Критерии компенсации углеводного обмена во время беременности. Необходимость планирования. Риски для матери и ребенка.

Сахарный диабет оказывает несомненное влияние на развитие плода и течение беременности, способствуя формированию врожденных аномалий плода, диабетической фетопатии и других осложнений.
Риск пороков развития особенно велик при гипергликемии у матери в первые недели беременности. Высокий уровень гликемии на ранних сроках беременности может быть причиной самопроизвольного аборта. Диабет, точнее метаболические процессы, характеризующие декомпенсацию СД, оказывают тератогенный эффект, особенно в первые 8 недель развития плода, когда формируются основные органы.
В сроке беременности более 12 недель метаболические процессы, сопровождающие гипергликемию, способствуют развитию диабетической фетопатии. Для второй половины беременности при СД характерны поздние токсикозы, многоводие, преждевременные роды, инфекции мочевых путей.

Планирование беременности

Все женщины детородного возраста должны рассматриваться как потенциальные матери и должны быть проинструктированы по вопросам контрацепции, пагубного влияния искусственного прерывания беременности и необходимости тщательного планирования беременности и серьезной подготовки к ней. Обучение и мотивация женщины с диабетом должна проводиться сразу после достижения фертильного возраста.
В настоящее время принято считать, что противопоказаниями для беременности при СД являются пролиферативная ретинопатия; нефропатия, сопровождающаяся альбуминурией более 500 мг/сут и артериальной

гипертензией; гастроэнтеропатия с выраженной диареей и потерей массы тела.

Для обеспечения рождения здорового ребенка необходимо планирование беременности и поддержание строгой компенсации СД не менее чем за 6 месяцев до зачатия. Поскольку на развитие плодного яйца оказывают непосредственное влияние кислородная насыщенность крови и компенсация углеводного обмена, Обязательным является контроль компенсации не только по уровню гликемии, но и по уровню гликированного гемоглобина позволяющего ретроспективно оценить компенсацию диабета.

Во время планирования и течения беременности рекомендуется поддерживать следующие параметры углеводного обмена:

Критериями компенсации углеводного обмена во время беременности: (в цельной капиллярной крови): базальная (тощаковая) гликемия — 3,5–5,3 мМ/л, через 1 час после еды — 5,0– 7,5 мМ/л, через 2 часа после еды — 4,0–6,1 мМ/л, перед сном — 4,0–6,0 мМ/л, гликированный гемоглобин (HBA1c): — 5,0 — 6,0%.

ОБЯЗАТЕЛЬНО ПЛАНИРОВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

МЕРОПРИЯТИЯ НА СТАДИИ ПЛАНИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ:

- Эффективный метод контрацепции пока проводится обследование и подготовка к беременности
- Обучение в «школе диабета»
- Информирование больной о возможном риске для матери и плода
- Достижение идеальной компенсации сахарного диабета за 3- 4 месяца до зачатия
- Контроль АД, при гипертензии – подбор терапии допустимыми во время беременности антигипертензивными препаратами
- Определение ТТГ и св. Т4 у больных с сахарным диабетом 1 типа
- Использование инсулина человека или разрешённых аналогов (лизпро, аспарт)
- Осмотр окулиста, лечение ретинопатии при необходимости
- Отказ от курения

ПЕРВИЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

- Обычное обследование плюс:
- Определение НЬА1с
- Биохимический анализ крови (креатинин, электролиты)
- Исселедование ТТГ и св. Т4 для исключенийя гипотиреоза (25-45% у беременных с сахарным диабетом типа 1)
- Определение протеинурии в суточной моче
- Исключение хронической инфекции мочевыводящих путей (анализ мочи по Нечипоренко, бактериурограмма)
- Консультация окулиста с осмотром глазного дна и определением остроты зрения
- ЭКГ

- При подозрении на макрососудистые осложнения диабета суточное мониторирование ЭКГ, ЭХО-КГ