

УДК 618.6.015.3

Լ. Ա. ԱԿՈՅԱՆ, Մ. Տ. ԱԲՈՅԱՆ, Դ. Յ. ԳՐԻԳՐՅԱՆ,
Ե. Դ. ԿԱԼԱՆՏԱՐՈՎԱ, Ր. Ն. ԱՐԱԿԵԼՅԱՆ

СОСТОЯНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ У ЖЕНЩИН, РОДИВШИХ КРУПНЫЙ ПЛОД

Изучена толерантность к углеводам в послеродовом периоде у женщин, родивших крупный плод. Исследования проводились при помощи перорального сахарного нагрузочного теста. Выявлены нарушения углеводного обмена у женщин, родоразрешившихся крупным плодом.

В настоящее время состояние углеводного обмена в послеродовом периоде у здоровых женщин с физиологическим течением беременности стало предметом ряда исследований [2, 5]. Опубликованы работы, где указывается на прямую зависимость между весом плода и степенью нарушения толерантности к углеводам [1, 3, 6]. У женщин, родивших крупный плод, Angeli [6] обнаружил нарушение углеводного обмена в 23,5%, а субклинический диабет в 18,6% случаев.

Рядом авторов выявлена идентичность глюкозо-толерантного теста как у женщин, родивших детей до 3500,0 г, так и у женщин, родивших крупный плод. Отмечена некоторая интенсификация обменных процессов, что авторы связывают с акселерацией [4, 7]. Однако единого мнения о генезе крупного плода нет.

С целью выявления состояния углеводного обмена в послеродовом периоде у женщин, родивших крупный плод, нами обследовано 64 родильницы. Исследования велись на 7-й день после родов. Пероральный глюкозо-толерантный тест проводился дачей 1 г сахара на 1 кг веса родильницы. Сахар в крови определялся через каждые 30 мин по методу Хагедорн-Иенсена (по [9]). Результаты приведены на рис. 1.

Первую группу составили родильницы с нормально протекавшей беременностью, родившие детей весом 2500,0—3500,0 г (16). Исходный уровень сахара в крови у них оказался в пределах нормы. Уровень максимального подъема не превышал 169 мг%, составляя в среднем 156 мг%. Ни у одной из родильниц не было отмечено нарушения хода кривой (торпидность, повторное повышение уровня гликемии). Сахар в крови через 2 часа у 11 (68%) родильниц этой группы не доходил до исходного уровня, оставаясь повышенным в среднем на 13,9 мг%. У этих родильниц выводили коэффициенты Бодуэна, Рафальского, Сокольниковца, отражающие состояние углеводного обмена [9]. Коэффициент Бодуэна

у 4 родильниц составлял от 88 до 111%, в среднем 97% при норме 35—80%, у остальных семи родильниц от 41 до 72%, в среднем 62%. Коэффициент Рафальского у 10 родильниц равнялся 1,1—1,65, в среднем 1,2 при норме 1 и менее. У одной родильницы он оказался в пределах нормы. Коэффициент Сокольникова у одной родильницы был в пределах нормы, у 10 повышен—от 1,1 до 1,97, составляя в среднем 1,3 при норме 1 и менее.

Во вторую группу вошло 48 родильниц, родивших детей весом свыше 4000,0 г. Исходный уровень сахара у родильниц этой группы был в пределах нормы. Уровень максимального подъема кривой доходил до 124—169 мг%, в среднем 157 мг%, и лишь у одной повысился до 233 мг%. Показатель гликемии через 2 часа не доходил до исходного у 33 (68%) родильниц и оставался повышенным в среднем на 19,6 мг%. Коэффициент Бодуэна у 18 был равен 87—110%, в среднем 94%, а у 14 22—79%, в среднем 61%. Коэффициент Рафальского у семи родильниц был равен 1, а у 25 от 1,1 до 1,5 со средним показателем 1,23. Коэффициент Сокольникова в одном случае был в пределах нормы, а в 31—от 1,1 до 2 (в среднем 1,3).

При физиологическом течении беременности и родов у женщин,

родивших плод с нормальным весом, отмечается некоторое отклонение глюкозо-толерантного теста—уровень гликемии у них через 2 часа повышается по сравнению с исходным в среднем на 13,9 мг%.

Очевидно, это связано с тем, что в период беременности имеет место

некоторая гиперпродукция инсулина, универсального анаболического гормона, необходимого для развития внутриутробного плода. Такое относительное напряжение инсулярного аппарата продолжается у родильниц и в послеродовом периоде, очевидно, в связи с лактацией, чем и объясняется незначительная недостаточность инсулина.

У родильниц с крупным плодом уровень гликемии через 2 часа был более высоким по сравнению с первой группой и составлял 19,6 мг%, что говорит о несколько большей выраженности указанной инсулярной недостаточности. У одной женщины из этой группы в послеродовом периоде был выявлен субклинический сахарный диабет, а у шести отмечались изменения хода кривой гликемии, что также указывает на нарушение углеводного обмена.

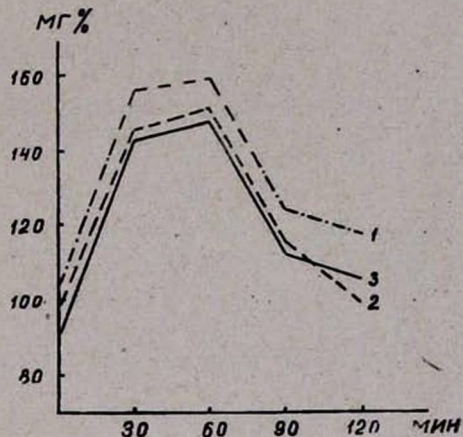


Рис. 1. Виды сахарных кривых: 1—у родильниц с крупным плодом с нарушениями углеводного обмена; 2—у родильниц с крупным плодом без нарушений углеводного обмена; 3—у родильниц с весом плода от 3000—3500,0 г. Масштаб 1:10.

Коэффициенты Бодуэна, Рафальского, Сокольниковы были изменены с одинаковой частотой как у родильниц с крупным плодом, так и в группе женщин, родивших детей до 3500,0 г. Очевидно, указанные коэффициенты изменяются даже при невыраженном отклонении углеводного обмена в послеродовом периоде у женщин с некрупным плодом, однако степень выраженности изменения коэффициентов значительно большая у родильниц с крупным плодом

Таким образом, с целью раннего выявления скрытых форм сахарного диабета у родильниц рекомендуется проведение глюкозо-толерантного теста в послеродовом периоде.

Институт акушерства и гинекологии им. Н. К. Крупской

Поступила 19/IX 1979 г.

Լ. Հ. ՀԱՎՈՐՅԱՆ, Մ. Ս. ԱՐՈՎՅԱՆ, Դ. Զ. ԳՐԻԳՈՐՅԱՆ,
Ե. Գ. ՔԱԼԱՆՏԱՐՈՎԱ, Ռ. Ն. ԱՌԱՔԵԼՅԱՆ

ԱՄԽԱՋՐԱԾՆԱՅԻՆ ՓՈԽԱՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ՎԻՃԱԿԸ ԿԱՆԱՆՑ ՄՈՏ ՀԵՏՄԵՆԻՅԱՆ ՇՐՋԱՆՈՒՄ, ՈՐՈՆՔ ԾՆՆՂԱՐԵՐԻԷ ԵՆ ԽՈՇՈՐ ՊՏՈՒԼ

Ուսումնասիրված է ածխաջրածնային փոխանակության վիճակը 64 կանանց մոտ հետծննդյան շրջանում, որոնք ծննդաբերել են երեխաներ մինչև 3,500 գ. քաշով և 4 կգ-ից ավելին: Ուսումնասիրումը անց է կացվում կանանց մոտ շաքարի կորը որոշելու նախնական գլյուկոզա տալուց հետո:

Ի հայտ է եկել ածխաջրածնային փոխանակության խանգարում այն ծննդկանների մոտ, որոնք ծննդաբերել են խոշոր պտուղ:

L. H. HAKOPIAN, M. S. ABOVIAN, D. Z. GRIGORIAN, E. G. KALANTAROVA,
R. N. ARAKELIAN

THE STATE OF CARBOHYDRATE METABOLISM IN POSTNATAL PERIOD IN WOMEN, WHO GAVE BIRTH TO LARGE FETUSES

The tolerance to carbohydrates in postnatal period has been studied in women, who had given birth to large fetuses. The investigations have been carried out by means of the peroral saccharic load test. Disorders of carbohydrate metabolism are revealed in such women.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Қалитс Н. А., Лейснер У. Т. Пробл. эпидем., 1977, т. XXIII, 2, стр. 6.
2. Картелишев А. В. Вопр. охр. материнства и детства, 1970, 5, стр. 11.
3. Конради Л. И., Матвеева О. Ф. Акушер. и гинек., 1972, 3, стр. 69.
4. Чугунова Д. А. Автореферат канд. дисс. Волгоград, 1973, стр. 21.
5. Хомасуридзе А. Г., Летова Е. К. Мед. реферат. журн., 1975, раздел X, 1, стр. 1.
6. Angell I. „Zbl. Gynäk“ 1977, 99, 4, 201.
7. Пехлеванов К., Митев П. Акушер. и гинек. София, 1975, 14, 6, стр. 445.
8. Stauber M., Staffeldt K., Onasahja C. Geburtsh. u. Frauenheilk., 1974, 34, 12, 1034.
9. Тодоров И. Клинич. и лабор. исследования в педиатрии. София, 1960.