

при нормальном содержании св. Т<sub>4</sub>, 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.<sup>1</sup>, Бондарь И.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»; <sup>2</sup>ГОУ 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 перцентили.

**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 GESTАЦИОННОГО 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-

кой новорожденного по шкале Апгар (3,01,  $p=0,083$ ).

При использовании непараметрических тестов в группах высокого и среднего риска развития ГСД чаще встречались женщины в возрасте старше 30 лет (58,5,  $p=0,012$ ), с многоводием (71,5,  $p=0,041$ ), высокой исходной массой тела (65,5,  $p=0,024$ ) и ИМТ (73,  $p=0,049$ ).

**Вывод.** Факторами риска развития гестоза в нашей выборке явились возраст старше 30 лет и наличие избыточной массы тела. Общепринятые факторы риска развития ГСД не явились предикторами появления тяжелого гестоза в исследуемой выборке беременных женщин. Для своевременного выявления ГСД необходимо выполнять стандартизованный тест толерантности к глюкозе в ранние сроки беременности до 12 нед и повторять в более поздние сроки у женщин старше 30 лет, имеющих избыточную массу тела с целью профилактики развития гестоза и диабета. Сделаны предложения для профилактики гестоза и ГСД и рекомендовано внести в обменную карту беременной опросник, позволяющий установить факторы риска гестационного СД. Опросник должен заполнять районный акушер-гинеколог до 12-й недели беременности. При максимальной сумме баллов необходимо выполнить ОГТТ в более ранние сроки — сразу по установлении факта наличия риска осложненного течения беременности, и повторить тест на 24—28-й неделях беременности.

\*\*\*

## РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО И 2-ГО ТИПА ПО ВОПРОСАМ ГИПОГЛИКЕМИИ

Мельникова О.Г., Майоров А.Ю.

ФГБУ «Эндокринологический научный центр» МЗ РФ, Москва

e-mail: education@endocrincentr.ru

**Цель исследования** — оценить частоту легких и тяжелых гипогликемий у больных сахарным диабетом (СД) 1-го (СД1) и 2-го (СД2) типа, знание правил купирования гипогликемии, ношение с собой легко усваиваемых углеводов, в том числе специальных продуктов, предназначенных для лечения гипогликемии.

**Материал и методы.** Проведен опрос 132 пациентов с СД1 и СД2 из разных регионов России (87 женщин, средний возраст  $42,2 \pm 7,5$  года, средняя продолжительность заболевания  $13,4 \pm 5,2$  года), госпитализированных в Институт диабета в 2011—2012 гг., с помощью специально разработанной анкеты по вопросам гипогликемии. 85 человек имели СД1, 47 — СД2 на терапии инсулином и/или пероральными сахарснижающими препаратами из группы секретологов. Средний уровень  $HbA_{1c}$  составил  $9,1 \pm 2,5\%$  и достоверно не отличался у больных СД1 и СД2 ( $8,9 \pm 2,9$  и  $9,2 \pm 2,2\%$  соответственно). Проверка ношения легко усваиваемых углеводов проводилась врачом в момент осмотра пациента.

**Результаты исследования.** На вопрос «Сколько у Вас было гипогликемий за последние 4 нед?» 13% больных ответили, что гипогликемий не было, 12% указали на 1 гипогликемию, 34% — 2—5, 20% — 5—10, 21% — более 10 гипогликемий. 13,0% больных отметили наличие хотя бы 1 тяжелой гипогликемии за последний год (15,3% больных СД1, 8,7% — СД2). 22,7% пациентов никогда не измеряют

уровень глюкозы во время гипогликемии. 15,9% пациентов не имели при себе легко усваиваемых углеводов (7,1% больных СД1, 31,9% — СД2). Самое большое количество пациентов, не имевших углеводы (50,0%), отмечалось при СД2 на пероральных сахарснижающих препаратах. На вопрос «Какие продукты Вы обычно принимаете при возникновении гипогликемии?» 36% больных отметили сахар и сок, 27% — сок, 14% — сахар, 4% — чай с сахаром, по 3% указали на другие сладкие напитки, мед, карамель, таблетки глюкозы, сироп в тубах «Energy Life», по 1% — варенье, шоколад, торт, фрукты.

**Вывод.** По результатам анкетирования отмечена высокая частота легких и тяжелых гипогликемий. Проведенное анкетирование показало, что пациенты не всегда обладают правильными знаниями о методах купирования гипогликемий, значительная часть не носят с собой легко усваиваемые углеводы. Наиболее часто для лечения гипогликемии используются сок и сахар, очень небольшое количество пациентов используют специальные продукты в виде таблеток глюкозы или сиропа в тубах.

\*\*\*

## ЧАСТОТА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДОПУБЕРТАТНЫХ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Окорочков П.А., Васюкова О.В.

ФГБУ «Эндокринологический научный центр» МЗ РФ, Москва

e-mail: pokorokov@gmail.com

**Актуальность.** Распространение ожирения в детской популяции постоянно растет и особенно беспокоит рост частоты ожирения, в том числе выраженного, у детей младшего возраста. Ожирение ассоциировано с дислипидемией, нарушениями углеводного обмена и другими метаболическими изменениями, которые являются факторами риска развития таких заболеваний, как сахарный диабет 2-го типа (СД2), атеросклероз, сердечно-сосудистая патология. Определенный интерес представляют данные о распространенности метаболических нарушений у детей младшего возраста, в особенности у детей с выраженным ожирением.

**Цель исследования** — оценить частоту различных метаболических нарушений у детей младшей возрастной группы, а также в группе выраженного ожирения.

**Материал и методы.** Были обследованы 30 детей (18 (60%) мальчиков, 12 (40%) девочек, средний возраст обследуемых составил  $8,1 \pm 1,3$  года), находящихся на лечении в ИДЭ ФГБУ ЭНЦ. Критериями включения были возраст не старше 10 лет, наличие ожирения (SDS ИМТ  $>+2$ ) и отсутствие пубертата, оцениваемое по шкале Таннера. Всем пациентам была проведена антропометрия с измерением роста и массы тела и расчетом ИМТ, SDS роста и SDS ИМТ. Также для оценки метаболических нарушений у детей с выраженным ожирением все пациенты были разделены на две группы по показателю SDS ИМТ. 1-ю группу составили пациенты с выраженным ожирением (13 человек), критерием которого было принято SDS ИМТ  $>+3,5$ , во 2-ю группу (17) вошли пациенты с SDS ИМТ  $<+3,5$ . Оценка углеводного обмена проводилась по данным ОГТТ с исследованием глюкозы и инсулина натощак, через 30, 60, 90 и 120 мин. Нарушения углеводного