

*Захарко А. Ю.*

## **ОСОБЕННОСТИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БЕРЕМЕННЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

*Научные руководители: д-р мед. наук, проф. Митьковская Н. П.,*

*д-р мед. наук, проф. Кулага О. К.*

*3-я кафедра внутренних болезней*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Цель:** изучить особенности углеводного обмена у беременных с метаболическим синдромом (МС).

**Материалы и методы.** Проспективное исследование включало 156 беременных женщин. В основную группу вошли 90 пациенток, имеющих признаки МС, в группу сравнения включены 66 беременных без МС. Для диагностики МС были использованы критерии, предложенные Международной Диабетической Федерацией (IDF 2005). Для изучения углеводного обмена определялся уровень глюкозы натощак в I, II и III триместрах беременности, уровень инсулина в III триместре с расчетом индекса НОМА-IR.

Обработка полученных результатов проводилась с помощью статистических программ Excel и Statistica 7.0. Полученные данные считали достоверными при величине безошибочного прогноза равной или больше 95% ( $p < 0,05$ ).

**Результаты и их обсуждение.** Уровни глюкозы в плазме крови натощак у беременных с МС в I, II и III триместрах составили  $4,4 \pm 0,53$ ,  $4,7 \pm 0,89$ ,  $4,74 \pm 0,88$  ммоль/л соответственно, что статистически значимо выше, чем в группе сравнения –  $4,1 \pm 0,49$ ,  $4,12 \pm 0,39$ ,  $4,1 \pm 0,51$  ммоль/л соответственно,  $p < 0,01$ . Уровень инсулина в плазме крови натощак в III триместре у женщин с МС был статистически значимо выше, чем в группе сравнения –  $22,91 \pm 10,37$  и  $15,74 \pm 8,6$  мкЕд/мл соответственно,  $p < 0,002$ . Индекс НОМА-IR в основной группе составил  $4,79 \pm 2,48$ , в группе сравнения –  $2,86 \pm 1,76$ ,  $p < 0,001$ . У 16,7% ( $n=15$ ) пациенток с МС беременность осложнилась развитием гестационного сахарного диабета (ГСД), что чаще чем в группе сравнения – 1,5% ( $n=1$ ), ( $\chi^2 = 9,5$ ,  $p < 0,01$ ).

### **Выводы:**

Для беременных с МС характерны более высокие уровни глюкозы и инсулина во время гестации, что на фоне физиологической инсулинорезистентности, характерной для беременности, демаскирует скрытые нарушения в углеводном обмене и может приводить к развитию ГСД и неблагоприятным исходам беременности.