

Лечение гестационного сахарного диабета

Выполнил: Баракзай-Барялай

Группа: 709-01

Курс: 7-итерн

Проверила:

***Гестационный сахарный диабет** - это заболевание, характеризующееся гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствующие критериям «манифестного» сахарного диабета.

*

Ведение и выбор лечебной тактики при гестационном сахарном диабете.

- * После постановки диагноза немедленно назначается лечение. Целями лечения при ГСД являются:
- * -уровень глюкозы натощак $<5,8$ ммоль/л.
- * -уровень глюкозы через 1 час после еды $<7,8$ ммоль/л.
- * -уровень глюкозы через 2 часа после еды $<6,7$ ммоль/л.
- * -Среднее значение уровня глюкозы в течение суток $5,5$ ммоль/л.

Выбор лечебной тактики базируется на степени тяжести нарушений углеводного обмена. Первым лечебным шагом при ГСД является диетотерапия, которая обычно позволяет добиться снижения инсулинорезистентности.

- * Диета должна быть богата углеводами (35-45% суточного калоража) со сниженным количеством жиров. Питание беременной должно включать три основных (завтрак, обед, ужин) и три дополнительных (второй завтрак, полдник и второй ужин) приема пищи.**

* Правильно составленный режим питания помогает поддерживать нормальный уровень глюкозы, является источником энергии, микроэлементов и витаминов. Калорийность и состав пищи должны быть рассчитаны так, чтобы у беременной не было ни снижения массы тела, ни чрезмерной прибавке в весе.

•

* **Чрезмерной считается увеличение массы тела более 1 кг в месяц в I триместре и более 2-х кг во II и III триместрах беременности.**

Оптимальным считается увеличение массы тела при беременности на 7-8 кг для женщин с ожирением и на 10-12 кг для женщин с изначально нормальной массой тела. Из углеводов предпочтение надо отдавать углеводам с длинной углеродной цепью (крупы, макароны, злаковые, крахмалистые продукты).

•

* Во 2-ом триместре потребность в углеводах повышается до 25-35 ккал на 1 кг массы тела. **Балластные вещества** (продукты богатые клетчаткой) благоприятным образом замедляют всасывание глюкозы. Потребность в белках составляет 1,5 г на 1 кг массы тела. Даже при строгом соблюдении диеты необходим строгий контроль за содержанием глюкозы в крови.

•
Важным аспектом лечения является адекватная физическая активность, всегда рекомендуемая в качестве дополнения к диетотерапии.

Программа физических упражнений должны быть индивидуализированной и строго контролироваться с медицинской точки зрения. Следует избегать упражнений, способных вызвать повышение артериального давления и гипертонус матки.

- * Если уровень гликемии у пациенток с **ГСД** на протяжении беременности остается в пределах нормальных значений при диетотерапии, монотерапия диетой сохраняется до родоразрешения. При повышении глюкозы
 - * $>5,8$ ммоль /л утром натощак и
 - * $>7,8$ ммоль/л через час после приема пищи **показана инсулинотерапия**. Доза инсулина зависит от степени нарушения углеводного обмена и срока беременности



- **Критерии инсулинотерапии.**
- * **Назначают только человеческие генноинженерные инсулины с целью предотвращения трансплацентарного транспорта антиинсулиновых аутоантител к плоду и снижение риска аллергических проявлений у женщин. Введение препаратов животных инсулинов часто способствует усиленному синтезу аутоантител к инсулину вследствие наличия аутоиммунного компонента в развитии нарушений углеводного обмена. Следствием этого может стать формирование инсулинорезистентности и развитие аллергических реакций на введение чужеродного инсулина**

Выбор схемы введения инсулина зависит от лабораторных характеристик гликемии:

- * -инсулин короткого действия назначают перед основными приемами пищи, если базальная гликемия
- * $> 5,8$ ммоль/л; гликемия после еды
- * $> 7,8$ ммоль/л.
- * -базис-болюсный режим – 3 инъекции инсулина короткого действия, 1 (или 2) инъекции инсулина пролонгированного действия, если базальная гликемия $> 6,1$ ммоль/л, гликемия после еды $> 8,0$ ммоль/л.
- * -Дозу инсулина повышают с прогрессированием беременности, особенно к 30 неделе.

* Вопрос о назначении пероральных сахароснижающих препаратов при беременности всегда решается отрицательно. Данные средства абсолютно противопоказаны при ГСД и предсуществовавшем СД 2 типа, так как они проходят через плаценту и могут стимулировать выброс инсулина поджелудочной железой плода, а также обладают тератогенным действием

Лечение ГСД



- * Диета и самоконтроль (**2 недели**)
- * Целевые параметры гликемии – как при прегестационном и манифестном СД
- * Недостижение целевых параметров - инсулинотерапия



Целевые значения гликемии

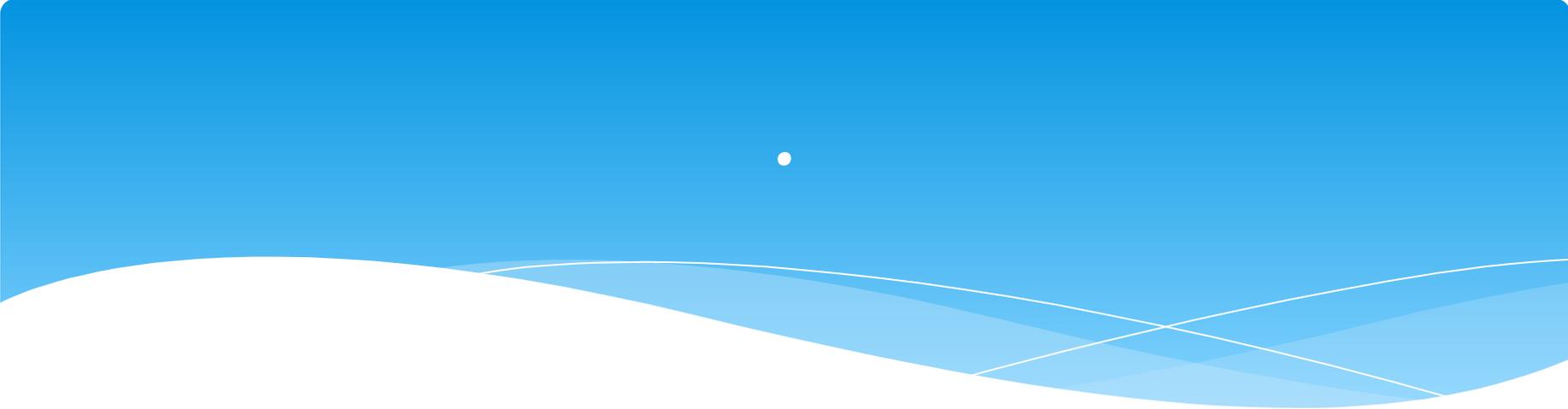
- * Глюкоза плазмы натощак/перед едой/перед сном/ 3ч – до 5,1 ммоль/л
- * Глюкоза плазмы через 1 час после еды – до 7 ммоль/л
- * HbA1c \leq 6,5%



Ведение пациентки с ГСД после родов

- * Инсулинотерапию отменяют
- * Измерение гликемии первые 3 суток
- * При эугликемии – ретест ОГТТ через 6 – 12 недель
- * Диета, изменение образа жизни (как при метаболическом синдроме)





***Спасибо за внимание**