

пени ишемия и инфекция в одинаковой степени ухудшают прогноз. При 1В стадии риск ампутации возрастает в 19 раз, при 1С – в 7,4 раза, при 1Д – в 36,7 раза. На 2 стадии риск ампутации исключительно высок, вне зависимости от варианта поражения.

Выводы: при поверхностных поражениях инфекция оказывает значительно большее негативное влияние как на эпителизацию, так и на вероятность ампутации, чем ишемия. Сочетание ишемии и инфекции сопровождается крайне неблагоприятным прогнозом при любой глубине поражения при синдроме диабетической стопы.

ЗНАЧЕНИЕ РАННЕГО СКРИНИНГА ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА ДЛЯ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ

Дерябина Е.Г., Ларькин Д.М., Башмакова Н.В.

*ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт
охраны материнства и младенчества» Минздрава России, Екатеринбург*

Гестационный сахарный диабет (ГСД) представляет собой серьезную медико-социальную проблему, так как в значительной степени увеличивает частоту нежелательных исходов беременности для матери и для плода, а именно: осложненного течения беременности, преждевременных родов, хронической гипоксии плода, макросомии, травм и асфиксии плода в родах. ГСД является фактором повышенного риска развития ожирения, сахарного диабета 2 типа и сердечно-сосудистых заболеваний, как у матери, так и у потомства в будущем. Ранняя диагностика ГСД и своевременное лечение могут сыграть значимую роль в достижении целей Сент-Винсентской декларации: сохранение здоровья матери с СД и ее ребенка. Но начальные проявления ГСД в основном носят скрытый характер и могут быть выявлены только при проведении целенаправленного скрининга. Как правило, для активного выявления ГСД рекомендуют проводить пероральный тест толерантности к глюкозе (ПГТТ) в 24 – 28 недель беременности. Данных о раннем скрининге ГСД с помощью ПГТТ на сегодняшний день недостаточно.

Цель исследования: оценить роль раннего скрининга ГСД с помощью ПГТТ в оптимизации перинатальных исходов.

Методы. На базе ФГБУ «НИИ ОММ» в 2011-2012 гг. было проведено проспективное сравнительное исследование двух групп беременных с ГСД.

1 группа (n=44): беременные с ГСД, выявленным в результате сплошного скрининга 646 беременных, вставших на учет в одной женской консультации г. Екатеринбурга в 2011 г. Всем беременным при постановке на учет независимо от срока гестации проводили 2-х часовой ПГТТ с 75 г безводной глюкозы.

2 группа (n=97): сплошная выборка беременных с ГСД, поступивших в ФГБУ «НИИ ОММ» для родоразрешения по приказу о маршрутизации беременных. Сахарный диабет у пациенток 2-й группы был выявлен традиционно, без активного скрининга.

Критерии исключения: наличие прегестационного сахарного диабета. Диагноз ГСД у всех пациенток был верифицирован в соответствии с рекомендациями ВОЗ 1999 года. Концентрацию глюкозы определяли в венозной плазме. Между сравниваемыми группами не было статистически значимой разницы по возрасту, индексу массы тела до беременности (ИМТ), уровню гликемии в момент диагностики ГСД, паритету, социальному положению, характеру и степени тяжести экстрагенитальной патологии. Статистический анализ фактического материала был выполнен с использованием критериев Стьюдента (t), хи-квадрат (χ^2), коэффициентов корреляции Пирсона (r) и Спирмена (r_s). Данные в тексте представлены в виде $M \pm \sigma$, где M – среднее, σ – стандартное отклонение. Критический уровень значимости (p) при проверке гипотез равен 0,05.

Результаты. Распространенность ГСД по данным сплошного скрининга составила 6,8% (44/646). Факторы риска ГСД отсутствовали у 18,2% (8/44) пациенток. Средний срок диагностики нарушений углеводного обмена в группе активного раннего скрининга был $14,5 \pm 7,5$ недель, в группе с традиционным выявлением ГСД – $27,2 \pm 7,6$ недель. Выявлена слабая положительная корреляционная связь между сроком диагностики ГСД и степенью гестоза ($r_s = 0,3$, $p = 0,001$). Уровень гликемии натощак имел положительную корреляцию с весом женщины до беременности ($r = 0,4$, $p = 0,003$), весом новорожденного ($r = 0,34$, $p = 0,026$) и степенью гестоза ($r_s = 0,3$, $p = 0,001$). Значимых корреляций с уровнем гликемии после нагрузки глюкозой выявлено не было. Вес новорожденного имел среднюю по силе связь с весом мамы до беременности ($r = 0,5$, $p < 0,01$).

При сравнительном анализе особенностей течения беременности и перинатальных исходов у беременных с ранним скринингом ГСД и у беременных с традиционной диагностикой ГСД было отмечено, что поздняя диагностика чаще сопровождалась осложнениями. Так в 1,8 раз чаще развивалась хроническая фетоплацентарная недостаточность, в 3,7 раз чаще – макросомия, в 2 раза чаще было сделано кесарево сечение. В группе раннего скрининга ГСД мы не имели случаев преждевременных родов и гипогликемии новорожденных, тогда как в группе сравнения – 20,6% (20/97) и 11,3% (11/97) соответственно. Таким образом, раннее выявление ГСД значительно улучшает перинатальные исходы.

Однако, проведение у беременных теста толерантности к глюкозе особенно в первом триместре вызывает сомнение в его безопасности, как у врачей, так и у самих женщин. По нашим данным, только у 0,9% (6/646) была

зарегистрирована побочная реакция в виде однократной рвоты. Все эти пациентки были в первом триместре беременности. Других побочных явлений и осложнений выявлено не было.

Выводы.

- Раннее выявление ГСД значительно улучшает исходы беременности.
- Отсутствие критериев риска не исключает возможность наличия ГСД, поэтому необходим сплошной скрининг всех беременных.
- ПГТТ при соблюдении правил его проведения не имеет осложнений и выраженных побочных реакций и по показаниям может проводиться беременным в I триместре.

ВЫЯВЛЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К САХАРНОМУ ДИАБЕТУ 2 ТИПА В ПОВСЕДНЕВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА – ОДИН ИЗ ПУТЕЙ РЕАЛИЗАЦИИ ПРЕЗИДЕНТСКОЙ ПРОГРАММЫ «ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ»

А.Н. Дмитриев¹, М.Ю. Якушева², Н.Ю. Трельская³

*¹ ГБОУ ВПО УГМА Минздрава России, ² ИИиФ УРО РАН, ³ МАУ ГКБ № 40
г. Екатеринбург, Россия*

Введение. Сахарный диабет (СД), в структуре которого 85-90% приходится на СД 2 типа, представляет собой серьезную медико-социальную проблему в связи с широкой его распространенностью и системными осложнениями, приводящими к ранней инвалидизации и высокой смертности пациентов [1]. В частности, сердечно-сосудистые заболевания, распространенность которых среди больных СД 2 типа в 4 раза превышает популяционную [2], являются причиной смерти 70-80% больных [3]. По мнению F.S.Facchini, N.Hua, P.Abbasi, G.M.Reaven [4] в развитии СД наследственности принадлежит ведущая роль. В этой связи представляется важным поиск маркеров предрасположенности к СД 2 типа, что позволит повысить эффективность существующих методов медицинской профилактики СД путем формирования группы «повышенного риска», что требует разработки критериев для такого отбора, которые отвечали бы следующим условиям: а) методика обследования должна быть достаточно проста, экономична и не требовать дорогостоящего оборудования, реактивов и высококвалифицированного персонала; б) диагностическая процедура должна быть, по возможности, неинвазивной и необременительной для пациента.

Среди известных в медицинской генетике маркеров, в наибольшей степени отвечающим вышеназванным условиям, является характер дерматоглифов (папиллярных узоров на пальцах и ладонных линий), присутщих