

РЕЧЬ К ЗАЩИТЕ КУРСОВОЙ РАБОТЫ

1 СЛАЙД

Здравствуйте, уважаемые члены экзаменационной комиссии. Разрешите представить вашему вниманию курсовую работу по теме: Гестационный сахарный диабет, этиология, клиника, диагностика и лечение.

2 СЛАЙД. Актуальность исследования.

В России, по данным Государственного регистра сахарного диабета, распространенность гестационного сахарного диабета составляет 8-9%. По данным международных исследований около 17% всех беременностей осложняется гестационным сахарным диабетом, и наблюдается тенденция к росту заболеваемости. ГСД — серьезная медико-социальная проблема, так как в значительной степени увеличивает вероятность нежелательных исходов беременности для матери и плода (новорожденного).

3 СЛАЙД. Объект и предмет исследования

Учитывая особенности лечения пациентов с заболеваниями эндокринной системы, а также беременных пациентов, с помощью режима и диеты, можно значительно улучшить жизнь пациентов с проявлениями «гипергликемического» синдрома.

4 СЛАЙД. Этиология гестационного сахарного диабета

Гестационный сахарный диабет (или сахарный диабет беременных) – это состояние, характеризующееся повышением сахара крови во время беременности и, обычно, спонтанно исчезающее после родоразрешения. Выявляется ГСД в разные сроки: в I триместре примерно у 2.1%, во II триместре у 5.6%, в III триместре у 3.1%.

Гестационный сахарный диабет при беременности развивается в результате снижения чувствительности клеток и тканей организма к собственному инсулину, т. е. развивается инсулинорезистентность, что связано с повышением в крови уровня гормонов, вырабатываемых организмом при беременности. Основную роль в этом процессе играют фетоплацентарные гормоны (плацентарный лактоген и прогестерон) и гормоны матери (кортизол, эстрогены, пролактин), концентрация которых в крови также возрастает с увеличением сроков беременности. Кроме того,

у беременных уровень глюкозы снижается более стремительно из-за потребностей в ней плода и плаценты, что также сказывается на гомеостазе. Следствием вышеперечисленных факторов является компенсаторное увеличение выработки инсулина поджелудочной железой. Именно поэтому в крови беременных чаще всего показатели уровня инсулина повышены. Если же поджелудочная железа не может вырабатывать инсулин в требуемом организмом беременной количестве, развивается гестационный сахарный диабет.

5 СЛАЙД. Факторы, влияющие на развитие ГСД.

Факторы риска развития гестационного сахарного диабета:

- ожирение (индекс массы тела более 30);
- возраст женщины старше 30 лет;
- артериальная гипертензия другие заболевания сердечно-сосудистой системы;
- тяжелые токсикозы и гестозы в анамнезе;
- рождение предыдущего ребенка с избыточным весом (более 4,0 кг), мертворождение при предыдущих беременностях;
- врожденные пороки развития сердечно – сосудистой и нервной систем у предыдущих детей;
- хроническое невынашивание предыдущих беременностей, характеризующееся самопроизвольными абортами в первых двух триместрах;
- гестационный сахарный диабет при предыдущих беременностях.

6 СЛАЙД. Таблица с клинической картиной ГСД.

Клинические проявления ГСД: сухость во рту, жажда (полидипсия), потребление увеличенного количества жидкости (более 2 л/сут), полиурия, зуд кожи, особенно в области ануса, половых органов, преходящее нарушение зрения, нарушение сна. Выражена склонность к гнойничковым заболеваниям кожи (пиодермия, фурункулёз) и слизистых оболочек (вагиниты).

7 СЛАЙД. Клиническая картина ГСД.

В родах у беременных ГСД возможна как высокая гипергликемия с ацидозом (под влиянием таких эмоциональных воздействий, как боль, страх), так и гипогликемия вследствие физической активности, утомления женщины. В послеродовом периоде

концентрация глюкозы в плазме крови падает, а в дальнейшем к 4-5-му дню нарастает, поэтому дозу инсулина постепенно увеличивают и к 7-10-му дню послеродового периода доводят до той, которую использовали до беременности. Следует помнить, что повышенная склонность беременных к гестационному сахарному диабету приводит к развитию тяжёлых форм гестоза и других осложнений беременности, которые в свою очередь диктуют необходимость строжайшего наблюдения за динамикой массы тела, артериального давления, анализами мочи и крови, а также педантичного соблюдения режима самой беременной

8 СЛАЙД. Таблица диагностики ГСД.

Жалобы и анамнез

В большинстве случаев ГСД не проявляется клинической картиной, характерной для дебюта СД, или симптомы гипергликемии могут расцениваться пациенткой как проявления беременности, например, частое мочеиспускание.

Физикальное обследование

Пациентам проводятся:

- Измерение роста;
- Измерение массы тела;
- Измерение артериального давления.

Лабораторная диагностика

Рекомендуется проводить диагностику нарушения углеводного обмена во время беременности в 2 фазы: при первом обращении беременной к врачу (1 фаза) и на 24–28-й неделе беременности (2 фаза).

При первом обращении беременной к врачу любой специальности на сроке до 24 недель рекомендуется проводить одно из следующих исследований:

- **глюкоза венозной плазмы натощак;**
- **HbA1c;**
- **глюкоза венозной плазмы в любое время дня вне зависимости от приема пищи.**

9 СЛАЙД. Диагностика ГСД.

Всем женщинам, у которых не было выявлено нарушение углеводного обмена на ранних сроках беременности, между 24-й и 28-й неделями рекомендуется проводить пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ) с 75 г глюкозы. Рекомендованный оптимальный срок для проведения ПГТТ - 24–26 недель, однако он может быть проведен вплоть до 32 недели.

ПГТТ – безопасный нагрузочный диагностический тест.

Правила проведения ПГТТ

ПГТТ с 75 г глюкозы является безопасным нагрузочным диагностическим тестом для выявления нарушения углеводного обмена во время беременности. Интерпретацию результатов тестирования проводят акушеры-гинекологи, терапевты, врачи общей практики. Специальной консультации эндокринолога для установки факта нарушения углеводного обмена во время беременности не требуется. Тест выполняется на фоне обычного питания (не менее 150 г углеводов в день), как минимум, в течение 3 дней, предшествующих исследованию. Тест проводится утром натощак после 8-14-часового ночного голодания. Последний прием пищи должен обязательно содержать 30-50 г углеводов. Пить воду не запрещается. В процессе проведения теста пациентка должна сидеть. Курение до завершения теста запрещается. Лекарственные средства, влияющие на уровень глюкозы крови (поливитамины и препараты железа, содержащие углеводы, глюкокортикоиды, β -адреноблокаторы, β -адреномиметики), по возможности, следует принимать после окончания теста. Использование портативных средств самоконтроля (глюкометров) для проведения теста запрещено.

Забор крови производится в холодную пробирку (лучше вакуумную), содержащую консерванты

10 СЛАЙД. Схема лечения ГСД.

Лечение ГСД осуществляет эндокринолог или терапевт. Оно включает в себя медикаментозное и немедикаментозное лечение.

11 СЛАЙД. Таблица немедикаментозного лечения.

Немедикаментозное лечение включает в себя диету стол №9:

- исключение легкоусвояемых углеводов;

- дробный равномерный приём сложных углеводов в течении дня (три основных и три промежуточных приёма пищи);
- приём пищи, богатой белками;
- ограничение жиров, особенно молочных;
- употребление не более двух распространённых фруктов.

Дозированные аэробные физические нагрузки в виде ходьбы не менее 150 минут в неделю, плавание в бассейне, акваэробика и йога для беременных, скандинавская ходьба. При неэффективности проводимой немедикаментозной терапии, проводится медикаментозная терапия.

12 СЛАЙД. Медикаментозная терапия.

При беременности рекомендуют использовать только генно-инженерные человеческие инсулины. Для лечения СД, особенно у беременных, лучше использовать инсулиновую помпу – медицинское устройство для введения инсулина. Это устройство служит альтернативой многократным ежедневным инъекциям инсулина инсулиновым шприцом или инсулиновой шприц-ручкой и позволяет проводить интенсивную инсулинотерапию при использовании в сочетании с мониторингом концентрации глюкозы и подсчётом количества углеводов. Показания к инсулинотерапии: невозможность достижения целевых показателей гликемии (два и более нецелевых значений гликемии при соблюдении рекомендаций по диетотерапии) в течение 1–2 недель самоконтроля. Схема инсулинотерапии подбирается индивидуально в зависимости от уровня сахара в крови (гликемии) и количества сахара в моче (глюкозурии).

13 СЛАЙД. История болезни.

Пациентка Малышева Е.С., в возрасте 32 года, была направлена участковым акушер-гинекологом в отделение патологии с диагнозом гестационный сахарный диабет.

Жалобы пациентки на момент опроса: сухость во рту, повышенный аппетит, сильную утомляемость.

Из анамнеза заболевания известно, что пациентка считает себя больной после наступления беременности (второй по счёту). На момент развития заболевания ощущала периодическую сильную утомляемость, повышенный аппетит, частое присутствие сухости во рту.

Из анамнеза жизни: отягощённая наследственность (у матери – во время беременности, выявлен гестационный сахарный диабет).

Объективное исследование (данные, важные для диагноза):

Состояние пациентки удовлетворительное. Конституция: гиперстенический тип телосложения; рост: 170 см. Вес: 98 кг. ИМТ: 33,9 кг/м.² Со стороны ЖКТ: аппетит – повышен; язык обложен беловатым налетом у корня; стул: запор (кратность стула 2-3 раза в 3 - 4 дня), характер испражнений (полуоформленные). Обследование мочевыделительной системы: суточное количество мочи: полиурия.

14 СЛАЙД. История болезни.

Данные лабораторного и инструментального обследования и интерпретация результатов. Общий анализ мочи (от 17.03.2020г.): сахар: положительный (глюкозурия) - 12mmol/L. Гликированный гемоглобин (HbA1c) (от 17.03.2020 г.): 13,3 mmol/L. Глюкозотолерантный тест (ГТТ) (от 18.03.2020 г.): натощак: 8,0 mmol/L; через 1 час после ГТТ – 13,3 mmol/L; через 2 часа после ГТТ – 11 mmol/L.

Клинический диагноз

Гестационный сахарный диабет. Ведущий синдром: гипергликемический.

Обоснование диагноза

На основании наличия у пациентки: жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, данных объективного обследования и методов лабораторной диагностики поставлен диагноз гестационный сахарный диабет.

15 СЛАЙД. История болезни (таблица дифференциальной диагностики).

Для уточнения диагноза гестационный сахарный диабет была проведена дифференциальная диагностика с такими заболеваниями как сахарный диабет I типа и острый панкреатит.

16 СЛАЙД. История болезни (дневник наблюдения).

Пациентка находилась под наблюдением в течении пяти дней Пациентка наблюдалась в течении 5-ти дней (17.03.2020г. по 21.03.2020г.). За время наблюдения за пациенткой состояние значительно улучшилось, все предъявляемые жалобы исчезли. При выписке из отделения стационара пациентке показана диета №9, с ограничением углеводистых продуктов. Занятия йогой, плаванием в бассейне. Контроль сахара в крови с записью в дневнике, консультация эндокринолога и акушер-гинеколога.

17 СЛАЙД. Список использованной литературы.