



Медико-социальная характеристика женщин репродуктивного возраста, больных сахарным диабетом

С.И. Назарова, С.М. Мухамадиева, С.Дж. Касымова

ГУ ТНМИ акушерства, гинекологии и перинатологии;

Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров

Проведено проспективное наблюдение за 933 женщинами репродуктивного возраста, больных СД. Основными медицинскими и социальными факторами явились: 70% женщин с СД 1 находились в активном репродуктивном возрасте, при СД 2 – 90% в позднем репродуктивном возрасте, проживание в сельской местности (2/3), уровень образования и состояние в браке, генетические факторы (37-61%), длительность заболевания (более 5 лет) и наличие сосудистых осложнений диабета (60%), низкий уровень информированности об образе жизни и контрацепции, многодетность, высокая частота нарушений менструальной функции и акушерских осложнений. Эти данные являются основанием для внедрения современных технологий оказания акушерской помощи женщинам с сахарным диабетом.

Ключевые слова: сахарный диабет, женщины репродуктивного возраста

Актуальность. В последние десятилетия в Республике Таджикистан отмечается стойкая тенденция к увеличению количества больных сахарным диабетом (СД), особенно за счёт СД 2 типа [1]. В республике выполнена утверждённая правительством Программа борьбы с сахарным диабетом на 2006-2010 годы, в рамках которой был принят Закон «О медико-социальной защите граждан, больных сахарным диабетом» (Постановление Маджлиси Милли Маджлиси Оли РТ №647 от 18 мая 2009 года). Разработана и утверждена Постановлением Правительства №130 от 03 апреля 2012 года «Программа по профилактике, диагностике и лечению сахарного диабета в Республике Таджикистан на 2012-2016 годы». В ходе выполнения Программы создан Регистр больных СД, улучшилась диагностика, лечение диабета и профилактика его сосудистых осложнений.

Больные СД нуждаются в более частой и продолжительной госпитализации, чем население в целом. Экономическая оценка прямых и косвенных затрат здравоохранения, связанных с диабетом, высока (медицинское обслуживание, стоимость лекарств и служб реабилитации, пенсии и пособия в связи с потерей трудоспособности и производительности, вызванной инвалидностью и преждевременной смертью больных) [2]. Анализ инвалидности больных СД показал, что более 50% больных с сахарным диабетом 1 типа (СД 1) и более 30% – с сахарным диабетом 2 типа (СД 2) являются инвалидами различных групп [3].

Женщин репродуктивного возраста в Таджикистане насчитывается около 2,1 млн. (27,2%), из них 6942

(0,3%) женщины репродуктивного возраста страдают СД [1]. По данным регистрации 633 женщины с СД 1 и 6306 – с СД 2 находятся в репродуктивном возрасте. Известно, что распространённость СД 2, по данным обращаемости, не отражает реальной ситуации, и фактическое число больных в 2-3 раза превышает данные регистрации, что может быть связано с низкой информированностью населения и возможностями системы здравоохранения. Как правило, за медицинской помощью больные СД 2 обращаются только после появления осложнений – в течение 7-8 лет от начала заболевания [2]. При отсутствии диспансеризации, активного выявления больных основная масса женщин репродуктивного возраста, страдающих СД 2, остаётся не учётной, что требует разработки мер по оказанию эндокринологической и акушерско-гинекологической помощи данному контингенту женщин.

Цель исследования: медико-социальная характеристика женщин репродуктивного возраста, больных сахарным диабетом.

Материал и методы. По специально разработанному вопроснику проведено анкетирование 933 (13,4%) женщин репродуктивного возраста, больных СД (в г. Душанбе – 261 (27,9%); в Согдийской области – 295 (31,6%); в РРП – 187 (20,0%); в ГБАО – 54 (5,8%); в Хатлонской области – 136 (14,5%).

Вопросник состоял из блоков вопросов, касающихся социального статуса, данных основного заболевания, гинекологического, репродуктивного и контрацептивного анамнеза.

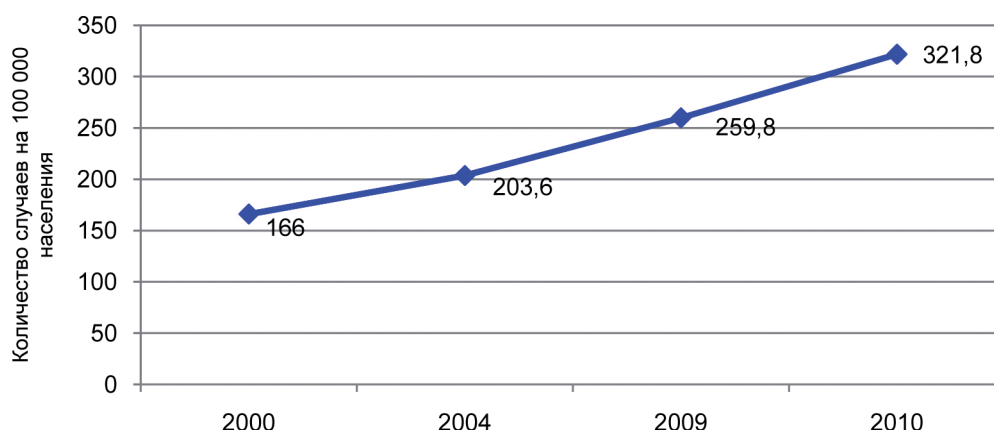


РИС. 1. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Критерии включения: репродуктивный возраст, женщины, больные сахарным диабетом.

Исследования были проведены (в период с 2008 по 2011 г.) на базе НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РТ. Полученные данные обработаны методом вариационной статистики с применением критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. На основании изучения форм отчётной статистики за 2000-2010 годы установлено, что заболеваемость СД в республике в 2000 году составила 166,0 случаев на 100 000 населения, в 2004 году – 203,6; в 2009г. – 259,8; в 2010г. – 321,8 случаев, т.е. за десять лет повысилась почти вдвое (рис.1). Ежегодно в республике регистрируются до 500 новых случаев заболевания [3].

В Регистре больных сахарным диабетом всего по стране зарегистрировано 24233 больных: СД 1 - 2252 (9,2%) и СД 2 - 21981 (90,7%). Соотношение мужчин и женщин, больных СД практически одинаковое: мужчин - 11428 (47,1%), женщин - 12805 (52,8%). Из всех женщин, больных диабетом, 1169 страдают СД 1 и 11636 - СД 2 [1].

На рисунке 2 представлено распределение женщин репродуктивного возраста, больных СД, по регионам республики. В городе Душанбе всего зарегистрировано 4391 больных СД, из них женщин – 2299 (52,3%). Женщин репродуктивного возраста было 1246, из них с СД 1 – 93 и с СД 2 – 1153 пациентки.

В Согдийской области всего зарегистрировано больных СД – 6075, из них женщин – 3338 (54,9%). Среди всех больных 1808 женщин находятся в репродуктивном возрасте, из них с СД 1 – 186 и СД 2 – 1622.

В Хатлонской области всего больных – 6438, из них женщины составляют 3404 (52,8%). Из всех женщин 1844 находятся в репродуктивном возрасте: 119 – с СД 1 и 1725 – с СД 2.

В Районах республиканского подчинения всего больных – 6491, из них женщин – 3334 (51,4%). В репродуктивном возрасте женщины – 1806; с СД 1 – 219 и СД 2 – 1587 женщин.

В Горно-Бадахшанской автономной области всего зарегистрировано 838 больных. Из них женщин – 430 (51,3%). Женщин репродуктивного возраста – 233 (с СД 1 – 15 и с СД 2 – 218).

Проведённый анализ среди опрошенных женщин показал, что СД 1 страдали 209 (22,4±1,3%) пациенток, а СД 2 – 724 (77,6±1,3%). Среди 144 (68,9±3,2%) больных женщин с СД 1 были в возрасте от 15 до 34 лет и 65 (31,1±3,2%) – позднего репродуктивного возраста. В позднем репродуктивном возрасте находились 90,1±1,1% (n=653) женщин, больных СД 2 и только 9,8±1,1% (n=71) – в возрасте 25-34 лет. Городских жительниц было 40,1±1,6% (n=374), сельских – 59,9±1,6% (n=559).

76,5±7,3% женщин репродуктивного возраста, больных СД 1 состояли в браке, не состояли – 23,5±7,3%. Среди женщин с СД 2 96,6±1,7% были замужем, 3,4±1,6% – не состояли в браке.

Домохозяйек среди женщин с СД 1 было 85,3±6,1%, служащих – 5,8±4,0%, учащихся – 8,8±4,8%. Из женщин с СД 2 85,6±3,2% составили домохозяйки, 12,7±3,0% – служащие и 1,7±1,2% – учащиеся.

Среди больных с СД 1 женщин с начальным образованием было 5,8±4,1%, средним – 70,2±8,5%, средне-специальным – 14,7±6,1% и с высшим образованием – 9,3±2,7%. Из женщин, больных СД 2, начальное образование имели 6,8±2,3%, среднее – 54,4±4,3%, средне-специальное – 15,3±3,3% и высшее образование – 23,5±7,3%.

61,8±8,3% женщин с СД 1 имели родственников, страдающих сахарным диабетом. При этом, наслед-

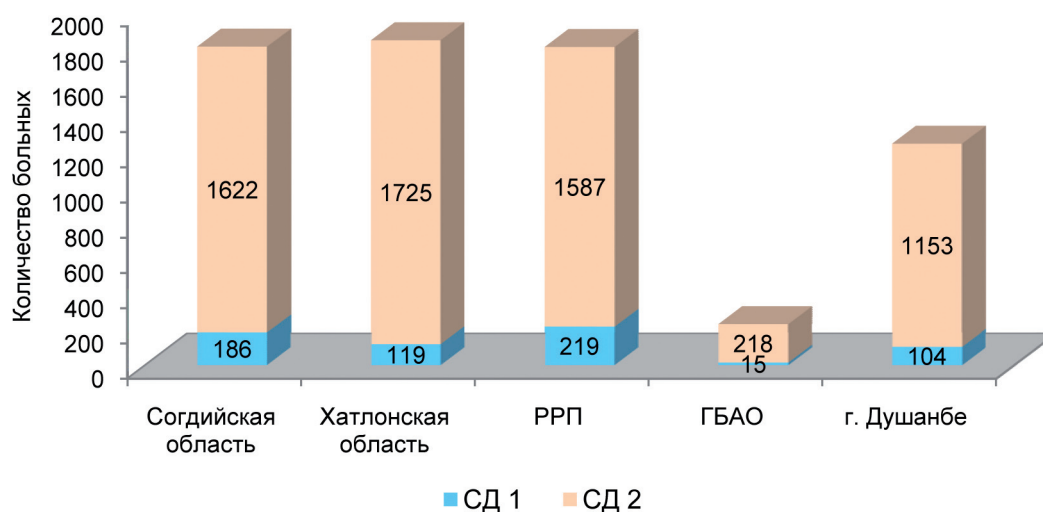


РИС. 2. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С СД ПО РЕГИОНАМ

ственность со стороны матери была отягощена в $57,1 \pm 10,8\%$ случаев, со стороны отца – в $38,1 \pm 10,6\%$ и только в $4,7 \pm 4,6\%$ случаев сахарный диабет встречался у дальних родственников. У женщин с СД 2 в $37,3 \pm 4,4\%$ случаев у близких родственников встречался сахарный диабет 2 типа. При этом, со стороны матери – в $68,2 \pm 7,0\%$ случаев, со стороны отца – в $29,5 \pm 6,9\%$ и лишь в $2,3 \pm 2,2\%$ случаев СД 2 типа встречался у дальних родственников. Наследственность не была отягощена у $38,2 \pm 8,3\%$ больных СД 1 и у $62,7 \pm 4,4\%$ – больных СД 2.

По данным ряда авторов, риск наследственной передачи СД 1 от родителей к детям относительно невысок и составляет, в случае диабета у матери, около 3%, в случае диабета у отца – около 10%. Если диабетом болеют оба родителя, то риск развития заболевания существенно возрастает и достигает 30%. При СД 2 риск наследственной передачи выше и составляет, в случае диабета у одного из родителей, 15-30%, если диабетом болеют оба родителя, риск возрастает до 75% [4,5].

Продолжительность заболевания (стаж диабета) до 5 лет была у $14,7 \pm 6,1\%$ женщин с СД 1, от 5 до 10 лет – $46,6 \pm 5,7\%$, от 15 до 20 лет – $33,5 \pm 6,3\%$, более 20 лет – у $5,2 \pm 1,4\%$.

У женщин, больных СД 2, продолжительность заболевания до 5 лет была у $13,7 \pm 2,7\%$; от 10 до 15 лет – у $86,3 \pm 4,2\%$.

Микрососудистые осложнения диабета (диабетическая ретинопатия, нефропатия) имели место у $87,3 \pm 5,3\%$ женщин с СД 1 и у $41,7 \pm 6,7\%$ – с СД 2. Макрососудистые осложнения диабета (ИБС, периферические ангиопатии) отмечались у $12,8 \pm 8,3\%$ женщин с СД 1 и у $34,1 \pm 7,2\%$ – с СД 2.

Диабетическая нейропатия имела место у $83,1 \pm 5,6\%$ женщин с СД 1 и у $37,2 \pm 8,3\%$ – с СД 2.

Инсулинотерапию получали 100% пациентов с СД 1 и $23,1 \pm 6,7\%$ – с СД 2. $76,9 \pm 6,2\%$ больных с СД 2 на фоне диетотерапии принимали и сахаропонижающие препараты. Однако, следует отметить, что не все женщины, больные СД, строго соблюдают диету и рекомендации специалистов. В торговой сети только городов Душанбе и Худжанда были доступны специальные продукты для диабетиков и только небольшое количество женщин употребляли их ($2,1 \pm 0,8\%$).

Из соматических заболеваний у больных с СД 1 хронический пиелонефрит встречался у $69,2 \pm 6,4\%$, что достоверно чаще, чем у женщин с СД 2 – $31,5 \pm 5,4\%$ ($p < 0,05$). Диффузное увеличение щитовидной железы встречалось у $44,2 \pm 6,8\%$ женщин с СД 1, что достоверно выше, чем у женщин с СД 2 ($23,1 \pm 5,8\%$) ($p < 0,05$). Анемия лёгкой степени встречалась с одинаковой частотой у женщин с СД 1 и с СД 2: $34,6 \pm 6,6\%$, и $31,5 \pm 5,4\%$, соответственно. Анемия средней степени тяжести у женщин с СД 1 встречалась чаще, чем у женщин с СД 2: $17,3 \pm 5,2\%$ и $4,1 \pm 2,3$ ($p < 0,05$), соответственно. Вероятно, это связано с наличием у женщин с СД 1 диабетической нефропатии, которая способствует нарушению выработки эритропоэтина в почках.

Ожирения у женщин с СД 1 не было. У женщин с СД 2 был высокий процент ($63,5 \pm 6,7\%$) этой сопутствующей патологии.

На вопрос о наличии глюкометра положительно ответили лишь $60,3 \pm 3,4\%$ женщин с СД 1 и $32,7 \pm 1,7\%$ – с СД 2. У $39,7 \pm 3,4\%$ женщин с СД 1 и у $67,3 \pm 1,7\%$ с СД 2 глюкометра не было. Уровень сахара в крови они определяли эпизодически в поликлинике. Это



свидетельствует как о низком материальном положении этих женщин, так и о недооценке значимости определения уровня глюкозы в крови и необходимости индивидуального подбора доз инсулина.

Возраст наступления менархе в среднем у женщин с СД 1 составил $15,2 \pm 4,6$ лет и у женщин с СД 2 – $13,6 \pm 5,1$ лет. Можно полагать, что более позднее наступление менархе у больных с СД 1 связано с неудовлетворительной компенсацией диабета с момента начала заболевания и замедлением становления регуляции репродуктивной системы с последующим развитием её нарушений.

Среди гинекологических заболеваний в анамнезе у $38,4 \pm 7,3\%$ женщин с СД 1 имелись нарушения менструального цикла, обычно по типу опсоменореи. В результате неудовлетворительной инсулинотерапии в допубертантный период у одной пациентки с СД 1 сформировался синдром Мориака, проявляющийся отставанием в росте и половом развитии, вследствие хронической инсулиновой недостаточности.

У $26,1 \pm 5,3\%$ больных СД 2 в анамнезе имели место нарушения менструального цикла, бесплодие – у $18,3 \pm 4,6\%$, поликистоз яичников и клинические признаки гиперандрогенемии – у $5,1 \pm 1,7\%$.

У $41,3 \pm 5,1\%$ больных с СД 1 и $32,7 \pm 6,1\%$ с СД 2 имели место воспалительные заболевания гениталий (хронический метроэндометрит, сальпингоофорит, кольпит).

Анализ репродуктивного анамнеза женщин показал, что у $82,3 \pm 6,5\%$ больных с СД 1 было 4 и более беременностей, у $11,8 \pm 5,5\%$ – 2-3 беременности. При этом отмечалась высокая частота преждевременных родов ($17,6 \pm 6,5\%$), самопроизвольных выкидышей ($11,8 \pm 5,5\%$), неразвивающихся беременностей ($5,9 \pm 4,1\%$). У $14,7 \pm 6,1\%$ больных в анамнезе были мёртворождения, у $20,6 \pm 6,9\%$ – роды крупным плодом, пороки развития плода – у $8,8 \pm 4,8\%$, многоводие – у $26,5 \pm 7,6\%$ женщин с СД 1. У $5,9 \pm 4,1\%$ женщин в анамнезе были произведены искусственные аборты по медицинским показаниям. Среди женщин с СД 2 у $78,8 \pm 3,8\%$ было 4 и более беременностей и у $21,2 \pm 3,7\%$ – 2-3 беременности в анамнезе. Частота преждевременных родов составила $8,5 \pm 2,6\%$, самопроизвольных выкидышей – $13,5 \pm 3,5\%$, неразвивающаяся беременность – у $11,1 \pm 2,9\%$. В анамнезе у $6,8 \pm 2,3\%$ были мёртворождения, у $29,7 \pm 4,2\%$ – роды крупным плодом, пороки развития плода – у $1,7 \pm 1,2\%$, многоводие – у $14,4 \pm 3,2\%$. Искусственные аборты до 12 недель беременности по желанию женщины были в анамнезе у $13,5 \pm 3,1\%$.

Изучение контрацептивного анамнеза свидетельствовало, что $85,3 \pm 6,1\%$ женщин с СД 1 и $54,2 \pm 4,6\%$ с СД 2 не предохранялись от нежелательной беременности. Лишь $8,8 \pm 4,8\%$ женщин с СД 1 использовали ВМС и $5,9 \pm 4,0\%$ – барьерные методы (презервативы). Среди женщин с СД 2 использовали ВМС $27,9 \pm 4,1\%$, презервативы – $10,2 \pm 2,8\%$, оральные контрацептивы – $4,2 \pm 1,8\%$, инъекционные прогестины (депо Провера) – $3,4 \pm 1,6\%$ женщин. Это свидетельствует о недостаточности знаний у врачей акушеров-гинекологов о способах контрацепции у женщин с сахарным диабетом и низкой информированности населения о возможностях предотвращения нежелательной беременности.

Сочетание СД и беременности является одной из сложных проблем в акушерстве. Исход беременности у женщин с СД зависит от типа СД, продолжительности заболевания, выраженности сосудистых осложнений, компенсации углеводного обмена до и во время беременности [6,7].

Известно, что риск неблагоприятного исхода беременности снижается, когда ведение беременных с СД проводится в тех центрах, весь персонал которых (диабетологи, акушеры-гинекологи, офтальмологи и перинатологи) имеют опыт ведения беременности у больных СД [8]. По рекомендациям ВОЗ, квалифицированную помощь беременным с сахарным диабетом и их новорождённым могут оказывать только центры, где в год происходит не менее 30 родов у таких больных [9]. Эти центры должны работать по единым современным стандартам, основанным на доказательной медицине. Материнская смертность среди беременных с СД в развитых странах такая же, как и среди беременных без диабета, хотя перинатальная смертность всё ещё на 2-4% превышает аналогичный показатель среди детей, рождённых женщинами без диабета [10]. Несмотря на очевидные достижения, беременность при диабете и теперь рассматривается как беременность высокого риска.

Таким образом, медико-социальная характеристика женщин репродуктивного возраста с СД представлена многорожавшими женщинами с коротким интергенетическим интервалом, с отягощённым акушерским и гинекологическим анамнезом, длительностью стажа диабета и наличием его сосудистых осложнений, с низким уровнем образованности и информированности о здоровом образе жизни и контрацепции, а также проживанием в сельской местности.



ЛИТЕРАТУРА

1. Здоровье населения и деятельность лечебных учреждений в 2010 году // Ежегодный статистический справочник. – Душанбе.- 2011. – 437с.
2. Дедов И.И. Сахарный диабет: ангиопатии и окислительный стресс / И.И.Дедов [и др.]- М.: 2003.- 86с.
3. Программа борьбы с сахарным диабетом в Республике Таджикистан на 2006-2010 годы.
4. Diagnosis and classification of diabetes mellitus (Position Statement) / American Diabetes Association // Diabetes Care. – 2009. – Vol.32, suppl.1. – P. 62-67
5. Потин В.В. Сахарный диабет и репродуктивная система женщины / В.В. Потин [и др.]. – СПб.: Н-Л., 2008. – 40с.
6. Евсюкова И.И. Сахарный диабет. Беременные и новорождённые / И.И. Евсюкова, Н.Г.Кошелева. – М.: Миклош.-2009. – 273с.
7. Фёдорова М.В. Сахарный диабет, беременность и диабетическая фетопатия / М.В. Фёдорова, В.И. Краснопольский, В.А. Петрухин. – М.: Медицина.- 2001. – 290 с.
8. Арбатская Н.Ю. Эффективность применения программы обучения и наблюдения в комплексной терапии беременных с сахарным диабетом I типа: автореф. дис. ... канд. мед. наук/ Н.Ю. Арбатская. – М. - 2004. -28 с.
9. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: Report of a WHO consultation. – Geneva: WHO. - 1999
10. International Association of Diabetes and Pregnancy study Groups Consensus Panel. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy// Diabetes Care. -2010. -Vol.33. -P.676-682

Summary

Medical and social characteristics of reproductive age women suffering with diabetes mellitus

S.I. Nazarova, S.M. Mukhamadieva, S.J. Kasymova

A prospective study of 933 women of reproductive age suffering with diabetes were performed. The main medical and social factors were: 70% of women with type 1 diabetes were in the active reproductive age, with type 2 diabetes - 90% in late reproductive age living in rural areas (2/3), educational level and marital status, genetic factors (37-61%), disease duration (more than 5 years) and presence of vascular complications of diabetes (60%), low level of awareness about the lifestyle and contraception, large families, high incidence of menstrual function disorders and obstetric complications. These data are the basis for the introduction of modern technologies providing obstetrical care to women with diabetes.

Key words: diabetes mellitus, women of reproductive age

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

С.И. Назарова – заместитель директора
НИИ АГ и П по лечебной работе;
Таджикистан, Душанбе, ул. Мирзо Турсунзаде, 31
E-mail: suraye_555@yahoo.com