

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА У БЕРЕМЕННЫХ

Карпенко В.Г.¹, Пасиешвили Н.М.², Пасиешвили Т.М.³

¹**Харьковская медицинская академия последипломного образования,**

²**Харьковский областной клинический перинатальный центр,**

³**Харьковский национальный медицинский университет, Харьков,**

Украина

Метаболический эффект беременности у здоровой женщины складывается из следующих сдвигов: «ускоренное голодание», обуславливающее тенденцию к гипогликемии натощак и гиперкетонемии; инсулинорезистентность, обуславливающая тенденцию к гипергликемии после еды. Что преобладает – зависит от периода беременности. Что же касается сахарного диабета (СД) и беременности, то такая проблема существовала всегда, но в последнее время в связи со значительным ростом числа больных и тенденцией к «омоложению» этого заболевания, она становится особенно актуальной.

Еще в 1989 году ВОЗ и Международная федерация по борьбе с СД приняли так называемую Сент-Винцентскую Декларацию. Этот документ содержал анализ распространенности перинатальных патологических состояний, вызванных нарушением метаболизма инсулина, и призывал мировое медицинское сообщество мобилизовать научную и практическую деятельность для того, чтобы результаты беременности у женщин, болеющих сахарным диабетом, были такими же, как и у здоровых. Однако, спустя 25 лет результаты достигнуты только частично.

Лечение беременных с сахарным диабетом включает несколько составляющих: рациональное питание, физические нагрузки, самоконтроль и инсулинотерапию.

Рациональная диета является обязательным компонентом лечения СД. В среднем беременные с нормальной массой тела должны потреблять в сутки 200-250 г углеводов, 60-70 г жиров и 1-2 г белка на 1 кг веса беременной. Суточная калорийность пищи 2000 – 2200 ккал. Режим питания состоит из 3 основных приемов пищи и 3-х перекусов. При этом важным моментом в диете, является совпадать по времени с началом действия инсулина.

В дополнение к диете используется дозированная физическая нагрузка – физические упражнения по 20 мин 3 раза в неделю.

Несмотря на большое значение психологического сопровождения при лечении диабета у беременных, на первом месте, конечно же, остается медикаментозное лечение. Основой лечения СД у беременных является инсулинотерапия на фоне рациональной диетотерапии. Таблетированные антидиабетические препараты противопоказаны беременным, так как они проникают через плацентарный барьер и обладают тератогенным действием на внутриутробный плод.

Особенностью лечения беременных при СД является то, что подбор дозы инсулина и ее коррекция должны проводиться только по уровню гликемии, так как при беременности почечный порог для глюкозы часто снижен и показатель глюкозурии менее информативен. В настоящее время для лечения используют инсулины короткого и средней длительности действия, а так же аналоги инсулина. Доза и кратность введения инсулина определяется путем эмпирического подбора. Контролем служат показатели гликемического профиля. Дозу подбирают титрованием, добавляя каждый день по 2-4 Ед в необходимое время суток. Эффективность инсулинотерапии контролируют по самочувствию больной и по уровню гликемии.

Проводя инсулинотерапию, следует помнить об изменяющейся на протяжении гестационного периода толерантности тканей к глюкозе. В I триместре беременности, в связи с улучшением толерантности к глюкозе, дозу инсулина обычно снижают. В противном случае возможно развитие гипогликемического состояния (гликемия менее 2 ммоль/л). К концу II и III триместра беременности толерантность к глюкозе прогрессивно снижается и потребность в инсулине возрастает. Если дозы инсулина в этот период не повысить, то может развиться гипергликемия и кетоацидоз.

Инсулины короткого действия проявляют свой эффект в течении 6-8 часов (начало через 25–30 минут после введения, пик – через 1-2 часа). К этой группы препаратов, которые используются при лечении сахарного диабета у беременных, относят: актрапид НМ, актрапид ХМ, актрапид ХМ для ручек, берлинсулин Н, велосулин, гоморан для ручек, хумулин, хумулин регуляр и хумулин С, хуманинсулин Н и др..

Инсулины средней продолжительности действия проявляют активность в течении 12-20 часов (начало через 1 час, пик – через 4-6 часов). Беременным назначают инсулатард ХМ, монотард ХМ, монотард МК, хумулин Н, хумулин Лилли Лонг и др.

Из инсулинов пролонгированного действия во время беременности назначают человеческий инсулин – лантус. Его эффект состоит в том, что он выделяется равномерно в кровь, при подкожном введении, на протяжении 24 часов и отсутствует пиковая концентрация.

В настоящее время на рынке появились новые современные аналоги инсулина, которые можно использовать у беременных женщин с сахарным диабетом. К этим препаратам относятся: быстродействующий Novo Rapid (инсулин аспарт) для контроля пиковой постпрандиальной гликемии, препарат является безопасным для беременных и способен существенно улучшить исход беременности, как для матери, так и плода. Вторым препаратом является пролонгированный Levemir (инсулин детемир) для обеспечения базальной потребности организма в инсулине и обладающий двойным действием Novo Mix 30 (двухфазный инсулин аспарт).

Довольно часто СД у беременных приводит к появлению урогенитальной инфекции, чему способствует глюкозурия, являющаяся благоприятной средой для обитания и размножения микробов в моче и

влагалище. Данное осложнение требует дополнительного назначения антибиотиков и уросептиков. Таким образом, СД во всем своем многообразии требует постоянного контроля за глюкозурией и гликемией, что позволит избежать многих осложнений как со стороны матери, так и плода.