

[лат. «не навреди»]

ЖЗТ

NON NOCERE

новый терапевтический журнал

7/2020



ВСЕГДА ХОТЕЛА ПОМОГАТЬ
ИНТЕРВЬЮ С ВЕРОЙ НИКОЛАЕВНОЙ
ПРИЛЕПСКОЙ

ВОЗРАСТ 45+
АЛГОРИТМ ЛУЧШЕЙ ЖИЗНИ

НИЖЕ НЕКУДА
ПРИЧИНЫ ГИПОТЕНЗИЙ

ТЕМА №1
МАТЬ И ДИТЯ
ЧТОБЫ ВСЕ
БЫЛО ХОРОШО

ISSN 2658-6428



9 772658 642000 >

NON NOCERE

новый терапевтический журнал

ИЮЛЬ 2020



Возрастная категория

Научно-практический журнал

для терапевтов
и эндокринологов,
кардиологов,
гастроэнтерологов,
неврологов,
ревматологов
и других представителей
≤хирургических≥
специальностей

над номером работали:

Адашева Татьяна Владимировна, Аншина Маргарита Бениаминовна, Аргунова Ирина Аркадьевна, Аставацурян Марина Зориковна, Егоршина Людмила Владимировна, Жукова Алена Остаповна, Исмаилова Сельминат Гаджикеримовна, Карницкий Александр Александрович, Касян Виктория Николаевна, Ковалев Валентин Сергеевич, Магазаник Норберт Александрович, Малявин Андрей Андреевич, Меситская Динара Фератовна, Муркова Марина Викторовна, Опимах Ирина Владимировна, Померанцева Елена Игоревна, Санжарова Оксана Анатольевна, Соловьева Яна Алексеевна, Сучкова Дарья Александровна, Федотова Анастасия Валерьевна, Хасина Анна Владимировна, Хвостанцева Светлана Евгеньевна

Главный редактор
Илья Вадимович Егоров
Зам. главного редактора
Анна Аксельрод
Шеф-редактор
Анна Жуковская
Ответственный секретарь
Роксана Мухарямова
Научный редактор
Ольга Костюкевич
Редактор
Елена Дорохова
Арт-директор
Ольга Ким
Верстка
Оксана Шуранова
Корректор
Вера Аладина
PR-менеджер
Юлия Головенко

Периодический научно-практический журнал «Non Nocere. Новый терапевтический журнал». Издаётся с ноября 2018 года.

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

Номер свидетельства ПИ № ФС 77-74285
Общий тираж 20 тыс. экз.

Учредитель: ООО «Микстум»
Адрес: 129344, Москва, Верхоянская ул., д. 18., к. 2.

Подписано в печать: 04.08.20
Формат: 70x100/16
печ. л. 10
отпечатано в ООО «МЕДИАКОЛОР»

Все редакционные материалы являются справочно-информационными и аналитическими. В статьях представлена точка зрения авторов, которая может не совпадать с мнением редакции журнала. Редакция не несет ответственности за содержание рекламных полос. Полное или частичное воспроизведение опубликованных иллюстраций и текстов допускается только с письменного разрешения редакции.

Все права защищены 2020 г.

Телефон редакции: + 7 (495) 482 00 47
Сайт: <http://www.newtj.ru>
Социальные сети: <https://www.facebook.com/Newtj.ru>
<https://vk.com/newtjournal>
<https://www.instagram.com/newtjournal/>
Телефон с бесплатными СМС, по которому читатели могут задать вопрос, предложить темы или оставить отзыв:
8 800 5555 715

Отдел рекламы: reklama@newtj.ru

Журнал пользуется услугами фотобанка Depositphotos, www.kinopoisk.ru

СЛАДКИЕ НАШИ





Автор:
Яна Алексеевна
Соловьева,
врач-эндокринолог,
«Московский врач»,
Родильный дом ГКБ № 52
ДЗ г. Москвы

УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН И БЕРЕМЕННОСТЬ

Сегодня почти каждый человек знает, что такое углеводный обмен и чем сопровождается его нарушение: у кого-то есть личные проблемы с весом, у кого-то родственники имеют сахарный диабет. Мной и моими коллегами написано много статей на эту тему. Но, несмотря на это, как у самих женщин, так и у врачей, наблюдающих их, возникает много вопросов, когда что-то происходит с углеводным обменом во время беременности.

В России, как и во всем мире, отмечается рост распространенности сахарного диабета (СД). По данным Федерального регистра СД в РФ на 01.01.2019 г. на диспансерном учете состояло 4,58 млн человек (3,1% населения), из них: 92% (4,2 млн) – СД 2-го типа, 6% (256 тыс.) – СД 1-го типа и 2% (90 тыс.) – другие типы СД, в том числе 8006 человек с гестационным сахарным диабетом (ГСД) [1]. Но также мы знаем, что эти данные учитывают только зарегистрированные случаи заболевания и не показывают настоящее количество пациентов [2]. С ростом количества пациентов с СД наблюдается рост распространенность гипергликемии во время беременности: по данным международной диабетической федерации FDA каждая шестая женщина (а это 20 млн), родившая живого ребенка, имеет повышенный сахар в кро-

ви во время беременности. Среди них 86,4% случаев – это ГСД, 7,4% – другие типы СД, выявленные при беременности, 6,2% – женщины, имевшие СД до беременности [3]. Это связано с тем, что кроме ожирения и гиподинамии, растет и количество женщин позднего репродуктивного возраста.

ГСД – это заболевание, для которого характерна впервые выявленная во время беременности гипергликемия, но не соответствующая критериям манифестного СД [4]. Дифференциальную диагностику между ГСД и явным СД проводят только через несколько месяцев после родов.

В течение беременности развивается и прогрессирует до родоразрешения физиологическая инсулинорезистентность – нечувствительность тканей организма к собственному инсулину. Это необходимо для легкого переноса глюкозы через плаценту к плоду, чтобы обеспечить его рост и развитие. При выраженной инсулинорезистентности во время беременности возникают нарушения углеводного обмена, и диагностируется ГСД.

Диагностику нарушений углеводного обмена проводят в женских консультациях по назначению врачей-гинекологов в два этапа, согласно стандартам оказания медицинской помощи пациентам с СД.

Таблица. Показатели глюкозы венозной плазмы для диагностики ГСД

ГСД при первом обращении	
Глюкоза венозной плазмы	ммоль/л
Натощак	$\geq 5,1$, но $< 7,0$
ГСД в ходе ПГТТ с 75 г глюкозы на 24–28 нед. беременности	
Глюкоза венозной плазмы	ммоль/л
Натощак	$\geq 5,1$, но $< 7,0$
Через час	$> 10,0$
Через 2 часа	$\geq 8,5$, но $< 11,1$


1. Сначала при первом обращении женщины к любому специалисту исследуется уровень глюкозы венозной плазмы натощак на сроке с 6 по 24 нед.
2. При нормогликемии на сроке 24–28 нед. проводится пероральный глюкозо-толерантный тест (ПГТТ).

При подозрении на манифестацию СД во время беременности рекомендован контроль уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) или уровня гликемии в любое время суток независимо от приема пищи [4].

Но, несмотря на клинические рекомендации и большое количество статей для врачей

всех специальностей, недостаточное внимание к проблеме явного и скрытого повышения гликемии приводит к неизбежному росту неблагоприятных исходов во время беременности и родов [5]. Это связано с тем, что нет четкого понимания вопроса о важности проведения ПГТТ во время беременности. Согласно клиническим рекомендациям, каждой беременной женщине, у которой не было выявлено гипергликемии на ранних сроках беременности, обязательно проводится ПГТТ с целью исключения скрытого повышения сахара в крови или выявления нарушений углеводного обмена [4].

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

	<p>Кто Пациентка В.</p>	<p>Возраст 42 года</p>	<p>Поступила в филиал ГКБ № 52 по направлению акушера-гинеколога КДО филиала с диагнозом: беременность 40 нед. 2 дн. Головное предлежание. Крупный плод. Многоводие. Предвестники родов. Гестационные отеки. Пациентка предъявляла жалобы на периодические тянущие боли внизу живота, в области поясницы</p>
---	-----------------------------	----------------------------	--

АНАМНЕЗ. Данная беременность 3-я, самопроизвольная, протекала физиологически с частыми обострениями хронической генитальной герпе-

тической инфекции. До и во время беременности у эндокринолога не наблюдалась, наследственность по эндокринной патологии неотягощена.

ДАнные ОБМЕННОЙ КАРТЫ. Во время беременности пациентке проводилось стандартное обследование согласно приказу МЗ РФ от 20.10.2008 г. № 576. В течение всей беременности отмечалась нормогликемия натощак, в связи с чем на ПГТТ пациентку не направляли.

Согласно записям в обменной карте, показатели клинического и биохимического анализов крови, коагулограмма в пределах целевых значений. В общем анализе мочи также все показатели в норме в течение всей беременности. Исследование уровня ТТГ в крови проводилось в I триместре беременности – в пределах целевых значений. Данные фетометрии на сроке 35 нед. 6 дней: размеры плода соответствуют 37–38 нед, предположительная масса плода – 3170 ± 200 г; индекс амниотической жидкости

(ИАЖ) – 15,9 см (норма 8,0–24,0 см). Головное предлежание. Тенденция к крупному плоду. Показатели кровотока в норме.

Дата	Гликемия (ммоль/л)	Норма (ммоль/л)
14 января	4,73	До 5,1
22 апреля	4,52	До 5,1
11 июня	4,50	До 5,1
20 августа	4,53	До 5,1

ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ. Общее состояние пациентки удовлетворительное. Рост – 167 см, вес – 79 кг (при исходной массе тела 62 кг, ИМТ – 22,3 кг/м²). Общая прибавка веса за беременность составила 17 кг. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Артериальное давление (АД) 110/70 мм рт. ст., пульс 76 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счет беременной матки. Матка

безболезненная во всех отделах, положение плода продольное. Предлежит головка плода, прижатая ко входу в малый таз. Сердцебиение плода выслушивается. Родовой деятельности нет. Подтекают светлые околоплодные воды. Мочеиспускание свободное. Отмечается пастозность стоп. С целью оценки акушерской ситуации осмотрена шейка матки в зеркалах, выявлено отсутствие биологической готовности организма к родам.

ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ РЕКОМЕНДОВАН КОНТРОЛЬ УРОВНЯ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ИЛИ УРОВНЯ ГЛИКЕМИИ В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ СУТОК НЕЗАВИСИМО ОТ ПРИЕМА ПИЩИ

ДАнные ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.

- Клинический анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, гематокрит – 34,2% (снижен), эритроциты – $3,6 \times 10^{12}$ /л (понижены), лейкоциты – 15×10^9 /л.
- Биохимический анализ крови: глюкоза венозной плазмы натощак – 4,0 ммоль/л, общий белок – 54 г/л (снижен), гипоальбуминемия – 33,6 г/л, креатинин – 61,9 мкмоль/л.

ДАнные ФЕТОМЕТРИИ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ. Беременность доношенная. Головное предлежание. Крупный плод. Размеры плода соответствуют 40–41 нед. ПМП – 4695 ± 200 г,

ИАЖ – 30,7 см. Врожденные пороки развития плода не обнаружены. Определяется подкожный отек на голове, животе, конечностях до 6 мм.

КОНТРОЛЬ ФЕТОМЕТРИИ.

Беременность доношенная. Головное предлежание. Крупный плод. Многоводие. Размеры плода соответствуют 40 нед. беременности.

ПМП – 4628 ± 200 г (без учета отека). ИАЖ – 34 см. Определяется двойной контур подкожной клетчатки в области живота (фото 1).

Фото 1.



ДАННЫЕ КТГ. Функциональное состояние плода удовлетворительное (фото 2).

ДАННЫЕ ДОПЛЕРОМЕТРИИ. Показатели кровотока в пуповине и в маточных артериях в норме, многоводие. ИАЖ – 33,1 см.

ПАЦИЕНТКА ГОСПИТАЛИЗИРОВАНА ДЛЯ НАБЛЮДЕНИЯ В РОДИЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

в связи с выраженным многоводием и отсутствием биологической готовности организма к родам, под контролем КТГ и доплерометрии, с целью наблюдения за динамикой

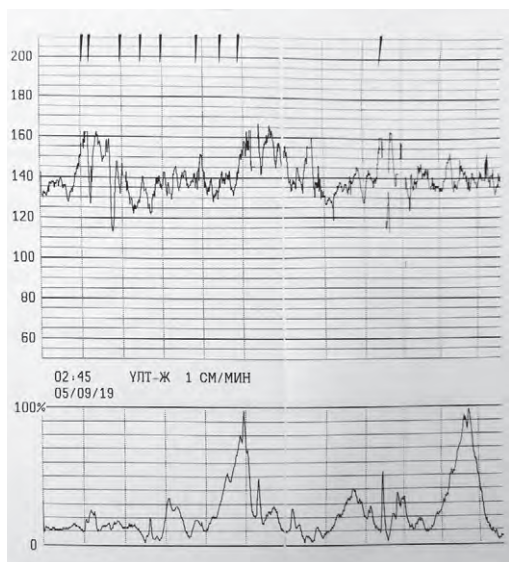
развития родовой деятельности до верификации диагноза.

В предродовой палате проводилось динамическое наблюдение за матерью и плодом. Для диагностики нарушений углеводного обмена в стационаре определен гликемический профиль.

По данным профиля выявлена выраженная постпрандиальная гипергликемия. Согласно клиническим рекомендациям, диагностирован гестационный сахарный диабет.

Проведен консилиум врачей и, учитывая наличие ГСД, крупный плод и фетопатию плода, нарастающее многоводие, на сроке 40 нед. 3 дня принято решение о родоразрешении методом операции кесарева сечения.

Фото 2.



Глюкоза крови, ммоль/л	Завтрак	Обед	Ужин
Натощак, перед едой	4,9	4,6	5,4
Через час после еды	–	9,4	8,5

ОПЕРАЦИЯ. В асептических условиях произведено чревосечение по Джоэл-Кохену. Во время операции излились светлые околоплодные воды, в объеме 3000 мл. За головку без затруднений извлечен живой доношенный плод женского пола – девочка без видимых травм и пороков развития. Оценка

по шкале Апгар – 7–8 баллов. Масса тела – 5340 г, рост – 54 см.

Послеродовой период протекал без особенностей. При обследовании глюкоза в крови – 4,8 ммоль/л. Пациентка в удовлетворительном состоянии была выписана под наблюдение врача женской консультации на 5-е сутки.

НОВОРОЖДЕННАЯ ДЕВОЧКА. Закричала сразу, при осмотре цианоз с переходом в акроцианоз, сердечная деятельность в норме. После стабилизации состояния в операционной на 10-й минуте рождения была переведена в детское отделение реанимации на самостоятельное дыхание.

В отделении девочка получала инфузионную антигеморрагическую и антибактериальную терапию, парентеральное питание с переходом на энтеральное. В 1-е сутки на самостоятельном дыхании, отмечалось однократное снижение гликемии до 2,7 ммоль/л, введен раствор дексаметазона 1,5 мг/кг. При обследовании ОАК и биохимия крови соответствуют возрастной норме.

На третьи сутки жизни состояние ребенка стабильное, средней степени тяжести, которое было обусловлено ДН I ст. за счет преходящего тахипноэ новорожденного в стадии разрешения и неврологической симптоматики в виде умеренного синдрома угнетения ЦНС на фоне сохраняющегося риска реализации внутриутробной инфекции, учитывая анамнез матери. Гемодинамика стабильная. Мочится самостоятельно. Вес – 5290 г. Гликемия 3,3–4,8 ммоль/л. В связи со стабильным состоянием девочка в плановом порядке переведена в отделение патологии новорожденных в ГКБ им. З. А. Башляевой ДЗ г. Москвы.



Делаем выводы

Вышеописанный клинический случай – яркий пример вовремя не диагностированной скрытой гипергликемии у матери позднего репродуктивного возраста.

Во время беременности при нарушении углеводного обмена у матери происходит активный перенос глюкозы через плаценту, которая стимулирует секрецию инсулина в поджелудочной железе у плода. Возникает гиперинсулинемия, которая стимулирует анаболические механизмы в тканях плода [6, 7]. Развивается диабетическая фетопатия плода – грозное осложнение гипергликемии, которое может привести к перинатальным травмам и постнатальной гибели новорожденного. Если ГСД диагностирован

во время беременности, то впервые выявленное или нарастающее многоводие также может быть признаком диабетической фетопатии, если исключены иные причины.

Данный клинический пример показывает, что, несмотря на актуальность проблемы, среди врачей встречается непонимание диагностических критериев ГСД и необходимости проведения ПГТТ у всех беременных женщин с нормогликемией натощак.

Надо помнить, что вовремя выявленный ГСД позволяет нам своевременно начать необходимое лечение, тем самым снижая риски развития неблагоприятных осложнений у матери и плода.