

# Современные методы диагностики и коррекции гестационного сахарного диабета у беременных (Клиническая лекция)

**Т.В. Авраменко<sup>1</sup>, М.В. Макаренко<sup>2</sup>, Д.А. Говсеев<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ГУ «Институт педиатрии акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев

<sup>2</sup>Киевский городской родильный дом № 5

Одним из частых осложнений беременности является гестационный сахарный диабет (ГСД). Согласно современным представлениям ГСД называют нарушением толерантности к глюкозе любой степени, что возникает либо выявляется впервые во время беременности. Его диагностируют на основании результатов проведения теста толерантности к глюкозе. По данным масштабных исследований, ГД диагностируют у 3–17% беременных.

**Ключевые слова:** гестационный сахарный диабет, сахарный диабет, тест толерантности к глюкозе, протоколы и стандарты лечения, ведение беременных.

Гестационный сахарный диабет (ГСД) – это нарушение толерантности к углеводам различной степени тяжести с началом или первичным выявлением во время беременности. Согласно последним данным, ГСД развивается у 3–17% всех беременных, чаще во второй половине беременности.

Проявления и патогенез ГСД – гетерогенны. Беременность, предъявляя повышенные требования к организму женщины для обеспечения развития плода и обладая «диабетогенными свойствами», способствует проявлению различных нарушений углеводного обмена [1, 2]. Отмечено, что у 50% женщин в репродуктивный период СД был впервые диагностирован во время беременности [3]. Как известно, физиологическая беременность характеризуется возрастанием потребности в инсулине и в связи с этим повышением активности β-клеток, а также инсулинорезистентностью [4]. Гомеостаз глюкозы у беременных обеспечивается определенным соотношением между повышенной секрецией инсулина, с одной стороны, и сниженной чувствительностью к нему – с другой. Снижение чувствительности к инсулину во время беременности объясняется различными причинами: снижением кровотока, уменьшением трансэндотелиального транспорта инсулина между капиллярами, пострецепторными нарушениями, влиянием плаценты. Как показали многочисленные исследования, у всех беременных в значительной степени снижена толерантность к глюкозе и только у некоторых из них развивается более выраженное нарушение углеводного обмена – ГСД [5, 6, 8].

Чаще развитию этого осложнения беременности способствует нарастание инсулинорезистентности или снижение секреции инсулина, проявляющееся гипергликемией [7, 9]. Учитывая неблагоприятное влияние СД на здоровье матери и плода, своевременная диагностика и дальнейшая адекватная терапия этого осложнения беременности приобретают особое значение.

## Выявление беременных с нарушениями углеводного обмена

Выявление беременных с нарушениями углеводного обмена проводят поэтапно.

Задачей первоначального этапа является выявление беременных с факторами риска развития СД. Повышенная ве-

роятность заболевания определяется во время первого визита к врачу на основании ряда признаков, которые для удобства разделены следующим образом:

1. Сведения, полученные при изучении анамнеза беременной:

- указания на отягощенный по СД или другим обменным или гормональным нарушениям семейный анамнез;
- возраст более 25 лет;
- выявление при предыдущих беременностях глюкозурии, ГСД;
- акушерские осложнения при предыдущих беременностях (невынашивание, многоводие, поздний гестоз, инфекция мочевыводящих путей, рождение крупных детей с массой тела 4,5 кг и более, гибель детей неясной этиологии);
- выявление при аутопсии погибших детей гиперплазии островков Лангерганса.

2. Те же осложнения, но выявленные при настоящей беременности.

3. Данные лабораторных анализов, в первую очередь выявление рецидивирующей глюкозурии, особенно если она возникла до 20 нед беременности, прогрессирует со временем или ее выявляли уже при предыдущих беременностях.

При проведении комплексной оценки факторов риска в развитии ГСД выявляются 3 степени риска: высокий, средний и низкий (табл. 1).

Скрининг нарушений углеводного обмена у беременных с учетом только факторов риска развития СД позволяет выявить от 50% до 70% больных с ГСД. Отмечено, что факторы риска развития СД – глюкозурия до 24 нед беременности, избыточная масса тела не менее 30%, возраст старше 30 лет и СД у матери беременной – выявляют у 70% больных с ГСД [1, 3, 4].

После определения факторов риска развития ГСД беременным определяют гликемию натощак и глюкозурию в суточной моче.

Во время физиологической беременности уровень гликемии снижается, он редко натощак достигает нормального максимального уровня здоровых людей: в плазме венозной крови – до 6,1 ммоль/л, в цельной капиллярной крови – до 5,5 ммоль/л. У большинства здоровых беременных уровень в цельной капиллярной крови натощак составляет 3,3–4,4 ммоль/л, а через 2 ч после еды – не более 6,7 ммоль/л.

Согласно результатам большинства исследователей, уровень глюкозы натощак в цельной капиллярной крови, равный 5,3 ммоль/л и более, определенный дважды, должен рассматриваться у беременных как гипергликемия.

- Беременным с выявленной гипергликемией устанавливают предположительный диагноз ГСД, что является основанием для направления в стационар для дальнейшего обследования и терапии ГСД.
- Беременным с факторами риска развития ГСД и имеющих уровень гликемии натощак в цельной капилляр-

Факторы риска развития гестационного сахарного диабета

Параметры	Высокий риск	Умеренный риск	Низкий риск
Избыточный вес (больше 20% от идеального)	Да	Да	Нет
Наличие ГСД 2-го типа у близких родственников	Да	Нет	Нет
ГСД в анамнезе	Да	Нет	Нет
Нарушение толерантности к глюкозе	Да	Нет	Нет
Глюкозурия во время предшествующей или данной беременности	Да	Да/Нет	Нет
Гидрамнион и крупный плод в анамнезе	Да/Нет	Да	Нет
Рождение ребенка с массой тела более 4000 г или мертворождение в анамнезе	Да/Нет	Да	Нет
Быстрое увеличение массы тела во время данной беременности	Да/Нет	Да	Нет
Возраст старше 30 лет	Да/Нет	Да	≤25 лет

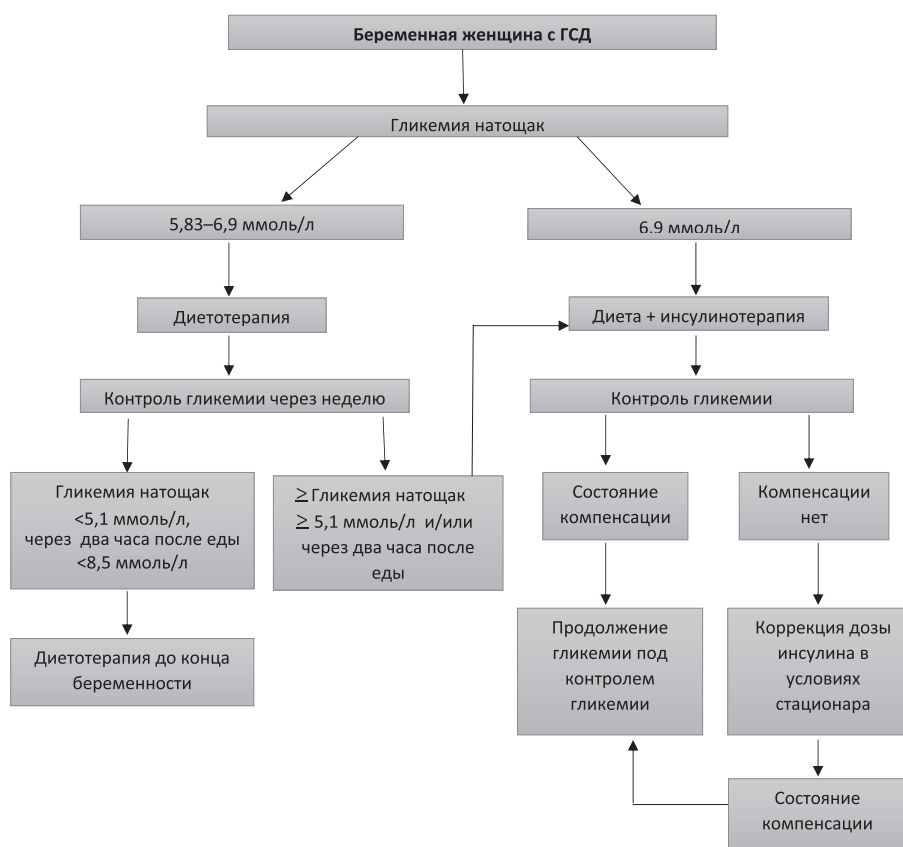


Рис. 1. Алгоритм лечения больных с ГСД

Таблица 2

Критерии выявления ГСД на основе ПТТГ

Нагрузка	Натощак	Через 1 ч	Через 2 ч	Через 3 ч
75 г глюкозы	>5,1 ммоль/л	-	>8,5 ммоль/л	-

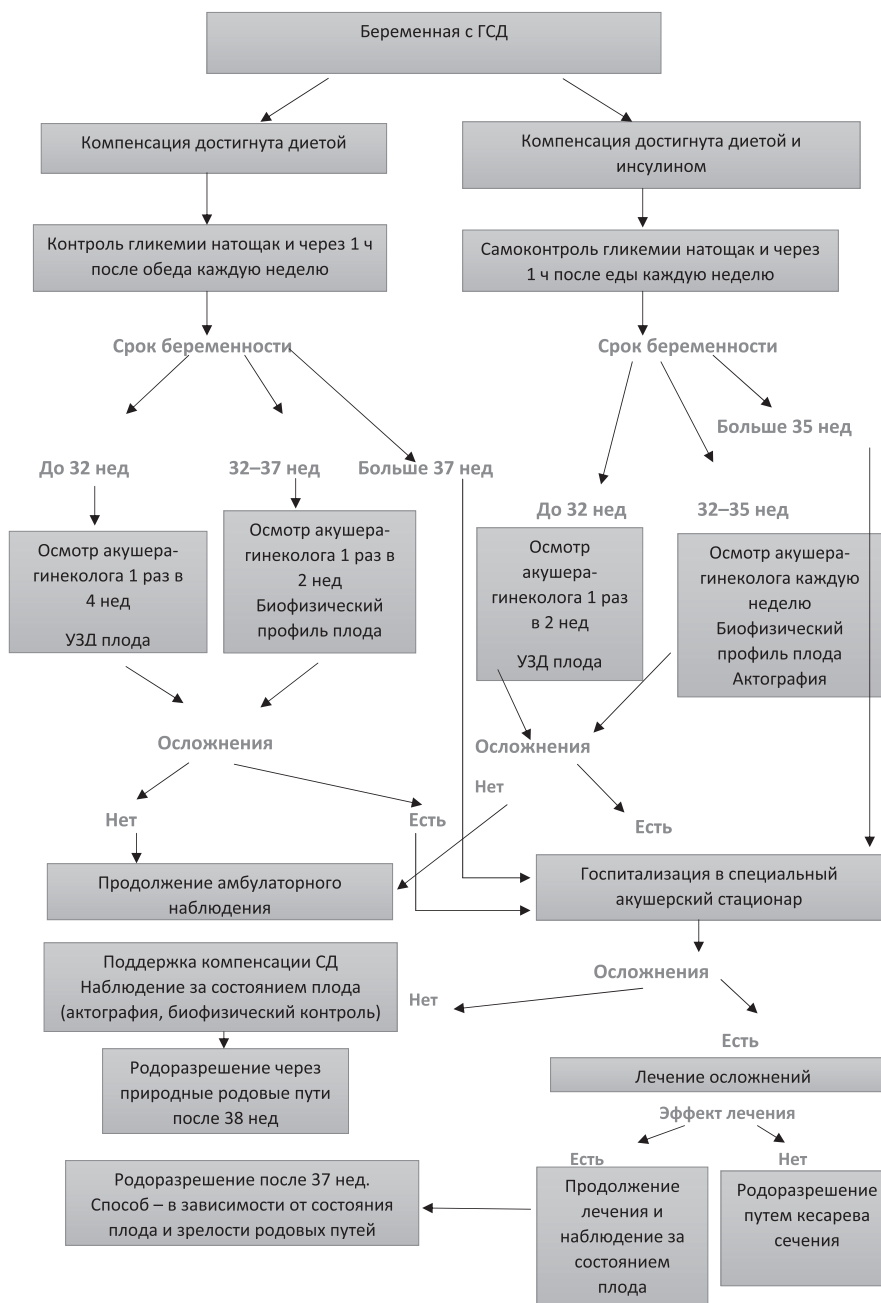
ной крови более 4,4 ммоль/л и менее 5,3 ммоль/л следует обследовать на 3-м этапе – проведение диагностического теста на толерантность к глюкозе (ПТТГ).

- Беременным с высоким риском развития ГСД проводят ПТТГ сразу же при взятии под наблюдение. Если ГСД в этот период не диагностируют, то следует повторить тестирование в 24–28 нед беременности или в любое другое время при выявлении клинических признаков гипергликемии.

- Беременным со средним риском развития ГСД ПТТГ следует проводить в 24–28 нед беременности. Если результаты данного теста в норме, ретестирование проводят в сроке 32–34 нед беременности при наличии одного из факторов риска.

В акушерской диабетологии применяют тесты с нагрузкой 75 г глюкозы. В нашей стране чаще используют ПТТГ с нагрузкой 75 г глюкозы. Для проведения теста необходимо, чтобы пациентка в течение 3 дней, предшествующих иссле-

## ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ



**Рис. 2. Алгоритм ведения беременности у больных с ГСД**

дованию, находилась на обычной диете (150 г углеводов в сутки), а также имела обычную физическую нагрузку. ПТТГ лучше проводить утром, после полного голодания в течение 8–14 ч; 15 мин до исследования пациентка должна сидеть. У обследуемой определяют глюкозу в плазме венозной крови натощак, затем она выпивает 75 г глюкозы, растворенной в 250–300 мл воды за 5 мин, после чего через 2 ч определяют уровень глюкозы в плазме венозной крови (табл. 2).

### Основные принципы лечения ГСД

Беременных с вновь выявленным ГСД необходимо немедленно госпитализировать в эндокринологическое или специализированное по СД акушерское отделение для дополнительного обследования, определения необходимой дозы инсулина, проведения курса профилактического лечения, обучения методам самоконтроля за течением ГСД. Учитывая, что основ-

ным принципом терапии ГСД является нормализация гликемии после еды, беременным с ГСД рекомендована диета.

Калорийность при ГСД должна составлять 25 ккал/кг индекса массы тела (ИМТ).

Количество углеводов в диете составляет 35–40%, белков – 20–25%, жиров 35–40%.

Инсулинотерапию беременным с ГСД назначают, если проводимая диетотерапия не поддерживает уровень глюкозы в капиллярной крови:

- натощак меньше 5,1 ммоль/л,
- через 2 ч после еды меньше 8,5 ммоль/л.

У большинства беременных с ГСД нарушения углеводного обмена выражены чаще всего незначительно, так как у них имеется собственный эндогенный инсулин, поэтому проявление ГСД относится к классу А1. Коррекция заболевания у таких больных достигается только диетотерапией. У

некоторых беременных нарушения углеводного обмена могут быть значительными и требуют для коррекции больших доз инсулина (класс А2).

Инсулинотерапия должна снизить повышенные показатели гликемии, что уменьшит неблагоприятное влияние гипергликемии матери на состояние плода.

В дальнейшем все беременные с ГСД подлежат тщательному наблюдению и лечению, их ведение и родоразрешение осуществляется так же, как и при манифестном СД (рис. 1).

ГСД протекает с теми же акушерскими осложнениями, что и манифестный СД. Поздний гестоз выявляют у беременных с ГСД так же часто, как и при СД 1-го типа, у каждой второй беременной, но это осложнение представлено в основном легкой формой – отеками. Оптимальное увеличение массы тела у беременных при ГСД составляет при ожирении 7 кг (ИМТ – 29 кг/м<sup>2</sup>) и до 18 кг – у беременных со сниженной массой тела (ИМТ – 19,8 кг/м<sup>2</sup>). Тяжелые формы позднего гестоза диагностируют редко. Частое сочетание многоводия и позднего гестоза выявлено у 82,7% беременных с ГСД. Среди инфекционных осложнений для беременных с ГСД характерен гестационный пиелонефрит, частота которого достигает 4,5–4,7%. Угроза прерывания беременности при ГСД встречается чаще, чем при СД 1-го типа, соответственно в 38% и 21% случаев [1, 2].

Оптимальный срок для родоразрешения беременных с ГСД, находящихся на инсулинотерапии, – 38 нед, пролонгирование беременности более 38 нед нецелесообразно из-за нарастания тяжести диабетической фетопатии (ДФ). Родоразрешение раньше 36 нед беременности показано при явной угрозе матери и плоду, а родоразрешение раньше 35 нед – по жизненным показаниям со стороны матери и плода (рис. 2).

В случае развития осложнений (гипертензия беременных, преэклампсия, многоводие, гипоксия плода) лечение проводят в специализированном отделении для беременных с эндокринными заболеваниями. Наиболее адекватными методами мониторинга состояния плода являются актография и определение биофизического профиля.

Актография – подсчет беременной количества движений плода в течение 1 ч утром и вечером.

Биофизический профиль плода – определение во время ультразвукового исследования и кардиотокографии (не-стрессовый тест) движения плода, тона сердца, реактивности, дыхания и объема амниотической жидкости.

При необходимости родоразрешения в срок меньше 37 нед беременности должна проводиться оценка степени

зрелости легких плода. При необходимости дородовой подготовки шейки матки беременной используют препараты простагландинового ряда, в частности местно E<sub>2</sub>.

Частота ДФ у потомства больных ГСД матерей, по данным различных авторов, колеблется от 30% до 60%, причем макросомию выявляют у 58% детей [10, 11].

В большинстве случаев ГСД не приводит к формированию пороков развития у потомства, как это часто бывает при декомпенсированном течении СД 1-го типа и СД 2-го типа. Это объясняется тем, что ГСД чаще развивается во второй половине беременности, в то время как пороки формируются до 7 нед беременности. Потомство больных ГСД матерей заслуживает особого внимания, так как в связи с поздней диагностикой заболевания плод подвергается неблагоприятному воздействию с ранних сроков внутриутробного развития [3, 4, 10].

После родов у 98% беременных ГСД исчезает, и уровень гликемии нормализуется. Через 6–12 нед после родов все женщины с ГСД в анамнезе должны быть обследованы с помощью ПТТГ с 75,0 г глюкозы и взяты на учет эндокринологом по месту жительства. Если же после родов уровень гликемии не нормализуется, ГСД требует новой классификации – чаще это СД 2-го типа. Если же после родов роженице необходимо продолжить инсулинотерапию, следует подумать о СД 1-го типа, возникшем во время беременности [11].

Женщин с ГСД в анамнезе, у которых не выявлен СД, эндокринолог должен наблюдать ежегодно. Для женщин с ГСД характерен высокий риск его повторного возникновения во время последующих беременностей. У них также высок риск развития манифестного СД. Через 2 года каждая пятая больная с ГСД в анамнезе становится инсулинозависимой. Через 16 лет после беременности, осложненной ГСД, манифестный СД развивается у 40% женщин. Риск развития манифестного СД повышается, если для коррекции нарушений углеводного обмена при ГСД требовалась инсулинотерапия. Повышенная масса тела у женщин с предшествующим ГСД является фактором риска развития СД в 60% случаев, в то же время снижение массы тела у этих женщин приводит к уменьшению развития СД до 25%. Что касается отдаленного влияния ГСД матери на потомство, то у этих детей часто развивается ожирение и СД 2-го типа. Учитывая неблагоприятное влияние ГСД на здоровье матери и потомства, следует рекомендовать женщине с ГСД в анамнезе планировать беременность.

### Сучасні методи діагностики та корекції гестаційного цукрового діабету у вагітних Т.В. Авраменко, М.В. Макаренко, Д.О. Говсеєв

Одним з найчастіших ускладнень вагітності є гестаційний цукровий діабет (ГЦД). Згідно із сучасними уявленнями ГЦД називають порушенням толерантності до глюкози будь-якого ступеня, що виникає або виявляється вперше під час вагітності. Його діагностують на підставі результатів проведення тесту толерантності до глюкози. За даними масштабних досліджень, ГЦД діагностують у 3–17% вагітних.

**Ключові слова:** гестаційний цукровий діабет, цукровий діабет, тест толерантності до глюкози, протоколи та стандарти лікування, ведення вагітних.

### Modern methods of diagnosis and correction of gestational diabetes in pregnant women T.V. Avramenko, M.V. Makarenko, D.A. Govseev

One of the most frequent complications of pregnancy is gestational diabetes (GD). According to modern concepts of GD called glucose intolerance of any degree, or are emerging for the first time during pregnancy. It is diagnosed on the basis of the results of the glucose tolerance test. According to a large-scale studies, GD occurs in 3-17% of pregnant women.

**Key words:** gestational diabetes, diabetes, glucose tolerant test, gestational diabetes protocols and standards of treatment of pregnant.

### Сведения об авторах

**Авраменко Татьяна Васильевна** – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8. E-mail: Prof.avramenkotatyana@gmail.com

**Макаренко Михаил Васильевич** – Киевский городской роддом № 5, 03118, г. Киев, пр. Лобановского, 2

**Говсеєв Дмитрий Александрович** – Киевский городской роддом № 5, 03118, г. Киев, пр. Лобановского, 2

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авраменко Т.В. Система перинатальной охорони плода і новонародженого при цукровому діабеті // Діабет, ожиріння, метаболічний синдром. – 2012. – № 4. – С. 15–22.
2. Балаболкин М.И. Лечение сахарного диабета и его осложнений. – 2014. – С. 13–21.
3. 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.
4. Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет. – М.: Универсум Паблишинг, 2005. – С. 370–375.
5. Транько М.Д. Стандарти діагностики та лікування ендокринних захворювань. – 2007 – С. 90–100.
6. Ордынский В.Ф. Сахарный диабет и беременность. Пренатальная ультразвуковая диагностика. – М.: Видар-М, 2010. – С. 212.
7. Goldstein B.J. Current views on the mechanism of action of insulin sensitizers // Diabetes Technol Jher. – 2014. – Vol. 1. – P. 267–275.
8. Nerenberg K. Gestational Diabetes and Hypertensive Disorders of Pregnancy as Vascular Risk Signals: An Overview and Grading of the Evidenc / Nerenberg K, Daskalopoulou SS, Dasgupta K. // Can J Cardiol. – 2014. – Vol. 1. – P. 8–10.
9. Sharma M., Ratner R. Gestational diabetes mellitus. Controversies in screening diagnosis. – Practical Diactology. – march 2002. – P. 7–13.
10. Gestational diabetes mellitus: postpartum opportunities for the diagnosis and prevention of type 2 diabetes mellitus / Bentley-Lewis R., Levkoff S., Stuebe A., Seely E.W. // Nat Clin Endocrinol Metab. – 2008. – № 4 (10). – P. 552–558.
11. Damm P. Future risk of diabetes in mother and child after gestational diabetes mellitus / Damm P. // Int J Gynaecol Obstet. – 2009. – № 104, Suppl. – S. 25–26.

Статья поступила в редакцию 22.04.2016

## ТЕСТОВІ ЗАПИТАННЯ

(один або декілька правильних варіантів відповідей на кожне запитання)

1. С помощью каких показателей определяют нарушения углеводного обмена?

- Гликозилированный гемоглобин
- Триглицериды
- Лептин

2. Какие тесты следует провести для выявления ГСД?

- Определение антител к инсулину
- Глюкозо-толерантный тест плазмы венозной крови
- Пренатальный скрининг по программе PRISCA.

3. Правильная интерпретация перорального теста толерантности к глюкозе для диагностики ГСД:

- Уровень глюкозы крови натощак  $\leq 5,1$  ммоль/л, через 2 часа  $\leq 8,5$  ммоль/л
- Уровень глюкозы крови натощак  $\leq 5,5$  ммоль/л, через 2 часа  $\leq 7,6$  ммоль/л
- Уровень глюкозы крови натощак  $\leq 5,8$  ммоль/л, через 2 часа  $\leq 10,0$  ммоль/л.

4. В какие сроки беременности проводят ПТТГ у здоровых женщин?

- В любые сроки
- До 12 нед
- В 24–28 нед.

5. Какова частота ГСД у беременных?

- 3–17%
- 25–50%
- 50–75%.

6. Фактор риска развития ГСД у беременной:

- Возраст старше 20 лет
- Избыточная масса тела
- Анемия беременных

7. Правильный расчет рациона питания у беременных с ГСД:

- Углеводы 40–45%; жиры 30%; белки 25–50%; общая калорийность 1200 ккал/сут
- Углеводы 60%; жиры 20%; белки 20%; общая калорийность 2400 ккал/сут
- Углеводы 10%; жиры 50%; белки 80%; общая калорийность 3000 ккал/сут.

8. После родов рекомендуется повторно пройти тестирование на СД через:

- 1–2 нед
- Через 6–12 нед
- Через 5 лет

9. Стандарты лечения ГСД:

- Диетотерапия
- Инсулинотерапия + диетотерапия
- Антибактериальная терапия.

**Журнал сертифицирован  
для проведения непрерывного  
профессионального  
последипломного обучения  
врачей**

Ответы на вопросы следует присылать в редакцию по почте или на электронный адрес.

Эл. адрес: [alexandra@zdr.kiev.ua](mailto:alexandra@zdr.kiev.ua)

Почтовый адрес: 03039, г. Киев, а/я 36.

Необходимый минимум – 90% правильных ответов.

Врачам, приславшим 90% и более правильных ответов, будут высланы сертификаты Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика.

# К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ ЖУРНАЛА «ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ»

Материалы исследования должны сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором оно было выполнено, с визой руководства (научного руководителя), заверенной круглой печатью учреждения, и экспертным заключением о возможности публикации в открытой печати.

На последней странице статьи должны быть собственноручные подписи всех авторов, фамилия, имя и отчество (полностью), почтовый адрес предприятия, номера телефонов (служебный), степень, звание, должность. Обязательно наличие контактного телефона автора/ов, с которым/и редакция может общаться по возникшим вопросам.

1. Статья подается на украинском или русском и английском языках в 2 экземплярах, которые подписаны всеми авторами.

2. Каждый автор должен указать свои данные на украинском или русском и английском языках (фамилию, имя, отчество, научное звание (должность), научную степень, отрасль специализации, место работы, служебный адрес, почтовый индекс, служебный телефон или адрес электронной почты).

3. УДК и фамилию автора необходимо указать на первой странице, далее должны следовать название статьи и название

организации, на базе которой были проведены исследования, наблюдения и т.д.

4. Текст статьи и материалы к ней должны быть отредактированы и проверены автором. Содержание статьи должно иметь практическую направленность. К статье должны быть приложены все используемые в работе таблицы, иллюстрации, список литературы и акт экспертизы.

- заглавия научных статей должны быть информативными.
- в заглавиях статей можно использовать только общепринятые сокращения.
- в переводе заглавий статей на английский язык не должно быть никаких транслитераций, кроме непереводаемых названий собственных имен, приборов и других объектов, имеющих собственные названия; также не используется непереводаемый сленг.
- в списке литературы должно быть не менее 7 ссылок. Авторы несут ответственность за точность ссылок. Список цитированной литературы подается в соответствии с общепринятыми правилами оформления.

**Для регистрации статьи в наукометрических базах необходимо подготовить дополнительный список литературы на английском языке в виде отдельного файла в таком формате:**

ФИО авторов. год. Название статьи. Источник. Том (если есть); номер: страницы.

Пример указан ниже.

Пример цитированной литературы в соответствии с общепринятыми правилами оформления	Пример цитированной литературы для регистрации в наукометрических базах
Astley S.J. Measuring the facial phenotype of individuals with prenatal alcohol exposure: correlations with brain dysfunction / S.J. Astley, S.K. Clarren // Alcohol Alcohol. – 2001. – V. 36. – P. 147–159.	<b>Astley SJ, Clarren SK. 2001. Measuring the facial phenotype of individuals with prenatal alcohol exposure: correlations with brain dysfunction. Alcohol Alcohol. 36:147–159.</b>
Maternal First-Trimester Enterovirus Infection and Future Risk of Type 1 Diabetes in the Exposed Fetus / H.R. Viskari, M. Roivainen, A. Reunanen [et al.] // Diabetes Care. 2012 Jun;35(6):1328–32.	<b>Viskari HR, Roivainen M, Reunanen A et al. 2012, Jun. Maternal First-Trimester Enterovirus Infection and Future Risk of Type 1 Diabetes in the Exposed Fetus. Diabetes Care. 35(6):1328–32.</b>

5. К статье следует приложить рефераты на украинском, русском и английском языках с обязательным указанием фамилий и инициалов авторов на этих языках. Объем резюме не должен превышать 200–250 слов. Обязательно указываются «ключевые слова» (от 3 до 8 слов) в порядке значимости, способствующие индексированию статьи в информационно-поисковых системах. Резюме является независимым от статьи источником информации. **Резюме к оригинальной статье должно быть структурированным: а) цель исследования; б) материал и методы; в) результаты; г) заключение.** Все разделы в резюме должны быть выделены в тексте жирным шрифтом.

Для остальных статей (обзор, лекции, обмен опытом и др.) резюме должно включать краткое изложение основной концепции статьи и ключевые слова.

6. Требования к иллюстративному материалу:

- Иллюстрация может быть подана в виде: фотографии, слайда, рентгенограммы, электронного файла.
- Иллюстрация должна быть подготовлена на высоком качественном уровне.
- Поданные иллюстрации должны соответствовать основному смыслу статьи.
- Иллюстрация должна быть максимально свободна от надписей, которые следует перенести в подпись к ней.

- Подписи к иллюстрациям подаются на листе бумаги в конце статьи.
- Каждая иллюстрация должна иметь общее название.
- Иллюстрации следует передавать в отдельном конверте с указанием названия статьи и Ф.И.О. автора.
- В статье следует указать место, где, по мнению автора, желательно было бы поместить иллюстрацию.
- Иллюстрация, поданная в электронном виде, должна иметь разрешение не менее 300 dpi (масштаб 1:1).
- 7. Таблицы должны быть компактными. Название столбцов и строк должны соответствовать их содержанию, текст подается без сокращений.

8. В статье не допускается сокращения слов, кроме общепринятых в научной литературе. Все измерения подаются в системе единиц СИ.

9. Статья должна содержать практические выводы и рекомендации для клиницистов.

10. Редакция оставляет за собой право редактировать статьи.

11. При несоблюдении указанных требований оформления статьи, редакция возвращает ее авторам без рассмотрения.

12. Статья должна быть записана в формате WORD-97, 98, 2000–2003; размер шрифта — 12 пунктов.

13. Материалы статей, принятых к печати (рукописи, иллюстрации, дискеты), не возвращаются.

**Статьи просим присылать по адресу:**

03039, Киев, а/я 36, Редакция журнала «Здоровье женщины»;  
e-mail: office@zdr.kiev.ua. Тел./факс: (044) 220-15-41, 220-15-43.