MODERN MEDICINE AND PRACTICE
https://inovatus.es/index.php/ejmmp
EUROPEAN JOURNAL OF MODERNMEDICINEAND PRACTICE
Vol. 4 No. 5 (May - 2024) EJMMP ISSN: 2795-921X

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ГЕСТАЦИОННЫЙ ДИАБЕТ

Ахмедова Шахло Маликовна
Бухарский государственный медицинский институт, кафедра эндокринологии

Аннотация: Заболеваемость сахарным диабетом имеет тенденцию к стремительному росту во всех странах мира. Сочетание сахарного диабета (СД) и беременности является одной из сложных проблем в акушерстве в связи с большим количеством неблагоприятных последствий как для здоровья женщины, страдающей этим заболеванием, так и для ее будущего ребенка. Успехи современной акушерской диабетологии позволили снизить перинатальную смертность при сахарном диабете 1 типа практически до популяционного уровня. Однако осложнения беременности и неонатальная заболеваемость при гестационном сахарном диабете (ГСД) до настоящего времени остается высокой. Распространенность ГСД в разных странах мира варьирует от 1 до 14 % от общего числа беременностей и зависит от распространенности сахарного диабета 2 типа в данной популяции и используемых критериев диагностики.

Ключевые слова: гестационный сахарный диабет, беременность, распространённость, осложнения, диабетическая фетопатия, диагностические критерии.

Ежегодное увеличение числа больных сахарным диабетом (СД) в мире, в том числе и женщин репродуктивного возраста, повышает актуальность проблемы, связанной с ведением беременности на фоне СД. Прогностические данные свидетельствуют о том, что к 2035 году более чем 590 миллионов людей в мире будут страдать данным заболеванием [1]. Согласно данным Международной федерации диабета (InternationalDiabetes Federation, IDF), 21,3 миллиона (16,2%) детей, рождённых в 2017 году, во внутриутробном периоде развития подверглись воздействию различных форм гипергликемии. По имеющимся оценкам, 86,4% этих случаев были вызваны гестационным сахарным диабетом (ГСД) [2]. Под термином ГСД подразумевают заболевание, характеризующееся гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствующей критериям «манифестного» СД [3, 4].

Заболеваемость сахарным диабетом имеет тенденцию к стремительному росту во всех странах мира. Сочетание сахарного диабета (СД) и беременности является одной из сложных проблем в акушерстве в связи с большим количеством неблагоприятных последствий как для здоровья женщины, страдающей этим заболеванием, так и для ее будущего ребенка. Успехи современной акушерской диабетологии позволили снизить пе- ринатальную смертность при сахарном диабете 1 типа практически до популяционного уровня. Однако осложнения беременности и неонатальная заболеваемость при гестационном сахарном диабете (ГСД) до настоящего времени остается высокой. Распространенность ГСД в разных странах мира варьирует от 1 до 14 % от общего числа беременностей и зависит от распространенности сахарного диабета 2 типа в данной популяции и используемых критериев диагностики [1,4]. Еще в начале прошлого столетия были сделаны два

важных вывода о том, что макросомия плода может предвещать последующее развитие сахарного диабета у матери, и сама беременность негативно влияет на толерантность к глюкозе.

Проведен анализ 500 историй родов женщин с ГСД за период 2013–2014 гг., диагноз которым был установлен в соответствии с новыми клиническими рекомендациями (группа I). По современным критериям диагностику ГСД проводят в 2 фазы.

Первая фаза проводится при обращении беременной женщины в женскую консультацию и преследует цель более раннего выявления не диагностированного до беременности предгестационного сахарного диабета и ГСД . В обязательном порядке определяют один из нижеследующих показателей: глюкозу венозной плазмы натощак (ГПН), случайное определение глюкозы в крови, уровень гликированного гемоглобина (HbA1c). Так, при уровне ГПН ≥ 7,0 ммоль/л, или HbA1c ≥ 6,5 %, или случайного определения гликемии ≥11,1 ммоль/л устанавливается диагноз манифестного ГСД (реклассификация диабета проводится после родов). Если уровень ГПН ≥ 5,1 ммоль/л и менее 7,0 ммоль/л, устанавливается диагноз ГСД . Вторая фаза проводится при сроке гестации 24–28 недель — всем беременным, у которых не было выявлено нарушения углеводного обмена до этого срока, проводится проба на толерантность к глюкозе (ПТГ). Диагноз ГСД устанавливается в том случае, когда одно из нижеследующих значений выше нормального (натощак менее 5,1 ммоль/л, через 1 час после нагрузки менее 10,0 ммоль/л и через 2 часа менее 8,5 ммоль/л). Группу сравнения составили 100 беременных женщин с ГСД [3], установленным по критериям В. Г. Баранова (1977), которые использовались в нашем учреждении до 2012 года, в соответствии с которыми диагноз ГСД устанавливался по результату ПТГ, проводимой при сроке беременности 16–34 недели, и на основании результатов уровня глюкозы в цельной капиллярной крови: натощак более 5,5 ммоль/л, через 1 час более 9,4 ммоль/л и через 2 часа более 7,7 ммоль/л. Возраст женщин в I группе составил 28,7 ± 4,9 года, во II группе был выше 32,2 ± 2,9 года. Индекс массы тела (ИМТ) до беременности в I группе составил 30,5 кг/м², во II группе 31,5 кг/м². При подтвержденном диагнозе ГСД все беременные получали рекомендации по диете с исключением легкоусвояемых углеводов. Калорийность пищи рассчитывалась в соответствии с ИМТ. Е сли ИМТ был нормальным (18–24,9 кг/м²) калорийность составляла 30 ккал/кг массы тела, при ИМТ 25,0–29,9 кг/ м² 25 ккал/кг массы тела и в случае ИМТ 30 кг/м² и выше — 12–18 ккал/кг массы тела, но не менее 1800 ккал/сутки. Всем женщинам рекомендовалось частое дробное питание (5–6 раз в сутки).[5,6,7]

Доля медленно усваиваемых углеводов в суточном рационе была 55 %, белков — 20 % (1,1–1,3 г/кг веса), жиров — 25 %, из них доля насыщенных жиров менее 30 %. Самоконтроль гликемии проводился ежедневно с помощью индивидуальных глюкометров, женщины определяли глюкозу в крови натощак и через 1 час после основных приемов пищи (не менее 4 раз в сутки). Все показатели гликемии женщины вносили в дневник самоконтроля. Для анализа правильности соблюдения диетических рекомендаций пациентки вели дневник питания. Через 1–2 недели от начала соблюдения диеты при отсутствии компенсации углеводного обмена к лечению добавляли инсулинотерапию. Назначение инсулина в I группе проводилось при постпрандиальной гликемии (через 1 час после еды) более 7,0 ммоль/л, гликемии натощак более 5,1 ммоль/л; во II группе при гликемии после еды через 1 час более 7,8 ммоль/л, гликемии натощак более 5,5 ммоль/л. В качестве болюсного компонента использовался инсулин ультракороткого действия аспарт (новорапид), разрешенный к применению во время беременности [8,9,10]. Новорапид вводился за 15 минут до еды перед каждым основным приемом пищи. В качестве базального компонента (при необходимости назначения интенсивной инсулинотерапии) применялся аналог продленного действия детемир (левемир), также разрешенный во время беременности. Левемир женщины вводили перед сном в 22 часа.

Список литературы

1. Бурумкулова Ф. Ф. Гестационный сахарный диабет (эндокринологические, акушерские и перинатальные аспекты). Автореф. дис… д-ра мед. наук. М.; 2011.
2. Дедов И. И. Краснопольский В. И., Сухих Г. Т. и др. Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение. Клинические рекомендации (про- токол лечения). М.; 2013.
3. Капустин Р. В. Особенности течения беременности и функциональной морфологии плаценты при гестационном сахарном диабете. Автореф. дис… канд. мед. наук. СПб.; 2014.
4. Петрухин ВА, Бурумкулова ФФ, Титова ТВ, Головченко МА, Котов ЮБ. Распространённость гестационного сахарного диабета в Московской области: результаты скрининга. *Российский вестник акушера гинеколога.* 2012;4:81-4.
5. Akhmedova S. SPECIFIC DEVELOPMENTAL CHARACTERISTICS OF THE THYMU GLAND IN CHILDREN. Globalization, the state and the individual. (2022);29(1):38-45.
6. Akhmedova Shakhlo Malikovna "Age-related characteristics of changes in the thymus gland in children" Central Asian Studies // with a special issue on COVID-19: yesterday, today and tomorrow ISSN: 2660-4159 http://cajmns.centralasianstudies. org 271-275
7. Akhmedova Sh. M. // Morphometric changes in age-related signs of the thymus // Special issue: Application of foreign experience of distance education in the educational system-2022 Issn: 2181-2594
8. Akhmedova, Sh., & Rakhmatova, D. (2022). CHARACTERISTICS OF CHANGES IN THE THYMUS GLAND IN CHILDREN. Journal of Doctoral Bulletin, 1(4), 101–106. https://doi.org/10.38095/2181-466X-20211014-100-105
9. Ben-Haroush A., Yogev Y., Hod M. Epidemiology of gestational diabetes mellitus and its association with type 2 diabetes. Diabet. Medicine. 2004; 21 (2): 103–13.
10. Chu S. Y., Callaghan W. M., Kim S. Y. et al. Maternal obesity and risk of gestational diabetes mellitus. Diabetes Care. 2007; 30: 2070–6.