

Сахарный диабет у беременных



Сахарный диабет у беременных



Особенности углеводного обмена у беременных с сахарным диабетом

I триместр	<ul style="list-style-type: none">• Склонность к гипогликемии• ↓ потребность в инсулине на 10- 20%• Токсикоз I половины беременности → кетоацидоз
II триместр	<ul style="list-style-type: none">• Синтез гормонов фетоплацентарного комплекса (ПЛ, ПГ)• ↑ уровень кортизола, ПГ и эстрогенов в организме матери• ↑ инсулинорезистентность• ↑ потребность в инсулине в 2 – 3 раза
III триместр	<p style="text-align: center;">– // –</p> <ul style="list-style-type: none">• 36 неделя - ↓ активность фетоплацентарного комплекса → ↓ потребность в инсулине
РОДЫ	<ul style="list-style-type: none">• Риск гипогликемии!

Факторы риска для плода при сахарном диабете

- Высокая перинатальная смертность
- Врожденные пороки развития
 - (чаще в 2 - 4 раза)
- Неонатальные осложнения
- Риск развития сахарного диабета 1 типа в течение жизни:
 - 3% - при СД 1 типа у матери
 - 5% - при СД 1 типа у отца
 - 30% - при СД 1 типа у обоих родителей

Гестационный сахарный диабет

- это нарушение толерантности к глюкозе или СД впервые возникший или выявленный во время беременности.
- Развивается у 1-5% беременных.

Раннее выявление

гестационного СД важно по 2

причинам:

- На фоне гестационного СД увеличивается риск перинатальной смертности и фетопатии
- У 40% женщин с диабетом беременных в анамнезе в течение 6 – 8 лет развивается клинический диабет

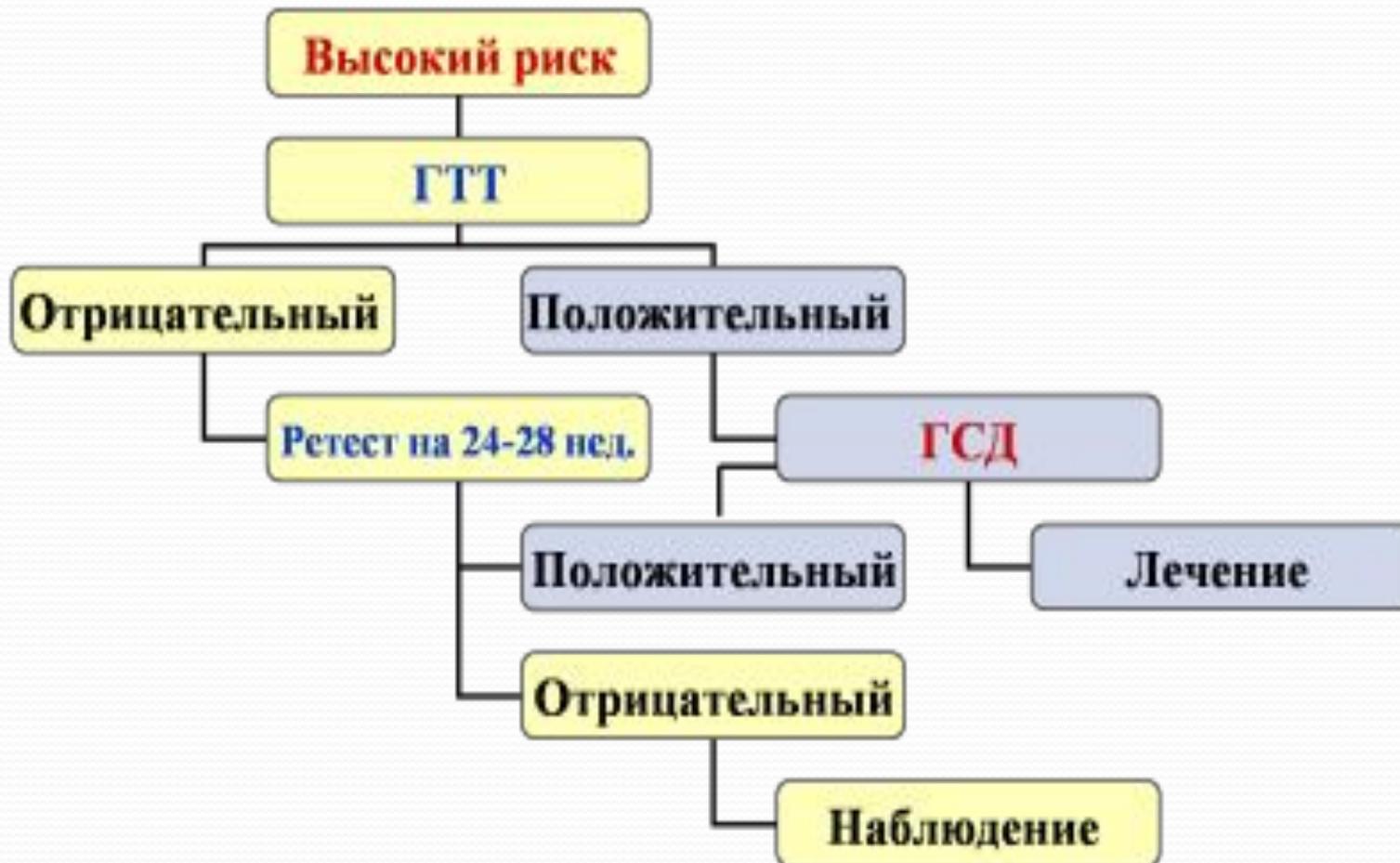
Факторы риска гестационного СД

- Избыточный вес ($> 20\%$ от идеального)
- СД 2 типа у близких родственников
- ГСД в анамнезе
- Нарушенная толерантность к глюкозе
- Глюкозурия во время предшествующей или данной беременности
- Многоводие и/или крупный плод в анамнезе
- Рождение ребенка весом более 4500 г или мертворождение в анамнезе
- Быстрая прибавка веса во время данной беременности
- Возраст женщины старше 30 лет

Группы риска развития гестационного диабета

Высокий риск	наличие НТГ или ≥ 3 других факторов риска
Умеренный риск	нет НТГ, наличие 1 – 2 факторов риска
Низкий риск	нет факторов риска

Диагностика и скрининг гестационного СД



Диагностика и скрининг гестационного СД



Оценка

ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА

- глюкоза цельной крови (венозной, капиллярной) натощак $> 6,1$ ммоль/л или $5,5$ (старые показатели)
- глюкоза плазмы венозной крови > 7 ммоль/л или
- глюкоза цельной капиллярной крови или плазмы венозной крови через 2 часа после нагрузки 75 г глюкозы $> 7,8$ ммоль/л.
- если у женщины, которая относится к группе риска, результаты исследования соответствуют норме, тест проводится повторно на 24-28 неделе беременности.

Необходимые госпитализации (определяют эндокринолог- диабетолог и акушер-гинеколог)

Срок беременности, недели	Цель
Ранние сроки	<ul style="list-style-type: none">• Обследование• Решение вопроса о сохранении беременности• Проведение профилактического лечения• Компенсация СД• Прохождение «школы диабета»
21 – 24 недели	Если необходимо
35 -36 недель	<ul style="list-style-type: none">• Тщательное наблюдение за плодом• Лечение акушерских и диабетических осложнений• Выбор срока и метода родоразрешения

Тактика в период беременности (определяют эндокринолог- диабетолог и акушер-гинеколог)

- Соблюдение адекватной диеты:
 - калорийность:
 - 1-й триместр – 30 ккал/кг
 - 2-3-й триместр – 35-38 ккал/кг
 - состав:
 - белки – 15%
 - жиры – 30%
 - углеводы – 55%
 - потребление белка:
 - 1,5 – 2,0 г/кг
- Использование препаратов инсулина человека короткой и средней продолжительности действия, аналогов инсулина ультракороткого действия (хумалог, новорапид)

- **Регулярный контроль гликемии**
- **Цель:**
- **глюкоза плазмы натощак – до 6,1 ммоль/л или до 5,5 ммоль/л (устаревшие данные)**
- **глюкоза плазмы через 2 часа после еды – до 7,8 ммоль/л**
- **Hb A1c менее 6,0%**
- **Осмотр глазного дна 1 раз в триместр**
- **Наблюдение гинеколога и диабетолога**
 - **измерение веса, АД, общий анализ мочи**
 - **до 34 нед беременности – каждые 2 недели**
 - **после 34 недели – еженедельно**
- **Аntenатальная оценка плода (акушер-гинеколог)**

Аntenатальная оценка состояния плода

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

Ведение родов

- Естественные роды проводятся только при отсутствии осложнений у матери и отсутствия пороков и осложнений у плода а так же его правильное расположение.

Ведение родов

- Тщательная подготовка родовых путей.
- Для предупреждения вторичной слабости родовых сил при раскрытии шейки матки 7-8 см приступить к в/в введению окситоцина и продолжать его введение по показаниям до рождения ребенка.

Проводить профилактику гипоксии плода, контроль гемодинамических показателей матери.

Проводить профилактику декомпенсации сахарного диабета в родах. Для этого через 1-2 часа определять у роженицы уровень гликемии.

Ведение родов

- **Кесарево сечение осуществляется при:**
- - Выраженные или прогрессирующие осложнения диабета и беременности.
 - Тазовое предлежание плода.
 - Наличие крупного плода.
 - Прогрессирующая гипоксия плода.

Осложнения ГСД это развитие фетопатии

- Это заболевание неонатального периода, развивающееся у новорожденных, матери которых страдают сахарным диабетом, и характеризующееся полисистемным поражением, метаболическими и эндокринными дисфункциями

Клиника и диагностические критерии фетопатии

- большая масса и длина тела при рождении (макросомия);
- пастозность, гипертрихоз, багрово-синюшная окраска кожных покровов;
- одутловатое полнокровное лицо (как при лечении глюкокортикоидами);
- нарушение постнатальной адаптации;
- морфо-функциональная незрелость;
- клинические симптомы гипогликемии;
- синдром дыхательных расстройств из-за нарушения синтеза сурфактанта;
- кардиомегалия в 30% случаев, врожденные пороки сердца;
- другие врожденные пороки;
- гепато-, спленомегалия;
- возможна внутриутробная гипотрофия, но даже при этом сохраняются черты кушингоидного синдрома;
- гипогликемия;
- гипокальциемия и гипомагниемия.

Планирование беременности у больных сахарным диабетом

- До беременности необходимо добиться оптимального уровня компенсации заболевания (на протяжении не менее 3 мес).
- Больных сахарным диабетом 2-го типа, получающих сахаропонижающие препараты, перед планированием беременности необходимо перевести на инсулинотерапию.
- Противопоказанием к беременности при сахарном диабете являются прогрессирующие сосудистые осложнения.