Как меняется потребность в инсулине при беременности?

При ответе на этот вопрос мы частично используем «Материалы симпозиума «Сахарный диабет и беременность» 1991 года под редакцией М. Богомолова, изданных Московским психоэндокринологическим центром и впервые опубликованных без сокращений на русском языке в украинском журнале «Диабетик» в 1994 году. Указания Всемирной Организации Здравоохранения и Международной Диабетической Федерации (ВОЗ и МДФ) в отношении ведения беременных больных диабетом периодически обновляются, но принципиальные подходы остаются неизменными.

В отсутствие соответствующей медицинской помощи беременным больных с диабетом, уровень мертворождения и перинатальной смертности у них превышает 10%. Количество серьезных наследственных аномалий в этой группе все еще в два раза выше, чем у беременных без диабета. Европейские страны значительно различаются по качеству помощи беременным, больным диабетом, где эта работа поставлена на должном уровне, получают явную экономическую выгоду. В Сент-Винсентской Декларации указывается: «Добиться, чтобы беременность у женщин с диабетом завершалась практически так же, как и у здоровых женщин». Перед зачатием и в течение всей беременности терапия должна быть итенсифицированна, что достигается совместным ведением беременной врачами различных специальностей. При помощи многократных инъекций инсулина в сочетании с соответствующей диетой можно длительное время поддерживать нормальный уровень глюкозы в крови. И пациенты, и медики нуждаются в специальном обучении для проведения соответствующей терапии перед зачатием, а также во время беременности, в родовом и родильном периоде.

Рекомендации и директивы по ведению беременных, страдающих диабетом, составленные международными экспертами, приглашенными Европейской ВОЗ и МДФ.

1. Введение.

Диабет может стать наиболее частым патологическим состоянием, оказывающими влияние на судьбу матери и ее будущего ребенка: 0,3% женщин репродуктивного возраста страдают диабетом, а 0,2-0,3% всех беременностей, у матери имеется диабет до момента зачатия, и, наконец, 2% всех беременностей осложнены диабетом, впервые

диагностированным во время беременности.

Беременность в сочетании с диабетом – большой риск и для матери и для плода. Если женщина еще до беременности страдала диабетом или он появился во время беременности (Гестационный сахарный диабет, ГСД), повышается вероятность возникновения осложнений (инфекций, гидрамнион, преэклампсия, плацентарная недостаточность). С диабетом связаны следующие осложнения.

Со стороны матери: Прогрессирование специфических осложнений диабета. Увеличение инсулинорезистентности.

Со стороны плода: аборт, мертворождение, внутриутробная смерть, наследственные аномалии, макросомия плода, осложняющая роды.

Перинатальные: повышение уровня смертности, неонатальная заболеваемость.

Без соответствующего лечения диагностированного диабета у беременных перинатальная смертность может быть свыше 10%, а уровень наследственных аномалий в 2-3 раза выше, чем у беременных в отсутствие такого заболевания.

Лечение и наблюдение за беременной с установленным диагнозом диабета.

А. Метаболический контроль во время беременности.

Цель: Поддержать нормогликемию (или значения глюкозы крови, близкие к нормогликемии) в течение всей беременности. Для этого осуществлять срочную раннюю госпитализацию, обучать беременных, которые должны регулярно проводить самоконтроль глюкозы в крови, а также проводить частые (1 раз в 1-2 недели) акушерские осмотры. Важны также исследования мочи на бактериальную культуру и определение в ней концентрации альбумина.

Параметры метаболизма, к которым надо стремиться. Суточные значения глюкозы крови должны быть максимально приближены к таковым у здоровой беременной. Важно не допускать гипогликемий.

Глюкоза натощак 5,6 ммольл.

Глюкоза крови после еды 8, 0 ммольл.

На А1с, фруктозамин в промежутке между средними значениями и верхней границей нормы.

Б. Методы лечения.

Придерживаться режима множественных инъекций инсулина с учетом метаболической нестабильности в ранний период беременности и непрерывно возрастающую потребность в инсулине по окончании первого триместра. Питание должно быть адекватным, обеспечивающим потребности, как матери, так и плода. Облегчают контроль за уровнем глюкозы в крови частые, небольшие по объему приемы пищи (диета с низким содержанием жира, 6-8 приемов пищи в сутки).

В. Акушерское наблюдение.

Беременные посещают клинику до 34 недель беременности каждые 2 недели, а затем – ежеквартально. УЗИ проводится, по крайней мере, 3 раза на протяжении беременности: 1) в ранний период беременности: распознавание ранней задержки роста и наследственных аномалий. 2) 28-29 недель: измерение размеров плода (в плане распознавания макросомии), диагностика гидрамниона и наследственных аномалий. 3) 36-37 недель: подтверждение наличие макросомии и диагностика гидрамниона.

Кардиотонография: на 34 недели – еженедельно, в родах – непрерывно.

Запись сердцебиений плода может дать информацию о патологическом его состоянии на очень ранних стадиях.

Наблюдение офтальмолога.

Регулярное исследование глазного дна проводится: 1) в период подготовки к беременности; 2) после подтверждения наличия беременности; 3) в конце первого триместра, на 20-24 и 30-34 неделе или более часто, если в этом есть необходимость). По показаниям производится лазерфотокоагуляция.