

УДК 618.1-007.16:618.3:616.631.11

©Л.Є. Туманова, Вол.В. Подольський, Г.І. Іщенко, О.В. Мілевський, Н.П. Бадзюк
ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ІНВОЛЮЦІЇ МАТКИ У ПОРОДІЛЬ З ГЕСТАЦІЙНИМ ДІАБЕТОМ

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»

ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ІНВОЛЮЦІЇ МАТКИ У ПОРОДІЛЬ З ГЕСТАЦІЙНИМ ДІАБЕТОМ. Стаття присвячена питанню післяпологової інволюції матки у жінок з гестаційним діабетом. Характер скоротливої здатності матки оцінювали в динаміці на 1-у, 3-ю та 5-у добу післяпологового періоду. Було виявлено зниження тону м'язів матки на 5-7 добу пuerперія, що уповільнювало процеси самоочищення порожнини матки.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ИНВОЛЮЦИИ МАТКИ У РОЖЕНИЦ С ГЕСТАЦИОННОГО ДИАБЕТА. Стаття посвящена вопросу послеродовой инволюции матки у женщин с гестационным диабетом. Характер сократительной способности матки оценивали в динамике на 1-ю, 3-ю и 5-е сутки послеродового периода. Было выявлено снижение тонуса миометрия на 5-7 сутки пuerперия, что замедляло процессы самоочищения полости матки.

STUDY OF THE PECULIARITIES OF THE INVOLUTION OF THE UTERUS IN PARTURIENTS WITH GESTATIONAL DIABETES. This article is devoted to the issue of postpartum involution of the uterus in women with gestational diabetes. The nature of the contractile ability of the uterus was assessed in the dynamics on the 1st, 3rd and 5th day postpartum period. It was found to decrease myometrial tone for 5-7 day puerperiyu that slowed down the process of self-purification uterus.

Ключові слова: вагітність, гестаційний діабет, інволюція матки.

Ключевые слова: беременность, гестационный диабет, инволюция матки.

Key words: pregnancy, gestational diabetes, involution of the uterus.

ВСТУП. Гестаційний діабет (ГД) визначається як будь-яке порушення толерантності до вуглеводів, що виникло або було вперше виявлене під час вагітності. Нозологія включає різноманітні стани незалежно від того, чи потребує жінка інсуліну, або ж лікування полягає лише в дієтотерапії, та чи минає цей стан після пологів [1–5].

На теперішній час ГД є одним з найрозповсюджених ускладнень вагітності. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я [2] та нашої клініки частота ГД у загальній популяції вагітних складає близько трьох відсотків. За даними Американської асоціації діабету цей показник може варіювати від 1 до 14 %, залежно від популяції, що вивчається, та діагностичних тестів, що використовуються [6].

Вагітність та пологи на тлі цієї патології часто супроводжуються різноманітними ускладненнями, а новонароджені від матерів з ГД знаходяться у групі ризику розвитку таких ускладнень, як макросомія, гіпоглікемія, респіраторний дистрес-синдром, гіпертрофічна кардіоміопатія [2, 3].

ГД так називається не тільки тому, що маніфестує (проявляється) під час вагітності, але й тому, що його ознаки зникають після пологів. Однак, якщо жінка перенесла ГД, ризик розвитку істинного діабету збільшується в три-шість разів [7-12].

Розвиток ГД призводить до зриву компенсаторно-приспосувальних реакцій у системі «мати-плацента-плід», що підвищує ризик передчасних пологів, гестозів вагітних, недостатності фетоплацентарного кровообігу та, як наслідок, порушення трофіки плода. Цим пояснюється розвиток хронічної гіпоксії, виникнення травм та асфіксії у пологах [2, 3, 13].

Не дивлячись на проведення багаточисельних досліджень стосовно ГД як у нашій країні, так і за кордоном багаті аспекти цієї проблеми дотепер залишаються невіршеними.

Мета дослідження: Вивчити особливості післяпологової інволюції матки у жінок з гестаційним діабетом.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Нами було обстежено особливості інволюції матки в динаміці післяпологового періоду у 18 жінок з ГД. В 15 (83,3 %) жінок – пологи відбулись через природні пологові шляхи – тому, саме вони склали основну групу (у 3 (16,7 %) жінок пологорозршення проводилось шляхом кесаревого розтину).

Характер скоротливої здатності матки оцінювали в динаміці післяпологового періоду:

на 1-у, 3-ю і 5-у добу пuerперію на апараті “Sonoline SL-2” фірми “Siemens”.

При скануванні враховувались наступні розміри: 1) довжина тіла матки – відстань від внутрішнього вічка до зовнішньої поверхні дна матки; 2) передньо-задній розмір – відстань між найбільш віддаленими точками передньої і задньої поверхні матки, перпендикулярно до повздовжньої осі; 3) ширина тіла матки – відстань між найбільш віддаленими точками бокової поверхні тіла матки.

Під час ультразвукового обстеження звертали увагу на стан порожнини матки, її вміст, фіксувався момент появи кута між шийкою матки і тілом.

Контрольну групу склали 30 здорових породіль, в яких перебіг пологів був фізіологічним.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. При порівняльному аналізі особливостей інволюції матки у жінок з гестаційним діабетом і здорових породіль (рис. 1) нами були виявлені деякі особливості в динаміці розмірів зворотного розвитку матки.

Так, в групі породіль з ГД в 3-х жінок було виявлено субінволюцію матки (16,7 %), яка проявлялась в відсутності динаміки зменшення розмірів матки. У однієї (5,6 %) жінки виявлено залишки плацентарної тканини.

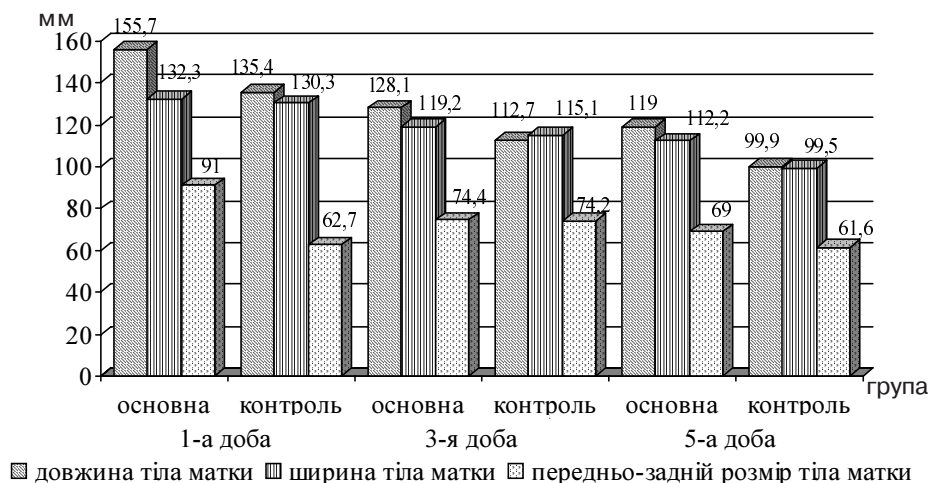


Рисунок 1. Біометричні показники післяпологової інволюції матки у породіль з гестаційним діабетом

Серед здорових жінок субінволюція матки виявлена 4 (13,3 %) жінок.

У переважної більшості жінок кут між шийкою матки і тілом з'являється на 5-ту добу післяпологового періоду. Відсутність кута на 5-у добу – свідчить про наявність зниженого тону мати.

У жінок основної групи ми спостерігали утворення кута на 5-ту добу лише в 40 % породіль, в той час як серед здорових такий відсоток був в 2 рази вищим (86,7 %) ($p < 0,001$). У більшості жінок, з гестаційним діабетом (60 %), кут між шийкою матки і тілом утворювався на 7-у добу. В цих жінок довше, ніж завжди, в порожнині матки затримувались кров'янисті згортки. Відсутність кута, в більшості випадків, в динаміці пуерперію, у жінок основної групи спостерігалась, не дивлячись на зменшення розмірів матки.

Слід відзначити що в переважної більшості жінок з ГД, перебіг даного захворювання під час вагітності, корегувався рослинними добавками до страв, і лише у однієї пацієнтки, була необхідність в призначенні інсуліну. У 2-х жінок з 15-ти пологи, відбулись плодами вагою 4 кг і більше.

ЛІТЕРАТУРА

1. Краснопольский В.И. Гестационный диабет: новый взгляд на старую проблему / В.И.Краснопольский, В.А.Петрухин, Ф.Ф. Бурмукулова // Акушерство и гинекология. – 2010. – №2. – С. 3–6. 1
2. Забаровская З.В. Проблема гестационного сахарного диабета: основные аспекты этиопатогенеза, клинико-диагностические критерии, принципы лечения / З.В. Забаровская, О.В.Мулярчик, Т.А. Жданова // Медицинские новости. – 2002. – № 12. – С. 12–19.
3. Медведь В. Сахарный диабет беременных / В. Медведь, Т.Авраменко // Доктор. – 2003. - №5. – С. 42–45.
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.

Таким чином, нами було виявлено, що у жінок з ГД спостерігалось зниження тону міометрію на 5-7-у добу пуерперію, що уповільнювало процеси самоочищення порожнини матки.

Можна припустити, що в жінок з ГД порушення толерантності до глюкози призводять до виснаження енергетичних механізмів скоротливої здатності матки в післяпологовому періоді.

ВИСНОВКИ. У жінок з гестаційним діабетом на 5-7-му добу пуерперію виявляються ознаки зниженого тону міометрія, які проявляються в більш пізньому утворенні кута між шийкою матки і тілом матки, що порушує процеси самоочищення порожнини матки і може сприяти виникненню гнійно-запальних ускладнень в пуерперії.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО ДОСЛІДЖЕННЯ. Враховуючи актуальність проблеми гестаційного діабету в світі, цей напрям потребує подальшого дослідження. А саме дослідження методів медикаментозної корекції виявлених порушень, розроблення методів профілактики ускладнень, та алгоритмів обстеження породіль з гестаційним діабетом.

6. Kim C. Gestational diabetes: risks, management and treatment option / C.Kim // Int.J. Womens Health. – 2010. – Vol.2. – P. 339–351.
7. Berle P. Maternal risks for newborn macrosomia, incidence of a shoulder dystocia and of damages of the plexus brachialis / Berle P., Misselwitz B., Sharlau J. // Geburtshilfe Neonotol. – 2003. – Bd.207, №4. – P.148–152.
8. Study on the trend of changes in fetal macrosomia in Yantai during the past 30 years / Liu S. [et al.] // Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. – 2002. – Vol.37, №8. – P.469–471.
9. Акушерство и гинекология: клинические рекомендации / ред. Кулаков В.И. – М.: ГЭОТАР-медиа, 2006. – С. 538.
10. Килина А.В. Антенатальное развитие и течение адаптационного периода новорожденных, родившихся у матерей с гестационным сахарным диабетом / Килина А.В., Колесникова М.Б. // Вопросы современной педиатрии. – 2008. – Т.7, №2. – С.111–113.

11. Сванадзе Н.Г. Клинические, биохимические и гормональные аспекты течения беременности, родов и раннего неонатального периода при крупном плоде: автореф. дис. канд. мед. наук / Н.Г.Сванадзе. – СПб., 1995. – 22с.

12. Акушерство и гинекология: Учебное пособие / Алан-Х. ДеЧерни, Лорен Натан; пер. с англ.; под общ. ред. акад.

РАМН А.Н.Стрижакова. – М.: МЕДпрессинформ, 2008. – Т.№1. – С. 419–420.

13. Aberg A. Predictive factors to develop diabetes mellitus in women with gestational diabetes mellitus / A.Aberg, E.Jonsson, I.Eskilsson // Acta Obstetrics and Gynecology. – 2002. - №81. – P.11–16.

Отримано 27.02.2013