

Перебіг пологів, стан плода та новонародженого у жінок з гестаційним діабетом

О.С. Янюта, Г.С. Янюта

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

У статті наведені власні дані стосовно особливостей перебігу вагітності, пологів, стану плода та новонародженого у жінок з гестаційним діабетом. Отримані результати дозволяють своєчасно змінити тактику ведення вагітності і пологів з метою зниження частоти перинатальної патології. **Ключові слова:** вагітність, гестаційний діабет, перебіг пологів, стан плода, новонароджений.

Незважаючи на значні успіхи акушерської, ендокринологічної та неонатологічної допомоги, перинатальна захворюваність і смертність від цукрового діабету (ЦД) досі залишається втричі більшою порівняно із загальнопопуляційною [1]. Маніфестний ЦД під час вагітності супроводжується значно вищим ризиком несприятливих перинатальних наслідків [4]. Разом із цим, доведено, що менш виражені порушення вуглеводного метаболізму мають такий самий негативний вплив на плід. Близько 3% вагітностей ускладнюються гестаційним діабетом (ГД) [2, 3]. Показник може варіювати від 1% до 14% залежно від популяції, що вивчають, та діагностичних тестів, що використовують [4, 5].

Не викликає сумнівів, що ГД справляє значний негативний вплив на плід, а також має певне несприятливе прогностичне значення для матері [6, 7]. Слід зазначити, що в проблемі ГД дотепер більшою мірою розробляються й обговорюються ендокринологічні аспекти, меншою – акушерські та перинатальні. Зокрема, не вивчено особливостей перебігу, частота і механізми розвитку ускладнень плодового акту у жінок з ГД; не встановлено залежність стану плода і новонародженого від способу розродження, стану вуглеводного метаболізму під час пологів; не розроблено інтранатальні чинники ризику патології неонатального та післяпологового періоду.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами було вивчено перебіг пологів у 94 хворих на ГД та у 30 здорових жінок, що склали контрольну групу. Усі жінки обстежувались і розроджувались у ДУ «ПАГ АМН України» в період 2008–2012 рр. Роділлі були розподілені по групах залежно від класу ГД: клас А1 (61 роділля) – 1-ша група та клас А2 (33 роділлі) – 2-га група. Вивчали акушерський анамнез обстежених жінок (перебіг та результати попередніх вагітностей), перебіг теперішньої вагітності, пе-

Таблиця 1

Акушерсько-гінекологічний анамнез обстежених вагітних, абс. число (%)

Показник	Група обстежених жінок		
	1-а група, n=61	2-а група, n=33	Контрольна група, n=30
Аборти	27 (44,3)*	15 (45,5)*	3 (10,0)
Самовільні аборти	4 (6,6)	5 (15,2)*	1 (3,3)
Прееклампсія	7 (11,5)*	6 (18,2)*	–
Мертвонародження	5 (8,2)	5 (15,2)*	–
Передчасні пологи	2 (3,3)	3 (9,1)	1 (3,3)
Кесарів розтин	4 (6,6)	4 (12,1)*	1 (3,3)

Примітка: * – різниця відносно жінок контрольної групи достовірна (p<0,05).

Таблиця 2

Перебіг вагітності обстежених жінок, абс. число (%)

Ускладнення	Група обстежених жінок		
	1-а група, n=61	2-а група, n=33	Контрольна група
Загроза переривання вагітності	20 (32,8)*	9 (27,3)*	3 (10,0)
Гестоз першої половини вагітності	9 (14,8)	6 (18,2)*	2 (6,7)
Прееклампсія	18 (29,5)	12 (36,4)* #	1 (3,3)
Плацентарна недостатність	27 (44,3)	18 (54,5)* #	1 (3,3)
Дистрес плода	21 (34,4)*	17 (51,5)* #	–
Затримка розвитку плода	7 (11,5)*	5 (15,2)*	–
Багатоводдя	16(26,2)	19 (57,6)	1 (3,3)
Маловоддя	6(9,8)	3 (9,1)	–
Анемія	7 (11,5)	4 (12,1)	3 (10,0)

Примітка: * – різниця відносно жінок контрольної групи достовірна (p<0,05); # – різниця відносно жінок з ГД клас А1 достовірна (p<0,05).

Спосіб розродження у обстежених жінок, абс. число (%)

Показник	Група обстежених жінок		
	1-а група, n=61	2-а група, n=33	Контрольна група, n=30
Кесарів розтин	28 (45,9)*	17 (56,1)* #	–
– плановий	12 (42,9)	11 (64,7)*	–
– ургентний	16 (57,1)	6 (35,3)	–
Індуковані пологи	5 (8,2)	7 (21,2)	–

Примітка: * – різниця відносно жінок контрольної групи достовірна (p<0,05); # – різниця відносно жінок з ГД класу А1 достовірна (p<0,05).

Перебіг пологів у обстежених жінок, абс. число (%)

Ускладнення	Група обстежених жінок		
	1-а група, n=49	2-а група, n=22	Контрольна група, n=30
Передчасний розрив плодових оболонок	9 (19,5)	5 (22,7)*	4 (13,3)
Рання амніотомія, стимуляція пологової діяльності	5 (10,2)	7 (31,8)*	–
Слабкість пологової діяльності	3 (6,1)	2 (9,1) *	1 (3,3)
Дистрес плода в пологах	6 (12,2)	2 (9,1)	–
Ургентний кесарів розтин	16 (32,7)*	6 (27,2)*	–

Примітка: * – різниця відносно жінок контрольної групи достовірна.

Частота ускладнень післяпологового періоду у обстежених жінок, абс. число (%)

Показник	Група обстежених жінок		
	1-а група, n=61	2-а група, n=33	Контрольна група, n=30
Порушення інволюції матки	6 (11,3)	8 (15,7)	2 (6,7)
Порушення лактації	8 (15,1)*	12 (23,5)*	1 (3,3)
Гнійно-септичні ускладнення	3 (5,7)	5 (9,8)*	–
Пізня кровотеча	–	1 (2,0)	–

Примітка: * – різниця відносно жінок контрольної групи достовірна (p<0,05).

ребіг пологів та частота перинатальних порушень. При обстеженні хворих особливу увагу звертали на анамнез та перебіг захворювання.

Оброблення статистичних даних проводили стандартними методами.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік роділець з ГД класу А1 склав 28,5 року, з ГД класу А2 – 34 роки.

Найчастіше у обстежених жінок вагітність перебігала на тлі такої соматичної патології, як нейроциркуляторна астенія різних типів, хронічні захворювання травного тракту (гастрит, холецистит). Досить частим явищем серед вагітних є ожиріння.

Слід зазначити, що обтяжена спадковість щодо ГД спостерігалась у 20 (32,8%) та 17 (51,5%) жінок 1-ї та 2-ї групи (p<0,05).

Пологи були повторними у 39,0% жінок 1-ї групи та у 63,6% жінок 2-ї групи. Повторно народжували також 37,2% вагітні контрольної групи.

Аналіз даних акушерського анамнезу наведений в табл. 1.

Попередні вагітності та пологи у жінок основних груп суттєво частіше мали ускладнений характер (див. табл. 1). Акушерський анамнез цих жінок обтяжений наявністю абортів, прееклампсій, мертвонароджень, передчасних пологів та розродження шляхом кесарева розтину.

Перебіг вагітності у жінок з ГД супроводжувався певною кількістю ускладнень, частота яких наведена в табл. 2.

Хворі на ГД мали більшу частоту ускладнень вагітності порівняно зі здоровими жінкам. Теперішня вагітність у хворих

на ГД також проходила з високою частотою ускладнень (табл. 2), найчастішими з яких були загроза переривання вагітності (32,8% та 27,3% при ГД класу А1 та ГД класу А2 проти 10,0% у жінок контрольної групи, p<0,05), прееклампсія (29,5% та 36,4% при ГД класу А1 та ГД класу А2 проти 3,3% у жінок контрольної групи, p<0,05), плацентарна недостатність (44,3% та 54,5% при ГД класу А1 та ГД класу А2 проти 3,3% у жінок контрольної групи, p<0,05), дистрес плода (34,4% та 51,5% при ГД класу А1 та ГД класу А2, p<0,05) та багатоводдя (26,2% та 57,6% при ГД класу А1 та ГД класу А2 проти 3,3% у жінок контрольної групи, p<0,05). При цьому прееклампсія, плацентарна недостатність, дистрес плода та багатоводдя достовірно частіше відзначені при ГД класу А2 (p<0,05).

Перебіг вагітності у жінок з різними класами ГД часто супроводжувався порушенням стану плода. У цієї категорії вагітних вірогідно частіше (p<0,05), ніж у здорових жінок, спостерігався дистрес плода. Патогномічною ознакою розладів вуглеводного метаболізму є діабетична фетопатія, яка виникає в разі поганої компенсації діабету.

Терміни розродження у вагітних з ГД визначали індивідуально, залежно від тяжкості перебігу хвороби, ступеня його компенсації, функціонального стану плода та наявності акушерських ускладнень. Пологи відбулися за доношеної вагітності у 91,1% жінок 1-ї групи, у 89% жінок 2-ї групи та у 100% жінок контрольної групи. Середня тривалість перебігу гестації становила 38,8±0,1 тиж та 37,6±0,3 тиж у жінок з ГД класів А1 та А2 відповідно. Пологи шляхом кесарева розтину відбулись у 47,5% жінок з дієтоконтрольованим ГД та у 51,1% жінок з інсулінзалежним ГД (табл. 3).

Розподіл новонароджених за масою тіла, абс. число (%)

Маса тіла, г	Група обстежених дітей		
	1-а група, n=61	2-а група, n=32	Контрольна група, n=20
>4000	14 (23,0)	10 (31,3)**	2 (6,6)
3500–4000	24 (39,3)	12 (37,5)	6 (20,0)
3000–3500	18 (29,5)*	6 (18,8)**	20 (70,0)
2500–3000	4 (6,6)**	2 (6,2)	1 (3,3)
<2500	1 (1,6)*	2 (6,2)**	–

Примітка: * – різниця відносно жінок контрольної групи достовірна (p<0,05); # – різниця відносно жінок 1-ї групи достовірна (p<0,05).

Таблиця 7

Розподіл новонароджених за станом при народженні, абс. число (%)

Оцінка за шкалою Апгар, бали	Група обстежених дітей		
	1-а група, n=61	2-а група, n=32	Контрольна група, n=30
>7	50 (81,9)*	15 (46,9)* #	24 (80,0)
5-7	9 (14,5)*	9 (28,5)* #	6 (20,0)
<5	2 (3,3)*	8 (25,0)*	–

Примітка: * – різниця відносно жінок контрольної групи достовірна (p<0,05); # – різниця відносно жінок 1-ї групи достовірна (p<0,05).

Найбільша частота планового оперативного розродження спостерігалась у жінок з ГД класу А2. Це пов'язано з частішим формуванням показань для абдомінального розродження у зв'язку із наявністю прееклампсії тяжкого ступеня, діабетичної фетопатії, дистресу та макросомії плода. У жінок з ГД класу А1 найчастіше мав місце ургентний кесарів розтин із показаннями до операції насамперед з боку плода (дистрес плода в пологах), а також поєднані показання: обтяжений акушерський анамнез, аномалії пологової діяльності та відсутність біологічної готовності організму до пологів. Індукція пологової діяльності у зв'язку із наявністю ГД у матері була проведена у 8,2% жінок 1-ї та у 21,2% жінок 2-ї групи. Жінки з інсулінозалежним ГД мають бути розродженні частіше у зв'язку з існуючою у них загрозою антенатальної загибелі плода в останні тижні вагітності. Отже, приблизно кожна четверта жінка 1-ї групи та кожна п'ята жінка 2-ї групи потребували проведення кесарева розтину, показання до якого були сформовані під час першого періоду пологів. Особливості перебігу пологів у жінок з ГД наведені в табл. 4.

Перебіг пологів у жінок з ГД характеризувався більш частим виникненням передчасного розриву плодових оболонок, слабкості пологової діяльності, дистресу плода, ніж у здорових жінок.

Отже, через природні пологові шляхи народили 33 (54,1%) жінки 1-ї групи та 17 (43,9%) жінок 2-ї групи. У 1 (3,0%) жінки 1-ї та у 2 (11,8%) жінок 2-ї групи другий період пологів ускладнювався дістотцією плечиків. Жодного разу не були застосовані акушерські щипці, не спостерігалось відшарування нормально розташованої плаценти та ранньої післяпологової гіпотонічної кровотечі. Дефект посліду мав місце у 2 (6,0%) жінок 1-ї та у 1 (5,9%) жінки 2-ї групи.

Доволі часто у жінок з обома класами ГД було виконано епізіотомію, перинеотомію. У жінок з ГД класу А2 спостерігалось частіше таке втручання: воно було виконано в 10 (58,8%) випадках, що зумовлено більшою масою тіла дітей таких пацієнток.

Фактори, що призводять до патології вагітності і пологів при ГД, спричинюють розвиток низки ускладнень і в післяпологовий період (табл. 5), найчастішими з яких є порушення інволюції та лактації.

Усього народилась 61 дитина від жінок 1-ї групи, 32 дитини 2-ї групи та 30 дітей контрольної групи. У жінки з ГД класу А2 відбулась антенатальна загибель плода в терміні

26 тиж вагітності. Жодного разу не відбулось інтранатальної загибелі плода та неонатальної загибелі плода.

Розподіл дітей за масою тіла при народженні представлений у табл. 6. З даних табл. 6 видно, що при ГД класу А2 у матерів більше дітей народилися з масою тіла більше 4000 г (31,3% при ГД класу А2 проти 23,0% при ГД класу А1 та 6,6% дітей контрольної групи, p<0,05) та менше 2500 г (6,2% при ГД класу А2 проти 1,6% при ГД класу А1, p<0,05).

Більшість дітей від матерів з ГД народилась з порушеннями у стані (табл. 7). Слід зазначити, що кожна друга дитина у жінок 2-ї групи народилась в стані асфіксії, причому половина із таких дітей мали тяжкий ступінь цього стану і потребували лікування в умовах реанімаційного відділення. Так, при ГД класу А2 53,1% народилось в стані асфіксії різного ступеня тяжкості (проти 17,8% у жінок з ГД класу А1, p<0,05), при цьому в стані асфіксії тяжкого ступеня народилось 25,0% дітей від жінок з ГД класу А2 проти 3,3% від жінок з ГД класу А1.

ВИСНОВКИ

Таким чином, проведений клініко-статистичний аналіз встановив, що у вагітних з гестаційним діабетом (ГД) обтяжений акушерський анамнез (висока частота абортів, прееклампсії, мертвонароджень, передчасних пологів та розродження шляхом кесарева розтину). Теперішня вагітність проходила з ускладненнями, найчастішими з яких були загроза переривання вагітності, прееклампсія, плацентарна недостатність та дистрес плода, що у 1 випадку призвело до антенатальної загибелі плода. При цьому прееклампсія, плацентарна недостатність, багатоводдя, дистрес плода та діабетична фетопатія достовірно частіше відзначені при ГД класу А2. Ускладнення пологів та перебіг пологів та післяпологового періоду: частота оперативного розродження набагато вище у хворих на ГД, ніж у жінок контрольної групи, частота оперативного розродження у жінок з ГД класу А2 вища, ніж у жінок з ГД класу А1, що зумовлено наявністю діабетичної фетопатії у жінок з ГД класу А2. Ускладнення пологів за наявності ГД спостерігалися майже удвічі частіше, ніж у жінок контрольної групи. Стан дітей при народженні був порушений (висока частота дистресу та діабетичної фетопатії, особливо із ГД класу А2), ранній неонатальний період ускладнився високою частотою дизадаптаційних синдромів. Отже, очевидно, що жінки з ГД потребують більш ретельного спостереження, ніж вагітні із нормальною толерантністю до вуглеводів.

Течение родов, состояние плода и новорожденного у женщин с гестационным диабетом
А.С. Янюта, Г.С. Янюта

During childbirth, condition of fetus and newborn for pregnant with gestation diabetes
A.S. Yanyuta, G.S. Yanyuta

В статье приведены собственные данные об особенностях течения беременности, родов, состояния плода и новорожденного у женщин с гестационным диабетом. Полученные результаты позволяют своевременно изменить тактику ведения беременности и родов с целью снижения частоты перинатальной патологии.

Ключевые слова: беременность, гестационный диабет, течение родов, состояние плода, новорожденный.

This article consists the own date about during pregnancy, outcome of labor, condition of fetus and newborn for pregnant with gestation diabetes. The received results allow timely change of tactics of conducting pregnancy and sorts for purpose of frequency decrease perinatal pathology.

Key words: pregnancy, gestation diabetes, outcome of labor, condition of fetus, newborn.

Сведения об авторах

Янюта Александр Сергеевич – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 483-22-69

Янюта Галина Сергеевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 483-22-69

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ведмедь А.А., Шапошникова Е.В. Особенности течения беременности, родов и состояние новорожденных у пациенток с гестационным сахарным диабетом // Вестник Российского университета дружбы народов. – 2009. – № 7. – С. 348–351.
 2. Накоренко А.А., Ермолина Л.Н., Морозова А.М. Осложнение беременности и родов при различных типах сахарного диабета // Материалы V Всероссийского диabetологического конгресса. – М., 2010. – С. 465.
 3. Kim C. Gestational diabetes: risks, management and treatment option // Int.J. Womens Health. – 2010. – Vol. 2. – P. 339–351.
 4. Diagnosis and classification of diabetes mellitus (Position Statement) / American Diabetes Association

//Diabetes care. – 2009. – Vol. 32, suppl. 1. – P. S62–67.
 5. Summary and recommendations of the Fifth International Workshop-Conference of Gestational Diabetes Mellitus / Metzger B. (et al) //Diabetes Care. – 2007. – Vol. 30, № 2. – P. 251–260.
 6. Килина А.В., Колесникова М.Б. Антенатальное развитие и течение адаптационного периода новорожденных, родившихся у матерей с гестационным сахарным диабетом // Вопросы современной педиатрии. – 2008. – Т. 7, № 2. – С. 111–113.
 7. Adverse pregnancy outcomes in gestational diabetes mellitus / Boriboonhirunsarn D. (et al.) // J. Med. Assoc. Thai. – 2006. – Vol. 89, suppl. 4. – P. 23–28.

Статья поступила в редакцию 17.12.2013

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

**МЕТОД ЭКО С ТРЕМЯ РОДИТЕЛЯМИ
 ВПЕРВЫЕ БУДЕТ ПРИМЕНЕН В ВЕЛИКОБРИТАНИИ**

Великобритания станет первой страной мира, в которой будет использоваться новый метод лечения бесплодия. Экстракорпоральное оплодотворение с участием трех биологических родителей позволит избавиться от бесплодия семьям, которые хотят избежать передачи неизлечимых митохондриальных заболеваний ребенку. По статистике, один из 6500 тысяч детей во всем мире страдает от таких болезней.

Инновационный шаг получил высокую оценку врачей, но кри-

тики метода утверждают, что он может привести к появлению младенцев с генетическими модификациями. ЭКО с тремя родителями получило свое название потому, что потомство, родившееся в результате такой процедуры, будет иметь гены от матери, отца и от женского донора. В ближайшее время в Великобритании впервые имплантируют генетически модифицированные эмбрионы женским донорам. Метод "тройного ЭКО" будет заключаться во

вмешательстве в процесс оплодотворения с целью удаления неисправной митохондриальной ДНК, которая приводит к наследованию проблем с сердцем, печеночной недостаточности, мозговым нарушениям, слепоте и мышечной дистрофии.

Используя метод "ЭКО с тремя родителями", семьи с митохондриальными заболеваниями, передающимися по материнской линии, смогут рожать здоровых детей.