

Значительного снижения массы тела у молодых пациентов не наблюдалось.

Вывод. Среди молодых пациентов, страдающих диффузным токсическим зобом, определяется большой процент больных тяжелой формой заболевания. Наиболее часто встречается тиреотоксическое сердце и нарушение углеводного обмена.

ГЕСТАЦИОННЫЙ ДИАБЕТ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА

Гиниятуллина Е.Н., Есаян Р.М., Колегаева О.И.,
Торшхоева Х.М., Ткачева О.Н.

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» МЗ РФ, Москва

e-mail: torie17@yahoo.com, e-mail: katarina.fin@gmail.com

Известно о неблагоприятном влиянии гестационного сахарного диабета (ГСД) на организм матери и плода. Распространенность ГСД варьирует в разных странах от 1 до 14% в общей популяции в зависимости от численности населения и видов диагностики данного заболевания. Распространенность и заболеваемость ГСД в нашей стране неизвестна, так как эпидемиологические исследования в соответствии с международными стандартами изучения этой проблемы не проводились. В связи с этим на базе ФГУ Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова группой терапевтического отделения в период с декабря 2009 г. по апрель 2010 г. было проведено межцентровое эпидемиологическое исследование.

Цель исследования — выявление наиболее значимых для развития ГСД факторов риска и определение заболеваемости ГСД.

Материал и методы. За 3 мес были обследованы 153 беременные женщины. Число женщин с высоким риском развития ГСД составило 90 (59%) человек, со средним — 55 (36%) и с низким — 8 (5%). Всем женщинам с низким и средним риском развития ГСД был проведен в соответствии с рекомендациями ВОЗ (1999) оральный глюкозотолерантный тест (ОГТТ) с 75 г глюкозы (венозная плазма) на сроке 24–28 нед беременности. Беременным с высоким риском развития ГСД ОГТТ с 75 г глюкозы проводился в момент первого обращения в перинатальный центр. При отсутствии нарушения углеводного обмена при первом тестировании в группе высокого риска и всем остальным беременным, ОГТТ с 75 г глюкозы проводился так же на сроке 24–28 нед.

Результаты исследования. Диагноз ГСД был выявлен у 41 (26,7%) из 153 обследованных беременных женщин. Из них 28 (68%) женщин имели высокий риск развития ГСД, 12 (29%) — средний и 1 (2%) — низкий. У женщин с ГСД в группе низкого и среднего риска глюкоза венозной плазмы натощак составила $4,6 \pm 0,9$ ммоль/л по сравнению с $4,6 \pm 0,6$ ммоль/л у женщин без ГСД ($p=0,005$), 2-часовая глюкоза составила $8,9 \pm 0,9$ и $5,8 \pm 1,2$ ммоль/л соответственно ($p=0,001$). У женщин с ГСД в группе высокого риска 2-часовая глюкоза составила $8,3 \pm 1,4$ ммоль/л по сравнению с $5,5 \pm 1,2$ ммоль/л у женщин без ГСД ($p=0,001$). У 45,2% женщин с ГСД по сравнению с 26,3% без такового родственники имели СД ($p=0,024$). В осталь-

ном достоверных статистических различий в группах выявлено не было.

Вывод. Сама по себе беременность является фактором риска развития СД. Таким образом, ОГТТ с 75 г глюкозы необходимо проводить всем беременным женщинам независимо от факторов риска.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ДИФFUЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Гома Т.В., Хамнуева Л.Ю., Орлова Г.М.

ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет»

e-mail: tanyagoma@mail.ru

Цель исследования — изучить параметры эхокардиографии (ЭхоКГ) у больных диффузным токсическим зобом (ДТЗ) с фибрилляцией предсердий (ФП) и их связь с показателями липидного спектра, характеристиками ДТЗ.

Материал и методы. ФП диагностирована у 13 больных ДТЗ (1-я группа): 5 (38,5%) мужчин и 8 (61,5%) женщин, медиана возраста — 47,0 лет (42,0; 53,0). Из них у 3 (23,1%) больных выявлена пароксизмальная, у 9 (69,2%) больных — постоянная тахисистолическая, у 1 (7,7%) — постоянная нормосистолическая форма. Группа сравнения (2-я группа) сформирована из 17 больных ДТЗ без клинически значимых изменений со стороны сердечно-сосудистой системы: 16 (94,1%) женщин, 1 (5,9%) мужчина, медиана возраста — 37,0 лет (29,0; 50,0). Уровень свободного T_4 у больных с ФП был выше ($39,6$ ($33,1$; $61,0$) и $13,2$ ($7,5$; $15,3$) пмоль/л; $p<0,001$), группы не отличались между собой по возрасту, уровню ТТГ, длительности течения ДТЗ (8,0 лет (2,0; 14,0) и 4,0 (1,5; 8,0) соответственно; $p>0,05$) и числу рецидивов тиреотоксикоза (3,0 (2,0; 10,0) и 3,0 (2,0; 5,0); $p>0,05$). Всем больным определены показатели липидограммы, проведена ЭхоКГ по стандартной методике. Для статистического анализа использовалась программа Statistica 6.0 for Windows.

Результаты исследования. У больных ДТЗ 1-й группы размеры левого предсердия (ЛП — 4,9 см (3,9; 5,7) и 3,2 (2,8; 3,5) см; $p=0,001$), правого предсердия (ПП — 5,2 см (4,0; 5,8) и 3,0 см (2,8; 3,1; $p<0,001$), правого желудочка (ПЖ — 3,5 см (3,2; 3,9) и 2,6 см (2,4; 2,9), $p=0,001$), конечный систолический размер (КСР — 3,5 см (2,8; 3,8) и 2,8 см (2,7; 3,0), $p=0,02$), расчетное давление в правом желудочке (рПЖ — 40,0 мм рт.ст. (31,5; 47,5) и 21,0 мм рт.ст. (20,0; 35,0; $p=0,005$) были больше, чем во 2-й группе, а фракция выброса (ФВ, 60,5% (59,5; 66,0) и 69,0% (64,0; 72,0; $p=0,007$) ниже.

При сравнении показателей липидограммы у больных 1-й группы обнаружено снижение уровней общего холестерина (ОХС — 2,8 ммоль/л (2,4; 3,7) и 4,7 ммоль/л (3,4; 6,0) ммоль/л; $p=0,001$), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП — 0,8 ммоль/л (0,7; 1,0) и 1,3 ммоль/л (1,1; 1,9) ммоль/л; $p=0,003$) и низкой плотности (ХС ЛПНП, 1,3 ммоль/л (1,2; 2,0) и 2,2 (1,9; 3,3; $p=0,007$) по сравнению с аналогичными показателями во 2-й группе больных ДТЗ.