

Сахарный диабет и беременность.  
Гестационный сахарный диабет.

Врач-эндокринолог, заведующий отделением  
Лазовцева Ольга Дмитриевна



Беременность, это не только одно из самых важных событий, но и особое состояние, которое сопряжено с определенными рисками для здоровья женщины и ее будущего ребенка. Особенно высоки эти риски, если беременность наступает без необходимой подготовки и на фоне неконтролируемого течения хронических заболеваний. Одним из таких заболеваний является сахарный диабет.

При сахарном диабете высокие уровни глюкозы оказывают негативное влияние не только на организм матери, но и плода. (таблица №1).

*Таблица 1. Риски во время беременности и послеродовом периоде, обусловленные сахарным диабетом.*

| Риски для матери с сахарным диабетом                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Риски для плода/ребенка                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Более частые осложнения беременности (преэклампсия, эклампсия, инфекция, многоводие, преждевременные роды, невынашивание)</li><li>2. Тромбоэмболические осложнения</li><li>3. Прогрессирование сосудистых осложнений</li><li>4. Более частое развитие острых осложнений сахарного диабета: гипогликемии, кетоацидоза</li><li>5. Материнская смертность</li></ol> | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Врожденные пороки развития: анэнцефалия, микроцефалия, врожденные пороки сердца, почечные аномалии</li><li>2. Респираторный дистресс-синдром</li><li>3. Гипогликемические состояния новорожденного</li><li>4. Родовой травматизм, большой вес плода</li><li>5. Риск развития сахарного диабета 1 типа в течение жизни: около 2%- при СД 1 типа у матери, около 6%- у отца и 30-35% - у обоих родителей; ожирения, артериальной гипертензии и метаболического синдрома (механизм фетального программирования).</li><li>6. Внутриутробная смертность плода</li><li>7. Ранняя младенческая смертность</li></ol> |

Для того, чтобы вышеперечисленных рисков не было или чтобы они были минимизированы, необходима соответствующая подготовка и самоконтроль, т.е. необходимо планирование беременности. Со своим лечащим доктором стоит обсудить целевые уровни показателей глюкозы крови, гликированного гемоглобина и других показателей и способы их достижения. В каждой отдельной ситуации целевые уровни подбираются индивидуально, в зависимости от уже имеющихся осложнений сахарного диабета и их стадий, сопутствующих заболеваний, наличия гипогликемических состояний.

Основными задачами при планировании беременности являются:

1. Информирование женщины и ее семьи (при согласии) о возможных рисках.
2. Использование эффективной контрацепции до достижения целевых уровней гликемического контроля.
3. **Обучение в «Школе сахарного диабета».**
4. **Достижение целевых уровней гликемического контроля за 3-6 мес. до зачатия (гликированный гемоглобин менее 6,0-6,5%) и его поддержание во время беременности; контроль уровня креатинина, альбумин-креатининового соотношения.**
5. Отказ от курения, потребления алкоголя, наркотических веществ.
6. Консультация гинеколога (исключение ИППП и других состояний, способных негативно повлиять на зачатие и исход беременности), врача общей практики (рассмотрение вопроса о переводе на лекарственные препараты, разрешенные к приему на этапе планирования и во время беременности (если к этому имеются показания)); контроль наличия плановых прививок (учитывать историю путешествий (например, посещение районов, эндемичных по вирусу Зика)), генетический скрининг.
7. Консультация офтальмолога с осмотром глазного дна в условиях расширенного зрачка (на этапе планирования беременности, далее- в каждом триместре беременности). Также рекомендовано динамическое наблюдение у офтальмолога в течение 1 года после родов. Далее кратность наблюдение определяется индивидуально.
8. Женщинам с избыточной массой тела и ожирением рекомендована консультация диетолога для разработки плана питания на этапе планирования, во время беременности и в период грудного вскармливания. В случае отсутствия возможности консультирования у диетолога, рекомендовано обсудить вопросы питания и физической активности со своим лечащим врачом.
9. Рекомендован прием фолиевой кислоты (не менее 400 мкг в сутки), йодида калия 150 мкг в сутки *(при условии отсутствия противопоказаний)*.

Также существует тип сахарного диабета, который развивается непосредственно во время беременности- **гестационный сахарный диабет (ГСД)**\_(таблица №2).

Диагностика ГСД осуществляется:

- при первом обращении беременной к врачу-специалисту любой специальности на сроке до 24 недели – назначается определение глюкозы венозной плазмы натощак;
- при отсутствии нарушений углеводного обмена на ранних сроках беременности, проводится глюкозотолерантный тест (ГТТ) в 24–28 недель, обязательно – в случае наличия факторов риска.

Гестационный сахарный диабет чаще развивается во втором и третьем триместрах беременности.

*Таблица 2. Критерии гестационного сахарного диабета.*

| Показатель                                      | Значения, соответствующие ГСД                                                            |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Уровень глюкозы натощак                         | $\geq 4,6$ ммоль/л в цельной капиллярной или $\geq 5,1$ ммоль/л в плазме венозной крови  |
| Уровень глюкозы через 1 час при проведении ГТТ  | $\geq 9,0$ ммоль/л в цельной капиллярной или $\geq 10,0$ ммоль/л в плазме венозной крови |
| Уровень глюкозы через 2 часа при проведении ГТТ | $\geq 7,7$ ммоль/л в цельной капиллярной или $\geq 8,5$ ммоль/л в плазме венозной крови  |

Диагноз ГСД может быть установлен при повышении одного из показателей ГТТ. При получении аномального значения натощак - ГТТ не проводится. При получении аномального значения во второй точке теста (через 1 ч.) - третье измерение не требуется.

ГТТ не проводится в случае наличия противопоказаний к нему, которые определяет лечащий врач.

Факторы риска развития ГСД:

- избыточная масса тела или ожирение до беременности;
- гестационный СД в анамнезе;
- СД 2 типа у родственников 1 и 2 степени родства;
- возраст старше 30 лет;
- макросомия (масса ребенка более 4 кг или более 90 перцентиля по перцентильной шкале) плода во время настоящей беременности или в анамнезе;
- быстрая и большая прибавка массы тела во время настоящей беременности;
- глюкозурия во время предшествующей или настоящей беременности;
- многоводие во время предшествующей или настоящей беременности;
- мертворождение в анамнезе;
- преждевременные роды в анамнезе;
- рождение детей с врожденными пороками развития в анамнезе;
- необъяснимая смерть новорожденного в анамнезе;
- прием глюкокортикоидов во время беременности;
- беременность, наступившая вследствие методов экстракорпорального оплодотворения;
- многоплодная беременность;
- нарушение толерантности к глюкозе до беременности.

При любом типе сахарного диабета целью является достижение оптимального гликемического контроля (таблица №3) путем регулярного самоконтроля уровня глюкозы в крови, ведения пищевого дневника и дневника самоконтроля,

регулярной инсулинотерапии (при наличии показаний) и своевременной коррекции схемы лечения.

*Таблица 3. Целевые показатели гликемического контроля при ГСД.*

| Исследуемый показатель                                          |                                                | Целевой уровень |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|
| Глюкоза, ммоль/л (результат, калиброванный по плазме/сыворотке) | Натощак, перед едой, перед сном, ночью в 03-00 | <5,1            |
|                                                                 | Через 1 ч после еды                            | ≤6,7            |
| Гипогликемия                                                    |                                                | Отсутствует     |
| Кетоновые тела в моче                                           |                                                | Отсутствует     |

Факторы риска неконтролируемого течения ГСД такие же, как и при других типах сахарного диабета.

При ГСД после родоразрешения инсулинотерапия отменяется, проводится контроль гликемии на фоне диетотерапии с реклассификацией клинического диагноза через 4–12 недель после родов; при манифестном СД проводится коррекция лечения.

Также при ГСД после родов проводится динамический контроль показателей углеводного обмена женщины с регулярным наблюдением врача общей практики либо эндокринолога при наличии показаний.