THE JOURNAL OF CLINICAL ENDOCRINOLOGY & METABOLISM

КОНСПЕКТ

Краткосрочные и долгосрочные исходы после диагностики гестационного сахарного диабета по различным гликемическим критериям: систематический обзор и метаанализ

30 октября 2026 • Liu Q., Mayer D.F.R., Harding J.E., et al.

ОРИГИНАЛ

Short and long-term outcomes after gestational diabetes diagnosis using different glycemic criteria: a systematic review and meta-analysis

Диагностика гестационного сахарного диабета (ГСД) по более низким гликемическим порогам вдвое увеличивала частоту выявления заболевания и фармакотерапии, но мало меняла большинство краткосрочных исходов. Неонатальную гипогликемию и раздельное пребывание матери и ребёнка регистрировали чаще; возможные отдалённые преимущества пока подтверждены только одним исследованием.

Какие стратегии сравнивали

В систематический обзор и метаанализ, опубликованный в The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, включили 17 исследований. В метаанализ вошли девять рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) и одно проспективное когортное исследование, всего **81 528 женщин**. Поиск охватывал публикации до 27 июля 2026 года.

Основное сравнение касалось критериев Международной ассоциации исследовательских групп по изучению диабета и беременности (IADPSG) и критериев с более высокими порогами, чаще всего Карпентера—Кустана.

Критерии IADPSG предусматривают следующие значения глюкозы плазмы при пероральном глюкозотолерантном тесте (ПГТТ) с 75 г глюкозы:

- натощак ≥5,1 ммоль/л;
- через 1 ч ≥10,0 ммоль/л;
- через 2 ч ≥8,5 ммоль/л.

Оценивали последствия всей диагностической стратегии с последующим лечением при наличии показаний, а не только изменение числа диагнозов.

Краткосрочные исходы

Диагностика и лечение

При использовании IADPSG частота диагностики ГСД увеличивалась в 2,11 раза: относительный риск (ОР) 2,11; 95% доверительный интервал (ДИ) 1,65–2,71. Уверенность в доказательствах была высокой.

В общей обследованной популяции чаще применяли инсулин, пероральные сахароснижающие препараты и их сочетание. Основные результаты сохранялись при ограничении анализа четырьмя РКИ с низким риском систематической ошибки.

Акушерские исходы и размеры ребёнка

Различия по частоте преэклампсии, кесарева сечения, послеродового кровотечения и преждевременных родов были малы или отсутствовали. Уверенность в этих доказательствах оценена как высокая.

Частота рождения крупного для гестационного возраста ребёнка также менялась мало: ОР 0,96; 95% ДИ 0,92–1,00. Средняя масса тела при рождении была ниже на 21 г; при анализе только РКИ с низким риском систематической ошибки это различие уже не было статистически значимым.

Исключением была **тяжёлая травма промежности**: критерии IADPSG, вероятно, снижали её частоту на 5 случаев на 1000 женщин (95% ДИ 3–7 случаев меньше; ОР 0,78). Уверенность в доказательствах была умеренной.

Неонатальные осложнения

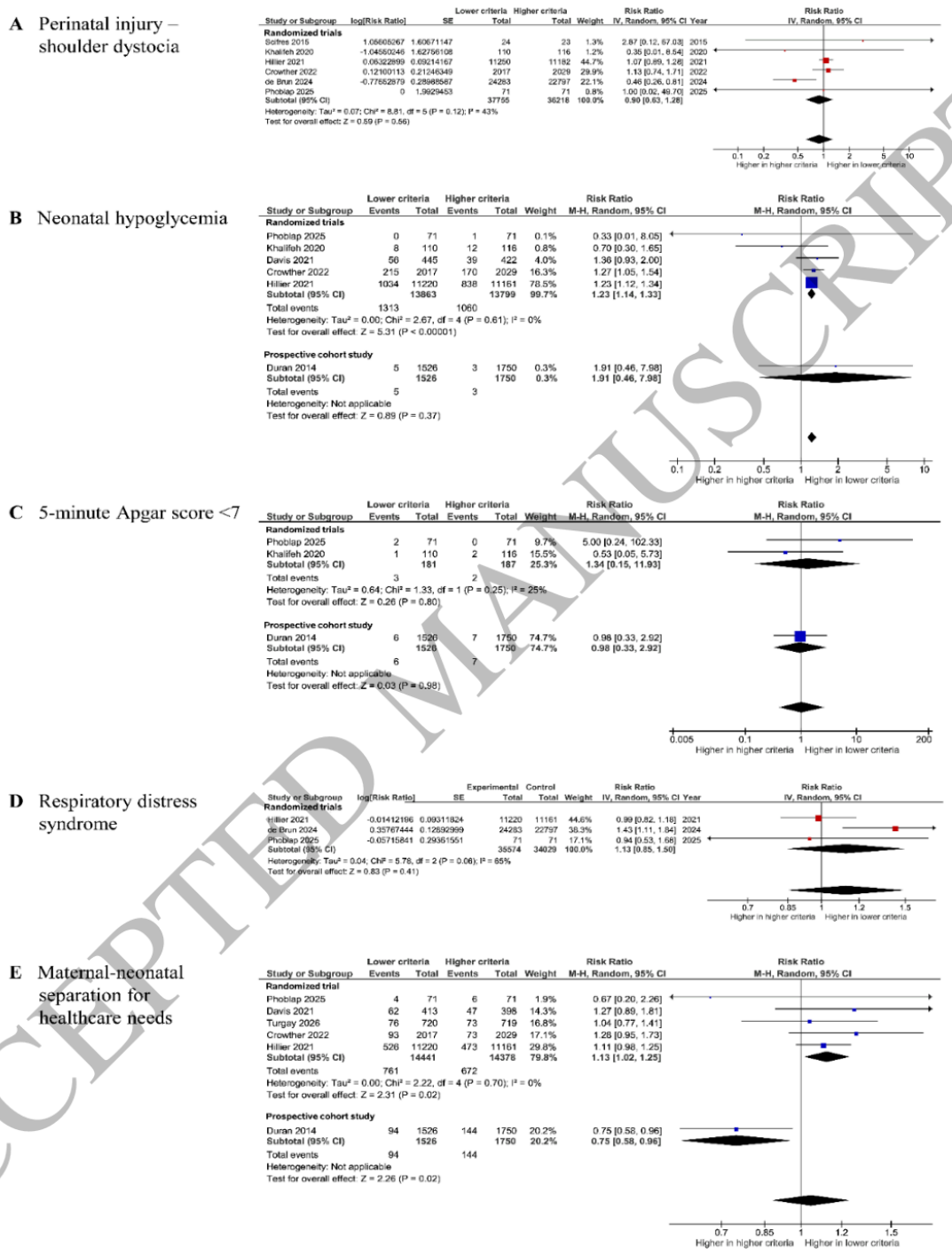
По данным РКИ, критерии IADPSG увеличивали частоту:

- **Неонатальной гипогликемии на 18 случаев на 1000 детей**: 95% ДИ 11–25 случаев больше; ОР 1,23. Уверенность в доказательствах была высокой.
- Раздельного пребывания матери и новорождённого по медицинским показаниям на 6 случаев на 1000: 95% ДИ 1–12 случаев больше; ОР 1,13. Увеличение преимущественно объяснялось госпитализациями в отделение реанимации и интенсивной терапии новорождённых.

В одном РКИ с участием 47 080 детей внутричерепное кровоизлияние, определённое как субдуральное или внутримозговое, вероятно, встречалось чаще: ОР 1,65; 95% ДИ 1,24–2,19. Различия по дистоции плечиков были малы или отсутствовали; влияние на респираторный дистресс-синдром оставалось неопределённым.

Более частое выявление гипогликемии и раздельное пребывание могли частично отражать изменения ведения после постановки диагноза ГСД: усиленный контроль глюкозы у

новорождённых и более низкий порог госпитализации. Эти результаты не обязательно означают биологическое увеличение неонатальной заболеваемости.



ACCEPTED MANUSCRIPT

1

• **Лесовидные диаграммы влияния критериев IADPSG в сравнении с критериями с более высокими пороговыми значениями на неонатальную заболеваемость.** Представлено влияние критериев IADPSG в сравнении с диагностическими критериями с более высокими пороговыми значениями на: **A** — перинатальное повреждение — дистоцию плечиков; **B** — неонатальную гипогликемию, требующую лечения; **C** — оценку по шкале Апгар на 5-й минуте <7 баллов; **D** — респираторный дистресс-синдром; **E** — раздельное пребывание матери и новорождённого

по медицинским показаниям. Сокращения: CI (ДИ) — доверительный интервал; GDM (ГСД) — гестационный сахарный диабет; IADPSG — Международная ассоциация исследовательских групп по изучению диабета и беременности; IV — метод обратной дисперсии; MH — метод Мантеля—Хензеля; SD (СО) — стандартное отклонение.

Исходы через пять лет

Отдалённые результаты представлены только пятилетним наблюдением участников РКИ GEMS: 869 женщин и 833 ребёнка.

При использовании более низких диагностических порогов отмечались:

- снижение риска артериальной гипертензии у матерей: ОР 0,70; 95% ДИ 0,51–0,95;
- снижение риска нарушений нейроразвития у детей: ОР 0,70; 95% ДИ 0,52–0,94;
- увеличение частоты ГСД при последующих беременностях: ОР 1,48; 95% ДИ 1,04–2,11.

Для этих трёх исходов уверенность по системе GRADE оценена как высокая, однако все результаты получены в одном исследовании. При последующих беременностях женщины из группы более низких порогов чаще проходили ПГТТ, что могло способствовать более частому выявлению ГСД.

Статистически значимых различий по сахарному диабету 2-го типа и сердечно-сосудистым заболеваниям у матерей не установлено; оценки были неточными. По предиабету, дислипидемии, ИМТ матери, росту детей и поведенческим проблемам различия также были статистически незначимыми.

Медицинские ресурсы и ограничения

Длительность послеродовой госпитализации матерей и детей существенно не различалась. Экономические результаты были противоречивыми: анализ затрат исследования CDC4G в Швеции выявил увеличение затрат на одну беременность на 5%, преимущественно за счёт неонатальной помощи. В испанском когортном исследовании затраты на антенатальное наблюдение выросли, но на родоразрешение и интенсивную терапию новорождённых снизились; эти наблюдательные результаты подвержены остаточному смешению. Долгосрочных экономических данных нет.

Большинство включённых РКИ имели высокий риск систематической ошибки, главным образом из-за отсутствия слепого метода. Множественные сравнения увеличивали риск случайных находок.

Поисковые анализы стратегий с порогами глюкозы натощак ≤5,3 ммоль/л и через 2 ч ≤8,6 ммоль/л дали сходные результаты. Они **не позволяют выделить эффект изменения одного порога**: сравнивались целые стратегии, а одни и те же исследования участвовали в нескольких анализах.

📌 Основные выводы для практикующих врачей

1. **Диагнозов и лекарственной терапии становится больше.** Более низкие диагностические пороги примерно удваивали частоту выявления ГСД и фармакотерапии в обследованной популяции.
2. **Большинство краткосрочных исходов меняется мало.** Различия по преэклампсии, кесареву сечению, преждевременным родам и рождению крупного ребёнка были малы или отсутствовали; тяжёлая травма промежности, вероятно, встречалась реже.
3. **Неонатальную гипогликемию регистрируют чаще.** Абсолютное увеличение составляло 18 случаев на 1000 детей, раздельного пребывания матери и ребёнка — 6 на 1000. На результаты могла влиять тактика наблюдения.
4. **Отдалённые преимущества пока ограничены одним РКИ.** Через пять лет отмечались меньшая частота артериальной гипертензии у матерей и нарушений нейроразвития у детей.
5. **Последующий ГСД выявляли чаще.** Различие могло частично объясняться более частым выполнением ПГТТ при следующих беременностях.
6. **Экономическая эффективность остаётся неопределённой.** Краткосрочные результаты противоречивы, долгосрочных данных о затратах нет.
7. **Оптимальные пороги требуют дальнейшего обоснования.** Имеющиеся сравнения оценивают диагностические стратегии целиком; данных об отдалённых медицинских и экономических исходах недостаточно.