

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТФОРМИНА У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Абдуллаева М. Х., Ахмедова Н. Ю.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра фармакологии с курсом клинической фармакологии и фармакоэкономики

Научный руководитель: кандидат биологических наук, ассистент **Торкунова О.В.**

Введение: согласно статистике, средняя заболеваемость гестационным сахарным диабетом (ГСД) в России составляет 3-4% из всех беременных. С изменением образа жизни, увеличением возраста беременности и индекса массы тела (ИМТ) в последние годы частота ГСД увеличилась до 15-20%. В России беременным с ГСД не назначают метформин из-за ограниченных данных о его действии на беременных и плод, в инструкции указывают только об отсутствии неблагоприятных последствий развития при введении метформина беременным крысам и кроликам в период органогенеза в дозах, до 2 и 5 раз превышающих клиническую дозу 2550 мг. Хотя в Канаде, Финляндии, Испании, Египте, Пакистане, Иране, Австралии, Новой Зеландии, Индии и Бразилии уже проводились исследования, изучающие возможность применения метформина у беременных женщин при ГСД.

Цель исследования: изучение эффективности и безопасности метформина для организма беременных и плода при лечении ГСД.

Материалы и методы: критический анализ зарубежных литературных источников: PubMed, eLibrary, Medscape.

Результаты: в настоящее время в клинической практике метформин не продемонстрировал существенного влияния на возникновение аномалий у потомства у беременных женщин с ГСД. Метформин имеет очень ограниченный транспорт через органический катионный транспортер, поэтому вероятность воздействия метформина на эмбриональные ткани крайне низка. И наоборот, определенные физиологические и метаболические характеристики эмбрионов могут ограничивать тератогенный эффект метформина.

Анализ восьми исследований показал, что воздействие метформина в I триместре беременности не увеличивало риск пороков развития плода. Средняя частота пороков развития в группе, не получавшей лечения, составила примерно 7,2%, а в группе, принимавшей метформин, - 1,7%.

Применение беременными метформина во II-III триместрах: 200 женщин с ГСД получали метформин (100) или инсулин (100). Средняя масса тела потомства при рождении и осложнения у младенцев разных групп не различались. Еще 11 рандомизированных контролируемых исследований с участием 823 женщин показали, что внутриутробное воздействие метформина в сравнении с инсулином коррелирует с большей прибавкой веса у потомства при прочих равных параметрах развития, но без учета условий развития младенцев.

19 исследований с участием 4545 беременных показало, что по сравнению с инсулином метформин значительно снижал риски увеличения массы тела матери, гестационной гипертензии, гипогликемии матери и новорожденных, госпитализации новорожденных в отделение интенсивной терапии, массы тела ребенка при рождении >4000 граммов.

В исследовании с 2891 беременными, которым метформин назначался на сроке 29 недель в качестве фармакологического лечения первой линии, 685 женщинам назначалась комбинированная терапия с инсулином в связи с более высоким ИМТ до беременности, высоким показателем уровня глюкозы крови, хотя, по мнению авторов, раннее распознавание этих характеристик может способствовать разработке индивидуальных терапевтических стратегий.

Заключение: выбор метформина как перорального гипогликемического средства может упростить лечение ГСД. Недавние высококачественные исследования, сравнивающие метформин с инсулином для лечения ГСД, показали улучшение или эквивалентный исход беременности и хороший контроль гликемии у большинства пациенток. К тому же, простота применения и доступность метформина имеют преимущества для жителей регионов перед назначаемым в таких случаях инсулином, особенно в сельской местности и других условиях с ограниченными ресурсами.