

Министерство образования и науки Республики Саха (Якутия)

ГБПОУ РС(Я) «Якутский медицинский колледж»

Допущена к защите

Зам.директора по УР

Иванова М.Н.

КОЛОСОВА ЕКАТЕРИНА ВЯЧЕСЛАВОВНА

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Выпускная квалификационная работа

по специальности 31.02.02 - Акушерское дело

Студент отделения «Акушерское дело»

Гр. Ад 32

Колосова Е.В.

Руководитель – преподаватель

Герасимова К.Г.

Якутск, 2018

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ	5
1.1 Этиология, классификация и особенности сахарного диабета у беременных	5
1.2 Роль акушерки в ведение беременной с сахарным диабетом.....	12
ГЛАВА II. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ.....	16
2.1 Анализ статистических данных за 2015 – I пол 2018 год.	16
2.2 Изучение анкетных данных. Исследование взаимосвязи развития осложнений от уровня самоконтроля у беременных женщин.	20
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	25
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ	27
ПРИЛОЖЕНИЕ	

ВВЕДЕНИЕ

Международная Федерация Диабета опубликовала данные, показавшие, что во всем мире диабетом больны уже 382 миллионов человек. Последние данные указывают на то, что основную тяжесть эпидемии несут на себе люди в странах с низким и средним уровнем дохода, и что эта болезнь затрагивает гораздо больше людей трудоспособного возраста, чем считалось ранее. По доступным данным от 1985 года, тогда диабетом во всем мире страдали 30 миллионов человек. Спустя 15 лет это число превысило 150 миллионов. Сегодня же, еще через 15 лет, число заболевших диабетом приближается к 400 миллионам, половина из которых в возрасте между 20 и 60 годами.

В наше время видится закономерность к увеличению числа беременных больных сахарным диабетом. Из 100 беременных у 2-3 имеются нарушения углеводного обмена. При нарушении механизмов компенсации углеводного обмена во время беременности у 12% женщин в мире возможно развитие гестационного сахарного диабета. Этот тип сахарного диабета встречается у 50-90 % беременных с эндокринной патологией, а у 25-50 % женщин с гестационным сахарным диабетом со временем развивается истинный сахарный диабет II типа.

По определению Всемирной Организации Здравоохранения, сахарный диабет – это группа метаболических заболеваний, характеризующихся повышенным содержанием глюкозы в крови (гипергликемией), которая является результатом дефектов секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов. Иначе говоря, эти заболевания возникают в тех случаях, когда инсулина вырабатывается недостаточно или его эффект снижен. Может быть абсолютная или относительная инсулиновая недостаточность. Под абсолютной инсулиновой недостаточностью подразумевается сниженная секреция инсулина. Относительная характеризуется потерей разной степени чувствительности инсулинзависимых тканей к биологическому действию инсулина.

Во время беременности усугубляются метаболические изменения за счет повышения образования гормона роста, плацентарного лактогена, глюкагона, гормонов надпочечников и щитовидной железы. Обменные нарушения оказывают существенное влияние на развитие плода и течение беременности.

Актуальность: Сахарный диабет находится во внимании акушеров, эндокринологов и неонатологов, так как эта патология связана с большим числом акушерских осложнений, высокой перинатальной заболеваемостью и смертностью, и неблагоприятными последствиями для здоровья матери и ребенка.

Цель исследования:

Изучение особенностей течения беременности у женщин больных сахарным диабетом.

Задачи:

- Изучить теоретические аспекты сахарного диабета у беременных женщин
- Проанализировать статистические данные и истории болезни
- Провести анкетирование беременных женщин с сахарным диабетом и составить памятку на базе ПЦ ГАУ РС(Я) «РБ№1 – НЦМ»

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

1.1 Этиология, классификация и особенности сахарного диабета у беременных

Инсулин оказывает влияние на все виды обмена веществ. Инсулин – это анаболический гормон, способствующий утилизации глюкозы и биосинтезу гликогена, липидов, белков. При недостатке инсулина нарушается утилизация глюкозы, увеличивается глюконеогенез, результатом чего является гипергликемия – основной признак сахарного диабета. При физиологической беременности углеводный обмен изменяется в соответствии с большими потребностями плода в энергоматериале, главным образом в глюкозе. Нормальная беременность характеризуется понижением толерантности к глюкозе, снижением чувствительности к инсулину, усиленным распадом инсулина и увеличением свободных жирных кислот. Изменения углеводного обмена связаны с влиянием плацентарных гормонов: плацентарного лактогена, эстрогенов, прогестерона, а также кортикостероидов. Благодаря липолитическому действию плацентарного лактогена в организме беременной повышается уровень свободных жирных кислот, которые используются для удовлетворения энергетических затрат матери, что тем самым сохраняет глюкозу для питания плода, для которого она является основным источником энергии. По своему характеру указанные изменения углеводного обмена расцениваются как сходные с изменениями при сахарном диабете, поэтому беременность рассматривается как диабетогенный фактор. Диабетогенные свойства беременности способствуют развитию у женщин преходящего нарушения толерантности к глюкозе – диабета беременных.

Различают диабет явный (клинически выраженный) и латентный (нарушение толерантности к глюкозе).

Факторы риска и причины развития сахарного диабета:

- Наследственность (60-80%)

- Вирусные инфекции (краснуха, ветрянка, эпидемический паротит, вирус Коксаки, вирусный гепатит)
- Недостаток грудного вскармливания
- Раннее кормление ребенка коровьим молоком (коровье молоко содержит вещество «аббос», которое способствует образованию антител, разрушающих β -клетки поджелудочной железы)
- Один из однояйцовых близнецов – диабетик
- Ожирение
- Гипертоническая болезнь
- Атеросклероз
- Эмоциональные стрессы
- Этнический фактор
- Женщины, которые в период беременности имели увеличение массы тела больше, чем при нормально протекающей беременности
- Женщины, у которых во время беременности отмечались нарушения углеводного обмена (положительный тест на толерантность к глюкозе, патологическое повышение глюкозы после еды, увеличение сахара натощак) – у 20% таких женщин в течение 5-10 лет развивается сахарный диабет.
- Матери, дети которых при рождении имели вес более 4500 гр
- Матери, дети которых имели врожденный порок развития
- Женщины, имеющие в анамнезе самопроизвольные аборт или мертворождение.

Виды сахарного диабета:

Выделяют три типа сахарного диабета: 1й тип (инсулинозависимый – ИЗСД), 2й тип (инсулиннезависимый – ИНСД) и 3й тип – гестационный сахарный диабет (диабет беременных).

1 тип диабета – аутоиммунное заболевание, при котором происходит разрушение β -клеток поджелудочной железы. Он развивается у детей и подростков, характеризуется абсолютной инсулиновой недостаточностью.

2 тип диабета возникает у людей старше 40 лет, чаще на фоне ожирения. Этот тип диабета составляет 85-90% от всех типов сахарного диабета. Ему свойственна относительная инсулиновая недостаточность: снижена чувствительность тканей к эндогенному инсулину.

3 тип диабета – диабет беременных – это транзиторное нарушение толерантности к глюкозе, выявляемое во время беременности, после 28 недели. Гестационный диабет чаще всего развивается у тучных женщин, при наличии диабета у родственников или при отягощённом акушерском анамнезе. Здесь будет иметь место относительная инсулиновая недостаточность.

Классификация диабета у беременных:

1. Диабет, существовавший у женщины до беременности (прегестационный диабет) — сахарный диабет 1 типа, сахарный диабет 2 типа
2. Гестационный сахарный диабет.

Классификация прегестационного диабета:

Различают следующие формы прегестационного диабета:

- сахарный диабет лёгкой формы — сахарный диабет 2 типа на диетотерапии без микрососудистых и макрососудистых осложнений;
- сахарный диабет средней тяжести — сахарный диабет 1 и 2 типа на сахароснижающей терапии без осложнений или при наличии начальных стадий осложнений:
 - диабетическая ретинопатия, непролиферативная стадия;
 - диабетическая нефропатия на стадии микроальбуминурии;
 - диабетическая полинейропатия.
- сахарный диабет тяжёлой формы — лабильное течение сахарного диабета. Частые гипогликемии или кетоацидотические состояния;

- сахарный диабет 1 и 2 типа с тяжёлыми сосудистыми осложнениями:
 - диабетическая ретинопатия, препролиферативная или пролиферативная стадия;
 - диабетическая нефропатия, стадия протеинурии или хронической почечной недостаточности;
 - синдром диабетической стопы;
 - автономная полинейропатия;
 - постинфарктный кардиосклероз;
 - сердечная недостаточность;
 - состояние после инсульта или инфаркта, преходящего нарушения мозгового кровообращения;
 - окклюзионное поражение сосудов нижних конечностей.

Классификация гестационного сахарного диабета.

В зависимости от применяемого метода лечения:

- компенсируемый диетотерапией.
- компенсируемый с помощью диеты и инсулинотерапии.

По степени компенсации заболевания:

- компенсация;
- декомпенсация.

Компенсируемый сахарный диабет - состояние патологического процесса, когда при помощи различных лечебных действий все контролируемые показатели максимально приближены к нормальным и вероятность осложнений минимальна.

Декомпенсируемый сахарный диабет - состояние патологического процесса, при котором вероятность различных осложнений наиболее выражена.

Субкомпенсируемый сахарный диабет - промежуточное состояние между компенсируемым и декомпенсируемым состоянием.

Клинические проявления и диагностика сахарного диабета.

Симптомы сахарного диабета:

- потеря веса
- общая слабость
- частое и обильное мочеиспускание
- жажда (полидипсия)
- сухость во рту
- повышенный или пониженный аппетит
- зуд кожи
- нарушение сна
- Склонность к гнойничковым заболеваниям кожи: пиодермии, фурункулезу.

Симптомы сахарного диабета разных типов схожи, но различаются по степени выраженности. Симптомы у сахарного диабета 1 типа развиваются быстро, как правило в течении нескольких недель, месяцев. Больные отмечают быструю потерю веса. Симптомы 2 типа развиваются медленнее или вообще отсутствуют.

Гестационный диабет в большинстве случаев протекает бессимптомно, клинические проявления невыражены или неспецифичны. Возможна незначительная гипергликемия натощак, постпрандиальная гипергликемия, иногда происходит развитие классической клинической картины сахарного диабета с высокими цифрами гликемии, жалобами на полиурию, жажду, повышение аппетита, кожный зуд.

Различают 3 степени тяжести сахарного диабета:

- 1 степень (легкая): гипергликемия натощак $<7,7$ ммоль/л, нет признаков кетоза, нормализация уровня сахара в крови может быть достигнута с помощью одной диеты.
- 2 степень (средняя), гипергликемия натощак $<12,7$ ммоль/л, нет признаков кетоза, для нормализации уровня сахара в крови недостаточно диеты, нужно лечение инсулином.

- 3 степень (тяжелая): гипергликемия натощак $>12,7$ ммоль/л, выражены кетоацидоз, микроангиопатии, для нормализации уровня сахара в крови требуются дозы инсулина.

Во время беременности течение сахарного диабета существенно изменяется. Можно выделить 3 стадии этих изменений:

1. В I триместре беременности происходит улучшение течения болезни, уменьшается уровень глюкозы в крови, повышается чувствительность тканей к инсулину, и это может привести к развитию гипогликемии. Поэтому доза инсулина должна быть уменьшена на 1/3. Уменьшение потребности в инсулине связано с усиленной утилизацией глюкозы плодом. В этом периоде требуется строгий контроль за состоянием углеводного обмена, предупреждение гипогликемии и кетоацидоза.
2. С 13 нед. беременности наблюдается ухудшение течения болезни, усиливаются диабетические жалобы, рост гипергликемии, это может привести к кетоацидозу и прекоме. Дозу инсулина необходимо увеличить, поскольку потребность в инсулине возрастает вследствие контринсулярного влияния плацентарных гормонов (глюкагон, плацентарный лактоген, пролактин). С 32 нед. беременности и до родов возможно вновь улучшение течения диабета и появление гипогликемии. Поэтому дозу инсулина уменьшают на 20-30%. Улучшение течения диабета в этот период связывают с влиянием инсулина плода на организм матери, а также с повышенным потреблением плодом глюкозы, которая поступает через плаценту из материнской крови.
3. В родах происходят значительные колебания уровня сахара в крови; могут развиваться гипергликемия и ацидоз под влиянием эмоциональных воздействий (боли, страха) или гипогликемия как следствие проделанной физической работы, утомления женщины. После родов сахар крови быстро снижается и затем постепенно повышается. Максимум снижения уровня сахара крови и в связи с этим дозы

инсулина приходится на 2-3 день, затем дозу инсулина увеличивают, и к 7-10 дню послеродового периода она достигает той, что была до беременности.

Первая половина беременности у большинства больных сахарным диабетом протекает без особых осложнений. Исключение составляет угроза самопроизвольного выкидыша. Во второй половине беременности чаще возможны такие акушерские осложнения, как поздний гестоз, многоводие, угроза преждевременных родов, гипоксии плода, инфекции мочевыводящих путей. Течение родов осложняет наличие крупного плода, что является причиной целого ряда дальнейших осложнений в родах: слабость родовых сил, несвоевременное излитие околоплодных вод, нарастание гипоксии плода, развитие функционально-узкого таза, затрудненное рождение плечевого пояса, развитие эндометрита в родах, родовой травматизм матери и плода.

Особенности детей, рожденных от матерей, больных сахарным диабетом.

Сахарный диабет матери оказывает большое влияние на развитие плода и новорожденного. Существует ряд особенностей, отличающих детей, рожденных больными сахарным диабетом женщинами, от потомства здоровых матерей. К ним относят характерный внешний вид (круглое лунообразное лицо, чрезмерно развита подкожная жировая клетчатка), большое количество кровоизлияний на коже лица и конечностях, отечность, цианотичность. Крупная масса (более 4500 гр), значительная частота пороков развития, функциональная незрелость органов и систем. Наиболее тяжелым проявлением диабетической фетопатии является высокая перинатальная смертность детей. Период новорожденности у потомства больных сахарным диабетом отличает замедление и неполноценность процессов адаптации к условиям внеутробного существования, что проявляется вялостью, гипотонией и гипорефлексией ребенка, неустойчивостью показателей его гемодинамики, замедленным восстановлением веса, повышенной

склонностью к тяжелым респираторным расстройствам. Одним из главных условий ведения беременных, страдающих сахарным диабетом, является компенсация сахарного диабета.

1.2 Роль акушерки в ведение беременной с сахарным диабетом

Беременность женщины больной сахарным диабетом должна отслеживаться особенно тщательно. Обязательным является совместное ведение беременной акушером-гинекологом и эндокринологом. Обследованию беременных должны быть привлечены: терапевт, окулист, нефролог, дерматолог, стоматолог, невропатолог. В первой половине беременности рекомендуется пациенткам посещать акушера-гинеколога и эндокринолога два раза в месяц, во второй половине – еженедельно.

Основные задачи женской консультации:

1. Все женщины детородного возраста, больные сахарным диабетом или имеющие риск развитие заболевания должны быть взяты на диспансерный учет.
2. Индивидуальное решение вопросов планирования беременности и ее сохранения после обсуждения со специалистами.
3. Широкое применение контрацепции при сахарном диабете. Аборт до 12 недель оказывает неблагоприятное влияние на течение сахарного диабета и усугубляет его тяжесть. Гормональные методы контрацепции противопоказаны при сахарном диабете. При отказе прерывания беременности следует женщину предупредить о генетической предрасположенности к сахарному диабету.
4. При установлении беременности срочно направить беременную в стационар и повторить госпитализацию в 20-24 недели, затем в 32-34 недели.
5. Амбулаторное наблюдение за беременной с сахарным диабетом проводится не реже 2 раз в месяц эндокринологом в первую половину беременности и еженедельно во вторую половину беременности.

6. Необходимо строго учитывать прибавку массы тела, динамику АД, следить за высотой стояния дна матки, окружностью живота в связи со склонностью развития гестоза и многоводия.
7. Учитывая большую склонность беременных с сахарным диабетом к урогенитальным инфекциям необходимо систематически брать влагалищные мазки, делать посевы на флору, отделяемого из шейки матки и влагалища. При возникновении осложнений со стороны урогенитального тракта - срочная госпитализация в стационар.
8. В 14-18 недель обязательно нужно определить альфа-фетопротеин в крови.

При планировании семьи у больных сахарным диабетом нужно учитывать:

- своевременное определение степени риска для решения вопроса о целесообразности сохранения беременности.
- планирование беременности у больных сахарным диабетом женщин.
- строгая компенсация сахарного диабета до беременности, во время беременности, в родах и в послеродовом периоде.
- профилактика и лечение осложнений беременности.
- выбор срока и метода родоразрешения.
- проведение адекватных реанимационных мероприятий и тщательное выхаживание новорожденных.
- дальнейшее наблюдение за потомством больных сахарным диабетом матерей.

Ведение больных производится в амбулаторных и в стационарных условиях. Во время беременности запланировано три госпитализации в стационар для обследования, профилактики осложнений, коррекции диеты, дозы инсулина. (Приказ №572-н от 01.11.2012. Приложение №3)

1-я госпитализация проводится на 10-11 неделе беременности.

Цели госпитализации:

1. Тщательное клиническое обследование, для решения вопроса о сохранении беременности
2. Постановка акушерского и диабетического диагноза.
3. Решение вопроса о сохранении беременности.
4. Определение оптимальной дозы инсулина.
5. Проведение курса профилактического лечения: оксигенотерапия, витаминотерапия, терапия липотропными средствами.

Вопрос о возможности беременности, ее сохранение или необходимости прерывания решают консультативно при участии врачей акушеров-гинекологов, терапевта, эндокринолога до срока 12 недель. При подозрении на скрытый сахарный диабет, а также у женщин с высоким риском сахарного диабета обследование проводят сразу после установления беременности.

2-я госпитализация проводится в 21-24 недель, когда течение сахарного диабета начинает ухудшаться и появляются осложнения беременности, что требует тщательной коррекции дозы инсулина и лечения.

3-я госпитализация проводится в срок 32-33 недель для наблюдения за плодом, выбора срока и метода родоразрешения.

Медицинские показания для прерывания беременности. (Приказ МЗ РФ от 28.12.1993 №302)

1. Сахарный диабет у обоих родителей.
2. Сахарный диабет инсулинрезистентный.
3. Сахарный диабет с микроангиопатией, ретинопатией, нефросклерозом, азотемией.
4. Наличие детей с пороками развития у больных сахарным диабетом.

Определение сроков родоразрешения зависит от развития осложнений, состояния плода и беременной, отягощенности акушерского анамнеза. При

условии неосложнённого течения беременности, сахарного диабета отсутствии признаков гипоксии плода допускаются срочные роды. Выбор метода родоразрешения также индивидуален. При ведении родов через естественные родовые пути необходимо учитывать размеры плода и таза, возможность развития слабости родовой деятельности. У женщин с длительным течением сахарного диабета часто находят поперечносуженный таз. Частота кесарево сечения доходит до 50 %.

ГЛАВА II. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

2.1 Анализ статистических данных за 2015 – 2017 год.

Перинатальный центр ГАУ РС (Я) «РБ №1-НЦМ» является учреждением родовспоможения III уровня, где максимально сконцентрированы беременные с высокой группой риска и преждевременными родами по всей РС (Я). Перинатальный центр — это высокотехнологичная современная многопрофильная клиника, которая способствует повышению доступности и качества медицинской помощи матерям и детям в Республике Саха (Якутия).

Основными задачами Перинатального центра являются:

- Оказание консультативной, лечебной, реанимационной помощи беременным, роженицам, родильницам, гинекологическим больным и новорожденным детям в рамках Программы государственной гарантии оказания населению Республики Саха (Якутия) бесплатной медицинской помощи.
- Повышение доступности и качества специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам, гинекологическим больным, новорожденным детям, семьям с наследственной патологией и супружеским парам с нарушением репродукции путем совершенствования технологий лечебно-диагностического процесса, внедрения в практику современных, эффективных методов диагностики и лечения.
- Оказание организационно-методической и консультативной помощи лечебно-профилактическим учреждениям Республики Саха (Якутия).
- Проведение ежедневного планового и экстренного мониторинга беременных по всей Республике Саха (Якутия).

Мы использовали метод математической статистики (выкопировка сведений из историй болезней беременных и родильниц с сахарным диабетом).

Мы проанализировали 26 историй болезни беременных и родильниц с

сахарным диабетом с 2015 по 2017 год. За 2015 год – 9 историй, за 2016 – 7 историй, за 2017 год – 10 историй.

1. Распределение женщин по типу сахарного диабета.

За 2015 год. I тип – 3 женщины (25%), II тип – 5 женщин (63%), ГСД – 1 женщина (12%)

За 2016 год. I тип – 2 женщины (33%), II тип – 4 женщины (50%), ГСД – 1 женщина (17%)

За 2017 год. I тип – 3 женщины (33%), II тип – 4 женщины (45%), ГСД – 3 женщины (22%)

Диаграмма 1.



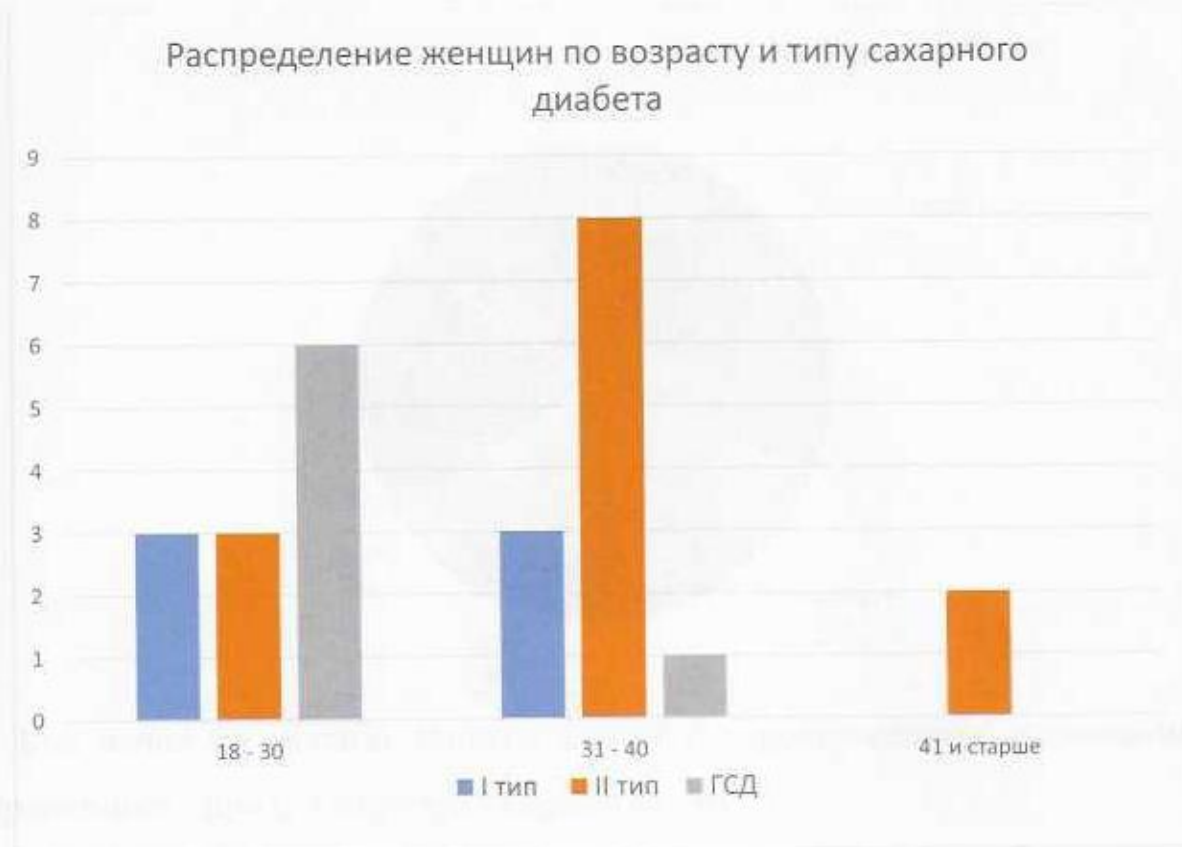
Как видно из анализа данных II тип СД наиболее распространен.

2. Распределение женщин по возрасту и типу сахарного диабета.

Беременные и родильницы в возрасте от 18 до 30 лет – 11 женщин (44%), из которых I тип у 5 женщин, II тип у 3 женщин и ГСД у 4 женщины.

Беременные и родильницы в возрасте от 31 до 40 лет – 13 женщин (49%), из которых I тип у 3 женщин, II тип у 8 женщин и ГСД у 1 женщины.

Беременные и родильницы в возрасте от 41 год и старше – 2 женщины (7%) – у обеих II тип сахарного диабета.

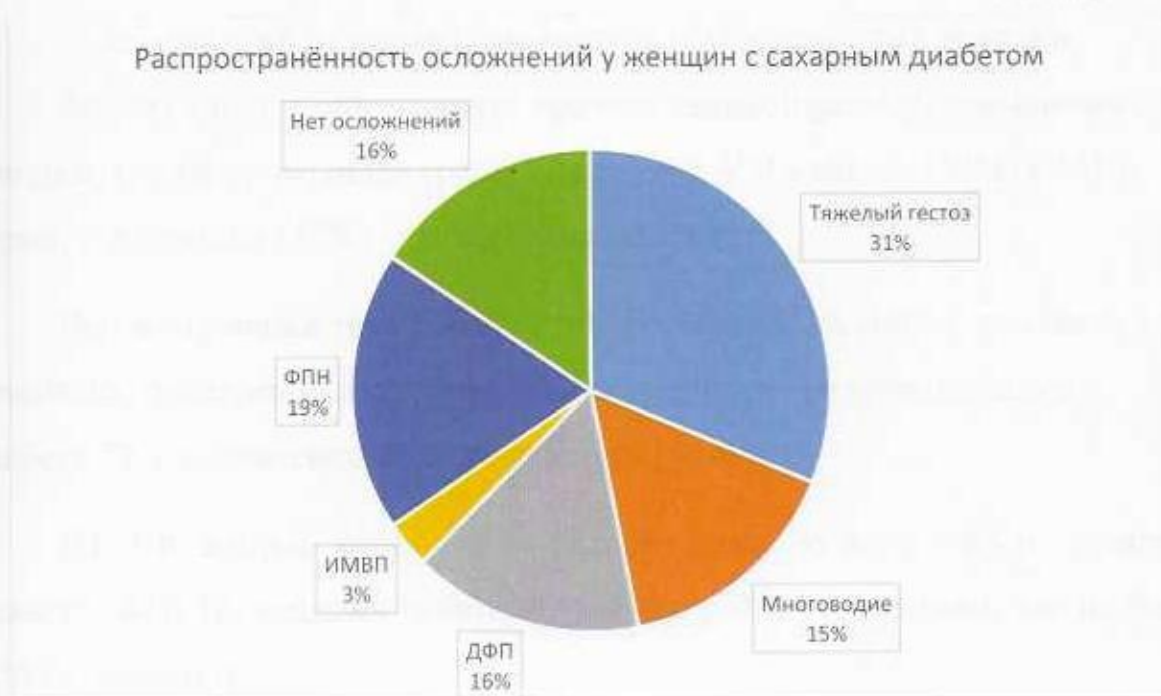


Как видно по диаграмме, женщины в возрасте 18-30 лет чаще расположены к ГСД, тогда как женщины старше 31 года чаще имеют II тип сахарного диабета.

3. Распространённость осложнений у женщин с сахарным диабетом.

Наиболее частые осложнения беременности при сахарном диабете – гестозы (60–70%), фетоплацентарная недостаточность (100%), многоводие (70%) и диабетическая фетопатия (44–83%). [1]

У 10 женщин наблюдался тяжелый гестоз, у 6 фетоплацентарная недостаточность, у 5 диабетическая фетопатия плода, у 5 многоводие, у 1 инфекция мочевыводящих путей и у 5 осложнений беременностей, связанных с сахарным диабетом, не было. (см. диаграмму 3)



Как видно из анализа данных, самым распространённым осложнением беременности при СД является тяжелый гестоз.

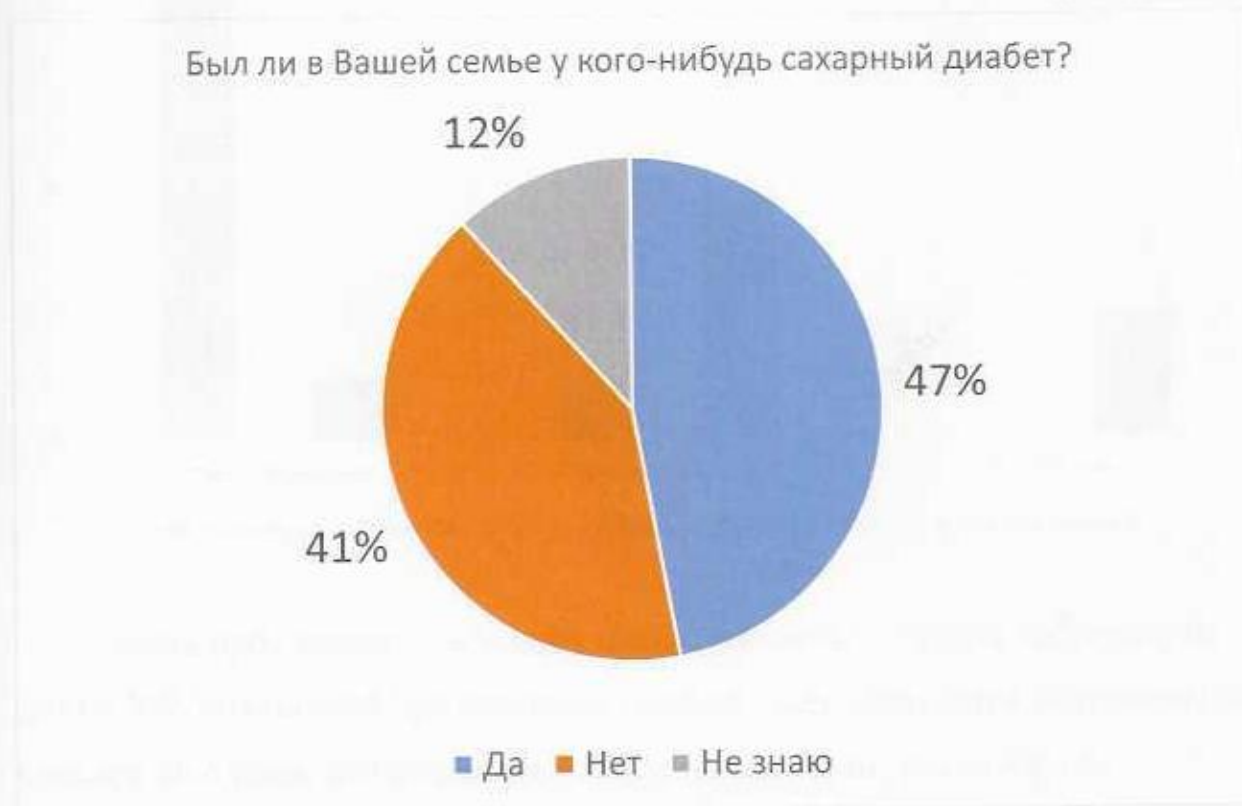
2.2 Изучение анкетных данных. Исследование взаимосвязи развития осложнений от уровня самоконтроля у беременных женщин.

Анализ анкет помог выявить уровень самоконтроля у беременных женщин. Опрос проводился среди 17 женщин. У 9 женщин (53%) ИМТ в норме, у 8 женщин (47%) – избыточная масса тела.

Чем выше масса тела у пациентов с сахарным диабетом, тем чаще у них возникают обострения и осложнения беременности на фоне сахарного диабета. Эту взаимосвязь отмечают многие ученые.

На 1-й вопрос «Был ли в Вашей семье у кого-нибудь сахарный диабет?» 47% (8) женщин ответили, что был, 41% (7) женщин, что не был и 12% (2) не знают.

Диаграмма 4.

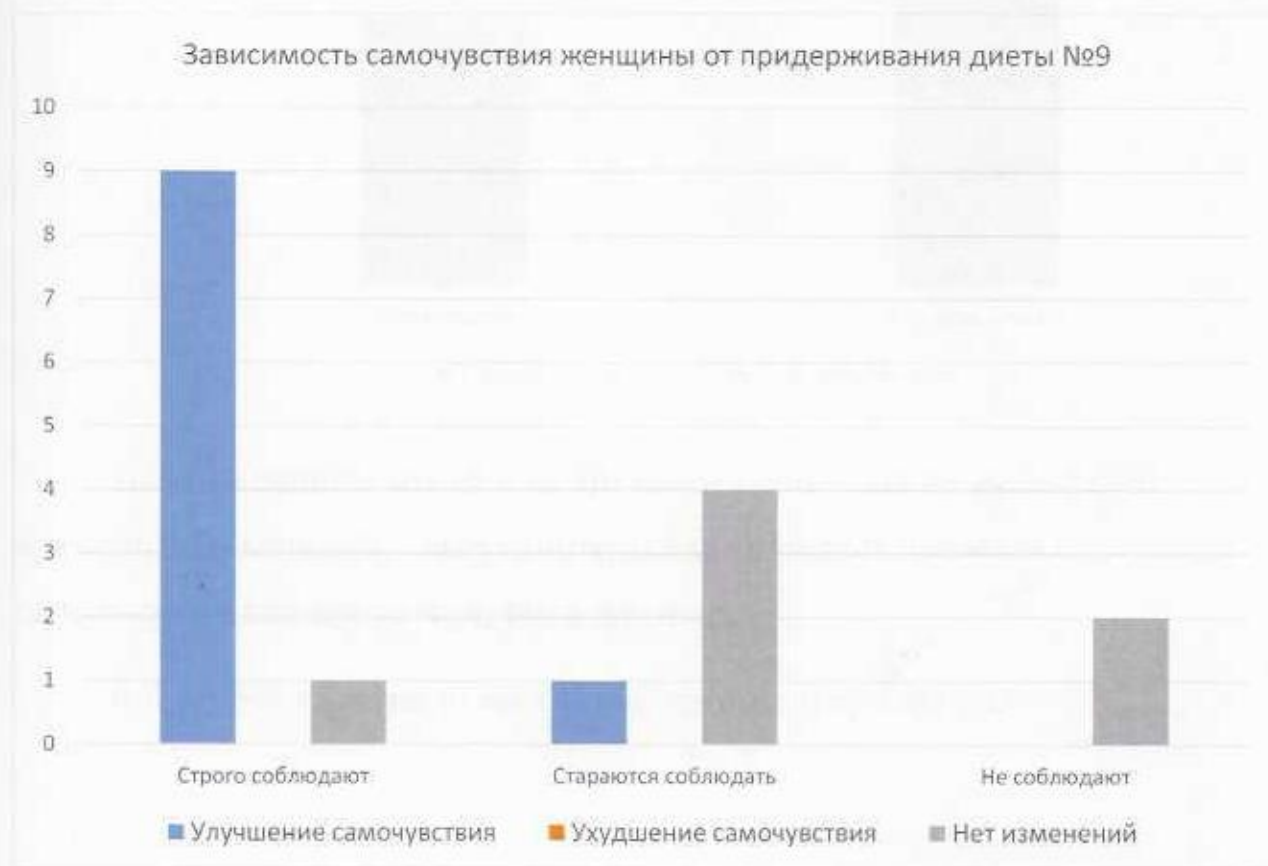


У большинства опрошенных в анамнезе имеется наследственность по сахарному диабету. Риск развития сахарного диабета или осложнение гестации ГСД возрастает от 2 до 6 раз при наличии сахарного диабета у родителей или близких родственников. [9]

На 2-й и 3-й вопрос о соблюдении диеты №9 и состояние самочувствия от неё женщины ответили следующее:

59% (10) строго придерживаются диеты №9, 29% (5) стараются соблюдать диету и 12% (2) не соблюдают диету. Из тех, кто диеты придерживается - 74% (10) отмечают улучшение самочувствия, 26% (7) - не замечают разницы и ни у кого самочувствие не ухудшилось.

Диаграмма 5.

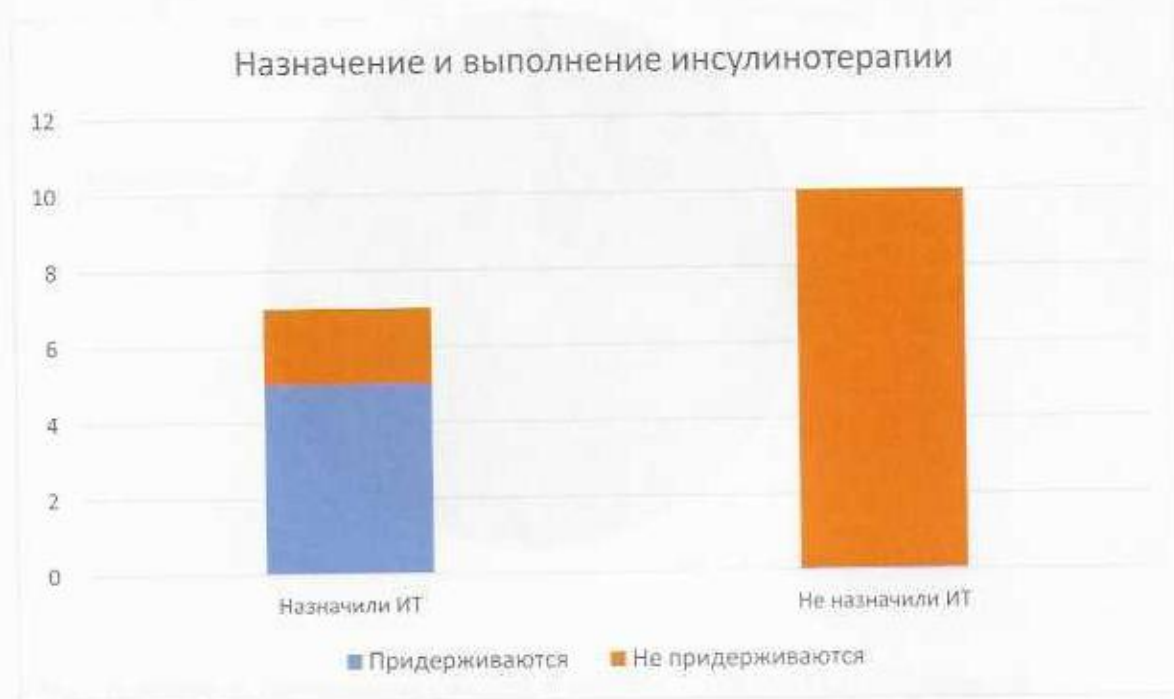


Здесь прослеживается четкая закономерность – строгое соблюдение диеты №9, показанной при сахарном диабете, даёт улучшение состояния, по сравнению с теми, кто старается соблюдать или теми, кто совсем не соблюдает диету.

4-й и 5-й вопрос анкеты касается инсулинотерапии. «Назначали ли Вам инсулинотерапию?» и «Если да, то принимаете ли Вы её?»

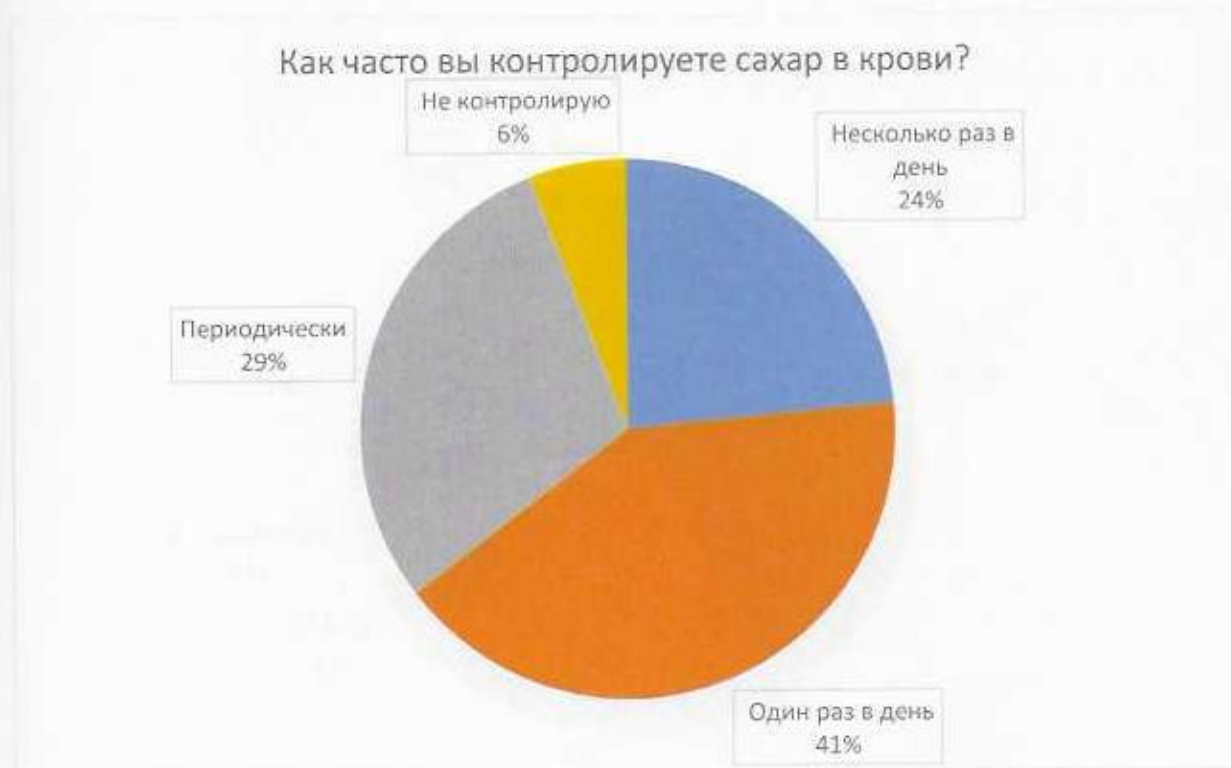
41% (7) женщин инсулинотерапию назначили. Из них лишь 28% (5) соблюдают назначенное лечение.

Диаграмма 6.



По этим данным мы видим, что имеет место быть не выполнение врачебных назначений – инсулинотерапии, что может привести к осложнениям как для матери, так и для плода.

6-й вопрос «Как часто вы контролируете сахар в крови?»



При диабете содержание сахара в крови должно быть близко к нормальным показателям. Выявлено, что регулярный контроль уровня сахара в крови снижает частоту развития обострений и осложнений.

Последний, 7-й вопрос «Есть ли у Вас следующие осложнения беременности - гестоз, многоводие, инфекции мочевыводящих путей, крупный плод, фетоплацентарная недостаточность?»

41% (9) женщин выбрали гестоз, 23% (5) - Фетоплацентарную недостаточность, диабетическую фетопатию плода – 9% (2), 5% (1) многоводие, ИМВП – 4% (1) и 18% (4) не отметили осложнений.



Самыми частыми осложнениями беременности стали гестозы и фетоплацентраная недостаточность.

Из 18%, кто отметил отсутствие осложнений – все 100% строго придерживаются диеты №9 и 100% отметили улучшение своего самочувствия. Из чего можно сделать вывод, что правильное питание, назначенное врачом, даёт качественные изменения в самочувствие женщины и снижает риск возникновения осложнений у женщины или плода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При изучении теоретических аспектов течения беременности при СД было узнано, что в организме женщины повышается потребность в инсулине и требуется соблюдение специальной диеты. На фоне СД могут развиваться характерные осложнения гестации, как – гестозы, ФПН, ДФП, ИМВП, многоводие.

Анализ статистических данных по историям болезни за последние 3 года показал, что с 18 до 30 лет у женщин преобладает ГСД, а после 31 года – 2 тип СД. Самые частые осложнения гестации характерные для СД – тяжелый гестоз и фетоплацентарная недостаточность. В 64% случаях эти осложнения обнаруживались вместе.

При исследовании взаимосвязи развития осложнений от уровня самоконтроля у беременных женщин было выявлено, что из 18% женщин, с отсутствием осложнений, характерных для СД все 100% соблюдали диету №9, инсулинотерапию и наблюдали улучшение своего состояния. Что указывает на эффективность существующих рекомендаций. Знание теоретических основ сахарного диабета у беременных женщин поможет акушерке оказать соответствующую медицинскую помощь.

Цель моей работы достигнута – особенности течения беременности при сахарном диабете мной усвоены.

Памятка беременным женщинам с сахарным диабетом.

1. Строгое соблюдение диеты №9:

- Из питания полностью исключить легкоусвояемые углеводы
- Любые сахарозаменители запрещены для беременных и кормящих грудью!
- Питание должно быть равномерно распределено на 4 – 6 приемов пищи в течение дня. перерывы между едой не должны быть более 3-4 часов.

2. **Физические нагрузки.** Если нет противопоказаний, то полезны умеренные физические нагрузки не менее 30 минут ежедневно, например, ходьба, плавание в бассейне.

3. **Введение дневника самоконтроля.** Записывать туда – сахар в крови, все приемы пищи, АД, вес

4. **Выполнять назначенную инсулинотерапию.** Если Вам её назначили, Вы должны знать, что привыкания к инсулину не развивается, и после родов в подавляющем большинстве случаев инсулин отменяется. Инсулин не приносит вреда и существенно снижает риск развития осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ

Нормативно-правовые акты:

1. Приказ Минздрава РФ от 28.12.1993 N 302 "Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности" (вместе с "Инструкцией о порядке разрешения операции искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям")
2. Приказ Минздрава РФ от 01.11.2012 N 572н (ред. от 17.01.2014) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)" – С. 83 - 85

Использованная литература:

1. Айламазян, Э.К. Акушерство: Национальное руководство/Э.К. Айламазян, В.И. Кулаков, В.Е. Радзинского и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013 – 1200 с.
2. Дедов, И.И. Эндокринология: учебник /И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, В.В. Фадеев – М.: Литтерра, 2015 – 416 с.
3. Дедов, И.И. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / И.И. Дедов, М.В. Шестакова – М.: Медиа Сфера, 2014 – 112 с.
4. Дуда, В.И. Акушерство: учебник / В.И. Дуда – Минск: РИПО, 2013 – 576 с.
5. Скворцов, В.В. Клиническая эндокринология. Краткий курс / В.В. Скворцов, А.В. Тумаренко – СПб.: СпецЛит, 2015 – 103 с.
6. Старкова, Н.Т. Руководство по клинической эндокринологии / Старкова Н.Т. – СПб.: Питер 2013, - 554 с.
7. Фадеев, П.А. Сахарный диабет / П.А. Фадеев – М.: Оникс – 2013 – 208 с.
8. Федюкович, Н.И. Внутренние болезни: учебник. Изд. 2-е / Н.И. Федюкович – Ростов-на-дону: Феникс – 2017 – 505 с.

9. Шехтман, М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. Издание третье / М.М. Шехтман – М.: Триада, 2013 – 816 с.

Электронные ресурсы:

1. <http://www.medsecret.net/akusherstvo/endokrinnaja-patologija-pri-beremennosti/306-saharnyj-diabet-pri-beremennosti>
2. <https://shkoladiabeta.ru/>
3. <http://medportal.ru/>
4. <https://lookmedbook.ru/disease/diabet-saharnyy>

Анкета

Выявление развития осложнений от уровня самоконтроля у беременных с сахарным диабетом в ПЦ ГАУ РС (Я)

«РБ №1 – НЦМ»

В целях исследования зависимости развития осложнений от уровня самоконтроля просим ответить на предлагаемые вопросы, отметив соответствующий ответ любым знаком.

Ваш возраст _____

Вес(до беременности) _____

Рост _____

Тип сахарного диабета _____

1. Был ли в Вашей семье у кого-нибудь сахарный диабет?

- a) Да
- b) Нет
- c) Не знаю

2. Придерживаетесь ли Вы диеты №9?

- a) Строго
- b) Не строго
- c) Не соблюдаю диету

3. Если Вы соблюдаете диету №9, то изменилось ли Ваше состояние?

- a) Улучшение самочувствия
- b) Ухудшение самочувствия
- c) Нет изменений

4. Назначал ли врач Вам инсулинотерапию?

- a) Да
- b) Нет

5. Если да, проводите ли Вы инсулинотерапию?

- a) Да
- b) Нет

6. Как часто вы контролируете уровень сахар в крови?

- a) Несколько раз в день
- b) Один раз в день
- c) Периодически
- d) Не контролирую

7. Есть ли у Вас следующие осложнения беременности - гестоз, многоводие, инфекции мочевыводящих путей, крупный плод, фетоплацентарная недостаточность?

- a) Да (Какое? _____)
- b) Нет

Спасибо за участие в анкетировании!

Диета №9.

Химический состав	Калорийность
углеводы	300 - 350 г (в основном полисахариды)
белки	90 - 100 г (55 % животные)
жиры	75 - 80 г (30 % растительные)
калории	1500-2300 ккал
натрия хлорид	12 г
свободная жидкость	1,5 л

Разрешается	Исключается
Супы	
Из разных овощей, щи, борщ, свекольник, окрошка мясная и овощная; слабые нежирные мясные, рыбные и грибные бульоны с овощами, разрешенной крупой, картофелем, фрикадельками.	крепкие, жирные бульоны, молочные с манной крупой, рисом, лапшой
Хлеб и мучные изделия	
Ржаной, белково-отрубной, белково-пшеничный, пшеничный из муки 2-го сорта хлеб, в среднем 300 г в день. Несдобные мучные изделия за счет уменьшения количества хлеба.	изделия из сдобного и слоеного теста
Мясо и птица	
Нежирные говядина, телятина, обрезная и мясная, свинина, баранина, кролик, куры, индейки в отварном, тушеном и жареном после отваривания виде, рубленые и куском.	жирные сорта, утку, гуся, копчености, большинство колбас, консервы
Молочные продукты	

Приложение 2. (продолжение)

Молоко и кисломолочные напитки, творог полужирный и нежирный и блюда из него.	соленые сыры, сладкие творожные сырки, сливки
Овощи	
Картофель, морковь, свекла, зеленый горошек, капуста, кабачки, тыква, салат, огурцы, томаты, баклажаны.	соленые и маринованные
Фрукты, сладкие блюда, сладости	
Свежие фрукты и ягоды кисло-сладких сортов в любом виде. Желе, самбуки, муссы, компоты, конфеты на ксилите, сорбите или сахарине.	виноград, изюм, бананы, инжир, финики, сахар, варенье.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

НЦМ – Национальный центр медицины

ПЦ – Перинатальный центр

СД – Сахарный диабет

ГСД – Гестационный сахарный диабет

ФПН – Фетоплацентарная недостаточность

ДФП – Диабетическая фетопатия плода

ИТ – Инсулинотерапия

ИМВП – Инфекция мочевыводящих путей

Приказ Минздрава России от 01.11.2012 N 572н (ред. от 17.01.2014) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)" – Страницы 83 – 85

Нозологическая форма (код по МКБ - X)	Объем обследования и лечения на амбулаторном этапе		Показания для госпитализации (код по МКБ - X)	Объем обследования и лечения на стационарном этапе		
	Диагностические мероприятия, консультации смежных врачей специалистов	Лечебные мероприятия		Диагностические мероприятия, консультации смежных специалистов	Лечебные мероприятия до родов	Лечебные мероприятия при родах и в послеродовый период
Сахарный диабет при беременности O24.0 Существовавший ранее сахарный диабет инсулинзависимый O24.1 Существовавший ранее сахарный диабет инсулиннезависимый O24.2 Существовавший	1. УЗИ контроль за динамикой развития плода и его жизнеспособность ю. 2. В III триместре УЗИ + доплерометрия в 25 недель и 30 недель и КТГ плода в динамике. 3. УЗИ для определения объема	1. Диета (стол № 9). 2. Медикаментозное лечение под контролем врача-эндокринолога и врача-терапевта.	1. При первой госпитализации до 10-12 недель - для решения вопроса о целесообразности пролонгирования беременности до 10-11 недель - уточнения диагноза, подбора терапии, компенсации диабета -	1. См. рубрику "Базовый спектр обследования беременных женщин" (в стационарных условиях). 2. Дополнительно: а) УЗИ контроль динамики развития плода и его жизнеспособности и. б)	1. Диетотерапия. 2. Медикаментозное лечение - под контролем врача-эндокринолога и врача-терапевта. 1) При сахарном диабете, существовавшем ранее, и по показаниям при гестационном сахарном диабете проводится	Досрочное родоразрешение при декомпенсации и сахарного диабета независимо от срока беременности и неэффективности медикаментозного лечения.

<p>ранее сахарный диабет, связанный с недостаточностью питания O24.3 Существовавший ранее сахарный диабет неуточненный O24.4 Сахарный диабет, возникший во время беременности O24.9 Сахарный диабет при беременности неуточненный</p>	<p>околоплодных вод. 4. Клинический анализ крови, мочи. 5. Гемостазио-грамма. 6. Гликемический профиль. 7. Гликированный гемоглобин 1 раз в триместр. 8. Самоконтроль гликемии натощак, перед основными приемами пищи и через 1 час после них. 9. Контроль кетонов в моче (крови) ежедневно натощак. 10. При отсутствии протеннурии - контроль суточной микроальбуминурии 1 раз в триместр. 11. Проба Реберга при первой явке и по показаниям. 12.</p>	<p>прерывания беременности. 2. Вторая госпитализация в 21-24 недели для компенсации углеводного обмена. 3. В сроке 32 недели для дальнейшего мониторинга течения беременности и сахарного диабета. 4. Декомпенсация сахарного диабета при любом сроке беременности. 5. Ухудшение состояния плода. 6. Присоединение пре-эклампсии 7. Угроза прерывания беременности. 8. В 36-37 недель для решения вопроса о</p>	<p>Клинический спектр в процессе наблюдения. в) ЭКГ при каждой госпитализации. г) При отсутствии протеннурии - контроль суточной микроальбуминурии 1 раз в триместр. д) Консультации смежных врачей-специалистов: 1) врача-офтальмолога, 2) врача-невролога (для оценки степени тяжести диабетической нейропатии), 3) врача-эндокринолога (врача-терапевта) По назначению врача-эндокринолога (врача-</p>	<p>интенсифицирована инсулино-терапией многократными инъекциями инсулина или постоянная подкожная инфузия инсулина при помощи инсулиновой помпы в базисно-болюсном режиме. 2) Применяются препараты инсулина средней продолжительности действия и ультракороткого действия. 3) При сахарном диабете при неэффективности диетотерапии, проводимой в течение недели (глюкоза капиллярной плазмы по дневнику самоконтроля: натощак и перед основными приемами пищи более 5,1 ммоль/л и (или) через</p>	<p>присоединены и преэклампсии и других осложнений течения беременности, ухудшения состояния плода и новорожденно го, обусловленно го другими состояниями матери.</p>
---	--	---	---	---	---

	<p>Суточная протеинурия и глюкозурия по назначению врача-эндокринолога. 13. Бактериологический посев мочи в 16 недель и по показаниям. 14. Консультация врачей-специалистов: а) врача-эндокринолога (врача-терапевта); б) врача-офтальмолога 3 раза за беременность; в) врача-невролога. 15. Ведение дневника самоконтроля. 16. ЭКГ в каждом триместре.</p>	<p>родоразрешении.</p>	<p>терапевта): 1) гликемический профиль в динамике, 2) трехсуточное мониторирование глюкозы (CGMS) или мониторование гликемии в оп-line режиме, 3) пикированный гемоглобин 1 раз в триместр; 4) креатинин сыворотки (проба Реберга) при сахарном диабете 1 типа при каждой госпитализации для оценки возможности пролонгирования беременности по скорости клубочковой фильтрации; 5) контроль ТТГ в каждом</p>	<p>1 час после основных приемов пищи более 7,5 ммоль/л), показана инсулинотерапия. Режим инсулинотерапии в зависимости от показателей гликемии (только препараты инсулина средней продолжительности действия или только препараты инсулина ультракороткого действия или интенсифицированная базисно-болюсная инсулинотерапия). 4) Инсулинотерапия также показана при нарастании признаков диабетической фетопатии по данным УЗИ. 5) По показаниям назначаются препараты для лечения гипотиреоза, артериальной гипертензии. У</p>	<p>1 час после основных приемов пищи более 7,5 ммоль/л), показана инсулинотерапия. Режим инсулинотерапии в зависимости от показателей гликемии (только препараты инсулина средней продолжительности действия или только препараты инсулина ультракороткого действия или интенсифицированная базисно-болюсная инсулинотерапия). 4) Инсулинотерапия также показана при нарастании признаков диабетической фетопатии по данным УЗИ. 5) По показаниям назначаются препараты для лечения гипотиреоза, артериальной гипертензии. У</p>
--	---	------------------------	--	--	--

				<p>пациенток с сахарным диабетом 1 типа потребность в инсулине в I триместре снижается, во II и III триместрах увеличивается, в послеродовом периоде необходима коррекция дозы. Пероральные противодиабетические препараты при беременности не показаны. Подготовка к родоразрешению.</p>
			<p>триместре, по показаниям чаще (сахарный диабет I типа часто сочетается аутоиммунным тиреоидитом, гипотиреозом)</p>	