

УДК 618.2:616.379-008.64

© А. Г. Березницкая, К. В. Воронин, 2013.

ОШИБКИ ВЕДЕНИЯ ПЕРВОГО ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

А. Г. Березницкая, К. В. Воронин

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. – профессор В. А. Потапов), Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия»; 49044, Украина, г. Днепропетровск, ул. Дзержинского, 9;
E-mail: anna_berez@ukr.net

MISTAKES IN MANAGING THE FIRST-TRIMESTER PREGNANCY IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS OF TYPE I

A. G. Bereznyts'ka, K. V. Voronin

SUMMARY

A retrospective analysis of deliveries in 32 pregnant women with diabetes mellitus of type I who were being provided inpatient care during their first trimester of pregnancy has been carried out. An unsatisfactory level of compensation of carbohydrate metabolism and acquisition of self-control skills, deficiency of preconception training, high rate of birth defects, developmental disabilities, and threatening miscarriages have been detected. The main areas for improvements in antenatal care for pregnant women with diabetes mellitus of type I have been established.

ПОМИЛКИ ВЕДЕННЯ ПЕРШОГО ТРИМЕСТРУ ВАГІТНОСТІ У ПАЦІЄНТОК З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ПЕРШОГО ТИПУ

Г. Г. Березницька, К. В. Воронін

РЕЗЮМЕ

Проведено аналіз історій пологів 32 вагітних з цукровим діабетом 1 типу, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в першому триместрі вагітності. Встановлено незадовільний стан компенсації вуглеводного обміну, оволодіння навичками самоконтролю, відсутність прегравідарної підготовки, високу частоту вроджених вад розвитку та загрози переривання вагітності. Визначено основні напрямки для покращення антенатального нагляду за вагітними з цукровим діабетом 1 типу.

Ключевые слова: беременность, сахарный диабет 1 типа, первый триместр, анализ.

Акушерская диабетология является одной из актуальных проблем современной медицины. У 80,0% больных сахарным диабетом (СД) женщин беременность сопровождается акушерскими и диабетическими осложнениями [2, 3]. В течение всей беременности необходим ежедневный самоконтроль гликемии перед едой для расчёта дозы препрандиального инсулина, постпрандиальной гликемии на пике всасывания углеводов, перед отходом ко сну и в ночное время. Вариабельность гликемии, особенно постпрандиальной, является основной причиной макросомии плода и связанных с ней осложнений [6]. Риск возникновения самопроизвольных аборт (СА) и врожденных пороков развития (ВПР) прямо пропорционален степени декомпенсации СД и уровню гликированного гемоглобина (HbA_{1c}) на ранних сроках беременности [4, 5].

Доказано, что оптимизация контроля гликемии, выявление и стабилизация поздних осложнений СД и сопутствующих заболеваний задолго до зачатия достоверно снижают частоту развития ВПР, СА, перинатальной патологии, осложнений беременности и предотвращают прогрессирование сосудистых осложнений СД в этот период. В 1992 г. Европей-

ское подразделение Международной диабетической федерации рекомендовало проводить обязательную предгравидарную подготовку у всех женщин с СД [1, 2, 4, 5].

К сожалению, в нашей стране процент женщин, обращающихся для планирования беременности, остаётся крайне низким, пациентки с СД не являются исключением.

Исходя из этого, целью данного исследования было изучить характер компенсации углеводного обмена, степень выраженности микроангиопатий, наличие сопутствующих заболеваний, частоту планирования беременности, особенности течения беременности у пациенток с СД 1 типа в первом триместре.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 32 беременные с СД 1 типа в сроке беременности до 14 недель, которые были госпитализированы в отделение патологии беременных Городского центра сердечно-сосудистой и эндокринной патологии коммунальное учреждение «Днепропетровская городская клиническая больница №9» Днепропетровского областного совета» для решения вопроса о возможности вынашивания

беременности в 2010-2011 гг. Для реализации поставленной цели пациентки были обследованы в соответствии с клиническим протоколом МЗ Украины №582 от 15.12.2003 г.

Средний возраст пациенток с СД 1 типа составил $23,0 \pm 4,6$ года, возраст дебюта диабета $13,0 \pm 5,8$ лет. Все беременные находились на базис-болюсной инсулинотерапии человеческими инсулинами. Уровень HbA1c при госпитализации составил $8,5 \pm 1,9\%$. Последний контроль HbA1c проводился более 6 месяцев назад 26 (81,3%) женщинами. В 59,4% случаев диагностирована диабетическая нефропатия на стадии микроальбуминурии, в 9,4% – случаев на стадии протеинурии. Непролиферативная диабетическая ретинопатия выявлена у 17 (53,2%) пациенток, пролиферативная – у 4 (12,5%).

Невынашивание в анамнезе имели 6 (18,8%) пациенток, в 1 (3,1%) случае имела место антенатальная гибель плода в сроке 36 недель. Прерывание предыдущей беременности при HbA1c $>10\%$ было проведено у 2 женщин (6,2%). Предстоящие роды для 28 (87,6%) пациенток будут первыми.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе медицинской документации обращает на себя внимание факт позднего (более 8 недель беременности) обращения пациенток в женскую консультацию. Средний срок обращаемости $9,0 \pm 3,8$ недель. Мотивацией позднего обращения служило предубеждение о необходимости прерывания беременности при наличии у женщины СД.

Только 3 (9,4%) женщины из 32 имели запланированную беременность и хороший уровень компенсации углеводного обмена (HbA1c $<6,5\%$). Удовлетворительный уровень компенсации был у 13 (41,0%) женщин (HbA1c 6,5-7,5%). Отсутствие компенсации выявлено у 18 (53,0%) беременных. Ночные гипогликемии отмечали 9 (28,1%) беременных, бессимптомные гипогликемии выявлены при проведении контроля гликемии в ночное время у 7 (21,9%) беременных.

При первичном приеме на амбулаторном этапе пациентки не были ориентированы на проведение самоконтроля уровня глюкозы крови 7-8 раз в сутки, 25 (78,1%) пациенток в действительности определяли уровень гликемии не чаще 3 раз в сутки; не было контроля в 3 (9,4%) случаях. У 43,0% беременных женщин исследование мочи на ацетон выполнялось реже 1 раза в неделю.

Назначение препаратов фолиевой кислоты начиналось после 6-7 недель беременности, что является недопустимым у данной категории беременных.

Инфекция мочевых путей была диагностирована у 8 (25,0%) пациенток. Нарушение влагалищного микробиоценоза сопутствовали в 23 (71,9%) случаях. Оценка функции щитовидной железы на

амбулаторном этапе проводилась только 9 (28,1%) женщинам.

Беременность осложнилась угрозой прерывания у 7 (21,9%) пациенток, замершей беременностью – у 2 (6,3%). При проведении ультразвукового скрининга выявлены 2 (6,2%) случая ВПР (голопрозэнцефалия – 1, полная атриовентрикулярная коммуникация – 1).

ВЫВОДЫ

1. Позднее обращение в женскую консультацию по факту наступления беременности сочетается с неудовлетворительными показателями компенсации и самоконтроля СД, микроангиопатиями более чем в 60,0% случаев.

2. Отсутствует информированность пациенток о необходимости и сроках проведения комплексной прегравидарной подготовки.

3. Особенности течения первого триместра беременности являются: высокий инфекционный индекс (урогенитальная инфекция), невынашивание, высокая частота ВПР, что согласовывается данным литературы.

4. Пути решения проблемы: создание региональных центров междисциплинарных центров «Сахарный диабет и беременность» на базах лечебных учреждений, специализирующихся на оказании акушерско-гинекологической помощи данной категории пациенток; проведение прекоцепционной подготовки, включающей комплекс лечебно-диагностических мероприятий в школах «Сахарный диабет и беременность».

ЛИТЕРАТУРА

1. Арбатская Н. Ю. Планирование беременности у женщин с сахарным диабетом / Н. Ю. Арбатская, И. Ю. Демидова // Лечащий врач. – 2004. – № 6. – С. 22–25.
2. Медведь В. И. Беременность у больных сахарным диабетом: всеукраинский мониторинг течения и исходов / В. И. Медведь, Т. В. Авраменко, Е. Н. Шкабаровская // Міжнародний ендокринологічний журнал. – 2006. – № 3. – С. 89–94.
3. Шехтман М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехтман. – М. : Триада X, 2003. – 816 с.
4. O'Brien T. E. Preconception care and the risk of congenital anomalies in the offspring of women with diabetes mellitus: a meta-analysis / T. E. O'Brien, W. S. Chan // QJM. – 2001. – Vol. 94. – P. 435–444.
5. Pre-conception care of diabetes, congenital malformation, and spontaneous abortion (ADA Technical Review) / J. L. Kitzmiller, T. A. Buchanan, S. Kjos [et al.] // Diabetes Care. – 1996. – Vol. 19. – P. 514–541.
6. The postprandial glucose profile in the diabetic pregnancy / A. Ben-Haroush, Y. Yogeve, R. Chen [et al.] // Am. J. Obst. Gyn. – 2004. – Vol. 191. – P. 576–581.