

ИЗУЧЕНИЕ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
Кафедра Акушерства Гинекологии и Перинатальной медицины*

И.У. Хаитметова, Ф.А. Гафурова

Ключевые слова: *гестационный сахарный диабет, толерантность к глюкозе, индекс массы тела*

Введение. Гестационный сахарный диабет является распространенным осложнением беременности. Международная федерация диабета недавно подсчитала, что в мире у 1 из 6 живорожденных детей диагностирован ГСД [3]. В Соединенных Штатах приблизительно 7% беременностей были осложнены диабетом любого типа, причем 86% этих случаев были беременностями, осложненными ГСД [1]. Оценочная распространенность ГСД в Европе составляет 10,9% [4].

ГСД изначально определяется с помощью скрининговых тестов во время беременности. Поскольку ранний скрининг показан на основании клинического анамнеза и оценки, документирование истории болезни, акушерских результатов и семейного анамнеза сахарного диабета 2 типа являются важнейшими компонентами оценки ГСД.

Однако исследования показали, что наиболее значимыми факторами риска для ГСД были семейный анамнез, предшествующий перенесенный ГСД, паритет и высокий ИМТ. Также следует учитывать этнические и расовые различия в факторах риска развития ГСД [7]. Кроме того, недавние исследования показали, что ранний скрининг на гестационный диабет не предотвращает неблагоприятных исходов и может даже привести к худшему исходу у некоторых пациентов. Эти результаты подчеркивают сложность патогенеза и лечения ГСД. Следовательно, эффективность рекомендаций по раннему скринингу на гестационный диабет является спорной и требует дополнительных исследований [8, 9].

Цель исследования. Провести ретроспективный анализ историй болезни женщин с гестационным диабетом.

Материалы и методы. Ретроспективно изучены 60 историй болезни пациенток женщин с гестационным диабетом. Проанализированы анамнестические, объективные данные и результаты лечебно-диагностических исследований.

Результаты. В результате анализа архивной документации были выявлены различные факторы риска ГСД. Большая часть когорты имела избыточную массу тела (среднее значение ИМТ – 27,6 кг/м²) и составила 32 человека, а максимальным ИМТ стало значение 36,8 кг/м² и количество женщин с диагнозом ожирение составило 26. Возраст пациенток от 20 лет до 41 года. Наличие вредных привычек (избыточное употребление кофеина, курение, прием тератогенных препаратов) было отмечено

у 32% пациенток. Хронические экстрагенитальные заболевания имелись практически у всех женщин. ИППП и воспаление органов малого таза имели в анамнезе больше половины женщин. Не было отмечено аномалий развития ни у одной женщины. Процент РДВ матки в анамнезе составил 83%, а медикаментозное прерывание беременности по медицинским показаниям – 41%. Количество потерь беременности в анамнезе составило от 1 до 4. Выполнение гистероскопии, биопсии эндометрия, пайпель – биопсии с целью диагностики патологии эндометрия в рамках прегравидарной подготовки было произведено у 18 пациенток. Проведение операций на органах малого таза – у 29 пациенток. 20 женщин принимали глюкокортикостероиды с целью лечения гиперандрогении. В результате проведенного УЗИ органов малого таза у 42 пациенток отмечались субъективные признаки хронического эндометрита. Исследование аутоиммунитета ни у кого не проводилось. Гормональное обследование было проведено у всех пациенток соответственно. У 78% женщин имеется указание на медикаментозное лечение в условиях стационара с угрозой спонтанного выкидыша.

Выводы. Кроме избыточной массы тела и показателей ИМТ выше 25 кг/м², у пациенток с гестационным сахарным диабетом были выявлены различные факторы риска, в некоторых случаях их комплекс, наличие хронического эндометрита, а диагностика нарушений аутоиммунитета не была проведена. Таким образом, прегравидарная подготовка должна учитывать все нарушения и стать персонализированной и комплексной.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Goodman N.F., Cobin R.H., Futterweit W. et al. American association of clinical endocrinologists, American college of endocrinology, and androgen excess and PCOS society disease state clinical review: guide to the best practices in the evaluation and treatment of polycystic ovary syndrome — part 2. *Endocr Pract.* 2015;21(12):1415–1426. DOI:10.4158/EPI5748.DSCPT2.
2. Meier R.K., Meier R.K. Polycystic Ovary Syndrome. *Nurs Clin North Am.* 2018;53(3):407–420. DOI: 10.1016/j.cnur.2018.04.008.
3. Андреева Е.Н., Шереметьева Е.В., Дедов И.И. Синдром поликистозных яичников: этиология, патогенез, диагностика и лечение: научно-практическое руководство. М.: ВИДАР; 2016. [Andreeva E.N., Sheremetyeva E.V., Dedov I.I. Polycystic ovary syndrome: etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment: scientific and practical guidance. M.: VIDAR; 2016 (in Russ.)].
4. Ali A.T. Polycystic ovary syndrome and metabolic syndrome. *Ceska Gynekol.* 2015;80(4):279–289.
5. Macut D., Bjekic-Macut J., Rahelic D., Doknic M. Insulin and the polycystic ovary syndrome. *Diabetes Res Clin Pract.* 2017;130:163–170. DOI: 10.1016/j.diabres.2017.06.011.
6. Cooney L.G., Dokras A. Beyond fertility: polycystic ovary syndrome and long-term health. *Fertil Steril.* 2018;110(5):794–809. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2018.08.021.