

# ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА



## Особенности инсулинотерапии у беременных при СД 1 типа

**Первые 12 недель** у женщин СД 1 типа из-за «гипогликемизирующего» влияния плода (т.е. из-за перехода глюкозы из кровотока матери в кровотоки плода) сопровождаются «улучшением» течения диабета, уменьшается потребность в суточном применении инсулина, что может проявляться гипогликемическими состояниями с феноменом Сомоджи и последующей декомпенсацией.

**Начиная с 13 недели** увеличиваются гипергликемия и глюкозурия, возрастают потребность в инсулине (в среднем на 30-100% от предгестационного уровня) и риск развития кетоацидоза, особенно в сроке 28-30 нед. Это связано с высокой гормональной активностью плаценты, продуцирующей такие контринсулярные агенты, как хорионический соматомамматропин, прогестерон, эстрогены.

### **Их избыток приводит к:**

- инсулинорезистентности;
- снижению чувствительности организма больного к экзогенному инсулину;
- увеличению потребности в суточной дозе инсулина;
- выраженному синдрому «утренней зари» с максимальным повышением уровня глюкозы в ранние утренние часы.

При утренней гипергликемии увеличение вечерней дозы продленного инсулина не желательно, в связи с высоким риском ночной гипогликемии. Поэтому у этих женщин при утренней гипергликемии рекомендовано вводить утреннюю дозу продленного инсулина и дополнительную дозу короткого/ультракороткого действия инсулина или перевод на помповую инсулинотерапию.

**После 37 недели** беременности потребность в инсулине может вновь снизиться, что приводит в среднем к снижению дозы инсулина на 4-8 ед/сутки. Полагают, что инсулинсинтезирующая активность  $\beta$  клеточного аппарата ПЖ плода к этому моменту столь высока, что обеспечивает значительное потребление глюкозы из крови матери. При резком снижении гликемии желательно усилить контроль за состоянием плода в связи с возможным угнетением феоплацентарного комплекса на фоне плацентарной недостаточности.

**В родах** происходят значительные колебания уровня глюкозы в крови, могут развиваться гипергликемия и ацидоз под влиянием эмоциональных воздействий или гипогликемии, как следствия проделанной физической работы, утомления женщины.

**После родов** глюкоза крови быстро снижается (на фоне падения уровня плацентарных гормонов после рождения). При этом потребность в инсулине на короткое время (2-4 дня) становится меньше, чем до беременности. Затем постепенно глюкоза крови повышается. К 7-21-му дню послеродового периода она достигает уровня, наблюдавшегося до беременности.

## Ведение родов

### Плановая госпитализация:

- оптимальный срок родоразрешения – 38–40 недель;
- оптимальный метод родоразрешения – роды через естественные родовые пути с тщательным контролем гликемии во время (ежечасно) и после родов.

### Показания к операции кесарева сечения:

- акушерские показания к оперативному родоразрешению (плановые/экстренные);
- наличие выраженных или прогрессирующих осложнений СД.

Срок родоразрешения у беременных с СД определяют индивидуально, с учетом тяжести течения болезни, степени его компенсации, функционального состояния плода и наличия акушерских осложнений.

Беременные женщины с СД и макросомией плода должны быть проинформированы о возможных рисках осложнений при нормальных вагинальных родах, индукции родов и кесаревом сечении.

При любой форме фетопатии, нестабильного уровня глюкозы, прогрессировании поздних осложнений диабета, особенно у беременных группы «высокого акушерского риска» необходимо решить вопрос о досрочном родоразрешении.

# Инсулиноterapia во время родов

## При естественных родах:

- гликемия в пределах 4,0-7,0 ммоль/л. Продолжить введение продленного инсулина.
- введение короткого инсулина должно покрывать количество потребленных ХЕ.
- Контроль гликемии каждые 2 ч.
- При гликемии менее 3,5 ммоль/л показано внутривенное введение 5% раствора глюкозы 200 мл.

При гликемии ниже 5,0 ммоль/л дополнительно 10 г глюкозы (рассасывать в полости рта).

При гликемии более 8,0-9,0 ммоль/л внутримышечное введение 1 ед простого инсулина,

при 10,0-12,0 ммоль/л 2 ед., при 13,0-15,0 ммоль/л -3 ед., при гликемии более 16,0 ммоль/л - 4ед.

- При симптомах дегидратации внутривенное введение физиологического раствора;
- У беременных с СД 2 типа с низкой потребностью в инсулине (до 14 ед/сут) введения инсулина во время родов не требуется.

## При оперативных родах:

---

- в день операции вводят утреннюю дозу продленного инсулина (при нормогликемии дозу уменьшают на 10-20%, при гипергликемии — дозу продленного инсулин вводят без коррекции, а также дополнительно 1-4 ед. короткого инсулина).
- в случае применения общей анестезии во время родов у женщин с СД, регулярный контроль уровня глюкозы крови (каждые 30 минут) должен быть осуществлен с момента индукции до рождения плода и Полного восстановления женщины от общей анестезии.
- Дальнейшая тактика гипогликемизирующей терапии аналогична тактике при естественном родоразрешении.
- На второй день после операции, при ограниченном приеме пищи дозу продленного инсулина снижают на 50% (преимущественно вводят утром) и короткий инсулин по 2-4 ед перед едой при гликемии более 6,0 ммоль/л.

## Ведение послеродового периода при СД

---

У женщин с СД 1 типа после родов и с началом лактации доза продленного инсулина может снижаться на 80-90%, доза короткого инсулина обычно не превышает 2-4 ед перед едой по уровню гликемии (на период 1-3 дней после родов).

Постепенно в течение 1-3 недель потребность в инсулине повышается и доза инсулина достигает предгестационного уровня.

Поэтому:

- адаптировать дозы 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);
- рекомендовать грудное вскармливание (предупредить о возможном развитии гипогликемии у матери!);
- эффективная контрацепция минимум в течение 1,5 лет.