

Особенности родоразрешения и качество оказания специализированной стационарной помощи беременным с сахарным диабетом в Украине

В.А. Данилко

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев

В статье рассмотрены особенности и качество оказания специализированной стационарной помощи беременным с сахарным диабетом (СД), а также особенности их родоразрешения в Украине в зависимости от уровня учреждения здравоохранения. Предложен ряд мероприятий для улучшения оказания специализированной акушерско-эндокринологической помощи больным с СД в Украине.

Ключевые слова: родоразрешение, сахарный диабет.

Сахарный диабет (СД) в настоящее время является одной из наиболее социально значимых болезней человечества. Эта патология характеризуется не только эпидемиологическим масштабом распространения, высокими показателями инвалидности и смертности больных, но и является наиболее неблагоприятной в перинатальный период неакушерской патологией [3, 6, 9].

Тем не менее Сент-Винсентская декларация провозгласила право каждой женщины с СД на материнство и сформулировала стратегическую цель – достичь у больных с СД таких же результатов беременности, как и в общей популяции [2].

С целью улучшения оказания медицинской помощи беременным с СД МЗ Украины приказом № 582 утвердило национальные клинические протоколы по ведению беременности и родов у женщин с предгестационным и гестационным диабетом [4]. Эти протоколы, основанные на доказательной медицине и прошедшие международную экспертизу специалистами ВОЗ, фактически создали нормативную базу оказания квалифицированной специализированной акушерско-эндокринологической помощи такому контингенту беременных. Однако адекватная информация о перинатальных исходах беременности при наиболее значимой патологии отсутствовала в нашей стране до введения приказом МЗ Украины от 13.02. 2006 г. № 67 мониторинга «Про запровадження форм первинної облікової документації в закладах, що надають медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям, та інструкції щодо їх заповнення» [6, 7]. В результате проведенного мониторинга был создан регистр беременных с СД.

Цель настоящей работы – проанализировать согласно данным регистра где, в каком сроке, каким способом и с какими исходами рожают в нашей стране женщины с СД.

Исходя из данных регистра, установлено, что больше всего родоразрешено женщин с СД в городских роддомах – более 50%, значительно меньше – на областном уровне оказания специализированной помощи – 18%, менее 6% – на районном, четверть – в Институте педиатрии, акушерства и гинекологии.

При анализе нозологической структуры СД у рожениц в зависимости от уровня учреждения здравоохранения констатируется естественная закономерность: с повышением уровня родовспомогательного учреждения выше удельный вес более тяжелых больных с предгестационным СД и соответственно ниже – с гестационным диабетом (ГД). Так, в ИПАГ из всех родоразрешенных беременных с СД больные с 1-м типом составили 63,8%, а с ГД – 36,2%, в то время как в

районных роддомах эти показатели составили соответственно 48% и 52%.

Большинство больных с предгестационным СД были родоразрешены путем операции кесарева сечения в плановом порядке – 53,7%, однако значительным является показатель ургентного кесарева сечения – практически четверть (24,3%) и совсем мало, по сравнению с зарубежными публикациями [8, 9], в Украине родоразрешено через естественные родовые пути (22%).

Анализируя варианты родоразрешения женщин с СД 1-го и 2-го типов в зависимости от срока беременности, выявлено, что наиболее частым способом в сроках 35–36 и 37 нед и больше является кесарево сечение в плановом порядке – 47,3% и 63,7% соответственно. В сроке 35–36 нед показатель ургентного кесарева сечения также высок – 33,5%, а в 37 нед он составляет 13%. Существенно меньше абдоминальных родов в сроке менее 34 нед – 37,3%. Между тем мировая тенденция прямо противоположна [8, 9]: чем меньше гестационный возраст плода, тем более щадящим способом он должен появиться на свет. В нашей стране при сохраняющихся достаточно высоких перинатальных потерях при недоношенности (тем более при глубокой недоношенности) врачи чаще отдают предпочтение родам естественным путем, считая неоправданным травматизм женщин в случае сомнительной жизнеспособности ребенка.

Нами проанализированы также способы родоразрешения женщин с предгестационным СД в зависимости от уровня учреждения здравоохранения. Существенных отличий, которые можно было бы рассматривать как стойкую закономерность, нами не обнаружено. Практически во всех акушерских стационарах преобладало абдоминальное родоразрешение. В нашем институте количество родов через естественные родовые пути составило около 29%, что существенно больше, чем в областных и городских роддомах (23% и 17%), однако несколько меньше, чем в районных (38%). Напомним лишь, что на районном уровне в целом родоразрешено менее 6% женщин с СД.

Анализируя способы родоразрешения беременных с ГД, выявлено, что самостоятельно родило практически столько же женщин, сколько родоразрешено оперативным путем (48,7% против 51,3%).

Чаще самостоятельно рожали женщины с ГД до 34 нед гестации – 72,7%. В 35–36, 37 нед и более количество консервативных и оперативных родов практически одинаковое.

Если рассматривать способы родоразрешения женщин с ГД в зависимости от уровня акушерского стационара, получается, что в областных роддомах консервативных родов больше (62,5%), чем операций кесарева сечения (37,5%), а в городских, напротив, несколько преобладает абдоминальное родоразрешение (46% против 54%). На районном уровне это либо консервативные роды со спонтанным началом, либо плановое кесарево сечение. В нашем Институте на фоне незначительного преобладания оперативного родоразрешения наибольшее количество программированных родов (52% против 48%).

Качество оказания стационарной акушерской помощи беременным с СД в значительной мере характеризует и состояние новорожденных.

Более 30% крупных детей (масса тела более 4000 г) родилась у больных с ГД класса А2, недопустимо высокое количество – 23,4% при ГД А1 и несколько меньше – при 1-м и 2-м типе СД: 20% и 22,6% соответственно. Столь высокая частота рождения детей с макросомией у беременных с ГД лишь один раз показывает, что эта патология в нашей стране очень часто выявляется поздно, следовательно, не проводится скрининг, как регламентировано приказом № 582. Дети с низкой массой тела родились чаще у больных с тяжелым СД 1-го типа (15%). При СД 2-го типа рождение таких детей отмечено в 10,5% случаев, а при ГД классов А1 и А2 существенно меньше – в 0,2% и 0,4%.

Поскольку низкая масса тела при рождении может быть обусловлена преждевременным родоразрешением, нами отдельно проанализирована частота задержки внутриутробного роста.

С признаками гипотрофии больше всего детей родилось при СД 1-го типа – 7%, что как-то можно оправдать, при ГД классов А1 и А2 – 2,4% и 3,3% соответственно. Напомним, что микросомальный тип диабетической фетопатии является наиболее тяжелым вариантом страдания плода при СД, поэтому у больных с 1-м типом она встречается чаще всего. Вместе с тем очень трудно понять причину развития этого синдрома у беременных с ГД, при котором, как известно, нет ангиопатии, а патология углеводного обмена могла бы приводить лишь к макросомии. Мы объясняем это тем, что среди больных с ГД значительный процент женщин старше 35 лет и страдающих артериальной гипертензией.

Принимая во внимание, что в Институте педиатрии, акушерства и гинекологии рожали наиболее тяжелые больные с предгестационным диабетом, а также с поздно или вообще не диагностированным ГД, количество детей, рожденных в тяжелой асфиксии (1–4 балла по шкале Апгар на первой минуте жизни), в этом лечебном учреждении самое высокое – более 25%. В других роддомах этот показатель 4–6%. По шкале Апгар 7 и более баллов в ИПАГ имели 6,6% новорожденных, тогда как в других акушерских стационарах Украины – от 11 до 18%. Вместе с тем заболеваемость новорожденных в Институте мало отличалась от таковой в городских и областных родильных стационарах.

Интересные и дающие повод для серьезных размышлений данные получены при анализе перинатальной смертности – интегрального показателя качества специализированной акушерско-неонатологической помощи этому контингенту больных.

Согласно данным регистра, перинатальные потери при СД 1-го типа составили 41,8%, что примерно в 4 раза выше, чем в популяции. Вместе с тем эта цифра не представляется катастрофически высокой, если учесть, что согласно результатам выборочного исследования Украинского института общественного здоровья, в конце 90-х годов она составляла около 68%. Не было перинатальных потерь при СД 2-го типа, во что верится с трудом. Однако основной и реальный резерв снижения перинатальной смертности мы усматриваем в совершенствовании помощи больным с ГД, при котором сегодня в нашей стране она составляет 34% и 55% при классах А1 и А2 соответственно. Конечно, не выдерживает критики тот факт, что при ГД класса А2 перинатальная смертность выше, чем при 1-м типе СД.

Если сопоставить смертность по уровню оказания специализированной помощи, то при 1-м типе СД она ниже всего в ИПАГ (23,5%), а выше всего – в областных родильных домах (69,3%). Такая же закономерность и при ГД А1 (21,3% против 41,7%).

ВЫВОДЫ

Для улучшения оказания специализированной акушерско-эндокринологической помощи больным СД в Украине целесообразно:

1) провести проверки в тех областях, которые не выполняют приказ № 67, с целью выяснения и ликвидации причин такого положения. По результатам издать информационное письмо, которое довести до сведения всех региональных органов здравоохранения;

2) организовать мультидисциплинарные семинары «Диабет и беременность» во всех областях Украины, ознакомить врачей с содержанием клинических протоколов, утвержденных приказом № 582, а также с методикой перинатального мониторинга СД согласно приказу № 67;

3) подготовить проект приказа о введении в Украине скрининга на ГД как средства своевременного выявления этой патологии и предупреждения ее неблагоприятных перинатальных последствий;

4) создать межобластные специализированные центры для оказания мультидисциплинарной помощи беременным с СД и их новорожденным.

Особливості розродження та якість надання спеціалізованої стаціонарної допомоги вагітним з цукровим діабетом в Україні В.О. Данилко

У статті розглянуто особливості та якість надання спеціалізованої стаціонарної допомоги вагітним з цукровим діабетом (ЦД), а також особливості їх розродження в Україні залежно від рівня закладу охорони здоров'я. Запропоновано ряд заходів для покращання надання спеціалізованої акушерсько-ендокринологічної допомоги хворим на ЦД в Україні.

Ключові слова: розродження, цукровий діабет.

The Delivery Peculiarities and Stationary Treatment Quality for Pregnant Women with Diabetes Mellitus in Ukraine V. Danylo

The article deals with peculiarities and quality of special stationary treatment of pregnant women with diabetes mellitus and delivery peculiarities in Ukraine according to the health institution level. We propose many new measures for improvement of obstetric- endocrinological treatment for patients with diabetes mellitus in Ukraine.

Key words: delivery, diabetes mellitus.

ЛИТЕРАТУРА

1. Медведь В.И., Авраменко Т.В. и др. Беременность у больных с сахарным диабетом: всеукраинский мониторинг течения и исходов. // Международный эндокринологический журнал. – 2006. – № 3 (5). – С. 89–94.
2. Лікування та вивчення діабету в Європі: програма дій за Сент-Вінсентською декларацією: Пер. з англ. / За ред. Г.М.Дж. Кранса, М. Порто, Г. Кіна. – К., 1994. – 97 с.
3. Медведь В.И. Экстрагенитальная патология беременных: попытка количественной оценки значимости // Вісн. Асоц. акуш-гінекол. України. – 1999. – № 2. – С. 45–50.
4. Наказ МОЗ України від 15.12.2003 р. № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги». – К., 2003. – 162 с.
5. Наказ МОЗ України від 13.02.2006 р. № 67 «Про запровадження форм первинної облікової документації в закладах, що надають медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям, та інструкції щодо їх заповнення». – К., 2006.
6. Федорова М.В., Краснопольский В.И., Петрухин В.А. Сахарный диабет, беременность и диабетическая фетопатия. – М.: Медицина, 2001. – 288 с.
7. HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes/N.Engl. J.Med. – 2008. – Vol. 358, № 19. – P. 1991–2002.
8. Textbook of Diabetes and pregnancy/Ed. By M.Hod. – 2003. – 628 p.
9. Zimmet P., McCarthy D., de Courten M. The global epidemiology of noninsulin-dependent diabetes mellitus and the metabolic syndrome// J. Diab. Complic. – 1997. – Vol. 11. – P. 60–68.