

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И БЕРЕМЕННОСТЬ



Выполнила: Валиуллина Дарина

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

СД - это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией, которая является результатом нарушения секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов.

Хроническая гипергликемия при СД сопровождается повреждением, дисфункцией и недостаточностью различных органов, особенно глаз, почек, нервов, сердца и кровеносных сосудов.



Распространенность сахарного диабета

- В мире около 130 млн. больных СД.
- В России – 8 млн. больных.
- Каждые 12-15 лет число больных удваивается.
- Среди беременных - до 17%.

Классификация СД (ВОЗ, 1999, с дополнениями)

- СД 1 типа:
 - Иммуноопосредованный;
 - Идиопатический
- Деструкция β -клеток поджелудочной железы, обычно приводящая к абсолютной инсулиновой недостаточности

Классификация СД (ВОЗ, 1999, с дополнениями)

- СД 2 типа:
- с преимущественной инсулинорезистентностью и относительной инсулиновой недостаточностью или
- с преимущественным нарушением секреции инсулина с инсулинорезистентностью или без нее

Классификация СД (ВОЗ, 1999, с дополнениями)

- Другие специфические типы СД:
- генетические дефекты функции β -клеток;
- генетические дефекты действия инсулина;
- заболевания экзокринной части поджелудочной железы;
- эндокринопатии;
- СД, индуцированный лекарственными препаратами или химическими веществами;
- инфекции;
- необычные формы иммунологически опосредованного диабета;
- другие генетические синдромы, иногда сочетающиеся с СД.

Классификация СД (ВОЗ, 1999, с дополнениями)

- Гестационный сахарный диабет:
- Возникает во время беременности



Риск для матери с СД:

- Прогрессирование сосудистых осложнений (ретинопатии, нефропатии, ИБС);
- Более частое развитие гипогликемии, кетоацидоза;
- Более частые осложнения беременности (поздний гестоз, инфекция, многоводие).

Риск для плода/ребенка:

- Врожденная перинатальная смертность;
- Врожденные пороки развития;
- Неонатальные осложнения;
- Риск развития СД 1 типа в течение жизни:
 - около 2% - при СД1 типа у матери;
 - около 6% - при СД 1 типа у отца;
 - 30-35% - при СД 1 типа у обоих родителей.

Зачатие нежелательно при:

- уровне HbA1c > 7%;
- тяжелой нефропатии с уровнем креатинина сыворотки > 120 мкмоль/л, СКФ < 60 мл/мин/1,73м², суточной протеинурии \geq 3,0 г, неконтролируемой артериальной гипертензией;
- Пролиферативной ретинопатии и макулопатии до проведения ЛКС;
- Наличии острых и обострении хронических инфекционно-воспалительных заболеваний (туберкулез, пиелонефрит и т.д.).

Планирование беременности



При СД беременность должна планироваться:

- Обучение в «школе диабета»;
- Информирование пациентки с СД о возможных рисках для матери и плода;
- Достижение идеальной компенсации за 3-4 месяца до зачатия:
 - глюкоза плазмы натощак/перед едой < 6,1 ммоль/л;
 - глюкоза плазмы через 2 ч после еды < 7,8 ммоль/л
 - HbA < 6,0%

При СД беременность должна планироваться:

- Контроль АД (не более 130/80 мм.рт.ст.), при артериальной гипертензии – антигипертензивная терапия (отмена ингибиторов АПФ до прекращения применения контрацепции);
- Определение уровня ТТГ и свободного Т4+АТ к ТПО у пациенток с СД 1 типа (повышенный риск заболеваний щитовидной железы);

При СД беременность должна планироваться:

- Прием фолиевой кислоты 500 мкг в сутки; йодид калия 250 мкг в сутки - при отсутствии противопоказаний;
- Лечение ретинопатии;
- Лечение нефропатии
- Отказ от курения

Ведение беременности



Ведение беременности у больных СД

- Соблюдение адекватной диеты: питание с достаточным количеством углеводов для предупреждения «голодного» кетоза;



Ведение беременности у больных СД

- Любые пероральные сахароснижающие средства противопоказаны.
Использование препаратов инсулина человека короткого и средней продолжительности действия, аналогов инсулина ультракороткого действия и длительного действия разрешено в рамках категории В;

Ведение беременности у больных СД

- Запрещается во время беременности использование биоподобных инсулиновых препаратов, не прошедших полной процедуры регистрации лекарственных средств и дорегистрационных клинических испытаний у беременных. Все инсулиновые препараты должны быть назначены беременным с обязательным указанием торгового наименования;

Ведение беременности у больных СД

- Суточная потребность в инсулине во второй половине беременности может резко увеличиваться, вплоть до 2-3 раз, в сравнении с исходной потребностью до беременности;



Ведение беременности у больных СД

- Ежедневный самоконтроль гликемии: не менее 7 раз в сутки (перед и через 1 час после приемов пищи, на ночь), при необходимости – в 3 и 6 часов;
- Цели лечения гликемии:
 - глюкоза плазмы натощак/перед едой/перед сном/3ч < 5,1 ммоль/л;
 - глюкоза плазмы через 1 час после еды < 7,0 ммоль/л;
 - HbA1c < 6,0%.

Ведение беременности у больных СД

- Контроль кетонурии, особенно при раннем гестозе и после 28-30 недель беременности (повышение потребности в инсулине и риска диабетического кетоацидоза);
- Контроль HbA1c не реже 1 раза в триместр;
- Фолиевая кислота 500 мкг в сутки до 12 недели включительно; йодид калия 250 мкг в сутки в течение всей беременности – при отсутствии противопоказаний;

Ведение беременности у больных СД

- Осмотр офтальмолога (глазное дно с расширением зрачка) – 1 раз в триместр, при развитии пролиферативной ДР или выраженном ухудшении пролиферативной ДР – безотлагательная лазерная коагуляция;
- Наблюдение акушер-гинеколога, эндокринолога (измерение массы тела, АД, общий анализ мочи, анализ мочи на микроальбуминурию):
 - до 34 недель беременности – каждые 2 недели;
 - после 34 недель-ежедневно.

Ведение беременности у больных СД

- Антибиотикотерапия при выявлении инфекции мочевыводящих путей (пенициллины в I триместре, пенициллины или цефалоспорины – во II и III триместрах);
- Антенатальная оценка состояния плода (УЗИ, КТГ по назначению акушера-гинеколога).

Категории препаратов в соответствии со степенью безопасности применения во время беременности (предложены Управлением по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными препаратами (FDA) США)

■ Категория А

Контролируемые исследования у беременных женщин не выявили риска для плода в первом триместре и не свидетельствуют о риске во втором и третьем триместрах. Неблагоприятное действие на плод представляется маловероятным. Примеры: фолиевая кислота, витамин В6, тиреоидные препараты в обычно назначаемых дозах.

■ Категория В

В исследованиях репродуктивности у животных риск для плода отсутствовал, но контролируемые исследования у беременных женщин не проводились

ИЛИ

В исследованиях репродуктивности на животных выявлены побочные эффекты (иные, чем снижение фертильности), которые не подтвердились в контролируемых исследованиях у беременных женщин в первом триместре, а риск во втором и третьем триместрах не обнаружен. Примеры: некоторые антибиотики, ацетаминофен(парацетамол), аспартам (сахарозаменитель), фамотидин, преднизон(кортизон), инсулин(при лечении СД), ибупрофен (до третьего триместра). В последние 3 месяца беременности женщины не должны принимать ибупрофен.

■ Категория С

В исследованиях репродуктивности на животных выявлены побочные действия на плод (тератогенное, эмбриоцидное действие или иное), контролируемые исследования у беременных женщин не проводились.

ИЛИ

Исследования у женщин и на животных не проводились. Эти препараты назначают только в том случае, если их потенциальная польза оправдывает возможный риск для плода.

Примеры: прохлорперазин, флуконазол, ципрофлоксацин, некоторые антидепрессанты.

■ Категория X

Исследования на животных или у человека продемонстрировали пороки у плода
ИЛИ

Опыт применения у человека указывает на риск для плода, или и то, и другое, причем при назначении препарата беременной женщине риск явно превышает любые возможные преимущества. Такие препараты противопоказаны беременным или женщинам, которые могут забеременеть. Примеры: системные ретиноиды, талидомид, диэтилстильбэстрол.

Во время беременности противопоказаны:

- Любые таблетированные сахароснижающие препараты;
- Ингибиторы АПФ и БРА;
- Ганглиоблокаторы;
- Антибиотики(аминогликозиды, тетрациклины, макролиды и др.);
- Статины.

Антигипертензивная терапия во время беременности:

- Препарат выбора – метилдопа.
- При недостаточной эффективности метилдопы (блокаторы кальциевых каналов; β^1 -селективные адреноблокаторы);
- Диуретики – по жизненным показаниям (олигурия, отек легких, сердечная недостаточность).

Ведение родов при СД

- Плановая госпитализация;
- Оптимальный срок родоразрешения – 38-40 недель;
- Оптимальный метод родоразрешения – роды через естественные родовые пути с тщательным контролем гликемии (ежечасно) и после родов;

Ведение родов при СД

- Показания к операции кесарева сечения:
 - общепринятые в акушерстве;
 - наличие выраженных или прогрессирующих осложнений СД;
 - тазовое предлежание плода.

Ведение послеродового периода при СД

- Адаптация доз инсулина с учетом быстрого снижения потребности уже в первые сутки после родов с момента рождения плаценты (на 50% и более, возвращение к исходным дозам до беременности);
- Грудное вскармливание (предупредить о возможном развитии гипогликемии у матери);
- Эффективная контрацепция минимум в течение 1,5 лет.

Контрацепция при СД

- Больные СД 1 типа, достигшие индивидуальных целевых показателей углеводного обмена без выраженных сосудистых осложнений:

1. Таблетированные методы:

- Клайра (контрацептив с динамическим режимом дозирования, идентичный натуральным половым стероидам);
- Зоэли (контрацептив с монофазным режимом дозирования, содержащий эстрадиол, идентичный натуральному эндогенному эстрогену);
- Триквилар, Три-Мерси (трехфазные оральные контрацептивы).

Контрацепция при СД

- Больные СД 2 типа, достигшие или близкие к достижению индивидуальных целевых показателей углеводного обмена:

1. Таблетированные методы:

- Клайра (контрацептив с динамическим режимом дозирования, идентичный натуральным половым стероидам);
- Зоэли (контрацептив с монофазным режимом дозирования, содержащий эстрадиол, идентичный натуральному эндогенному эстрогену);
- Триквилар, Три-Мерси (трехфазные оральные контрацептивы);
- Джес Plus (+ кальция левомефолат 0,451 мг);
- Ярина Plus (+кальция левомефолат 0,451 мг)
- Логест, Мерсилон, Марвелон, Новинет, Жанин (КОК с эстрадиолом, низко– и микродозированные КОК, содержащие 15-30 мкг этинилэстрадиола)

Контрацепция при СД

- Больные СД 2 типа, достигшие или близкие к достижению индивидуальных целевых показателей углеводного обмена:

1. Таблетированные методы:

- Клайра (контрацептив с динамическим режимом дозирования, идентичный натуральным половым стероидам);
- Зоэли (контрацептив с монофазным режимом дозирования, содержащий эстрадиол, идентичный натуральному эндогенному эстрогену);
- Триквилар, Три-Мерси (трехфазные оральные контрацептивы);
- Джес Plus (+ кальция левомефолат 0,451 мг);
- Ярина Plus (+кальция левомефолат 0,451 мг)
- Логест, Мерсилон, Марвелон, Новинет, Жанин (КОК с эстрадиолом, низко– и микродозированные КОК, содержащие 15-30 мкг этинилэстрадиола)

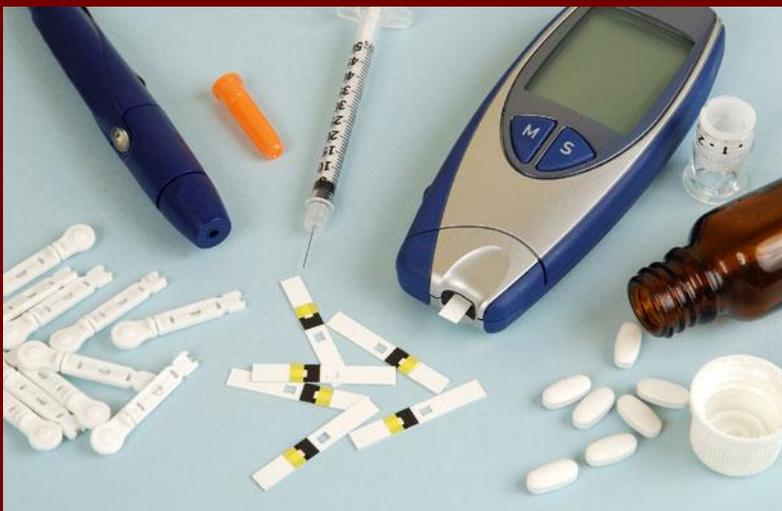
Контрацепция при СД

- Механические, местные, хирургические:
 - Вагинальные гормональные контрацептивы «Нова-Ринг»;
 - Внутриматочная контрацепция (Cu- ВМС; ЛНГ-ВМС «Мирена»).



Контрацепция при СД

- Больные СД 2 типа с гипертриглицеридемией и нарушениями функции печени:
 1. Таблетированные методы контрацепции: не показаны.
 2. Механические, местные, хирургические методы контрацепции: ЛНГ – ВМС «Мирена»



Контрацепция при СД

- Больные СД 1 типа, не достигшие целей контроля гликемии и/или с выраженными сосудистыми осложнениями:
 1. Таблетированные методы контрацепции: не показаны.
 2. Механические, местные, хирургические методы контрацепции: механические (безусые Cu-ВМС; ЛНГ – ВМС «Мирена») и химические (спринцевания, пасты)

Контрацепция при СД

- Больные СД 1 типа, имеющие 2 и более детей и/или тяжелое течение основного заболевания:
 1. Таблетированные методы контрацепции: не показаны.
 2. Механические, местные, хирургические методы контрацепции: ЛНГ – ВМС «Мирена»; Добровольная хирургическая стерилизация.

Больным СД не рекомендуются следующие методы контрацепции:

- чистые прогестагены у больных СД 1 типа (кроме ЛНГ-ВМС «Мирена»);
- влагалищная диафрагма;
- ритмический метод контрацепции.

В период лактации рекомендуются следующие методы контрацепции:

- Прогестагены предпоследнего поколения(Дезогестрел – «Чарозетта»);
- Внутриматочная контрацепция (безусые Си – ВМС – не ранее, чем через 6 недель после родов; ЛНГ – ВМС «Мирена» - не ранее, чем через 6 недель после родов);
- Химические (спринцевания, пасты).

Спасибо за внимание!

