Гестационный сахарный диабет

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: O24.0, O24.1, O24.3, O24.4, O24.9 · Российская ассоциация эндокринологов, Российское общество акушеров-гинекологов

Гестационный сахарный диабет — гипергликемия, впервые выявленная при беременности, но не достигающая критериев манифестного сахарного диабета. Рекомендация охватывает скрининг, подтверждение диагноза, питание и самоконтроль, инсулинотерапию, наблюдение за плодом, родоразрешение и послеродовое обследование.

Главное

- Беременность является фактором риска гипергликемии, поэтому обследование на нарушение углеводного обмена проводят всем беременным независимо от жалоб и факторов риска (УУР С, УДД 4).
- Глюкоза венозной плазмы натощак 5,1–6,9 ммоль/л соответствует ГСД; значения натощак ≥7,0 ммоль/л требуют исключения или подтверждения манифестного сахарного диабета.
- Цели самоконтроля: натощак <5,1 ммоль/л, через 1 час после еды <7,0 ммоль/л, через 2 часа <6,7 ммоль/л. Самоконтроль проводят ежедневно до конца беременности (УУР В, УДД 3).
- Основой лечения для всех беременных с ГСД служат коррекция питания и физической активности (УУР А, УДД 2); углеводы распределяют на 3 основных и 2–3 дополнительных приема пищи.
- Инсулин назначают, если за 1–2 недели диеты и физической активности сохраняются два и более значения гликемии выше цели (УУР В, УДД 1). Пероральные сахароснижающие препараты при ГСД не применяют.
- Плод контролируют с помощью УЗИ с 28–29 недель, далее при отсутствии фетопатии — не реже одного раза в 4 недели, при ее наличии — не реже одного раза в 3 недели; кардиотокографию проводят с 32 недель каждые 7–10 дней, с 37 недель — не реже раза в 7 дней.
- Тактику родоразрешения определяют в 36 недель. При акушерских осложнениях роды проводят не позднее 39 недель, без осложнений — не позднее 40 недель 6 дней; после родов инсулин отменяют, а ПГТТ выполняют через 4–12 недель.

Диагностика

1. При первом обращении с 6–7 до 24 недель исследуют глюкозу венозной плазмы натощак после голодания 8–14 часов. Использование индивидуального глюкометра для постановки диагноза не допускается (УУР С, УДД 3).
2. Если глюкоза натощак составляет 5,1–6,9 ммоль/л, устанавливают ГСД; этот диагноз может быть поставлен по одному результату на любом сроке беременности (УУР С, УДД 5).
3. При глюкозе натощак ≥7,0 ммоль/л проводят дополнительное обследование: повторяют глюкозу венозной плазмы натощак или определяют ее в любое время суток, а также могут исследовать HbA1c. При отсутствии острой метаболической декомпенсации диагноз манифестного диабета подтверждают двумя значениями в диабетическом диапазоне.
4. Манифестный сахарный диабет диагностируют при глюкозе венозной плазмы натощак ≥7,0 ммоль/л, HbA1c ≥6,5% или глюкозе ≥11,1 ммоль/л в любое время суток при симптомах гипергликемии либо через 2 часа после нагрузки. HbA1c не используют для диагностики ГСД (УУР С, УДД 4).
5. Если до 24 недель нарушение углеводного обмена не выявлено, проводят ПГТТ между 24-й и 28-й неделями; при необходимости тест допустим вплоть до 32-й недели, но с 32-й недели и позднее ПГТТ не проводят (УУР С, УДД 5).

Лечение

- Питание: исключить легко усваиваемые углеводы, продукты с высоким гликемическим индексом и трансжиры; обеспечить 175 г углеводов в сутки или не менее 40% расчетной калорийности. При ожирении или патологической прибавке массы тела калорийность можно снижать, но не менее чем до 1800 ккал/сут для профилактики кетонурии.

- Углеводы распределяют на 3 основных и 2–3 дополнительных приема пищи; интервал между приемами — 2,5–3 часа, ночной перерыв — не более 10 часов. Для профилактики кетонурии перед сном или ночью добавляют 12–15 г углеводов.
- Рекомендуемый объем физической активности — 150–270 минут в неделю, предпочтительно ежедневно по 25–35 минут. Активность прекращают при кровянистых выделениях, болезненных сокращениях матки, подтекании околоплодных вод, головокружении, головной боли, чувстве сильного утомления или одышке перед началом занятия.
- На одной диетотерапии гликемию измеряют утром натощак и через 1 час после основных приемов пищи. При инсулинотерапии контроль проводят 4–8 раз в сутки: натощак, перед едой, через 1 час после еды, перед сном, в 03:00 и при плохом самочувствии (УУР В, УДД 3).
- При постпрандиальной гипергликемии стартовая доза ультракороткого или короткого инсулина — 6 ЕД перед соответствующим приемом пищи; ультракороткий инсулин вводят за 20–30 минут, короткий — за 40–60 минут до еды. Дозу повышают каждые 3–4 дня на 1–2 ЕД до достижения цели.
- При гипергликемии натощак начинают базальный инсулин с 0,1 ЕД/кг, а при избыточной массе тела или ожирении до беременности — с 0,16–0,2 ЕД/кг. Инсулин вводят однократно перед сном в 22:00–24:00, дозу увеличивают каждые 3 дня на 2 ЕД до достижения цели.
- При окружности живота плода более 75-го перцентиля или признаках диабетической фетопатии на диете немедленно корректируют питание и добавляют контроль через 2 часа после еды либо непрерывное или флэш-мониторирование; целевой уровень через 2 часа — < 6,7 ммоль/л.
- Пероральные сахароснижающие препараты при ГСД не применяют. Если метформин был назначен до беременности, его отменяют при выявлении беременности; сам факт приема на ранних сроках не является показанием к прерыванию беременности (УУР С, УДД 5).

Когда направить и как наблюдать

- При наличии жалоб, факторов риска СД 2 типа и результатов исследования, соответствующих категории манифестного сахарного диабета, беременную направляют к врачу-эндокринологу (УУР С, УДД 5). При наличии двух и более факторов риска СД 1 типа определяют антитела GADA, ICA, IAA, IA-2A и Zn-T8A (УУР В, УДД 3).
- Госпитализация при назначении инсулина из-за ГСД не требуется, если нет акушерских осложнений.

Частые вопросы

Какой уровень глюкозы подтверждает ГСД?

ГСД диагностируют при глюкозе венозной плазмы натощак ≥ 5,1 и < 7,0 ммоль/л. При таком результате диагноз может быть установлен по одному измерению на любом сроке беременности.

Когда и как проводить ПГТТ при беременности?

ПГТТ проводят обычно в 24–28 недель у беременных без ранее выявленного нарушения углеводного обмена. С 32-й недели и позднее тест не выполняют; определяют глюкозу венозной плазмы натощак.

Какие целевые значения гликемии при ГСД?

Натощак — < 5,1 ммоль/л, через 1 час после еды — < 7,0 ммоль/л, через 2 часа — < 6,7 ммоль/л.

Когда переходить от диеты к инсулину?

Инсулин назначают, если после 1–2 недель соблюдения диеты и физической активности сохраняются два и более значения выше целевых. При постпрандиальной гипергликемии стартуют с 6 ЕД болюсного инсулина перед соответствующей едой.

Нужно ли продолжать инсулин после родов и когда обследовать женщину?

Инсулинотерапию отменяют после родов. Глюкозу натощак определяют в первые двое суток, а при результате < 7,0 ммоль/л проводят ПГТТ через 4–12 недель.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/841-gestacionnyj-saharnyj-diabet. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/841_1