



Эффективность внедрения стандартизированных подходов ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин с сахарным диабетом

С.И. Назарова

ГУ Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии

Проведена оценка эффективности модели ведения беременных с сахарным диабетом (СД): скрининг на наличие факторов риска, антенатальная подготовка и наблюдение в специализированных кабинетах, совместная акушерская и эндокринологическая помощь в родах и послеродовом периоде.

Положительные результаты применения указанных мероприятий в пилотных учреждениях (улучшение акушерских и перинатальных исходов, снижение частоты осложнений СД во время беременности) являются основанием для внедрения стандартизированных подходов ведения беременности у женщин с СД на национальном уровне.

Ключевые слова: сахарный диабет, гестационный сахарный диабет, беременность, роды, послеродовый период

Актуальность. Распространённость сахарного диабета (СД) в Республике Таджикистан (РТ) неуклонно растёт: по данным обращаемости в 2000 году она составила 166,0 на 100 000 населения, в 2009г. – 259,8, в 2010г. – 293,3и в 2011 году достигла 303,1 на 100 000 населения. Ежегодно в стране регистрируются более 1500 новых случаев заболевания [1-3]. Особого внимания заслуживают беременные женщины с факторами развития гестационного сахарного диабета (ГСД). Распространённость ГСД неуклонно растёт во всём мире и составляет от 1% до 14% в общей популяции в зависимости от численности населения, этнической принадлежности и способа диагностики данного заболевания [4-6]. Учитывая общественную значимость СД, в РТ реализуется «Национальная программа по профилактике, диагностике и лечению сахарного диабета в Республике Таджикистан на 2012-2017 годы», в рамках которой, группой экспертов разработаны «Клинические протоколы по предгравидарной подготовке, ведению беременности, родов и послеродового периода у женщин с сахарным диабетом», утверждённые приказом Министерства здравоохранения РТ №408 от 17.08.2012г. В целях улучшения качества оказания медицинской помощи данному контингенту больных Приказом МЗ РТ №283 от 13.06.2012г. в ТНИИ АГиП и областных родовспомогательных учреждениях организованы специализированные кабинеты, разработано Положение о кабинете «Сахарный диабет и беременность» и «Регистрационная карта исхода беременности женщин, больных сахарным диабетом». В течение 2008-2012гг. было проведено пилотное исследование представленной модели.

Цель исследования: изучить эффективность внедрения модели предгравидарной подготовки, ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин с сахарным диабетом.

Материал и методы. Основные принципы ведения беременных женщин с сахарным диабетом были оценены в пилотном проекте, реализованном на базе консультативно-поликлинического отделения, клинко-биохимической лаборатории, кабинета «Сахарный диабет и беременность» и акушерского стационара ТНИИ АГ и П. В дородовом отделении созданы специализированные палаты для беременных с СД, в которых проводятся ежедневные наблюдения акушером-гинекологом, эндокринологом и суточное мониторирование уровня гликемии с ежедневным мониторированием состояния плода (кардиотокография, ультразвуковая доплерометрия). Рассчёт калоража производился с применением хлебных единиц (в I триместре – 30 ккал/кг, во II и III триместрах – 35-38 ккал/кг). При отсутствии нормализации уровня гликемии на фоне диетотерапии при СД 2 (натошак – более 5,3 ммоль/л, через 2 часа после еды – более 6,7 ммоль/л) эндокринологом назначалась базис-болюсная инсулинотерапия.

Проводилось проспективное наблюдение за 50 беременными женщинами с сахарным диабетом, с которыми была проведена предгравидарная подготовка, обучение методам самоконтроля, ведение дневников самоконтроля, наблюдение в динамике беременности в кабинете «Сахарный диабет и беременность», своевременная госпитализация в стационар.



Обследованные женщины были разделены на 2 группы: 1 группа с СД 1 – 20 женщин; 2 группа с СД 2 – 30 женщин. Группу сравнения составили 23 женщины с СД 1 и 27 женщин – с СД 2, наблюдение которых проводилось до внедрения предложенных принципов. Госпитализация беременных с СД в стационар проводилась до 12 недель беременности, в 20-24 недели, 32-34 недели, в целях суточного определения уровня гликемии и подбора адекватных доз инсулина, лечения акушерских и диабетических осложнений, выбора срока и метода родоразрешения. При каждой госпитализации проводилась оценка концентрационной и выделительной функций почек и осмотр окулиста. В каждом триместре оценивался уровень гликозирванного гемоглобина.

Задачами кабинета «Сахарный диабет и беременность» являются:

- проведение консультативного приёма врачом-эндокринологом и акушером-гинекологом женщин репродуктивного возраста, больных сахарным диабетом 1 и 2 типов;
- проведение теста на толерантность к глюкозе всем беременным женщинам с наличием факторов риска развития ГСД и последующая рекласификация диагноза через 6 недель после родов;
- обучение больных методам самоконтроля диабета, ведению «Дневников самоконтроля» в динамике беременности;
- проведение предгравидарной подготовки;
- наблюдение и ведение беременности, своевременная диагностика осложнений у женщин с сахарным диабетом;
- своевременная госпитализация в специализированный акушерский стационар беременных с СД;
- проведение клиничко-лабораторных исследований (определение уровня гликозилированного гемоглобина, микроальбуминурии, пробы Реберга, обследование глазного дна);
- регистрация исходов беременности и перинатальных осложнений у женщин с СД;
- организация дополнительного регистра женщин, перенёвших гестационный сахарный диабет, как группу высокого риска развития СД 2 типа и передачи данных в Национальный регистр больных СД для дальнейшего мониторингирования.

Предгравидарная подготовка женщин с СД проводилась по следующим принципам:

- информирование больной о риске для неё и плода;
- планирование беременности;
- достижение компенсации диабета за 3 мес. до зачатия: гликемия натощак – 3,5-5,5 ммоль/л; гликемия через 2 ч после еды – 5,0-7,8 ммоль/л, HbA1c <6,5%;
- использование только генно-инженерных человеческих инсулинов по показаниям;
- диетотерапия (исключение легкоусвояемых углеводов, обязательный приём фолиевой кислоты

- 400 мкг в день);

- лечение осложнений СД (ретинопатии, нефропатии, полинейропатии).

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

Результаты и их обсуждение. Средний возраст женщин 1 группы составил $23,5 \pm 0,4$ года, во 2 группе – $35,6 \pm 0,6$ года. У 71,2% пациенток 1 группы стаж диабета составил от 5 до 10 лет, у 28,8% – более 10 лет. Во 2 группе – у 68,6% пациенток стаж диабета был менее 5 лет, у 31,4% – до 10 лет. Из сосудистых осложнений диабета в 1 группе у 87,3% женщин имели место диабетическая ретинопатия и нефропатия. Во 2 группе сосудистые осложнения диабета были у 43,6% женщин. Диабетическая полинейропатия была у 68,3% пациенток в 1 группе и у 32,3% – во 2. Все женщины 1 группы до наступления беременности были переведены на базис-болюсную инсулинотерапию, которая корректировалась на протяжении беременности. У 73,4% женщин 1 группы компенсация углеводного обмена была достигнута за 3 месяца, у 26,6% – за 1 месяц до наступления беременности.

В I триместре беременности у 68,6% женщин 1 группы была достигнута удовлетворительная компенсация диабета, у 21,4% – субкомпенсация. Во II и III триместрах была достигнута компенсация углеводного обмена у 64,1% и 78,6%, соответственно. Во 2 группе компенсация диабета до беременности достигалась диетой и лишь 7 (23,3%) женщин во II триместре беременности были переведены на базис-болюсную инсулинотерапию. На рисунке 1 представлены частота и структура осложнений беременности в обследованных группах.

На рисунке 2 представлены структура и частота осложнений беременности у женщин с СД2 (%).

Отмечено значительное снижение частоты акушерских и перинатальных осложнений. Так, преждевременные роды в 1 группе наступили у 25% женщин, что достоверно меньше, чем в группе сравнения (40,7%); во 2 группе преждевременные роды наступили у 16,6% женщин, в группе сравнения – у 28,3%. Практически в 2 раза снизилась частота гипертензивных осложнений гестации и плацентарной недостаточности. Путём кесарева сечения были родоразрешены 25% беременных 1 группы и 13,3% – во 2 группе.

У 50 беременных женщин родились 50 живых новорождённых. Диабетическая фетопатия имела место у 30% новорождённых от матерей с СД1 и у 22,2% – с СД2, что достоверно меньше, чем в группах сравнения: 70,2% и 57,1% ($p < 0,01$).

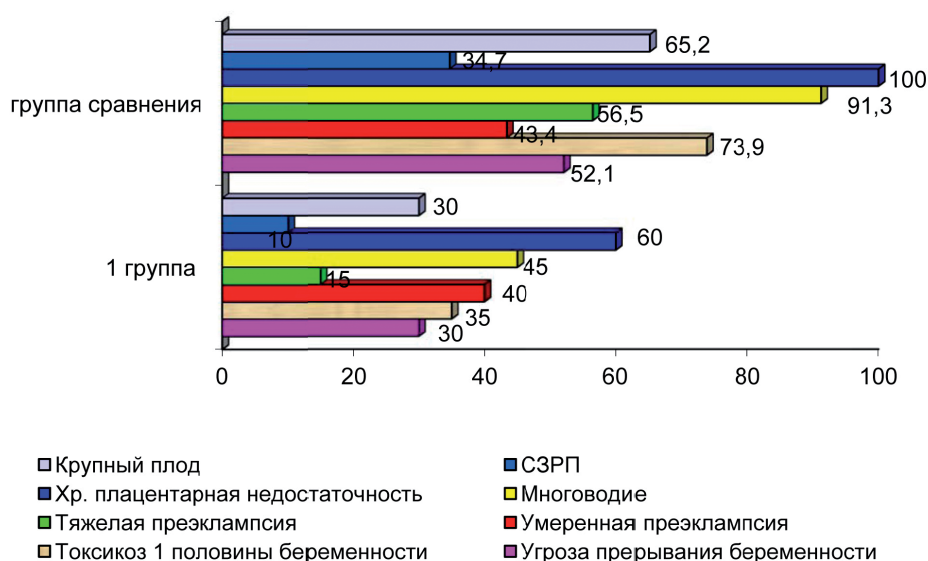


РИС. 1. СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С СД 1 (%)

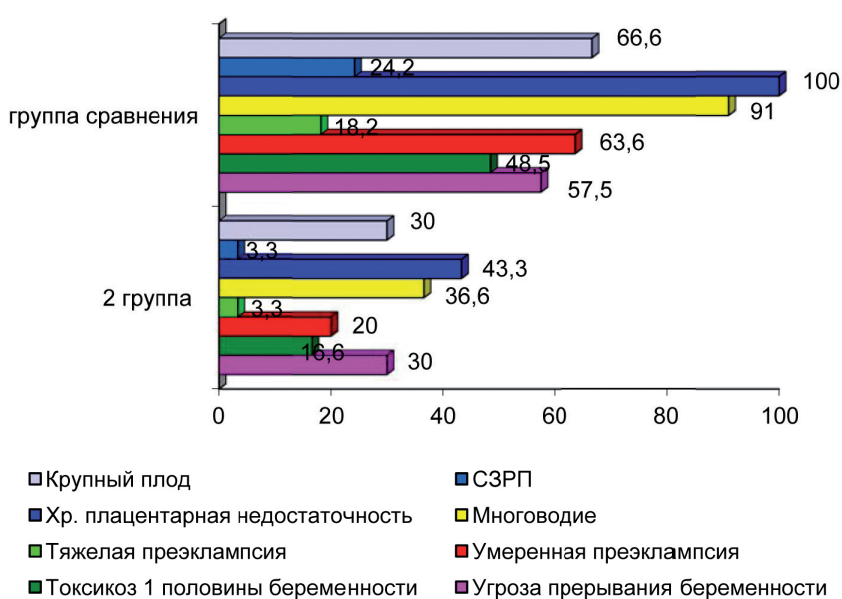


РИС. 2. СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С СД 2 (%)

У новорождённых 1 и 2 групп отсутствовали врождённые пороки развития, что связано с удовлетворительной компенсацией диабета как на этапе планирования, так и в I триместре беременности. Частота нарушений мозгового кровообращения у новорождённых 1 и 2 групп была невысока: 5% и 13,3%. Синдром дыхательных расстройств в 1 группе встречался у 15% новорождённых, во 2 группе - у 11,5%. Частота внутриутробной инфекции новорождённых от матерей с СД составила 10% в 1 группе и 16,6% - во 2 группе.

Таким образом, создание системы оказания медицинской помощи беременным с СД: выявление

факторов риска развития СД на первичном звене оказания медицинской помощи, своевременная верификация соматического диагноза, проведение прегравидарной подготовки для достижения удовлетворительной компенсации СД до и во время беременности позволило значительно улучшить качество медицинской помощи указанному контингенту женщин.

Эффективность предложенной системы (модели) оказания медицинской помощи беременным женщинам с СД подтверждена снижением частоты угрозы прерывания беременности (на 10,8%), рвоты



беременных (на 6,7%), гипертензивных осложнений беременности (на 18,6%), осложнений родов и послеродового периода (на 12,2%), снижением частоты диабетической фетопатии (на 40%), постгипоксических поражений ЦНС новорождённых (на 7,8%), дыхательных расстройств и септических осложнений (на 8,4%). Предварительные результаты позволяют рекомендовать предложенный подход для полномасштабного внедрения на национальном уровне.

ЛИТЕРАТУРА

1. Здоровье населения и деятельность лечебных учреждений в 2011 году// Ежегодный статистический справочник. – Душанбе. – 2012. – 437с.
2. Программа борьбы с сахарным диабетом в Республике Таджикистан на 2006-2010 годы.–Душанбе.– 2006.–55с.
3. Национальная программа по профилактике, диагностике и лечению сахарного диабета в Республике Таджикистан на 2012-2017 годы.–Душанбе.–2012. –50с.
4. Kim C. Gestational diabetes: risks, management and treatment options / C.Kim//Int.J. Womens health.–2010.–Vol.2. –P.339-351
5. 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
6. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes//N.Engl.J.Med.–2008.–Vol.358.– №19.–P.1991-2002

Summary

The effectiveness of implementing a standardized management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in women with diabetes

S.I. Nazarova

Tajik State Institute of Obstetrics and Gynecology

The effectiveness of the model management for pregnant women with diabetes mellitus (DM): screening for risk factors, pregravid preparation, antenatal care in specialized classrooms, a joint obstetric and endocrinological care during delivery and the postpartum period was assessed.

The positive results of these activities in pilot facilities (improving obstetric and perinatal outcomes, reducing the frequency of complications of diabetes during pregnancy) are the basis for the implementation of standardized approaches of pregnancy in women with diabetes at the national level.

Key words: diabetes, gestational diabetes, pregnancy, childbirth, postpartum

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Назарова Сурайё Изатуллоевна – заместитель директора ТНИИ АГиП по лечебной работе;
Таджикистан, Душанбе, ул. Мирзо Турсунзаде, 31
E-mail: suraye_555@yahoo.com