

После беременности с диабетом – ОКНО ВОЗМОЖНОСТЕЙ

Леона Данг-Килдафф

Период после рождения ребенка открывает перед женщиной окно возможностей, которые окажут влияние на ее настоящее и долгосрочное здоровье в будущем. Конец беременности уже предвещает физические и ментальные изменения, а также те перемены, которые связаны с уходом за собой. После родов в организме больше не присутствует большинства тех гормонов, из-за которых женщина с гестационным диабетом становится не чувствительной к действию инсулина. Если у женщины преддиабет, то следует значительно снизить дозу инсулина; некоторым женщинам, которым инсулин необходим ради жизни, в течение 72 часов после родов он может быть не нужен. Регулирование дозировки инсулина и сахароснижающих препаратов должно основываться на индивидуальных особенностях каждой женщины, на содержании сахара у нее в крови и истории болезни. Леона Данг-Килдафф рассказывает о ключевых факторах, влияющих на женское здоровье после беременности, протекающей на фоне диабета, и рекомендует скрининг многочисленных факторов риска, призванный защитить женщину в будущем.

Во время грудного вскармливания инсулин является препаратом, чаще всего используемым для контроля уровня сахара крови. Однако многие женщины с диабетом типа 2 принимают оральные сахароснижающие препараты наряду с инсулином или вместо него. Такие важные вопросы, как грудное вскармливание, следует решить до того, как женщина и ее лечащий врач выберут терапию по снижению уровня сахара крови. Считается, что глибурид, глипизид, метформин и акарбоза попадают в грудное молоко, хотя их долгосрочное влияние на ребенка еще не было изучено и научная литература по-прежнему рекомендует их использование во время грудного вскармливания.¹

Вопросы, связанные с грудным вскармливанием

До родов женщина делает жизненно важный выбор – кормить или не кормить ребенка грудью. Грудное вскармливание настоятельно рекомендуется каждой женщине; оно помогает справиться с избыточным весом у матери и оказывает защитное влияние на ее здоровье в течение примерно года. Если женщина не потребляет избыточных калорий во время грудного вскармливания, она потеряет лишние килограммы. Во время грудного вскармливания ей требуется на 200 калорий больше, чем обычно, и на 200 калорий меньше, чем во время беремен-



Грудное вскармливание способствует снижению веса матери и оказывает на нее защитное воздействие.

ности. Также грудное вскармливание значительно уменьшает риск развития у ребенка диабета и ожирения в будущем. В исследовании, изучающем влияние вскармливания исключительно грудным молоком в течение первых двух месяцев, было выявлено снижение риска диабета в будущем на 13%.² Смешанное вскармливание также благотворно влияет как на мать, так и на ребенка. Женщины, решившие не кормить грудью, должны потреблять меньше калорий для того, чтобы сбросить вес и предотвратить его накопление.

Грудное вскармливание может оказаться непростой задачей для женщин с преддиабетом. Возможный риск гипогликемии повышает необходимость в перекусах и приеме препаратов. У матерей повышается риск гипогликемии по мере взросления ребенка – через две недели после рождения, через шесть недель и через три месяца. Когда женщина начинает приучать ребенка к другой пище, ей следует увеличить дозу сахароснижающих препаратов и снизить количество потребляемых калорий. Результаты исследования с участием женщин с диабетом типа I предполагают, что отсрочивание отлучения от груди снижает риск развития диабета типа I у ребенка.³ Такого рода исследования проводятся постоянно и

часто дают противоречивые результаты, но могут предоставлять интерес для женщины с диабетом.

“Предупреждение беременности посредством только прогестина связано с почти трехкратным повышением риска развития у матери диабета в течение 12 месяцев.”

Предупреждение беременности

Грудное вскармливание часто используется как метод предупреждения беременности. Однако оно не является подходящим в случае наличия высокого риска развития сахарного диабета.. Каждая женщина, избравшая грудное вскармливание в качестве метода предупреждения беременности должна поддерживать сахар крови на том уровне, который необходим во время беременности – это необходимо для того, чтобы избежать нарушений в развитии плода, если все же наступит незапланированная беременность.

Кормящие женщины с гестационным диабетом в анамнезе не должны использовать в качестве контрацепции только прогестин. Этот гормональный метод связан с почти трехкратным увеличе-

нием риска развития диабета у матери в течение 12 месяцев.^{4,5} Однако использование внутриматочных средств с прогестинном, кажется, не оказывает такого эффекта. Принимая во внимание, что незапланированная беременность может возникнуть вскоре после предыдущей и спровоцировать нарушение гликемического контроля, прогестин может стать приемлемым вариантом контрацепции у тех женщин, которые имеют многочисленные и частые беременности.

У многих женщин с гестационным диабетом после родов приходит в норму толерантность к глюкозе. Однако у некоторых из них сохраняется повышенный уровень сахара крови. Поэтому многие врачи рекомендуют женщинам после родов измерять уровень сахара крови натощак и после еды несколько раз в день. Повышение уровня сахара крови ухудшает заживление, повышает риск возникновения инфекций и снижает выработку молока. Каждая женщина с нарушенной толерантностью к глюкозе должна проходить лечение по индивидуальному плану, а также пройти необходимое обследование сразу после родов.

“Послеродовое повышение уровня сахара крови влияет на заживление, увеличивает риск инфекций и снижает выработку молока.”

Через пять или более недель после родов рекомендуется пройти тест на толерантность к глюкозе с нагрузкой 75 г.^{6,7} У многих женщин, страдавших гестационным диабетом, была обнаружена постоянная интолерантность к глюкозе. Если оставить все, как есть, то примерно у 10% таких женщин ежегодно будет развиваться диабет типа 2; показатель заболеваемости женщин с преддиабетом (нечто среднее между нормальной толерантностью к глюкозе и диабетом) составляет 17% в год. Важно отметить, что недавнее исследование продемонстрировало: гестационный диабет – это скорее предупреждение, чем приговор – женщина может снизить риск потенциального сахарного диабета благодаря изменению образа жизни и прочим альтернативам.⁸

Обследование и скрининг

Крайне важно последующее наблюдение за женщинами, которые имели гестационный диабет. Рекомендуется повторять тест на толерантность к глюкозе с нагрузкой 75 г каждые три года, если у женщины после родов была установлена нормальная толерантность к глюкозе, и ежегодно, если у нее выявлен преддиабет. Женщина, имеющая в анамнезе гестационный диабет (с любой степенью

нарушения толерантности к глюкозе) должна проходить лечение, и все женщины с историей гестационного диабета должны проходить скрининг перед запланированной беременностью для того, чтобы предотвратить возможные нарушения в развитии плода, обусловленные высоким уровнем сахара крови. Женщины, у которых после беременности углеводный обмен пришел в норму, должны пройти скрининг на начальном этапе последующей беременности. Показатель повторного развития гестационного диабета равен примерно 67%. Следующие беременности после первой с гестационным диабетом увеличивают риск развития у женщины диабета типа 2 в течение ближайших пяти лет.⁹

Рекомендации относительно скрининга для женщин с диабетом должны включать пункты общепринятых для всех людей с диабетом. Однако если женщина планирует беременность, она должна пройти лечение до зачатия или поддерживать не только гликемический контроль, но и состояние здоровья в целом (прием препаратов, лечение) еще до беременности.

Определение факторов риска

Рекомендуемые обследования также включают оценку уровня липидов и триглицеридов. У женщин с историей диабета (гестационного или другого типа) повышен уровень липидов и нарушен профиль триглицеридов. Следует заметить, что многие препараты по снижению липидов не рекомендуются к приему во время грудного вскармливания. Рекомендуется и мониторинг артериального давления, ведь у многих женщин с гестационным диабетом и преддиабетом в последующем развивается гипертензия. Многие ингибиторы АПФ считаются приемлемыми во время грудного вскармливания, хотя их небольшое количество все же было найдено в грудном молоке.

Метаболический синдром – совокупность факторов риска, включающая нечувствительность к инсулину, гипергликемию, гипертензию, нарушение уровня липидов и триглицеридов, центральное ожирение – связан как с гестационным диабетом, так и с диабетом типа 2. Также метаболический синдром имеет особую связь с увеличением риска сердечно-сосудистых заболеваний и диабета.

Предотвращая риски

Недавние исследования показали, что 30-60 минут физической активности в день пять раз в неделю являются самым эффективным изменением образа жизни, способным предотвратить метаболический синдром. В США снижение показателей диабета на 49% у женщин с преддиабетом и гестационным диабетом в

анамнезе произошло благодаря физической активности, а вот на метформине такой показатель был менее значимым – всего 14%.¹⁰ Схожие результаты наблюдаются и по всему миру. Упражнения также важны и для женщин с диабетом, так как увеличивают чувствительность к инсулину, улучшают кровообращение, снижают сердечно-сосудистый риск и способствуют нормализации веса.

Избыточная масса тела, как известно, серьезно повышает риск диабета, метаболического синдрома, сердечно-сосудистых заболеваний и развитие большинства диабетических осложнений. Чем ближе вес женщины к нормальному показателю, тем ниже риски на протяжении всей жизни. Однако женщинам не надлежит достигать нормального веса тела только для того, чтобы улучшить здоровье в долгосрочной перспективе.

“**Следует поощрять здоровые методы преодоления депрессии, такие как физическая активность и техники релаксации.**”

Обучение рациональному питанию

Основное внимание в обучении рациональному питанию при диабете во время беременности должно быть уделено здоровой диете. Информация, помогающая сделать правильный выбор, окажет влияние на здоровье всей семьи. Женщинам рекомендуются фрукты и овощи (не фруктовые соки), ограниченное потребление насыщенных и трансжиров, холестерина, минимизация частично гидрогенизированных жиров. Целью должно стать снижение потребления безалкогольных напитков и продуктов, обогащенных сахарами. Предпочтение следует отдать продуктам из цельного зерна, с высоким содержанием клетчатки.

Психосоциальное лечение

Крайне важно выявлять и лечить депрессию. Она часто развивается после беременности, сопряженной с высокими рисками, и, поэтому с явной развития диабета. Одна только депрессия увеличивает потенциальную возможность возникновения диабета даже в том случае, когда отсутствуют другие факторы риска. Депрессия влияет на здоровье из-за повышения гормонов стресса. Она повышает нечувствительность к инсулину, снижая уровень энергии и уменьшая физическую активность. Также повышается риск саморазрушающего поведения, например, нездорового питания и курения. Депрессия также влияет на эмоциональную взаимосвязь женщины с ее новорожденным ребенком. Поэтому следует поощрять здоровые методы преодоления депрессии,

которые вписываются в образ жизни женщины. Ими может стать физическая нагрузка или различные техники релаксации, а также социальная поддержка. Группы матерей (формальные или нет) могут расширить систему поддержки женщин, которая способствует наработке навыков самопомощи.

Леона Данг-Килдафф

Леона Данг-Килдафф – координатор по диабету и беременности в Медицинской Школе Стэнфордского Университета, средний прибрежный район Калифорнии.

Ссылки

- 1 Briggs GG, Freeman RK, Yaffe, SJ. *Drugs in Pregnancy and Lactation* (7th edition). Williams and Wilkins. Philadelphia, 2005.
- 2 Pettitt DJ, Forman MR, Hanson RL, et al. Breastfeeding and incidence of non-insulin-dependent diabetes in Pima Indians. *Lancet* 1997; 350: 166-8.
- 3 Wahlberg J, Vaarala O, Ludvigsson J; ABIS study group. Dietary risk factors for the emergence of type 1 diabetes-related autoantibodies in 21/2 year-old Swedish children. *Br J Nutr* 2006; 95: 603-8.
- 4 Kjos S, Peters RK, Xiang A, et al. Contraception and the risk of type 2 diabetes mellitus in latina women with prior gestational diabetes mellitus. *JAMA* 1998; 280: 533-8.
- 5 Xiang AH, Kjos S, Kawakubo M, Buchanan TA. Long-acting injectable progestin contraception and risk of type 2 diabetes in latino women with prior gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2006; 29: 613-7.
- 6 Kitzmiller JL, Dang-Kilduff LJ, Taslimi MM. Gestational Diabetes after delivery. *Diabetes Care* 2007; 30(Suppl 2): S225-S235.
- 7 World Health Organization. *Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus.* Report of a WHO Consultation. World Health Organization. Geneva, 1999.
- 8 Ratner RE. Prevention of type 2 diabetes in women with previous gestational diabetes. *Diabetes Care* 2007; 30(Suppl 2): S242-S245.
- 9 Gunderson EP, Lewis CE, Chiang V, et al. A 20-year prospective study of childbearing and incidence of diabetes in young women, controlling for glycemia before conception: the coronary artery risk development in young adult women (CARDIA) study. *Diabetes* 2007; 56: 2990-6.
- 10 Ratner RE, Christophi CA, Metzger BE, et al. The Diabetes Prevention Program Research Group. Prevention of diabetes in women with a history of gestational diabetes: Effects of metformin and lifestyle interventions. *J Clin Endocrinol Metab* 2008; 93: 4774-9.