

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА В СОВРЕМЕННОМ МЕГАПОЛИСЕ

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

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

Актуальность темы исследования обусловлена неуклонным увеличением распространенности гестационного сахарного диабета (ГСД) в современном обществе. Увеличению числа новых случаев ГСД способствует жизнь в мегаполисе: постоянные стрессы, характер питания, низкая двигательная активность, эпидемия ожирения, возраст старше 30 лет, применение вспомогательных репродуктивных технологий. Медицинская и социальная значимость данной проблемы обусловлена высокой вероятностью возникновения осложненного течения беременности и родов. Распространенность ГСД варьирует от 1 до 14% в зависимости от изучаемой популяции и применяемых методов диагностики. Проявления заболевания в основном носят скрытый характер и могут быть выявлены лишь при проведении целенаправленного скрининга. Но критерии диагностики и скрининга ГСД до сегодняшнего дня остаются предметом дискуссий. А данные о распространенности и заболеваемости ГСД в нашей стране малочисленны и противоречивы (от 2,4 до 4%), так как эпидемиологические исследования в соответствии с международными стандартами изучения этой проблемы практически не проводились.

Цель. Изучить распространенность ГСД в современной популяции беременных женщин, проживающих в мегаполисе.

Материалы и методы. Проведен сплошной скрининг 516 беременных, вставших на учет в одной женской консультации крупного района г. Екатеринбурга за 7 месяцев 2011 г. Средний возраст обследованных женщин составил $27,8 \pm 5,25$ лет (от 18 до 42 лет). Критерии исключения: наличие прегестационного сахарного диабета. Всем беременным при постановке на учет независимо от срока гестации, проводился 2-х часовой пероральный глюкозо-толерантный тест с 75 г безводной глюкозы. Концентрацию глюкозы определяли в венозной плазме. Диагноз ГСД был верифицирован в соответствии с рекомендациями ВОЗ 1999г. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы Statistica 6,0, включая критерий хи-квадрат (χ^2). 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 составила 6,0% (31/516). Средний возраст пациенток составил $31,5 \pm 7$ лет (от 24 до 42 лет). Индекс массы тела (ИМТ) ≥ 25 кг/м² имели 54,8% (17/31) женщин с ГСД. У одной пациентки был

зарегистрирован дефицит массы тела (ИМТ = 17,8 кг/м²). Наследственность по сахарному диабету была отягощена у 16,1% (5/31) беременных с ГСД.

В первом триместре было выявлено 71% (22/31) случаев, во втором – 12,9% (4/31), в третьем триместре – 16,1% (5/31). По наличию факторов риска ГСД все беременные были разделены на группы: низкого – 28,1% (145/516), среднего – 68,8% (355/516) и высокого риска – 3,1% (16/516). Частота выявления диабета у беременных со средним или высоким риском ГСД была в 2 раза выше, чем у беременных с отсутствием этих факторов риска (7,0% и 3,4% соответственно, $\chi^2=1,5$, $p=0,2$).

На практике проведение у беременных теста толерантности к глюкозе вызывает сомнение в его безопасности, как у акушеров-гинекологов и эндокринологов, так и у самих женщин. По нашим данным, из 516 пациенток только у 1,2% (6/516) была зарегистрирована побочная реакция в виде однократной рвоты. Все эти пациентки были в первом триместре беременности. Других побочных явлений и осложнений выявлено не было. Необходимо отметить, что у 9,7% (3/31) пациенток с ГСД гликемия натощак была меньше 5,0 ммоль/л, а через 2 часа после 75 г глюкозы – выше 7,8 ммоль/л, что позволило диагностировать данное заболевание. В клинической практике встречаются случаи тяжелого течения сахарного диабета, впервые выявленного при беременности, с развитием угрожающих жизни женщины и ребенка состояний. Как правило, у таких пациенток при анализе истории болезни выясняется, что в 8 – 12 недель уровень гликемии натощак уже был 5,3-5,5 ммоль/л, но эти цифры не вызвали настороженность у врачей, так как считаются в пределах нормы. Таким образом, не всегда существующие критерии скрининга ГСД позволяют выявить данную патологию своевременно.

При оценке частоты ГСД по критериям гликемии натощак, предложенным в исследовании HAPO (Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes, 2008), гликемия натощак $\geq 5,1$ ммоль/л встречалась у 42,4% (219/516) беременных. Нужно ли в таком случае всем 42,4% беременным назначать диету и самоконтроль гликемии? Нам пока сложно сделать окончательные выводы, так как исследование продолжается. В идеале при скрининге следует отбирать женщин с высоким риском ГСД, а при постановке диагноза ГСД необходимо выявлять тех, у кого уровень гипергликемии вызывает неблагоприятный исход беременности. Нужны надежные клинические конечные точки, по которым можно было бы принимать такие решения.

Выводы:

1. Высокая частота выявления ГСД при проведении скрининга в первом триместре у пациенток из группы низкого риска ставит задачу проведения раннего скрининга данной патологии.
2. Учитывая отсутствие универсальности факторов риска формирования ГСД, необходимо проводить сплошной скрининг данной

патологии всем беременным женщинам при постановке на учет в женской консультации.

3. Проведение перорального теста толерантности к глюкозе не имеет осложнений и выраженных побочных реакций и может проводиться всем беременным в амбулаторно-поликлиническом звене: поликлиниках и женских консультациях.

СКРИНИНГ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПЕРИОД ПЕРИМЕНОПАУЗЫ

Дерябина Е.Г.

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

Актуальность. Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) занимают ведущее место в структуре эндокринной патологии у женщин в России. Пик частоты патологии приходится на период менопаузы. По прогнозу экспертов ВОЗ, к 2030 году в мире будет 1,2 миллиарда женщин в возрасте 50 лет и старше. Высокая частота встречаемости тиреопатий обусловлена в первую очередь тем, что практически вся территория России относится к регионам с дефицитом йода. Кроме этого, имеет значение генетическая предрасположенность, неблагоприятная экологическая ситуация, увеличение числа потребляемых лекарственных препаратов, в том числе гормональных. Диагностика патологии ЩЖ в период пери- и постменопаузы чрезвычайно затруднена, учитывая схожесть симптомов тиреопатий с возрастными изменениями, взаимную маскировку с проявлениями климактерического синдрома, моносимптомную и атипичную клинику заболеваний в пожилом возрасте. Поэтому у женщин в этом возрасте актуальным является вопрос о проведении скрининга заболеваний ЩЖ, но отношение к такому скринингу остается противоречивым.

Цель. Изучить распространенность патологии ЩЖ в период перименопаузы у женщин, проживающих на территории с легким дефицитом йода.

Материалы и методы. Проведено одномоментное популяционное исследование 512 женщин в возрасте 45–55 лет, выбранных случайным способом по базе данных обязательного медицинского страхования из числа проживающих в г. Екатеринбург. Обследование включало определение тиреотропного гормона (ТТГ), антител к тиреоидной пероксидазе, ультразвуковое исследование ЩЖ. При обнаружении пальпируемого или превышающего в диаметре 1 см при УЗИ узлового образования проводилась диагностическая тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия ЩЖ с последующим цитологическим исследованием аспирата. Для оценки уровня ТТГ был использован референсный интервал 0,4–4,0 мМЕ/л. Диагноз