

мат. и дет., 1990, 6, с. 59. 3. Пирожков С. В., Панченко Л. Ф. *Вопр. мед. химии*, 1991, 37, 2, с. 28. 4. Чернуха Е. А. *Вопр. охр. мат. и дет.*, 1990, 2, с. 64. 5. *Currie N. B. Clin. Obstet. Gynecol.*, 1930, 23, 1, 33. 6. *Fuchs A. R., Fuchs F., Soloff M. S. et. al. Amer. J. Obstet. Gynecol.*, 1984, 150, 6, 734. 7. *Hallewell R., Gutteridge L. M. Molec. Aspects. Med.*, 1985, 5, 2, 89. 8. *Van Oudtensden A. M. Clinical Chemicals Acta*, 1971, 32, 140.

УДК 577.7:618.3:618.5:616.379—008.64

Г. П. Азарин

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАХ, ОСЛОЖНЕННЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Беременность, осложненная сахарным диабетом, является сложной проблемой, поскольку диабет и беременность отрицательно влияют друг на друга. За последние годы достигнуты определенные успехи в ведении беременности и родов у женщин, страдающих сахарным диабетом. Внедрение индивидуального подхода в лечение диабета у беременных позволило значительно снизить перинатальную смертность с 30% и более до 5—10% [1]. В настоящее время разработана система классификации диабета у беременных, позволяющая оценить риск для матери и плода в перинатальный период и составить схемы ведения беременных [2].

Целью настоящей работы явилась оценка современных методов ведения беременности при сахарном диабете и информативности некоторых тестов, применяемых для антенатального наблюдения за состоянием плода.

Проведен ретроспективный анализ историй беременности и родов 25 женщин, страдающих сахарным диабетом, находившихся под нашим наблюдением с первых месяцев беременности и до родов. Контрольную группу составили 14 здоровых рожениц, родоразрешившихся нормальным биомеханизмом. Контрольная и исследуемая группа были подобраны рандомизированно. Беременные в обеих группах несущественно отличались по возрасту. Женщины исследуемой группы в зависимости от возраста, манифестации диабета, продолжительности болезни и наличия диабетических осложнений были отнесены к разным классам по классификации White [2], позволяющей оценить риск для матери и плода в перинатальный период и составить схемы ведения больных в течение беременности. Антенатальное наблюдение за состоянием плода осуществлялось на основании оценки матерью двигательной активности плода, ультразвукового сканирования и мониторингового наблюдения за кардиотограммой плода, а с 34-й недели беременности постановкой стрессового окситоцинового теста (СОТ). При стабильности метаболизма у беременных с сахарным диабетом отрицательный результат СОТ позволял предсказать жизнеспособность плода в течение последующей недели. При положительных результатах

СОТ, указывающих на возможность антенатальной гибели плода, делалась попытка устранения внутриутробной гипоксии плода сеансами гипербарической оксигенации с последующим родоразрешением независимо от сроков, предусмотренных классификацией White. Ультразвуковое сканирование плода проводилось для оценки его размеров, выявления многоводия и пороков развития. Лечение диабета осуществлялось строго индивидуально с учетом сроков беременности с целью ведения беременных на нормогликемии.

В табл. 1 представлены данные распределения беременных с сахарным диабетом по классам, процент кесаревых сечений в каждом классе, а также предполагаемые и фактические сроки их родоразрешения.

Таблица 1

Классы	%	% кесаревых сечений	Предполагаемые сроки родоразрешения (недели)	Фактические сроки р. д. разрешения (недели) ($M \pm m$)
A ($n=6$)	24	—	39—40	$39,5 \pm 0,3$
B ($n=13$)	52	69,2	37—38	$38,3 \pm 0,5$
C ($n=4$)	16	75,0	37—38	$39,0 \pm 0,4$
D ($n=2$)	8	50,0	36—37	$38,5 \pm 0,5$
($n=25$)	100	52,0		

Более половины беременных с сахарным диабетом (табл. 1) отнесены к классу «В» по White. Из 25 беременных родоразрешение абдоминальным путем было осуществлено у 13 (52%) больных, в остальных случаях проводилась родостимуляция по Штейн-Курдиновскому, а беременные, отнесенные к классу «А», были оставлены на самостоятельное родоразрешение.

Интенсивное антенатальное наблюдение за состоянием плода и профилактические мероприятия позволили избежать его внутриутробной гибели, что часто имеет место при диабете [3]. Мероприятия, направленные на продление беременности у женщин исследуемой группы, были необходимы для уменьшения риска синдрома дыхательной недостаточности у новорожденных, который часто наблюдается при диабете [4].

Строгий контроль за уровнем гликемии и своевременная коррекция других обменных нарушений у матерей с сахарным диабетом в соответствии со сроками беременности позволили значительно снизить частоту макросомии плода. Данные массы тела и роста новорожденных, родившихся от матерей с диабетом, в зависимости от класса по White представлены в табл. 2.

Как следует из табл. 2, достоверные различия были установлены между массой тела новорожденных контрольной и исследуемой групп лишь у диабетиков, относящихся к классам «А» и «В». Необходимо также отметить, что масса тела новорожденных исследуемой группы не

превышала 4000 г. Наличие достоверных различий в росто-весовых показателях новорожденных исследуемой группы в классе «А», по-видимому, объясняется тем, что диабет у беременных этой группы был компенсирован лишь диетотерапией.

Таблица 2

Показатели	Контрольная группа (n=14)	Исследуемая группа (n=25)							
		класс „А“ (n=5)	Р	класс „В“ (n=13)	Р	класс „С“ (n=4)	Р	класс „D“ (n=2)	Р
Масса (г)	3364 ±118	3083 ±158	<0,01	3377 ±200	<0,05	3700 ±314	нд	3200 ±402	нд
Рост (см)	51,1 ±0,5	52,9 ±0,7	<0,1	52,2 ±0,8	нд	51,5 ±1,2	нд	50,0 ±2,0	нд

Для оценки состояния новорожденных от матерей, страдающих сахарным диабетом, нами проведено сравнительное изучение показателей кислотно-щелочного состояния (КЩС) у новорожденных через час после рождения (табл. 3).

Таблица 3

Показатели КЩС	Контрольная группа (n=14)	Исследуемая группа (n=19)			
		класс „А“ (n=5)	Р	классы „В“ и „С“ (n=14)	Р
pH	7,292 ± 0,014	7,368 ± 0,013	<0,001	7,291 ± 0,021	нд
pCO ₂	39,3 ± 2,32	39,4 ± 2,52	нд	44,2 ± 2,08	нд
В	18,5 ± 0,69	21,9 ± 0,64	<0,01	20,1 ± 0,69	нд
ВЕ	-6,96 ± 0,90	-2,40 ± 0,71	<0,001	-5,18 ± 0,79	нд
ΔВ	18,43 ± 0,83	21,08 ± 0,91	<0,05	20,30 ± 0,82	нд
pO ₂	47,60 ± 2,54	40,40 ± 2,21	<0,05	45,40 ± 2,76	нд
HbO ₂	66,70 ± 3,20	71,20 ± 3,22	нд	71,20 ± 4,07	нд
Ht	54,80 ± 1,40	66,60 ± 1,54	<0,001	63,70 ± 1,56	<0,001

Достоверные различия в показателях КЩС были установлены лишь у новорожденных от матерей с гестационным диабетом (класс «А»). Причем, показатели КЩС у этих новорожденных были даже несколько лучше, чем у новорожденных контрольной группы. У всех новорожденных исследуемой группы имело место достоверное повышение гематокрита (Ht), за счет чего возрос уровень оксигемоглобина, несмотря на более низкое парциальное давление кислорода (pO₂) в их крови. Отсутствие существенных различий в показателях КЩС крови новорожденных контрольной и исследуемой групп позволяет заключить, что дети, родившиеся от матерей, страдающих сахарным диабетом, были вполне здоровыми не только в физическом, но и функциональном отношении.

Из 25 новорожденных исследуемой группы в постнатальном периоде умерли лишь двое (8%) на пятые и восьмые сутки. Смерть новоро-

жденного в первом случае наступила от кровоизлияния в надпочечники, во-втором—из-за врожденной аномалии развития—отсутствия межжелудочковой перегородки.

Таким образом, внедрение индивидуального строгого подхода в лечение сахарного диабета с наступления беременности и до родов, применение современных методов антенатального наблюдения за состоянием плода позволяют значительно снизить перинатальную заболеваемость и смертность при беременности, осложненной сахарным диабетом, и обеспечить рождение детей здоровых как в физическом, так и функциональном отношении.

Армянский НИЦ по охране здоровья матери и ребенка

Поступила 16. 06. 93 г.

Հ. Պ. Ազարյան

ՇԱԲԱՐԱԽՏՈՎ ԲԱՐԴԱՑԱՆ ԶԳՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՆԵՆԱԴԵՐՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ
ՇՈՐՀՆԵԱԿԱՆ ՄԱՍՏՈՒԹՅԱՆ ԵՎԱԶՆՑՄԱՆ ՈՐԴԵՆԵՐԸ

Շաբարախտով տառապող կանանց հղիության և ծննդաբերության նկարագրերի հետադարձ ուղղորդված վերլուծությունը ցույց է տվել, որ բնականորեն պահից մինչև ծննդաբերությունը հղիների մոտ շաբարախտի բուժման խիստ անհատական մոտեցման կիրառման, նրանց նորմոգլիկեմիայի պայմաններում վարելու դեպքում, միաժամանակ պտղի վիճակի մինչծննդյան հսկողության ժամանակակից մեթոդների օգտագործմամբ հնարավորություն է ընձեռնվում ոչ միայն նվազեցնել շուրջնական մահացությունը, այլև ապահովել ֆիզիկական ֆունկցիոնալ տեսակետից առողջ երեխաների ծնունդը:

H. P. Azarian

Ways of Reduction of Perinatal Mortality during Pregnancy and Labor in Pregnant Diabetics

A retrospective randomized analysis of the case reports of pregnant diabetics through a review of both maternal and delivery charts revealed that individual approach to treatment of diabetes mellitus since contration till the labour for keeping on the normoglycemic level, together with the use of the modern methods of the antenatal fetal control, give the opportunity to achieve a significant reduction of perinatal mortality, as well as to deliver healthy infants, both physically and mentally.

ЛИТЕРАТУРА

1. Fellig P. Med. Clin. North Am., 1977, 61, 43.
2. White P. Am. J. Med., 1949, 7, 609.
3. Gabbe S. G., Lowensohn R. I., Wu Pyk, Guerra G. Diabetes Care, 1978, 1, 335.
4. Robert M. F., Noff R. K., Hubbell J. R. et. al. N. Engl. J. Med., 1976, 294, 357.