

узла. Во время процедуры выполнялась резекция части миоматозного узла. В последующем пациентке назначалось лечение АгГнРГ (Луприд-депо) 2 инъекции. Через 2 месяца при ультразвуковом сканировании определялся размер и локализация резидуальной части узла. После чего выполняли второй этап резекции. Данная терапия приводила к гипоплазии или атрофии эндометрия, уменьшению толщины миометрия и кровотока в нем, уменьшению диаметра узла, а так же в виду торможения менструальной функции происходила компенсация вторичной анемии.

У 48 пациенток проведена двухэтапная резекция субмукозных узлов 2-го типа. Размер узлов на дооперационном этапе колебался от 28 до 49 мм в диаметре. Время проведения первого этапа резекции узла составило  $20 \pm 5$  мин и использовано от 3,5 до 4 литров 5% глюкозы. За первый этап резецировано от 40 до 60% от объема узла. Через 2 месяца после проведения гормональной супрессии отмечено уменьшение резидуальной части узла на  $30 \pm 5\%$ . У всех пациентов во время повторной процедуры выполнено удаление резидуальной части узла на 100% и было использовано 1-1,5 л 5% раствора глюкозы, при этом время операции составило  $10 \pm 5$  мин. Необходимо отметить, что второй этап резекции узла сопровождался минимальной кровопотерей.

Трансцервикальная монополярная электрохирургическая резектоскопическая миомэктомия является методом выбора в лечении больных с субмукозной миомой матки. У пациенток, выполнивших репродуктивную функцию, при втором типе узла, размеры которого более 4 см., операцию лучше выполнять в 2 этапа с периоперационным использованием аналогов ГнРГ, что сокращает время операции, объем интраоперационной кровопотери и способствует быстрой реабилитации пациентки.

## **ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ**

**О.Н. Кононова<sup>1</sup>, А.М. Пристром<sup>2</sup>, А.В. Коротаев<sup>3</sup>, Э.Н. Платошкин<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>УО «Гомельский государственный медицинский университет»,  
г. Гомель, Беларусь

<sup>2</sup>УО «Белорусская медицинская академия последипломного  
образования», г. Минск, Беларусь

<sup>3</sup>ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека»,  
г. Гомель, Беларусь

Интерес к метаболическому синдрому (МС) в последние несколько лет неуклонно растет. МС является важной междисциплинарной про-

блемой. Особое внимание к данному синдрому обусловлено его высокой распространённостью в общей популяции. Ведение беременности и родов у женщин с МС до настоящего времени продолжает оставаться серьезнейшей проблемой акушерства. Улучшение охраны здоровья матери и ребенка, снижение материнской смертности является одним из приоритетных стратегических направлений Государственной программы развития здравоохранения Республики Беларусь на 2011-2015 гг. Важной задачей здравоохранения является создание условий для рождения здоровых детей, уменьшения инвалидности с детства, разработка стратегии страны по укреплению репродуктивного здоровья населения.

Цель работы: оценить факторы сердечно-сосудистого риска метаболического синдрома у беременных с ожирением.

На базе отделения эндокринологии Государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» было проведено обследование 109 беременных. Исследование проводилось в период с 2011 по 2013 гг. В исследование были включены пациентки в возрасте от 22 до 44 лет ( $30,2 \pm 0,5$ ) в сроках беременности от 8 до 15 недель.

Все обследованные были разделены на 2 группы. Основную группу составили 84 женщины с различной степенью ожирения. Контрольная группа – 25 практически здоровых лиц с нормальным весом.

Обследование включало: клинический осмотр, измерение артериального давления (АД), массы тела, роста, окружности талии (ОТ) и бедер (ОБ), расчет индекса массы тела (ИМТ) и соотношения окружности талии и бедер (ОТ/ОБ) в см. Степень выраженности абдоминального ожирения (АО) оценивали по ОТ: менее 80 см – отсутствие АО, от 80 см до 88 см – средней степени выраженности АО, более 88 см – выраженное АО. В сыворотке крови определяли уровень общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ) и холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерин липопротеины низкой плотности (ХС ЛПНП), коэффициента атерогенности (КА). С целью диагностики нарушений углеводного обмена определяли гликемию натощак в цельной капиллярной крови, а при выявлении нормальных или пограничных результатов проводили стандартный оральный глюкозотолерантный тест (ОГТТ). Состояние инсулинорезистентности (ИР) характеризовалось расчетными индексами. Для этой цели нами рассчитывались НОМА-IR =  $(\text{Гл}0 \times \text{Инс}0) / 22,5$ ;  $\text{Reciprocal of НОМА-IR} = 22,5 / (\text{Гл}0 \times \text{Инс}0)$ .

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета статистических программ Statistica 8.0 (StatSoft, USA).

Из 94 обследованных основной группы 32 (30%) страдали ожирением 1-й ст., 38 (46%) – 2-й ст., 24 (24%) – 3-й ст. Артериальная гипертензия (АГ) выявлена у 64 (52%) беременных с ожирением различной степени. При оценке АД у обследованных выявлено статистически значимое ( $p < 0,001$ ) повышение систолического, диастолического и пульсового давления относительно соответствующих показателей у беременных без ожирения. При сравнении показателей углеводного обмена, липидного спектра группы значительно различались по уровню глюкозы натощак, инсулину и индексу НОМА-IR, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, КА ( $p < 0,01$ ). В основной группе 36 (29%) пациенток не имели нарушений углеводного обмена, у 26 (24 %) выявлено нарушение гликемии натощак, у 17 (16 %) – нарушение толерантности к глюкозе и 6 (6 %) – сахарный диабет типа 2, у 22 (17%) – гестационный сахарный диабет.

По результатам определения инсулина и расчета НОМА-IR (инсулин  $\geq 25$  мЕД/мл, индекс НОМА  $> 2,77$ ) ИР выявлена у 36 (26%), у 38(28%) – не выявлено. Приведенные данные свидетельствуют о значительной распространенности ИР у женщин с ожирением в период беременности.

В соответствии с классификацией МС IDF (2009) в группе женщин с ожирением отдельные компоненты метаболического синдрома были отмечены у 64 (68%) женщин, и самым частым из них было висцеральное ожирение, тогда как полная картина МС была выявлена у 42 (37%) пациенток.

В последнее время особое внимание уделяется выявлению связей между ожирением, МС с различной акушерской патологией. Комплексная оценка состояния организма беременных позволяет по новому оценить проблему МС у женщин, выявить особенности течения заболевания с позиций целостного организма. Нарушения углеводного и липидного обмена, артериальная гипертензия широко распространены у женщин с ожирением в период беременности. Полученные данные могут помочь прогнозировать течение беременности и метод родоразрешения у данной категории пациенток. Раннее выявление факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у женщин с ожирением в прегравидарном периоде является жизненно необходимым условием профилактики серьезных осложнений беременности, как со стороны матери, так и со стороны плода.