

УДК 618.3-06:616.379-092

ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: ПАТОГЕНЕЗ ВЛИЯНИЯ НА ОРГАНИЗМ МАТЕРИ И ПЛОДА

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Сидорова А.Д., Вейцман И.А.

Гестационный сахарный диабет (ГСД/GDM) – эта патология, встречающаяся у значительного числа женщин во время беременности, обычно развивается в третьем триместре (между 24 и 28 неделями) и, как правило, исчезает после рождения ребенка. Данное заболевание может негативно сказаться как на здоровье матери, так и на здоровье плода. ГСД является актуальной и обсуждаемой проблемой с медицинской и социальной стороны. Также ГСД в значительной степени повышает частоту нежелательных исходов как для матери, так и плода.

Ключевые слова: гестационный сахарный диабет, популяция, заболеваемость.

Gestational diabetes mellitus (GDM) is a pathology that occurs in a significant number of women during pregnancy, usually develops in the third trimester (between 24 and 28 weeks) and usually disappears after the birth of the child. This disease can affect both the health of the mother and the health of the fetus. The GDM is a topical and discussed problem from the medical and social point of view. Also, GDM significantly increases the frequency of adverse outcomes for both the mother and the fetus.

Key words: gestational diabetes mellitus, population, morbidity.

Актуальность проблемы ГСД заключается в том, что распространенность его во всем мире неизменно растет. Так, частота ГСД в общей популяции разных стран варьирует от 1 до 14%, составляя в среднем 7%. Кроме того, ГСД считается предвестником и маркером сахарного диабета II-го типа. Как показали многочисленные исследования, через 15 лет после родов распространение СД-II типа у женщин с ГСД и ожирением в анамнезе составит 60%.

В нашей стране, по данным Государственного регистра сахарного диабета, распространенность ГСД составляет 8-9%.

Беременность является физиологическим стрессом для бета-клеток поджелудочной железы, которая значителен для организма «диабетогенным фактором». По мере того, как созревает плацента, постепенно нарастает и инсулинорезистентность, которая является основной причиной развития ГСД. В этом процессе участвуют фетоплацентарные гормоны (плацентарный лактоген и прогестерон) и гормоны матери (кортизол, эстрогены, пролактин), концентрация которых в крови также растет с увеличением сроков беременности. Происходит компенсация повышением продукции и снижением клиренса эндогенного инсулина матери. Инсулинорезистентность усиливается с увеличением калорийности принимаемой матерью пищи, снижением физической активности и прибавкой веса. Наличие инсулинорезистентности и недостаточная секреция инсулина ведут к повышению концентрации в плазме крови глюкозы, свободных жирных кислот (СЖК), некоторых аминокислот и кетонов. При нали-

чии факторов риска, таких как: нарушение толерантности к глюкозе или нарушенной гликемии натощак, семейный анамнез, выявляющий родственника с сахарным диабетом 2 типа, материнский возраст – фактор риска у женщины увеличивается с возрастом (особенно у женщин старше 35 лет), секреция инсулина становится недостаточной для преодоления инсулинорезистентности, что и приводит к появлению гипергликемии.

Гипергликемия у матери также осложняет течение беременности и родов, что приводит к множественному повреждению органов развивающегося плода – диабетической фетопатии, при которой происходят нарушения со стороны поджелудочной железы, почек, кровеносной системы ребенка. Также повышение уровня глюкозы в крови приводит к значительным нарушениям адаптации новорожденного в раннем постнатальном периоде. Потенциальное осложнение, которое возникает в период беременности при ГСД – это преэклампсия. Данное состояние сопровождается появлением белка в моче, высоким артериальным давлением и задержкой жидкости в организме. Важный показатель патологии – альбуминурия (наличие белка в моче). Параллельно наблюдается нарушение свертываемости крови и снижение активности ферментов печени.

Развитие осложнений беременности и заболеваемость новорожденных при ГСД достигают почти 81%. До 50% случаев характеризуются угрозой прерывания беременности и преждевременных родов.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Список литературы:

1. Devlieger R., Casteels K., Van Assche F.A. Reduced adaptation of the pancreatic B cells during pregnancy is the major causal factor for gestational diabetes: current knowledge and metabolic effects on the offspring. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2008;87(12):1266-70.

2. Wasalathanthri S. Attenuating type 2 diabetes with postpartum interventions following gestational diabetes mellitus. *World J Diabetes.* 2015;6(4):648-53. doi: 10.4239/wjd.v6.i4.648.

3. Брин В.Б., Вартанян И.А., Данияров С.Б., Захаров Ю.М., Киселев В.И., Кубарко А.И. и др. *Основы физиологии человека.* Санкт-Петербург, 1994. Т. 2.

4. Краснопольский В.И., Петрухин В.А., Бурумкулова Ф.Ф. Гестационный диабет: новый взгляд на старую проблему. *Акушерство и гинекология.* 2010; 2: 3-6.

5. Кукес В.Г., Стародубцев А.К., Блинков И.Л., Журавлева М.В., Цой А.Н., Архипов В.В., Архипова Д.Е., Сидоренкова Н.Б. и др. *Клиническая фармакология и фармакотерапия.* Москва, 2003.

6. Петрухин В.А., Бурумкулова Ф.Ф. *Гестационный сахарный диабет.* 2014.