

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 носит 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

Окороков 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

обмена диагностировались по критериям ВОЗ, чувствительность к инсулину оценивалась по индексу Matsuda, значение которого менее 3,4 расценивалось как инсулинорезистентность. Также проводилось исследование липидов сыворотки крови: ХС, ЛПНП, ЛПВП, ТГ рутинными методами.

Результаты исследования. При анализе полученных данных обращает на себя внимание высокий показатель SDS роста ($+1,9 \pm 0,9$) и SDS ИМТ ($+3,4 \pm 0,76$), что подтверждает имеющиеся данные о высоких темпах физического развития у детей с ожирением. Частота дислипидемии составила 46% (14 пациентов), причем в структуре нарушений липидного обмена преобладала смешанная дислипидемия, ассоциированная с повышением общего холестерина и холестерина ЛПНП (57%), изолированное снижение ЛПВП отмечалось у 28,5%, повышения уровня ТГ в данной возрастной группе не зафиксировано. Частота нарушений углеводного обмена составила 40% (12 человек), из которых у 6 диагностировано НТГ. Таким образом, в исследуемой группе допубертатных детей выявлена высокая частота нарушений углеводного обмена и дислипидемии. Анализ в группах простого и выраженного ожирения также показал высокую частоту метаболических нарушений в обеих группах. Структура исследуемых групп представлена в таблице.

Показатель	1-я группа (SDS ИМТ $>+3,5$)	2-я группа (SDS ИМТ $<+3,5$)
Число наблюдений	13	17
Средний возраст, годы	$7,3 \pm 0,9$	$8,7 \pm 1,2$
Средний SDS роста	$+2,2 \pm 0,6$	$+1,6,4 \pm 0,4$
Средний SDS ИМТ	$+4,08 \pm 0,7$	$2,9 \pm 0,8$

Полученные результаты демонстрируют высокую частоту дислипидемии как в группе выраженного ожирения (61%), так и в группе простого (35%). В обеих группах основным типом являлась смешанная дислипидемия. Нарушения углеводного обмена в 1-й группе диагностированы у 53%, из них НТГ составила 28%. Во 2-й группе нарушения углеводного обмена определялись у 29%, из них НТГ — у 80%.

Вывод. Ожирение, начавшееся в раннем детском возрасте, ассоциировано с высокой частотой метаболических нарушений независимо от степени ожирения, что требует более раннего начала скрининга осложнений ожирения в данной возрастной группе.

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ ПРИ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Писарева Е.А., Стребкова Н.А.*, Петеркова В.А.

ФГБУ «Эндокринологический научный центр» МЗ РФ, Москва

*e-mail: strnata@rambler.ru

Актуальность. Наиболее частыми причинами центрального несахарного диабета у детей и подростков являются объемные образования хиазмально-селлярной

области (краниофарингиомы, герминомы и другие). Нередко несахарный диабет является первым симптомом.

Цель исследования — определение частоты возникновения центрального несахарного диабета как первого симптома объемных образований хиазмально-селлярной области.

Материал и методы. В НИИ детской эндокринологии ФГБУ ЭНЦ были обследованы 90 человек с краниофарингиомами, 14 — с герминативно-клеточными опухолями.

Результаты исследования. У 15 (16,6%) пациентов с краниофарингиомами несахарный диабет был установлен до выявления краниофарингиомы, из них у 5 (5,5%) несахарный диабет был первым симптомом. Средний возраст манифестации несахарного диабета составил 6,6 года (минимальный возраст 2 года, максимальный 14 лет). Средний интервал между установлением диагноза несахарный диабет и выявлением объемного образования хиазмально-селлярной области составил 2,8 года (минимально 0,2 года, максимально 8 лет). В этой группе была выявлена следующая локализация: 12 человек имели эндосупраселлярную опухоль, 2 — стебельную и 1 — интраэкстравентрикулярную.

В послеоперационном периоде в группе краниофарингиом несахарный диабет наблюдался у 74 человек, из них у 15 (82,2%) диагноз был установлен до оперативного вмешательства.

В группе пациентов с герминативно-клеточными опухолями у всех 14 (100%) человек несахарный диабет был установлен до выявления или в момент выявления герминативно-клеточной опухоли. Средний возраст манифестации несахарного диабета 10,1 года (минимально 6 лет, максимально 13 лет). Среди 14 человек диагноз несахарного диабета и герминативно-клеточной опухоли был установлен в одно время у 5 (35,7%), у остальных 9 (64,3%) диагноз несахарного диабета был установлен до выявления объемного образования хиазмально-селлярной области. При этом у 2 человек был установлен диагноз психогенная полидипсия (на основании пробы с ограничением жидкости, нормальной картины МРТ головного мозга), а в дальнейшем при динамическом наблюдении была выявлена герминома и подтвержден несахарный диабет. Средний интервал между постановкой диагноза несахарного диабета и выявлением герминомы в этой группе составил 1,8 года (минимально 1 мес, максимально 3,2 года).

Вывод. Центральный несахарный диабет у детей и подростков может быть первым симптомом объемных образований хиазмально-селлярной области. Всем детям с установленным диагнозом центрального несахарного диабета показано регулярное динамическое наблюдение, включающее проведение МРТ головного мозга для оценки состояния хиазмально-селлярной области как при постановке диагноза, так и в динамике. У пациентов с психогенной полидипсией при отсутствии положительной динамики на фоне сопроводительных мероприятий (наблюдение и/или лечение у невропатолога и т.д.) рекомендовано повторное обследование у эндокринолога.
