

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 β 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.