

Тақырыбы: **Қант диабеті және жүктілік**

Орындаған: Әуелбекова Айсұлу
Тексерген: Молдашева З.Б.

Алматы 2017

ЖОСПАРЫ

1. Кіріспе
2. Негізгі бөлім
Қант диабеті және жүктілік
Жүргізу жоспары
Емі
3. Қорытынды
4. Пайдаланылған әдебиеттер

КІРІСПЕ

ҚАНТ ДИАБЕТІ — ИНСУЛИННІҢ БЕЗДІК НЕМЕСЕ БЕЗДЕН ТЫС ЖЕТКІЛІКСІЗДІКТЕРІНДЕ, ҚАНДА ГЛЮКОЗА МӨЛШЕРІНІҢ КӨБЕЙІП КЕТУІНЕН ПАЙДА БОЛАТЫН ДЕРТ. БҰЛ АУРУМЕН ЖАС ТА, КЕМЕЛ ЖАСТАҒЫЛАР ДА, КӘРІ ДЕ АУЫРАДЫ. ӘСІРЕСЕ ЖАСӨСПІРІМ КЕЗДЕГІ ДИАБЕТ АУРУЫ ӨТЕ ҚИЫН, МҰНДАЙ ЖАСТА ДИАБЕТПЕН АУЫРҒАНДАРҒА АРНАУЛЫ ДӘРІ (ИНСУЛИН) ҚОЛДАНУ ҰСЫНЫЛАДЫ. ӘЙТСЕ ДЕ БҰЛ АУРУ 40-ТАН АСҚАН, ТАМАҚТЫ ШЕКТЕН ТЫС ІШП, ТОЛЫСА БАСТАҒАН АДАМДАРҒА ТӘН БОЛЫП КЕЛЕДІ.



Эпидемиологиясы

Әлем бойынша 2010 жылғы жағдайға сәйкес шамамен 285 миллион адам қант диабетіне шалдыққан деп бағаланады. Ал 2011 жылы 366 миллион адам тіркелген. Салыстыратын болсақ, 1985 жылы 30 миллион адам осы аурумен ауырған. 15 жылдан соң бұл сан 150 миллионнан асты. Ал қазіргі кезде қант диабетіне шалдыққан аламдардың саны әр 12-15 жыл сайын екі есеге көбейуде. IDF-тің болжауымен, қазіргі қарқындар жалғасса, 2030 жылы олардың саны 435 млн-ға дейін өсуі әбден мүмкін.

Дифференциальды диагностика

1-типті ҚД

Жастар, ауыр басталуы (шөл, полиурия, азып кетуі, несептегі ацетонның болуы)

Ұйқы безінің аралшықтарын β -жасушасының аутоиммунды деструкциясы

Көп жағдайда С-пептидтің деңгейі төмен, спецификалық антиденелердің жоғары титрі: GAD, IA-2, аралшық жасушалы

2-типті ҚД

Семіру, АГ, аз қозғалыстағы өмір салты, жақын туыстардағы ҚД болуы

β -жасушасының секреторлы дисфункциясымен бірге инсулинорезистенттілігі

Қалыпты, жоғарыланған немесе қандағы С-пептидінің деңгейінің шамалы төмендеуі, спецификалық антиденелердің болмауы: GAD, IA-2, аралшық жасушалы

НЕГІЗГІ БӨЛІМ

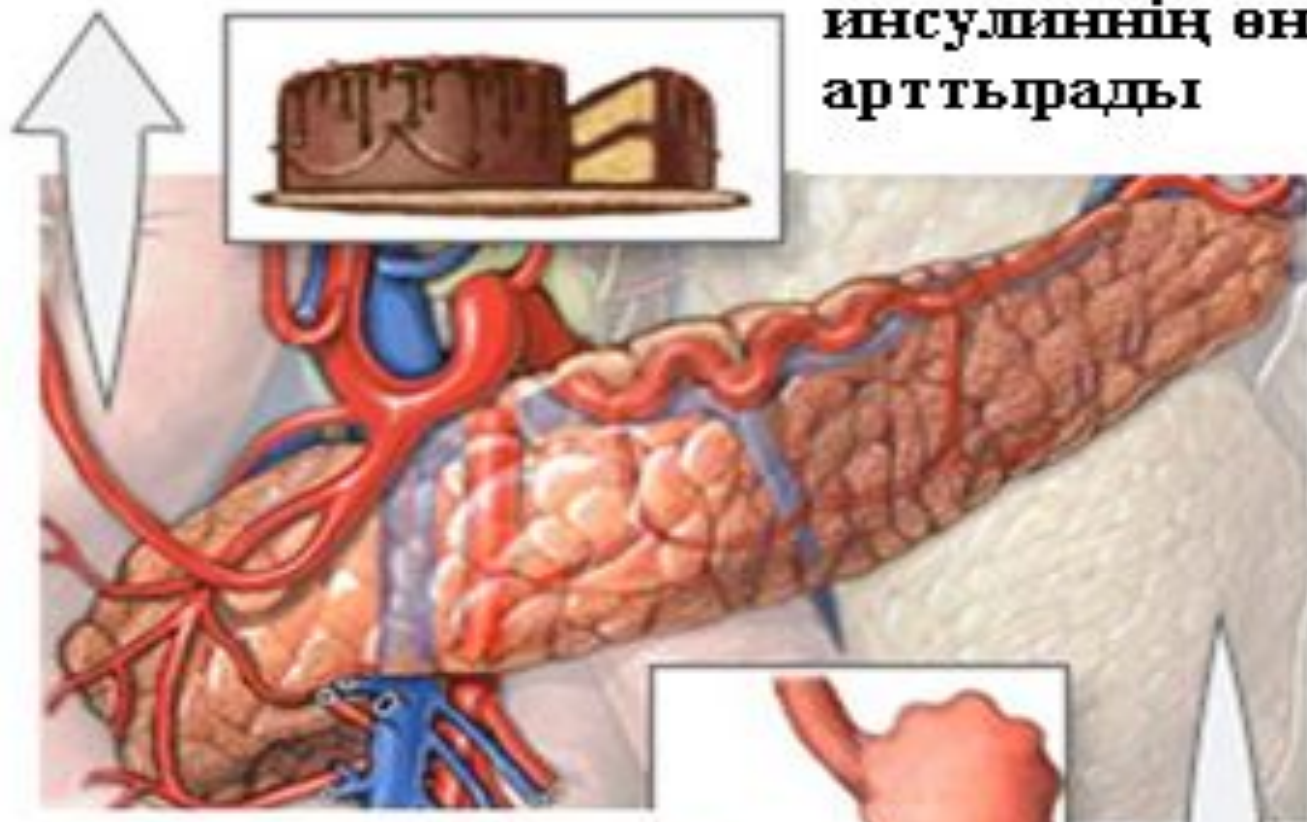
Қант диабетінің себептері:

1. Тұқым қуалаушылық-65 пайызға дейін.
2. Балалардағы вирусты инфекциялардың асқынулары-қызылша, желшешек, тұмау, мысқыл т.б.
3. Тамаққа қанттар мен майларды көп пайдалану.
4. Стресстік ситуациялар.

Клиникалық белгілері

- * үнемі сусап тұру (полидипсия)
- * кіші дәреттің жиілеп, көп болуы (полиурия)
- * үнемі шаршаулы сезіну (полифагия)
- * қол-аяқтың ұйып, жансыздануы
- * үнемі қарын аштығынан арылмау
- * салмақ азаюы

**глюкозаға бай тағам
инсулиннің өндірілуін
арттырады**



**тағамның
жеткіліксіздігі
инсулиннің өндірілуін
арттырады**



Қант диабетінің екінші деңгейлі симптомдары

- * терінің қышуы
- * көздің көру қабілетінің айырылуы («тұман көлегейлегендей»)
- * жыныс қынабының жиі инфекциямен ауыруы
- * аяққа жазылмайтын созылмалы жара шығуы.
- * естен тану (қысылтаяң жағдайларда)



Жүктілік кезіндегі қант диабеті



Қантты диабет жүктіліктің барлық кезеңдеріне қолайсыз әсер көрсетеді. Бірінші триместрде декомпенсирленген қантты диабет кезіндегі гипергликемия ұрықтың туа пайда болған даму ақаулықтарының даму қаупін 20-35%-ға , жүктілікті көтере алмаушылықты 13,4 %-ға жоғарылатады. Жүктіліктің ерте кезеңіндегі гликирленген гемоглобин деңгейі мен эмбриопатия жиілігі арасындағы қолайлы байланыс анықталған.

-
- Қантты диабеттің жүктіліктің соңғы мерзіміне әсер етуі диабеттік фетопатиялар симптомокомплексінің қалыптасуына әкеледі. Негізгі көрінісі бұл - макросомия, кардиомиопатия, өкпе тінінің, орталық жүйке жүйесінің жетілмеуі, гипогликемиялық жағдай, гипербилирубинемия, полицитемия. Қантты диабеттің ұсақ қантамырлық көріністері гестоз ауырлығымен, планцетарлы жетіспеушілік дәрежесімен, ұрықтың антенатальды өлімімен көрінеді. Қантты диабеттің 1-ші типімен ауыратын әйелдерде гестоз жүктілік ағымын ауырлатады. Мерзімінен бұрын босану мен оперативті босанулар жиілігі артуда

Жүкті әйелдегі қант диабеті



Ана қанындағы глюкоза мөлшері жоғары



Көп мөлшердегі глюкоза сәбиге жетеді



Ұрықтың массасы артады

Жүктілік мерзімі ұзарған сайын гемодинамиканың айтарлықтай өзгерістері дамиды: жүректің жиырылу жиілігі, минуттық көлем, жүректік лақтырыс жоғарылайды, диастолалық қан қысымы көтеріледі, айналымдағы қан көлемі артады. Жүктіліктің ең жиі асқынуы гестоз болып табылады. Оның патогенезінде маңызды рөлді микроциркуляция бұзылысы алады. ҚД 1 типімен ауыратын әйелден туылған нәрестенің дене салмағы гликемия мен диабеттік микротамырлық асқынулар айқындылығына байланысты. ҚД 1 типінде жүктілік кезінде қарқынды инсулинотерапия жүргізілсе перинатальды өлім 1% –дан аспайды. Ұрықтың даму ақаулықтары жүктіліктің ерте мерзіміндегі ҚД декомпенсация кезеңінде 2,2% нәрестелерде анықталады.



Диабетпен ауратын жүктілер жүктіліктің қолайлы ағымын бағалау үшін мына тексерулерден өту керек:

- гликирленген гемоглобинге қан талдауы
- өздігінен глюкометрмен күніне 5-7 рет қандағы қант деңгейін тексеру
- үйде тонометрмен артериялық қан қысымын өлшеу
- постуральды гипотензия бар жоғын анықтау, яғни жатқанда немесе отырған қалыпта бірден орнынан тұрғанда бас айналумен көрінетін қан қысымының елеулі өзгерісі
- бүйректі тексеру үшін талдаулардан өту. Креатинин мен ақуызды анықтау үшін тәуліктік зәр жинау. Плазма креатинины мен мочевиана азотын анықтау үшін қан талдауын тапсыру.

Жүктілерге көздің тор қабығының қантамырларының жағдайын тексеру үшін офтальмолог кеңесін өтуі керек. Көз түбінің тексеру сипаттамасы түрлі-түсті суреттермен болғаны абзал. Бұл келесі тексерулер кезінде өзгерістерді бағалап салыстыру үшін өте тиімді.



ЖҮКТІЛІКТІ ЖҮРГІЗУ ТАКТИКАСЫ (ЭНДОКРИНОЛОГ-ДИАБЕТОЛОГ ЖӘНЕ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГ АНЫҚТАЙДЫ)

- Адекватты диетаның сақталуы:
 - калориялығы:
 - 1- триместр – 30 ккал/кг
 - 2-3- триместр – 35-38 ккал/кг
 - құрамы:
 - ақуыз – 15%
 - май – 30%
 - көмірсу – 55%
 - Ақуызды қолдануы:
 - 1,5 – 2,0 г/кг
- Қысқа уақытқа немесе орташа уақыт әсер ететін адам инсулин тобының препараттарын қолданады – оларға: хумалог және новорапид жатады.

-
- **Гликемияны тұрақты бақылау:**
 - мақсаты:
 - Ашқарынға плазмадағы глюкоза – **6,1 ммоль/л немесе 5,5 ммоль/л дейін**
 - Тамақтан кейін 2 сағаттан кейінгі глюкоза– **7,8 ммоль/л дейін,**
 - Hb A1c **6,0%- ден аз.**
 - Көз түбін тексеру әр триместр сайын 1 рет.
 - Гинеколог пен диабетологтың ұдайы бақылауында болу
 - Салмақ , АҚҚ өлшеу, ЖЗА
 - 34 аптаға дейін – әр екі апта сайын
 - 34 аптадан кейін – апта сайын
 - Ұрықты антенатальды бағалау (акушер-гинеколог)

ҰРЫҚТЫ АНТЕНАТАЛЬДЫ БАҒАЛАУ

Срок беременности, недели	Исследования
7-10	УЗИ (жизнеспособность плода)
16	Определение альфа-фетопротеина
18	УЗИ (пороки развития)
24	УЗИ роста плода через каждые 4 недели
28	Кардиотокография (КТГ), при позднем гестозе – КТГ регулярно через 1 – 2 недели
38	Ежедневно КТГ, определение зрелости легких методом УЗИ

ҚАНТ ДИАБЕТІМЕН АУЫРАТЫН ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ КҮТІМІ ҚАЛАЙ БОЛУЫ КЕРЕК?

Қант диабетімен жүктілікті жүргізуде жүктілік анықталысымен эндокринолог-гинекологтың қатаң бақылауында болуы тиіс. Бастапқы кезеңде, яғни 12 апта (3 ай) ұрықтың түзілу және даму кезеңіндегі қандағы қант мөлшерінің қалыпты деңгейде болуы тиіс. Себебі, ана ағзасы қалыпты жағдайдан екі есе артық жұмыс атқару қызметіне бейімделу барысында инсулинге тәуелділік артып, қандағы қант мөлшері төмендеуі мүмкін. Сонымен қатар, бұл кезеңде жүктіліктің құсуы, тіпті ағзаның қантсыздануына әкеледі. Сондықтан, инсулинді сырттан енгізу дозасы төмендетілуі мүмкін. Егер, құсу мөлшерден тым артық болса, қант диабетінде қатаң тыйым салынған тәтті тағаммен қант орнын толықтырып отырады.

-
- Ал 13 аптадан (4 айдан) бастап ұрықтың өзінің ағзалары, соның ішінде қант мөлшерін қадағалау ұйқыасты безі жетілгендіктен, ана қанындағы артық қан мөлшеріне өзінше жауап қайтарып, ағзасы тым артық қызметке үйреніп, ұрық мүшелерінің даму ақауына әкелуі мүмкін. 20 апта (5 айдан) бастап ұрық жолдасы дамып, ендігі ана қанындағы қантты бала қанына араластырмайтын барьер түзеді, сонымен қатар, ана қанындағы инсулинге қарсы өз гормондарын өндіріп шығарып, анасы қабылдайтын инсулиннің күнделікті дозасын арттыру керектігін көрсетеді. Себебі, қант көрсеткішіне қарай егілетін инсулин дозасының көптеген бөлігін бала жолдасынан бөлінген инсулинге қарсы гормон жойып, инсулин дозасын төмендететіндігін ескеру керек. Жүктілік кезінде қант мөлшерінің тербелуі қалыпты болғандықтан, жүктілікті жүргізуде осындай ұрық дамуындағы сатылық кезеңдерді басты назарда ұстаған дұрыс. Енгізетін инсулин дәрежесін дәрігердің мұқият кеңесімен жүзеге асырылуы тиіс.

ҚД ауратын жүкті әйел үшін қауіп мыналарға байланысты:

- Әйелдегі ҚД-ң ұзақтығы;
- Ауру қай жаста басталды;
- Өзіндік түсік тастау жиілігі;
- Кетоацидоз, гипогликемия дамуының жиілігі;
- Диабеттің қантамырлық асқынуының өршуі – ретинопатия, нефропатия, жүректің ишемиялық ауруы;
- Жүктіліктің асыну жиілігі- кеш гестоз, инфекция, көп сулылық. Ұрық қауіп қатері:
 - макросомия — ұрытың шамадан тыс өсуі мен дене салмағының артуы;
 - босану кезіндегі жоғарғы өлім көрсеткіші;
 - туа пайда болған ақаулар;
 - өмірінің алғашқы аптасындағы асқынулар,
 - өмірінде ҚД 1 типінің даму қаупі .



Жүкті әйел міндетті түрде А, В, С және тобындағы дәрумендермен қатар, фолий қышқылы 400 мкг күніне, калий йодиді 200 мкг күніне қабылдағаны дұрыс.

Диетадан басқа жүкті әйелге физикалық жүктеме өте пайдалы, бұл дегеніміз қызмет істейтін бұлшықеттер глюкозаны пайдалану арқылы қандағы қант мөлшері төмендейді. Физикалық жүктеме ретінде жаяу жүруді айтуымызға болады. Антидиабеттік таблетка қант диабетінің 2 түрінде қолданылатын жүктілік кезінде қолдануға болмайды, себебі плацентарлық барьерден өтіп, нәресте ақауына әкелуі мүмкін. Оның орнына инсулин қолданылады.



ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

1. ДЕДОВ И.И., МЕЛЬНИЧЕНКО Г.А., ФАДЕЕВ В.В. ЭНДОКРИНОЛОГИЯ: УЧЕБНИК.- М., 2008.- 432 С.
2. ДЕДОВ И.И., МЕЛЬНИЧЕНКО Г.А., ФАДЕЕВ В.В. ЭНДОКРИНОЛОГИЯ: УЧЕБНИК.- М., 2008.- 432 С. (ҚАЗАҚША, АУДАРҒАНДАР АБЫЛАЙҰЛЫ Ж., АЛИПОВА А.Т. ЭЛЕКТРОНДЫ НҰСҚАСЫ).
3. НУРБЕКОВА А.А. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ (ДИАГНОСТИКА, ОСЛОЖНЕНИЯ, ЛЕЧЕНИЯ). УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ. АЛМАТЫ, 2011, 80С.