

ОСОБЕННОСТИ САМОКОНТРОЛЯ. ВАЖНОСТЬ ВЕДЕНИЯ ДНЕВНИКА САМОКОНТРОЛЯ.

Поддержание идеального уровня глюкозы в крови во время беременности — это ежедневный кропотливый труд. Самоконтроль уровня гликемии во время беременности должен производиться не менее 7 раз в сутки (при необходимости ночью) с достижением целевых показателей:

- натощак и перед каждым основным приемом пищи — до 5,1 ммоль/л;
- через 1 ч после еды — до 6,7 ммоль/л;
- перед сном — до 5,1 ммоль/л;
- отсутствие гипогликемий;
- уровень HbA1c необходимо проверять не реже 1 раза в 2 мес.

При беременности невозможно один раз подобрать дозу инсулина и, опираясь на них, сохранять компенсацию в течение всего срока гестации. С момента зачатия и до самых родов потребность в инсулине изменяется. Это обусловлено гормональными изменениями:

выработкой «гормонов беременности» хорионического гонадотропина и прогестерона;

образованием нового органа — плаценты, которая продуцирует гормоны (плацентарный лактоген и эстриол);

ростом и развитием плода, эндокринная система которого начинает функционировать (в частности поджелудочная железа плода продуцирует инсулин).

Разнонаправленность влияний этих гормонов приводит к колебаниям в потребности инсулина и гликемии, поэтому рекомендуется определение ее уровня не менее 7-8 раз в сутки на протяжении всей беременности. Такой же строгий контроль необходим на этапе планирования беременности для достижения идеальной компенсации. Обязательным условием является ведение дневника самоконтроля, куда необходимо вносить показатели гликемии, меняющиеся дозы инсулина, потребляемые УЕ, физическую активность, результаты измерения кетонурии, АД, массы тела, а во второй половине беременности еще и количество шевелений плода. Это необходимо для самостоятельного анализа показателей и предоставления адекватной информации врачу. Для того чтобы научиться управлять диабетом в новых условиях, целесообразно пройти обучение в школе диабета для беременных.

Обязательной рекомендацией является необходимость проверять уровень глюкозы крови через 1-2 ч после еды, т. к. во время беременности он повышается после еды больше, чем у небеременных, поэтому постпрандиальная гипергликемия является важным фактором нарушения компенсации и приводит к повышению уровня HbA1c и/или избыточному росту плода. Для оптимизации постпрандиальной гликемии необходимо выверять УК на этапе планирования беременности (для облегчения корректировки), индивидуализировать углеводсодержащие продукты, не вызывающие резкого повышения уровня глюкозы крови после еды.

Для самоконтроля могут использоваться системы НМГ и ФМГ, которые позволяют получить больше информации о состоянии углеводного обмена: уровне и продолжительности

постпрандиальной гипергликемии, частоте и продолжительности гипогликемии. Степень variability гликемии — основной фактор риска возникновения у пациентки осложнений беременности. В настоящее время введено понятие «time in range», т. е. время, проведенное на разных уровнях гликемии в течение суток. Рекомендации для целевых значений гликемии по данным постоянного мониторинга гликемии во время беременности приведены в таблице 6.3.

Таблица 6.3. — Рекомендованные целевые значения уровня гликемии по данным ее постоянного мониторинга во время беременности

Уровень гликемии, ммоль/л	Время в течение суток
>7,8	<25 %
3,5-7,8	>70% (17 ч)
3,0-3,5	<4%
<3,0	<1 %

Очевидно, что приведенные жесткие критерии могут быть обеспечены только при НМГ или ФМГ при условии, что женщина обучена управлению дозами инсулина.

Второй важный показатель — контроль кетонурии. Кетоновые тела проникают через плаценту и могут вызывать кетоацидоз у плода, а ДКА матери может привести к его внутриутробной гибели. Исследование кетонов в моче необходимо выполнить, если определен уровень гликемии >12 ммоль/л. При беременности кетоновые тела в моче могут появляться при более низкой, но продолжительной гипергликемии, а также при нормогликемии. На фоне беременности организму требуется большее количество энергии - на построение плаценты и развитие плода, поэтому если женщина потребляет недостаточное количество

пищи (углеводов) или имеет избыточную физическую нагрузку, активируется липолиз, что приводит к по-явлению ацетона в моче («голодный» кетоз). У беременных без СД «голодный» кетоз не эволюционирует в кетоацидоз, т. к. в ее организме вырабатывается достаточно инсулина, а при СД 1 типа при декомпенсации может быстро (за 24 ч) развиваться ДКА. Самый длинный в сутках период «голодания» — ночь, поэтому —именно тогда может развиваться «голодный» кетоз. Для предупреждения этой ситуации рекомендуются легкие перекусы на ночь. С целью своевременной диагностики кетоза желательно ежедневно определять ацетон в утренней порции мочи. Это можно сделать ночью (при необходимости мочеиспускания). При выявлении позитивной пробы важно оценить уровень гликемии. В случае нормогликемии целесообразен легкий перекус (1 УЕ) с определением необходимости подколки инсулина в зависимости от уровня гликемии. Повторные положительные тесты — показание для консультации с врачом.

Во время планирования беременности необходимо научиться измерять АД. На всем ее протяжении это рекомендуется делать 2 раза в сутки или чаще при выявлении гипертензии. Домашние показатели АД важнее офисных, т. к. они исключают влияние «белого халата». АГ является фактором, способствующим нарушению кровотока в плаценте, развитию фетоплацентарной недостаточности и, как следствие, нарушениям в развитии плода. При беременности противопоказаны традиционно используемые гипотензивные препараты (ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента и блокаторы рецептора ангиотензина II), статины, некоторые диуретики. Для коррекции АГ врач должен выбрать безопасные для ребенка

лекарственные средства. Препаратами первого выбора являются β -адреноблокаторы, метилдопа, антагонисты кальциевых каналов (дигидропиридиновые и недигидропиридиновые).

При беременности возрастает нагрузка на почки, поэтому 1 раз в 2 недели до и 1 раз в неделю после 30-й недели рекомендуется проверять их состояние, что регулярно выполняется при наблюдении в женской консультации. В III триместре повышается риск развития отеков, поэтому важно обратить внимание женщины на их «малые» признаки. При появлении отеков важно контролировать количества выпиваемой жидкости и выделяемой мочи. Записывать нужно не только объем видимой выпитой жидкости, но и массу той воды, которая содержится в фруктах. В цитрусовых доля воды составляет 70 %, в арбузе — 100 %, в ягодах — 80-90 %, в других фруктах — 50 %. В условиях нормального климата разница между количеством выпитой жидкостью и диурезом не должна превышать 100 мл. При появлении выраженных отеков, быстром увеличении веса, уменьшении дневного диуреза, повышении АД необходима срочная госпитализация.

С 32-34-й недели необходимо несколько часов в день посвящать подсчету шевелений плода. Их не должно быть меньше, чем 10 за 1 ч в спокойном состоянии или меньше 10 ощутимых толчков за последние 12 ч. Для более точной регистрации шевелений необходимо каждый день в течение 1 ч утром, после обеда и вечером считать их, лежа на боку. Такую же процедуру надо проделать, если у вас произошла гипогликемия. Если количество шевелений снижается, необходимо обратиться к врачу.

Самым простым параметром, который необходимо контролировать самостоятельно, является вес. Взвешиваться надо один раз в неделю утром после опорожнения кишечника и мочевого пузыря, натощак и без одежды.

Для женщины с нормальным ИМТ нормальная прибавка веса во время беременности составляет:

I триместр (до 12 недель) — 2-2,5 кг; II триместр (с 13-й по 27-ю неделю включительно) — до 400 г в неделю; III триместр (с 28-й недели до родов) — 300-350 г в неделю (если вес в этот период увеличивается быстрее, это может быть признаком скрытых отеков).

Критерии изменения массы тела при беременности зависят от исходного показателя ИМТ. Для женщин с избыточной массой тела идеальный набор веса за период беременности — не более 8 кг, а при ожирении — не более 4 кг.