

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВРАЧОМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Железняков А.Ю.¹, Железнякова Н.М.², Пасиешвили Л.М.²

¹Харьковский городской перинатальный центр,

**²Харьковский национальный медицинский университет, Харьков,
Украина**

Возникновение гипергликемии при беременности может быть результатом нескольких причин. Во-первых, беременность возникает у женщины, которая наблюдается по поводу СД I типа. Во-вторых, беременность может возникнуть при СД II типа. И, в-третьих, СД или нарушение толерантности к глюкозе развивается во время беременности, в т.ч. формируется гестационный СД (ГСД).

Примерно у 12% женщин во время беременности возможно развитие ГСД. Этот тип СД встречается у 50-90% беременных с эндокринной патологией. У 25-50% женщин с ГСД со временем развивается истинный СД II типа. Повышение уровня глюкозы в I триместре беременности чаще всего свидетельствует о манифестировании истинного СД, начавшегося до беременности. Около 1% женщин детородного возраста страдают диабетом еще до беременности (прегестационный СД), а у 2-5% это заболевание развивается во время беременности (гестационный СД). При этом он является одним из наиболее частых осложнений беременности наряду с артериальной гипертензией (около 10%), преждевременными родами (около 7%) и внутриутробной задержкой развития плода.

Основными положениями при ведении женщин с гипергликемией семейным врачом являются:

- рекомендуется рожать в более молодом возрасте (20-30 лет);
- необходимо настраивать женщину на то, что один ребенок – это очень хорошо; желание иметь второго ребенка увеличивает риск для матери и плода;
- у женщин с СД в 100% случаев беременность должна быть запланированной. Для планирования беременности важно отдельно обсудить с женщиной вопросы контрацепции. Работу необходимо начинать еще с девочкой-подростком, имеющей СД;
- до беременности в течение 12 мес. должна быть нормогликемия, не менее 6 мес. компенсация СД должна быть идеальной;
- в течение всей беременности необходимо поддерживать нормогликемию.

В тоже время наличие противопоказаний к беременности должны быть оговорены семейным врачом с женщиной и ее семьей. Это:

- тяжелая форма СД, его лабильное течение, частый кетоацидоз и гипогликемия;
- диабетическая нефропатия со снижением клубочковой фильтрации;
- диабетическая пролиферативная ретинопатия (ретинопатия на более ранних стадиях, без пролиферации сосудов сетчатки, не является

противопоказанием к беременности, но женщина должна ежемесячно быть осмотрена окулистом);

- максимален риск у больных с СД и ИБС (материнская смертность превышает 50%);

- наличие СД и артериальной гипертензии;

- подростковый возраст;

- возраст женщины старше 28-30 лет;

- кетоацидоз на ранних сроках беременности (плохой прогностический признак).

Если же беременность все же имеет место у женщин с СД, то они должны наблюдаться как у акушера-гинеколога, так и эндокринолога. В 1-й половине беременности необходимо наблюдение у эндокринолога не менее одного раза в 2 недели, а во второй половине – еженедельно. Еженедельно необходимо исследовать уровень гликемии натощак и содержание в моче глюкозы, ацетона и белка. В обязательном порядке беременная с СД должна быть госпитализирована в плановом порядке не менее 3-х раз в течение беременности в специализированный родильный дом.

Срок и метод родоразрешения устанавливается индивидуально в родильном доме, с учетом тяжести состояния матери, степени тяжести течения сахарного диабета, его компенсации, наличия акушерской патологии и состояния плода.

Сроки госпитализации беременной с СД в стационар:

- впервые возникшая беременность – для решения вопроса о целесообразности ее продолжения;

- 24-28 недель – возникает повышенная потребность в инсулине;

- за 4 недели до родов – при наличии неблагоприятных факторов. За 2 недели - при удовлетворительном течении беременности;

- в любом сроке – при гликемии натощак более 5,5 ммоль/л и в течение дня более 8 ммоль/л.

Если течение беременности и СД удовлетворительное, роды проводят в сроке 38-39 недель. Досрочное прерывание беременности не рекомендуется проводить ранее 37 недель.

Ведение женщин семейным врачом после беременности. Почти всегда (около 98% случаев) после родов ГСД исчезает. Вместе с тем, через 6-8 недель после родов все женщины с ГСД должны быть обследованы эндокринологом или семейным врачом и взяты на учет.

Как правило, через 45-60 дней после родов определяется тип сахарного диабета в зависимости от этого – тактика дальнейшего ведения. Если после родов гликемия не нормализуется, у пациентки чаще всего развивается СД II типа. При восстановлении нормальных показателей гликемии рекомендуется повторное обследование через 6-12 месяцев.

Прогноз. Для ГСД характерен высокий риск повторного его возникновения при последующих беременностях. У таких женщин имеется высокий риск развития и манифестного диабета. По данным статистики через

2 года у каждой 5-й женщины с ГСД в анамнезе возникает потребность в инсулинотерапии. Через 15 лет после беременности, во время которой развился ГСД, манифестный диабет возникает у 40% женщин. Если для коррекции ГСД назначалась инсулинотерапия, то риск развития манифестного диабета значительно повышается.