

**С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ  
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА  
УНИВЕРСИТЕТІ**



**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.  
Д.АСФЕНДИЯРОВА**

кафедра: Клиникалық фармакология

# Тақырыбы: **Жүктілілердегі қант диабеті**

**Орындаған: Әуелбекова Айсұлу**

**Алматы 2017**

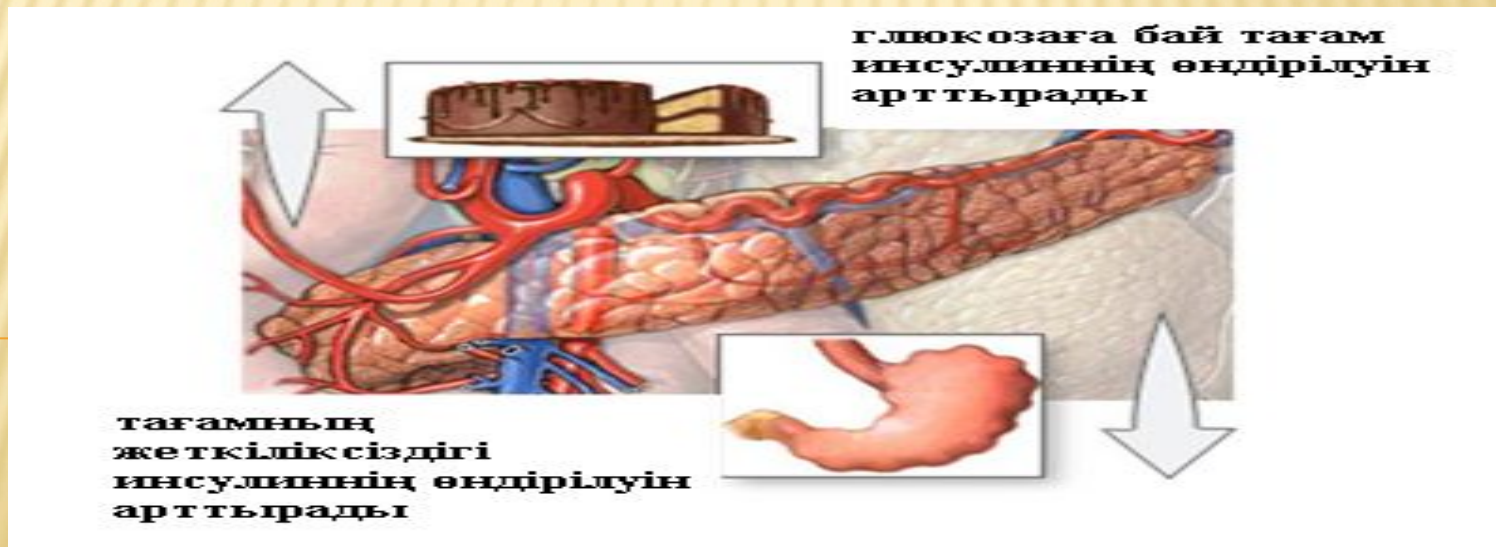
# ЖОСПАРЫ

---

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

# КІРІСПЕ

**ҚАНТ ДИАБЕТІ (ҚД) – БҰЛ ИНСУЛИН ТҮЗІЛУІ БҰЗЫЛЫСЫ, ИНСУЛИН ӘСЕРІ БҰЗЫЛЫСЫ НЕМЕСЕ ОСЫ ФАКТОРЛАРДЫҢ ЕКЕУІНІҢ ДЕ НӘТИЖЕСІ БОЛАТЫН ГИПЕРГЛИКЕМИЯМЕН СИПАТТАЛАТЫН МЕТАБОЛИЯЛЫҚ (АЛМАСУ) АУРУЛАР ТОБЫ. ҚД КЕЗІНДЕГІ СОЗЫЛМАЛЫ ГИПЕРГЛИКЕМИЯ ӘРТҮРЛІ АҒЗАЛАРДЫҢ, ӘСІРЕСЕ КӨЗДІҢ, БҮЙРЕКТІҢ, ЖҮЙКЕ ЖҮЙЕСІНІҢ ЖҮРЕКТІҢ ЖӘНЕ ҚАН ТАМЫРЛАРЫНЫҢ БҰЗЫЛУЫМЕН, ДИСФУНКЦИЯСЫМЕН, ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІМЕН ӨТЕДІ**





# Жіктелуі

ҚД 1 түрі	Мүлдем инсулин жеткіліксіздігіне әкелетін ұйқы безінің $\beta$ -жасушаларының бұзылуы
ҚД 2 түрі	Инсулинорезистенттілік жағдайында дамидын инсулин секрециясының өрши бұзылуы
ҚД басқа спецификалық түрлері	<ul style="list-style-type: none"><li>- <math>\beta</math>-жасуша құрылымының генетикалық ақауы;</li><li>- инсулиннің әсер етуінің генетикалық ақауы;</li><li>- ұйқы безінің экзокринді бөлімінің аурулары;</li><li>- дәрілік заттармен немесе химиялық заттармен индукцияланған (АИТВ, ЖИТС емдеу кезінде, ағзаларды транспланттаудан кейін);</li><li>- эндокринопатиялар;</li><li>- инфекциялар;</li><li>- ҚД қосылуы кезіндегі басқа генетикалық синдромдар.</li></ul>
Гестациялық ҚД	Жүктілік кезінде пайда болады. <b>24-28 апталық жүктілік</b>

# ЖҮКІЛЕРДЕГІ ҚАНТ ДИАБЕТІ



# Жүкті әйелдегі қант диабеті



Ана қанындағы глюкоза мөлшері жоғары



Көп мөлшердегі глюкоза сәбиге жетеді



**Ұрықтың массасы артады**



## ҚД біріншілік деңгейлі симптомдары

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

## 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)

# ДИАГНОСТИКАЛЫҚ КРИТЕРИЙЛЕРІ

## ? Шағымдары:

- ҚД компенсация кезінде жоқ;
- ҚД декомпенсация сатысында жүкті әйелдерді полиурия, полидипсия, терінің және шырышты қабаттардың құрғауы мазалайды.

## Анамнезде:

- ҚД ұзақтылығы;
- ҚД қантамырлық кеш асқынулардың болуы;
- жүктілік басталған кездегі дене салмағының индексі;
- патологиялық салмақ қосу (жүкті кезінде 15 кг артық);
- ауыр акушерлік анамнез (массасы 4000,0 граммнан артық бала туылу).



# ФИЗИКАЛЬДЫ ЗЕРТТЕУ:

?

ҚД 2 түрі және ГҚД симптомсыз өтеді .

ҚД 1 түрі:

- тері мен шырышты қабаттың құрғауы, тері тургорының әлсіреуі, «диабеттік» беттің қызаруы, бауырдың ұлғаюы;
- кетоацидоз белгілері болғанда: терең Куссмауль тынысы, сопор, кома, жүрек айну, «кофе тұнбасымен» құсу, оң Щеткин-Блюмберг симптомы, алдыңғы құрсақ қабырғасы бұлшық еттерінің дефансы.

# АЛҒАШ РЕТ АНЫҚТАЛҒАН ГҚД

---

Бірінші рет қаралғанда ГҚД

Күре тамыр қан сарысындағы  
глюкоза<sup>1,2</sup>

1, 2 ммоль/л

Ашқарынға

$\geq 5,1$ , бірақ  $< 7,0$

ГҚД, 75 г глюкозамен глюкозаға төзімділіктің пероральды тесті  
(ГТПТ)

Қан сарысуындағы  
глюкоза<sup>1,2,3</sup>

1,2,3 ммоль/л

Ашқарынға

$\geq 5,1$ , но  $< 7,0$

1 сағаттан кейін

$\geq 10,0$

2 сағаттан кейін

$\geq 8,5$



# ЗЕРТХАНАЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР

Жүктілік кезінде манифестті (біріншілік анықталған) ҚД

Ашқарынға күре тамыр қан  
плазмасындағы глюкоза

$\geq 7,0$  ммоль/л

HbA1c<sup>2</sup>

$\geq 6,5\%$

Гипергликемия симптомдары болғанда  
уақытқа және тамақ қабылдауға  
байланыссыз, күре тамыр қан  
сарысуындағы глюкоза

$\geq 11,1$  ммоль/л

# ГЕСТАЦИОНДЫ ҚАНТ ДИАБЕТІ

---

- ? Бұл глюкозаға толеранттылықтың бұзылуы немесе тек жүктілік барысында алғаш рет анықталған қант диабеті.
- ? 1-5% жүктілерде анықталады.



# ҚАНТ ДИАБЕТІ КЕЗІНДЕГІ ҰРЫҚҚА ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ

---

- ? Перинатальды өлімің жоғарылауы
- ? Туа пайда болатын ақаулар
  - ? (2-4 есе жиі кездеседі)
- ? Неонатальды асқынулар
- ? Өмір сүру басрысында ҚД 1 типінің дамуы:
  - ? 3% - анасында 1 типті ҚД
  - ? 5% - әкесінде 1 типті ҚД
  - ? 30% - ата-анасының екеуінде де 1 типті ҚД



# ГЕСТАЦИОНДЫ ҚД ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ

---

- ? Артық салмақ ( $> 20\%$  қалыптыдан)
- ? Туыстарында ҚД 2 типі бар болуы
- ? ГҚД анемнезінде
- ? Глюкозаға толеранттылықтың бұзылысы
- ? Осы немесе алдыңғы жүктілікте глюкозурия
- ? Анамнезінде үлкен бала (крупный плод) немесе көпсулық (многоводие)
- ? Анамнезінде 4500 салмақпен баланың туылуы немесе өлі туылуы
- ? Осы жүктілікте салмақ тез қосуы
- ? Әйелдің жасы 30 дан үлкен болса

# ҚД БАР ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРГЕ ЖЕКЕ САЛА МАМАНДАРЫНЫҢ КЕҢЕСІНЕ КӨРСЕТІМДЕР

Маман	Кеңес мақсаты
Офтальмологтың кеңесі	Диабеттік ретинопатияны анықтау және емдеу үшін: кең қарашықпен офтальмоскопия жасау. Проллиферативті диабеттік ретинопатия дамыса немесе пролиферативті диабеттік ретинопатияның айқын нашарлауында – кідіріссіз лазерокоагуляция
Акушер-геникологтың кеңесі	Акушерлік патологияны диагностикалау мақсатында: жүктіліктің 34 аптасын дейін – әрбір 2 апта сайын, 34 аптадан кейін – жұма сайын
Эндокринологтың кеңесі	ҚД компенсация сатысына жету үшін: жүктіліктің 34 аптасын дейін – әрбір 2 апта сайын, 34 аптадан кейін – жұма сайын
Терапевтің кеңесі	Әрбір триместр сайын экстрагенитальды патологияны анықтау үшін
Нефрологтың кеңесі	Нефропатияны диагностикалау және емдеу үшін – көрсетім бойынша
Кардиологтың кеңесі	Диабеттің асқануын диагностикалау және емдеу үшін – көрсетімдер бойынша
Неврологтың кеңесі	Жүктілік кезінде 2 рет

# ЕМДЕУ ТАКТИКАСЫ

---

## ? **Емдеу мақсаты:**

Жүкті әйелдерде ҚД емдеуде негізгі мақсат нормогликемияға жету, АҚҚ қалыптастыру, ҚД асқынуларының алдын алу, жүктіліктің, босанудың және босанудан кейінгі кезеңдегі асқынуларының профилактикасы, перинатальды ағымды жақсарту.



# ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕГІ КӨМІРСУЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРДІҢ МАҚСАТТЫ МАҢЫЗЫ

Зерттеу уақыты	Гликемия
Ашқарынға/ тамақ алдында/ұйықтар алдында/03.00	5,1 ммоль/л10 дейін
Тамақтан соң 1 сағаттан кейін	7,0 ммоль/л дейін
HbA1c	≤6,0%
Гипогликемия	жоқ
Несепте кетондық денелер	жоқ
АҚҚ	<130/80 мм рт.ст.



# ЕМДЕУ ТӘСІЛІ

---

- диетотерапия;
- физикалық белсенділік;
- Оқыту және өзін-өзі қадағалау;
- қантты төмендететін препараттар.



## Диета терапиясы

ҚД 1-ші түрінде сәйкес диетаны қадағалау ұсынылады: «аш» кетоздың алдын алу үшін көмірсуға бай тағамдармен тамақтану қажет.

ГҚД және ҚД 2-ші түрінде диетотерапияны жеңіл қорытылатын көмірсулырды қолданбау және майды шектеу арқылы жүргізеді; тәуліктік тамақ көлемін 4-6 ретке бөліп қолданады. Құрамында тамақтық талшық бар көмірсуларлар тәуліктік тамақтың калориясының 38-45%-нан артық болмау керек, ақуыздар - 20-25% (1,3 г/кг), майлар - 30%-ке дейін. ДМИ қалыпты әйелдерге ИМТ (18-25 кг/м<sup>2</sup>) 30 ккал/кг тең тәуліктік тамақтың калориясы ұсынылады; ДМИ артық болса (25-30 кг/м<sup>2</sup>) 25ккал/кг; семіздікте (ДМИ  $\geq$ 30 кг/м<sup>2</sup>) – 12-15 ккал/кг.

## ? **Физикалық белсенділік**

ҚД және ГҚД аптасына 150 минуттан кем емес жүру, бассейнде жүзу сияқты мөлшерленген аэробты физикалық жүктеме кеңес беріледі. Науқас өзін-өзі қадағалайды, нәтижелері дәрігерге беріледі. АҚ көтеретін және жатырдың гипертонусын шықыратын жаттығулар жасамау керек.

### **Науқасты оқыту және өзін-өзі бақылау**

- Науқастарды оқыту белгілі терапиялық мақсатқа жету үшін нақты біліктілік пен әдістерді қамту қажет.
- Диабет мектебіне жүктілік жоспарлаушы, оқудан өтпеген (біріншілік цикл) жүкті әйелдер немесе оқыған (қайталамалы циклдр), бірақ білімін қажетті деңгейде ұстап тұрушы және инсулинотерапияға көшкенде жаңа терапиялық мақсаттарға жетем деуші науқастар жіберіледі.

- ? **Өзін-өзі бақылау** портативті аспаптар көмегімен (глюкометр) ашқарында, тамаққа дейін және тамақтан кейін 1 сағаттан соң гликемияны ; кетонурия мен кетонемияны таңертен ашқарынға; АҚ; ұрықтың қозғалуын; дене салмағын анықтаудан және өзін-өзі бақылау күнделігінен және тамақтық күнделіктен тұрады.



# 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.



# МЕДИКАМЕНТОЗДЫ ЕМ

---

## ? ҚД бар жүкті әйелдерді емдеу

- Метморфин, глибенкламид қабылдау кезінде жүктілік болса, оны ұзартуға мүмкіндік бар. Ал қалған барлық қантты төмендетін дәрілер жүктілікке дейін тоқтатылуы керек және инсулинге ауыстырылуы керек.
- В санаты шегінде рұқсат етілген қысқа және орташа ұзақ әсер ететін адамның инсулині, ультрақысқа және ұзақ әсер ететін инсулиннің аналогтары ғана қолданылады.

# ЖҮКТІЛЕРГЕ ҚОЛДАНУҒА РҰҚСАТ ЕТІЛГЕН ИНСУЛИН ПРЕПАРАТТАРЫ

Инсулин препараты	Енгізу әдісі
Қысқа әсерлі адамның генно-инженерлі инсулині	Шприц, шприц-қалам, помпа
Орташа әсерлі адамның генно-инженерлі инсулині	Шприц, шприц-қалам
Өте қысқа әсерлі инсулин аналогы	Шприц, шприц-қалам, помпа
Ұзақ әсерлі инсулин аналогы	Шприц, шприц-қалам

- ?
- Жүктілік кезінде биотипті инсулин препараттарын, тіркелудің толық шараларынан өтпеген және жүкті әйелдерге сыналмаған дәрілік заттарды қолдануға тыйым салынады.
  - Жүкті әйелдерге міндетті түрде патенттелмеген аты және саудадағы аты көрсетілген инсулин препараттырын тағыйындайды.
  - Инсулинді енгізудің оңтайлы жолы глюкозаны үздіксіз қадағалауға мүмкіндік беретін инсулинді помпалар болып табылады.
  - Жүктіліктің екінші жартысында тәуліктік инсулиннің қажеттігі бірден жоғарылайды, жүктілікке дейінгі қажеттіліктен 2-3 есеге дейін.
  - Қарсы көрсетілімдер болмаса, жүктіліктің 12-ші аптасына дейін 500 мкг/тәулік фолий қышқылы; бүкіл жүктілік бойы 250 мкг/тәулік калий йодиді.
  - Несеп шығару жүйесінің инфекциясы болғанда антибиотикотерапия (I триместрде пенициллин, II немесе III триместрде пенициллин немесе цефалоспорин).



# ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ КЕТОАЦИДОЗБЕН ЕРТЕ ТОКСИКОЗ

---

Жүктілерге 1,5-2,5 л/тәу мөлшерінде тұзды ерітіндімен, сонымен қатар 2-4 л/тәу пероральды газдалмаған сумен (ақырын, кішкене жұтыммен) регидратация жасау қажет. Жүкті әйелге емнің барлық кезеңінде май шектелеген, қосымша тұздалған, көмірсуға бай (ботқа, шырын, кисель) ұнтақталған тамақ ұсынылады. Гликемия кезінде 5% глюкоза ерітіндісімен 14,0 ммоль/л инсулин енгізіледі.

# БОСАНУДЫ ЖҮРГІЗУ

## ? Жоспарлы госпитальдау:

- босануға тиімді мерзім – 38-40 апта;
- босануға тиімді әдіс – босану кезінде (сағат сайын) және босанған соң гликемияны бақылай отырып табиғи босану жолдары арқылы босандыру.

## Кесарь тілігі арқылы отаға көрсетім:

- ота арқылы босануға акушерлік көрсетімдер (жоспарлы/жедел);
- ҚД айқын және өршіп асқынулардың болуы.

ҚД бар жүкті әйелдердің босану уақыты аурудың ағымының ауырлығына, өтеу дәрежесіне, ұрықтың функциялық жағдайына және акушерлік асқынуларды болуын ескере отырып, әр әйелге жеке анықталады.

ҚД 1 түрімен ауыратын науқастарда босануды жоспарламас бұрын, ұрықтың жетілу дәрежесін бағалау қажет, өйткені оның функциялық жүйелерінің кеш дамуы мүмкін.

ҚД және ұрықтың макросомиясы бар қалыпты жатырлық босану, босанудың индукциясы және кесарь тілігі жасалатын әйелдер мүмкін болатын асқанудың қаупі туралы хабардар болу керек.

Фетопатияның кез келген түрінде, глюкозаның тұрақсыз деңгейінде, диабеттің кеш асқануларында, әсіресе, «жоғары акушерлік қауіп» тобындағы жүкті әйелдерде ерте босану жайлы сұрақты шешу керек.



# ҚД АУЫАТЫН ӘЙЕЛДЕРГЕ ЖҮКТІЛІКТІ ЖОСПАРЛАУ

---

- ? Жүктілікке дейін аурудың оптимальды компенсациясына қол жеткізу керек (3 айдан кем емес уакытты)
- ? Қанттың деңгейін төмендететін препараттарды қабылдайтын қант диабетінің 2 типімен ауыратын әйелдерге жүктілікті жоспарлау алдында инсулинотерапия жүргузу қажет.
- ? Қант диабеті кезінде жүктілікке қарсы көрсеткіш қан тамырларының прогрессирлеуші зақымдануы болып табылады.





# 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.