

ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ОТ МАТЕРЕЙ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Букато А. Д.

*Научные руководители: канд. мед. наук, доц. Альферович Е. Н.,
канд. мед. наук Саржевская Е. А.*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск
6-я Городская клиническая больница г. Минска*

Резюме. В статье представлены особенности адаптации новорожденных от матерей с гестационным сахарным диабетом. Новорожденные дети в 40,0% случаев были крупновесными к сроку гестации с признаками морфофункциональной незрелости, в раннем неонатальном периоде у 60,0% выявлена ранняя гипогликемия, у 57,1% патологическая убыль массы тела, затяжная неонатальная желтуха у 45,7%. Был установлен высокий процент кефалогематом, а также врожденных пороков сердца по данным ЭХО-КГ в виде дефекта межпредсердной перегородки. Таким образом, даже компенсированный ГСД имеет ряд негативных влияний на ante-, intra- и ранний неонатальный период.

Ключевые слова: гестационный сахарный диабет, неонатальный период, гипогликемия, крупновесные новорожденные, эндокринная патология.

Актуальность. Из года в год растет частота встречаемости гестационного сахарного диабета у беременных женщин. Данная патология оказывает негативное влияние на состояние плода и раннюю адаптацию новорожденного ребенка и является важной междисциплинарной проблемой, требует наблюдения данной патологии не только акушером-гинекологом, но и эндокринологом, а затем неонатологом и педиатром. Частота развития гестационного сахарного диабета колеблется в диапазоне от 1 до 20%. Гестационный сахарный диабет является фактором риска развития сахарного диабета второго типа, ожирения, патологии сердечно-сосудистой системы как у матери, так и у потомства в будущем [1,2].

По данным ежегодных отчетов родильного дома УЗ «6-я Городская

клиническая больница» г. Минска в структуре экстрагенитальной патологии беременных ГСД в 2023 году был у 105 (3,84%) женщин, а в 2024 году уже у 117 (4,49%) женщин, прирост составил 0,65%.

Цель: изучить особенности адаптации новорожденных от матерей с гестационным сахарным диабетом (ГСД).

Задачи:

1. Оценить антропометрические показатели новорожденных от матерей с ГСД.

2. Изучить лабораторные показатели и особенности ранней неонатальной адаптации детей, рожденных от матерей с ГСД.

3. Проанализировать данные инструментальных исследований (ЭХО-КГ), микробиологического мониторинга.

Материалы и методы. Изучаемую группу составили 35 детей, рожденных от матерей с гестационным сахарным диабетом в УЗ «6-я городская клиническая больница» г. Минска в 2023-2024 гг. Ретроспективно проведен анализ медицинской карты стационарного пациента матерей (форма 003/у), история развития новорожденного ребенка (форма 097/у). Среди показателей, характеризующих особенности течения неонатального периода, были изучены: оценка по шкале Апгар, антропометрические показатели при рождении, наличие и характер пограничных состояний периода новорожденности, заболевания в период новорожденности, убыль массы тела, данные ультразвуковой диагностики сердца, микробиологический мониторинг посевов при рождении ребенка из пупочных сосудов, зева, ушной раковины. Результаты обследования обработаны при помощи программного обеспечения Statistica, Excel.

Результаты и их обсуждение. В основной группе доношенными родились 29 детей в сроке гестации от 259 до 290 дней, средний срок гестации составил $274,07 \pm 10,81$ дней. Недоношенными родились 6 детей в сроке гестации 249-254 дня. В контрольной группе настоящая беременность была доношенной, срок гестации в среднем составил $282,05 \pm 5,34$ дней. В основной группе 24 (68,6%) ребенка родились через естественные родовые пути, 11 (31,4%) извлечены путем операции кесарева сечения.

В основной группе в удовлетворительном состоянии родились 33 ребенка с оценкой по шкале Апгар 8/8-

8/9 баллов, с оценкой по шкале Апгар от 4 до 6 баллов родилось 2 ребенка (в асфиксии умеренной степени). Антропометрические показатели детей от матерей с ГСД:

1. Крупновесными к сроку гестации (масса тела при рождении больше 4000) – 8 (22,9%) детей.

2. Соответствовали сроку гестации по массе (массой тела 3000-4000) – 21 (60,0%) ребенок.

3. 6 (17,1%) детей родились недоношенными, но крупновесными к сроку гестации.

Масса тела при рождении в среднем составила $4397 \pm 287,5$ г, рост $55,8 \pm 1,74$ см. (рис.1)

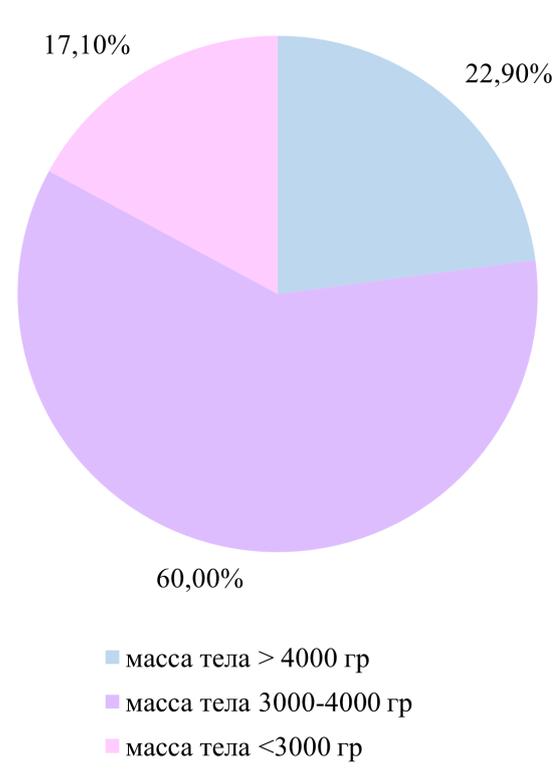


Рис. 1 – Масса тела при рождении (гр)

В основной группе детей от матерей с ГСД всем детям оценивался уровень гликемии в первые 6 часов жизни, к концу первых суток жизни и

далее по показаниям, т.к. эти дети были отнесены в группу риска по гипогликемии. Из 35 детей у 21 ребенка

в первые трое суток наблюдалась гипогликемия (Табл.1)

Табл. 1 – Уровень гликемии новорожденных исследуемой группы

Время	Уровень глюкозы < 2,6 ммоль/л	Уровень глюкозы > 2,6 ммоль/л
Первые 6 часов жизни	7 детей (20,0%) – $2,0 \pm 0,5$	19 детей (54,3%) – $4,3 \pm 1,0$
24 часа жизни	8 детей (22,8%) – $2,2 \pm 0,8$	18 детей (51,4%) – $3,6 \pm 0,2$
Вторые сутки жизни	6 детей (17,2%) – $2,2 \pm 0,5$	20 детей (62,9%) – $4,1 \pm 1,1$
3-5 сутки жизни	–	35 детей (100,0%) – $4,5 \pm 1,0$

Это требовало коррекции данного состояния: инфузионная терапия (10% глюкоза) в должествующих объемах. Нормализация уровня глюкозы наблюдалась к 3 суткам жизни.

У 20 (57,1%) детей основной группы отмечалась патологическая убыль массы тела >10% в раннем неонатальном периоде, так как дети рождались с отечным синдромом и в последующие сутки жизни отечный синдром уходил. В большинстве своем дети от матерей с гестационным сахарным диабетом имели признаки морфофункциональной незрелости, что было отражено в клиническом статусе. В 21 (60,0%) случае были описаны признаки диабетической фетопатии: макросомия, лунообразное лицо, короткая шея, пастозность, отечный синдром, признаки дисморфизма (непропорциональное туловище с короткими конечностями). В течении неонатального периода у новорожденных основной группы были выявлены следующие состояния: неонатальная желтуха – у 16 (45,7%) детей, кефалогематома теменной кости – у 8 (22,8%), инфекция, специфичная для перинатального периода – у 5 (14,3%), врожденная пневмония – у 3-х (8,6%)

(Диагр.3). Все дети были осмотрены детским неврологом и у 22 (62,8%) выставлен синдромальный диагноз в виде синдрома двигательных нарушений с мышечной дистонией, что так же можно объяснить ранней гипогликемией, нарушенными возможностями адаптации данной группы детей, в дальнейшем рекомендован повторный осмотр неврологом с проведением нейросонографии в амбулаторных условиях, при необходимости госпитализация с целью нейрореабилитации. Всем детям при рождении произведен забор материала на микробиологическое исследование в родильном зале с использованием нескольких локусов (ушная раковина, ротоглотка-зев, пуповина и оболочки плаценты). У 28,6% новорожденных выделена патогенная и условно-патогенная микрофлора, что реализовалось в инфекции, специфичные для перинатального периода и врожденные пневмонии

У 42,8% детей по данным ЭХО-КГ выставлен диагноз ВСП: ДМПП. СН0. Все дети с пороком сердца консультированы детским кардиологом. Даны рекомендации по дальнейшему наблюдению и обследованию.

Средняя продолжительность

нахождения в роддоме с переводом на второй этап выхаживания составила ± 14 суток.

Выводы:

1. В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости гестационным сахарным диабетом во время беременности.

2. Дети от матерей с гестационным сахарным диабетом имеют большие параметры физического развития, соответственно риск родового травматизма у них так же выше. У 22,8% детей были кефалогематомы теменных

костей.

3. Большинство детей (60,0%) от матерей с ГСД имели признаки морфофункциональной незрелости, ранняя гипогликемия была у 60,0% детей, патологическая убыль массы тела у 57,1% детей, затяжная неонатальная желтуха у 45,7%, синдром двигательных нарушений с мышечной дистонией у 62,8%, ВПС у 42,8%.

4. Таким образом, даже компенсированный ГСД имеет ряд негативных влияний на адаптационные возможности новорожденного ребенка.

Литература

1. Неонатология: учеб. пособие/ А. К. Ткаченко [и др.]: под ред. А. К. Ткаченко, А. А. Устинович. – Минск: Выш. шк., 2009. – 494 с.
2. Неонатология. Национальное руководство / Н.Н. Володин (ред.) [и др.]: под ред. Н. Н. Володин. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 749 с.
3. Сахарный диабет и беременность. Гестационный сахарный диабет/ Я. Л. Навменова - Гомель: ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ», 2016. – С.10
4. Крупновесные новорожденные дети: особенности ранней неонатальной адаптации / И. А. Логинова, В. А. Шостак, Э. Кордзахия, и др. // Медицинский журнал – 2022. - №3. – С. 94-98

PROBLEMS OF ADAPTATION OF NEWBORNS FROM MOTHERS WITH GESTATIONAL DIABETES MELLITUS

Bukata A. D.

*Tutors: PhD, associate professor Alferovich E. N., PhD Sarzevskaya E. A.
Belarusian State Medical University, Minsk
6th City Clinical Hospital, Minsk*

Resume. The article presents the features of adaptation of newborns from mothers with gestational diabetes mellitus. Newborns in 40.0% of cases were large-bodied by gestation with signs of morphofunctional immaturity, in the early neonatal period, 60.0% had early hypoglycemia, 57.1% had pathological weight loss, and 45.7% had prolonged neonatal jaundice. A high percentage of cephalohematomas, as well as congenital heart defects, were detected according to ECHO-KG data in the form of atrial septal defect. Thus, even compensated GDM has a number of negative effects on the ante-, intra- and early neonatal period.

Keywords: gestational diabetes mellitus, neonatal period, hypoglycemia, newborns with high weight, endocrine pathology.