

УДК 618.2:616.379-008.64

**ОШИБКИ ВЕДЕНИЯ РАННИХ СРОКОВ
БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

Толмачева Мария Романовна
МУЗ ГБ N2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Кудлай Инна Степановна, к.м.н.
МУЗ ГБ N2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Кудинов Михаил Николаевич
МУЗ ГБ N2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Белоножкин Сергей Леонтьевич, к.м.н.
МУЗ ГБ N2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Шувалова Валентина Евгеньевна
МУЗ ГБ N2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Начарова Татьяна Ивановна
МУЗ ГБ N2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Произведен анализ историй болезни 82 беременных с сахарным диабетом, впервые поступивших в стационар по факту наступления беременности. Установлена низкая комплаентность, неудовлетворительные степень компенсации углеводного обмена и объем обследования пациенток.

Ключевые слова: САХАРНЫЙ ДИАБЕТ,
БЕРЕМЕННОСТЬ

UDC 618.2:616.379-008.64

**THE ERRORS OF ANTENATAL CARE
OF EARLY PREGNANCY IN
PATIENTS WITH DIABETES
MELLITUS AT PRE-ADMISSION
STAGE**

Tolmacheva Maria Romanovna
City Hospital № 2, Krasnodar, Russia

Kudlai Inna Stepanovna
City Hospital № 2, Krasnodar, Russia

Kudinov Michail Nikolaevich
City Hospital № 2, Krasnodar, Russia

Belonjkin Sergei Leont'evich, MD
City Hospital № 2, Krasnodar, Russia

Shuvalova Valentina Evgen'evna
City Hospital № 2, Krasnodar, Russia

Nacharova Tatiana Ivanovna
City Hospital № 2, Krasnodar, Russia

82 medical cards of diabetic pregnant at first admission to hospital were studied. The low complaint, non-satisfactory carbohydrate exchange compensation and general examination of patients were revealed.

Key words: DIABETES MELLITUS,
PREGNANCY

По данным Европейской ассоциации перинатальной медицины из 5 миллионов рожаящих женщин за последние 5 лет - 150-250 тысяч страдают сахарным диабетом [1]. Последние 10 лет привнесли немало изменений в методы и способы ведения беременности: сужены показания к прерыванию беременности по медицинским показаниям, увеличилась численность пациенток с основополагающей эндокринной патологией, имеющей значение как для ведения беременности и родов, так и для состояния здоровья будущих детей [2, 6, 7]. В Краснодарском крае около 120 тысяч пациентов с сахарным диабетом, из них около 20 тысяч больных 1 типом, т.е. ежегодно потенциально около 1-2 тысяч пациенток с сахарным диабетом (прегестационный сахарный диабет) могут планировать беременность. Проблема усугубляется еще и тем, что у 2-5% женщин детородного возраста это заболевание развивается во время беременности (так называемый гестационный диабет) [8, 9]. Наличие прегестационного диабета увеличивает количество мертворождений в 5 раз [3-5, 7], повышает число общей перинатальной смертности (мертворождаемость и ранняя неонатальная смертность) в 4 раза, увеличивает количество врожденных аномалий плода до 10 раз [3-5, 8], способствует наступлению преждевременных родов в 30-45% случаев [9].

Увеличение показателя гликированного гемоглобина на 1% в третьем триместре беременности повышает риск неблагоприятного исхода беременности в 1,5 раза, а риск развития макросомии плода – более чем в три раза [11].

Цель исследования: изучить характер компенсации углеводного обмена, степень выраженности микрососудистых осложнений у пациенток с сахарным диабетом на фоне беременности, госпитализируемых в эндокринологический центр после установления факта наличия беременности для решения вопроса о возможности ее пролонгации.

Материал и методы. За период с марта по декабрь 2011 года в школу планирования и ведения беременности при сахарном диабете (эндокринологический СКАЛ, отделение эндокринологии МУЗ Городская больница №2 «КМЛДО») было направлено на обследование и лечение 82 пациентки с сахарным диабетом.

15 женщин (17,6%) имели сахарный диабет 1 типа, 36 (44%) – гестационный диабет, 31(38,4%) – сахарный диабет 2 типа. В структуре гестационного сахарного диабета у 80% пациенток (25 женщин) диагноз был установлен в сроке более 22 недель (12-24 недели – у 45%, 24-38 недель – у 17%, 38-40 недель – у 15%). Всем пациенткам исследовался уровень гликемии, биохимические показатели (аспартатаминотрансфераза (АСТ), аланиновая аминотрансфераза (АЛТ), общий белок, альбумины, электролиты, билирубин, холестерин, триглицериды), уровень гликозилированного гемоглобина, степень микроальбуминурии, рассчитывалась скорость клубочковой фильтрации, проводилась оценка состояния глазного дна, ультразвуковое исследование брюшной полости и почек, проводилась коррекция сахароснижающей терапии.

Результаты. При анализе историй болезни обращает на себя внимание факт позднего (более 8 недель беременности) обращения пациенток с сахарным диабетом 1 типа в женскую консультацию. Средний срок обращаемости $9 \pm 4,5$ недель. Мотивацией позднего обращения служило предубеждение о необходимости прерывания беременности при наличии у женщины сахарного диабета. Только 2 женщины из 82 имели запланированную беременность и хороший уровень компенсации углеводного обмена (гликированный гемоглобин менее 6,5%). Удовлетворительный уровень компенсации был у 50% женщин (гликированный гемоглобин 6,5-7,5%). Отсутствие компенсации углеводного обмена по данным гликемического профиля и исследования

уровня гликированного гемоглобина отмечено у 48% беременных. Средний уровень гликированного гемоглобина составлял $7,4 \pm 1,9\%$.

У пациенток с сахарным диабетом при установлении факта беременности в условиях поликлиники, как правило, не осуществлялся своевременный перевод с аналоговых инсулинов пролонгированного действия на человеческие генноинженерные, рекомендуемые при беременности Эндокринологическим научным центром и Международными эндокринологическими сообществами. Необходимый перевод в условиях поликлиник города и центральный районных больниц края осуществлен только у 15% пациенток. У 43% беременных женщин исследование мочи на ацетон выполнялось реже 1 раза в неделю.

В центре с целью улучшения гликемического контроля пациентки переводились на введение аналоговых инсулинов ультракороткого действия с обязательным исследованием уровня гликемии через 2 часа после приема пищи с целью коррекции постпрандиальной гликемии. Как правило, среднесуточная доза инсулинов в третьем триместре беременности ожидаемо увеличивалась в 2-3 раза.

Исследование на суточную протеинурию, микроальбуминурию не проводилось амбулаторно у 72% пациенток. При обследовании в отделениях центра протеинурия 1,0-1,5 г/л/сутки была выявлена у 6 женщин, свыше 3,5 г/л/сутки - у 2 женщин. Диагноз хронической болезни почек, отягощенной развитием хронической почечной недостаточности, был установлен впервые у 4(4,8%) пациенток, всем было предложено прерывание беременности, от которой отказались двое. Все пациентки неоднократно в дальнейшем госпитализировались в эндокринологическое отделение больницы. Производилась коррекция цифр артериального давления, осуществлялся контроль выделительной функции почек. В связи с нарастанием явлений почечной недостаточности с развитием гестоза (наличие выраженного отеочного синдрома и стойкой артериальной

гипертензии) прерывание беременности по медицинским показаниям в сроке 20-22 недели выполнено 2 пациенткам, в сроке 27 недель – 1 пациентке. Преждевременными родами глубоко недоношенным плодом с множественными аномалиями развития в сроке 29 недель закончилась беременность у 1 женщины.

Гестационный диабет из 36 беременных был диагностирован в сроке более 24 недель у 19 женщин (51%). Основными причинами поздней диагностики были:

- недостаточный сбор семейного анамнеза (наличие у родственников сахарного диабета) - у 36 %;

- при сборе акушерско-гинекологического анамнеза не учитывается прибавка массы тела в предыдущие беременности (более 16 кг при индексе массы тела более 26 кг/м² при постановке на учёт по беременности), рождение детей с массой 4 килограмма и более, невынашиваемость в предыдущие беременности, развитие внутриутробных пороков развития у плода в предыдущие беременности - у 23 %.

Кроме того не принимались во внимание факты:

- наличия избыточного веса:
- приёма во время беременности препаратов, усиливающих инсулинорезистентность (дексаметазон, дюфастон) - у 6%;
- появление глюкозурии на ранних сроках беременности, повышение уровня гликемии выше 4,8-6,0 ммоль/л - у 57 %;
- ультразвуковые признаки крупного плода, многоводия, несоответствие размеров плода сроку беременности на поздних сроках -у 21 %.

Следствием являлось позднее проведение орального глюкозотолерантного теста с нагрузкой 75 грамм глюкозы при вышеперечисленных ситуациях у 65% госпитализированных женщин.

Отсутствие адекватного контроля гликемии при поздней постановке диагноза гестационный сахарный диабет имело следствием неадекватный контроль гликемии, несвоевременное назначение инсулинотерапии (в т.ч. и при уровне гликемии натощак более 5,5 ммоль/л и через час после еды более 7,2 ммоль/л) - у 16 (45%) пациенток или назначение неадекватных доз (только простого инсулина перед едой, с подколкой в 22.00, последующей ночной гипогликемией, утренней гипергликемией) - у 7 (21%) больных, что приводило к увеличению развития фетопатий у плода, диагностированных у 25 (71%) беременных. Диагноз фетопатии плода требовал присоединения ряда препаратов (актовегин, курантил, трентал, витаминотерапия), более тщательного наблюдения, госпитализации в более ранних сроках для решения вопроса о досрочном родоразрешении. У 3(8%) беременных на поздних стадиях отмечалось развитие отеочного синдрома, у 3(8%) -пиелонефрита.

Особенностью ведения пациенток с сахарным диабетом 2 типа были:

- поздняя отмена препаратов сульфаниламочевины и бигуанидов (в 17% случаев),
- несвоевременный перевод на инсулинотерапию, даже если до наступления беременности пациентка была компенсирована на диетотерапии (при глюкозе крови натощак более 5,5 ммоль/л, через 1 час после еды более 7,2 ммоль/л) или назначение неадекватно высоких доз инсулина пролонгированного действия в 24%;
- пациентки не были ориентированы на проведение самоконтроля уровня глюкозы крови 4 и более раз в сутки, 75% пациенток в действительности определяли уровень гликемии не чаще 2 раз в сутки; не было контроля в 15% случаев;
- направление в медико-генетическую консультацию в сроке 16 недель осуществлено только в 53% случаев.

Как следствие запоздалых мероприятий по нормализации углеводного обмена у 22 беременных женщин прогрессировала диабетическая ангиопатия сетчатки обоих глаз, у 8 женщин развилась пролиферативная и препролиферативная ретинопатия, у 25 беременных выявлена ангиопатия нижних конечностей, у 8 женщин - энцефалопатия. Досрочное родоразрешение в сроке 30-33 недель беременности было выполнено у 14,5% пациенток, в 34- 36 недель - у 36% беременных.

Выводы:

1. Пациентки с сахарным диабетом, как правило, обращаются в женскую консультацию и к эндокринологу по факту наступления беременности в сроке более 8 недель с неудовлетворительными показателями компенсации углеводного обмена, низкой комплаентностью.

2. На этапе первичного звена (эндокринолог поликлиники - врач женской консультации) отсутствует должная работа по планированию беременности у пациенток с сахарным диабетом.

3. Для женщин с сахарным диабетом должна существовать система ступенчатой подготовки к беременности и родам, включающая санитарно-просветительную работу, диагностический и медицинский комплекс превентивной подготовки к беременности, а также комплекс лечебных мероприятий во время беременности (так называемая «школа планирования беременности»).

4. Своевременная коррекция углеводного обмена у беременных снижает риск развития фетопатии, способствует пролонгированию беременности до сроков 38-39 недель в 79% случаев.

Литература

1. *Арбатская Н. Харебова –Швец В.* Диа-беременность. Как родить здорового ребенка, если у тебя сахарный диабет, Эксмо,2009, 256с
2. *Скворцов В.В., Машикова Е.В.* Сахарный диабет и беременность//Медлайн-Экспресс.2003 №5с.5-11
3. *Evers I .M, Valk H.W., Visser G.H.A.* Risk of complications of pregnancy with type 1 diabetes: nationwide prospective study in the Netherlands //BMJ 2004;. 328:915
4. *Hawthorne G Robson S, Ryall et al* Prospective population based survey of outcome in diabeyic women: results of the Northern diabetic Pregnancy Audit, 1994. //BMJ 1997; 315: 279-281
5. *Hod M et al.* //Am. J. Obest. 2008; 198(2):186 E1-E7
6. <http://www.medicum.pnov.ru/doctor/library/endocrinology/Lavin/42/php>
Д.Китимиллер, Л.Гэвин. Сахарный диабет и беременность
7. <http://www.kid.ru/acusher/6.hhp3>.Сахарный диабет и беременность
8. *Mathiessen E.R.* Women's Health /2008;4(2):119-124
9. *Mathiessen E. et al.* Diabetes Care 2007// 10.2337/dc06-1887
10. *Macintosh M.C, Fleming K.M , Bailey J.A. et al.* Perinatal mortality and congenital anomalies in babies of women with type 1 or type 2 diabetes in England, Wales and Northern Ireland population based study// BMJ 2006; 333(7560): 177
11. *NovoRapid®* Summary of Product Characteristics.
12. *Jensen D.M, Damm P., Moelsted-Pedersonet L. al.* Outcomes in tipe 1 diabetic pregnancies: a nationwide, population –based study. Diabetes Care 2004; 27:2819-2823