

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ОЖИРЕНИЕМ

*Шишко Е. И., Мохорт Е. Г.*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет», Беларусь, Минск*

**Введение.** Рост заболеваемости ожирением увеличивает число случаев гестационного сахарного диабета (ГСД) и сахарного диабета 2 типа (СД2) у беременных женщин. Примерно каждая шестая беременность (около 14 %) протекает на фоне гипергликемии, при этом в 80 % этих случаев наблюдается ГСД. Ожирение, возраст матери и семейный анамнез диабета стабильно ассоциированы с более высоким риском ГСД и неблагоприятных акушерских исходов.

**Цель.** Систематизировать современные данные о возможности применения сахароснижающей терапии при беременности у пациенток с ГСД и СД2, оценить влияние терапии на материнские и неонатальные исходы, а также обозначить ограничения и клинические условия безопасного назначения.

**Материалы и методы.** Проведен обзорный анализ данных, включающих результаты крупных когортных и рандомизированных клинических исследований (РКИ), регистровых наблюдений за женщинами с ГСД, СД2 с ожирением и последующим наблюдением за их детьми.

В анализ включены следующие ключевые источники данных:

- Национальная когорта Великобритании NPID (2014–2018): 17375 исходов беременности у 15290 женщин с СД1 типа и СД2.
- РКИ MiG (2008): 751 женщина с ГСД (сравнение исходов беременности при назначении метформина и инсулина).
- Исследование MiTy Kids (24 месяца): наблюдение за 465 детей, для выявления последствий от применения метформина у матери во время беременности.
- Финское когортное исследование CLUE (метформин, инсулин, комбинированная терапия).
- Скандинавская регистровая когорта (Diabetes Care, 2023) по врожденным порокам при экспозиции метформину.
- Международные базы для оценки периконцептивной терапии (Северная Европа, США, Израиль), включая анализ препаратов второй линии и агонистов рецептора глюкагоно-подобного пептида-1 (арГПП-1).

Методологически работа представляет собой клинический обзор с выделением повторяющихся эффектов и противоречивых результатов.

**Результаты и обсуждение.** В когорте NPID при СД1 типа чаще регистрировались преждевременные роды (42,5 % против 23,4 % при СД2) и рождение детей большого для гестационного возраста (52,2 % против 26,2 %). Ключевым и модифицируемыми предикторами неблагоприятных исходов выступали материнский гликированный гемоглобин (HbA1c) и индекс массы тела; уровень HbA1c в III триместре 6,5 % и выше ассоциировался с более высоким перинатальным риском.

В исследовании MiTy отмечены улучшение гликемических параметров и снижение суточной дозы инсулина при добавлении метформина. На фоне метформина чаще наблюдались более низкие показатели массы при рождении и меньшая частота макросомии. Одновременно в ряде работ отмечен рост доли новорожденных с малой массой тела для гестационного возраста, особенно у пациенток с сопутствующей плацентарной и соматической патологией, что требует осторожного отбора пациенток.

По данным MiG и ряда других работ, частота неонатальной гипогликемии была ниже на метформине.

Скандинавские регистровые данные не выявили убедительного роста риска крупных врожденных аномалий или пороков сердца при ранней экспозиции метформину по сравнению с инсулином. Вместе с тем вопрос отдаленного метаболического программирования потомства остается открытым: в материалах обсуждается возможная связь с ускоренным постнатальным ростом и риском ожирения у части детей, что требует дальнейших проспективных наблюдений.

Наблюдательные данные (включая TriNetX) демонстрируют ассоциацию предгравидарного применения арГПП-1 со снижением риска ГСД, гипертензивных осложнений беременности, преждевременных родов и кесарева сечения у женщин с ожирением (например, отношение шансов по отдельным исходам около 0,68–0,89). Однако эта стратегия не является терапией во время беременности: в материалах подчеркивается необходимость контрацепции и отмены препаратов за 2 месяца до планируемого зачатия.

**Выводы.** Ключевым элементом остается прекоцепционная подготовка (оптимизация HbA1c, контроль массы тела, планирование беременности). Дискуссионного характера остаётся терапия метформином, что требует дальнейшего наблюдения. Для арГПП-1 обязательны контрацепция на фоне приема и отмена препарата минимум за 2 месяца до зачатия.