

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Клинических дисциплин

**ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ И
РОДОВ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 31. 02. 02 Акушерское дело
4 курса группы 03051527
Онопченко Ольги Андреевны**

Научный руководитель:
преподаватель Бабынина Т.П.

Рецензент:
Врач акушер-гинеколог
ОГБУЗ «БОКБ
Святителя Иоасафа»
Крисанова И.В.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И БЕРЕМЕННОСТЬ.....	8
1.1. ТИПЫ, СТЕПЕНИ, ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА.....	8
1.2 ПЛАНИРОВАНИЕ И ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.....	13
1.3 ОСНОВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.....	18
1.4 ОСЛОЖНИНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	21
ГЛАВА 2. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКУШЕРКИ ПРИ ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	25
2.1 Анализ статистических данных на базе исследования в ОГБУЗ «Губкинская ЦРБ».....	25
2.2. Анализ социологического опроса методом анкетирования.....	29
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	38
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	41
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	43

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования определяется тем фактом, что в последнее время отмечается резкий рост заболеваемости сахарным диабетом. Сахарный диабет является серьезной медико-социальной проблемой. Каждые 10-15 лет число больных сахарным диабетом удваивается. У здорового человека, который не страдает диабетом, норма содержания сахара в крови составляет 3,3 – 5,5 ммоль/л натощак. В случае если клеткам организма не удастся усвоить сахар, который поступает в кровь, уровень содержания сахара в крови медленно, но начинает подниматься. У человека с инсулинозависимым сахарным диабетом первого типа, поджелудочная железа почти не выделяет инсулин. В случае, если сахар повышен достаточно длительное время, то это может привести к осложнениям, из-за переизбытка в крови глюкозы, начинает густеть кровь. Так как густая кровь неспособна проходить через мелкие сосуды, начинает страдать весь организм. Данная проблема далека от разрешения, несмотря на то, что во многих странах существуют национальные программы по борьбе с сахарным диабетом. Не только в медицинском, но и в социальном аспекте сахарный диабет и беременность является актуальной проблемой. Практика показывает, что беременность и диабет оказывают неблагоприятное влияние на плод.

Так как эта патология связана с высокой перинатальной заболеваемостью, смертностью, большим числом акушерских осложнений и неблагоприятными последствиями для здоровья ребенка и матери, проблема сахарного диабета и беременности находится в центре внимания неонатологов, акушеров и эндокринологов. Необходимо вовремя обнаружить болезнь и тщательно соблюдать назначенное лечение.

ГСД является наиболее частым нарушением обмена веществ у беременных, с которым встречаются акушеры-гинекологи и эндокринологи, и следовательно, является важной междисциплинарной проблемой. Это обусловлено как увеличением числа беременных с данной патологией,

связанного с резким ростом заболеваемости СД в популяции, так и улучшением качества его диагностики. Показатели перинатальной смертности новорожденных с массой тела 4 кг и более в 1,5-3 раза выше, чем при рождении детей с нормальными весовыми параметрами. Частота ГСД в общей популяции разных стран варьирует от 1% до 20%, составляя в среднем 7%. Указанные вариации обусловлены различиями в способах его диагностики и напрямую связаны с распространенностью СД 2 типа в отдельных этнических группах. По данным литературы, у 20-50% женщин, перенесших ГСД, он возникает при последующей беременности, а у 25-75% - через 16-20 лет после родов развивается манифестный СД. В связи с тем, что у большинства беременных заболевание протекает без выраженной гипергликемии и явных клинических симптомов, одной из особенностей ГСД являются трудности его диагностики и поздняя выявляемость. В ряде случаев диагноз ГСД устанавливается ретроспективно после родов по фенотипическим признакам 3 диабетической фетопатии у новорожденного или вообще пропускается. По данным обращаемости в научно-консультативное отделение Московского областного НИИ акушерства и гинекологии, в 50-60% случаев диагноз ГСД ставится с опозданием на 4-20 недель. Именно поэтому во многих странах (особенно с высокой частотой СД 2 типа в популяции) проводится активный скрининг на выявление ГСД, который основывался на стратификации беременных по группам риска и различных модификациях перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ). Однако проведенное в 2000-2006 гг. исследование Гипергликемии и Неблагоприятных Исходов Беременности показало, что ранее используемые критерии диагностики ГСД требуют пересмотра. Так, среди наблюдаемых женщин, неблагоприятные исходы беременности прямо пропорционально возрастали, начиная со значительно более низкого уровня гликемии, чем принятый в настоящее время в качестве критерия ГСД. В 2008 г. в г. Пасадене (США) Международной ассоциацией групп изучения диабета и беременности были предложены для обсуждения новые критерии диагностики ГСД, основанные на результатах исследования НАРО, включавшего более 23

тыс. беременных женщин. В течение 2010-2011 гг. ряд развитых стран (США, Япония, Германия, Израиль и др.) самостоятельно приняли эти новые критерии, руководствуясь результатами НАРО исследования и следующими положениями ВОЗ/IDF: - ГСД представляет серьезную медико-социальную проблему, т.к. в значительной степени увеличивает частоту нежелательных исходов беременности для матери и для плода (новорожденного). - ГСД является фактором риска развития ожирения, СД 2 типа и сердечнососудистых заболеваний у матери и у потомства в будущем. - Беременность - это состояние физиологической инсулинорезистентности, поэтому сама по себе является значимым фактором риска нарушения углеводного обмена. - Понятия "СД", "манифестный (впервые выявленный) СД во время беременности и непосредственно "ГСД" требуют четкой клинико-лабораторной дефиниции. - Требуется единые стандарты диагностики и лечения нарушений углеводного обмена во время беременности. Эксперты Российской ассоциации эндокринологов и эксперты Российского общества акушеров-гинекологов в результате многократных обсуждений данного вопроса пришли к выводу о необходимости принятия новых критериев диагностики ГСД и других нарушений углеводного обмена во время беременности в Российской Федерации. На основании согласованного мнения был создан Российский Национальный консенсус "Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение". Таким образом, внедрение в работу женских консультаций и родильных домов представленного алгоритма обследования и лечения пациенток с ГСД, а также выработка оптимальной тактики родоразрешения позволят улучшить перинатальные исходы, снизить процент детей с макросомией и тяжелыми формами диабетической фетопатии, и, как следствие, привести к снижению количества оперативных родов и родового травматизма у новорожденных.

Цель исследования: исследование течения беременности и родов на фоне сахарного диабета, а также профилактика осложнений.

Задачи исследования:

- Изучить данные литературных источников по проблеме исследования;
- Обработать статистические материалы ОГБУЗ «Губкинская ЦРБ»;
- Провести анкетирование среди беременных женщин в ОГБУЗ «Губкинская ЦРБ»;
- Сформировать на основе полученных данных рекомендации по профилактике осложнений для беременных женщин и рожениц с сахарным диабетом.

Объект исследования: заболеваемость беременных женщин и рожениц в ОГБУЗ «Губкинская ЦРБ» за период 2016-2018 гг.

Предмет исследования: влияние сахарного диабета на здоровье беременной женщины и плода, а также профилактика возможных осложнений.

Методы исследования, использованные для решения поставленных задач:

- Научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
- Эмпирический – наблюдение;
- Биографический (анализ анамнестических данных, изучение медицинской документации);
- Психодиагностический (беседа);
- Медицинский эксперимент;
- Статистический (пакет статистического анализа MS Excel).

Экспериментальная база исследования: акушерско-гинекологический дневной стационар ОГБУЗ «Губкинская ЦРБ».

Гипотеза исследования: снижение осложнений на беременную женщину и на плод, путем выявления заболевания на ранних сроках беременности, а также строгое соблюдение дисциплины профилактических мероприятий в отношении сахарного диабета акушеркой.

Научная новизна: впервые на базе акушерско-гинекологического дневного стационара ОГБУЗ «Губкинская ЦРБ» мы изучили образ жизни беременных женщин и рожениц, а также влияние сахарного диабета на беременность и на плод, что, в свою очередь, может помочь в разработке и проведении профилактических мероприятий во избежание подъёма заболеваемости, а так

же составления плана профилактики возможных осложнений для снижения риска развития сахарного диабета.

Практическая значимость работы: полученные данные могут быть использованы для составления плана профилактики осложнений и создания памятки пациентам, содержащей причины возникновения сахарного диабета, влияние сахарного диабета на здоровье матери и плода и преимущества раннего лечения.

Структура работы: работа изложена на страницах печатного текста и включает в себя введение, главу с теоретическими аспектами, главу о проведенном исследовании, заключение, список использованной литературы и приложения.

Введение мы использовали для определения цели, задач, объекта и предмета исследования, формулирования гипотезы и актуальности исследования по выбранной нами теме.

В первой главе нами были рассмотрены теоретические аспекты влияния сахарного диабета на беременную женщину и на плод, а также изложены меры профилактики возможных осложнений.

Во второй главе представлено собственное исследование и его результаты.

В заключении мы представили на основе анализа теоретической части и результатов собственного исследования, а также возможные перспективы использования данной работы.

В приложении представлена анкета и разработанная нами памятка.

Время исследования: 2019 г.

ГЛАВА 1. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И БЕРЕМЕННОСТЬ

1.1. Типы, степени, причины возникновения сахарного диабета

Сахарный диабет - это заболевание, в патогенезе которого лежит абсолютный или относительный недостаток инсулина в организме, вызывающий нарушение обмена веществ и патологические изменения в различных органах и тканях.

Инсулин является анаболическим гормоном, способствующим утилизации биосинтезу гликогена и глюкозы, белков, липидов. При инсулиновой недостаточности нарушается использование глюкозы и возрастает ее продукция, в результате чего развивается гипергликемия - основной диагностический признак сахарного диабета.

Первое место по распространенности в эндокринологии занимает сахарный диабет – более 50% эндокринных заболеваний.

Различают три основных вида в клинической практике:

- Сахарный диабет 1 типа – инсулинозависимый (ИЗСД);
- Сахарный диабет 2 типа – инсулинонезависимый (ИНСД);
- Сахарный диабет 3 типа – гестационный диабет (ГД), развивающийся после 28 недели беременности. Представляет собой транзиторное нарушение утилизации глюкозы у женщины во время беременности.

Сахарный диабет 1 типа связывают с гибелью β -клеток (находящихся в поджелудочной железе и секретирующих инсулин), что приводит к абсолютному дефициту инсулина.

При генетической предрасположенности гибель β -клеток происходит вследствие воздействия на них следующих факторов:

- Токсических веществ;
- Вирусных инфекций;
- Некоторых лекарственных препаратов.

Сахарный диабет 2 типа связан с нарушением секреции инсулина β -клетками, а также нечувствительностью рецепторов тканей к инсулину.

Выделяют три степени сахарного диабета:

- Легкая степень диабета или первая: нормализация уровня сахара в крови может быть достигнута с помощью одной диеты, гипергликемия натощак меньше 7,1 ммоль/л;
- Средняя степень сахарного диабета или вторая: для нормализации уровня сахара в крови диеты недостаточно, требуется лечение инсулином, гипергликемия натощак меньше 9,6 ммоль/л;
- Тяжелая степень сахарного диабета или третья: наличие ацетона в моче, выражены сосудистые поражения органов, гипергликемия натощак больше 9,6 ммоль/л.

Инсулинозависимый сахарный диабет чаще развивается в юном возрасте. Заболевание также может начаться и у взрослого человека. Одной из основных теорий, объясняющих причины развития сахарного диабета является теория, связанная с наследственной предрасположенностью и вирусной инфекцией. Необходимо помнить, что наследуется не сам сахарный диабет, а предрасположенность к нему. Таким образом, даже, если есть предрасположенность, сахарный диабет может не развиваться. [4. 97.]

Суждение о том, что люди со 2 типом сахарного диабета не избавятся от своей болезни, является ошибочное. Многие люди, чьи родители в зрелом возрасте были больны сахарным диабетом 2 типа, не имеют этого заболевания, так как сохраняют нормальную массу тела.

По разным оценкам распространенность сахарного диабета у беременных составляет от 2 до 12% случаев, данное число ежегодно увеличивается. Течение беременности во время сахарного диабета значительно изменяется. При физиологической беременности, углеводный обмен, изменяется в соответствии с большими потребностями растущего плода в энергетическом материале, главным образом в глюкозе. Изменения углеводного обмена связаны с

влиянием плацентарных гормонов: эстрогенов, прогестерона, плацентарного лактогена, а также кортикостероидов.

Известно, что инсулин – это анаболический гормон, который способствует биосинтезу гликогена и липидов, утилизации глюкозы. При недостаточности инсулина развивается гипергликемия – основной диагностический признак сахарного диабета. В клинике принято различать явный диабет беременных, транзиторный, латентный, беременные с угрожающим диабетом составляют особую группу. [7. 67.]

Диагностика явного диабета у беременных основана на наличии гипергликемии и глюкозурии при исследовании ортотолуидиновым методом натошак.

Выделяют три степени тяжести диабета:

- Легкая форма – нормализация гипергликемии достигается диетой. Уровень сахара в крови натошак не превышает 7,1 ммоль/л, отсутствует кетоз;
- Диабет средней тяжести – кетоз отсутствует или устраняется при соблюдении диеты, уровень сахара в крови натошак не превышает 9,6 ммоль/л;
- При тяжелом диабете наблюдается тенденция к развитию кетоза, уровень сахара в крови натошак превышает 9,6 ммоль/л.

У беременных транзиторный диабет составляет до 50% случаев. Эта форма диабета связана с беременностью, возможно возобновление диабета при повторной беременности, признаки заболевания исчезают после родов.

Выделяют латентный или субклинический диабет, при котором диагноз устанавливается по измененной пробе на толерантность к глюкозе, а клинические признаки могут отсутствовать.

Существует группа беременных, у которых имеется риск заболевания диабетом:

- В случае заболевания в семье родственников беременной сахарным диабетом;
- Повторное рождение детей с массой 4кг и больше;
- Многоводие;
- Роды крупным плодом – 4 кг и более, гигантский плод – 5кг и более;

- Проявление глюкозурии на раннем сроке беременности;
- Внезапная перинатальная гибель плода;
- Уродства плода;
- Развитие позднего токсикоза, частые выраженные гнойничковые заболевания, ожирения.

Сахарный диабет во время беременности протекает волнообразно, со склонностью к гипер- и гипогликемическим состояниям, а также к кетоацидозу. Такое лабильное течение сахарного диабета способствует прогрессированию сосудистых осложнений. Рассмотрим некоторые из них:

- Диабетическая нефропатия – это прогрессирующее осложнение, которое поражает от 30 до 40% пациентов с сахарным диабетом. Существуют четыре фактора, связанные с беременностью, которые могут увеличить риск развития нефропатии. Во-первых, во время нормальной беременности уровень клубочковой фильтрации увеличивается на 40-60%. Во-вторых, артериальная гипертензия и преэклампсия, возникающие на фоне беременности, встречаются у 15-20% женщин с сахарным диабетом и могут оказать отрицательное влияние на функции почек. В третьих, диета с содержанием большого количества белка может привести к увеличению клубочковой фильтрации. И в-четвертых, так как ингибиторы АПФ, замедляющие прогрессирование нефропатии, отрицательно влияют на беременность, эти препараты отменяют во время беременности;
- Диабетическая ретинопатия – это микрососудистое осложнение сахарного диабета с поражением сосудов сетчатки, проявляющееся экссудативными изменениями сетчатки, макулопатией и пролиферативным ростом новообразованных сосудов. Прогрессирование ретинопатии зависит от исходной стадии заболевания;
- Диабетическая нейропатия – патогенетически связанное с сахарным диабетом сочетание синдромов поражения нервной системы, классифицируемое в зависимости от преимущественного вовлечения в процесс спинномозговых нервов и вегетативной нервной системы.

– Следующим осложнением сахарного диабета при беременности является гипогликемия. Гипогликемия возникает преимущественно во время первого триместра беременности, но не является в настоящее время тератогенным фактором, то есть она не способствует развитию пороков и уродств у плода.

На фоне сахарного диабета у беременной увеличивается риск спонтанного аборта. Это связано с токсическим воздействием гипергликемии и кетоацидоза на развивающийся эмбрион, что может привести к дегенерации эмбриона и появлению пустого плодного яйца или пороков развития, несовместимых с пролонгированием беременности. В начале развития диабета нередко наблюдаются следующие клинические проявления болезни: чувство жажды, полиурия, ощущение сухости во рту, повышенный аппетит наряду с общей слабостью и похуданием. Нередко может наблюдаться кожный зуд, чаще в области наружных половых органов, фурункулез, пиорея.

Во время беременности диабет у всех больных протекает по-разному. Примерно у 15% больных на протяжении всей беременности особых изменений в картине заболевания не наблюдается. Это относится, главным образом, к легким формам диабета.

Выделяют три стадии изменения клиники диабета:

– Первая стадия появляется с 10 недели беременности, ее продолжительность составляет 2-3 месяца. Эта стадия характерна измененной чувствительностью к инсулину, повышением толерантности к глюкозе. Отмечается улучшение компенсации диабета, что может сопровождаться гипогликемическими комами.

Появляется необходимость уменьшения дозы инсулина на 1/3;

– Вторая стадия появляется на 24-28 недели беременности, происходит понижение толерантности к глюкозе, что нередко сопровождается прекоматозным состоянием или ацидозом, в связи с чем требуется увеличение дозы инсулина. В ряде наблюдений за 3-4 недели до родов отмечается улучшение состояния больной;

– Третья стадия изменений связана с родами и послеродовым периодом. В процессе родов существует опасность возникновения метаболического ацидоза, который мгновенно может перейти в диабетический. После родов толерантность к глюкозе повышается. В период лактации потребность в инсулине ниже, чем до беременности.

Причины изменения течения диабета у беременных до конца не известны, но несомненно влияние изменений баланса гормонов, обусловленное беременностью. Снижение уровня глюкозы в последние недели беременности в материнском организме связывают с усилением функции инсулярного аппарата плода и возрастающим потреблением глюкозы, переходящей из материнского организма. Значительное влияние на течение диабета у беременных оказывает изменение функции почек, а точнее уменьшение реадсорбции сахара в почках, которое наблюдается с 4-5 месяцев беременности, и нарушение функции печени, что способствует развитию ацидоза. Влияние беременности на такие осложнения тяжелого сахарного диабета, как ретинопатия, сосудистые поражения и нефропатия, в основном неблагоприятно. Ухудшение ретинопатии наблюдается у 35% больных, усугубление сосудистых заболеваний – в 3%. Наиболее неблагоприятно сочетание диабетической нефропатии и беременности, так как нередко наблюдается развитие позднего токсикоза и частые обострения пиелонефрита.

1.2. Планирование и ведение беременности при сахарном диабете

Во время беременности сахарный диабет может стать причиной серьезных осложнений, как для самой беременной женщины, так и для ее будущего ребенка. Рекомендуется провести планировку беременности для обеспечения максимально благоприятного течения беременности и устранения осложнений. Более внимательно должны подходить к вопросу планирования беременности женщины с сахарным диабетом, чем здоровые беременные, так

как у таких женщин планирование – это необходимое и обязательное условие для рождения здорового ребенка. Женщина с сахарным диабетом за полгода до зачатия должна обязательно пройти осмотр и получить подробную консультацию эндокринолога для уточнения степени компенсации сахарного диабета, выраженности и наличия поздних осложнений диабета, проведения обучения методам самоконтроля и для решения вопроса о возможности вынашивания ребенка. Планирование беременности женщин, страдающих сахарным диабетом, в первую очередь включает обсуждение и проверку способов контроля диабета.

Организм беременной женщины во время беременности испытывает особые изменения, из-за чего схема лечения, которая была эффективной до наступления беременности, во время беременности может не обеспечивать поддержания нормального уровня глюкозы, столь необходимого для нормального развития ребенка и здоровья будущей матери. Поэтому будущие родители перед наступлением беременности должны:

- Пройти практическую и теоретическую подготовку относительно проблем связанных с контролем уровня глюкозы в крови и лечением диабета. Для этих целей рекомендуется пройти курс обучения в одной из школ «Беременности и сахарного диабета» работающих на базе различных медицинских учреждений;
- Беременные должны убедиться в том, что умеют правильно определять дозу лекарства (например, инсулина) необходимую для поддержания стабильного уровня глюкозы в крови, умеют точно измерять концентрацию глюкозы в крови с помощью глюкометра. Рекомендуется в период планирования беременности ознакомиться по возможности с новыми методами контроля уровня глюкозы в крови: инсулиновые инъекторы, инсулиновые помпы;
- До наступления беременности женщине необходимо ознакомиться с правилами диетологического лечения диабета и научиться соблюдать диету.

Следующим этапом подготовки женщины к беременности, страдающей сахарным диабетом является обследование и сдача анализов. Полное

представление о состоянии органов и систем организма женщины возможно составить с помощью комплексного медицинского обследования, что в свою очередь полезно для выявления хронических заболеваний скрытого характера. Стабилизация сахарного диабета является заключительным этапом подготовки к беременности.

Существуют такие ситуации, когда беременность вообще противопоказана:

- Сочетание активного туберкулеза легких и сахарного диабета, при котором беременность часто приводит к тяжелому обострению процесса;
- Наличие лабильных и инсулинорезистентных форм сахарного диабета;
- Наличие стремительно прогрессирующих сосудистых осложнений, которые обычно встречаются при тяжело протекающем заболевании, значительно ухудшают прогноз для матери и плода, а также осложняют течение беременности;
- Наличие сахарного диабета у обоих родителей, что резко увеличивает возможность заболевания у детей;
- Если будущие беременности заканчивались смертью плода или рождались дети с аномалиями развития;
- Сочетание резус-сенсбилизации матери и сахарного диабета, которое в значительной степени ухудшает прогноз для плода.

Вопрос о допустимости беременности, ее прерывания или сохранения решают консультативно при участии врачей акушеров-гинекологов, эндокринолога, терапевта до срока 12 недель.

Бывают ситуации, когда беременность рекомендуется прервать, руководствуясь принципом наименьшего вреда для матери. К таким ситуациям можно отнести:

- Возраст женщины старше 38 лет;
- Развитие кетоацидоза на ранних сроках беременности;
- В ранний период беременности уровень гликолизированного гемоглобина составляет более 12%.

Особенно тщательно должна наблюдаться беременность, течение которой осложнено сахарным диабетом, с привлечением как можно больше узких специалистов, так как необходимо вовремя отслеживать даже незначительные изменения в самочувствии матери и плода. Совместное ведение беременной акушером-гинекологом и эндокринологом, обучение ее самостоятельному контролю уровня глюкозы в крови и подбора дозы инсулина является обязательным. Женщине необходимо соблюдать режим физической активности и по возможности избегать эмоциональных и физических перегрузок. Резких изменений физической активности следует избегать, так как они могут привести к декомпенсации сахарного диабета.

Для беременных с сахарным диабетом врач разрабатывает индивидуальную диету, полностью перекрывающую потребности матери и плода в достаточном количестве микроэлементов и витаминов.

Перечень обследований и обязательных анализов, которые должна пройти женщина, страдающая сахарным диабетом, готовящаяся стать матерью, включает:

- Общее обследование: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализы на вирусный гепатит В и С, сифилис, СПИД;
- Обследование у гинеколога: УЗИ органов мочеполовой системы, мазок содержимого влагалища, анализы на инфекции, передающиеся половым путем. Лечение любых видов инфекций мочеполовой системы;
- Офтальмологическое обследование: осмотр глазного дна для выяснения состояния сетчатки. Наличие диабетической ретинопатии не исключает возможности выносить беременность, но делает необходимым усиление контроля над уровнем глюкозы в крови и проведение фотокоагуляции сетчатки;
- Обследование состояния почек: анализ мочи по Нечипоренко, общий анализ мочи, биохимические показания мочи (креатинин, мочевины, белок мочи);
- Неврологическое комплексное обследование на предмет наличия диабетической невропатии;

- Обследование состояния сердечно-сосудистой системы: измерение артериального давления, ЭКГ;
- Эндокринологическое обследование: проверка уровня гормонов щитовидной железы (Т3, Т4).

Женщина должна получать на протяжении 9 месяцев глобальную комплексную поддержку: иммуномодулирующую, противовирусную, медикаментозную, биостимулирующую, психотерапевтическую, витаминотерапевтическую, физиотерапевтическую, антигомотоксикологические схемы лечения. Рекомендуется в первой половине беременности посещать акушера-гинеколога и эндокринолога два раза в месяц, а во второй половине – еженедельно. Эффективно решить сразу несколько задач поможет визит к врачам-специалистам: скорректировать и индивидуально подобрать дозу инсулина, проведение полного клинического обследования, выбор верной тактики лечения, решение вопроса о возможности вынашивания беременности, предупреждение многих осложнений диабета на поздних сроках развития беременности, предупреждение угрозы прерывания беременности, лечение и выявление акушерской патологии, предотвращение и выявление возможных патологий развития плода. Визит к врачу урологу направлен на обнаружение и лечение урогенитальных инфекций и сопутствующих патологий, урологических заболеваний, нарушений мочеполовой системы. Врач общей практики на приеме поможет провести оценку состояния здоровья, при наличии необходимых показаний – проводится комплексная биостимулирующая и иммуномодулирующая терапия. Своевременный и тщательный медицинский контроль предоставляет раннее выявление различных осложнений, которые могут появиться в процессе беременности. Мгновенно по показаниям назначается индивидуально разработанная для конкретной пациентки схема лечения. Исходя из анамнеза пациентки, результатов предыдущих обследований, обследования и диагностики, назначается лечение.

Таким образом, во время беременности сахарный диабет отличается значительной лабильностью обменных процессов, повышенной склонностью к кетоацидозу гипогликемическим состояниям и волнообразным течением. Течение сахарного диабета в первые недели беременности у многих больных остается без изменений или же выделяют повышение толерантности к углеводам, что скорее всего, обусловлено действием хорионического гонадотропина. При помощи повышенной активности коры надпочечников, передней доли гипофиза и плаценты во второй половине беременности обычно отмечается улучшение заболевания. В конце беременности чаще уменьшается потребность в инсулине, возрастает частота гипогликемических состояний.

1.3 Основные рекомендации по ведению беременности при сахарном диабете

Вопросы соблюдения диеты у беременных с сахарным диабетом остаются спорными. После многих лет использования низкокалорийной диеты в 1979г. American Diabetic Association (ADA) предложила нормокалорийную диету, состоящую из 20% белков, менее 30% жиров и 50-60% углеводов с ограничением холестерина, насыщенных жирных кислот и богатую волокнами. Во время беременности инсулины применяются как при сахарном диабете 1 типа, так и при сахарном диабете 2 типа. В течении беременности потребность в инсулине быстро изменяется. Схемы и дозы инсулинотерапии также изменяются в зависимости от типа сахарного диабета и индивидуальных потребностей пациентки. При сахарном диабете 1 типа используется интенсифицированная базис-болюсная инсулинотерапия в режиме многократных подкожных инъекций инсулина, включающая одну и более инъекций инсулина средней длительности действия и инъекции инсулина короткого действия или инсулина ультракороткого действия перед каждым приемом пищи. Средняя суточная потребность инсулина составляет 0,86 ед/кг в

первом триместре беременности; 0,95 ед/кг во втором триместре беременности; 1,2 ед/кг в 3 триместре беременности.

Госпитализировать беременных с сахарным диабетом в эндокринологическое отделение рекомендуется на раннем сроке беременности для обследования, решения вопроса о сохранении беременности, более точного определения срока беременности, проведения профилактических мероприятий, компенсации диабета, обучения в «школе диабета».

Цели госпитализации:

- Постановка диабетического и акушерского диагноза;
- Точное клиническое обследование;
- Решение вопроса о сохранении беременности;
- Определение оптимальной дозы инсулина;
- Проведение курса профилактического лечения: оксигенотерапия, терапия липотропными средствами, витаминотерапия.

При подозрении на скрытый сахарный диабет, а также у женщин с высоким риском сахарного диабета обследование проводится сразу после подтверждения беременности. Обследование показано, если уровень глюкозы в плазме натощак 5,83 ммоль/л. Обследование проводят в два этапа. На первом этапе с помощью часового перорального теста на толерантность к глюкозе, выявляют нарушения толерантности к глюкозе. На втором этапе с помощью трехчасового теста подтверждают диагноз.

Методика проведения часового перорального теста на толерантность к глюкозе с 50 г глюкозы: пробу могут проводить в любое время. Беременная должна принять 50 г глюкозы внутрь в виде раствора. Через час необходимо взять кровь из вены и определить уровень глюкозы в плазме. Оценивают данный метод следующим образом:

- Уровень глюкозы < 7,8 ммоль/л: нарушения толерантности к глюкозе отсутствуют, при наличии факторов риска данный тест проводят повторно

через 4 недели. В отсутствии факторов риска дальнейшее обследование не требуется;

– Уровень глюкозы 7,8--10,6 ммоль/л: показание для проведения трехчасового теста;

– Уровень глюкозы $> 10,6$ ммоль/л: показание для проведения трехчасового теста, предположительный диагноз – диабет.

Методика проведения трехчасового перорального теста на толерантность к глюкозе со 100 г глюкозы: последний прием пищи должен быть за 12ч до обследования. Утром натощак беременная должна принять внутрь в виде раствора 100 г глюкозы. Кровь берется из вены через 1, 2 и 3 часа для определения уровня глюкозы в плазме.

Оценивают данный метод следующим образом: Если в любых двух пробах концентрация глюкозы превышает норму, диагноз диабета беременных не вызывает сомнений.

Следующая госпитализация осуществляется на сроке беременности 21-25 недели в связи с высокой вероятностью ухудшения течения диабета и появлением осложнений беременности. На этом сроке нарастает поздний токсикоз, по УЗИ определяется гипоплазия плаценты, появляется плацентарная недостаточность, есть возможность диабетической кетопатии. При сроке беременности 35-36 недель осуществляется госпитализация для тщательного наблюдения за плодом, лечения диабетических и акушерских осложнений, выбора метода и срока родоразрешения.

Во время беременности противопоказан прием следующих лекарственных средств:

– Таблетированные сахароснижающие препараты;

– Ганглиоблокаторы;

– Ингибиторы АПФ И блокаторы рецепторов ангиотензина 2;

– Антибиотики (аминогликозиды, тетрациклины, макролиды и др.)

– Статины;

Применение интенсифицированной инсулинотерапии при ведении беременных с сахарным диабетом, усовершенствование тактики ведения и лечения беременных, использование современных технологий дало возможность улучшить исходы беременности для матери и плода: снизилась частота тяжелых форм гестоза, многоводия, преждевременных родов, перинатальная смертность. Однако по-прежнему ведение беременных с сахарным диабетом остается сложной задачей, требующей совместных усилий врачей разных специальностей.

1.4 Осложнения и их профилактика во время беременности при сахарном диабете

Распространенность всех форм сахарного диабета среди беременных достигает 3,5%, из которых примерно 0,5% приходится на сахарный диабет 1 типа, а другие случаи – на сахарный диабет 2 типа и гестационный сахарный диабет. Больные сахарным диабетом 2 типа среди беременных встречаются достаточно редко, так как сахарный диабет 2 типа манифестирует после 35 лет, когда многие женщины уже не планируют реализовывать свою репродуктивную функцию. Частота встречаемости сахарного диабета 2 типа в последнее время повышается, так как имеется тенденция планировать беременность в более старшем возрасте. В подавляющем большинстве случаев сахарный диабет 1 типа существует у пациенток исходно, то есть до наступления беременности. На фоне сахарного диабета во время беременности потребность в суточном количестве инсулина претерпевает существенные изменения в разные сроки гестации. В первом триместре беременности особую опасность представляет развитие гипогликемических состояний, требующих своевременной коррекции режима и доз инсулина. Начиная с 13 недели гестации, выработка плацентарных гормонов увеличивается, что приводит к образованию инсулинорезистентности и прогрессивному повышению потребности в

инсулине, достигая высоких значений на 32-33 неделе беременности. Растущая потребность в инсулине, отсутствие своевременной коррекции режима и доз инсулина, может привести к таким последствиям, как диабетический кетоацидоз. К антенатальной гибели плода могут привести возникающие в организме матери метаболические изменения. Постепенное снижение потребности в инсулине начинается с 36-37 недели беременности, связанное с изменением выработки плацентарных гормонов, особенно у больных с сосудистыми осложнениями сахарного диабета и плацентарной недостаточностью. Мгновенное снижение потребности в инсулине может потребовать досрочного прерывания беременности. Потребность в инсулине снижается на 75-80% в родах и сохраняется достаточно низкой в первые 2-3 суток после родов. Обусловлены такие изменения тем, что в крови происходит резкое снижение уровня плацентарных гормонов. В послеродовом периоде суточная потребность в инсулине соответствует прегестационному периоду. Таким образом, у больных сахарным диабетом 1 типа, беременность может вызывать следующие трудности:

- Проблема компенсации углеводного обмена, риск развития кетоацидотической и гипогликемической комы;
- При не запланированной беременности прогрессирование сосудистых осложнений на фоне декомпенсированного сахарного диабета;
- Обострение хронических воспалительных заболеваний;
- Осложнения течения родов и беременности: развитие гестоза, невынашивание беременности, преждевременные роды, многоводия.

Гестационный сахарный диабет является наиболее частым вариантом нарушения углеводного обмена в гестационном периоде. Частота встречаемости гестационного сахарного диабета составляет 5-10% у женщин европейской расы. По современным представлениям, причиной гестационного сахарного диабета является неспособность организма увеличить секрецию инсулина до уровня, достаточного, чтобы обеспечить физиологическое

повышение потребности в инсулине и поддержать эугликемию во время беременности. Гестационный диабет проявляется во второй половине беременности, поскольку именно в этот период развивается физиологическая инсулинорезистентность. Гестационный сахарный диабет исчезает после родов, но возможен риск повторения при последующих беременностях. В гестационном периоде риск для здоровья матери при гестационном сахарном диабете значительно ниже, чем при сахарном диабете 1 типа. Однако для плода наличие у матери гестационного сахарного диабета сопровождается повышенным риском перинатальной смертности и неонатальной заболеваемости.

Профилактика осложнений беременности при сахарном диабете играет большую роль и включает в себя, прежде всего, поддержание постоянного стабильного уровня сахара с помощью режима питания и специальной диеты, чтобы не допускать резких скачков. Для этого нужно часто кушать, не менее 6 раз в день, чтобы питательные вещества и энергия поступали в организм регулярно и полностью исключить из своего рациона «быстрые» углеводы, такие как сахар, варенье и сладости. В рационе беременной должно быть повышенное содержание минералов и витаминов и определенное количество белка, необходимого строительного материала для клеток. Чтобы не упустить первые признаки развивающегося гестоза, часто встречающегося у беременных с диабетом, очень важно контролировать уровень глюкозы, еженедельную прибавку массы тела, артериальное давление и увеличение окружности живота. Большинству беременных при диабете в качестве физических нагрузок врачи предписывают ходьбу на свежем воздухе и легкую гимнастику, что улучшает обмен веществ, снижает уровень сахара, холестерина и останавливает прирост лишнего веса. Индивидуальное меню, количество калорий и режим физических нагрузок необходимо согласовывать с лечащим врачом-эндокринологом. Также можно посещать бассейн и заниматься аквааэробикой.

Каждая беременная с сахарным диабетом подлежит обязательной госпитализации на наиболее опасных при этом заболевании сроках

беременности, чтобы избежать возможных осложнений. Обычно врачи предлагают лечь в больницу трижды – на стадии диагностики беременности, на 22-24-й неделях и на 32-34-й неделях, так как эти периоды являются наиболее критичными и требуют усиленного контроля при подборе необходимой дозы инсулина. Желательно также посещать занятия в школах по планированию беременности при сахарном диабете, которые создаются при роддомах и отделениях эндокринологии. На этих занятиях будущим мамам рассказывают о необходимости профилактики осложнений беременности при сахарном диабете, чтобы выносить и родить здорового ребенка, несмотря на заболевание, объясняют важность диеты, помогают составить индивидуальное меню и график физических нагрузок.

ГЛАВА 2. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКУШЕРКИ ПРИ ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

2.1. Анализ статистических данных на базе исследования в ОГБУЗ «Губкинская ЦРБ»

Исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Губкинская ЦРБ», в 2019 году. Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Губкинская центральная районная больница» - крупное лечебно-профилактическое учреждение Губкинского городского округа, обслуживающее 120577 тысяч жителей. В больнице созданы все условия для своевременной и ранней диагностики различных заболеваний, их консервативного лечения с использованием мало инвазивных методик. В больнице оказывается медицинская помощь по 40 специальностям. В структуре больницы функционирует поликлиника на 1206 и женская консультация на 95 посещений в смену, 152 койки дневного стационара, 478 койки стационара круглосуточного пребывания (работает 13 профильных отделений и вспомогательные диагностические службы), две сельские районные больницы, три амбулатории и тридцать два фельдшерско-акушерских пункта. В лечебно-профилактическом учреждении работает 1569 человек, из них 236 врачей и 697 средних медицинских работников, 4 врача имеют почетное звание «Заслуженный врач РФ», 1 почетное звание "Заслуженный работник здравоохранения РФ", 11 медицинских работника награждены знаком «Отличник здравоохранения». Главным врачом организации является КРОТОВА ИРИНА ВИКТОРОВНА.

Исследование проводилось методом анкетирования-интервьюирования пациентов гинекологического отделения, страдающих сахарным диабетом, а также их родственников.

Для достижения цели дипломной работы нами была поставлена задача, проанализировать статистические данные женской консультации за 2016 г.-2018 г., из которых мы видим, что в 2018 году отмечается незначительное снижение беременных женщин, страдающих экстрагенитальной патологией с 73,5% до 71,9% на 1,6%. Снижение экстрагенитальной патологии произошло за счёт беременных страдающих заболеваниями эндокринной системы с 31,5% до 30% на 1,5%. Также в 2018 году незначительно уменьшилось количество беременных, страдающих заболеваниями эндокринной системы на 3,4%. Перинатальная смертность в 2018г. остается на прежнем уровне. Случаи перинатальной смертности распределились следующим образом: мертворождаемость – 1 – 1,5%, а случаи ранней неонатальной смертности 3-4,5%. Основными заболеваниями, которые осложняли беременность у женщин с перинатальными потерями – это заболевания мочеполовой и эндокринной системы. Для снижения эндокринной патологии при беременности необходимо улучшить качество подготовки женщин, страдающих эндокринными заболеваниями. Для этого необходимо улучшить работу акушерско-терапевтического-педиатрического комплекса между женской консультацией, взрослой и детской поликлиникой в плане преемственности для оздоровления девочек, подростков и взрослых женщин специалистами поликлиник.

Для достижения цели дипломной работы нами была поставлена задача, проанализировать статистические данные ОГБУЗ «Губкинской ЦРБ» за 2016 г.-2018 г., из которых мы видим, что в 2016 году было 1064 родов, в 2017 году произошел спад (892 родов), а в 2018 году замечено небольшое увеличение (909 родов).

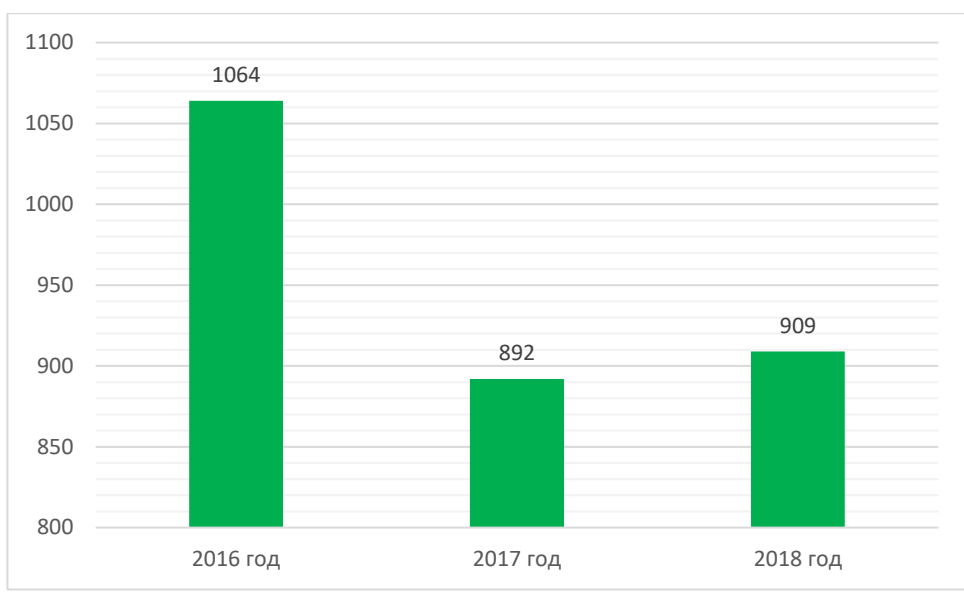


Рис. 1. Количество родов в ОГБУЗ «Губкинской ЦРБ» за 2016 – 2018г.

Из полученных статистических данных мы выяснили, что в 2018 году в ОГБУЗ «Губкинской ЦРБ» значительно увеличилось число беременных женщин с анемией. Число беременных женщин с сахарным диабетом в 2016 году составило 20 случаев, в 2017 году было выявлено 19 беременных женщин с сахарным диабетом, и в 2018 году эта цифра снизилась до 10 случаев сахарного диабета у беременных в год.

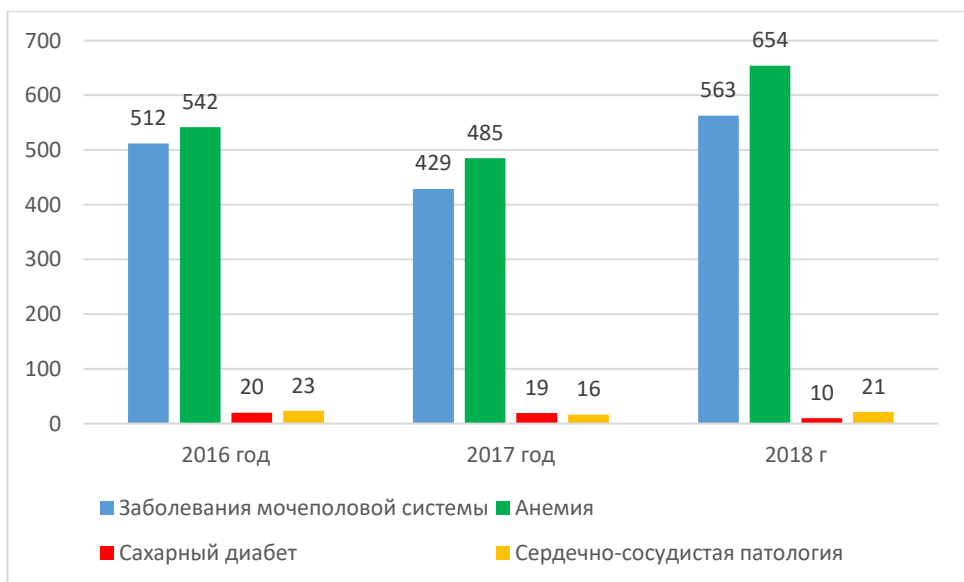


Рис. 2. Анализ заболеваний у беременных женщин в период с 2016 года по 2018год.

Изучая данную статистику, можно выделить, что в 2018 году количество родов составило 909. Из них 1,1% приходится на роды у женщин с сахарным диабетом.

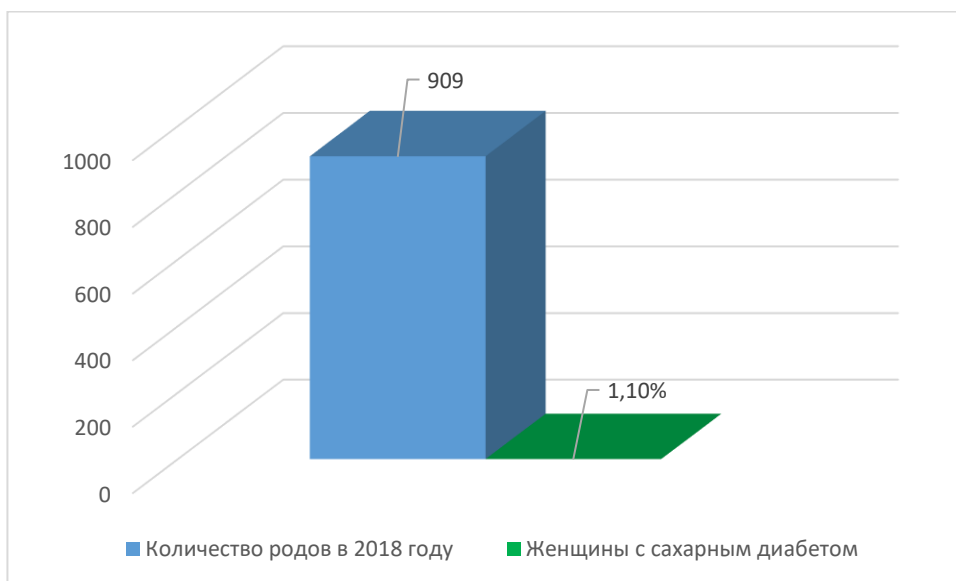


Рис. 3. Количество беременных женщин с сахарным диабетом в 2018 году по данным ОГБУЗ «Губкинской ЦРБ».

По изученным статистическим данным ОГБУЗ «Губкинской ЦРБ» можно заметить, что в период с 2016 по 2018 год госпитализацию прошли 75% беременных женщин с сахарным диабетом, остальные 25% женщин от госпитализации отказались.

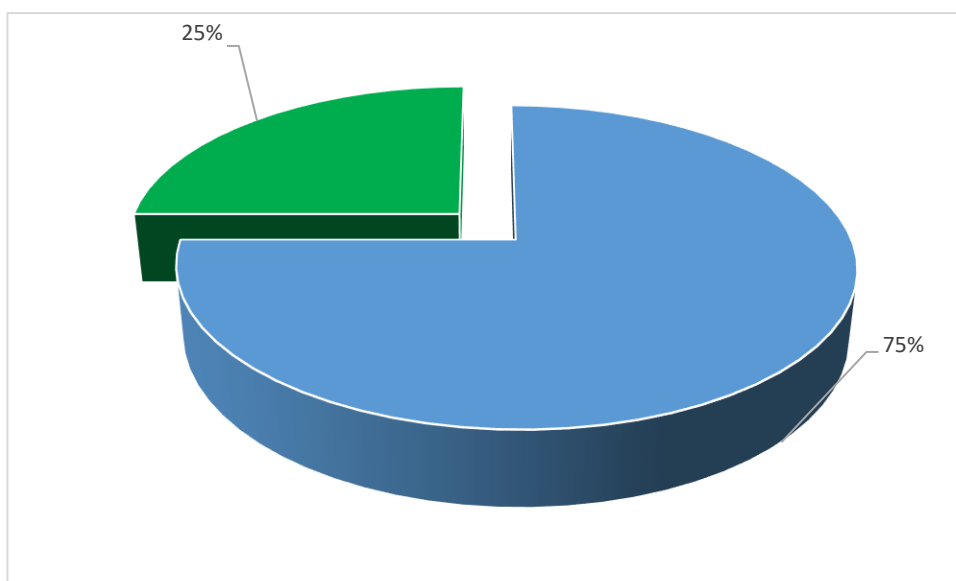


Рис. 4. Госпитализация беременных женщин с сахарным диабетом с 2016 года по 2018 год (по данным Губкинской центральной районной больницы)

Из полученных данных мы выяснили, что с 2016 по 2018 год в ОГБУЗ «Губкинской ЦРБ» родилось 25% младенцев с массой тела более 4кг., 63% младенцев родились с массой тела 2,5 – 3,9кг., остальные 12% младенцев имели массу тела менее 2,5кг.

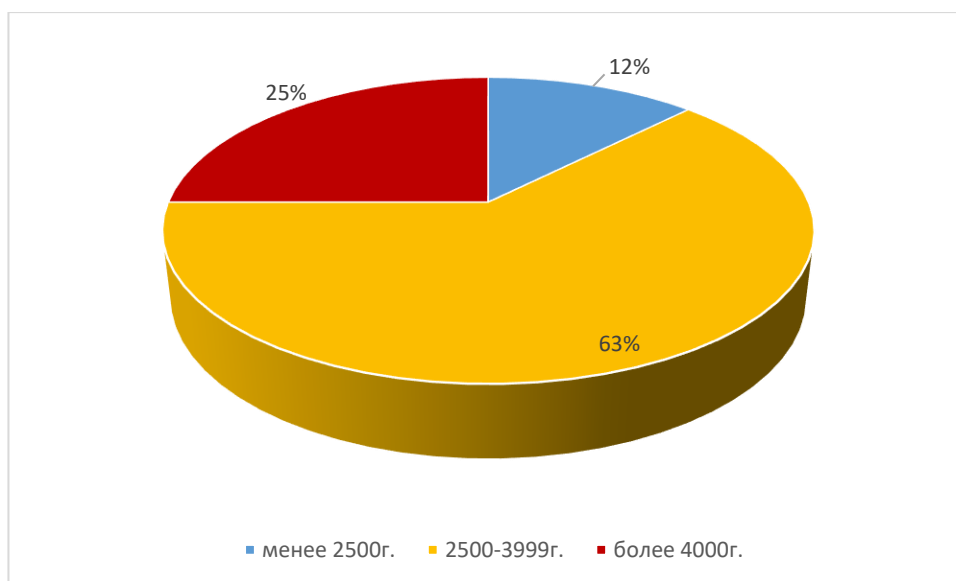


Рис. 5. Масса тела младенцев, рожденных в анамнезе женщинами с гестационным сахарным диабетом в период с 2016 по 2018 год.

Используемые методики:

В данном исследовании была применена анкета-интервью (см. приложение 1).
Обработка данных производилась с помощью пакета статистического анализа MS Excel

2.2. Анализ социологического опроса методом анкетирования

Для изучения проблем пациентов, страдающих сахарным диабетом и имеющих предрасположенность к данному заболеванию, мы провели исследовательскую работу на базе ОГБУЗ «Губкинская ЦРБ». Исследование было проведено путём

анкетирования. Анкета, созданная нами, содержала 11 вопросов. В ней были указаны факторы риска (возраст, избыточная масса тела. Это даёт возможность оценить состояние пациента на данный момент и предположить вероятные риски, а значит, возможность составление программы для их предотвращения.

Порядок проведения исследования:

Участвующим в анкетировании была предложена анкета-интервью, которая состоит из 11 вопросов. Больным выдавались бланки анкеты-интервью и авторучки. Участники имели право выбрать один или несколько вариантов ответа. Обработка результатов была проведена по каждому вопросу. В исследовании приняли участие 8 человек.

Из полученных данных анкетирования мы выяснили, что большинство респондентов, страдающих сахарным диабетом, приходится на возраст от 25 до 35 лет.

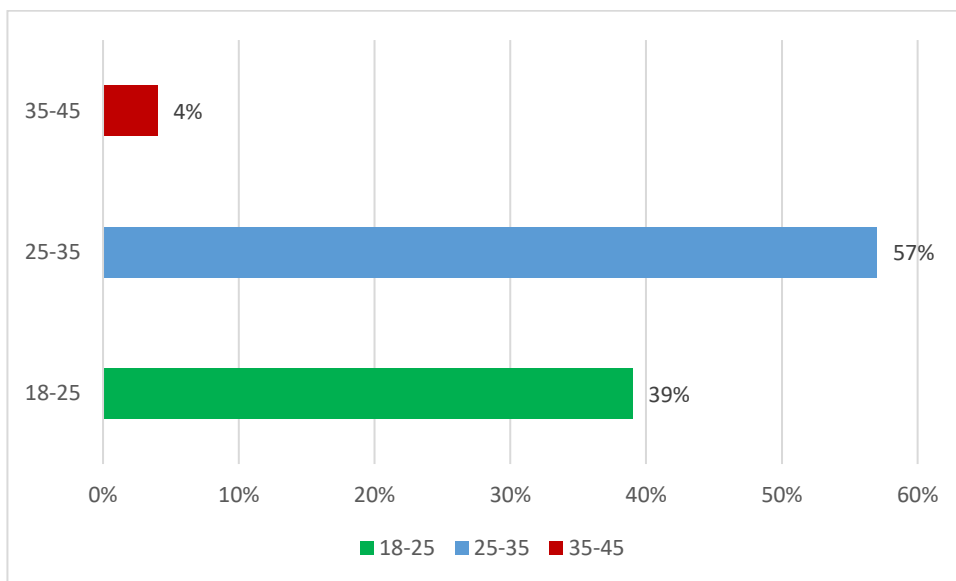


Рис. 6. Ваш возраст

Из анкетирования мы выяснили, что большинство респондентов имеют нормальную массу тела (37,5%), также среди опрошенных были пациентки с ожирением первой степени (37,5%), остальные респонденты имеют избыточную массу тела (25%).

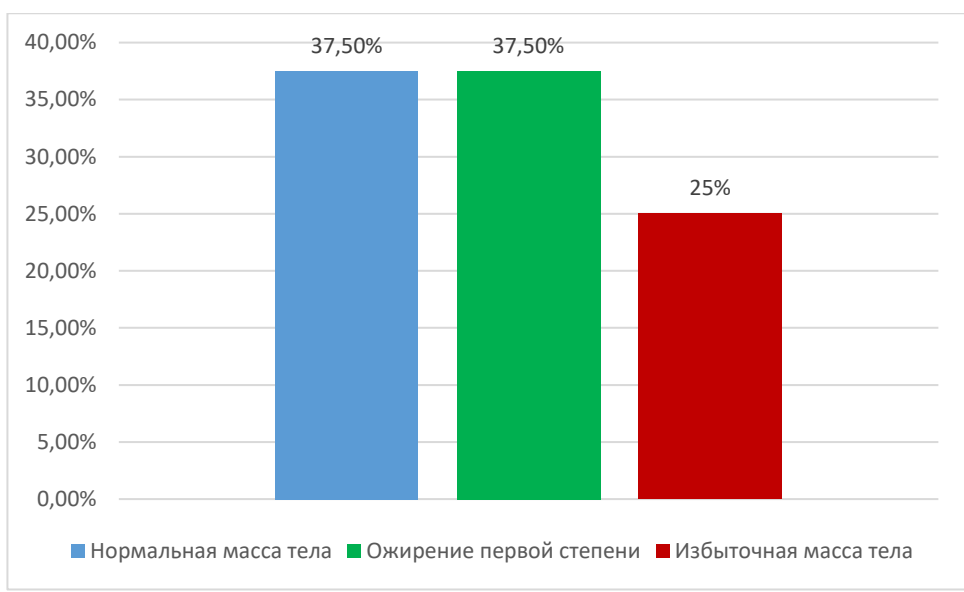


Рис. 7. Укажите ваш индекс массы тела:

Проводя данное исследование, выявлено, что у 62,5% анкетированных имеется избыточная масса тела. У 37,5% анкетированных нормальная масса тела.

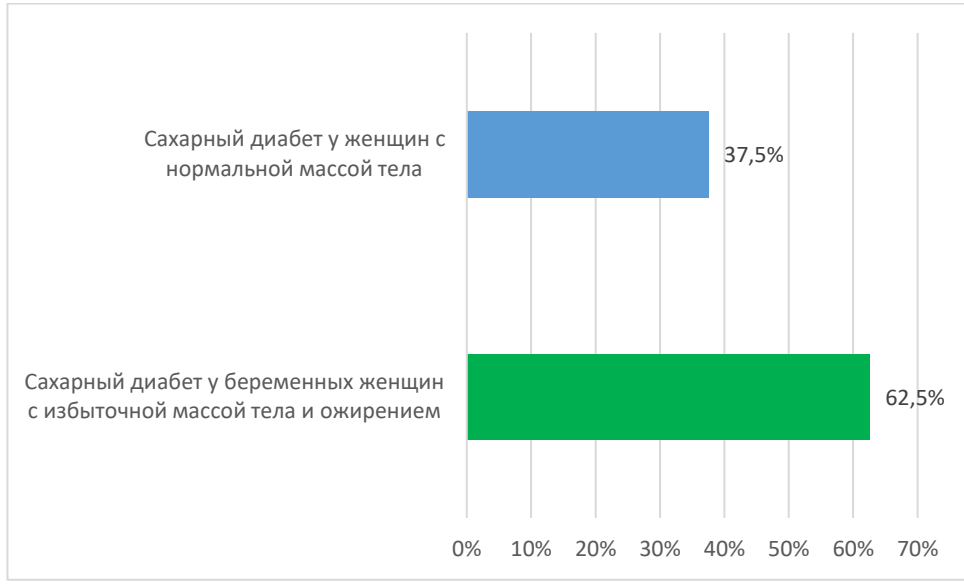


Рис. 8. Частота встречаемости сахарного диабета у беременных с избыточной массой тела, ожирением и с нормальной массой тела.

Причиной отсутствия самоконтроля среди пациенток с гипогликемическими состояниями у 48% анкетированных является отсутствие глюкометра. У 33% анкетированных нет тест-полосок, 10% анкетированных боятся делать укол. Остальные 9% не считают нужным.

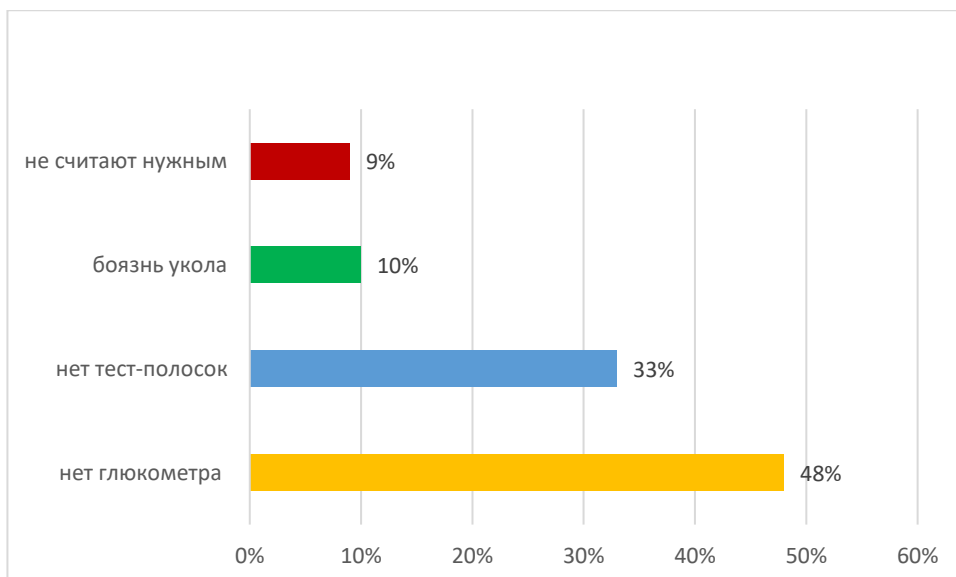


Рис. 9. Причины отсутствия самоконтроля среди пациенток с гипогликемическими состояниями

По результатам данного вопроса 50% анкетированных затрудняется ответить, 12,5% не знают про группы риска сахарного диабета. 37,5% анкетированных знают о группе риска.

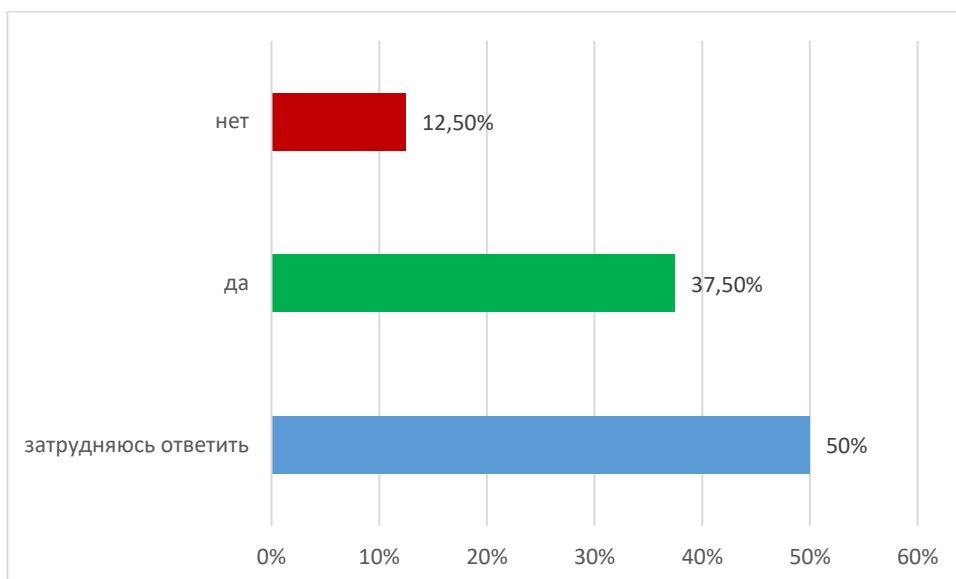


Рис. 10. Известно ли вам о группах риска развития сахарного диабета?

Из анкетирования мы выяснили, что часть пациентов, составляющая 25%, имеют родственников, которые болели гестационным диабетом, а 62,5% опрошенных затрудняются ответить на данный вопрос.

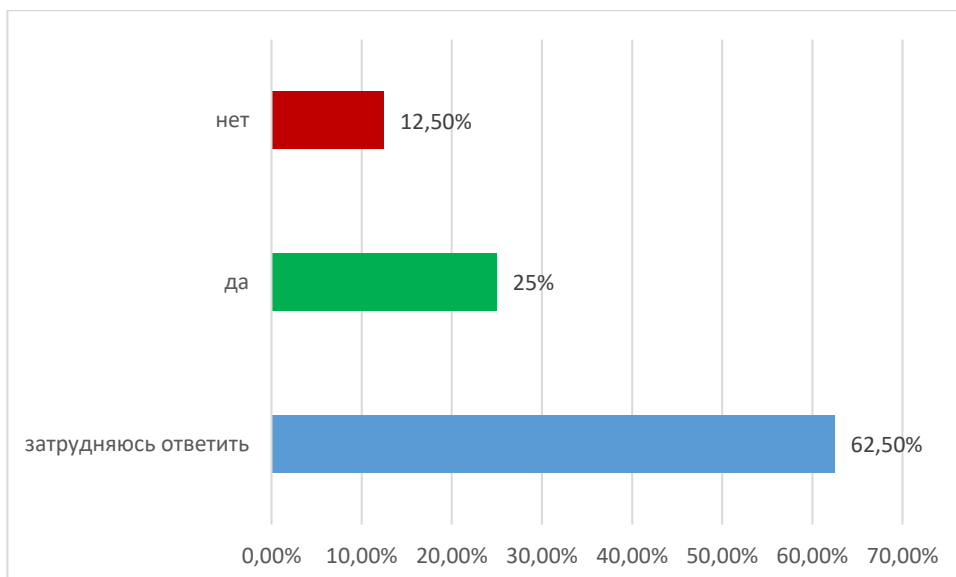


Рис. 11. Есть ли у вас родственники, которые болели или болеют гестационным сахарным диабетом?

При анкетировании пациентов мы выяснили, что 38% анкетиремых затрудняются ответить про возможные осложнения гестационного сахарного диабета.



Рис. 12. Как вы предполагаете, какие осложнения заболевания гестационным сахарным диабетом могут возникнуть в случае отсутствия лечения?

Согласно данным исследования, из всех анкетиремых 75% диагноз поставили до 13 недели, 25% диагноз установили на 14-27 неделе.

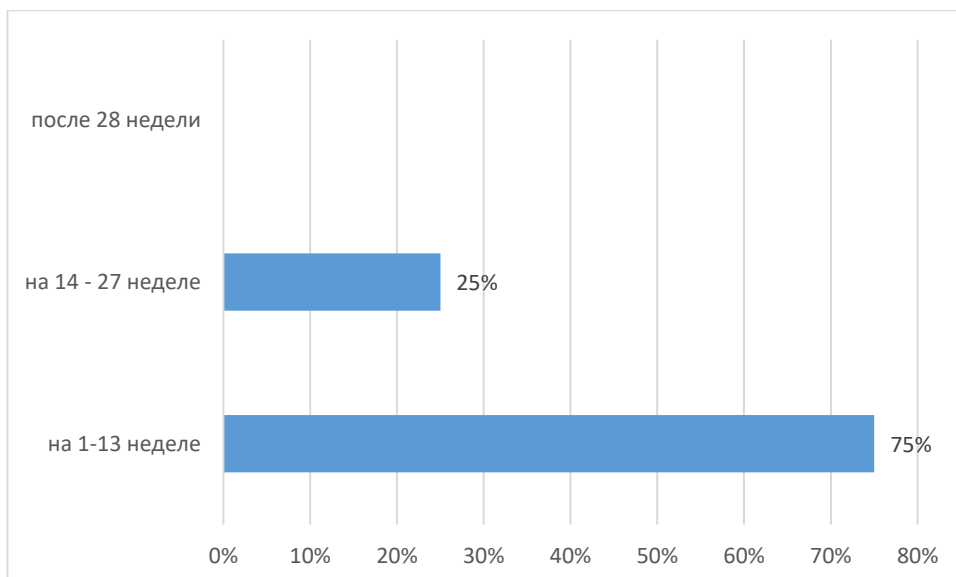


Рис. 13. На какой неделе беременности вам поставили диагноз гестационный сахарный диабет?

Так же мы установили, что, со слов опрошенных, у 37% анкетированных генетическая предрасположенность к гестационному сахарному диабету отсутствует. У 25% выявлен диабет у родственников 2 и 4 линии, и еще у 25% диабет обнаружен у родственников первой линии. Остальные 12,5% затрудняются ответить.

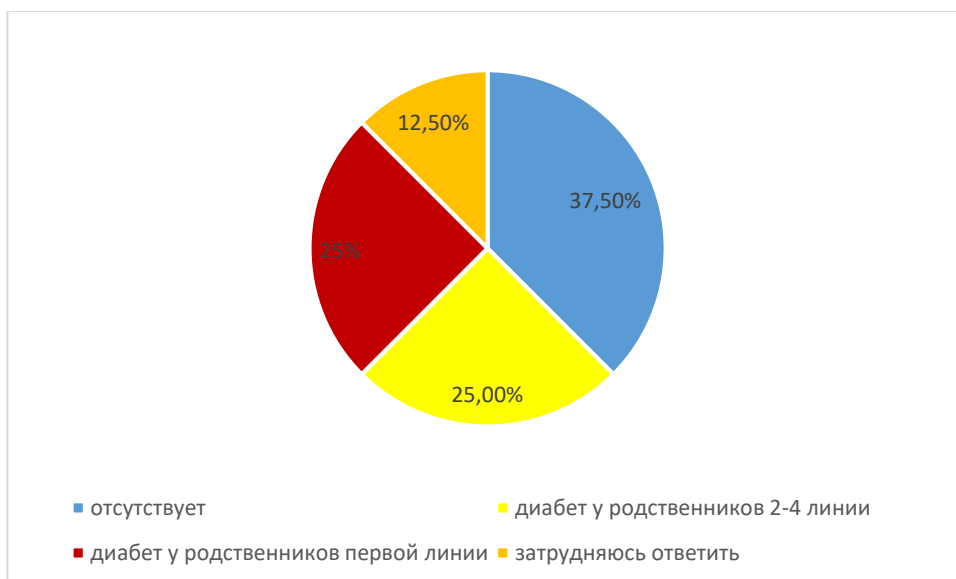


Рис. 14. Имеется ли у вас генетическая предрасположенность к гестационному сахарному диабету?

Во время исследовательской работы нами было установлено, что у 62,5% анкетированных отсутствуют вредные привычки, у 25% есть одна или несколько вредных привычек. Остальные 12,5% затрудняются ответить.



Рис. 15. Имеются ли у вас вредные привычки?

При сборе и обработке данных, полученных при анкетировании, мы выявили, что большинство участников опроса (а именно 63% анкетированных планировали свою беременность, остальные 37% не планировали беременность.)

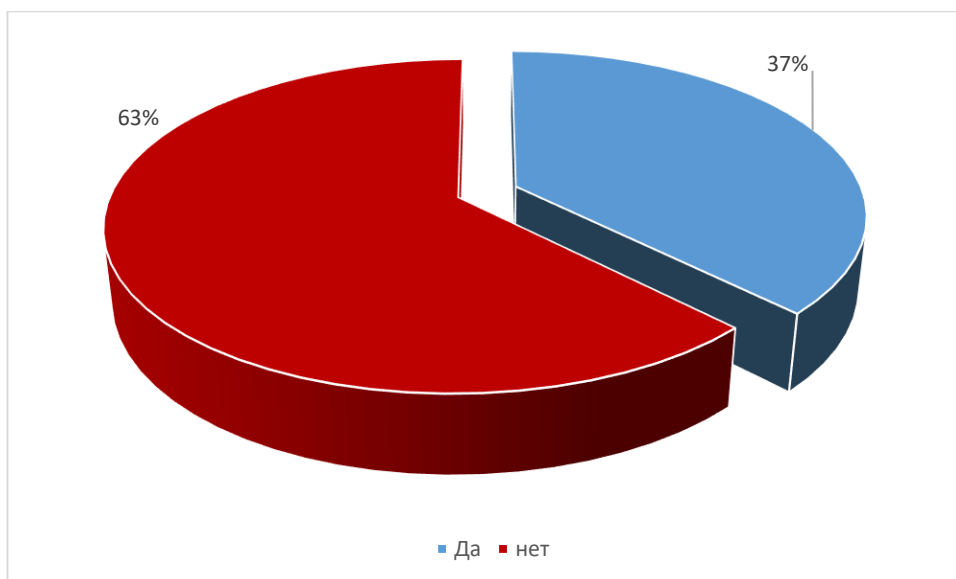


Рис. 16. Планировали ли вы свою беременность?

Во время проведения исследования нами было выяснено, что назначенную диету соблюдают лишь 37,5%. Не всегда диету соблюдают 25% опрошенных, и только 37,5% строго соблюдают назначенную диету.

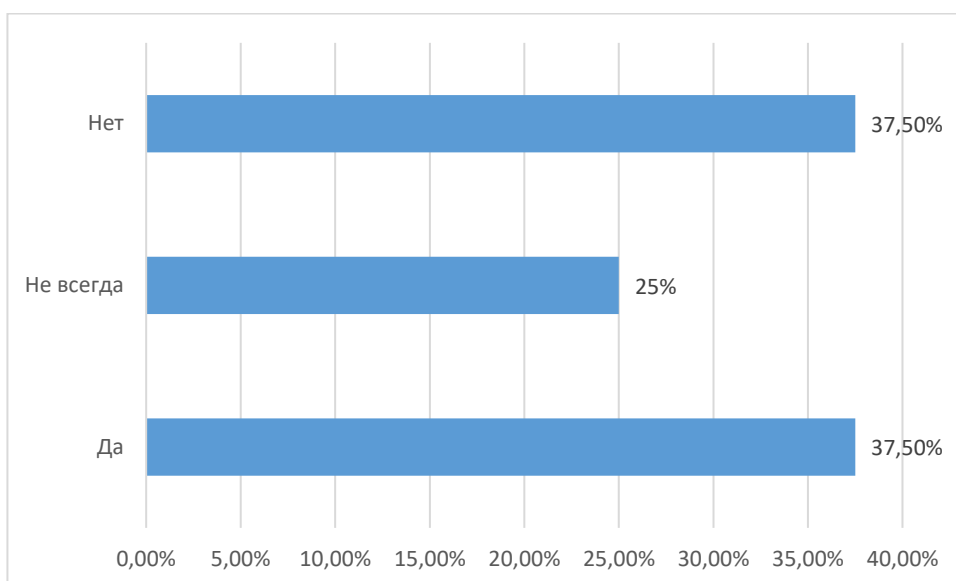


Рис. 17. Соблюдаете ли вы назначенную вам диету?

Согласно данным исследования, теоретическую и практическую подготовку в одной из школ «Беременности и сахарного диабета» 87% опрошенных не проходили.

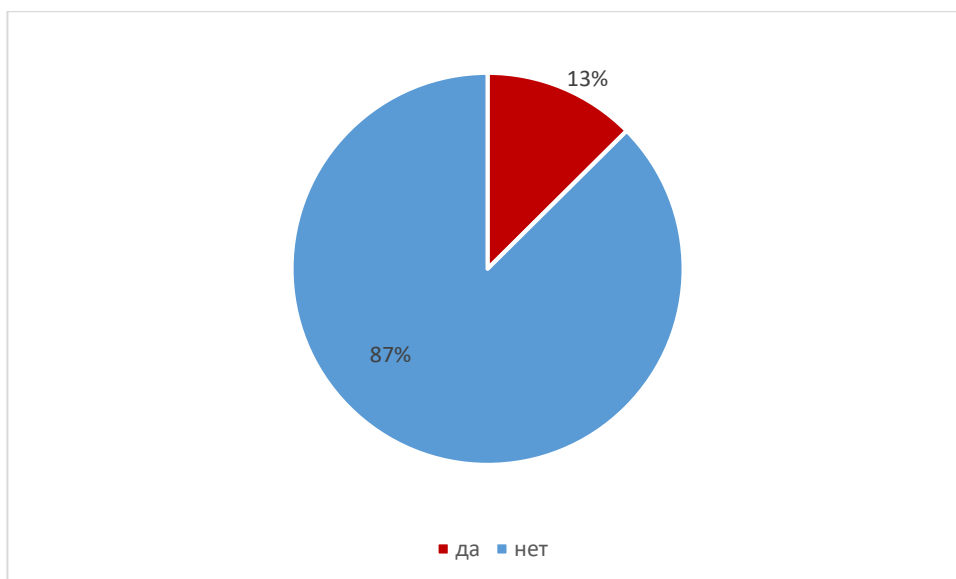


Рис. 18. Проходили ли вы теоретическую и практическую подготовку в одной из школ «Беременности и сахарного диабета»?

Во время проведения анкетирования, на вопрос о умении измерять концентрацию глюкозы в крови с помощью глюкометра большинство (а именно 62,5% опрошенных) пациенток ответило отрицательно. Оставшиеся 37,5% подтвердили, что умеют измерять концентрацию глюкозы в крови с помощью глюкометра.

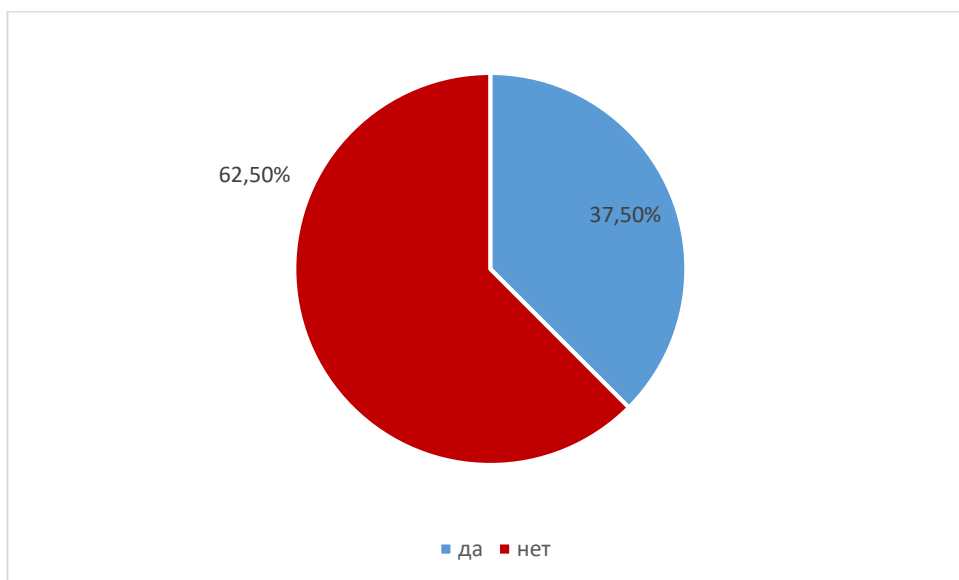


Рис. 19. Умеете ли вы точно измерять концентрацию глюкозы в крови с помощью глюкометра?

РЕКОМЕНДАЦИИ

В своей практической работе акушерка должна знать и применять методы профилактики заболеваний эндокринной системы. Осознавая величину влияния возможных осложнений на беременность, акушерка должна давать нижеизложенные рекомендации по профилактике осложнений, а так же следить за их выполнением.

- Соблюдать режим дня, назначенную диету, вести здоровый образ жизни, отказаться от вредных привычек;
- Ежегодно, а также по назначению врача, проходить медицинские осмотры;
- Постоянное наблюдение за концентрацией глюкозы в крови;
- При избыточной массе тела необходимо соблюдать низкокалорийную диету;
- Проходить теоретическую и практическую подготовку в одной из школ «Беременности и сахарного диабета»;

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итоги нашей исследовательской работы, можно сказать, что в настоящее время активно изучаются и разрабатываются меры профилактики гестационного сахарного диабета. В результате проделанной работы мы выявили тот факт, что беременные пациентки с сахарным диабетом недостаточно информированы о возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время беременности на фоне сахарного диабета, а также о влиянии сахарного диабета в целом на беременность и на плод, и недооценивают значение строгого соблюдения назначенной диеты.

Выводы:

- На основе данных научно-методической литературы, статистических материалов мы выделили основные группы повышенной степени риска: возраст старше 35 лет, женщины с избыточной массой тела, диабет беременных в предыдущей беременности, рождение ребенка весом более 4 кг в предыдущую беременность и наличие в семье близких родственников с сахарным диабетом. Отталкиваясь от этого, мы проанализировали основные вопросы о влиянии сахарного диабета на беременность и на развитие возможных осложнений.
- При определении групп риска мы исходили из наших исследований. Основными факторами по соматическим показателям являются возраст старше 35 лет (57% наших респондентов вошли в возрастную группу от 18 до 25 лет, 39% вошли в возрастную группу от 25 до 35 лет, остальные 4% входят в возрастную группу от 35 лет), избыточная масса тела — 25% пациентов имеют избыточный вес, а 37,5% опрошенных — ожирение.
- В результате проделанной работы мы выявили тот факт, что беременные женщины с сахарным диабетом недостаточно информированы о вреде влияющих на их здоровье вредных привычек и недооценивают значение строгого соблюдения здорового образа жизни и соблюдения назначенной диеты в профилактике сахарного диабета.

– Нами были сформированы рекомендации для беременных женщин с фактором риска возникновения сахарного диабета, а также для беременных женщин страдающих сахарным диабетом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Балаболкин, М.И. Сахарный диабет [Текст]: Учебник: [124 ст.] / М.И. Балаболкин - М. : Медицина, 1994.
2. Гольдберг, Е. Д. , Ещенко В. А. , Бовт В. Д. Сахарный диабет. Томск, 1993.
3. Грязнова, И. М. , Второва В. Г. Сахарный диабет и беременность. М. : Медицина, 1985.
4. Давиденкова, Е. Ф. , Либерман И. С. Генетика сахарного диабета. Л. : Медицина, 1988.
5. Доброхотова, Ю.Э Клинические лекции по акушерству и гинекологии: [руководство] / [Ю.Э. Доброхотова и др.]; под ред. Ю.Э. Доброхотовой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 312 с. - (Библиотека врача-специалиста).
6. Паньков, В. И. Методы раннего выявления и итоги диспансеризации больных сахарным диабетом. // Проблемы эндокринологиию. 1986. №4.
7. Радзинский, В.Е. Женская консультация: руководство / Под ред. В.Е. Радзинского. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 472 с. : ил. (Библиотека врача-специалиста).
8. Сумарков, А.В. Внутренние болезни. / Под ред. А. В. Сумаркова. М. :Медицина, 1993.Т. 2.
9. Чурмантаева, Г.Х. О диабетической ретинопатии. // Вопросы эндокринологии. 1988. № 5.
10. Шехтман, М.М Заболевания внутренних органов и беременность. / Под ред. М.М. Шехтмана, Т.П. Бархатовой. Медицина, 1982г.
11. Айламазян, Э.К. Сахарный диабет и репродуктивная система женщины [Электронный ресурс] / под ред. Э.К. Айламазяна - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017.

12. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс] Иллюстрированный учебник / Невиль Ф. Хакер, Джозеф К. Гамбон, Кельвин Дж. Хобел; пер. с англ. под ред. Э.К. Айламазяна. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012." - <http://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2361X.html>
13. Акушерство [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - (Серия "Национальные руководства"). - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449165.html>
14. Сахарный диабет и репродуктивная система женщины [Электронный ресурс] / под ред. Э.К. Айламазяна - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017.
15. Витаминно-минеральный комплекс при беременности [Электронный ресурс] / Е.В. Ших, А.А. Абрамова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.
16. Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. № 01.2016 [Электронный ресурс] / гл. ред. Е.А. Соснова - М. : Медицина, 2016. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN2313872620161.html>
17. Акушерство и гинекология, 2018, 02 (20) [Электронный ресурс] журнал / Главный редактор Г.Т. Сухих - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018

ПРИЛОЖЕНИЯ

Анкета.

Уважаемый респондент!

Просим Вас принять участие в анкетировании с целью выявления факторов развития вашего заболевания и определения мер профилактики. Анкета заполняется анонимно и добровольно. Благодарим за участие.

1. Ваш возраст:

1. 18-25
2. 25-35
3. 35-45

2. Укажите ваш индекс массы тела:

1. 16 и менее
2. 16 – 18,5
3. 18,5 – 25
4. 25 – 30
5. 30 – 35
6. 35 – 40
7. 40 и более

3. Если у вас бывают гипогликемические состояния и вы их не контролируете, то укажите причины отсутствия самоконтроля (если вы можете определить концентрацию сахара в крови, то перейдите к следующему вопросу):

1. Отсутствует глюкометр
2. Отсутствуют тест – полоски
3. Боязнь уколов
4. Мне это не нужно

4. Известно ли вам о группах риска развития сахарного диабета?

1. Да
2. Нет

3. Затрудняюсь ответить

5. Есть ли у вас родственники, которые болели или болеют гестационным сахарным диабетом?

1. Да

2. Нет

3. Затрудняюсь ответить

6. Как вы предполагаете, какие осложнения заболевания гестационным сахарным диабетом могут возникнуть в случае отсутствия лечения?

1. Проблемы с ногами

2. Снижение мыслительной активности

3. Инфаркт, инсульт

4. Снижение уровня зрения до полной его потери

5. Все перечисленное

6. Затрудняюсь ответить

7. На какой неделе беременности вам поставили диагноз гестационный сахарный диабет?

1. На 1 – 13 неделе

2. На 14 – 27 неделе

3. После 28 недели

8. Имеется ли у вас генетическая предрасположенность к гестационному сахарному диабету?

1. Отсутствует

2. Диабет у родственников первой линии

3. Диабет у родственников 2-4 линии

4. Затрудняюсь ответить

9. Имеются ли у вас вредные привычки?

1. Да

2. Нет

3. Затрудняюсь ответить

10. Планировали ли вы свою беременность?

1. Да
2. Нет

11. Соблюдаете ли вы назначенную вам диету?

1. Да
2. Нет
3. Не всегда

12. Проходили ли вы теоретическую и практическую подготовку в одной из школ «Беременности и сахарного диабета»?

1. Да
2. Нет

13. Умеете ли вы точно измерять концентрацию глюкозы в крови с помощью глюкометра?

1. Да
2. Нет

Диетотерапия будущей матери должна обеспечить достаточную калорийность и полный набор веществ, необходимых для формирования плода.

Женщине в положении, страдающей от повышенного сахара, следует соблюдать такие правила:

- * Есть дробно, 3 раза небольшими порциями плюс 2-3 перекуса между ними.
- * Пить достаточное количество жидкости в сутки (от 1,5 л).
- * Исключить жареную и жирную пищу, богатую быстрыми углеводами.
- * Убрать из рациона обилие клетчатки, замедляющей всасывание сахара.
- * Уменьшить в рационе жиры и простые продукты, перейти на меню богатое белками и сложными углеводами.

Грамотное питание при гестационном диабете беременных означает категорическое исключение таких продуктов как:

- * кондитерские изделия всех видов;
- * молочные и кисломолочные продукты высокой жирности;
- * соки, газированные напитки, содержащие сахар;
- * сладкие фрукты (свежие, консервированные, сушеные);
- * консервы и копчености; манная крупа, белый рис.



Примерное меню на день:

- * Завтрак: овсяная каша, бутерброд из черного хлеба с маслом, несладкий чай.
- * Второй завтрак: творог с кусочками яблок, овощной сок.
- * Обед: бульон из птицы с ржаными сухариками, гречневая каша, котлеты из рыбы приготовленные на пару.
- * Полдник: нежирный сыр и апельсин.
- * Ужин: тушеная капуста, отварная индейка, травяной отвар.
- * На ночь: натуральный йогурт и ржаной хлеб.

Будьте здоровы!