

при нормальном содержании св. Т₄, что свидетельствовало о наличии у них субклинического гипотиреоза. У пациентов с повышенным уровнем ТТГ оказались достоверно выше уровни инсулина и показателя НОМА: 24,9 (22,2; 28,1); 6,3 (5,9; 8,1) мкМЕ/мл соответственно, чем в группе с нормальным уровнем ТТГ: 19,6 (17,5; 20,5) мкМЕ/мл; 4,9 (3,7; 5,1), $p=0,001$.

Вывод. Формирование послеродового ожирения в значительной мере связано с наличием гиперинсулинемии и инсулинорезистентности. В генезе послеродового ожирения имеет значение повышение активности гипоталамо-гипофизарных структур с увеличением выработки контринсулярных гормонов. Повышение уровня пролактина, кортизола крови, а также наличие дисфункции щитовидной железы способствует формированию инсулинорезистентности у женщин с послеродовым ожирением.

ПРИЧИНЫ ДЕКОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1-ГО ТИПА У ПАЦИЕНТОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Максимова Е.Г.¹, Бондарь И.А.²

¹ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»; ²ГОУ ВПО «Государственный Новосибирский медицинский университет»

e-mail: Lemax40@yandex.ru

Цель исследования — оценить частоту, причины декомпенсации и качество диспансеризации пациентов с сахарным диабетом 1-го типа (СД1), проживающих в сельских районах Новосибирской области.

Материал и методы. Использованы амбулаторные карты и результаты анкетирования 112 пациентов с СД1, проживающих в сельских районах Новосибирской области. Статистическая обработка проводилась при помощи Statistica 6.0 и Biostat. Данные представлены как медиана и 25, 75 процентиля.

Результаты исследования. Средний возраст больных составил 29 лет (22,0; 42,0), средняя продолжительность СД 10 лет (6,0; 16,0 лет), 58 (51,8%) мужчин, 54 (48,2%) женщины. Большинство больных (62,5%) проживали в отдаленных районах, где отсутствуют эндокринологи. Диспансеризация проводилась врачами-терапевтами, только 76% были проконсультированы эндокринологами (1—3 раза в год). 92,9% больных имели уровень $HbA_{1c} > 7\%$. Частота декомпенсации по гликемии натощак ($> 6,5$ ммоль/л) составила 68,8%, по постпрандиальной гликемии ($> 8,0$ ммоль/л) — 76,0%. Уровень холестерина более 4,5 ммоль/л был зарегистрирован у 62,4%. Уровень АД $\geq 130/80$ мм рт.ст. был у 22,2% пациентов. 39,5% пациентов отметили наличие кетоацидотических состояний, 21,6% пациентов — гипогликемию. Выявлено, что доза инсулина в зависимости от показаний гликемии изменялась только у 73,9% больных, в основном врачи ориентировались на показатели гликемии натощак, а не на среднесуточную гликемию или уровень HbA_{1c} . На декомпенсацию повлияла низкая частота (40,2%) повторного обучения в школе самоконтроля. Ежедневно гликемию натощак контролировали только 35,7% пациентов, постпрандиальную гликемию 25,2% больных, вели дневник самоконтроля 17,9%. Обнаружено недостаточное

обеспечение пациентов с СД1 средствами самоконтроля (52,7% пациентов в среднем получили по 4,0 (2,0; 6,0) упаковок тест-полосок). Регулярный контроль за уровнем АД осуществляли 37,9% пациентов с артериальной гипертензией. На затруднение в получении медицинской помощи пожаловались 16,4% пациентов.

Вывод. Большинство больных СД1, проживающих в сельских районах Новосибирской области, находятся в состоянии декомпенсации СД. Основными причинами декомпенсации явились: наблюдение пациентов преимущественно терапевтами с редкими консультациями эндокринологов, несвоевременное изменение дозы инсулина, низкое обеспечение больных средствами самоконтроля и недостаточное обучение больных в школе самоконтроля.

ФАКТОРЫ РИСКА ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА И ОСЛОЖНЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ — ЕСТЬ ЛИ ЧТО-ТО ОБЩЕЕ?

Малейков Н.В., Зыкова Т.А.

Северный Государственный медицинский университет, Архангельск

e-mail: leyka1983@list.ru

Цель исследования — определить частоту встречаемости ГСД в популяции беременных женщин в Архангельске и выявить возможные общие факторы риска развития ГСД и другого частого осложнения беременности — гестоза с оценкой их влияния на плод.

Материал и методы. Выполнен ретроспективный анализ 44 историй болезней родильниц с гестозом, получивших стационарное лечение в условиях родильного дома им. К.Н. Самойловой Архангельска в 2010 г. Произведена сплошная выборка. В процессе анализа выявляли наличие только доказанных факторов риска ГСД. Дополнительно устанавливали: выполнялись ли процедуры скрининга ГСД. Обработка данных выполнена с использованием непараметрических тестов.

Результаты исследования. Анализ факторов риска ГСД позволил распределить обследованных женщин в соответствующие группы. При использовании непараметрических тестов АГ отмечалось чаще у женщин с более высокой массой тела (6,8, $p=0,009$) и ИМТ (6,02, $p=0,014$), у женщин с диагностированным ГСД (5,70, $p=0,017$), у женщин с более высокими значениями гликемии натощак (4,26, $p=0,039$). Протеинурия чаще отмечалась у женщин старше 30 лет (4,6, $p=0,032$), а также родивших ребенка с низкой оценкой по шкале Апгар — 4,26, $p=0,039$ (корреляция Спирмена — 0,314, $p=0,037$). В случае развития преэклампсии чаще отмечался более низкий рост матери (2,98, $p=0,085$, корреляция Спирмена — 0,26, $p=0,085$). В группе сочетания АГ и отеков чаще встречались женщины в возрасте старше 30 лет (7,17, $p=0,007$), с быстрой прибавкой массы тела в ходе беременности (4,03, $p=0,045$), низкой оценкой новорожденного по шкале Апгар (3,4, $p=0,065$). В группе сочетания протеинурии и отеков чаще наблюдались женщины с высокой исходной массой тела (3,35, $p=0,067$). При сочетании АГ, протеинурии и отеков чаще наблюдались женщины с высокой исходной массой тела (5,63, $p=0,018$), ИМТ (4,78, $p=0,029$) и низкой оцен-