

М.Л. Кирилюк, Л.В. Руських*

ДОПЛЕРОГРАФІЧНІ ПОКАЗНИКИ СТАНУ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО БАР'ЄРУ У ЖІНОК ІЗ ГЕСТАЦІЙНИМ ДІАБЕТОМ

*Український науково-практичний центр ендокринної хірургії,
трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, Київ*

**Одеський обласний ендокринологічний диспансер, Одеса*

Гестаційний діабет є однією з розповсюджених екстрагенітальних патологій: близько 3% вагітностей ускладнюються цим захворюванням. Нормальний перебіг вагітності, ріст і розвиток плода насамперед залежать від кровобігу у системі мати-плацента-плід, порушення якого визначає патогенез фетоплацентарної недостатності та багатьох ускладнень вагітності. На даний час доплерографія має суттєве значення для діагностики мінімальних відхилень матково-плацентарно-плодового кровобігу та є найбільш інформативним і розповсюдженим методом дослідження артеріального русла у вагітних: реєструється та вивчається кровобіг у маткових артеріях, в артеріях пуповини, середньомозковій артерії, у камерах і великих судинах серця. Постійність матково-плацентарного кровобігу за вагітності забезпечується зниженням плацентарного опору току крові у процесі інвазії трофобласта у спіральні судини, що приводить до розширення їх просвіту. Порушення матково-плацентарного та плодово-плацентарного кровобігу призводить до розвитку фетоплацентарної недостатності, яка, у свою чергу, є однією з основних причин перинатальної захворюваності та смерті.

Мету даної праці склало вивчення стану матково-плацентарного та плодово-плацентарного кровобігу у жінок із гестаційним діабетом у третьому триместрі.

На базі обласного ендокринологічного диспансеру та обласного пологового будинку було обстежено 23 пацієнтки з гестаційним діабетом. Діагноз встановлювали згідно з Наказом МОЗ України № 412 від 15.07 2011 р. на підставі результатів двогодинного глюкозотолерантного тесту з 75 г глюкози. Для лікування пацієнток застосовували дієтотерапію та інсулінотерапію у випадках, коли впродовж тижня не було досягнуто цільових показників вуглеводного обміну за допомогою дієти. Доплерографію проводили на ультразвуковій діагностичній системі HD 11 XE із

використанням датчиків, працюючих із частотою 5,0-2,0 МГц. Для оцінки кровобігу використовували такі параметри: індекс резистентності, пульсаційний індекс, співвідношення максимальної систолічної та кінцевої діастолічної швидкостей кровобігу. Стан компенсації вуглеводного обміну оцінювали за глікемією натще, показниками глікемічного профілю, вмістом глікованого гемоглобіну, наявністю глюкози та ацетону в сечі.

За результатами дослідження виявлено зміни гемодинаміки фетоплацентарної ділянки у 43,4% випадків. У жінок із недостатньо компенсованим гестаційним діабетом зміни траплялися частіше та були більш вираженими. Виявлено, що показники судинного опору та співвідношення максимальної систолічної та кінцевої діастолічної швидкостей кровобігу у маткових артеріях перевищували верхню межу допустимих величин з одного боку у 26% вагітних. У більшості з них компенсації вуглеводного обміну не було досягнуто. Порушення кровобігу у двох маткових артеріях спостерігалось у 13% вагітних, причому у вагітних цієї групи глікемія натще була більшою за 6,0 ммоль/л. Ознак критичного порушення кровобігу (поява протодіастолічної, дикротичної виїмки та нульового і ретроградного діастолічного компонента) не зареєстровано у жодної з обстежених вагітних із гестаційним діабетом.

Отже, у вагітних, навіть із незначними порушеннями вуглеводного обміну, відбуваються зміни кровобігу у фетоплацентарній ділянці. Найчастіше це зростання показників судинного опору в маткових судинах: збільшення індексу резистентності та співвідношення максимальної систолічної та кінцевої діастолічної швидкостей кровобігу, що відповідають порушенню кровобігу I ступеня. Що більша глікемія натще та коливання вмісту глюкози у крові впродовж доби, то частішими та більш вираженими є зміни матково-плацентарного та плодово-плацентарного кровобігу у вагітних.

Дата надходження до редакції 17.10.2012 р.