

Мухамадиева С.М., Хайридинова Д.,
Мирзабекова Б., Султанова М.

Mukhamadieva S.M., Hayriddinova D.,
Sultanova M.

Хислатҳои тиббӣ - иҷтимоии занҳои баъди қобили таваллуд бо равандҳои патологӣ гарданаки бачадон

Medical and social characteristics of women with cervical pathological processes at their different life periods

Тадқиқотҳои гузаронидашуда нишон доданд, ки хислатҳои асосии занҳои баъди қобили таваллуд бо равандҳои патологӣ гарданаки бачадон инҳоянд: занҳои хонашин (68,8%), дар сабақа зоиши такрор ва бисёр-карата (39,6%) дошта, исқоти ҳамли бисёр-карата (48,8%) ва занҳо бо аворизҳои собақаи саратони (10,1%)

Thus, conducted research has let to provide medical and social characteristics of women of reproductive age with pathological processes of the cervix, which is represented by housewives (68.8%), repeated (37.3%) - and multiparous (39.6%), with low health index, frequent to abortion (48.8%), those who do not use barrier methods of contraception (83.1%) and those with Cancer history (10.1%). Particular at risk group for the development of pathological processes of the cervix, are sexually active adolescents, which typically have dishormonal disorders and early occurrence of inflammatory processes of the lower part of the genitals. The high frequency of hyperplastic processes in women of late reproductive age is a risk factor for precancerous cervical disease. The main factors determining the development of pathological processes in the cervical region of high fertility are: early sexual activity (22.9%), change of sexual partners (11.4%), migration (20%), low levels of awareness about healthy lifestyles.

Омилҳои асосие, ки ба пайдошавии инкишофи пеш аз саратонии гарданаки бачадон дар занҳои баъди қобили таваллуд алоқаи ҷинсии барвақт (22,9%), иваз кардани шарикони ҷинсӣ (11,4%), муҳочират (20,0%) ва маълумоти нاست оиди ҳаёти солим дохил мешаванд

Усули бинои ҳамчун тести скринингӣ, метавонад, ки сари вақт ба пайдо кардани занҳои аз гурӯҳи хатари баланд бо сирояти вирусӣ папилломаи одам ва гузаронидани профилактикаи саратони гарданаки бачадон кумак кунад.

Назарова С.И., Мухамадиева С.М., Касимова С.Дж.

ОЦЕНКА БАЗИСНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ВОПРОСАМ САХАРНОГО ДИАБЕТА И БЕРЕМЕННОСТИ

НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РТ
Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров

Ключевые слова: сахарный диабет, беременность, клинические протоколы, планирование беременности, роды

Актуальность. Сахарный диабет (СД) остается актуальной проблемой здравоохранения во всем мире. По данным ВОЗ, в 2000 году в мире насчитывалось более 170 млн больных сахарным диабетом. К 2025 их число достигнет 300 млн человек, в связи с чем СД определен ВОЗ как эпидемия неинфекционного генеза [10].

В настоящее время в Таджикистане зарегистрировано 24233 больных сахарным диабетом (СД), из них СД 1 типа страдает 2252 человека, СД 2 типа 21981 человек (Респуб-

ликанский центр медицинской статистики и информации, 2010). Отмечается стойкая тенденция к увеличению количества больных СД, особенно за счет СД 2 типа. Так, распространенность СД в республике в 2000 году составила 166.0 на 100 тыс населения; в 2004 году - 203.6 на 100 тыс. населения; в 2009 - 259,8 на 100 тыс. населения [7].

В Республике разработана и утверждена Правительством Программа борьбы с сахарным диабетом на 2006-2010 годы. Одной из приоритетных задач программы является

улучшение качества помощи беременным женщинам с СД. Сочетание СД и беременности является одной из сложных проблем в акушерстве. Исход беременности у женщин с СД зависит от типа СД, продолжительности заболевания, от выраженности сосудистых осложнений, компенсации углеводного обмена как на этапе планирования, так и в течение беременности. В то же время сахарный диабет при беременности отличается лабильностью течения, склонностью к кетоацидозу и гипогликемическим состояниям, возможностью прогрессирования сосудистых поражений [1,3,6,8,10]. Несмотря на проводимые мероприятия по реализации данной Программы, недостаточно научных исследований по ведению беременности и родов у жительниц нашего региона, больных сахарным диабетом, невысок уровень знаний медицинских работников по вопросам сахарного диабета у беременных и нет разработанных клинических протоколов (стандартов) по ведению беременности у данного контингента женщин.

Цель: изучить информированность специалистов, работающих с беременными женщинами, по вопросам сахарного диабета.

Материал и методы исследования. По специально разработанному вопроснику, состоящему из 10 блоков, посвященных сахарному диабету и беременности, было проведено анонимное анкетирование 274 врачей акушеров-гинекологов, 96 семейных врачей, 52 врачей-неонатологов, 16 анестезиологов - реаниматологов, работающих в родильных домах и центрах репродуктивного здоровья.

Результаты исследования и их обсуждение. На вопрос о классификации сахарного диабета полного правильного ответа никто не дал. При этом основная часть тестируемых среди акушеров-гинекологов, анестезиологов и неонатологов (87,6%) отмечали только инсулинзависимую и инсулиннезависимую формы сахарного диабета и не имели представления о гестационном сахарном диабете. В группе семейных врачей 46,2% знали о первом и втором типах сахарного диабета, а также о диабете беременных. О симптоматическом диабете не было указано ни в одной анкете.

На вопрос о факторах риска развития гестационного сахарного диабета также не было получено полного правильного ответа. Наиболее часто тестируемые специалисты отмечали: ожирение, крупный плод, отягощенную сахарным диабетом наследственность. Никто из опрошиваемых не упоминал о многоводии, отягощенном акушерском анамнезе (выкидыши, невынашивание беременности, мертворождение), глюкозу-

рии, быстрой прибавке массы тела за беременность, ГСД в анамнезе, как факторах риска.

На вопрос о физиологических показателях уровня глюкозы в крови большинство врачей, независимо от специальности, ответили правильно (78,6%).

В настоящее время в разных странах придерживаются различных критериев диагностики ГСД: рекомендации ВОЗ (1999); Американской диабетологической ассоциации (ADA, 2011); Канадской диабетологической ассоциации; Европейской диабетологической ассоциации. В 2008 году Международной ассоциацией групп изучения диабета и беременности (МАГИДБ) на основании HAPO-исследования (*Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes*) были предложены для обсуждения новые критерии диагноза и классификации нарушения углеводного обмена во время беременности. Согласно новым рекомендациям, беременность сама по себе уже рассматривается как риск развития нарушений углеводного обмена, как состояние физиологической инсулинорезистентности. Исходя из этого, рекомендуется всеобщее раннее тестирование при первом обращении беременной. Однако этот вопрос остается спорным, поскольку, по мнению ряда авторов, проведено недостаточное количество исследований для того, чтобы проводить всем беременным тестирование на толерантность к глюкозе. Согласно рекомендациям ВОЗ (1999), тест на толерантность к глюкозе проводится беременным женщинам с факторами риска развития гестационного сахарного диабета.

На вопрос о том, кому проводится проба на толерантность к глюкозе, основная масса респондентов (94,2%) ответила, что только беременным из группы риска по развитию ГСД.

Согласно рекомендациям ВОЗ, беременным женщинам из группы риска по развитию ГСД тест на толерантность к глюкозе нужно проводить на 24-28 неделях беременности. Выделяют 3 группы риска развития ГСД: высокий риск - 3 и более факторов риска; умеренный риск - наличие 1-2 факторов риска; низкий риск - беременные без факторов риска развития ГСД. Беременным женщинам из группы высокого риска ТТГ проводится при первом обращении. При отрицательном результате теста проводится скрининг с нагрузкой 75г глюкозы на 24-28 неделе. При умеренном и низком риске ТТГ проводится на 24-28 неделях беременности. При наличии факторов риска и отрицательном ТТГ в 28 нед. необходимо повторять ТТГ каждые 4 недели.

На вопрос о сроках проведения ТТГ анкетированные врачи (96,3%), независимо от специальности, не знали правильного ответа.

Существуют различные критерии диагностики ГСД. Согласно рекомендациям ВОЗ (1999), установлены следующие параметры: глюкоза плазмы венозной крови натощак >7,1 ммоль/л (126 мг/дл); глюкоза через 2 часа > 7,8 ммоль/л (140 мг/дл); глюкоза венозной плазмы вне зависимости от приема пищи >11,1 ммоль/л (200 мг/дл). На вопрос о критериях постановки диагноза ГСД никто из опрошиваемых специалистов правильно ответа не дал.

Известно, что у 75-85% женщин, страдающих сахарным диабетом, беременность протекает с осложнениями. Первое место среди них занимает гестоз, далее многоводие, угроза прерывания беременности, крупный плод, инфекция мочевыводящих и половых путей и др. Частота гипертензивных осложнений среди беременных, больных сахарным диабетом, составляет, по данным ряда авторов, от 50-70% до 98%.

На вопрос об осложнениях беременности и родов при сахарном диабете, 68,4% опрошиваемых акушеров-гинекологов, 76,2% семейных врачей, 24,1% анестезиологов-реаниматологов и 58,4% неонатологов отметили: крупный плод, многоводие, дистоцию плечиков в родах.

Установлено, что оптимальным сроком для родоразрешения при всех типах СД является 38 недель. Досрочное родоразрешения проводится по акушерским показаниям (преэклампсия, СЗРП, рубец на матке). Наиболее частыми осложнениями в родах являются преждевременное излитие околоплодных вод (20-40%), слабость родовой деятельности (20-30%). В родах при наличии крупного плода имеется высокий риск травм родовых путей, дистонии плечиков и перелома ключицы.

Отрицательное влияние гипергликемии и кетонемии на ранних сроках беременности проявляется увеличением частоты пороков развития плода (диабетическая эмбриопатия). Частота пороков развития плода при СД 1 и 2 типов составляет 9,5%, при декомпенсированном диабете увеличивается до 20%. Наиболее часто встречаются пороки сердечно-сосудистой системы, анэнцефалия, атрезия ануса. Повышенный уровень глюкозы в крови матери ведет к гипергликемии у плода и гиперсекреции его поджелудочной железой инсулина, что ведет к развитию симптомо-комплекса - "диабетическая фетопатия", основным признаком которой является макросомия. Избыток инсулина приводит к увели-

чению размеров плода и плаценты, тормозит созревание ЦНС плода, сурфактантной системы в легких, коры надпочечников, кровеносной системы. При этом гипертрофия одних органов (сердца, надпочечников, печени, почек) может сочетаться с уменьшением размеров других (мозга, вилочковой железы). При УЗИ на диабетическую фетопатию указывает двойной контур тела, возникающий вследствие избыточного отложения подкожного жира.

На вопрос о признаках диабетической фетопатии 83,2% акушеров-гинекологов, 74,4% семейных врачей, 92,1% неонатологов и 56,8% анестезиологов-реаниматологов отметили только макросомию плода.

На вопрос о риске наследственной передачи СД правильного ответа никто из респондентов не дал. Риск наследственной передачи СД 1 типа от родителей к детям относительно невелик и составляет в случае диабета у матери около 3%, в случае диабета у отца - 10%. Если диабетом болеют оба родителя, то риск развития СД у ребенка возрастает до 30%. При СД 2 типа риск наследственной передачи выше и составляет в случае диабета у одного из родителей 15-30%, если болеют оба родителя риск возрастает до 75%.

На вопрос о контрацепции у женщин с сахарным диабетом большинство акушеров-гинекологов (63,4%) рекомендуют ВМС. Об использовании комбинированных оральных контрацептивов, прогестагенов, рекомендованных к использованию у женщин с СД, опрошиваемые специалисты не знали.

Выводы. Таким образом, проведенное анкетирование показало, что у специалистов, работающих с беременными женщинами, низкий уровень знаний по вопросам сахарного диабета. Необходима разработка методических рекомендаций, клинических протоколов (стандартов) по планированию и ведению беременности у женщин с сахарным диабетом и обучение специалистов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арбатская Н.Ю., Демидова И.Ю. Сахарный диабет 1 типа и беременность. // *Consilium Medicum*. 2003. Т. 5, № 9. С. 494 - 500.
2. Аржанова О.Н., Кошелева Н.Г. Особенности течения беременности и родов при сахарном диабете в современных условиях // *Журнал акуш. и женск. болезней*. 2006. Т. LV, № 1. С.12-16.
3. Балаболкин М.И., Креминская В.М. Лечение сахарного диабета и его осложнений: рук-во для врачей. М.: Медицина, 2005.

4. Дедов И.И., Шесгакова М.В., Максимова М.А. Федеральная целевая программа "Сахарный диабет": метод. рекомендации М., 2002. 88 с.
5. Евсюкова И.И., Кошелева Н.Г. Сахарный диабет. Беременные и новорожденные. М.: Миклош, 2009. 273с.
6. Программа борьбы с сахарным диабетом в Республике Таджикистан на 2006-2010 г.г.
7. Потин В.В., Боровик Н.В., Тиселько А.В., Абашова Е.И. Сахарный диабет и репродуктивная система женщины. СПб.: Н-Л, 2008. 40с.
8. Федорова М.В., Краснопольский В.И., Петрухин В.А. Сахарный диабет, беременность и диабетическая фетопатия. М., 2001.
9. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: Report of a WHO consultation. Geneva: WHO, 1999
10. Diagnosis and classification of diabetes mellitus (Position Statement)/ American Diabetes Association// Diabetes Care. 2009. Vol.32., suppl.1. P.62-67
11. 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
12. Fraser R., Titchiner N., Heller S.The St Vincent declaration and pregnancy how close are we to achieving its aims // Abstracts of 32nd EASD Annual Meeting. Vienna. 2004. P. 208.
13. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes //N.Engl.J.Med. 2008. Vol.358., №19. P.1991-2002
14. Standarts of Medical Care in diabetes 2010/ / Diabetes Care. 2010. Vol.33, suppl.1. P.511-561
15. Hod M., Jovanovic L. et al. Textbook of Diabetes and Pregnancy. London, 2003.- 628 p.

Назарова С.И., Мухамадиева С.М., Касымова С.Дж.

Оценка базисного уровня знаний специалистов по вопросам сахарного диабета и беременности

С целью оценки исходного уровня знаний о сахарном диабете и беременности проведено анонимное анкетирование среди 438 врачей, работающих с беременными женщина-

ми: 274 акушеров-гинекологов, 96 семейных врачей, 52 неонатологов и 16 анестезиологов-реаниматологов. Результаты показали, что специалисты имели низкий уровень знаний по вопросам сахарного диабета и беременности. Необходима разработка клинических протоколов (стандартов) по планированию и ведению беременности, родов у женщин с сахарным диабетом и обучение специалистов.

Назарова С.И., Мухамадиева С.М., Касымова С.Дж.

Баҳодиҳии дараҷаи дониши мутахассисон оиди масъалаи бемории диабетӣ қанд ва ҳомиладорӣ

Бо мақсади муайян кардани дараҷаи дониши духтурон дар бораи бемории диабетӣ қанд ва ҳомиладорӣ дар байни 438 духтурон, ки бо занони ҳомиладор сару-кор доранд пурсиши пушида гузаронида шуд: 274 духтур акушер-гинеколог, 96 духтурони оилавӣ, 52 неонатолог ва 16 духтурони эҳғар. Натиҷаҳо нишон доданд, ки мутахассисон дараҷаи пасти дониш дар бораи бемории диабетӣ қанд ва ҳомиладорӣ доранд. Ҳатман зарур аст, ки протоколҳои клиникаи оиди банақшагирӣ, бурдани ҳомиладори ва таваллуди занҳои гирифтори бемории диабетӣ қанд аз нав дида баромада шаванд.

Nazarova S.I., Mukhamadiyeva S.M., Kasymova S.J.

Assessment of baseline knowledge of experts on diabetes and pregnancy

In order to assess the initial level of knowledge on diabetes and pregnancy, an anonymous survey of 438 doctors who work with pregnant women was conducted: 274 obstetricians, 96 family physicians, 52 neonatologists and 16 anesthesiology and intensive care. The results showed that experts had a low level of knowledge on diabetes and pregnancy. It's needed to develop clinical protocols (standards) for planning and management of pregnancy, child-birth in women with diabetes mellitus and training.