



DIABETUL GESTAȚIONAL

Natalia Bursacovscaia¹, Victor Petrov², Chiril Grecu³, Valeriu Pădure⁴, Igor Opalco⁵, Oxana Podolean⁶

¹IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, cercetător științific

²IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, doctor în științe medicale, conferențiar cercetător

³IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, cercetător științific

⁴IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, cercetător științific

⁵IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, doctor în științe medicale, conferențiar cercetător

⁶IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, medic obstetrician-ginecolog

Cuvinte-cheie: sarcină, diabet zaharat gestațional

Introducere

Diabetul gestațional (DG), o afecțiune caracterizată prin hiperglicemie detectată pentru prima dată în timpul sarcinii, este o boală frecvent întâlnită care afectează milioane de femei din întreaga lume (Lancet, 2022).

Scopul acestui studiu este de a evalua conduita sarcinii complicate cu diabet gestațional, cu accent pe identificarea lacunelor în îngrijirea și optimizarea managementului acestora.

Materiale și metode

Cercetarea a fost realizată sub forma unui studiu prospectiv de tip caz-control în cadrul Laboratorului Științific de Obstetrică al IMSP IMȘiC, în perioada 2021-2023. În cercetare au fost incluse 376 de nașteri cu un termen de gestație cuprins între 34⁺⁰ și 42⁺⁰ de săptămâni. Lotul de bază a constat din 66 de cazuri de nașteri la paciente cu DG, iar lotul de control a inclus 310 de cazuri de nașteri la paciente fără prezența oricărui tip de diabet zaharat.

Rezultate

În cadrul studiului, au fost investigate particularitățile conduitei pacientelor cu DG, analizând factorii de risc și cei protectivi ai acestei patologii. Printre factorii de risc identificați pentru diabetul zaharat gestațional s-au numărat cei sociali, cum ar fi proveniența din mediul rural, cu un OR 2,04; ÎI 95% 1,18-3,54, p=0,010. În schimb, factorii protectivi au inclus nivelul educativ superior și postuniversitar, cu un OR=0,54; ÎI 0,30-0,98, p=0,042, precum și lipsa locului de muncă, cu un OR= 0,55; ÎI 95% 0,31-0,956, p=0,033. Pacientele, ale căror rude de gradul I au avut orice tip de diabet, au prezentat un risc de a fi diagnosticate cu diabet în timpul sarcinii actuale de 5 ori mai mare în comparație cu lotul de control (OR= 5,19, ÎI 95% 2,48-10,85, p=0,001). Totodată, factorul protectiv a fost prezența la pacientă a primei sarcini (OR=0,40, ÎI 95%=0,19-0,81, p=0,0095) și a primei nașteri (OR=0,51, ÎI 95% 0,27-0,94, p=0,029). Odată cu creșterea numărului de sarcini și de nașteri, acest efect protectiv a dispărut, iar începând cu a patra sarcină (OR=3,13, ÎI 95%1,78-5,51, p=0,0001), în timp ce a patra naștere (OR=2,88, ÎI 95% 1,48-5,65, p=0,001) devine un factor de risc pentru DG. Vârsta maternă medie în lotul de bază a fost semnificativ mai mare comparativ cu lotul de control (32,55±0,83 ani vs. 28,76±0,35 ani, t=-4,445, p<0,0001), în special vârsta ≥ 40 ani (OR=3,92, ÎI 95% 1,57-9,73, p=0,002). De asemenea, masa preconcepțională a fost semnificativ mai mare în grupul pacientelor cu DG (89,6±3,04 kg vs. 60,8±0,56, p<0,001). Înainte de naștere s-a atestat aceeași situație (99,9 ±3,0 kg vs. 73,±0,6 kg, p<0,001). Alți factori de risc ai DG au inclus: antecedente de avort medical (OR=4,15, ÎI 1,22-14,04, p=0,0135), anamneză de mortinatalitate (OR=3,94, ÎI 1,03-15,07, p=0,032) și mortalitate neonatală precoce (OR=7,33, ÎI 1,20-44,78, p=0,012), nașterea anterioară a feților cu greutate peste 4000 g. (OR=5,24, ÎI 95%2,75-10,00) și prezența cicatricii pe uter (OR=1,90, ÎI 1,07-3,37, p=0,026). Pacientele cu DG, în general, au făcut mai puține vizite la medicul de familie și ginecologul de sector. Doar 16,7% (n=11) dintre ele au efectuat consultări regulate la medicul oftalmolog, o dată în trimestru. De asemenea, consultația cu medicul endocrinolog până în săptămâna 34 de sarcină a fost efectuată de mai puțin de 30% dintre pacientele incluse în studiu (36,3%, n=24). După 34 de săptămâni de sarcină, un sfert dintre paciente (24,1%, n=16) nu au fost consultate deloc de medicul endocrinolog, iar jumătate au fost consultate doar o singură dată. Nivelul glicemiei bazale la jeun în primul trimestru de sarcină a variat între 4,0 mmol/l și 7,0 mmol/l. La 43,9% dintre gravide (n=29), diagnosticul de DG a fost stabilit în primul trimestru de sarcină. Testul oral de toleranță la glucoză (TOTG) a fost efectuat de 40,9% (n=27) dintre paciente. La 15,2% diagnosticul de DG a fost stabilit după 34 de săptămâni de sarcină. Dietoterapia a fost recomandată pentru 93,9% (n=62) dintre paciente, dintre

care 80,3% au confirmat că au respectat această recomandare. În timpul sarcinii, 16,7% (n=11) dintre paciente au necesitat insulinoterapie pentru corijarea DG. Momentul de debut al insulinoterapiei a variat semnificativ, între săptămâna a 10-a și săptămâna a 36-a de sarcină. În ceea ce privește durata medie a sarcinii, aceasta a fost mai mică în lotul de studiu, încheindu-se în medie la $38,36 \pm 0,19$ săptămâni, în comparație cu $38,94 \pm 0,9$ săptămâni în lotul de control ($p=0,005$). Un procent de 21,2% (n=14) dintre paciente au ajuns la termenul de ≥ 40 săptămâni. Rata de efectuare a operației cezariene a fost semnificativ mai mare în lotul de studiu, de 62,1% (n=41), în comparație cu 35,1% (n=109) în lotul de control ($p<0,0001$). Masa medie a nou-născuților a fost mai mare în lotul de studiu ($3767,6 \pm 65,8$ g vs. $3314,01 \pm 31,16$ g, $p<0,0001$), la fel și talia nou-născuților ($52,5 \pm 0,3$ cm vs. $51,2 \pm 0,1$ cm, $p<0,0001$). Prevalența nou-născuților macrosomi ($m>4000$ g) în lotul de control a fost de 8,7% (n=27), iar în lotul de bază a fost de 33,3% (n= 22) (t Student=4,09, $p<0,001$).

Concluzii

Evaluarea managementului sarcinii la pacientele diagnosticate cu diabet gestațional a scos în evidență mai multe lacune, printre care se numără: 1) diagnosticarea tardivă a DG, constatată în 15,2% din cazuri, după ce sarcina a depășit 34 de săptămâni; 2) calitatea scăzută a consilierii acordate pacientelor cu DG poate conduce la lipsa de aderență la regimul alimentar și la tratamentul medicamentos recomandat; 3) coordonarea insuficientă între diferiții specialiști implicați în îngrijirea pacientelor cu DG, precum medicul obstetrician-ginecolog, medicul de familie, medicul endocrinolog și medicul oftalmolog.

Identificarea și eliminarea factorilor care contribuie la dezvoltarea DG și optimizarea managementului acestor cazuri sunt esențiale pentru îmbunătățirea rezultatelor materne și perinatale.