РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗНЫХ ЦЕЛЕВЫХ УРОВНЕЙ ГЛИКЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

^{1,2}Попова П.В., ¹Ткачук А.С., ¹Васюкова Е.А., ¹Дронова А.В., ¹Болотко Я.А., ^{1,3}Пустозеров Е.А., ¹Васильева Е.Ю.,
¹Ли О.А., ¹Зазерская И.Е., ¹Первунина Т.М., ¹Гринева Е.Н.

¹Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова, Санкт-Петербург

²Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

³СПбГЭТУ «ЛЭТИ», Санкт-Петербург

Современные рекомендации по целевым уровням гликемии при лечении женщин с гестационным сахарным диабетом (ГСД) различаются у разных международных медицинских организаций. Отсутствие консенсуса обусловлено недостатком рандомизированных исследований влияния разных уровней гликемии на исходы беременности.

ЦЕЛЬ: сравнить влияние различной интенсивности гликемического контроля у беременных женщин с ГСД на перинатальные исходы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: беременные женщины на 8–31 неделе гестации были случайным образом распределены на 2 группы по целевым уровням гликемии: ГСД 1 (жесткие гликемические цели, глюкоза крови $<5,1$ ммоль/л натощак и $<7,0$ ммоль/л постпрандиально) и ГСД 2 (менее жесткие гликемические цели, $<5,3$ ммоль/л и $<7,8$ ммоль/л соответственно). Диагноз ГСД был поставлен в соответствии с критериями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ 2013). Женщинам были даны рекомендации по изменению образа жизни. Инсулинотерапию начинали при превышении целевого уровня глюкозы в крови в 2 и более измерениях в неделю в группе 1 и более чем в 1/3 измерений в неделю в группе 2. Первичной конечной точкой была частота рождения младенцев с большим для гестационного возраста весом (крупный плод). Вторичные конечные точки включали совокупность неонатальной смерти или тяжелой заболеваемости (паралич Эрба, перелом костей и дистоция плечиков), гестационный возраст при рождении, вес при рождении, макросомию (вес при рождении >4000 г), малый вес новорожденного для гестационного возраста (маловесный плод), неонатальную гипогликемию, преэклампсию, способ родов и долю женщин, нуждающихся в инсулинотерапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ: в общей сложности 652 женщины были рандомизированы в группы исследования: ГСД 1 ($N=326$) и ГСД 2 ($N=326$). Частота крупного к сроку плода при использовании критериев InterGrowth21st была ниже в группе 1 по сравнению с группой 2 (18,4% и 26,1%, $p=0,026$). Наблюдалась тенденция к снижению частоты кесарева сечения в группе 1 (23,7% vs 30,3%, $p=0,07$).

Не выявлено существенных различий в сроке родов ($39,0 \pm 1,3$ против $38,9 \pm 1,5$ недель, $p=0,224$), массе тела при рождении (3341 ± 675 против 3407 ± 506 г, $p=0,197$), гестационной прибавке веса ($9,8 \pm 6,7$ против $10,9 \pm 6,3$, $p=0,081$), в частоте макросомии (12,1% и 12,3% соответственно, $p=1,0$), комбинированного исхода (1,3% vs 2,0%, $p=0,545$), маловесного к сроку плода (10,4% и 7,8% соответственно, $p=0,327$), неонатальной гипогликемии, преэклампсии (15,0% и 15,8%, $p=0,814$), и индукции родов (34,2% против 30%, $p=0,313$). В группе ГСД1 были достигнуты более низкие средние значения гликемии натощак ($4,8 \pm 0,4$ ммоль/л против $4,9 \pm 0,5$ ммоль/л, $p=0,065$) и средние значения гликемии через 1 час после еды ($6,1 \pm 0,5$ ммоль/л против $6,3 \pm 0,6$ ммоль/л, $p<0,001$). Доля женщин, которым был назначен инсулин, была выше в группе ГСД1 по сравнению с группой ГСД2 (42,1% и 29,0%, $p=0,001$).

ВЫВОДЫ: стремление к жестким целевым уровням гликемии у женщин с ГСД привело к снижению частоты рождения крупных к сроку гестации новорожденных и повышению частоты назначения инсулинотерапии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гестационный сахарный диабет; целевые уровни гликемии; исходы беременности; контроль гликемии, крупный плод.