

6-й Международный симпозиум «Диабет и беременность», 23–26 марта 2011 г., Зальцбург, Австрия

Болотская Л.Л., Есаян Р.М., Олейник О.В.

ФГУ Эндокринологический научный центр, Москва
(директор — академик РАН и РАМН И.И. Дедов)

Ключевые слова: сахарный диабет, гестационный диабет, фетопатии, макросомия

The 6th International Symposium “Diabetes and Pregnancy”, 23–26 March 2011, Salzburg, Austria

Bolotskaya L.L., Esayan R.M., Oleinik O.V.

Endocrinological Research Centre, Moscow

Key words: diabetes mellitus, gestational diabetes, fetopathies, macrosomia

В Зальцбурге (Австрия) в марте 2011 г. состоялся очередной симпозиум «Диабет и беременность». В работе симпозиума принимали участие эндокринологи, гинекологи и неонатологи из 28 стран Европы, Азии и Америки. В приветствии председателя симпозиума профессора Moshe Hod (Rabin Medical Center Tel Aviv University Israel) прозвучал девиз: «Диабет и беременность — мы только в начале пути!»

Пленарные заседания, круглые столы и постерные доклады были очень интересными. Среди участников из разных стран в процессе работы возникло много вопросов по критериям диагностики гестационного диабета (ГД), методам ранней диагностики эмбриональных осложнений плода. Большое внимание было отведено новым технологиям лечения сахарного диабета (СД) у беременных.

Профессор G. Visser (Нидерланды) сообщил, что распространенность ГД в 2010 г. среди беременных женщин в Европе составила 20,7%, а к 2030 г. установлен прогнозируемый рост заболеваемости до 49,3%. Увеличение распространенности ГД обусловлено высоким индексом массы тела (ИМТ) женщин репродуктивного возраста, более поздним планированием беременности и родов и, как следствие, увеличением сопутствующей патологии.

На симпозиуме состоялись три пленарные сессии по актуальным вопросам диабета и беременности. Тема первой «На пути к консенсусу — диагностика и классификация гипергликемии у беременных» была представлена тремя основными докладами: результатами исследования HAPO (Гипергликемия и неблагоприятный исход беременности, 2001–2007 гг., США), подтверждающими рекомендации IADPSG (International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups — Международная ассоциация «Диабет и беременность») (D. Coustan, USA); обзор рекомендаций IADPSG и руководство к их применению (B.E. Metzger, USA); новые данные ВОЗ по скринингу и диагностике ГД (G. Roglic, Geneva, M.L. Schmidt, Brasil).

В исследовании HAPO принимали участие 25 000 женщин репродуктивного возраста. Скрининг на гипергликемию был проведен в 15 медицинских центрах девяти стран Европы и Америки. Целью исследования было изучение связи повышенного уровня гликемии у матери, уровень которой ниже тех критериев, при которых диагностируется ГД с повышенным риском плохих исходов беременности, т.е. угрозы нынешнему и будущему здоровью ребенка.

В 2008 г. результаты исследования были впервые доложены на научно-практической конференции по диагностике и классификации ГД. По данным HAPO, при гликемии натощак $>5,1$ ммоль/л и через 2 часа после еды $>8,5$ ммоль/л до плани-

рования беременности женщине необходимо проводить профилактические мероприятия для нормализации гликемии, что позволит избежать ГД, снизить риск преждевременных родов, мертворождение и макросомию плода. В этом же году IADPSG были определены новые критерии, согласно которым на 24–28 неделе беременности следует проводить скрининговое исследование гликемии в плазме крови беременной женщины. Проведение ПГТТ рекомендовано, если уровень глюкозы натощак $>5,6$ ммоль/л, через 2 часа $>7,8$ ммоль/л. При гликемии натощак $\leq 7,8$ ммоль/л и через 2 часа после еды $\leq 11,1$ ммоль/л диагноз ГД ставят без проведения ПГТТ. Рекомендации ВОЗ по диагностике ГД (2003 г.) расходятся с рекомендациями Американской диабетической ассоциации (ADA). Первые считают, что диагноз «диабет» необходимо выставлять при уровне гликированного гемоглобина (HbA_{1c}) — 6,5%, вторые — при 6,1% соответственно. В ноябре 2010 г., в Женеве, ВОЗ приняты критерии диагностики ГД: гликемия в плазме крови натощак $\geq 7,0$ ммоль/л и через 2 часа после еды (ПГТТ) $\geq 11,1$ ммоль/л, при этом ОГТТ рекомендуется проводить всем беременным при уровне глюкозы в плазме крови 6,1–6,9 ммоль/л. Итоги спора о критериях диагностики ГД подвели английские исследователи из Redbridge University Hospital, UK, которые провели скрининг распространенности ГД в Великобритании, руководствуясь данными NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008 г.), и представили исход беременности двух групп женщин: в 1-й группе был проведен ПГТТ, во 2-й скрининг HAPO (таб. 1). Исследование доказало, что проведение скрининга ГД с использованием ПГТТ определяет более высокий риск у женщин с макросомией плода и осложнениями у матери во время родов по сравнению со скринингом HAPO.

Вторая пленарная сессия была посвящена эмбриональным осложнениям плода, основной причиной развития которых является метаболический синдром, диагностированный у матери до беременности. J. Ваг (Израиль) в своем докладе «Тромбофилия и осложнения беременности — старый миф» показал, что тромбоз артерий и вен плаценты возникает лишь в 3,9% случаев, а различной степени выраженности фетопатии плода в 17% случаев, если у беременной женщины метаболический синдром диагностирован более 10 лет. A. Laroila (Италия) считает основными факторами развития преэклампсии беременными нарушениями липидного спектра и оксидативный стресс, который ассоциируется с более высокой окислительной модификацией липопротеидов на фоне интенсификации процессов перекисного окисления липидов вследствие хронической гипергликемии. При этом у женщины с ИМТ ≥ 25 кг/м² во время беременности преэклампсия не диагностируется. Макросомия

плода — одно из самых распространенных осложнений, причиной которого в 40% случаев является СД и в 20% — метаболическое ожирение у матери. Доклад А. Naroil (Италия) был посвящен снижению риска развития макросомии, самопроизвольных аборт и мертворождения. Основной профилактикой является управление гликемией в течение всего периода гестации. CGMS является приоритетным современным методом контроля глюкозы крови. Авторы показали, что целевые значения гликемии <5,9 ммоль/л в течение дня снижают риск развития макросомии плода с 22% до 11,3%.

Третья пленарная сессия была посвящена использованию аналогов инсулина человека для эффективного ведения беременности у пациенток с СД 1 типа (СД1) и СД 2 типа (СД2). На симпозиуме впервые были представлены данные 10-летнего рандомизированного контролируемого исследования по использованию аналога пролонгированного действия Детемира во время беременности (2001–2011 гг.) В своем докладе E.R. Mathiesen (Германия) продемонстрировал эффективность применения инсулинов Аспарт + Детемир, по сравнению с Аспарт + НПХ:

- инсулиновые аналоги обладают большей проникающей способностью через плаценту плода;
- эффективно снижают постпрандиальную гликемию и уменьшают суточную потребность в пролонгированном инсулине в 3-м триместре беременности;
- снижают риск дневных гипогликемий на 21%, ночных на 6%;
- снижают неонатальные гипогликемии новорожденного на 15%;
- достижение целевых значений гликированного гемоглобина (HbA_{1c} 6,1%) и нормогликемия до 5,9 ммоль/л в течение суток снижают риск развития макросомии плода на 11%.

Использование аналога пролонгированного действия Детемира в сочетании с аналогами инсулинов ультракороткого действия в базис-болюсном режиме считается эффективным и безопасным методом лечения женщин с СД1 и СД2 во время беременности.

Большое внимание было отведено новым высокотехнологичным способам лечения сахарного диабета у беременных, чему была посвящена сателлитная сессия компании Medtronic, на которой зарубежными коллегами были представлены системы для непрерывного мониторингирования глюкозы (CGMS, Gardian Real Time). О необходимости мониторингирования гликемии говорилось в выступлениях H.R. Murphy-UK, O. Cohen-Israel, A. Kowalski-USA, свидетельствующих о возможности достижения компенсации углеводного обмена подбором адекватных доз инсулинов, выявлению скрытых гипогликемий, оценке колебаний сахара крови. В лекции M. Philip, Israel была подчеркнута возможность

Таблица 1

Исход беременности*		
Материнские показатели	Группа 1, ППГ скрининг	Группа 2, НАРО скрининг
Кол-во наблюдаемых женщин	n=386	n=312
Самопроизвольные аборты, n	137	111
Кесарево сечение, n	130	112
Показатели АД, мм/рт. ст.	199/49	151/59
Стимуляция родов, n	101	76
Разрывы 3-й степени, n	7	5
Метформин/инсулин, n	97	4
Мертворождение, n	5	0
Показатели плода		
Преждевременные роды, n	30	0
Прием ПСМ, n	10	8
Макросомия более 4 кг, n	41	6

*C. Burrell, Z. Kropiwnicka, R. Howard, E. Casey, L. Phillips Barking, Havering & Redbridge University Hospital, Queens Hospital, Romford, UK, 2010

предупреждения и купирования гипогликемии благодаря новой инсулиновой помпе компании Medtronic — Paradigma Veo System. В инсулиновой помпе Paradigma Veo, так же как и в предыдущей модели Paradigm Real Time, реализован модуль постоянного мониторинга сахара крови в реальном времени (REAL-Time Continuous Glucose Monitoring) наряду с базисно-болюсным механизмом подачи инсулина ультракороткого действия. Но главная особенность Paradigm Veo System — это единственная помпа в мире, которая способна распознавать гипогликемии и приостанавливать подачу инсулина. Через 2 часа после остановки подача инсулина возобновляется. Все представленные высокие технологии позволяют оптимизировать лечение сахарного диабета при беременности.

Итоги симпозиума позволяют надеяться на достижение единого консенсуса в формировании критериев диагностики гестационного диабета в различных странах Европы и Америки, использовании новейших технологий в диагностике и лечении матери и плода, снижения перинатальной смертности и самопроизвольных абортов.

Добро пожаловать на следующий 7-й Международный симпозиум — «Диабет, гипертензия, метаболический синдром и беременность», 14-16 марта 2013 г. Флоренция, Италия (www.kenes.com/DIP).

Болотская Любовь Леонидовна

к.м.н., с.н.с. отделения эпидемиологии и Государственного Регистра диабета, ФГУ Эндокринологический научный центр, Москва
E-mail: endo2001@rambler.ru

Есаян Роза Михайловна
Олейник Ольга Викторовна

аспирант, ФГУ Эндокринологический научный центр, Москва
клинический ординатор, ФГУ Эндокринологический научный центр, Москва.