

А.Д. Букато

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Е.Н. Альферович

2-я кафедра детских болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

A.D. Bukata

FEATURES OF THE HEALTH STATUS OF NEWBORNS FROM WOMEN WITH GESTATIONAL DIABETES MELLITUS

Tutor: PhD, associate professor E.N. Alferovich

2nd Department of Childhood Diseases

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. В статье представлен анализ новорожденных от матерей с гестационным сахарным диабетом, которые имеют большие параметры физического развития, признаки морфофункциональной незрелости (61,5%), раннюю гипогликемию (80,76%), патологическую убыль массы тела (38%), затяжную неонатальную желтуху (46%). 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.

Resume. The article presents an analysis of newborns from mothers with gestational diabetes mellitus, who have high physical development parameters, signs of morphofunctional immaturity (61.5%), early hypoglycemia (80.76%), pathological weight loss (38%), prolonged neonatal jaundice (46%). Even compensated gestational diabetes mellitus 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.

Актуальность. Гестационный сахарный диабет (ГСД) – это заболевание, характеризующееся гипергликемией, впервые выявленной во время беременности. ГСД является наиболее частым нарушением обмена веществ у беременных, что является важной междисциплинарной проблемой и требует наблюдения данной патологии не только акушером-гинекологом, но и эндокринологом, а затем неонатологом и педиатром. Частота развития ГСД в разных странах составляет от 1 до 20%. Это связано с разными подходами в диагностике данного состояния [3]. ГСД представляет серьезную медико-социальную проблему как для беременной, так и для роженицы. ГСД является фактором риска развития сахарного диабета второго типа, ожирения, патологии сердечно-сосудистой системы как у матери, так и у потомства в будущем [1,2]. В последние годы в Республике Беларусь отмечается рост данной патологии. Так, по данным ежегодных отчетов родильного дома УЗ «6-я ГКБ» в структуре экстрагенитальной патологии беременных ГСД в 2023 году был у 105 женщин (3,84%), а в 2024 году уже у 117 женщин (4,49%), прирост составил 0,65%.

В то же время частота рождения крупновесных новорожденных из года в год составляет 11,3% (в 2013 г.) и 11,7% (в 2024 г.) [4].

Цель: изучить особенности состояния здоровья новорожденных от матерей с

гестационным сахарным диабетом (ГСД).

Задачи:

1. Проанализировать акушерский анамнез и соматический статус матерей с ГСД.
2. Оценить антропометрические показатели новорожденных от матерей с ГСД.
3. Изучить лабораторные показатели и особенности ранней неонатальной адаптации детей, рожденных от матерей с ГСД.

Материалы и методы. Основную группу составили 26 детей, рожденных от матерей с ГСД. Контрольную группу составили 30 детей, рожденных в УЗ «6-я городская клиническая больница» г. Минска в 2023-2024 гг., отобранных из общего числа новорожденных методом случайной выборки. Ретроспективно проведен анализ медицинской карты стационарного пациента матерей (форма 003/у), история развития новорожденного ребенка (форма 097/у). Клинический метод включал анализ особенностей материнского анамнеза, возраст матери, исходы предыдущих беременностей, особенности течения данной беременности, наличие осложнений, экстрагенитальной патологии, острых и хронических заболеваний, особенности течения родов. 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. Результаты обследования обработаны при помощи программного обеспечения Statistica, Excel.

Результаты и их обсуждение. В основной группе доношенными родились 22 ребенка в сроке гестации от 259 до 290 дней, средний срок гестации составил $274,07 \pm 10,81$ дней. Недоношенными родились 4 ребенка 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 22 ребенка (69,3%) родились через естественные родовые пути, 8 (30,7 %) извлечены путем операции кесарева сечения. В контрольной группе все дети родились через естественные родовые пути. При анализе соматического анамнеза матерей с гестационным сахарным диабетом было установлено, что у 10 женщин (38 %) зафиксированы другие заболевания эндокринной системы (патология щитовидной железы), у 6 (23%) – миопия легкой и средней степени, 6 (23 %) имели хронические неинфекционные заболевания ЖКТ (хронический гастрит), нарушения углеводного обмена у 2 женщин (7,7%). В контрольной группе было установлено, что у 8-ми женщин (26,6 %) зафиксирован гипотиреоз, у 3 (10 %) – миопия легкой и средней степени, 3 (10 %) имели хронические неинфекционные заболевания ЖКТ (хронический гастрит), у трех (10 %) выявлен хронический тонзиллит.

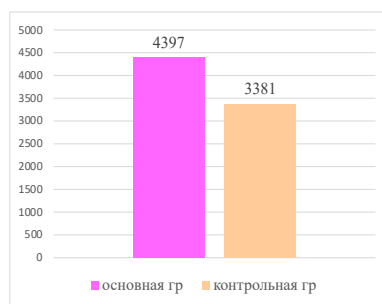
Все женщины во время беременности были консультированы эндокринологом в связи с повышенным уровнем глюкозы во время настоящей беременности и постановкой диагноза: гестационный сахарный диабет. Течение настоящей беременности у женщин с ГСД протекало с осложнениями: урогенитальной инфекцией (кольпит, бактериурия, цистит) у 8-ми женщин (30,7 %), анемией беременных у 6 женщин (23%), у 4-х женщин (15,4%) диагностировано маловодие, у

6 (23%) – угроза прерывания беременности. Острые инфекционные заболевания респираторного тракта в течение настоящей беременности зафиксированы у 18 женщин (69%). Внутриматочная гипоксия плода была в шести случаях (23 %). Два ребенка родились в асфиксии с синдромом меконияльной аспирации – (7,7%). В контрольной группе течение настоящей беременности было осложнено: урогенитальной инфекцией (кольпит, бактериурия, цистит) у 8-ми женщин (26,6 %), угрозой прерывания – у 2-х женщин (6,7 %), анемией беременных у 4-х женщин (13,3 %), у двух женщин диагностировано маловодие (6,7%). Острые инфекционные заболевания респираторного тракта в течение настоящей беременности зафиксированы у 6-ти женщин (20 %). В основной группе в удовлетворительном состоянии родились 24 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). В контрольной группе все дети родились в удовлетворительном состоянии с оценкой по Апгар 8/9 баллов.

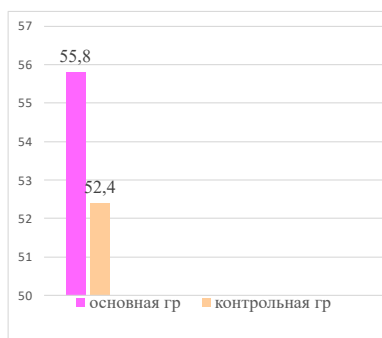
Антропометрические показатели детей от матерей с ГСД:

1. Крупновесными к сроку гестации (масса тела при рождении больше 4000) – 6 детей (23%)
2. Соответствовали сроку гестации по массе (массой тела 3000-4000) - 16 детей (62%)
3. 4 ребенка родились недоношенными, но крупновесными к сроку гестации (15,5%).

Масса тела при рождении в среднем составила $4397 \pm 287,5$ г, рост $55,8 \pm 1,74$ см. В контрольной группе антропометрические показатели малышей были следующими: масса тела при рождении $3381 \pm 502,5$ г, рост $52,4 \pm 2,87$ см (Диагр.1) (Диагр 2).



Диагр. 1 – Масса тела при рождении (гр)



Диагр. 2 – Рост при рождении (см)

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 26 детей у 21 ребенка в первые трое суток наблюдалась гипогликемия (Таб.1).

Табл. 1. Уровень гликемии новорожденных основной группы

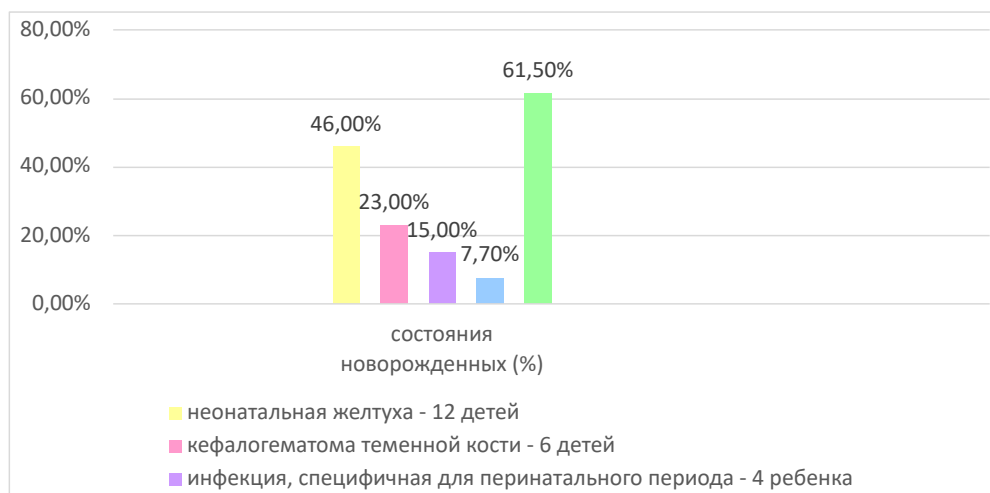
Время	Уровень глюкозы < 2,6 ммоль/л	Уровень глюкозы > 2,6 ммоль/л
Первые 6 часов жизни	7 детей (26,9%) – $2,0 \pm 0,5$	19 детей (73,1%) – $4,3 \pm 1,0$
24 часа жизни	8 детей (30,8%) – $2,2 \pm 0,8$	18 детей (69,2%) – $3,6 \pm 0,2$
Вторые сутки жизни	6 детей (23,0%) – $2,2 \pm 0,5$	20 детей (77,0%) – $4,1 \pm 1,1$
3-5 сутки жизни	–	26 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. В контрольной группе детей нам не удалось анализировать уровень гликемии, так как эти дети не относились в группу риска по гликемии и контроль уровня глюкозы им не проводился.

У 10 детей основной группы (38%) отмечалась патологическая убыль массы тела >10% в раннем неонатальном периоде. По сравнению с контрольной группой, эти дети хуже и более длительно восстанавливали массу тела.

В большинстве своем дети от матерей с ГСД имели признаки морфофункциональной незрелости, что было отражено в клиническом статусе, в 16 случаях (61,5%) были описаны признаки диабетической фетопатии: макросомия, лунообразное лицо, короткая шея, пастозность, отечный синдром, признаки дисморфизма (непропорциональное туловище с короткими конечностями).

В течении неонатального периодау новорожденных основной группы были выявлены следующие состояния: неонатальная желтуха – у 12 детей (46%), кефалогематома теменной кости – у 6 (23%), инфекция, специфичная для перинатального периода – у 4 (15%), врожденная пневмония – у 2-х (7,7%), неврологическая симптоматика – у 16 детей (61,5%) (Диагр.3).



Диагр. 3 – Структура заболеваемости новорожденных в основной группе (%)

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

В контрольной группе пограничные состояния периода новорожденности отмечались у всех детей: физиологическая убыль массы тела у всех новорожденных, физиологическая желтуха у 6-х (20 %), мочекишный инфаркт – у 2-х (6,6%).

Выводы:

1. В последние годы отмечается неуклонный рост гестационного сахарного диабета во время беременности.

2. ГСД достоверно чаще (38%) сочетался с другой эндокринной патологией (заболевания щитовидной железы, нарушения углеводного обмена) у беременных основной группы по сравнению с контрольной группой.

3. Течение беременности у женщин с ГСД чаще осложнялось внутриматочной гипоксией (23%), инфекционной патологией (69%), что привело к рождению детей в асфиксии умеренной степени (7,7%) и с синдромом меконияльной аспирации.

4. Дети от матерей с ГСД имеют большие параметры физического развития, соответственно риск родового травматизма у них так же выше. У 23% детей были кефалогематомы теменных костей.

5. Антропометрические показатели детей от матерей с ГСД были достоверно выше по массе тела, чем у детей в контрольной группе.

6. Большинство детей от матерей с ГСД имели признаки морфофункциональной незрелости (61,5%), ранняя гипогликемия была у 80,76% детей, патологическая убыль массы тела у 38% детей, затяжная неонатальная желтуха у 46%, в отличие от детей контрольной группы, где наблюдались только пограничные состояния периода новорожденности.

7. Таким образом, даже компенсированный ГСД имеет ряд негативных влияний на ante-, intra- и ранний неонатальный период.

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