

Сахарный диабет — заболевание, характеризующееся недостаточностью в организме инсулина (гормона поджелудочной железы, отвечающего за обмен глюкозы), когда поджелудочная железа вырабатывает малое количество этого гормона. До того как инсулин стали применять в качестве лекарства, роды у женщин, больных сахарным диабетом, были редкостью. Беременность наступала только у 5% женщин и угрожала их жизни, внутриутробная смертность плода достигала 60%. Лечение инсулином позволило подавляющему большинству женщин, больных диабетом, иметь детей. Хотя внутриутробная смертность плода возможна и при рациональной тактике лечения и ведения беременности, вероятность ее может быть значительно уменьшена. Поэтому для женщины, больной диабетом, очень важно готовиться к беременности под наблюдением врача-эндокринолога и продолжать наблюдение на протяжении всей беременности.

Кто входит в «группу риска»?

О предрасположенности женщин к заболеванию диабетом можно думать в следующих случаях:

если оба родителя женщины больны диабетом,

если ее одноплодный близнец — диабетик,

если ранее у женщины рождались дети с массой тела больше 4500 г,

если женщина страдает ожирением,

если у нее были привычные выкидыши,

при многоводии,

при глюкозурии (обнаружении сахара в моче).

О том, что женщина страдает сахарным диабетом, чаще всего бывает известно еще до беременности, но диабет может впервые проявиться во время вынашивания малыша.

Симптомы заболевания

Инсулин оказывает влияние на все виды обмена веществ. При недостатке этого гормона нарушается усвоение глюкозы, увеличивается ее распад, результатом чего является повышение уровня глюкозы в крови (гипергликемия) — основной признак сахарного диабета.

Больные сахарным диабетом жалуются на сухость во рту, жажду, потребление увеличенного количества жидкости (более 2 л), обильное мочеиспускание, повышенный или пониженный аппетит, слабость, похудание, зуд кожи, особенно в области промежности, нарушение сна. У них выражена склонность к гнойничковым заболеваниям кожи, фурункулезу.

Для диагностики сахарного диабета необходимы лабораторные исследования, прежде всего определение количества сахара в крови. Диагноз «сахарный диабет» может быть

поставлен при уровне глюкозы в крови, взятой натощак из вены, выше 7,0 ммоль/л или в крови, взятой из пальца, выше 6,1 ммоль/л. Такой уровень и называется гипергликемией.

Подозрение на наличие сахарного диабета возникает при уровне глюкозы в крови натощак в пределах 4,8—6,0 ммоль/л. Тогда необходимо проведение более сложного глюкозотолерантного теста — этот тест позволяет исследовать реакцию организма на введение дополнительного количества глюкозы. При изначальной гипергликемии диагноз ясен и тест проводить не нужно. Определять сахар в крови следует в начале беременности еженедельно, а к концу беременности — 2—3 раза в неделю.

Вторым важным показателем сахарного диабета является обнаружение сахара в моче (глюкозурия), но при одновременном наличии гипергликемии (повышения уровня сахара в крови). Глюкозурия без гипергликемии нередко встречается у здоровых женщин и носит название «глюкозурия беременных». Это состояние не является признаком болезни.

Выраженный сахарный диабет нарушает не только углеводный, но и жировой обмен. При декомпенсации сахарного диабета появляется кетонемия (увеличение в крови количества продуктов жирового обмена — кетоновых тел, в том числе ацетона), и ацетон находят в моче.

При стабильно нормальном уровне сахара в крови и нормализации глюкозотолерантного теста считают, что сахарный диабет находится в состоянии компенсации.

Сахарный диабет протекает с поражением многих органов и систем организма: страдают мелкие сосуды глаз, почек, кожи, мышц, нервной системы, желудочно-кишечного тракта.

Особенно опасно заболевание глаз — диабетическая ретинопатия, сопровождающаяся прогрессирующим падением остроты зрения, кровоизлиянием в сетчатку и угрожающая слепотой. Поражение почек проявляется повышением артериального давления, наличием белка в моче, отеками, ухудшением зрения, хронической почечной недостаточностью (нарушение внутренней среды организма, вызванное необратимой гибелью ткани почек), которая в этом случае развивается раньше, чем при других заболеваниях почек. Сахарный диабет способствует появлению и другой почечной патологии, особенно связанной с инфекцией: пиелонефрита, цистита. При сахарном диабете наблюдается ослабление иммунной системы, что, возможно, является одной из причин частых бактериальных осложнений.

Сахарный диабет поражает и половые органы. У женщин отмечаются самопроизвольные аборт, преждевременные роды, внутриутробная гибель плода.

Опасным осложнением беременности являются коматозные состояния. Могут развиваться кетонемическая (другое название — диабетическая) и гипогликемическая комы, при которых больная теряет сознание. Причинами ком могут быть нарушения диеты (избыточное или недостаточное потребление углеводов) и неадекватная уровню глюкозы крови доза инсулина — завышенная или недостаточная.

Различают 3 степени тяжести сахарного диабета:

1 степень (легкая): гипергликемия натощак меньше 7,7 ммоль/л; нормализация уровня сахара в крови может быть достигнута с помощью одной диеты.

2 степень (средняя): гипергликемия натощак меньше 12,7 ммоль/л; для нормализации уровня сахара в крови недостаточно диеты, нужно лечение инсулином.

3 степень (тяжелая): гипергликемия натощак больше 12,7 ммоль/л, выражены сосудистые поражения органов, имеется ацетон в моче.

Особенности течения заболевания у беременных

Во время беременности течение сахарного диабета существенно изменяется. Можно выделить несколько стадий этих изменений.

В I триместре беременности происходит улучшение течения болезни, уменьшается уровень глюкозы в крови, и это может привести к развитию гипогликемии. Поэтому дозу инсулина уменьшают на 1/3.

С 13 недель беременности наблюдается ухудшение течения болезни, рост гипергликемии, что может привести к коме. Дозу инсулина необходимо увеличить.

С 32 недель беременности и до родов возможно вновь улучшение течения диабета и появление гипогликемии. Поэтому дозу инсулина уменьшают на 20—30%.

В родах происходят значительные колебания уровня сахара в крови; может развиваться гипергликемия под влиянием эмоциональных воздействий (боли, страха) или гипогликемия как следствие проделанной физической работы, утомления женщины.

После родов сахар в крови быстро снижается и затем постепенно повышается, к 7—10-му дню послеродового периода достигая того уровня, что был до беременности.

В связи с такой динамикой патологического процесса женщину госпитализируют для коррекции доз инсулина в следующие сроки беременности:

в первые недели, как только беременность будет диагностирована, для оценки тяжести течения болезни и тщательной компенсации диабета;

20—24 недели, когда ухудшается течение болезни;

в 32 недели для компенсации сахарного диабета и решения вопроса о сроке и методе родоразрешения.

Беременность неблагоприятно влияет на течение сахарного диабета. Прогрессируют сосудистые заболевания, в частности диабетическая ретинопатия диагностируется у 35% больных, диабетическое поражение почек способствует присоединению гестоза — осложнения беременности, проявляющегося повышением артериального давления, появлением отеков, белка в моче, повторению обострений пиелонефрита.

Беременность у женщин, больных сахарным диабетом, протекает с большим количеством серьезных осложнений. Гестоз развивается у 30—70% женщин. Он проявляется преимущественно повышением артериального давления и отеками, но нередки и тяжелые формы гестоза вплоть до эклампсии (судорожные приступы с потерей сознания). При сочетании гестоза и диабетического поражения почек опасность для жизни матери резко возрастает, так как может развиваться почечная недостаточность вследствие значительного ухудшения функции почек. Частота мертворождаемости при гестозе у больных диабетом составляет 18—46%.

Самопроизвольное прерывание беременности происходит у 15—31% женщин в 20—27 недель беременности или раньше. Но при осуществлении тщательного наблюдения и лечении угроза спонтанного выкидыша не превышает таковую у здоровых женщин. Преждевременные роды часты, женщины, больные диабетом, редко донашивают до срока родов. У 20—60% беременных может быть многоводие. При многоводии часто диагностируют пороки развития плода и мертворождаемость (у 29%). Внутриутробная гибель плода происходит обычно в 36—38 недель беременности. Чаще это случается при крупном плоде, проявлениях диабета и гестозе. Если многоводие и пороки развития плода диагностированы во время беременности, то, возможно, врачи поставят вопрос о родостимуляции в 38 недель.

Роды не всегда протекают благополучно для матери и плода из-за крупных размеров последнего, обуславливающих травматизм — как материнский, так и детский.

Частота послеродовых инфекционных осложнений у больных диабетом существенно выше, чем у здоровых женщин. Наблюдается недостаточная лактация.

Из-за ухудшения течения болезни во время беременности и увеличения частоты осложнений беременности не все женщины, страдающие сахарным диабетом, могут благополучно перенести беременность и роды. Беременность противопоказана:

при диабетических микроангиопатиях (поражении мелких сосудов различных органов),

при инсулинорезистентных формах болезни (когда лечение инсулином не помогает),

при заболевании диабетом обоих супругов (велика опасность наследственного заболевания ребенка),

при сочетании диабета и резус-конфликта (состоянии, при котором эритроциты резус-положительного плода разрушаются антителами, выработанными в организме резус-отрицательной матери),

при сочетании диабета и активного туберкулеза,

при наличии в прошлом у женщины повторных мертворождений или детей, родившихся с пороками развития.

Если беременность протекает благополучно, сахарный диабет компенсирован, роды должны быть своевременными и проводятся через естественные родовые пути. При недостаточно компенсированном диабете или при осложненном течении беременности проводят преждевременное родоразрешение в 37 недель. Нередко у больных сахарным диабетом возникает необходимость оперативного родоразрешения путем кесарева сечения.

Дети у женщин, больных сахарным диабетом, рождаются крупными за счет жировой ткани (масса более 4500 г, рост 55—60 см). Для них характерна диабетическая фетопатия: отечность, цианоз (синюшная окраска кожи), лунообразное лицо (округлое лицо из-за особенностей отложения жира), избыточное отложение жира, незрелость. Эти дети значительно хуже адаптируются в раннем послеродовом периоде, что проявляется развитием желтухи, значительной потерей массы тела и медленным ее восстановлением. Другая крайность — гипотрофия плода (малая масса тела) — встречается при сахарном диабете в 20% случаев.

Врожденные пороки развития наблюдаются в 2—4 раза чаще, чем при нормальной беременности. Факторами риска их возникновения при сахарном диабете являются плохой контроль диабета до зачатия, длительность болезни свыше 10 лет и диабетическая патология сосудов. Нельзя исключить и генетические причины. Предполагают, что уже на самых ранних этапах беременности гипергликемия нарушает формирование органов. В 5 раз чаще, чем у здоровых женщин, рождаются дети с пороками сердца, нередко с поражениями почек, мозга и кишечными аномалиями. Несовместимые с жизнью пороки развития встречаются в 2,6% случаев.

Предродовые нарушения развития удастся выявить путем специальных исследований.

Риск развития сахарного диабета у потомства при заболевании диабетом одного из родителей составляет 2 — 6%, обоих — 20%.

Лечение

Женщина, больная диабетом, должна еще до беременности под наблюдением врача достичь полной компенсации диабета и поддерживать это состояние на всем протяжении беременности.

Основной принцип лечения сахарного диабета во время беременности — стремление к полной компенсации заболевания путем адекватной инсулинотерапии в сочетании с рациональным питанием.

Диета беременных, больных сахарным диабетом, обязательно согласовывается с врачом-эндокринологом. Она содержит уменьшенное количество углеводов (200—250 г), жиров (60 — 70 г) и нормальное или даже увеличенное количество белков (1—2 г на 1 кг массы тела); энергетическая ценность — 2000—2200 ккал. При ожирении требуется субкалорийная диета: 1600—1900 ккал. Очень важно ежедневно потреблять одно и то же количество углеводов. Прием пищи должен совпадать по времени с началом и максимальным действием инсулина, поэтому больные, принимающие комбинированные препараты инсулина (пролонгированный и простой инсулин), должны получать продукты, богатые углеводами, через полтора и 5 часов после введения инсулина, а также перед сном и при пробуждении. Запрещается употребление быстро всасывающихся углеводов: сахара, конфет, варенья, меда, мороженого, шоколада, тортов, сладких напитков, виноградного сока, манной и рисовой каш. У беременных с диабетом без ожирения такая диета способствует нормализации массы тела новорожденных. Питание беременной, страдающей сахарным диабетом, должно быть дробным, желательны 8 раз в день. За время беременности больная сахарным диабетом должна прибавить в весе не более 10—12 кг.

В диете беременных, больных сахарным диабетом, необходимы витамины А, группы В, С, и D, фолиевая кислота (400 мкг в день) и йодид калия (200 мкг в день).

Если через 2 недели лечения диетой хотя бы дважды цифры глюкозы окажутся повышенными, переходят на инсулинотерапию. Слишком быстрый рост плода даже при нормальном уровне сахара в крови также является показанием для лечения инсулином. Доза инсулина, количество инъекций и время введения препарата назначаются и контролируются врачом. Во избежание липодистрофий (отсутствия подкожной клетчатки в местах инъекций) вводить инсулин в одно и то же место следует не чаще 1 раза в 7 дней.

При легких формах сахарного диабета допустимо применение фитотерапии.

Гипогликемическими свойствами обладает целый ряд растений. Например, можно листья черники (60 г) заварить в литре кипятка, настоять 20 мин, процедить; пить по 100 мл 4 — 5 раз в день, длительно, под контролем сахара крови. Можно использовать следующий сбор: 5 г стручков фасоли без семян, 5 г листьев черники, 5 г резаной овсяной соломы, 3 г льняного семени, 2 г измельченного корня лопуха смешать, залить 600 мл кипятка, кипятить 5 мин, настоять 20 мин, процедить. Пить по 50 мл 6 раз в день 4—6 месяцев.

Кроме диеты и инсулина больным сахарным диабетом полезна физическая нагрузка в этом случае работающие мышцы потребляют глюкозу и содержание сахара в крови

уменьшается. Беременным в качестве физических упражнений рекомендуются пешие прогулки.

Больные сахарным диабетом должны пользоваться для самоконтроля глюкометром, диагностическими полосками, однако ставить диагноз сахарного диабета на основании этих исследований нельзя, т.к. они недостаточно точны.

Все описанное выше относится к сахарному диабету 1-го типа — это диабет, который возникает в молодом возрасте, при нем всегда нарушено образование инсулина в поджелудочной железе. Значительно реже у беременных встречаются диабет 2-го типа и диабет беременных.

Сахарный диабет 2-го типа возникает у людей старше 30 лет, часто на фоне ожирения. При этой форме сахарного диабета состояние органов размножения почти не нарушается. Однако риск развития диабета у потомства очень велик. Женщины, больные сахарным диабетом 2-го типа, как правило, рожают при доношенной беременности.

Антидиабетические средства (не инсулин) в виде таблеток, которыми лечат диабет 2-го типа, противопоказаны беременным: они переходят через плаценту и оказывают повреждающее действие на плод (вызывая формирование пороков развития плода), поэтому при диабете 2-го типа беременным также назначают инсулин.

Сахарный диабет беременных встречается у 4% женщин. Эта форма сахарного диабета развивается во время беременности, проходит вскоре после ее окончания. Он развивается у тучных женщин при наличии диабета у родственников. На его наличие может указывать отягощенный акушерский анамнез (самопроизвольный выкидыш, мертворождение, многоводие, рождение в прошлом крупных детей). Выявляется эта форма диабета с помощью специальной пробы на толерантность к глюкозе, чаще в 27 — 32 недели беременности. Диабет беременных исчезает через 2—12 недель после родов. В течение последующих 10—20 лет у этих женщин нередко развивается диабет как хроническое заболевание. Беременность при диабете беременных протекает так же, как при диабете 2-го типа.

Приблизительно 25% женщин с диабетом беременных нуждаются в инсулинотерапии.

Беременность — серьезное испытание для здоровья женщины, болеющей сахарным диабетом. Для благополучного ее завершения требуется скрупулезное выполнение всех рекомендаций врача-эндокринолога.

Литература:

1. <https://www.9months.ru/zdorovieberem/766/saharnyy-diabet-i-beremennost>

Рецензия на реферат выполненный

По теме: СД и беременность

Ординатором 1-го года обучения

Кафедра: оперативной гинекологии

ФИО: Абдулазизиова Айтекин Зохраб кызы

Реферат выполнен на 7 страницах, в структуре реферата имеется: титульный лист, оглавление, содержательная часть, используемая литература.

Актуальность темы не вызывает сомнений.

Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы.

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

Реферат принят и оценён на (5) отлично.

Руководитель клинической ординатуры: Макаренко Т.А.

ГБОУ ВПО "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Оперативной гинекологии

Зав.кафедрой: ДМН, Доцент

Макаренко Т.А

Реферат по теме: СД и беременность

Выполнил ординтор 1 года обучения

Специальности акушерство и гинекология

Абдулазизова А.З

Красноярск 2018г.

