

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У МЛАДЕНЦЕВ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ДИАБЕТОМ

I. Факторы со стороны матери:

Степень заболеваемости детей, рожденных от матерей с диабетом, связана с продолжительностью, тяжестью и контролируемостью диабета матери. Существенными моментами материнского анамнеза являются:

А. Класс диабета (по White) (с увеличением от А до R класса).

Б. Терапия (диета, инсулин, оральные препараты и проч.).

В. Время последней инъекции инсулина перед родами (поскольку это влияет на уровень сахара матери).

Г. Количество и качество в/в жидкости во время родов.

Д. Высчитанный гестационный возраст.

Е. Степень контроля глюкозы во время беременности.

II. Врожденные аномалии:

В связи с увеличением частоты врожденных аномалий у младенцев от матерей с диабетом (ММД), необходимо тщательное обследование, особенно на наличие ВПС и патологии нервной системы, напр. анэнцефалия, spina bifida, микроцефалия, синдром каудальной регрессии встречаются чаще у ММД. (Это также имеет важное значение при консультациях уже родивших женщин с диабетом и девочек-подростков).

III. РДС:

ММД более подвержены развитию РДС, чем другие дети сравнимого гестационного возраста. В первые часы жизни все они должны особо тщательно наблюдаться и незамедлительно получить необходимую помощь.

IV. Гипогликемия:

В некоторых исследованиях приводятся данные о том, что частота гипогликемии у ММД составляет до 50%. В идеале кровь пуповины следует сразу же направить в лабораторию для исследования уровня сахара. Чем выше содержание глюкозы в плазме пуповинной крови, тем выше вероятность развития гипогликемии в первые часы жизни.

Частота появления гипогликемии наиболее высока в первые 1-4 часа после рождения путем кесарева сечения, сопровождавшегося инфузией глюкозы матери (см. рис.).

При бессимптомном течении, истинное значение глюкозы плазмы должно контролироваться в возрасте 1, 2, 4, 6, 9, 12, и 24 часа. Вследствие неточности, Chemstrips не рекомендуются для этой цели. Гипогликемия обычно носит транзиторный характер и легко поддается лечению. (Тактика лечения представлена в разделе "Гипогликемия").

Всем ММД без РДС должно быть начато кормление, грудное или через зонд, через 2 часа после рождения. Если их состояние не позволяет усваивать энтеральное питание, решается вопрос о в/в инфузии 10% глюкозы.

V. Гипокальцемиа:

ММД следует обследовать на гипокальцемию в первые сутки (См раздел "Гипокальцемиа").

VI. Полицитемия:

В возрасте 4-6 часов должен быть проведен скрининг гематокрита, так как частота синдрома повышенной вязкости крови высока у ММД. Значения $>65\%$ следует сразу же перепроверить в венозной крови ("центральный" гематокрит) (См раздел "Полицитемия").

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Литература:

Cornblath M & Schwarz R. Disorders of Carbohydrate Metabolism in Infancy. (3rd Ed.). Philadelphia: W.B.Saunders, 1991.

Widness JA. Fetal risks and neonatal complications of diabetes mellitus. In Brody SA, Ueland K and Kase N. Endocrine Disorders in Pregnancy. Norwalk, CN:Appleton&Lange, 1989:273-297.