## Р О С С И Й С К А Я Ф Е Д Е Р А Ц И Я

Министерство здравоохранения Забайкальского края

----------------------------------------------------------------------------------------------------

***Государственное учреждение здравоохранения***

***«КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ******БОЛЬНИЦА»***

Коханского ул., д.7, г. Чита, 672038, тел. 31-43-23, факс. (302-2) 31-43-24

E-mail: priem@kkb.chita.ru

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ 327-о “ 08 ” 12 2014г.

Утверждаю

Главный врач ГУЗ «ККБ»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В.А. Шальнев

***Информационное письмо***

**Ведение беременных с гестационным сахарным диабетом врачами общей практики, терапевтами, акушерами — гинекологами**

Просяник В.И. – к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии ЧГМА

Троицкая И.Н. – клинический ординатор кафедры госпитальной терапии и эндокринологии ЧГМА

Серебрякова О.В. – зав. кафедрой госпитальной терапии и эндокринологии ЧГМА, доцент, д.м.н.

Серкин Д.М. – к.м.н., ассистент каф. госпитальной терапии ЧГМА

Родионова С.А. – зав. отделением эндокринологии ККБ

Распространенность **гестационного сахарного диабета** (ГСД) во всем мире неуклонно растет. Частота ГСД в общей популяции разных стран варьирует от 1% до 14%, составляя в среднем 7%.

Беременность – это состояние физиологической инсулинорезистентности, поэтому сама по себе является значимым фактором риска нарушения углеводного обмена.

ГСД – это заболевание, характеризующееся гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствующей критериям «манифестного» СД.

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

Интерпретацию результатов тестирования проводят акушеры-гинекологи, терапевты, врачи общей практики**.**

**Специальной консультации эндокринолога для установки факта нарушения углеводного обмена во время беременности не требуется.**

**Диагностика нарушения углеводного обмена во время беременности**

Диагностика нарушений углеводного обмена при беременности проводится в 2 фазы:

* **1 ФАЗА – проводится при первом обращении беременной к врачу.**

При первом обращении беременной к врачу любой специальности на сроке до 24 недель в обязательном порядке проводится одно из следующих исследований:

* глюкоза венозной плазмы натощак (определение глюкозы венозной плазмы проводится после предварительного голодания в течение не менее 8 часов и не более 14 часов);
* HbA1c с использованием метода определения, сертифицированного в соответствии с National Glycohemoglobin Standartization Program (NGSP) и стандартизованного в соответствии с референсными значениями, принятыми в DCCT (Diabetes Control and Complications Study);
* глюкоза венозной плазмы в любое время дня вне зависимости от приема пищи.

В том случае, если результат исследования соответствует категории манифестного (впервые выявленного) СД, уточняется его тип в соответствии с Алгоритмами специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом, и больная немедленно передается для дальнейшего ведения эндокринологу.

Если уровень HbA1c <6,5% или случайно определенный уровень глюкозы плазмы <11,1, то проводится определение глюкозы венозной плазмы натощак:

* при уровне глюкозы венозной плазмы натощак 5,1 ммоль/л, но <7,0 ммоль/л устанавливается диагноз ГСД.
* **2 ФАЗА – проводится на 24–28-й неделе беременности.**

Всем женщинам, у которых не было выявлено нарушение углеводного обмена на ранних сроках беременности, между 24-й и 28-й неделями проводится ПГТТ с 75г глюкозы. Оптимальным временем для проведения ПГТТ, по мнению экспертов, считается срок 24–26 недель. В исключительных случаях ПГТТ с 75г глюкозы может быть проведен вплоть до 32 недели беременности (высокий риск ГСД, размеры плода по данным УЗ-таблиц внутриутробного роста 75 перцентиля, УЗ признаки диабетической фетопатии).

**Правила проведения ПГТТ**

1. ПГТТ с 75г глюкозы является безопасным нагрузочным диагностическим тестом для выявления нарушения углеводного обмена во время беременности.
2. Интерпретация результатов ПГТТ может проводиться врачом любой специальности: акушером, гинекологом, терапевтом, врачом общей практики, эндокринологом.
3. Тест выполняется на фоне обычного питания (не менее 150г углеводов в день), как минимум, в течение 3 дней, предшествующих исследованию.
4. Тест проводится утром натощак после 8–14-часового ночного голодания. Последний прием пищи должен обязательно содержать 30–50г углеводов. Пить воду не запрещается. В процессе проведения теста пациентка должна сидеть. Курение до завершения теста запрещается.
5. *Лекарственные средства, влияющие на уровень глюкозы крови (поливитамины и препараты железа, содержащие углеводы, глюкокортикоиды, -адреноблокаторы, -адреномиметики),* по возможности, следует принимать после окончания теста.

**ПГТТ не проводится:**

* при раннем токсикозе беременных (рвота, тошнота);
* при необходимости соблюдения строгого постельного режима (тест не проводится до момента расширения двигательного режима);
* на фоне острого воспалительного или инфекционного заболевания;
* при обострении хронического панкреатита или наличии демпинг-синдрома (синдром резецированного желудка).

*Определение глюкозы венозной плазмы выполняется только в лаборатории на биохимических анализаторах либо на анализаторах глюкозы. Использование портативных средств самоконтроля (глюкометров) для проведения теста запрещено.*

**Этапы выполнения теста**

* **1-й этап.** После забора первой пробы плазмы венозной крови натощак уровень глюкозы измеряется немедленно, т.к. при получении результатов, указывающих на манифестный (впервые выявленный) СД или ГСД, дальнейшая нагрузка глюкозой не проводится и тест прекращается. При невозможности экспресс-определения уровня глюкозы тест продолжается и доводится до конца.
* **2-й этап.** При продолжении теста пациентка должна в течение 5 минут выпить раствор глюкозы, состоящий из 75 г сухой (ангидрита или безводной) глюкозы, растворенной в 250–300 мл теплой (37–40°С) питьевой негазированной (или дистиллированной) воды. Если используется моногидрат глюкозы, для проведения теста необходимо 82,5 г вещества. Начало приема раствора глюкозы считается началом теста.
* **3-й этап.** Следующие пробы крови для определения уровня глюкозы венозной плазмы берутся через 1 и 2 часа после нагрузки глюкозой. При получении результатов, указывающих на ГСД после 2-го забора крови, тест прекращается.

*Пример формулировки диагноза:* Гестационный сахарный диабет (на инсулинотерапии).

**Ведение и лечение беременных с ГСД**

Наблюдение акушерами-гинекологами, терапевтами, врачами общей практики в течение 1–2 недель:

* диетотерапия с полным исключением легкоусвояемых углеводов и ограничением жиров; равномерное распределение суточного объема пищи на 4–6 приемов;
* дозированные аэробные физические нагрузки в виде ходьбы не менее 150 минут в неделю, плавание в бассейне;
* самоконтроль выполняется пациенткой, результаты предоставляются врачу (табл. 3).

Самоконтроль включает определение:

-гликемии с помощью портативных приборов (глюкометров) натощак, перед и через 1 час после основных приемов пищи;

-кетонурии или кетонемии утром натощак;

-артериального давления;

-шевелений плода;

-массы тела;

-ведение дневника самоконтроля и пищевого дневника.

* При появлении кетонурии или кетонемии введение дополнительного приема углеводов (15г) перед сном или в ночное время.

**Показания к инсулинотерапии**

1. Невозможность достижения целевых уровней гликемии (два и более нецелевых значений гликемии) в течение 1–2 недель самоконтроля.
2. Наличие признаков диабетической фетопатии по данным экспертного УЗИ, которая является косвенным свидетельством хронической гипергликемии.
3. Выявление УЗ-признаков диабетической фетопатии требует немедленной коррекции питания и, при наличии возможности, проведения суточного мониторирования глюкозы.

**УЗ-признаки диабетической фетопатии**

* Крупный плод (размеры диаметра живота 75 перцентиля).
* Гепато-спленомегалия.
* Кардиомегалия/кардиопатия.
* Двуконтурность головки плода.
* Отек и утолщение подкожно-жирового слоя.
* Утолщение шейной складки.
* Впервые выявленное или 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).
* *Пероральные сахароснижающие препараты во время беременности и грудного вскармливания противопоказаны!*
* Запрещается во время беременности использование биоподобных инсулиновых препаратов, не прошедших полную процедуру регистрации лекарственных средств и дорегистрационных клинических испытаний у беременных. Все инсулиновые препараты должны быть назначены беременным с обязательным указанием торгового наименования.
* Госпитализация в стационар при выявлении ГСД или при инициации инсулинотерапии не обязательна и зависит лишь от наличия акушерских осложнений.
* ГСД сам по себе не является показанием к досрочному родоразрешению и плановому кесареву сечению.

**Послеродовое наблюдение и планирование последующей беременности**

1. 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.
2. Пациентки, перенесшие ГСД, являются группой высокого риска по его развитию в последующие беременности и СД 2 в будущем. Следовательно, эти женщины должны находиться под постоянным контролем со стороны эндокринолога и акушера-гинеколога.
3. Через 6–12 недель после родов им следует рекомендовать:

* при уровне глюкозы венозной плазмы натощак <7,0 ммоль/л проводение 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.
* Диету, направленную на снижение массы при ее избытке.
* Расширение физической активности
* Планирование последующих беременностей.
* Информирование педиатров и подростковых врачей о необходимости контроля за состоянием углеводного обмена и профилактики СД2 у ребенка, мать которого перенесла ГСД.