

ЛИТЕРАТУРА

1. Превенция самоубийств: рук-во для врачей общего профиля. — Одесский Национальный Университет им. И.И. Мечникова, 2004. — С. 6–7.
2. Ласый, Е. В. Оценка суицидального риска и суицидального поведения (для врачей общей практики, терапевтов, педиатров, неврологов и других врачей лечебного профиля) / Е. В. Ласый. — Белорусская медицинская академия последипломного образования. — Минск, 2009. — С. 6.
3. Якушкин, Н. В. Диагностика и профилактика суицидального поведения: методические рекомендации / Н. В. Якушкин, С. В. Понасенко, И. В. Теряев. — Витебск, 2006. — С. 14.
4. Иванова, А. Е. Смертность российских подростков от самоубийств / А. Е. Иванова, Т. П. Сабгайда, В. Г. Семенова. — М.: Министерство здравоохранения и социального развития России, ФБГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения», ЮНИСЕФ, 2011. — С. 7.

УДК 618.3:616-008.9:612.015.32

СОСТОЯНИЕ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Кононова О. Н., Василевич Н. В., Зекенова К. К., Коротаев А. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение

«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»

г. Гомель, Республика Беларусь

В настоящее время проблема метаболического синдрома (МС) является наиболее актуальной, так как данная патология, как в целом своем проявлении, так и в отдельных компонентах в несколько раз увеличивает риск развития сердечно-сосудистой патологии. Частота встречаемости (МС) в различных странах мира колеблется. На данный момент в США этим заболеванием страдают около 24 % взрослого населения, во Франции — 23 %, в России — 20,1 %, Германии — 15 %, Финляндии — 14,3 %, Китае — 10,2 % [1, 4]. На фоне неуклонного роста числа больных с МС, наблюдается постоянное увеличение количества беременных женщин, страдающих данной патологией [2]. Особенности ведения беременных женщин, страдающих МС, актуальны как для эндокринологов, терапевтов, так и для акушеров-гинекологов, поскольку наличие данной патологии у беременной является причиной осложненного течения беременности и родов и, согласно современным представлениям, относится к факторам высокого риска возникновения перинатальной патологии [4]. Особое внимание на сегодняшний день заслуживает влияние МС на течение беременности в самый уязвимый период (1–2 триместр), вызывая ряд осложнений в виде гипертонической болезни, гестоза, плацентарной патологии и т.д. Число беременных женщин с МС постоянно растет. МС является важной междисциплинарной проблемой. Особое внимание к данному синдрому обусловлено его высокой распространенностью в общей популяции. Ведение беременности и родов у женщин с МС до настоящего времени продолжает оставаться серьезнейшей проблемой акушерства. Данная патология является причиной развития таких осложнений беременности, как гестоз, преждевременная отслойка плаценты, аномалии сократительной деятельности, послеродовые кровотечения, значительно увеличивает материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность. Таким образом, разработка основных принципов ведения беременности и безопасного родоразрешения у женщин с МС является актуальной проблемой современных исследований в этой области.

Целью исследования явилась оценка состояния углеводного и липидного обменов и сниженной чувствительности тканей к инсулину у беременных женщин с признаками метаболического синдрома.

Материалы и методы

На базе отделения эндокринологии Государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» было проведено обследование 102 беременных женщин. Исследование проводилось в период с 2011 по 2013 гг. В исследование были включены беременные женщины в возрасте от 22 до 44 лет, средний возраст составил $30,2 \pm 0,5$, в сроках беременности от 8 до 15 недель. В более поздние сроки беременности МС маскируется присоединением клинических проявлений гестоза, которые трудно отличить от симптоматики анализируемого синдрома.

Все обследованные женщины были разделены на 2 группы. 1 (основную) группу составили 74 женщины с различной степенью ожирения и признаками МС. Критерии включения (основная группа) были: согласие женщины на обследование, индекс массы тела (ИМТ) до беременности $> 25 \text{ кг/м}^2$; артериальная гипертензия, предшествующая беременности (АД $\geq 130/85$ мм рт. ст.); гипергликемия и/или нарушение толерантности к глюкозе; повышенный уровень триглицеридов ($> 1,7$ ммоль/л); сниженный уровень холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) — $< 1,3$ ммоль/л. Для включения в исследуемую группу было достаточно трех из вышеперечисленных критериев (в соответствии с критериями IDF (2009)). Критерии исключения: отказ беременной женщины от обследования, тяжелая соматическая патология, сахарный диабет 1 типа; 2 (контрольная) группа 25 практически здоровых женщин с нормальным весом. Группы были сравнимы по возрасту, срокам беременности.

Обследование включало: клинический осмотр, измерение артериального давления (АД), массы тела, роста, окружности талии (ОТ) и бедер (ОБ), расчет индекса массы тела (ИМТ) по формуле — вес тела ($\text{кг}/\text{рост}^2$) и соотношения окружности талии и бедер (ОТ/ОБ) в см. Степень выраженности абдоминального ожирения оценивали по ОТ: ≤ 80 см — отсутствие абдоминального ожирения (АО); $> 80 \text{ см} \leq 88 \text{ см}$ — средней степени выраженности АО; $> 88 \text{ см}$ — выраженное АО.

С целью диагностики нарушений углеводного обмена определяли гликемию (глюкооксидазный метод) натощак в цельной капиллярной крови, а при выявлении нормальных или пограничных результатов женщинам проводили стандартный глюкозотолерантный тест, интерпретацию результатов проводили по критериям ВОЗ. В сыворотке крови, взятой утром натощак из кубитальной вены определяли уровни гликемии и инсулинонии. Определение концентрации глюкозы (глюкозооксидазный метод) проводилось с использованием анализатора «ABBOTT ARCHITECT C8000», а концентрации инсулина — иммуноферментным методом с использованием диагностических наборов производства фирмы «DRG International» (США) с помощью автоматического иммуноферментного анализатора «ВЕРИ Plus» фирмы «Behring» (Германия). Состояние инсулинорезистентности характеризовалось расчетными индексами, имеющими высокую степень корреляции с эугликемическим клэмп-тестом. Для этой цели нами рассчитывались $\text{НОМА-IR} = (\text{Г}_{\text{л0}} \times \text{Инс}_0) / 22,5$; $\text{Reciprocal of NOМА-IR} = 22,5 / (\text{Г}_{\text{л0}} \times \text{Инс}_0)$.

Для выявления характерных нарушений жирового спектра крови проводилось определение в сыворотке уровней общего ХС, ТГ и ХС ЛПВП прямым количественным энзиматическим калоритмическим методом с применением наборов реагентов фирмы CORMEY (Польша) на спектрофотометре «Солар» РМ 2111 (Беларусь). ХС ЛПНП определяли расчетным методом. Для уточнения характера липидных нарушений проводился расчет ИА по формуле. Показатели липидного обмена оценивали как нормативные согласно рекомендациям Европейской ассоциации по изучению атеросклероза (2001).

Статистическую обработку результатов проводили на персональном компьютере с помощью пакета прикладных программ «Statistica» 6.0 и «Microsoft Excel» (2010).

Результаты и обсуждения

Из 74 обследованных женщин (основной группы) 28 (30 %) страдали ожирением

1 ст., 32 (46 %) ожирением 2 ст., 14 (24 %) ожирением 3 ст. (рисунок 1). Среди женщин с ожирением 84 % имели абдоминальную форму ожирения и только 16 % — гиноидную.

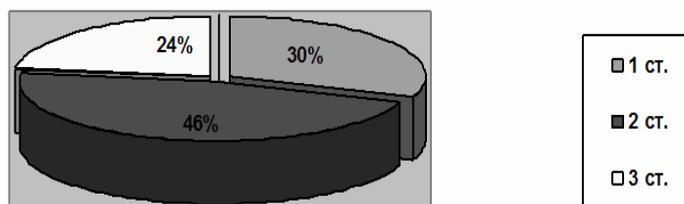


Рисунок 1 — Структура ожирения у беременных, %

Артериальная гипертензия выявлена у 54 (64 %) беременных женщин. При оценке АД у беременных с признаками МС выявлено достоверное ($p < 0,001$) повышение систолического, диастолического и пульсового давления относительно соответствующих показателей у беременных женщин без метаболического синдрома.

В обследованной группе женщин 31 (28 %) не имели нарушений углеводного обмена, 26 (24 %) выявлено нарушение гликемии натощак, у 17 (16 %) — НТГ и 4 (4 %) — сахарный диабет типа 2, 14 (13%) — гестационный сахарный диабет (рисунок 2).

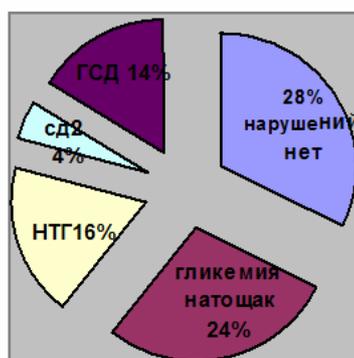


Рисунок 2 — Частота нарушений углеводного обмена

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

Таблица 1 — Антропометрические данные и срок беременности (n = 102)

Показатели	Основная (n = 74)	Контрольная (n = 25)	p
Возраст, лет	30,2 ± 0,5	29 ± 0,8	> 0,05
Вес, кг	95,7 ± 1,6	59,5 ± 1,45	> 0,05
ИМТ, кг/м ²	34,8 ± 0,5	21,9 ± 0,4	< 0,001
ОТ, см	100 ± 1,5	84 ± 1,5	< 0,001

Таблица 2 — Показатели углеводного и липидного обмена

Показатели	Основная (n = 74)	Контрольная (n = 25)	p
Глюкоза натощак, ммоль/л	6,25 ± 0,18	4,2 ± 1,2	< 0,001
Глюкоза через 2 часа, ммоль/л	6,95 ± 0,18	6,3 ± 1,2	< 0,001
Инсулин, мкЕД/мл	15	5,0	< 0,001
Индекс НОМА	4,27	1,16	< 0,001
Общий холестерин, ммоль/л	5,8 ± 1,19	4,8 ± 2,03	0,096
ХС ЛПВП, ммоль/л	1,22 ± 0,36	1,58 ± 0,32	0,067
Триглицериды, ммоль/л	1,8 ± 2,09	1,26 ± 0,82	0,075
ХС ЛПНП, ммоль/л	5,25 ± 1,66	5,12 ± 1,13	0,82

ХС ЛПОНП, ммоль/л	0,78 ± 0,95	0,59 ± 0,37	0,075
Коэффициент атерогенности	4,14 ± 1,81	2,8 ± 1,12	0,3

Заключение

Комплексная оценка состояния организма беременных позволяет по новому оценить проблему МС у женщин, выявить особенности течения заболевания с позиций целостного организма. Полученные данные могут помочь прогнозировать течение беременности и метод родоразрешения у данной категории пациенток. Перспективным направлением изучения проблемы МС является разработка и внедрение в широкую клиническую практику скрининговых методик оценки прогрессирования заболевания с целью коррекции нарушений и улучшения исходов родов для матери и новорожденных. Основываясь на данных патогенеза МС и наиболее его частых осложнений, возможна разработка единых стандартов терапии и ведения данной категории пациенток во время беременности. 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.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савельева, И. В. Беременность и метаболический синдром: состояние проблемы / И. В. Савельева // Росс. вестн. акушера-гинеколога. — 2010. — № 2. — С. 28–30.
2. Шехтман, М. М. Экстрагенитальная патология и беременность. БПВ / М. М. Шехтман. — М.: Медицина, 1987. — 225 с.
3. Ерченко, Е. Н. Патологические особенности углеводного и липидного обмена и состояние новорожденных у беременных с избыточной массой тела ожирением: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. Н. Ерченко. — М., 2009. — 28 с.
4. Alberti, K. G. IDF Epidemiology Task Force Consensus Group. The metabolic syndrome: a new worldwide definition / K. G. Alberti, P. Zimmet, J. Shaw // Lancet. — 2005. — Vol. 366. — P. 1059–1062.

УДК [617.7-007.681+617.7153.2]:617.7-073.178

АНАЛИЗ ДЛИНЫ ПЕРЕДНЕ-ЗАДНЕЙ ОСИ ГЛАЗА, ЦЕНТРАЛЬНОЙ ТОЛЩИНЫ РОГОВИЦЫ И ИХ СВЯЗИ С ВНУТРИГЛАЗНЫМ ДАВЛЕНИЕМ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ НА ФОНЕ МИОПИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИИ И ПАЦИЕНТОВ С МИОПИЕЙ

Конопляник Е. В., Дравица Л. В.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ) в сочетании с миопией относится к офтальмопатологии, диагностика которой вызывает значительные трудности. Одним из наиболее важных критериев диагностики ПОУГ является определение офтальмотонуса. Среди множества факторов риска глаукомы повышение внутриглазного давления (ВГД) является главной и многократно доказанной причиной развития и прогрессирования заболевания [1]. По данным Должич Р. Р. (2004), показатели тонометрии при близорукости средней и высокой степени, не отличаются у пациентов с глаукомой на миопическом глазу и пациентов с прогрессирующей близорукостью с нормальным офтальмотонусом из-за снижения склеральной ригидности, уплощения роговицы, дистрофии увеального тракта. В последние годы появилось большое количество публикаций о роли центральной толщины роговицы (ЦТР) в определении ВГД. По результатам European Glaucoma Prevention Study (EGPS), ЦТР была определена как наиболее значимый прогнозирующий фактор прогрессирования глаукомного процесса [2]. Другие