УЗ «Минский городской клинический Эндокринологический центр»

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 |
| 1. Более частые осложнения беременности (преэклампсия, эклампсия, инфекция, многоводие, преждевременные роды, невынашивание)
2. Тромбоэмболические осложнения
3. Прогрессирование сосудистых осложнений
4. Более частое развитие острых осложнений сахарного диабета: гипогликемии, кетоацидоза
5. Материнская смертность
 | 1. Врожденные пороки развития: анэнцефалия, микроцефалия, врожденные пороки сердца, почечные аномалии
2. Респираторный дистресс-синдром
3. Гипогликемические состояния новорожденного
4. Родовой травматизм, большой вес плода
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).
6. Внутриутробная смертность плода
7. Ранняя младенческая смертность
 |

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 | ≥ 4,6 ммоль/л в цельной капиллярной или ≥ 5,1 ммоль/л в плазме венозной крови |
| Уровень глюкозы через 1 час при проведении ГТТ | ≥ 9,0 ммоль/л в цельной капиллярной или ≥ 10,0 ммоль/л в плазме венозной крови |
| Уровень глюкозы через 2 часа при проведении ГТТ | ≥ 7,7 ммоль/л в цельной капиллярной или ≥ 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.