



Д-Р НИКОЛАЙ ГЕНОВ – н. с. II ст.
специалист акушер – гинеколог, ендокринен гинеколог

ДИАБЕТ ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТТА

Защо възниква гестационният диабет?

Бременността по принцип притежава диabetогенно действие. По време на бременност се предявяват по-високи изисквания към клетките, които продуцират инсулин в панкреаса /т.н. бета клетки в лангерхансовие острови/ и това води до намаляване на техния капацитет. Тази особеност на бременността, съчетана с индивидуалното предразположение на организма може да доведе до поява на диабет.

Продължителност на заболяването

Гестационният диабет обикновено се проявява през второто тримесечие от бременността и изчезва след раждането. Около 50% от жените, прекарвали диабет по време на бременността е възможно да развият инсулинозависим тип диабет в един по-късен период.

Рискови фактори за развитие на гестационен диабет

- обезитет (напълняване) – това са случаите, в които бременната напълнява с повече от 25% в сравнение с нормите за телесното тегло по време на бременността.
- наличие на диабет в семейството /майка,баща, братя, сестри/
- наличие на предишен диабет (предишен гестационен диабет или друг преходен диабет)
- възраст на бременната над 30 години
- предишно раждане на плод с голямо тегло (над 4 кг)
- предишно раждане на мъртво дете или ранна смърт на плода
- предишно раждане на плод с малформации
- повече от два спонтанни аборта /хабитуални аборти/
- наличие на рецидивиращи уринарни инфекции у бременната жена

Високата кръвна захар като симптом

Високите нива на кръвната захар не са сигурен, но са сериозен симптом, който налага по-подробно изследване. На първо място е необходимо да се направи орален глюкозотолерантен тест.

Други симптоми

- прекалена жажда и повишен прием на течности
- често и обилно уриниране
- чести повръщания
- поява на кожни инфекции
- поява на гъбични инфекции във влагалището
- сухота в устата

-хипертония

При наличие на някой от рисковите фактори и/или на съответна симптоматика е задължително да се обърнете към специалист, за да ви се направи орален глюкозотолерантен тест.

Изследвания за доказване на гестационен диабет

Основен метод за доказване на гестационен диабет е оралният глюкозотолерантен тест. През устата се приема 75 г глюкоза на прах, преди и след това се взима кръв за изследване на кръвната захар /съответно на гладно, един час след приема, два часа след приема/. Ако нивото на кръвната захар е повече от 5,3 ммол/л на гладно, повече от 9,6 ммол/л един час след приема и повече от 8,9 ммол/л на втория час след приема се смята, че е налице нарушен глюкозен толеранс. Желателно е да се провери и нивото на глюкоза в урината.

Изследването на феталния хемоглобин (HbA_{1c}), показва глюкозната толерантност ретроспективно за около един месец назад. Когато диабетът се докаже се правят множество други изследвания като ехографски преглед на плода, изследвания на някои хормони, изследване на чернодробни ензими и др.

Лечение

Прогнозата за бременността, раждането и новороденото, зависи от ранната диагностика. Диабетът по време на бременността предполага инсулинова терапия. Желателно е да се използва рекомбинантен бързодействащ инсулин. Съществуват опити за медикаментозно лечение с препарати за орален прием, но тази практика не е широко възприета.

Жените с гестационен диабет е необходимо стриктно да следят нивото на глюкоза в кръвта, за което е добре да се снабдят с глюкомер или с тест ленти за експресно изследване. Особено важно е да спазва диета като се избягват храните, съдържащи лесноусвоими захари и въглехидрати. Диетата трябва да се съгласува със специалист.

Необходимост от хоспитализация

Установяването на гестационен диабет предполага периодично бременната да бъде хоспитализирана, поради необходимостта от провеждането на системни изследвания и проследяване на състоянието ѝ. Задължително е около един месец преди термина да се хоспитализира.

Рискове за майката по време на бременността

- развитие на пикочни инфекции
- сърдечно-съдови проблеми
- кетацидозна кома (възниква при недостатъчна компенсация с инсулин, вследствие на което се повишава нивото на глюкоза в кръвта)
- риск от изпадане в хипогликемична кома (възниква при предозиране на инсулина или при гладуване)

Раждане

При липса на противопоказания /диспропорция между големината на плода и родовите пътища, заболявания на майката, вътреутробно страдание на плода и др./ е желателно раждането да бъде вагинално. Добре е да се извършва мониториране (динамично следене на състоянието на плода и майката) по време на раждането. При липса на условия за вагинално раждане се предприема планово, а при спешност и спешно цезарово сечение.

Рискове за плода

- спонтанен аборт или преждевременно раждане
- новородено с повишено телесно тегло
- намалена белодробна зрелост
- повишена честота на малформации
- внезапна смърт преди, по време и непосредствено след раждането

-родови травми

-понижени нива на кръвната захар /хипогликемии/

Много важно е гестационният диабет да се диагностицира рано и да се лекува адекватно. Основна цел на лечението е да се поддържа нивото на кръвната захар близо до нормалните граници, което профилактира усложненията, както за бременната, така и за ембриона, плода и новороденото.

Късни усложнения у децата

-обезитет (напълняване) в около 50 % от случаите

-развитие на диабет, което зависи от генетични фактори и фактори, свързани с околната среда и начина на живот на детето

-наследственост за развитие на гестационен диабет в 35 % от случаите

Към кого да се обърнете?

Необходимо е, подобно състояние да се консултира със следните специалисти:

-акушер-гинеколог, който да следи общото развитие на бременността, състоянието на бременната и плода

-ендокринолог, който да следи нивото на глюкозата в кръвта и лечението с инсулин, ще профилактира евентуални усложнения на диабета

-неонатолог, който ще положи грижи за адаптиране на плода към извънматричния живот, ще следи състоянието на новороденото и ще вземе мерки при евентуални метаболитни смущения, белодробна незрелост, хипогликемия, родови травми и пр.