

Мартынов, А.Ю. Данилов и др // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2011. – № 1. – С. 76-79.

2.Герасимова А.А. Ультразвуковая диагностика опухолей и опухолевидных образований яичников у беременных / А.А. Герасимова, Н.А. Магнитская, К.И. Степанов и др // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2011. - № 10 (5). – С. 31–5.

3.Краснопольский В.И. Лапароскопия в диагностике и лечении кист и доброкачественных опухолей яичников у беременных и родильниц / В.И. Краснопольский, Л.С. Логутова, А.А. Попов и др // Рос. вестн. акушера-гинеколога. - 2002. - № 6. – С. 65–6.

4.Липатенкова Ю.И. Особенности ультразвуковой диагностики опухолей и опухолевидных образований яичников у беременных / Ю.И. Липатенкова, С.А. Мартынов, Л.В. Адамян, А.Ю. Данилов // Гинекология. - 2014. - № 6. – С. 37-43.

5.Мананникова Т.Н. Тактика ведения беременных с доброкачественными опухолями яичников / Рос вестн акуш-гинекол. - 2001. - №1(2). – С. 65–70.

6.Мартынов С.А. Возможности неинвазивных методов диагностики в определении структуры опухолей и опухолевидных образований яичников во время беременности / С.А. Мартынов, Л.В. Адамян, Ю.И. Липатенкова, Е.А. Кулабухова, П.В. Учеваткина, Т.Ю. Иванец, М.Л. Алексеева, А.Ю. Данилов // Гинекология. – 2014. - № 6. – С. 44-48.

7.Мартынов С.А. Лапароскопия и лапаротомия в лечении опухолей и опухолевидных образований яичников у беременных / С.А. Мартынов, Л.В. Адамян, К.И. Жордания, А.Ю. Данилов // Гинекология. – 2014. - № 5. – С. 4-8.

8.Савельева Г.М. Диагностика опухолей и опухолевидных образований яичников / Г.М. Савельева, В.Г. Бреусенко, А.А. Соломатина // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2005. - № 6. – С. 53–61.

9.Aggarwal P. Ovarian tumors in pregnancy: a literature review / P. Aggarwal, S. Kehoe // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. – 2011. - № 155. – P.19–24.

10.Hoover K. Evaluation and management of adnexal mass in pregnancy / K. Hoover, TR. Jenkins // Obstet Gynecol. – 2011. - P. 97–102.

УДК 618.2

**Завьялова И.С., Иванова Н.В., Шурыгина Е.П.
ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ЕДИНЫЕ КРИТЕРИИ
ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВСЕХ ТИПОВ**

Кафедра Управления сестринской деятельностью
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Zavyalova I. S., Ivanova N.V., Shurygina E.P.
GESTATIONAL DIABETES AND CONSENSUS CRITERIA FOR**

DIAGNOSIS OF DIABETES ALL TYPES

Department of nursing management
Ural state medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: i.zavyalova@e1.ru

Аннотация. В статье рассмотрены вопросы постановки диагноза «Гестационный сахарный диабет» (ГСД) по результату единственного измерения, количество случаев постановки диагноза ГСД по результату пороговых значений, регистрации повторных измерений глюкозы плазмы крови беременных с ГСД, особенности диеты №9, самоконтроля сахара крови, приводятся результаты исследования осложнений беременности у матерей, перенёсших гестационный сахарный диабет, с контрольной группой.

Annotation. The article deals with the diagnosis of "Gestational diabetes mellitus" (GSD) by the result of a single measurement, the number of cases of GSD diagnosis by the result of threshold values, registration of repeated measurements of plasma glucose in pregnant women with GSD, diet features number 9, self-control of blood sugar, the results of the study of pregnancy complications in mothers who underwent gestational diabetes with the control group.

Ключевые слова: гестационный сахарный диабет, гипергликемия, диабетическая фетопатия, диагностика.

Keywords: gestational diabetes mellitus, hyperglycemia, diabetic fetopathy, diagnosis.

Введение

В соответствии с клиническими рекомендациями, содержащимися в Письме МЗ РФ от 17 декабря 2013 г. N 15-4/10/2-9478, диагноз «Гестационный сахарный диабет» ставится при однократном выявлении уровня глюкозы венозной крови натощак $\geq 5,1$ ммоль/л.

Беременной женщине назначается диетотерапия с полным исключением легкоусвояемых углеводов и ограничением жиров, ведение дневника самоконтроля, включающего шесть измерений глюкозы капиллярной крови в сутки, в том числе в ночное время, умеренная физическая активность.

Как показало исследование за почти пятилетнюю практику ведения беременных женщин с установленным диагнозом «Гестационный сахарный диабет», у 99,2% пациенток впервые выявленный уровень глюкозы плазмы крови в дальнейшем не превышал порогового значения в 5,1 ммоль/л.

Цель исследования – обратить внимание на беременных пациенток с диагнозом «Гестационный сахарный диабет».

Гипотеза: более 90% случаев первичной гипергликемии беременных не подтверждается дальнейшими исследованиями.

Материалы и методы исследования

Исследовали индивидуальные карты 172 пациенток (86 с установленным диагнозом «Гестационный сахарный диабет» и 86, не имевших данного диагноза, выбор карт случайный) Женской консультации МАУ «Центральная городская клиническая больница» № 24 г. Екатеринбурга в период с апреля 2014 по декабрь 2018 гг.

Группировка данных проведена по критериям наличия или отсутствия диагноза «Гестационный сахарный диабет», доношенной беременности, наличию выписки из родильного дома.

Статистическая обработка данных выполнена с помощью программы Microsoft Office Excel 2003.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст пациенток составил от 19 до 39 лет (в среднем 28,3 года). Индекс массы тела от 18,5 до 29,9 (в среднем 24,6). Уровень гипергликемии от 5,1 до 6,8 ммоль/л (в среднем 5,23 ммоль/л).

В процессе анализа карт пациенток с установленным диагнозом ГСД, мы посчитали, сколько раз в дальнейшем за беременность уровень глюкозы плазмы крови превышал пороговое значение в 5,1 ммоль/л.

Выяснилось, что данный показатель составил 0,8% (гипергликемия в повторных исследованиях варьировалась от 5,1 до 5,4 ммоль/л). В 99,2% случаев однократное превышение уровня глюкозы плазмы крови, зафиксированное в первом триместре, не повторялось в течение данной беременности.

При сравнении экспериментальной и контрольной групп не выявлено значимых различий по возрасту и индексу массы тела (ИМТ) на момент наступления беременности (табл. 1).

Таблица 1

Сравнение показателей экспериментальной и контрольной групп

| | Средний возраст, года (лет) | Средний показатель ИМТ | Средний вес новорождённых, г | Частота преждевременных родов, на 100 родов |
|------------------------------------|-----------------------------|------------------------|------------------------------|---|
| Экспериментальная группа (ГСД) | 28,1 | 24,8 | 3460 | 3,2 |
| Контрольная группа (нормогликемия) | 28,2 | 24,3 | 3380 | 3,3 |

Средний вес новорождённых по сравнению с контрольной группой статистически значимых различий не выявил: в группе с ГСД составил 3460 г, в контрольной группе 3380 г.

По частоте преждевременных родов в обеих группах статистически значимых различий не выявлено.

Количество случаев постановки диагноза ГСД на основании выявления порогового значения в 5,1- 5,2 ммоль/л составил 87,3% (рис. 1).

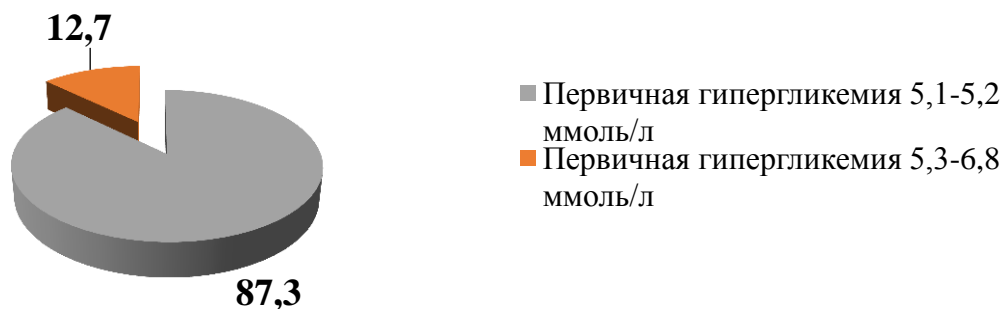


Рис. 1. Уровень первичной гипергликемии

Поскольку статистически значимых различий между двумя исследуемыми группами не выявлено, т.е. процент осложнений беременности в экспериментальной группе достоверно не отличается от контрольной, а диагноз ГСД в 87,3% случаев ставится при выявленной гипергликемии в 5,1-5,2 ммоль/л, и в 99,2% случаев гипергликемия не регистрируется повторно в течение данной беременности, можно предположить, что в группу пациенток с гестационным сахарным диабетом попадают условно здоровые женщины, вынужденные соблюдать диету № 9, шестикратно в течение дня и однократно ночью (в 3.00) производить измерения сахара крови.

Кроме того, диета № 9 не соответствует всем потребностям организма беременной женщины, она бедна белками, моно- и полиненасыщенными жирными кислотами, животными жирами, малокалорийна, гестационный сахарный диабет является соматическим фактором риска дефицита питания. [3, 4, 5]

При проведении скрининга цен в сети Интернет, мы выяснили, что стоимость глюкометра и тест-полосок за беременность составляет от 7,5 до 15 тысяч рублей.

Выводы:

1. Большинство случаев постановки диагноза ГСД по результату единственного исследования в условиях Женской консультации имеет случайный характер и не соответствует реальной патологии.
2. Подобная постановка диагноза приводит к пищевым и режимным ограничениям беременной женщины, материальным затратам семьи.
3. Ежедневное шестикратное измерение уровня глюкозы крови беременной с одним ночным измерением не физиологично, нарушает цикличность сна.
4. Возможно, стоит пересмотреть нормы глюкозы сахара крови при беременности, приблизив их к единым критериям диагностики сахарного диабета всех типов (норма $\leq 5,6$ ммоль/л) [1].

Список литературы:

1. Эндокринология [Электронный ресурс]: учебник / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев - М.: Литтерра, 2015. – Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423501594.html> (дата обращения 18.02.2019)

2. Дедов И.И. Российский национальный консенсус «Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение» / И.И.Дедов, В.И. Краснопольский, Г.Т. Сухих // Сахарный диабет, 2012, № 4. С. 4–10.

3. Доброхотова Ю.П. Питание во время беременности / Ю.Э. Доброхотова, Е.И. Боровкова // РМЖ. Мать и дитя №15 от 31.08.2017. С. 1102-1106 – Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/ginekologiya/Pitanie_vo_vremya_beremennosti/ (дата обращения 16.02.2019)

4. Медицинские диеты: Лечебные столы 1-15 [Электронный ресурс]: // Справочник МЗ РФ: Клиническая иммунология. – Режим доступа: <http://immunologia.ru/med-diet.html> (дата обращения 16.02.2019)

5. Питание женщин до зачатия, в период беременности и грудного вскармливания [Электронный ресурс]: // Материалы 65-ой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, п. 13.3 ВОЗ. Женева, 16 марта 2012 г. – Режим доступа: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87674/A65_12-ru.pdf?sequence=1&isAllowe=y (дата обращения 16.02.2019)

6. Правила здорового сна // Сайт Министерства здравоохранения Краснодарского края: статья от 09.03.2017. – Режим доступа: http://www.minzdravkk.ru/pages/prensa/detail.php?ELEMENT_ID=23921&cver=n (дата обращения 16.02.2019)

7. Письмо МЗ РФ «Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение: клинические рекомендации» от 17 декабря 2013 г. № 15-4/10/2-9478 [Электронный ресурс] / Официальный сайт компании «КонсультантПлюс». – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_143102/ (дата обращения 16.02.2019)

УДК 618.1

**Зайнуллина К.И., Кряжова Д.С., Киселева М.К.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ
ХИРУРГИЧЕСКИХ ДОСТУПОВ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ
МИОМЫ МАТКИ**

Кафедра акушерства и гинекологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Zaynullina K.I., Kryazhova D.S., Kiseleva M.K.
COMPARATIVE ASSESSMENT OF DIFFERENT TYPES OF
SURGICAL ACCESSES AT OPERATIONAL TREATMENT OF UTERINE
MYOMA**

Department of obstetrics and gynecology