

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

Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий
кафедрой: ДМН,
Профессор Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ

«Гестационный сахарный диабет»

Выполнила: клинический
ординатор

кафедры
перинатологии,
акушерства и
гинекологии
лечебного факультета

Зубова И.А..

Проверил: Ассистент Коновалов В.Н.



г. Красноярск
2018г.

Рецензия на реферат выполненный по теме: «Гестационный сахарный диабет »
Ординатором 2го года обучения

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБУ ВО
КрасГМУ им. Профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого.

ФИО: Зубова Инна Александровна

Реферат выполнен на 10 страницах, в структуре реферата имеется: титульный лист, оглавление, содержательная часть, используемая литература.

Актуальность изучения проблемы диагностики и лечения данной патологии очевидна ввиду того гестационный сахарный диабет 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 диагностики ГСД

Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы.

При написании реферата использовались современные источники литературы не старше 5 лет.

Реферат принят и оценен на (4) хорошо.

Руководитель клинической ординатуры: Коновалов В.Н.



Содержание

- I. Определение
- II. Эпидеиология
- III. Диагностика нарушений углеводного обмена во время беременности
- IV. Пероральный глюкозотолерантный тест
- V. Ведение и лечение беременных с ГСД
- VI. Послеродовое наблюдение и планирование последующей беременности

I. Определение

Гестационный сахарный диабет (ГСД) (ВОЗ) — гипергликемия, относящаяся к категориям сахарный диабет (СД) или нарушенная толерантность к глюкозе, возникшая или впервые выявленная во время беременности, причем не исключается возможность того, что нарушение углеводного обмена могло предшествовать беременности, но оно не было установлено.

II. Эпидемиология

По данным масштабных эпидемиологических исследований ГСД диагностируется примерно у 4% беременных кавказоидной расы. Распространенность ГСД может варьировать от 1 до 14% (в среднем 7%), что зависит от анализируемой популяции женщин и частоты применения орального глюкозотолерантного теста (ОГТТ), применяемого для диагностики заболевания. Распространенность и заболеваемость ГСД в нашей стране не известна, так как эпидемиологические исследования в соответствии с международными стандартами изучения этой проблемы не проводились. Также плохо организована программа скрининга и диагностики ГСД. При этом по данным ВОЗ в популяциях, схожих по численности с Россией, а именно в странах Евросоюза и США в 2009 г было зафиксировано 230.000 случаев ГСД.

III. Диагностика нарушений углеводного обмена во время беременности

Исследуется только уровень глюкозы в венозной плазме. Использование проб цельной капиллярной крови не целесообразно.

На любом сроке беременности (достаточно одного аномального значения измерения уровня глюкозы венозной плазмы).

По результатам ПГТТ с 75 г глюкозы для установления ГСД достаточно хотя бы одного значения уровня глюкозы венозной плазмы из трех, которые было бы равным или выше порогового. При получении аномальных значений в исходном измерении нагрузка глюкозой не проводится; при получении аномальных значений во второй точке, третье измерение не требуется.

Пороговые значения нормы глюкозы венозной плазмы для беременных

- Глюкоза венозной плазмы натощак $< 5,1$ ммоль/л
- Через 1 час в ходе ПГТТ $< 10,0$ ммоль/л
- Через 2 часа $\geq 7,8$ ммоль/л и $< 8,5$ ммоль/л

Пороговые значения глюкозы венозной плазмы для диагностики гсд

- Натощак $\geq 5,1$, но $< 7,0$ ммоль/л
- Через 1 час в ходе ПГТТ $\geq 10,0$ ммоль/л
- Через 2 часа $\geq 8,5$ ммоль/л

Пороговые значения глюкозы венозной плазмы для диагностики манифестного сд

- Глюкоза венозной плазмы натощак $\geq 7,0$ ммоль/л (126 мг/дл)
- 1сHbA $<5> \geq 6,5\%$
- Глюкоза венозной плазмы вне зависимости от времени суток и приема пищи при наличии симптомов гипергликемии $\geq 11,1$ ммоль/л (200 мг/дл)

Диагностика нарушений углеводного обмена при беременности проводится в 2 фазы

1 ФАЗА - проводится при первом обращении беременной к врачу.

При первом обращении беременной к врачу любой специальности (акушеру-гинекологу, эндокринологу, терапевту, врачу общей практики) на сроке до 24 недель всем женщинам в обязательном порядке проводится 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); данное исследование можно провести при проведении первого биохимического анализа крови.

- 1с HbA с использованием метода определения, сертифицированного в соответствии с National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP) и стандартизованного в соответствии с референсными значениями, принятыми в DCCT (Diabetes Control and Complications Study); исследование проводится в соответствии с "Алгоритмами специализированной помощи больным сахарным диабетом".

- Глюкоза венозной плазмы в любое время дня вне зависимости от приема пищи. В том случае, если результат исследования соответствует категории манифестного (впервые выявленного) СД, больная немедленно передается эндокринологу для уточнения типа СД в соответствии с "Алгоритмами специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом".

2 ФАЗА - проводится на 24-28 неделе беременности. Всем женщинам, у которых не было выявлено нарушение углеводного обмена на ранних сроках беременности, между 24 и 28 неделями проводится ПГТТ с 75 г глюкозы. Оптимальным временем для проведения ПГТТ, по мнению экспертов, считается срок 24-26 недель. В исключительных случаях ПГТТ с 75 г

глюкозы может быть проведен вплоть до 32 недели беременности (высокий риск ГСД, размеры плода по данным УЗ-таблиц внутриутробного роста $\geq$ 75 перцентиля, УЗ-признаки диабетической фетопатии).

IV. Пероральный глюкозотолерантный тест

Показания к проведению пгтт:

- беременность.

Противопоказания к проведению пгтт

- индивидуальная непереносимость глюкозы; - манифестный СД;
- заболевания желудочно-кишечного тракта, сопровождающиеся нарушением всасывания глюкозы (демпинг-синдром или синдром резецированного желудка, обострение хронического панкреатита и т.д.).

Временные противопоказания к проведению пгтт

- ранний токсикоз беременных (рвота, тошнота); - необходимость соблюдения строгого постельного режима (тест не проводится до момента расширения двигательного режима); - острое воспалительное или инфекционное заболевание.

Правила проведения пгтт

ПГТТ с 75 г глюкозы является безопасным нагрузочным диагностическим тестом для выявления нарушения углеводного обмена во время беременности. Интерпретацию результатов тестирования проводят акушеры-гинекологи, терапевты, врачи общей практики. Специальной консультации эндокринолога для установки факта нарушения углеводного обмена во время беременности не требуется.

Тест выполняется на фоне обычного питания (не менее 150 г углеводов в день), как минимум, в течение 3 дней, предшествующих исследованию.

Тест проводится утром натощак после 8-14-часового ночного голодания. Последний прием пищи должен обязательно содержать 30-50 г углеводов.

Пить воду 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, адреноблокаторы, адреномиметики), по возможности, следует принимать после окончания теста.

Определение глюкозы венозной плазмы выполняется только в лаборатории на биохимических анализаторах, либо на анализаторах глюкозы. Использование портативных средств самоконтроля (глюкометров) для проведения теста запрещено.

Забор крови производится в холодную пробирку (лучше вакуумную), содержащую консерванты: фторид натрия (6 мг на 1 мл цельной крови), как ингибитор энолазы для предотвращения спонтанного гликолиза, а также EDTA или цитрат натрия, как антикоагулянты. Пробирка помещается в воду со льдом. Затем немедленно (не позднее ближайших 30 минут) кровь центрифугируется для разделения плазмы и форменных элементов. Плазма переносится в другую пластиковую пробирку. В этой биологической жидкости и производится определение уровня глюкозы.

Этапы выполнения пгтт

1-й этап. После забора первой пробы плазмы венозной крови натошак уровень глюкозы измеряется немедленно, т.к. при получении результатов, указывающих на манифестный (впервые выявленный) СД или ГСД, дальнейшая нагрузка глюкозой не проводится и тест прекращается.

При невозможности экспресс-определения уровня глюкозы тест продолжается и доводится до конца. 2-й этап.

При продолжении теста пациентка должна в течение 5 минут выпить раствор глюкозы, состоящий из 75 г сухой (ангидрита или безводной) глюкозы, растворенной в 250-300 мл теплой (37-40 °С) питьевой негазированной (или дистиллированной) воды. Если используется моногидрат 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 и третий забор крови не производится.

V. Ведение и лечение беременных с ГСД

Наблюдение акушерами-гинекологами, терапевтами, врачами общей практики:

- диетотерапия с полным исключением легкоусвояемых углеводов и ограничением жиров; равномерное распределение суточного объема пищи на 4-6 приемов. Углеводы с высоким содержанием пищевых волокон должны составлять не более 38-45% от суточной калорийности пищи, белки 20-25% (1,3 г/кг), жиры - до 30%. Женщинам с нормальным индексом массы тела (ИМТ) (18 - 24,99 кг/кв. м) рекомендуется суточная калорийность пищи, равная 30 ккал/кг; с избыточной (масса тела, превосходящая идеальную на 20-50%, ИМТ 25 - 29,99 кг/кв. м) - 25 ккал/кг; при ожирении (масса тела, превосходящая идеальную более чем на 50%, ИМТ > 30) - 12-15 ккал/кг;

- дозированные аэробные физические нагрузки в виде ходьбы не менее 150 минут в неделю, плавание в бассейне. Необходимо избегать упражнений, способных вызывать повышение артериального давления (АД) и гипертонус матки;

- самоконтроль выполняется пациенткой, результаты предоставляются врачу

Самоконтроль включает определение: 1. гликемии с помощью портативных приборов (глюкометров) натощак, перед и через 1 час после основных приемов пищи; 2. кетонурии или кетонемии утром натощак; 3. артериального давления; 4. шевелений плода; 5. массы тела; 6. ведение дневника самоконтроля и пищевого дневника.

Натощак < 5,1 ммоль/л

Перед едой < 5,1 ммоль/л

Перед сном < 5,1 ммоль/л

В 03.00 < 5,1 ммоль/л

Через 1 час после еды < 7,0 ммоль/л

Гипогликемии Нет

Кетоновые тела в моче Нет

АД < 130/80 мм рт. ст

При появлении кетонурии или кетонемии введение дополнительного приема углеводов 15 г перед сном или в ночное время.

Показания к инсулинотерапии:

- Невозможность достижения целевых уровней гликемии (два и более нецелевых значений гликемии) в течение 1-2 недель самоконтроля.

- Наличие признаков диабетической фетопатии по данным УЗИ, которая является косвенным свидетельством хронической гипергликемии. Их выявление требует немедленной коррекции питания, и, при наличии возможности, проведения суточного мониторирования глюкозы (CGMS). Основными УЗ-признаками диабетической фетопатии являются:

- - Крупный плод (диаметр живота плода $\geq$ 75 перцентиля).
- - 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).

При назначении инсулинотерапии беременную совместно ведут эндокринолог/терапевт и акушер-гинеколог.

Схема инсулинотерапии и тип препарата инсулина назначаются в зависимости от данных самоконтроля гликемии. Пациентка на режиме интенсифицированной инсулинотерапии должна проводить самоконтроль гликемии не менее 8 раз в день (натощак, перед едой, через 1 час после еды, перед сном, в 03.00 и при плохом самочувствии).

Пероральные сахароснижающие препараты во время беременности и грудного вскармливания противопоказаны.

Запрещается во время беременности использование биоподобных инсулиновых препаратов, не прошедших полную процедуру регистрации лекарственных средств и дорегистрационных клинических испытаний у беременных.

Госпитализация в стационар при выявлении ГСД или при инициации инсулинотерапии не обязательна и зависит лишь от наличия акушерских осложнений.

ГСД сам по себе не является показанием к досрочному родоразрешению и плановому кесареву сечению. Родоразрешение при ГСД целесообразно проводить не позднее 38-39 недель гестации. Акушер определяет показания к способу родоразрешения. Показания к плановому кесареву сечению (КС) при ГСД являются общепринятыми в акушерстве. При наличии у плода выраженных признаков диабетической фетопатии во избежание родового травматизма (дистоция плечиков) показания для планового КС целесообразно расширить.

VI. Послеродовое наблюдение и планирование последующей беременности

После родов у всех пациенток с ГСД отменяется инсулинотерапия. В течение первых трех суток после родов необходимо обязательное измерение уровня глюкозы венозной плазмы с целью выявления возможного нарушения углеводного обмена.

Пациентки, перенесшие ГСД, являются группой высокого риска по его развитию в последующие беременности и СД 2 типа в будущем. Следовательно, эти женщины должны находиться под постоянным контролем со стороны эндокринолога и акушера-гинеколога.

- Через 6-12 недель после родов всем женщинам с уровнем глюкозы венозной плазмы натощак $< 7,0$ ммоль/л проводится 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".

- Диета, направленная на снижение массы при ее избытке.

- Расширение физической активности.

- Планирование последующих беременностей. Необходимо информирование педиатров и подростковых врачей о контроле за состоянием углеводного обмена и профилактики СД типа 2 у ребенка, мать которого перенесла ГСД.

Список используемой литературы

1. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 1080 с. - (Серия «Национальное руководство»).
2. Акушерство и гинекология (Клинические рекомендации под редакцией Кулакова В.И.). М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 538 с.
3. Дедов И.И., Краснопольский В.И., Сухих Г.Т. и др. Российский национальный консенсус "Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение"/сахарный диабет. - N 4. - 2012. - с. 4-10.
4. Акушерство: учебник / Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, Л.Г. Сичинава, О.Б. Панина, М.А. Курцер. - 2010. - 656 с.