

Ханты-Мансийский государственный медицинский институт
Кафедра акушерства и гинекологии

Лекция:

ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

*Докладчик: Зав.кафедрой акушерства и
гинекологии, доцент Соловьева А.В.*

Сахарный диабет

– болезнь века.

Число болеющих СД удваивается каждые 15 лет

- В доинсулиновую эпоху у женщин с СД наблюдалась атрофия полового аппарата и редко наблюдалась беременность и чаще всего это приводило к материнской и перинатальной смертности.
- В настоящее время перинатальная смертность и заболеваемость у плодов и детей от матерей больных СД также высокая.

Течение сахарного диабета

– *волнообразное.*

В I триместре беременности уровень сахара может снижаться и наблюдается гипогликемия.

Во II триместре – с 20 до 32 недель наблюдается ухудшение, т.е. прогрессирование сахарного диабета

- в моче – глюкозурия;
- в крови - кетоацидоз.

- В связи с тем, что в передней доле гипофиза и плаценте повышается уровень АКТГ, он стимулирует деятельность коры надпочечников с увеличением продукции кортизола, который в свою очередь стимулирует превращение гликогена печени в глюкозу – наблюдается гипергликемия.

- **Повышение уровня СТГ в передней доле гипофиза и плацентарного лактогена в плаценте (контринсулярные гормоны) – стимулируют деятельность α - клеток поджелудочной железы – повышается выработка антагониста инсулина – глюкагона – гипергликемия с 12-28 недель.**



В III триместре – после 32 недель уровень гликемии снижается. Связано это с тем, что начинает работать поджелудочная железа плода. Инсулин не проходит через плаценту, но плод берет больше количество глюкозы на себя.

Период родов – наименее прогнозируемый.

- **Гипергликемия** – болевые ощущения (увел. адреналина – увел. глюкозы) – опасность комы
- **Гипогликемия** – увеличение мышечной работы – утомление, нарушение режима питания
- Поэтому – уровень сахара в крови во время родов через час - терапевт изменяет свою терапию

Послеродовый период –
уровень сахара
падает.

Особенно резко после
операции кесарево
сечение – резко
падает потребность в
инсулине.



Патогенез:

Рождение последа (плаценты) –
снижается уровень
плацентарного лактогена (ПЛ)
– изменение
общегормонального баланса

При лактации усиленный
переход углеводов в жиры.



Патогенез:

Исходный уровень сахара
восстанавливается к концу первой
недели послеродового периода.

Течение беременности:

- 1 триместр – рвота, сопровождается ацидозом
- 2 триместр – специфическое осложнение – многоводие (гидроамнион) – повышение концентрации глюкозы в околоплодных водах.
 - Поздний гестоз – в 50% случаев – быстро прогрессирующий гестоз, сопровождающийся изменениями на глазном дне
 - Недонашивание беременности
 - Гестационный пиелонефрит
- 3 триместр – усугубляется тяжесть осложнений – прогрессирует гипоксия плода.

Осложнения в родах:

- несвоевременное излитие околоплодных вод – выпадение петель пуповины
- слабость родовой деятельности обычно вторичная т.к. перерастяжение матки и крупный плод
- гипоксия плода в родах прогрессирует клинически узкий таз

Осложнения в родах:

- затруднение при рождении плечевого пояса – дистоция плечиков – объем головки меньше объема плечиков, высокий травматизм матери и плода – кефалогематомы

пороки – СД – наследственное генетически обусловленное заболевание

Послеродовой период.

- Гипогалактия
- Склонность к послеродовой инфекции

Влияние на плод и новорожденного :

- Диабетическая фетопатия
- Высокая перинатальная смертность
- Увеличивается количество пороков развития (пороки почек, костной системы)

- Макросомия – крупный и гигантский плод, в сроке беременности 36 недель около 4 кг, вес увеличивается за счет не отеков, а жировой ткани.
- Характерен и внешний вид новорожденных: кушингоидный синдром каудальной регрессии: обильное оволосение, короткая шея, заплывшие глазки, цианоз.

- При тяжелом СД – гипотрофия плода. Характерно: незрелость органов и систем ведет себя как недоношенный. Выраженный метаболический ацидоз в сочетании с гипогликемией.

Ведение беременных в женской консультации.

- Выявление беременных с высоким риском сахарного диабета.
- Обследование и «Д» наблюдение и лечение. С сахарным диабетом и глюкозурией беременных.

- 1 группа риска – тщательный сбор анамнеза:
- СД у родственников или другие нейро-эндокринные заболевания
- роды крупным плодом или мертвым плодом и причина неясна
- пороки развития
- предъявляет жалобы на жажду при данной беременности, гестоз и многоводие.

- 2 группа. Наличие специфических осложнений – многоводие, крупный плод, гестоз
- 3 группа. Глюкозурия при данной беременности – сахар в моче и увеличение проницаемости к глюкозе
высокий почечный порог

Обследование.

- Сахар в суточной моче.
- Сахар крови натощак.
- Тест толерантности к глюкозе в эндокринологическом стационаре.



Принципы ведения беременных с СД.

- Полная компенсация СД
- Осмотр окулистом несколько раз
- Рациональный выбор срока и метода родоразрешения
- Тщательное выхаживание новорожденных
- «Д» наблюдение детей от больных матерей
- Родоразрешение в специализированном стационаре

Противопоказания к вынашиванию беременности

- СД у обоих родителей
- Инсулинорезистентный диабет с склонностью к кетоацидозу
- Диабет, осложненный ангиопатией

Противопоказания к вынашиванию беременности

- Сочетание СД и активного туберкулеза
- Сочетание СД и резус-конфликта
- Ювенильный СД осложненный ангиопатией и ретинопатией.

Беременность ведётся совместно с эндокринологом – коррекция инсулином.

Госпитализация:

- В 20-24 недели – подбор дозы инсулина, прогрессирование ангиоретинопатии.
- В 30-32 недели на инсулин короткого действия.
- Главное условие: 5,5-8,3 ммоль/л натощак, отсутствие кетонурии и глюкозурии.

Сроки родоразрешения.

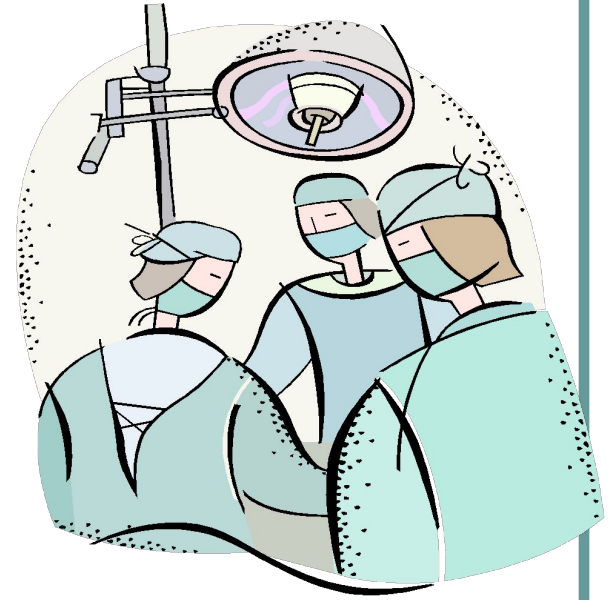
- В случае полной компенсации возможны роды в срок.
- Роды досрочные в 36-38 недель, затем физиологическое старение плаценты.
- В родах лечение гипоксии плода.
Профилактика СДР плода – глюкокортикоиды до 37 недель.
- Метод выбора родоразрешения: *per vias naturalis*

Показания к кесареву сечению:

- Прогрессирование диабетической ангиопатии
- Лабильный диабет со склонностью к кетоацидозу
- Прогрессирующая гипоксия плода (как правило после 36 недель обязательно!)

Показания к кесареву сечению:

- Тяжелый поздний гестоз
- Тазовое предлежание
- Гигантский плод
- Неэффективность родоусиления и родовозбуждения.



Спасибо за внимание!

