁₋₂ <0,01
ИМТ до беременности	22,3 (20,8-23,5)	27,0 (25,6-30,1)	32,7 (29,4-37,5)	p ₁₋₂ <0,001; p ₁₋₃ <0,001; p ₂₋₃ <0,001
Первобеременные	49,7%	34,9%	32,2%	p ₁₋₂ <0,05; p ₁₋₃ <0,001
Первородящие	63,1%	50,0%	51,9%	p ₁₋₂ <0,05; p ₁₋₃ <0,05
Угроза прерывания беременности	15,0%	19,8%	32,8%	p ₁₋₃ <0,001; p ₂₋₃ <0,05
Преэклампсия	11,8%	26,7%	37,7%	p ₁₋₂ <0,01; p ₁₋₃ <0,001; p ₂₋₃ <0,05
Многоводие	25,1%	26,7%	9,8%	p ₁₋₃ <0,001; p ₂₋₃ <0,001
Диабетическая фетопатия/крупный плод	19,3%	27,9%	16,3%	p ₂₋₃ <0,05
ХФПН, ХВГП	29,4%	47,7%	32,8%	p ₁₋₂ <0,01; p ₂₋₃ <0,01
Срок родоразрешения, дней	264 (260-267)	264 (260-267)	274 (268-280)	p ₁₋₃ <0,001; p ₂₋₃ <0,001
Роды через естественные родовые пути	22,5%	20,9%	48,6%	p ₁₋₃ <0,001; p ₂₋₃ <0,001
Экстренное кесарево сечение	9,6%	7,0%	19,1%	p ₁₋₃ <0,01; p ₂₋₃ <0,01
Плановое кесарево сечение	67,9%	72,1%	32,2%	p ₁₋₃ <0,001; p ₂₋₃ <0,001
Масса новорожденного, г	3600 (3280-3890)	3725 (3260-4030)	3460 (3260-3850)	p ₂₋₃ <0,05;
Асфиксия при рождении (7 и менее баллов по Апгар)	5,3%	4,7%	0,5%	p ₁₋₃ <0,01; p ₂₋₃ <0,05
Переведено на ИВЛ	7,5%	9,3%	0,5%	p ₁₋₃ <0,001; p ₂₋₃ <0,001
Переведено в ОИТР	24,6%	24,4%	4,4%	p ₁₋₃ <0,001; p ₂₋₃ <0,001
П	71,1%	62,8%	12,6%	p ₁₋₃ <0,001; p ₂₋₃ <0,001

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, нарушения углеводного и жирового обмена у беременных женщин оказывают неблагоприятное влияние на акушерские и перинатальные исходы (частоту преэклампсии, многоводия, угрозы прерывания беременности, частоту оперативного родоразрешения, частоту асфиксии у новорожденных и необходимость интенсивной терапии в раннем неонатальном периоде).

Об авторах

Ващилина Татьяна Павловна – заведующая лабораторией репродуктивного здоровья ГУ «РНПЦ «Мать и дитя», к.м.н.
Виктор Светлана Александровна – научный сотрудник лаборатории репродуктивного здоровья ГУ «РНПЦ «Мать и дитя»