**Всероссийский конкурс «Будьте здоровы» (для студентов-медиков)**

**Статья. Тема материала:** Опасность гестационного сахарного диабета

Родионов Матвей Александрович – обучающийся ЕТЖТ- филиала РГУПС

Куратор: Бокарева Зоя Николаевна – преподаватель высшей категории ЕТЖТ - филиала РГУПС, город Елец, Липецкой области

Одной из важных медицинских проблем нашего времени является гестационный сахарный диабет, который наравне с ожирением и сахарным диабетом 2-го типа поражает все больше людей.

Распространенность гипергликемии у беременных в 2021 году составила около 15,8%, из них 83,6% случаев были связаны с гестационным сахарным диабетом. Распространенность гестационного сахарного диабета в России составляет около 7% от общего количества беременных.

Рассмотрим, что же такое гестационный сахарныйдиабет. Это нарушение углеводного обмена, развившееся во время беременности. При этом на момент зачатия уровень глюкозы в крови будущей мамы не был высоким. Данный вид сахарного диабета может возникнуть при любой беременности, но чаще многоплодной и наступившей в результате ЭКО.

Каждый день у беременных увеличивается инсулинорезистентность, что является основной причиной развития гестационного сахарного диабета. Главную роль при этом играют фетоплацентарные гормоны: плацентарный лактоген и прогестерон, а также гормоны матери: кортизол, эстрогены, пролактин, число которых при беременности также постепенно возрастает.

Компенсация происходит за счет повышенной продукции и снижением клиренса эндогенного инсулина матери. Инсулинорезистентность усугубляется увеличением калорийности потребляемой будущей матерью пищи, снижением физической активности и прибавкой веса.

При наследственной предрасположенности к сахарному диабету 2 типа и ожирению, секреция инсулина становится недостаточной для преодоления инсулинорезистентности, из-за чего появляется гипергликемия.

Факторами риска гестационного сахарного диабета являются избыточный вес или ожирение до или во время беременности, употребление фастфуда, дефицит микроэлементов, возраст матери, наличие родственников, которые болели сахарным диабетом 2-го типа или ожирением, синдром поликистозных яичников, мертворождение или хроническое невынашивание беременности, курение во время беременности.

Несмотря на сходство с сахарным диабетом, клиническая картина обычно больше похожа лишь на проявление беременности, поэтому важно обращать внимание на такие признаки, как немотивированная слабость, жажда, сухость во рту, частое мочеиспускание, нечеткость зрения.

Нет признаков, при физикальном обследовании, которые смогли бы выявить гестационный сахарный диабет, поэтому крайне важно соблюдать пропедевтические принципы обследования пациенток, такие как расчет ИМТ до беременности, динамика веса во время беременности.

Как и любое заболевание, выявить гестационный сахарный диабет может привести к осложнениям. Стоит разделять осложнения со стороны плода, а это макросомия, снижение кальция и повышение билирубина в крови, полицитемия, задержка формирования легочной ткани, высокий риск перинатальной смертности, гипогликемия новорожденного. Осложнениями со стороны матери являются: многоводие, инфекции мочевой системы, токсикоз второй половины беременности, преэклампсия, эклампсия, преждевременные роды, аномалии родовой деятельности.

Рассмотрев причины и признаки этого заболевания, мы можем обсудить стратегию лечения. При этом используется междисциплинарный подход к ведению и лечению беременных с гестационным сахарным диабетом для снижения материнской и перинатальной заболеваемости и предотвращения смертности. Следует рекомендовать улучшение образа жизни, поменять режим питания и физической активности. Всем беременным с гестационным сахарным диабетом показана диетотерапия с исключением углеводов с высоким гликемическим индексом, легкоусваиваемых углеводов, транс-жиров, с суточным количеством углеводов 175 г или не менее 40% от расчетной суточной калорийности питания. Все это под контролем гликемии и кетоновых тел в моче всех беременным с гестационным сахарным диабетом для адекватного обеспечения потребностей матери и плода и профилактики акушерских и перинатальных осложнений.

Контроль уровня глюкозы рекомендуется проводить ежедневного, так как самоконтроль гликемии до конца беременности крайне важен всем беременным женщинами с гестационным сахарным диабетом. Самоконтроль выполняется пациенткой и включает определение гликемии с помощью портативных приборов глюкометров, калиброванных по плазме. Если пациентка находится только на диетотерапии, то самоконтроль гликемии проводится ежедневно утром натощак и через 1 час от начала основных приемов пищи. Рекомендуется вести дневник самоконтроля, в котором фиксируются показатели уровня глюкозы капиллярной крови, особенности питания, время и тип физической активности беременным женщинам с гестационным сахарным диабетом. По показаниям применяется инсулинотерапия в течение 1–2 недель самоконтроля беременным с гестационным сахарным диабетом для достижения компенсации углеводного обмена.

Соблюдать осторожность необходимо не только во время беременности, но и во время послеродового наблюдения, а также при планировании следующей беременности. После родов у всех пациенток с гестационным сахарным диабетом отменяется инсулинотерапия. В течение первых трёх суток после родов проводят обязательное измерение уровня глюкозы венозной плазмы с целью выявления возможного нарушения углеводного обмена. Пациентки, перенёсшие гестационный сахарный диабет, являются группой высокого риска по его развитию в последующие беременности и СД 2-го типа в будущем. Следовательно, эти женщины должны находиться под постоянным контролем со стороны эндокринолога и акушера-гинеколога.