

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования "Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Зав. кафедрой: д.м.н., профессор
Макаренко Т.А.

Реферат на тему: Гестационный сахарный диабет

Выполнил: ординатор 1-го года
кафедры оперативной гинекологии ИПО
Жежера К.В.

Красноярск, 2023 г.

Содержание

Введение.....	3
Актуальность	3
Определение	3
Этиология и патогенез.....	4
Диагностика.....	4
• Жалобы и анамнез	5
• Физикальное обследование.....	5
• Лабораторная диагностика.....	5
• Правила проведения перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ)	6
Лечение	8
1.Консервативное лечение	8
Целевые показатели самоконтроля:	8
Профилактика.....	9
Заключение	10
Список использованной литературы	11

Введение

Несмотря на достижения акушерской диабетологии, общая частота осложнений беременности и заболеваемость новорожденных при ГСД не опускается ниже 80%. Течение беременности при данной патологии осложняется развитием гестоза в 25-65% случаев, а тяжелые его формы отмечаются в 2,9-3,7% наблюдений. Дистоция плечиков плода при ГСД достигает 6,3%, перелом ключицы у новорожденного - 19%, паралич Эрба - 7,8%, тяжелая асфиксия - 5,3%. Нарушение мозгового кровообращения травматического генеза имеет место у 20% новорожденных. У этих детей высока вероятность развития гиперинсулинизма и постнатальной гипогликемии, полицитемии и гипербилирубинемии, а также респираторного дистресс-синдрома и неврологических нарушений. Показатели перинатальной смертности новорожденных с массой тела 4 кг и более в 1,5-3 раза выше, чем при рождении детей с нормальными весовыми параметрами.

Актуальность

ГСД является наиболее частым нарушением обмена веществ у беременных, с которым встречаются эндокринологи и акушеры-гинекологи и, следовательно, является важной междисциплинарной проблемой. Это обусловлено как увеличением числа беременных с данной патологией, связанного с резким ростом заболеваемости СД в популяции, так и улучшением качества его диагностики.

Частота ГСД в общей популяции разных стран варьирует от 1% до 20%, составляя в среднем 7%. В России, по данным Государственного регистра сахарного диабета, распространенность гестационного сахарного диабета составляет 8-9%. По данным международных исследований, около 17% всех беременностей осложняется гестационным сахарным диабетом, и наблюдается тенденция к росту заболеваемости.

Определение

Гестационный сахарный диабет (ГСД) – это заболевание,

характеризующееся гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствующей критериям «манифестного» сахарного диабета (СД).

Этиология и патогенез

Во время беременности, по мере созревания плаценты, постепенно нарастает инсулинорезистентность, которая является основной причиной развития ГСД.

Основную роль в этом процессе играют фетоплацентарные гормоны (плацентарный лактоген и прогестерон) и гормоны матери (кортизол, эстрогены, пролактин), концентрация которых в крови также возрастает с увеличением сроков беременности. Этот процесс компенсируется повышением продукции и снижением клиренса эндогенного инсулина матери. Инсулинорезистентность усугубляется увеличением калорийности принимаемой матерью пищи, снижением физической активности, и прибавкой веса. При наличии эндогенных факторов, таких как наследственная предрасположенность к СД 2 типа, ожирение и т.д., секреция инсулина становится недостаточной для преодоления инсулинорезистентности, что и приводит к появлению гипергликемии.

Гипергликемия у матери приводит к развитию диабетической фетопатии. Риск развития врожденных пороков развития и самопроизвольных абортов при ГСД такой же, как в общей популяции и не связан с декомпенсацией СД, так как часто ГСД развивается после завершения органогенеза у плода.

Декомпенсация ГСД может явиться причиной перинатальной смертности. При ГСД чаще развивается преэклампсия и эклампсия, что нередко требует экстренного родоразрешения путем операции кесарева сечения.

Диагностика

- **Жалобы и анамнез**

В большинстве случаев ГСД не проявляется клинической картиной, характерной для дебюта СД, или симптомы гипергликемии могут расцениваться пациенткой как проявления беременности, например, частое мочеиспускание.

Рекомендуется оценивать факторы риска развития ГСД у беременной. К дополнительным факторам риска развития ГСД у беременной относятся: избыточный вес и ожирение, сахарный диабет у ближайших родственников, нарушение углеводного обмена в анамнезе (ГСД в предыдущие беременности), рождение детей с весом более 4000 г в анамнезе, многоводие в предыдущую беременность, глюкозурия в данную беременность.

- **Физикальное обследование**

Пациентам проводятся: измерение роста, измерение массы тела, измерение артериального давления.

- **Лабораторная диагностика**

Рекомендуется проводить диагностику нарушения углеводного обмена во время беременности в 2 фазы: при первом обращении беременной к врачу (1 фаза) и на 24–28-й неделе беременности (2 фаза).

При первом обращении беременной к врачу любой специальности на сроке до 24 недель рекомендуется проводить одно из следующих исследований: глюкоза венозной плазмы натощак (определение глюкозы венозной плазмы проводится после предварительного голодания в течение не менее 8 часов и не более 14 часов); HbA1c (Если уровень HbA1c <6,5% или случайно определенный уровень глюкозы плазмы <11,1 ммоль/л, то рекомендуется проводить определение глюкозы венозной плазмы натощак: при уровне глюкозы венозной плазмы натощак $\geq 5,1$ ммоль/л, но <7,0 ммоль/л устанавливается диагноз ГСД); глюкоза венозной плазмы в любое время дня вне зависимости от приема пищи.

Всем женщинам, у которых не было выявлено нарушение углеводного обмена на ранних сроках беременности, между 24-й и 28-й неделями рекомендуется проводить пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ) с 75 г глюкозы.

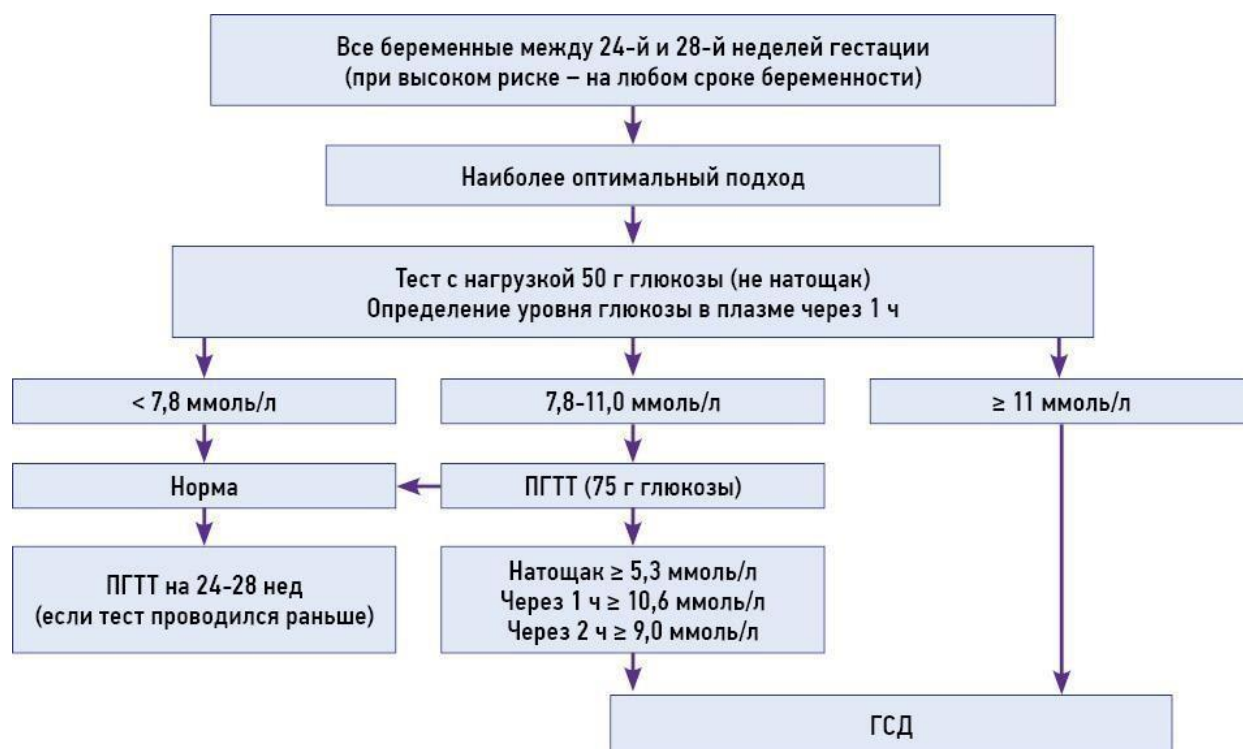


Рис.1 Оптимальный (преимущественный) подход к диагностике ГСД

- **Правила проведения перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ)**

Тест выполняется на фоне обычного питания (не менее 150 г углеводов в день), как минимум, в течение 3-х дней, предшествующих исследованию. Тест проводится утром натощак после 8-часового ночного голодания. Последний прием пищи должен обязательно содержать 30-50 г углеводов. Питье воды не запрещается. В процессе проведения теста пациентка должна сидеть. Курение до завершения теста запрещается. Лекарственные средства, влияющие на уровень глюкозы крови (поливитамины и препараты железа, содержащие углеводы, глюкокортикоиды, β -адреноблокаторы, β -адреномиметики), по возможности, следует принимать после окончания теста.

ПГТТ не проводится:

- При раннем токсикозе беременности (рвота, тошнота)
- При необходимости соблюдения строгого постельного режима (тест не проводится до момента расширения двигательного режима).
- На фоне острого воспалительного или инфекционного заболевания,
- При обострении хронического панкреатита или наличии демпинг-синдрома (синдром резецированного желудка).

Этапы выполнения ПГТТ:

1-й этап: после забора первой пробы плазмы венозной крови натощак уровень гликемии измеряется немедленно, т.к. при получении результатов, указывающих на впервые выявленный сахарный диабет или ГСД, дальнейшая нагрузка глюкозой не проводится и тест прекращается.

2-й этап : при продолжении теста пациентка должна в течение 5 минут выпить раствор глюкозы, состоящий из 75 грамм сухой (ангидрита или безводной) глюкозы, растворенной в 250-300 мл теплой (37-40°C) питьевой негазированной (или дистиллированной) воды. При использовании моногидрата глюкозы для проведения теста необходимо 82,5 г вещества. Начало приема раствора глюкозы считается началом теста. 3-й этап: следующие пробы крови для определения уровня глюкозы венозной плазмы берутся через 1 и 2 часа после нагрузки глюкозой. При получении результатов, указывающих на ГСД после 2-го забора крови, тест прекращается.

• Инструментальная диагностика

Рекомендуется оценивать признаки диабетической фетопатии (ДФ) по данным экспертного УЗИ:

- Крупный плод (размеры диаметра живота ≥ 75 перцентиля)
(Перцентильные таблицы для оценки представлены в Приложении Г-3 и Г-4).
- Гепато-спленомегалия.
- Кардиомегалия/кардиопатия.

- Двуконтурность головки плода.
- Отек и утолщение подкожно-жирового слоя.
- Утолщение шейной складки.
- Впервые выявленное или нарастающее многоводие при установленном диагнозе ГСД (в случае исключения других причин многоводия).

Лечение

1. Консервативное лечение

- **Питание** (Рекомендуется диетотерапия с полным исключением легкоусвояемых углеводов и ограничением жиров; равномерное распределение суточного объема пищи на 4–6 приемов. Расчет суточной калорийности питания зависит от индекса массы тела (ИМТ) до наступления беременности. При ИМТ 18-24,9 кг/м² суточная калорийность питания составляет 30 ккал/кг фактического веса, при ИМТ 25-29,9 кг/м² – 25 ккал/кг, при ИМТ ≥ 30 кг/м² - от 12 до 20 ккал/кг, но не менее 1800 ккал в сутки для профилактики кетоза).
- **Самоконтроль** (Рекомендуются дозированные аэробные физические нагрузки в виде ходьбы не менее 150 минут в неделю, плавание в бассейне; самоконтроль уровня гликемии: выполняется пациенткой, результаты предоставляются врачу; самоконтроль кетонурии или кетонемии утром натощак по тест-полоскам; самоконтроль артериального давления; самоконтроль шевелений плода; самоконтроль массы тела; ведение дневника самоконтроля и пищевого дневника).

Целевые показатели самоконтроля:

Показатель	Результат
Глюкоза натощак	<5,1 ммоль/л (калиброванный по плазме)
Глюкоза через 1 час после еды	<7,0 ммоль/л (калиброванный по плазме)
Глюкоза перед сном (через 4 часа после приема пищи)	<5,1 ммоль/л (калиброванный по плазме)
Гипогликемии	Нет

Кетоновые тела	Нет
АД	<130/80 мм рт.ст.

- **Инсулинотерапия** (Рекомендуется инсулинотерапия при невозможности достижения целевых показателей гликемии (два и более нецелевых значений гликемии при соблюдении рекомендаций по диетотерапии) в течение 1–2 недель самоконтроля. Целевые значения гликемии: натощак до 5,1 ммоль/л, через 1 час после еды до 7,0 ммоль/л).

При наличии признаков диабетической фетопатии по данным экспертного УЗИ, которая является косвенным свидетельством хронической гипергликемии рекомендовано начать инсулинотерапию.

Пациенткам на режиме интенсифицированной инсулинотерапии рекомендуется проводить самоконтроль гликемии не менее 8 раз в день (натощак, перед едой для расчета дозы болюса на прием пищи и коррекции гипергликемии, через 1 час после еды, перед сном, в 03.00 или при плохом самочувствии).

Не рекомендуется применение пероральных сахароснижающих препаратов во время беременности и грудного вскармливания (противопоказаны).

- **Родоразрешение** (Не рекомендуется расценивать ГСД как самостоятельное показание к досрочному родоразрешению и плановому кесареву сечению. Рекомендуется руководствоваться общепринятыми в акушерстве показаниями к абдоминальному родоразрешению).

Профилактика

- Рекомендуется продолжить наблюдение эндокринологом и акушером-гинекологом пациенток, перенесших ГСД, так как они относятся к группе высокого риска по его развитию в последующие беременности и СД2 в будущем.
- Через 6–12 недель после родов рекомендуется: при уровне глюкозы

венозной плазмы натощак $<7,0$ ммоль/л проведение ПГТТ с 75 г глюкозы (исследование глюкозы натощак и через 2 часа после нагрузки) для реклассификации степени нарушения углеводного обмена по категориям гликемии (норма, нарушенная толерантность к глюкозе, нарушенная гликемия натощак, СД) в соответствии с алгоритмами специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом.

- Рекомендована диета, направленную на снижение массы при ее избытке, расширение физической активности, планирование последующих беременностей, информирование педиатров и подростковых врачей о необходимости контроля за состоянием углеводного обмена и профилактики СД2 у ребенка, мать которого перенесла ГСД.

Заключение

Акушеры-гинекологи настоятельно рекомендуют планировать беременность. В процессе подготовки к беременности женщина пройдет все основные обследования, в том числе по выявлению сахарного диабета. Если будут выявлены нарушения углеводного обмена, врач назначит лечение, даст рекомендации, и будущая беременность будет протекать благополучно, а малыш родится здоровым.

Главное условие ведения беременности, осложненной диабетом (как гестационным, так и другими его формами) -- поддержание уровня глюкозы крови в пределах нормы.

Список использованной литературы

1. Дедов, И.И., et al., Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. Под редакцией ИИ Дедова, МВ Шестаковой (7-й выпуск).
2. Сахарный диабет, 2015.— 2017: От мониторинга к управлению. Материалы II Российской мультидисциплинарной конференции с международным участием. Новосибирск — 2017. Калуга: Издательство: ООО «Манускрипт», 2017;46-48.
3. Акушерство : учеб. / под ред.: В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2016. - 1040 с.
4. Клиническое акушерство : учеб. пособие / С. А. Леваков [и др.]. - Москва : МЕДпресс- информ, 2016. - 296 с.
5. Древаль, А., Т. Шестакова, and И. Бунак, Применение современных подходов к диагностике гестационного сахарного диабета в Московской области. Русский медицинский журнал, 2015.
6. Акушерство.Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Э.К.Айламазяна.,В.И.Кулакова.,В.Е.Радзинского.,Г.М.Савельевой.- М.:ГЭОТАР Медиа,2015; 250с