

УДК 616.379-008.64:37-083.97(575.1)

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

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

² Ташкентский педиатрический медицинский институт

ИЗУЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ АСПЕКТОВ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-го ТИПА С БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Резюме. *Обследовано 25 пациенток с сахарным диабетом 1-го типа с беременностью: 20 больных находились на интенсифицированном, 5 — на традиционном режиме инсулинотерапии. Установлено, что интенсифицированная инсулинотерапия с осуществлением самоконтроля обеспечивала хорошую компенсацию углеводного обмена и более благоприятные исходы беременности.*

Введение

В связи с ростом заболеваемости сахарным диабетом (СД) увеличивается число беременных, страдающих данной патологией. Необходимость обеспечения полноценного образа жизни, в том числе и благополучных исходов беременности, в настоящее время является одной из актуальных проблем диабетологии. Особенно актуальна проблема беременности у больных СД 1-го типа, большинство из которых находится в фертильном возрасте. Остается высокой частота неблагоприятных исходов беременности у больных СД, проживающих в Республике Узбекистан. Это связано с различными факторами риска [3, 8, 12], а также с несоблюдением определенных требований при ведении больных СД с беременностью [1, 2, 5]. Однако, как показали наши предыдущие и другие наблюдения [1, 4, 6, 7], при максимальном соблюдении необходимых требований намного улучшается прогноз исходов беременности у больных СД.

Эффективность интенсивной инсулинотерапии, ставящей целью достижение уровня гликемии, максимально приближенного к уровню здорового человека, доказана исследованиями DCCT (Diabetes Control and Complication Trial) и др. Интенсивная инсулинотерапия рекомендуется в руководствах для больных с СД 1-го типа с беременностью как обязательный режим лечения [1, 9, 10]. К сожалению, данный режим инсулинотерапии используется не всеми лечащими врачами и пациентами при СД 1-го типа с беременностью, что, возможно, связано с недооценкой его значения и с трудностями соблюдения строгого самоконтроля и специального обучения больных.

В связи с вышеизложенным целью настоящей работы явилось сравнительное изучение эффективности интенсивной инсулинотерапии у больных СД 1-го типа

с беременностью в плане улучшения качества жизни и прогноза беременности.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования были 25 больных СД 1-го типа в возрасте от 20 до 29 лет (средний возраст — 24,1 года). Продолжительность СД — от 5 месяцев до 12 лет (средняя продолжительность — 5 лет). В исследование включены больные, обратившиеся за специализированной помощью в более ранние сроки беременности: 15 больных (60 %) — в 5–8 недель, 10 (40 %) больных — в 11–15 недель. Всех больных обследовали в соответствии с протоколом ведения больных с прегестационным диабетом. Изучение состояния компенсации проводилось по уровню гликемии, гликированного гемоглобина, глюкозурии.

Суточную дозу и хронологию введения инсулина в течение суток определяли в соответствии с гликемическим профилем, на глюкозурию при измененном почечном пороге в связи с беременностью не ориентировались.

Результаты и их обсуждение

Преимущественное большинство обследуемых пациенток до поступления в клинику получали традиционную инсулинотерапию (преимущественно две, реже — одну инъекцию пролонгированного инсулина с нерегулярными инъекциями инсулинов короткого действия или готовые смеси инсулинов короткого и продленного действия); 20 пациенток с первого дня были переведены на интенсивную инсулинотерапию (одно- или двукратное введение препаратов продлен-

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

© «Международный эндокринологический журнал», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

ного действия, введение инсулинов короткого действия перед основными приемами пищи — завтраком, обедом, ужином). Был рекомендован только синтетический генно-инженерный человеческий инсулин, полностью идентичный гормону человека, не обладающий иммуногенными свойствами. Больные в стационаре проходили 5-дневный курс обучения по специальной программе, во время которого они детально знакомились с особенностями интенсивной инсулинотерапии: интенсивная инсулинотерапия — стратегия лечения СД 1-го типа, позволяющая имитировать базальную и стимулированную секрецию инсулина бета-клетками поджелудочной железы путем введения генно-инженерных человеческих инсулинов пролонгированного и короткого действия, а в последние годы — аналогов инсулина человека [1, 11]; овладевали навыками самоконтроля (подсчет углеводов по системе хлебных единиц, правила самостоятельной коррекции дозы инсулина, методы самостоятельного экспресс-анализа гликемии, глюкозурии, кетонурии с помощью тест-полосок). Лечение в этом режиме продолжали в течение всей беременности. Больным разрешали менять время приема пищи и ее количество с соответствующими изменениями времени инъекции и дозы короткодействующего инсулина. При появлении признаков гипергликемии проводились дополнительные инъекции.

Обычно лабораторно концентрацию глюкозы в крови в амбулаторных условиях определяют не чаще одного раза в 1–2 недели, иногда интервал между исследованиями может оказаться еще большим. Даже при стабильном течении СД такой подход не оправдан, но для больных СД 1-го типа с беременностью он неприемлем. При беременности самоконтроль уровня глюкозы крови рекомендуется проводить 6–8 раз в день (иногда и более в сутки). Только при таком подходе можно достичь оптимальной гликемии при беременности (3,3–6,6 ммоль/л). Пятеро пациенток по тем или иным причинам продолжали оставаться на традиционной инсулинотерапии и составили контрольную группу.

У всех больных обследуемой группы уровень глюкозы крови натощак и через 2 часа после приема пищи достоверно снижался после перевода на интенсивную терапию к концу курса лечения. В целом по группе гликемия натощак составила 6,0 ммоль/л, а через 2 часа после еды — 7,5 ммоль/л, среднесуточная — 7,2 ммоль/л. В контрольной группе у пяти пациенток на традиционной терапии инсулином в целом гликемия натощак составила 8 ммоль/л, через два часа после еды — 12 ммоль/л.

После проведенного лечения средний уровень гликированного гемоглобина, определяемый за весь период беременности минимум трижды, исходно составивший $9,3 \pm 0,2$ %, достоверно ($p < 0,001$) снизился и в целом по группе больных на интенсивной инсулинотерапии составил $6,6 \pm 0,2$ % (в норме 4,5–6,7 %), тогда как достоверного снижения этого показателя в контрольной группе не отмечено, и он составил $8,9 \pm 0,3$ %. При оценке психологического статуса больных на интенсивной инсулинотерапии отмечено субъективное улучшение состояния. Эти изменения были связаны

с тем, что режим многократных инъекций инсулина давал возможность соблюдения более гибкого режима дня и питания.

При ужесточении контроля СД неизбежно повышается риск гипогликемий. В наших наблюдениях при отсутствии эпизодов тяжелых гипогликемий отмечались случаи легких гипогликемий, которые компенсировались самими больными.

Потребность в инсулине в I триместре составила в среднем 0,6 ЕД/кг идеального веса, во II — 0,8 ЕД/кг идеального веса. В III триместре потребность в инсулине сохранилась в пределах 0,8 ЕД/кг идеального веса у 12 больных, а у 8 составила 1 ЕД/кг идеального веса.

Достижение удовлетворительной компенсации углеводного обмена предопределило успешный исход беременности. У 20 пациенток основной группы беременность закончилась рождением живого жизнеспособного ребенка: у 12 — естественным путем, у 8 — путем кесарева сечения по акушерским показаниям (преждевременная отслойка плаценты, родовая слабость и пр.), фетопатия была у 7 (33,3 %) новорожденных.

В контрольной группе у 4 пациенток беременность закончилась рождением живого ребенка, у одной больной на 19-й неделе — индуцированными родами из-за аномалии развития плода — гидроцефалии, четверо новорожденных родились с фетопатией.

В наших наблюдениях показано, что интенсивная инсулинотерапия, являющаяся обязательным методом при лечении больных СД 1-го типа с беременностью, действительно улучшает качество жизни больных, обеспечивает лучший метаболический контроль диабета. Интенсивная инсулинотерапия позволяет поддерживать уровень глюкозы в крови в оптимальных пределах. В то же время многократные инъекции создают определенные неудобства для больных, повышают риск гипогликемии и имеют другие недостатки, что оправдывается конечными результатами такого лечения. При проведении интенсивного лечения необходимо обеспечение средствами для регулярного тщательного самоконтроля уровня глюкозы крови.

Выводы

1. Режим многократных инъекций с осуществлением самоконтроля показателей обмена веществ и самостоятельной коррекции дозы инсулина позволяет добиться хорошей компенсации нарушений углеводного обмена у пациенток с СД 1-го типа с беременностью и приводит к лучшим результатам.

2. Интенсивная инсулинотерапия способствует улучшению психологического статуса больных сахарным диабетом, ослабляет жесткий распорядок дня и режим питания, приближая образ жизни (прежде всего питания) к показателям здорового человека.

3. Интенсивная инсулинотерапия позволяет выполнить три основные задачи лечения больных СД с беременностью: достижение оптимальной компенсации, повышение качества жизни, благоприятные исходы беременности.

Список литературы

1. Дедов И.И., Шестакова М.В., Максимова М.А. Федеральная целевая программа «Сахарный диабет»: Метод. рекомендация. — М.: Медиа Сфера, 2004. — 23 с.
2. Акбаров З.С., Рахимджанова М.Т. Эндокрин касалли-клар ва хомиладорлик. — Ташкент, 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 беременностью // Респ. конф. «Современные тенденции, актуальные проблемы неонатологии». — Ташкент, 2001. — С. 56.
5. Рахимджанова М.Т., Акбаров З.С., Мухамедова Ф.А. Сахарный диабет и беременность: Методические рекомендации. — Ташкент, 2002. — 19 с.
6. Рахимджанова М.Т., Мухамедова Ф.А. Сравнительный анализ исходов беременности у больных СД 1 типа // Проблемы биологии и медицины. — 2003. — № 1-2. — С. 52-54.
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 and Metabolism. 18th International Diabetes Federation Congress. Paris, France, 24–29 August 2003, A2932.
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., Акбаров З.С., Исмаилов С.И., Халитова З.И., Икрамова Б.И. Кандли диабетда хомиладор ва соғлом фарзандли булиш хакида (1 тур кандли диабет касаллигига чалинган хомиладор аелларга кулланма). — Тошкент, 2009. — 50 б.
10. 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.
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. — Vol. 22. — P. 249-253.
12. Халитова З.И., Мехмонова М.Ш., Рахимджанова М.Т., Максимова Н.Н. Особенности течения беременности, родов и состояния новорожденных у женщин, страдающих сахарным диабетом // Доктор Ахборотномаси, Самарканд. — 2009. — № 3, ч. 1. — С. 66-67.

Получено 27.01.14 □

Рахимджанова М.Т.¹, Исмаилов С.И.^{1,2}, Ташманова А.Б.²¹ Республиканський спеціалізований науково-практичний медичний центр ендокринології МОЗ РУз, м. Ташкент² Ташкентський педіатричний медичний інститут**ВИВЧЕННЯ ДЕЯКИХ АСПЕКТІВ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1-го ТИПУ З ВАГІТНІСТЮ**

Резюме. Обстежено 25 пацієнок із цукровим діабетом 1-го типу з вагітністю: 20 хворих перебували на інтенсифікованому, 5 — на традиційному режимі інсулінотерапії. Встановлено, що інтенсифікована інсулінотерапія із здійсненням самоконтролю забезпечувала добру компенсацію вуглеводного обміну і більш сприятливі результати вагітності.

Rahimdjanoва M.T.¹, Ismailov S.I.^{1,2}, Tashmanova A.B.^{1,2}¹ Republican Specialized Scientific and Practical Medical Centre of Endocrinology of Republic of Uzbekistan, Tashkent² Tashkent Medical Pediatric Institute, Tashkent, Uzbekistan**STUDYING SOME ASPECTS OF MANAGEMENT OF PREGNANT PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 1**

Summary. We examined 25 pregnant patients with diabetes mellitus type 1: 20 patients were on intensified one, 5 — on the traditional regimen of insulin therapy. It is found that intensified insulin therapy with self-control provided a good compensation of carbohydrate metabolism and more favorable pregnancy outcomes.