

УДК 616.379-008.64:618.3-06-036-07

РАХИМДЖАНОВА М.Т.¹, ИСМАИЛОВ С.И.^{1,2}, ТАШМАНОВА А.Б.^{1,2}, АХМЕДОВА М.С.¹

¹ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии МЗ РУз, г. Ташкент

² Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан

ИЗУЧЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЕ ИСХОДОВ С АНАЛИЗОМ ВОЗМОЖНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-го ТИПА

Резюме. *Обследовано 53 беременных с СД 1-го типа. При изучении течения беременности и ее исходов с анализом возможных факторов риска установлено, что они не единичны, и в первую очередь это связано с тем, что беременность не планировалась, недостаточно снижался уровень гликемии, наблюдалась поздняя обращаемость за специализированной помощью, у больных были сопутствующие заболевания на фоне йододефицитных состояний и влияния целого ряда других факторов.*

Ключевые слова: *сахарный диабет 1-го типа, беременность, факторы риска.*

Введение

Заболеваемость сахарным диабетом (СД) ежегодно увеличивается, в том числе среди лиц репродуктивного возраста. Это, в свою очередь, повышает актуальность проблемы, связанной с ведением беременности на фоне СД. По данным ВОЗ, в мире насчитывается свыше 180 млн женщин с СД. По прогнозам, к 2030 г. их число составит 257 млн. Две женщины из пяти с СД — репродуктивного возраста, их количество в настоящее время составляет свыше 60 млн. Доля беременных с СД 1-го типа равна 0,2–0,3 %.

В связи с эффективностью инсулинотерапии и применением рациональной физиологической диеты у большинства больных женщин с СД достигается нормализация репродуктивной функции [9, 10]. Однако из всех экстрагенитальных заболеваний СД оказывает самое неблагоприятное воздействие на здоровье матери, плода и новорожденного.

Несмотря на появление высоких инновационных технологий, в настоящее время неонатальная заболеваемость и перинатальная смертность у женщин с СД превышают популяционный уровень [10–12].

Остается высокой частота неблагоприятных исходов беременности у больных СД в Республике Узбекистан. Это связано с различными факторами риска [3, 8], с несоблюдением определенных требований при ведении беременных с СД [1, 2, 5]. Однако, как показали наши предыдущие и другие наблюдения [1, 4, 6, 7, 9], даже при максимальном соблюдении необходимых

требований, наряду с улучшением исходов беременности у больных СД, все же мы не всегда добиваемся желаемых результатов.

В связи с вышеизложенным целью настоящих исследований явилось изучение течения беременности и ее исходов с анализом возможных факторов риска у больных СД 1-го типа. Актуальность проблемы беременности у больных СД 1-го типа связана с его манифестацией в фертильном возрасте.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования были 55 беременных с СД 1-го типа в возрасте от 18 до 38 лет (средний возраст 26,1 года). Продолжительность СД составляла от вновь выявленного до 20 лет (средняя продолжительность 8,2 года). У всех больных обследование проводилось в соответствии с протоколом ведения больных с прегестационным диабетом. Изучение состояния компенсации проводилось по уровню гликемии, гликированного гемоглобина (HbA1c). После осмотров специалистами получены сведения о наличии и выраженности изменений глазного дна, стопы, функции почек, сердечно-сосудистой, нервной и половой систем как наиболее частых проявлениях диабетических осложнений. У всех обследуемых больных оценива-

© Рахимджанова М.Т., Исмаилов С.И.,
Ташманова А.Б., Ахмедова М.С., 2014

© «Международный эндокринологический журнал», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

лось состояние щитовидной железы общепринятыми методами, выявлялись сопутствующие заболевания. Состояние плода оценивалось акушером-гинекологом, обследование на врожденную патологию развития плода пациентки проходили в скрининг-центре. На глюкозурию при измененном почечном пороге в связи с беременностью не ориентировались. Проведена оценка степени соответствия требованиям, предъявляемым при ведении беременности у больных с прегестационным диабетом. Также проведен анализ эффективности интенсивной инсулинотерапии у беременных с СД 1-го типа.

Результаты исследования

Среди обследованных беременных с СД 1-го типа исходы беременности оценены у 53 (у 2 женщин беременность продолжается).

У 54,7 % больных данная беременность была первой, у 45,3 % — второй, третьей и т.д. У 29 наблюдаемых женщин (с первой беременностью и стажем СД менее 7 лет) беременность закончилась рождением живого и жизнеспособного ребенка, при этом у 20 больных в сроки от 31 до 38 недель — родоразрешением естественным путем, у 9 — путем кесарева сечения по акушерским показаниям (отслойка плаценты, родовая слабость, крупный плод и другие). Среди них трое болели СД с подросткового возраста.

У остальных 24 пациенток (со второй, третьей беременностью и т.д. и со стажем СД более 7 лет) исходы были следующими: постнатальная смерть новорожденных была у 4 пациенток при родах в сроки от 32 до 38 недель (у 2 больных с нефропатией, у 1 — с карбункулом почек, у 1 — с отслойкой плаценты); прерывание беременности проведено у 2 больных в сроки до 22 недель по медицинским показаниям (прогрессирование ретинопатии); индуцированные роды — у 4 женщин в сроки более 23 недель (из-за прогрессирующей нефропатии, врожденного порока развития плода — гидроцефалии); у 4 женщин отмечены самопроизвольные выкидыши (в сроки от 8 до 18 недель). Одной больной в возрасте 35 лет предложен медицинский аборт в связи с тем, что, будучи здоровой, она уже родила трех детей. У 5 больных были нормальные роды, но один ребенок родился с пороком развития.

Пациентки обратились за специализированной помощью в разные сроки беременности: в сроки 5–8 недель — 15 женщин (28,3 %), 11–15 недель — 22 (41,5 %), 16–18 недель — 8 (15,0 %), 20–22 недели — 7 (13,2 %) и в 26–27 недель — 3 (5,6 %). В 13 случаях беременность была запланированной.

При анализе роста-весовых показателей до беременности пониженную массу тела имела 21 (39,6 %) пациентка, у остальных 32 (60,3 %) масса тела соответствовала норме. Наследственную отягощенность по СД имели 13 пациенток, при этом у 1 пациентки от СД 1-го типа страдал и муж. Резус-сенсibilизация была у 1 пациентки; у 1 пациентки в возрасте 38 лет со сроком диабета 17 лет была первая беременность.

Показатель HbA1c у больных, обратившихся в ранние сроки беременности, колебался от 6,3 до 12 % (в среднем 8,2 %).

При изучении течения беременности у пациенток обращало на себя внимание то, что наиболее частыми ее осложнениями были угроза прерывания беременности — в 45,4 % случаев, нефропатия — в 26,1 %, многоводие — в 23,8 %, в 14,2 % — кетоацидоз. Очень часто наблюдалась хроническая гипоксия плода, а также сочетание различных видов осложнений беременности.

Среди сопутствующих патологий при СД наиболее часто встречались инфекции мочевыводящих путей (хронический пиелонефрит) — у 11, карбункул почки — у 1, печеночная недостаточность — у 1 больной. Увеличение щитовидной железы различной степени наблюдалось у 28 больных, причем у 11 диагностирован аутоиммунный тиреоидит, анемия различной степени тяжести — у 13, артериальная гипертензия — у 5, у более половины больных — миокардиодистрофия, инвалидами по основному заболеванию были 13 больных.

Среди осложнений СД ретинопатия различной степени тяжести выявлена у 16 больных, катаракта — у 1, нефропатия различной степени тяжести — у 12, хроническая почечная недостаточность I ст. — у 1, нейропатия — у 11, энцефалопатия — у 16.

В соответствии с требованиями ведения беременных с СД 1-го типа с момента обращения они переводились на интенсивную инсулинотерапию с обязательным осуществлением самоконтроля гликемии в течение суток (минимум 3, максимум до 7–8 раз) на всем протяжении беременности. К сожалению, данный режим инсулинотерапии используется не всеми лечащими врачами и пациентами. При сравнительном изучении эффективности инсулинотерапии у 5 больных, которые по тем или иным причинам оставались на традиционной инсулинотерапии, с больными на интенсивной инсулинотерапии установлено достижение хорошей компенсации у больных второй группы: у них уровень гликемии натощак составил 6,0 ммоль/л, через 2 часа после еды — 7,5 ммоль/л, среднесуточная гликемия — 7,2 ммоль/л, тогда как на традиционной инсулинотерапии гликемия натощак составила 8 ммоль/л, через 2 часа после еды — 12 ммоль/л.

После проведенного лечения средний уровень HbA1c, определяемый за весь период беременности минимум трижды, исходно составил $9,3 \pm 0,2$ %, достоверно ($p < 0,001$) снизился и в целом по группе больных на интенсивной инсулинотерапии составил $6,6 \pm 0,2$ %, тогда как достоверного снижения этого показателя в группе на традиционной инсулинотерапии не отмечено и он составил $8,9 \pm 0,3$ %.

Таким образом, при анализе течения беременности и ее исходов у больных СД 1-го типа установлено, что в преимущественном большинстве случаев она была незапланированной, о чем свидетельствует уровень HbA1c $> 8,2$ % в ранний период беременности

(т.е. компенсация СД еще за 3 месяца до зачатия); не учитывались как абсолютные (наличие тяжелой нефропатии, прогрессирующей ретинопатии), так и относительные противопоказания — возраст старше 38 лет, наличие СД у обоих супругов, резус-сенситизация, хронический пиелонефрит и др. Имела место поздняя обращаемость за специализированной помощью, несвоевременная коррекция режима инсулинотерапии. Самоконтроль гликемии осуществлялся не всеми больными.

Выводы

1. Существенным фактором, отрицательно влияющим на исходы беременности, являются в первую очередь нарушения требований, предусмотренных при ведении беременных с СД.

2. Характерные для Республики Узбекистан йододефицитные состояния и анемии при их несвоевременной коррекции также могут ухудшить течение беременности.

3. Сопутствующие инфекции мочевыводящих путей, длительность течения СД, поздняя обращаемость за специализированной помощью, неадекватный режим инсулинотерапии, отсутствие самоконтроля и др. также являются факторами риска.

Список литературы

1. Дедов И.И., Шестакова М.В., Максимова М.А. Федеральная целевая программа «Сахарный диабет»: Метод. рекомендации. — М.: Медиа Сфера, 2004. — 23 с.
2. Акбаров З.С., Рахимджанова М.Т. Эндокрин касалликлар ва хомиладорлик. — Т., 2001. — С. 1-13.
3. Рахимджанова М.Т., Атажанова М.М., Мухамедова Ф.А. Состояние репродуктивной системы у больных с инсулинзависимым сахарным диабетом девушек и женщин // Мед. журн. Узбекистана. — 2001. — № 1. — С. 67-68.
4. Рахимджанова М.Т., Исмаилов С.И., Мухамедова Ф.А. Некоторые аспекты ведения больных с СД 1 типа с беремен-

ностью / Респ. конф. «Современные тенденции, актуальные проблемы неонатологии». — Ташкент, 2001. — С. 56.

5. Рахимджанова М.Т., Мухамедова Ф.А. Сахарный диабет и беременность: Методические рекомендации. — Ташкент, 2002. — 19 с.

6. Рахимджанова М.Т., Акбаров З.С., Исмаилов С.И., Халитова З.И., Икрамова Б.И. Кандли диабетда хомиладор ва соғлом фарзандли булиш хақида (1 тур кандли диабет касаллигида чалинган хомиладор аелларга кулланма). — Тошкент, 2009. — 50 б.

7. Rakhimdjanoва M.T., Mukhamedova F.A., Akbarov Z.C. Comparative analysis of pregnancy outcomes in patients with Type 1 diabetes mellitus in dependent on terms of metabolism control intensification // Diabetes & Metabolism. 18th International Diabetes Federation Congress. — France, Paris, 24–29 August 2003. — № 2932.

8. Рахимджанова М.Т., Мухамедова Ф.А., Икрамова Б.Р., Касымов У.А. Изучение исходов беременности у больных сахарным диабетом 1 типа в зависимости от различных факторов // Проблемы биологии и медицины. — 2004. — № 2. — С. 37-39.

9. Рахимджанова М.Т., Исмаилов С.И., Ташманова А.Б., Халитова З.И. Изучение особенностей течения беременности у женщин с дебютом сахарного диабета 1-го типа в пре-пубертатный период // Международный эндокринологический журнал. — 2013. — № 4(52). — С. 17-20.

10. Тиселько А.В. 7-й Международный симпозиум «Диабет, гипертония, метаболический синдром», 13–16 марта 2013 г., Флоренция, Италия // Сахарный диабет. — 2013. — № 1. — С. 106-107.

11. Fang V.M., Mackeen D., Egan J.F., Zelop C.M. Insulin glargine compared with Neutral Protamine Hagedorn insulin in the treatment of pregnant diabetes // J. Matern. Fetal. Neonatal. Med. — 2009. — P. 249-253.

Получено 28.02.14 □

Рахимджанова М.Т.¹, Исмаилов С.И.^{1,2}, Ташманова А.Б.^{1,2}, Ахмедова М.С.¹

¹ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии МОЗ РУз, м. Ташкент

² Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан

ВИВЧЕННЯ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ЇЇ РЕЗУЛЬТАТІВ З АНАЛІЗОМ МОЖЛИВИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1-ГО ТИПУ

Резюме. Обстежено 53 вагітних з СД 1-го типу. При вивченні перебігу вагітності та її результатів з аналізом можливих факторів ризику встановлено, що вони не поодинокі, і в першу чергу це пов'язано з тим, що вагітність не планувалася, недостатньо знижувався рівень глікемії, спостерігалось пізні звернення за спеціалізованою допомогою, у хворих були супутні захворювання на тлі йододефіцитних станів і впливу цілого ряду інших факторів.

Ключові слова: цукровий діабет 1-го типу, вагітність, фактори ризику.

Rakhimdjanoва M.T.¹, Ismailov S.I.^{1,2}, Tashmanova A.B.^{1,2}, Akhmedova M.S.¹

¹ Republican Specialized Scientific and Practical Medical Centre of Endocrinology of Ministry of Healthcare of the Republic of Uzbekistan

² Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

STUDY OF PREGNANCY COURSE AND OUTCOMES WITH ANALYSIS OF POSSIBLE RISK FACTORS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 1

Summary. There were examined 53 pregnant patients with type 1 diabetes mellitus. When studying the course of pregnancy and its outcomes with analysis of possible risk factors it was established that they are not rare and first of all this is due to the fact that the pregnancy was not planned, level of glycemia decreased not enough, late admissions for specialized help was revealed, patients had comorbidities following iodine deficiency and impact of a number of other factors.

Key words: type 1 diabetes mellitus, pregnancy, risk factors.