Принципы лечения гестационного СД. Диетотерапия. Физическая активности. Показания к назначению инсулинотерапии.

Питание с полным исключением легко усваиваемых углеводов и ограничением жиров. Рекомендованное количество углеводов - 175 г для адекватного обеспечения потребностей матери и плода или не менее 40% от расчетной суточной калорийности питания под контролем гликемии и кетоновых тел в моче. При появлении кетонурии увеличить количество разрешенных углеводов. Углеводы распределяются на 3 основных приема пищи и 2-3 перекуса в день. Каждый прием пищи должен содержать медленно усваиваемые углеводы, белки, 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.

озированные аэробные физические нагрузки в виде ходьбы не менее 150 минут в неделю, плавание в бассейне, акваэробика и йога для беременных, скандинавская ходьба.

Ежедневный самоконтроль гликемии с помощью портативных приборов (глюкометров), калиброванных по плазме: натощак, через 1 час от начала основных приемов пищи, если пациентка находится только на диетотерапии. При назначении инсулинотерапии - ежедневный самокнтроль гликемии: не менее 7 раз в сутки (перед и через 1 час после приемов пищи, на ночь), при плохом самочувствии, при необходимости (риск гипогликемии, титрация дозы пролонгированного инсулина) - в 3 и 6 ч.

Цели гликемического контроля:

- глюкоза плазмы натощак/перед едой/на ночь/ночью < 5,1 ммоль/л (УУР С, УДД 5);

- глюкоза плазмы через 1 час после еды < 7,0 ммоль/л (УУР С, УДД 5);

Самоконтроль кетонурии 1 раз в 2 недели.

Показания к инсулинотерапии: невозможность достижения целевых показателей гликемии (два и более нецелевых значений гликемии при соблюдении рекомендаций по диетотерапии) в течение 1-2 недель самоконтроля. Схема инсулинотерапии подбирается индивидуально.

Стартовые дозы инсулинов

При повышении гликемии выше целевого уровня через 1 час после начала приема пищи - инициация терапии ИУКД/ИКД). Стартовая доза ИУКД (ИКД): 1 ЕД на 10-12 г углеводов (1 ХЕ), вводится за 15-20/20-30 минут до приема пищи, сопровождавшегося 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 ИУКД за 20-30 минут до еды, ИКД - за 40-60 минут до еды.

При повышении гликемии натощак выше целевого уровня - инициация терапии инсулином длительного/ средней продолжительности действия. Стартовая доза базального инсулина 0,1 ЕД/кг массы тела (0,16 - 0,2 ЕД/кг при избыточной массе тела/ожирении до беременности), вводится 1 раз в сутки в 22.00-24.00. Титрация дозы проводится каждые 3 дня с увеличением на 1-2 ЕД до достижения целевого значения гликемии натощак. При дозе базального инсулина > 40 ЕД/сутки целесообразно рассмотреть двукратный режим введения (30% дозы утром и 70% на ночь, если продолжительность действия препарата менее 20 часов).

При выявлении манифестного СД - инициация базис-болюсной инсулинотерапии. Стартовая суточная доза инсулина 0,4 ЕД/кг массы тела (0,5 ЕД/кг при избыточной массе тела/ожирении), распределяется по 50% на базальный и болюсный инсулины. Базальный инсулин вводится 1 раз в сутки в 22.00-24.00 Болюсный инсулин распределяется на 3 введения за 15-20 минут (ИУКД) или 20-30 минут (ИКД) до основных приемов пищи в пропорциях: 40% перед завтраком и по 30% перед обедом и ужином. Титрация доз проводится под контролем гликемии каждые 3 дня по алгоритмам, представленным выше.

При выявлении УЗ-признаков диабетической фетопатии рекомендуется немедленная коррекция питания, дополнительный контроль гликемии через 2 часа от начала приема пищи (целевойуровень менее 6,7ммоль/л) с целью выявления возможного смещения пиков гипергликемии при употреблении большого количества жира и белка и рассмотрение вопроса о назначении прандиального инсулина при выявлении гипергликемии.

ТЕРАПИЯ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

При гестационном сахарном диабете основной целью лечения является поддержание нормогликемии посредством соблюдения диеты и при необходимости использование инсулинотерапии. Правильно составленный режим питания помогает поддерживать нормальный уровень глюкозы, является источником энергии, микроэлементов и витаминов. Калорийность и состав пищи должны быть рассчитаны так, чтобы у беременной женщины не

было ни потери, ни чрезмерной прибавки веса. Чрезмерным считается увеличение массы тела более 1 кг в месяц в 1-м триместре и более 2 кг в месяц во 2-м и 3-м триместрах беременности. Оптимальная прибавка в весе во время беременности должна составлять 7-8 кг для женщин с ожирением (до беременности) и 10-12 кг для пациенток с исходно нормальной массой тела.

Критерии классификации беременности и принципы лечения гестационного сахарного диабета

Класс	Глюкоза крови натощак, ммоль/л	Лечение
A0	Нарушение теста на толерантность к глюкозе	Диета
A1	Менее 5,5	Диета
A2	5,8 - 7,12	Диета + инсулин
B1	Более 7,12	Диета + инсулин

Беременной женщине рекомендуется употреблять 30-35 Ккал/кг в сутки. При избыточной массе тела во 2-м и 3-м триместрах суточный рацион снижается до 25 Ккал/кг. Однако резкое ограничение калоража во время беременности недопустимо, так как это отрицательно сказывается на внутриутробном развитии плода. Диета должна содержать более 55% углеводов с высоким содержанием клетчатки и исключением моносахаридов (кондитерские изделия), 20-25% белка и 18-20% жиров. Если уровень гликемии у пациенток с гестационным сахарным диабетом на протяжении беременности остается в пределах нормальных значений, им рекомендуется монотерапия при помощи диеты.

При повышении глюкозы выше 5,5 ммоль/л утром натощак и выше 7,8 ммоль/л после еды показана инсулинотерапия. Доза инсулина зависит от степени нарушения углеводного обмена. Необходимо использование препаратов человеческого генноинженерного инсулина. Поддержание нормогликемии в течение суток может осуществляться либо частым введением инсулина короткого действия, либо комбинацией человеческих генноинженерных инсулинов короткой и средней продолжительности действия. Оценка гликемического контроля должна проводиться на основании показателей гликемии, но не глюкозурии.

Для обучения самоконтролю в домашних условиях и определения оптимальной схемы инсулинотерапии необходима госпитализация пациентки. В связи с изменениями суточной потребности в инсулине на протяжении беременности могут быть повторные госпитализации по индивидуальным показаниям в разные сроки беременности.

Семилетнее проспективное наблюдение за женщинами с выявленным ГСД в период беременности показало, что после родов у 4% развился СД 1 типа; у 13% - СД 2 типа; у 17% сохранилось нарушение толерантности к углеводам. В случае сохранения СД после родоразрешения через 6 месяцев проводится его реклассификация.

Применение производных сульфонилмочевины и бигуанидов противопоказано при наличии гестационного сахарного диабета в связи с их тератогенным влиянием.