

Гестационный сахарный диабет



ГСД – это заболевание, характеризующееся гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствующей критериям «манифестного» СД (табл. 1, 2) [2;3;8].

Если глюкоза венозной плазмы натощак $<5,1$ ммоль/л и через 1 час в ходе ПГТТ $<10,0$ ммоль/л, а через 2 часа $\geq 7,8$ ммоль/л и $<8,5$ ммоль/л (что соответствует нарушенной толерантности к глюкозе у небеременных), то для беременных это будет вариантом нормы [3].



- Повышенный риск гестационного сахарного диабета
- Возраст старше 30 лет
- Метаболический синдром и/или избыточная масса тела
- Сахарный диабет 2 типа у ближайших родственников
- Глюкозурия
- Гидрамнион и крупный плод
- Предшествовавшее рождение ребенка массой тела более 4000 г или мертворождение
- Принадлежность к национальности или расе с повышенным риском развития сахарного диабета 2 типа



Пороговые значения глюкозы венозной плазмы для диагностики ГСД

ГСД, при первичном обращении в перинатальный центр

Глюкоза венозной плазмы ^{1,2}	ммоль/л	мг/дл
Натощак	$\geq 5,1$, но $< 7,0$	≥ 92 , но < 126

ГСД, при проведении ПГТТ с 75 г глюкозы

Глюкоза венозной плазмы ³	ммоль/л	мг/дл
Через 1 час	$\geq 10,0$	≥ 180
Через 2 часа	$\geq 8,5$	≥ 153



Влияние ГСД на плод

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ
ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ



Однако недиагностированная или нелеченая гипергликемия во II или III триместрах беременности может тоже привести к осложнениям в развитии плода, которые называются диабетической фетопатией (ДФ). Этим термином обозначается комплекс симптомов, которые характеризуют новорожденных от матерей с любым нарушением углеводного обмена во время беременности.



- **Макросомия**

Сочетание гипергликемии от матери и избыточной продукции инсулина у плода приводит к ускорению его роста. Увеличиваются такие органы, как печень, сердце, поджелудочная железа, происходит избыточное отложение подкожного жира и возникает диспропорция частей тела - большой живот, широкий плечевой пояс и маленькие конечности.



ВЕС 5 кг 750 г

- Синдром расстройства дыхания у новорожденного

Из-за избыточной продукции инсулина поджелудочной железой плода в ответ на высокий уровень сахара крови, поступающий к нему от матери с ГСД, выработка сурфактанта во время внутриутробного развития плода замедляется, что является причиной дыхательных расстройств у новорожденного.



- Гипогликемия

Это усугубляет неврологические расстройства и может в дальнейшем повлиять на умственное развитие ребенка. Поэтому таких новорожденных требуется поить глюкозой через несколько часов после рождения, а в тяжелых случаях вводить глюкозу внутривенно.



Ведение и лечение больных с ГСД

Наблюдение акушерами-гинекологами, терапевтами, врачами общей практики:

- Диетотерапия с полным исключением легкоусвояемых углеводов (не более 30-45 %) и жиров (не более 30%) от суточной калорийности пищи
- Дозированные аэробные физические нагрузки в виде ходьбы не менее 150 минут в неделю, плавание. Избегать упражнений, способствующих подъему АД и гипертонусу матки
- Самоконтроль



Самоконтроль

- Гликемия с помощью портативных приборов (глюкометров) натощак, перед и через 1 час после приема пищи
- Кетонурии или кетонемии утром натощак
- АД
- Шевелений плода
- Массы тела
- Ведение дневника самоконтроля и пищевого дневника



Показания к инсулинотерапии :

- Невозможность достижения целевых уровней гликемии в течение 1-2 недель самоконтроль
- Наличие признаков диабетической фетопатии по данным УЗИ, которая является косвенным свидетельством хронической гипергликемии
- Впервые выявленное и нарастающее многоводие при установленном диагнозе ГСД (в случае исключения других причин многоводия)



При назначении инсулинотерапии беременную совместно ведут эндокринолог/терапевт и акушер-гинеколог. Схема инсулинотерапии и тип препарата инсулина назначаются в зависимости от данных самоконтроля гликемии. Пациентка на режиме интенсифицированной инсулинотерапии должна проводить самоконтроль гликемии не менее 8 раз в день (натощак, перед едой, через 1 час после еды, перед сном, в 03.00 и при плохом самочувствии).



ГСД сам по себе не является показанием к досрочному родоразрешению и плановому кесареву сечению.

Родоразрешение при ГСД целесообразно проводить не позднее 38–39 недель гестации. Акушер определяет показания к способу родоразрешения. Показания к плановому кесареву сечению (КС) при ГСД являются общепринятыми в акушерстве. При наличии у плода выраженных признаков диабетической фетопатии во избежание родового травматизма (дистоция плечиков) показания для планового КС целесообразно расширить.



ПОСЛЕРОДОВОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ПЛАНИРОВАНИЕ ПОСЛЕДУЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

После родов у всех пациенток с ГСД отменяется инсулинотерапия. В течение первых трех суток после родов необходимо обязательное измерение уровня глюкозы венозной плазмы с целью выявления возможного нарушения углеводного обмена.

Пациентки, перенесшие ГСД, являются группой высокого риска по его развитию в последующие беременности и СД 2 типа в будущем. Следовательно, эти женщины должны находиться под постоянным контролем со стороны эндокринолога и акушера-гинеколога.

- Через 6–12 недель после родов всем женщинам с уровнем глюкозы венозной плазмы натощак $<7,0$ ммоль/л проводится ПГТТ с 75 г глюкозы (исследование глюкозы натощак и через 2 часа после нагрузки) для реклассификации степени нарушения углеводного обмена по категориям гликемии (норма, нарушенная толерантность к глюкозе, нарушенная гликемия натощак, СД) в соответствии с «Алгоритмами специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» [3]
- Диета, направленная на снижение массы при ее избытке.
- Расширение физической активности
- Планирование последующих беременностей.

Необходимо информирование педиатров и подростковых врачей о контроле за состоянием углеводного обмена и профилактики СД типа 2 у ребенка, мать которого перенесла ГСД.

