

# 7-й Международный симпозиум «Диабет, гипертония, метаболический синдром и беременность», 13–16 марта 2013 г., Флоренция, Италия

Тиселько А.В.

ФБГУ «НИИАГ им. Д.О. Отта» СЗО РАМН  
(директор – академик РАМН Айламазян Э.К.)

*Ключевые слова: сахарный диабет, беременность, метаболический синдром*

## The 7<sup>th</sup> International DIP Symposium on Diabetes, Hypertension, Metabolic Syndrome and Pregnancy, March 13<sup>th</sup>–16<sup>th</sup>, 2013, Florence, Italy

Tiselko A.V.

*Ott's Research Institute of Obstetrics and Gynecology, St Petersburg, Russian Federation*

*Key words: diabetes mellitus, pregnancy, metabolic syndrome*

Сахарный диабет (СД) – заболевание, которое может оказывать крайне негативное влияние на течение и исходы беременности. С 13 по 16 марта 2013 г. во Флоренции прошел 7-й Международный симпозиум «Диабет, гипертония, метаболический синдром и беременность» (the 7<sup>th</sup> International DIP Symposium on Diabetes, Hypertention, Metabolic Syndrome, and Pregnancy). Основной вопрос симпозиума: как сохранить здоровье женщины с сахарным диабетом и ее будущего ребенка?

Традиционно участниками симпозиума являются диabetологи, акушеры-гинекологи и неонатологи, так как только в составе такой команды можно достичь благополучного течения беременности и родов у женщин с различными формами СД. Увеличение больных СД во всем мире приводит к увеличению количества женщин репродуктивного возраста с различными формами СД. По данным ВОЗ, в мире насчитывается 151 млн женщин с СД, по прогнозам, к 2030 г. это число составит 257 млн женщин. Каждые 2 женщины из 5 с СД – репродуктивного возраста. Это цифра в настоящее время составляет около 60 млн женщин. Сент-Винсентская декларация 1989 г. провозгласила необходимость достижения благополучного вынашивания беременности у женщин с СД, как у здоровых женщин (G. Mello). Прошло 25 лет. На симпозиуме было отмечено, что до настоящего времени неонатальная заболеваемость и перинатальная смертность у женщин с различными формами СД превышает популяционный уровень.

Самой частой формой СД во время беременности является гестационный сахарный диабет (ГСД), который составляет более 50% всех форм диабета при беременности. ГСД представляет собой серьезную медико-социальную проблему, т. к. в значительной степени увеличивает частоту нежелательных исходов беременности для ма-

тери и для новорожденного. ГСД является фактором риска развития ожирения, СД2 и сердечно-сосудистых заболеваний у матери и у потомства в будущем. Беременность – это состояние физиологической инсулинорезистентности, которая сама по себе является фактором риска нарушения углеводного обмена.

Проблеме диагностики и лечения данной патологии было посвящено большинство докладов на прошедшей конференции. В течение 49 лет отсутствовали единые диагностические критерии ГСД. В марте 2010 г. на основании крупнейшего многоцентрового исследования HAPO Study (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes Study), в котором участвовали 25 505 женщин, были приняты новые критерии диагностики ГСД.

Был предложен 2-фазный алгоритм диагностики нарушения углеводного обмена при беременности. Первая фаза включает в себя исследование глюкозы в венозной плазме натощак на первом визите к врачу. Значение глюкозы в венозной плазме натощак  $\geq 5,1$  ммоль/л однократно было принято определять как ГСД. Вторая фаза исследования предполагает проведение глюкозотолерантного теста с 75 г глюкозы во II и в III триместрах беременности. В отчетах ряда стран: Израиля, Австрии, США продемонстрирован высокий процент выявления ГСД в I фазу исследования (от 11 до 78%) и подтверждено достоверное снижение частоты акушерских и неонатальных осложнений, таких как гестоз и макросомия при использовании новых критериев ГСД. D. Lapolla, G. Mello представили данные о необходимости инсулинотерапии в группе с уровнем глюкозы в крови  $\geq 5,1$  ммоль/л в 47,6% случаев, а в группе с уровнем глюкозы в крови  $\leq 5,1$  ммоль/л – в 20% случаев. Рядом авторов дискутировался вопрос о правомерности использования однократного теста определения глюкозы натощак для диагностики нарушений толерантности к глюкозе

во время беременности, особенно в первом триместре. Авторы сделали выводы о необходимости дальнейших популяционных исследований, подтверждающих эффективность двухфазного алгоритма диагностики ГСД.

Большое количество докладов было посвящено использованию аналогов инсулина ультракороткого и пролонгированного действия во время беременности (Stefano Del Prato, E. Torloni и др.). Представлен отчет об исследовании, подтверждающем эффективность использования инсулина детемир у беременных с СД (отнесен к классу В). Проведен анализ применения инсулина гларгин на основании большого количества ретроспективных исследований (отнесен к классу С). Не выявлено достоверного увеличения тератогенных эффектов при использовании инсулина гларгин. Эффективность применения инсулинов аспарт и лизпро у беременных с СД подтверждена положительным эффектом в достижении целевых уровней постпрандиальной гликемии, снижением частоты гипогликемических состояний, снижением частоты преждевременных родов, уменьшением частоты неонатальных гипогликемий. Был отмечен физиологический гликемический профиль глюкозы при применении инсулина глулизин и высказана необходимость проведения дальнейших рандомизированных исследований его использования у беременных с СД.

Неоднократно обсуждался вопрос о применении пероральных сахароснижающих препаратов (ПССП) для улучшения метаболических эффектов у беременных с ГСД и СД2 (M.V. Landon, D.A., Sacks). Представлены данные применения глибурида vs инсулина при ГСД. Несмотря на экономическую эффективность применения глибурида, достоверных позитивных отличий перинатальных результатов не получено, тогда как в исследовании по применению метформина с 24 по 34 недели беременности у женщин с ГСД не было тератогенных эффектов, у новорожденных отмечалось достоверно меньшее количество жировой ткани. В настоящее время в ряде стран приняты стандарты применения ПССП у беременных с ГСД. Для подтверждения эффективности и безопасности их применения необходимы дополнительные рандомизированные исследования. К сожалению, недостаточно на научных форумах уделяется внимания докладом по диетотерапии у больных с СД во время беременности. А ведь диетотерапия – один из основных методов профилактики и лечения, в частности ГСД и СД2. На симпозиуме был представлен доклад

из Австралии (J. Braun-Miller) не только об основных принципах диетотерапии, но и об эффективности применения структурированной программы обучения женщин навыкам питания в достижении хорошего метаболического контроля.

Впервые на симпозиуме было такое значительное количество докладов по применению новых технологий у больных с различными формами СД во время беременности (G.Petrovski, O.Cohen, D.Feig, A.Napoli, H.Murphy и др.). Применение непрерывного мониторинга глюкозы (НМГ) позволяет получить дополнительную информацию об эпизодах недиагностированной постпрандиальной гипергликемии, гипогликемических эпизодах и вариабельности глюкозы и своевременно оптимизировать лечение. Учитывая экономическую затратность метода, подтверждена необходимость проведения рандомизированных исследований применения НМГ у беременных с СД и разработки показаний к применению данной методики. Представителями ряда стран (Италии, Израиля, Франции, США, России) представлены доклады о возможностях применения помповой инсулинотерапии у беременных с СД1, позволяющих использовать гибкий режим введения инсулина в экстренных акушерских ситуациях, уменьшить вариабельность глюкозы, минимизировать частоту гипогликемических состояний и уменьшить частоту перинатальных осложнений.

Большое количество постерных докладов подтверждало необходимость планирования беременности у женщин с различными типами СД. Доктор Y. Omori представила 20-летний опыт наблюдения состояния диабетической ретинопатии у женщин с СД1, планирующих и не планирующих беременность, и достоверно подтвердила снижение частоты прогрессирования ретинопатии у женщин с СД1, планирующих беременность. Президент FIGO Sir Sabaratnam Arulkumaran выразил беспокойство по поводу значительных темпов роста ожирения у женщин репродуктивного возраста и необходимости эффективной предгравидарной подготовки в этой группе женщин с целью профилактики развития СД2 у матери и ее новорожденного.

В заключение необходимо отметить, что ранняя диагностика ГСД, своевременное применение аналогов инсулина, использование новых технологий (НМГ и помповой инсулинотерапии) могут сыграть значимую роль в достижении целей Сент-Винсентской декларации, направленной на сохранение здоровья матери и ее ребенка.

Тиселько Алена Викторовна

к.м.н., с.н.с. отдела эндокринологии репродукции, ФБГУ «НИИАГ им. Д.О.Отта» СЗО РАМН  
E-mail: alenadoc@mail.ru