Ведение женщин с диабетом, планирующих иметь ребенка. Общие аспекты.

До зачатия.

К моменту зачатия необходимо добиться оптимального метаболического контроля, нормализовать АД и заняться лечением диабетической ретинопатии, если она имеет место. Обнаружение диабетического поражения почек может расцениваться как противопоказание к беременности.

С беременной должны работать интернист, акушер, офтальмолог, неонатолог, а также обучающий инструктор или диабетическая медсестра.

Регулярность обслуживания. Необходим строгий контроль в рамках определенных программ до, во время и после завершения беременности.

Как меняется потребность в инсулине в связи с месячным циклом?

Для описания изменений сахаров в крови у женщин с так называемым «сахарным диабетом» мы приведём пример ещё одного гликемического синдрома - параменструаль ного гликемического синдрома. Этот синдром состоит из двух основных частей, или двух других синдромов, а именно: предменструального гликемического синдрома и постменструального гликемического синдрома,
который наблюдается у женщин в привязке к менструальному, месячному циклу и проявляется следующими симптомами. В
предменструальном гипергликемическом (предовуляторным) фолликулярном синдроме наблюдается:
1) за три-пять дней до начала активного менструального кровотечения резкое повышение значений Кхе и Кск на 20% и более, а иногда даже в два и более раза; 2) сглаживание синдрома утренней зари, очевидно обусловленное синергическим действием гормонов зари (тиреотропный гормон (ТТГ), адренокортикотрорный гормон (АКТГ), соматотропный гормон (СТГ) и другие) и гормонов находящихся в максимальной концентрации перед менструацией (эстрон, эстрадиол, тестостерон, лютеинзирующий

гормон (ЛГ), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ)). Следует отметить, что данный эффект обусловлен соответствием циркадным ритмом и падением концентрации предменструальных гормонов. 3) Наблюдается увеличение потребности в инсулине в первую половину ночи. Данное увеличение носит относительный характер по отношению к сглаживанию синдрома зари в утреннее время. Иначе говоря, если контринсулярное действие «предменструальных» гормонов сильнее действия контринсулярных гормонов, действующих во время развития синдрома утренней зари, данное снижение имеет относительный характер при общем увеличении дозировок инсулина за 3-5 дней до фазы активного менструального кровотечения. В том случае, если дозировки не возвращать с началом фазы менструального кровотечения к прежним, то будут наблюдаться яркие гипогликемии и предменструальный синдром перейдет в синдром размаха, описанный ранее. Если же мы проводим адекватные действия с инсулинотерапией, то проявится
постменструальный гипогликемический синдром (постовуляторный, лютеиновый), являющийся частью параменструального гликемического синдрома: 1) снижение значений Кск и Кхе на 20% и более; 2) возврат проявления синдрома утренней зари, хотя это в значительной степени будет зависеть от времени года; 3) относительное увеличение потребности в инсулине в первую половине ночи с адекватно применяемыми при этом мерами будет происходить снижение дозировок Кхе и Кск и постепенная переброска, в случае необходимости, увеличенных значений Кск в Кхе с достижением прежних целевых пределов. В первые дни постментсруального гликемического синдрома в крови остаются повышенными значения
прогестерона,
а
7- оксипрогестерона и эстрадиола, поэтому можно предположить, что эти гормоны не оказывают значимого влияния на уровни гликемии в составе описываемого синдрома. С аналогичной точки зрения можно описать и изменения гликемии у женщин от момента зачатия до родов и от родов до прекращения кормления грудью. Данный синдром уже достаточно описан другими авторами, но не с точки зрения теории сверхинтенсифицированной инсулинотерапии.