Лечение гестационного диабета и его прогнозы

ДИЕТОТЕРАПИЯ и ФИЗ НАГРУЗКА

Диетотерапия с исключением углеводов с высоким гликемическим индексом (ГИ), легкоусваиваемых углеводов, транс-жиров, с суточным количеством углеводов 175 г или не менее 40% от расчетной суточной калорийности питания под контролем гликемии и кетоновых тел в моче.

- Продукты, содержащие углеводы, распределяются в течение дня ***на 3 основных приема пищи и 2-3 дополнительных.***
- Каждый прием пищи должен содержать медленно усваиваемые углеводы, белок, моно- и полиненасыщенные жиры, пищевые волокна.
- Суточное количество пищевых волокон должно быть ***не менее 28 грамм суммарно*** из клетчатки, разрешенных овощей, фруктов, листовых салатов, злаковых и отрубей.
- У беременных с ожирением рекомендовано ***ограничить насыщенные жиры до 10%*** от суточного употребления жиров.
- Ограничение калорийности питания рекомендуется беременным с ожирением по ИМТ до беременности и с патологической прибавкой массы тела во время беременности, но ***не менее 1800 ккал в сутки*** для предотвращения кетонурии.

Распределение содержания углеводов в течение дня:

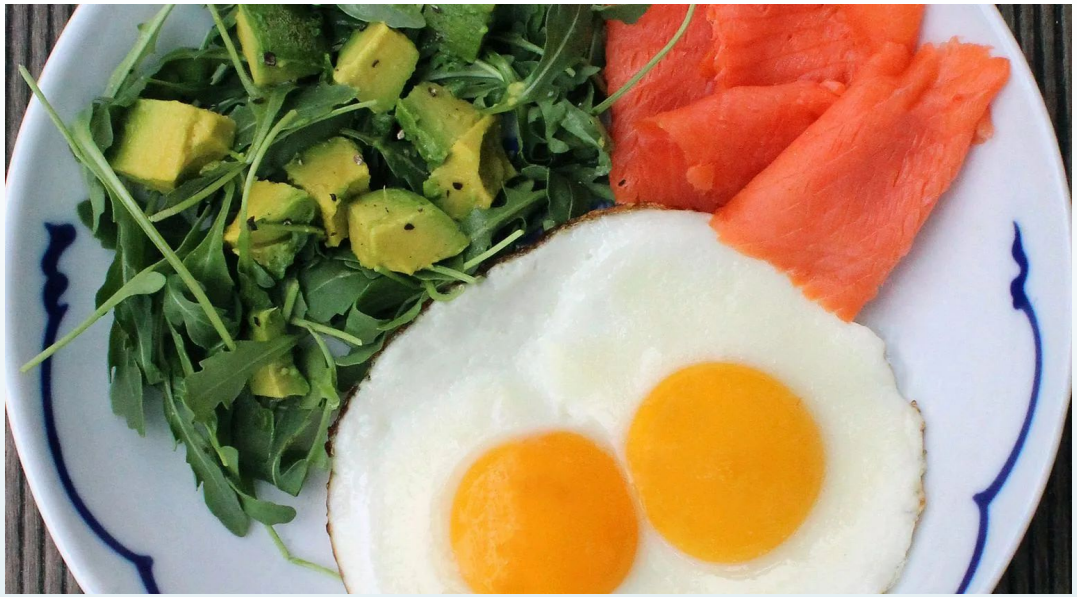
- завтрак 15-30 г,
- второй завтрак 15-30 г,
- обед 30-60 г,
- полдник 15-45 г,
- ужин 30-60 г,
- второй ужин 10-15 г

Итого: в среднем 150- 175 г углеводов в сутки.

Перерыв между приемами пищи – 2,5 – 3 часа, между последним приемом пищи и первым на следующий день - не более 10 часов.

Для профилактики кетонурии или кетонемии рекомендуется введение ***дополнительного приема углеводов (≈12-15 г) перед сном или в ночное время***

- При сохраняющейся гипергликемии после завтрака возможно рекомендовать белково-жировой завтрак с исключением или минимальным содержанием сложных (или трудно усваиваемых) углеводов
- В качестве сахарозаменителя могут использованы разрешенные во время беременности - ***сукралоза, стевиозид***.



Рекомендуются дозированные аэробные физические нагрузки ***не менее 150 минут в неделю*** для улучшения показателей гликемии: ***ежедневная ходьба после еды по 10-15 минут*** для улучшения постпрандиальной гликемии и ***30 минут перед сном*** для улучшения гликемии натощак при отсутствии противопоказаний

КОНТРОЛЬ ГЛИКЕМИИ

- Если пациентка находится только на диетотерапии, то самоконтроль гликемии проводится ***ежедневно утром натощак и через 1 час*** от начала основных приемов пищи.
- Если пациентке дополнительно к диетотерапии назначена ***инсулинотерапия***, то самоконтроль гликемии проводится ежедневно ***от 4 до 8 раз в сутки*** согласно назначениям лечащего врача:
  - ✔ утром натощак,
  - ✔ перед основными приемами пищи (для расчета дозы болюсного инсулина на прием пищи и коррекцию гипергликемии),
  - ✔ через 1 час после начала основных приемов пищи,
  - ✔ вечером перед сном,
  - ✔ в 3-00
  - ✔ при плохом самочувствии.

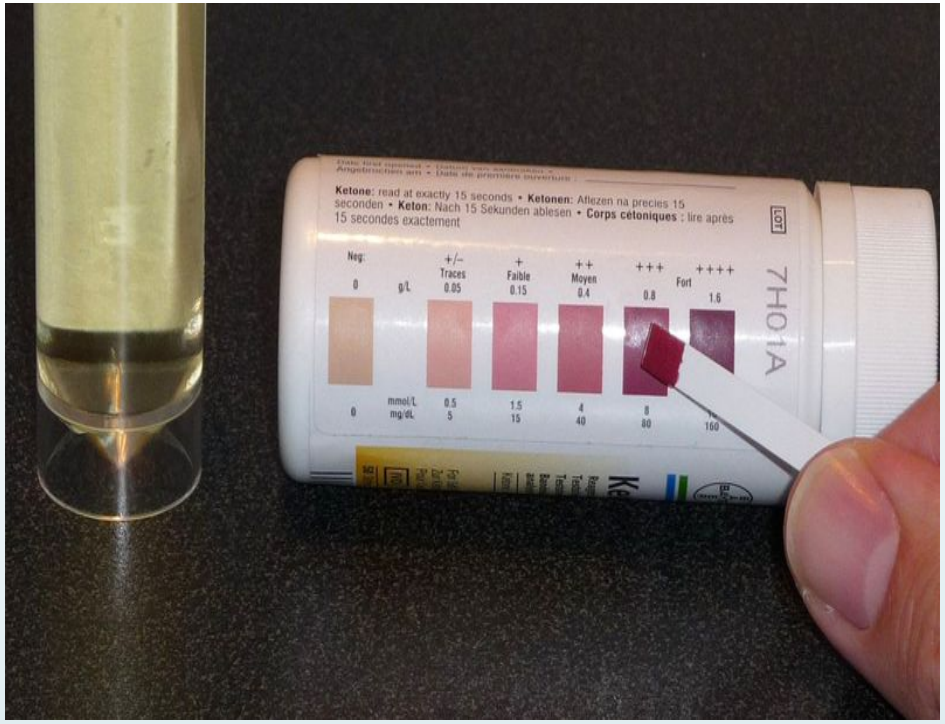
Дополнительный контроль гликемии через 2 часа от начала приема пищи может рекомендоваться в следующих случаях:

- гастропатия,
- прием пищи с большим количеством жира и белка,
- использование инсулина короткого действия;
- Наличие признаков макросомии при нормальном уровне глюкозы крови натощак и через 1 час от начала приема пищи,
- морбидное ожирение.
- Целевой уровень гликемии через 2 часа от начала приема пищи ***менее 6,7 ммоль/л.***

Целевые показатели самоконтроля гликемии

Показатель	Результат
Глюкоза натощак	< 5,1 ммоль/л (калиброванный по плазме)
Глюкоза через 1 час после основных приемов пищи (завтрака, обеда, ужина)	< 7,0 ммоль/л (калиброванный по плазме)
Глюкоза через 2 часа после основных приемов пищи (завтрака, обеда, ужина)	< 6,7 ммоль/л (калиброванный по плазме)

- Рекомендуется ***контроль уровня кетоновых тел в моче*** для своевременного выявления кетонурии и коррекции питания.
- Определение кетоновых тел в моче по ***визуальным тест полоскам*** или по данным лабораторных методов исследования необходимо проводить при недостаточном потреблении калорий согласно положению по ведению беременности.
- Необходимо вести ***дневник самоконтроля***, в котором фиксируются показатели в уровня глюкозы капиллярной крови, особенности питания, время и тип физической активности для адекватной и своевременной оценки эффективности лечения



Инсулинотерапия

Инсулинотерапия назначается ***при невозможности достижения целевых показателей гликемии*** (два и более нецелевых значений гликемии ***при соблюдении рекомендаций по диетотерапии и физической активности***) в течение 1–2 недель самоконтроля.

При превышении допустимого уровня глюкозы в цельной капиллярной крови **через 1 час после начала приема пищи** – инициация терапии ***болюсным инсулином***.

- Стартовая доза ультракороткого/короткого инсулина: **6 ЕД** перед тем приемом пищи, после которого отмечается повышение уровня глюкозы в капиллярной крови, вводится **за 15-20/20-30 минут до приема пищи**, сопровождающегося постпрандиальной гипергликемией.
- Титрация дозы проводится ***каждые 3-4 дня*** с увеличением ***на 1-2 Ед*** до достижения целевого значения постпрандиальной гликемии. С учетом инсулинорезистентности во второй половине беременности возможно введение ультракороткого инсулина за 20-30 минут до еды, короткого за 40-60 минут до еды.

При повышении гликемии **натощак** - инициация терапии ***базальным*** инсулином.

- Стартовая доза базального инсулина **0,1 ЕД/кг массы тела** (0,16 - 0,2 ЕД/кг при избыточном весе/ожирении до беременности),
- вводится **однократно** перед сном в 22-24.00.
- Титрация дозы проводится **каждые 3 дня с увеличением на 2 ЕД** до достижения целевого значения гликемии натощак

При выявлении **манифестного сахарного диабета** – инициация ***базис-болюсной*** инсулинотерапии.

- Стартовая суточная доза инсулина ***0,4 МЕ/кг веса*** (0,5 МЕ/кг при избыточном весе/ожирении), распределяется **по 50% на базальный и болюсный** инсулины.
- Стартовая доза базального инсулина ***не менее 0,1 ЕД/кг*** массы тела.
- Титрация доз инсулина ***каждые 2-3 дня*** до достижения целевых показателей гликемии.
- **Базальный** инсулин вводится **однократно** перед сном в 22-24.00.
- **Болюсный** инсулин распределяется на **3 введения за 15-20 минут** до основных приемов пищи в пропорциях: **40% перед завтраком** и **по 30% перед обедом и ужином.**

Исходы гестационного СД

Гестационный сахарный диабет считается предвестником и маркером сахарного диабета 2-го типа.

Оригинальные исследования показали, что **через 15 лет после родов** распространение СД 2-го типа у женщин с ГСД и ожирением в анамнезе составляет **60%.** По данным других авторов, **через 3 мес после родов у 4 из 100 женщин с ГСД** развивается типичная клиническая картина **сахарного диабета 2-го типа, через 1 год — у 18% и через 8 лет — у 46%.** При этом важнейшими факторами риска для раннего начала СД 2-го типа после родов являются малый срок беременности при манифестации ГСД и выраженность гликемии натощак.

Если при беременности возникает ***потребность во введении инсулина***, **вероятность развития** сахарного диабета в течение ближайших 5 лет **составляет 50%.**

Одним из новых диагностических тестов для оценки возможности возникновения СД в послеродовом периоде является ***определение концентрации адипонектина (AdipoQ) в плазме крови.***

Блохин Н.Г., Шевченко Д.М. Гестационный сахарный диабет. Архив акушерства и гинекологии им. В. Ф. Снегирева. 2017; 4(2): 61—67. DOI http://dx.doi.org/ 10.18821/2313-8726-2017-4-2-61-67