

ГБОУ ВПО ГПИМУ им.П.И. Пирогова ГЭСЗД АВА
Кафедра эндокринологии лечебного факультета
Зав.Кафедрой:Заслуженный врач РФ, проф.Потемкин
В.В.

Студенческий научный кружок
Руководитель кружка:доцент кафедры,к.м.н. Гудукина
Г.Н.

Гестационный сахарный диабет

Подготовила:
Студентка лечебного факультета
509 группы
Павлова М.В.

Гестационный СД

(сахарный диабет беременных) (ВОЗ, 1999) — 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.

Группы риска

Параметры	Высокий риск	Умеренный риск	Низкий риск
Избыточный вес (>20% от идеального)	Да	да	Нет
СД 2 типа у близких родственников	да	Нет	Нет
ГСД в анамнезе	да	Нет	Нет
Нарушенная толерантность к глюкозе	Да	Нет	Нет
Глукозурия во время предшествующей или данной беременности	Да	Да/нет	Нет
Гидрамнион и крупный плод в анамнезе	Да/нет	Да	Нет
Рождение ребенка более 4 кг или мертворождение в анамнезе	Да/нет	Да	Нет
Быстрая прибавка веса во время данной беременности	Да/нет	Да	Нет
Возраст женщины старше 30	Да/нет	да	³ ≤30 лет

Группы риска

1 группа Низкий риск

- Факторы риска отсутствуют

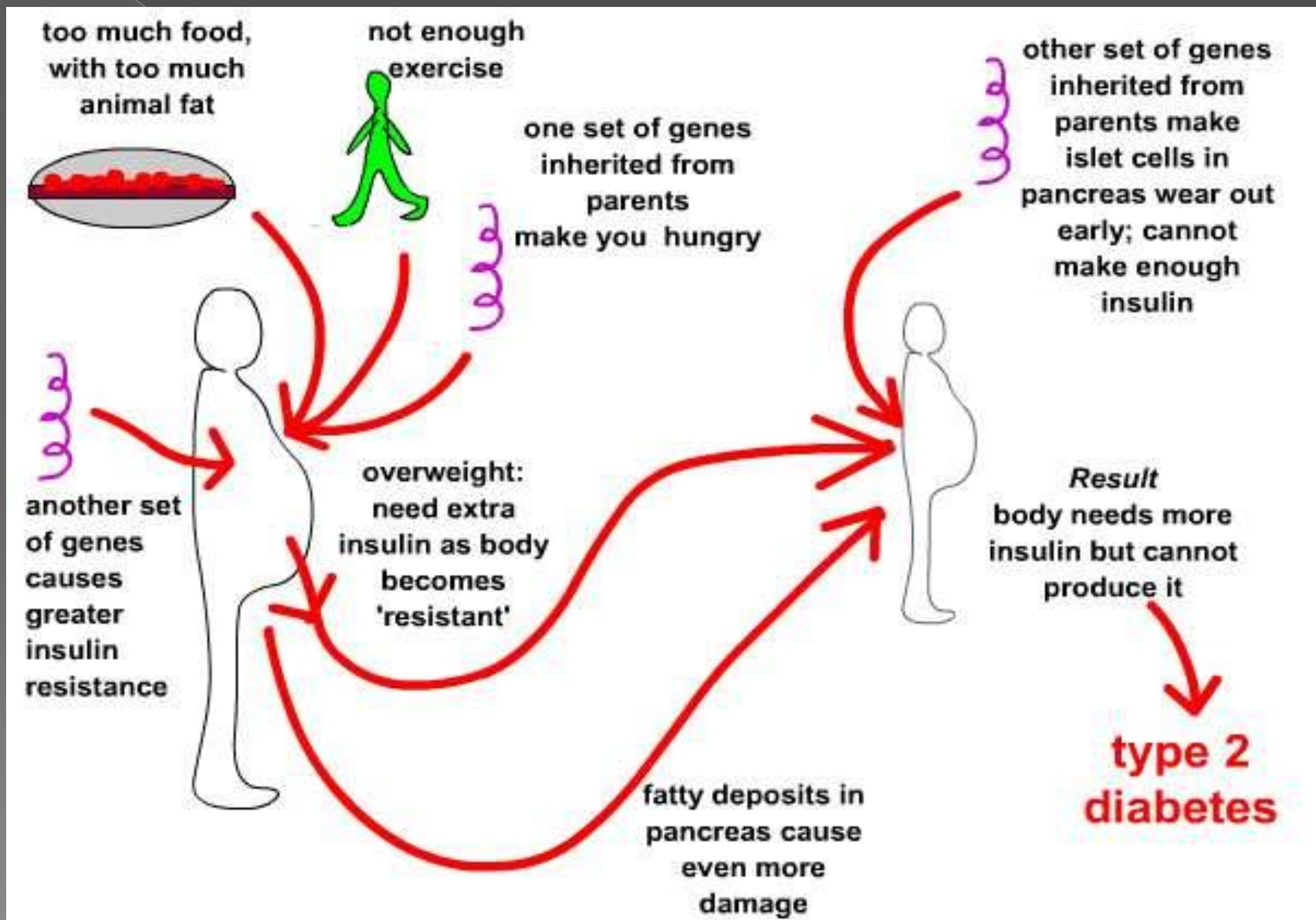
2 группа Умеренный риск

- 1-2 фактора риска

3 группа Высокий риск

- Более 2 факторов риска

Патогенез

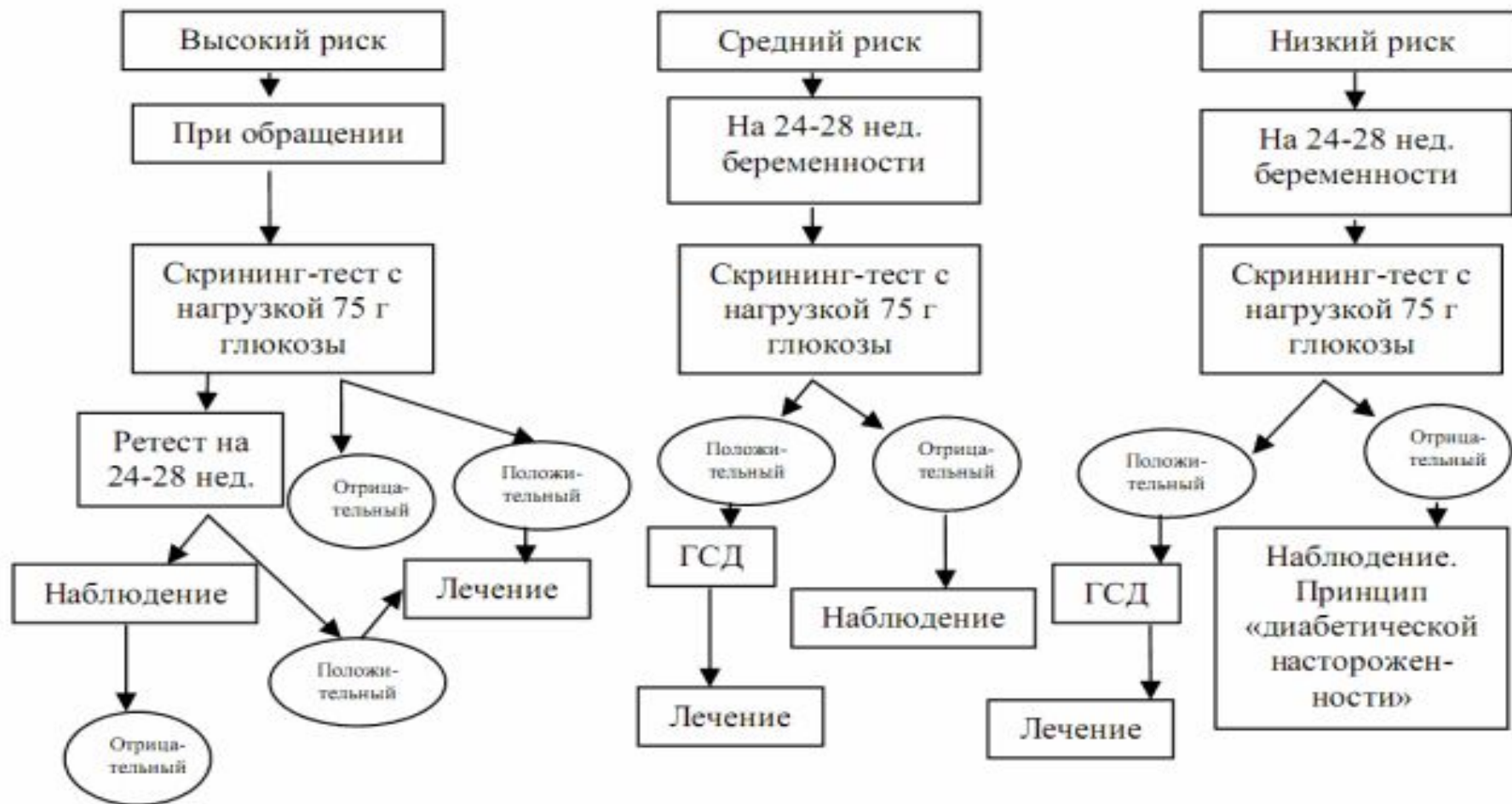


Клиника

Гестационный сахарный диабет чаще протекает бессимптомно. Поэтому необходимо проводить активный скрининг этого заболевания. Возможна незначительная гипергликемия натощак, редко происходит развитие классической клинической картины СД с высокими цифрами гликемии, жалобами на полиурию, жажду, повышение аппетита, кожный зуд и т.д.

К развитию существует генетическая **предрасположенность**

Диагностика и скрининг ГСД



Диагностика

- При первичном обращении у женщин с высоким риском проводится ОГТТ с 75 г глюкозы. Если ГСД не выявляется, то тест повторяется между 24 и 28 неделями беременности.

- Всем женщинам со средним риском развития ГСД оральный тестс 75 г глюкозы проводится между 24 и 28 неделями беременности.

- Женщинам с низким риском развития ГСД оральный тест с 75 г глюкозы не проводится.

Правила проведения ПГТТ



ПОДГОТОВКА

- Обычное питание минимум 3 дня, предшествующих исследованию (>150г у/в)
- Проведение теста натощак после 8-14 ч ночного голодания
- В последний прием пищи-30-50г у/в
- Курение, алкоголь, лекарственные средства принимать не стоит.

Противопоказания к проведению

- Ранний токсикоз беременности (рвота, тошнота)
- При строгом постельном режиме
- При остром воспалительном или инфекционном заболевании
- При обострении хр. панкреатита или наличии демпинг-синдрома

Этапы выполнения теста

1 этап

Немедленно
е измерение
уровня
глюкозы в
первой
пробе
плазмы

2 этап

Женщина
выпивает в
течение 5 мин
раствор (75г
сухой
глюкозы+250-300
мл теплой
воды)

Начало приема
раствора-
начало теста

3 этап

Следующие
пробы через 1 и
2 часа после
нагрузки
глюкозой

Пороговые значения глюкозы венозной плазмы для диагностики ГСД

Критерии ГСД при первичном обращении

Глюкоза венозной плазмы	Ммоль/л	Мг/дл
натощак	$>5,1, \text{ но } <7$	$>92, \text{ но } <126$

Критерии ГСД по результатам с 75 г глюкозы

Глюкоза венозной плазмы	Ммоль/л	Мг/дл
Через 1 ч	≥ 10.0	≥ 180
Через 2ч	≥ 8.5	≥ 153

Дифференциальный диагноз

- Проводится с истинным СД 2 типа.
- В срок 6-12 нед после родоразрешения проводится повторный ПГТТ.

Интерпретация результатов (ВОЗ)

Варианты заключений	Глюкоза плазмы (ммоль/л) ПГТТ 0 часов	Через 2 часа
Нарушение гликемии натощак	>6,1 и <7,0	<7,8
Нарушение толератности к глюкозе	<7,0	>7.8 <11,1
Диабет	>7,0	>11,1

Осложнения у матери

**Прогрессирование
сосудистых осложнений**

**Более частое развитие
кетоацидоза и гипогликемии**

**Более частые осложнения
беременности (поздний гестоз,
инфекция, многоводие)**

Высокий риск развития СД в будущем

РИСК ДЛЯ ПЛОДА

Высокая
перинатальная
смертность

Врожденные пороки
развития

Неонатальные
осложнения

Лечение



Диета

Физ.нагрузка

Инсулинотерапия

Диета

- Калорийность - 25-30 ккал/кг идеальной массы тела
- Углеводы - 35-40%.
- Белки - 20-25%.
- Жиры - 35-40%
- Режим питания состоит из 3 основных приемов пищи и 3 перекусов.
Необходимый суточный каллораж рассчитывают по массе тела или по ИМТ до беременности

«Сахарный диабет и беременность» И.А.Ипатко,Т.В.Хинталь,О.Н.Лебедева 2004

Рекомендуемый суточный калораж

ИМТ кг/м ²	Дневное количество калорий (ккал/кг)
<19,8	35-40
19,8-29,0	30-32
>29,0	24-25

Инсулинотерапия

- Показания:
- -гликемия натощак более 5,3 ммоль/л и через 2ч после еды-более 6,7 ммоль/л на фоне диеты и физ. нагрузок.
- -выявление начальных признаков макросомии плода при проведении УЗИ

- Инсулин вводится 4 раза в сутки. Перед завтраком, обедом и ужином вводится инсулин короткого действия. Перед сном вводится инсулин продленного действия.

- Подбор дозы проводится эмпирически, начиная с 0,6 Ед/кг. На долю пролонгированного действия инсулина 50%
- Каждая ЕД инсулина короткого либо ультракороткого действия способна снизить гликемию на 2,2ммоль/л;
- Каждая ХЕ способна повысить уровень гликемии в диапазоне 1,7 - 2,7ммоль/л, что зависит от гликемического индекса продукта.

ИКД



*р-р д/ин. 100 МЕ/мл, картр. 3 мл,
уп. контурн. яч. 5, пач. картон. 1*
Инсуман® Рапид ГТ



ИДД



Целевые значения

- Целью лечения является достижение след.показателей:
- -гликемия натощак $<5-5,8$ ммоль/л
- -гликемия через 1ч после приема пищи $<7,8$ ммоль/л
- -гликемия через 2 ч после приема пищи $<6,7$ ммоль/л
- -уровень HbA1c при ежемесячном контроле 4-6%

Ведение родов

- -Плановая госпитализация(32-34 нед)
- -Оптимальный срок родоразрешения-38 -40 нед
- -Оптимальный метод родоразрешения-роды через естественные родовые пути с тщательным контролем гликемии во время (ежечасно) и после родов.

Показания к операции кесарева сечения:

Общепринятые в акушерстве

Наличие выраженных или прогрессирующих осложнений диабета и беременности

Тазовое предлежание плода

ВАЖНО!!!

- Обязательный самоконтроль гликемии 7-10 раз в день



Послеродовое наблюдение

- 6-12 ч после родов с уровнем глюкозы натощак $<7,0$ -ПГТТ с 75 г глюкозы
- При нормальных результатах теста – ПГТТ через 3 года, при плохих-6 мес
- Диета, физ активность
- Планирование следующей беременности не ранее 1-1,5 г

- «Акушерство и гинекология» Клинические рекомендации В.И.Кулаков «Эндокринология. Национальное руководство» И.И.Дедов 2013
- «Эндокринология» перевод В.И.Кандрор

Спасибо за внимание!

