

Перинатальні наслідки у жінок із синдромом полікістозних яєчників на тлі інсулінорезистентності в анамнезі

О.В. Онисько

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгородський міський пологовий будинок

У даній статті розглянуті особливості перинатальних наслідків у жінок, вагітність яких настала на тлі лікування синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ) з інсулінорезистентністю (ІР). Проведено клініко-статистичний ретроспективний аналіз 100 історій пологів обстежених жінок за період з 2009 до 2012 р. на базі пологового будинку міста Ужгород. Виявлений негативний вплив ІР на стан новонародженого.

Мета дослідження: вивчення впливу ІР у вагітних на стан новонароджених.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний клініко-статистичний аналіз 100 індивідуальних карток та історій пологів у пацієнток із СПКЯ на тлі ІР та 100 історій новонароджених. У І групу дослідження увійшли діти жінок із СПКЯ на тлі ІР. Це – основна група. А до ІІ групи (контрольної) увійшли діти практично здорових жінок, кількість яких становила 115. Вагітні, яким було виконано екстракорпоральне запліднення, у дослідження включені не були.

Результати. Проведене оцінювання впливу ІР у вагітних на стан новонароджених. Установлено негативний його вплив на новонароджених, а саме – збільшення частоти виникнення перинатальних ускладнень.

Заключення. Стан гіперандрогенії та резистентності до інсуліну у жінок із СПКЯ в анамнезі, безумовно, негативно впливає на стан новонародженого: підвищується ризик виникнення асфіксії новонародженого, гіпоксично-ішемічної енцефалопатії, дихальної недостатності 1-го, 2-го та 3-го ступенів, знижується тонус м'язів. Також підвищується ризик виникнення гіпоксичної кардіопатії, кардіореспіраторної депресії та судом.

Ключові слова: вагітність, синдром полікістозних яєчників, інсулінорезистентність, новонароджені.

Відомо, що вагітність, яка настала після лікування безплідності внаслідок доведеного синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ) з інсулінорезистентністю (ІР), характеризується багатьма різноманітними акушерськими ускладненнями: невиношування, завмирання вагітності, плацентарна дисфункція, затримка внутрішньоутробного розвитку плода, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Найчастішою причиною акушерських ускладнень прийнято вважати ІР, яка присутня не тільки до настання вагітності у даної категорії жінок, але й прогресує під час вагітності [3]. ІР може самостійно або в комплексі з іншими чинниками підвищувати ризик виникнення патології вагітності та пологів. Організми матері та плода представляють собою динамічну систему гомологічних органів. Ураження якого-небудь органа матері або порушення обміну речовин призводить до відповідних порушень у плода. А це, у свою чергу, негативно впливає на стан новонародженого [1].

Мета дослідження: вивчення впливу ІР у вагітних на стан новонароджених.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено ретроспективний клініко-статистичний аналіз 100 індивідуальних карток та історій пологів у пацієнток із СПКЯ на тлі ІР та 100 історій новонароджених. У І групу дослідження увійшли діти жінок із СПКЯ на тлі ІР. Це – основна група. А до ІІ групи (контрольної) увійшли діти практично здорових жінок, кількість яких становила 115. Вагітні, яким було виконано екстракорпоральне запліднення, у дослідження включені не були.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік жінок І та ІІ групи становив $27 \pm 1,3$ та $26 \pm 0,7$ року відповідно. У досліджуваних пацієнток І групи середній вік менархе становив $15 \pm 1,3$ року, а у пацієнток ІІ групи – $12 \pm 1,2$ року. У всіх жінок І групи відзначалося порушення менструальної функції за типом аменореї (78,9%), олігоменорея (21,1%), ановуляція (100%) та безплідність (100%) в анамнезі.

У 95% вагітних був обтяжений акушерський анамнез. А саме – у 62% пацієнток відзначалося невиношування попередньої вагітності, завмерлі вагітності – у 33% жінок.

У досліджуваних групах були виявлені екстрагенітальні захворювання. Слід відзначити деякі екстрагенітальні захворювання пацієнток І групи, частота яких значно переважала частоту захворювань пацієнток ІІ групи. Ожиріння у пацієнток І групи виявляли у 30% жінок. При цьому у пацієнток І групи ожиріння І ступеня становило 16%, а ожиріння ІІ ступеня – 12%, ожиріння ІІІ ступеня – 2%. Жінки ІІ групи майже не мали ожиріння (ожиріння І та ІІ ступенів становило 4,3% та 2,6% відповідно). Вегетосудинну дистонію за гіпертонічним типом виявляли у 16% жінок І групи і 5,2% жінок ІІ групи. Хронічний пієлонефрит діагностували у 13% жінок І групи проти 6,5% жінок ІІ групи ($p < 0,05$).

Серед новонароджених І групи живонароджених було 98% (один випадок антенатальної загибелі плода та один інтранатальної). Виявлений один випадок (0,7%) інтранатальної загибелі плода, народженого від жінки ІІ групи.

Характеризуючи перинатальні наслідки розроджень у жінок різних груп досліджень можна виділити найбільшу кількість ускладнень у новонароджених від жінок, які мали СПКЯ в анамнезі порівняно із новонародженими контрольної групи. Асфіксія у новонароджених від жінок І групи виявлена у 32%, а у новонароджених від жінок ІІ групи – тільки у 14,8%, яка минала на п'ятій хвилині життя. У новонароджених від жінок, що мали СПКЯ в анамнезі, асфіксії супроводжувалася наступними ускладненнями: знижений тонус м'язів у 12% новонароджених; гіпоксично-ішемічна енцефалопатія (ПЕП) спостерігалася аж у 19% новонароджених; гіпоксична кардіопатія – у 12%; кардіореспіраторна депресія – у 8%, дихальна недостатність (ДН) 1-го, 2-го та 3-го ступенів – у 12%, 9% та 2% відповідно; у 3% новонароджених спостерігалися судами. Значно менше ускладнень було

Перинатальні наслідки розроджень у різних групах дослідження

Характеристика плода	I група		II група	
	Абсолютні числа	Відсоток, %	Абсолютні числа	Відсотки, %
Живонароджені	98	98	114	99,1
Мертвонароджені	2	2	1	0,7
Асфіксія н/н	32*	32*	17	14,8
ГІЕП	19*	19*	6	5,2
Гіпок. кардіопатія	12*	12*	-	-
Кардіоресп. депресія	8*	8*	-	-
ДН 1-го ступеня	12*	12*	7	6,1
ДН 2-го ступеня	9*	9*	5	4,3
ДН 3-го ступеня	2*	2*	-	-
Зниж. тонус м'язів	12*	12*	8	7
Судоми	3*	3*	-	-
Кома	-	-	-	-
Антенат. заг. плода	1	1	-	-
Інтранат. заг. плода	1	1	1	0,9
Постнат. заг. плода	-	-	-	-

Примітка: * – P<0,05 – достовірність відміни величин.

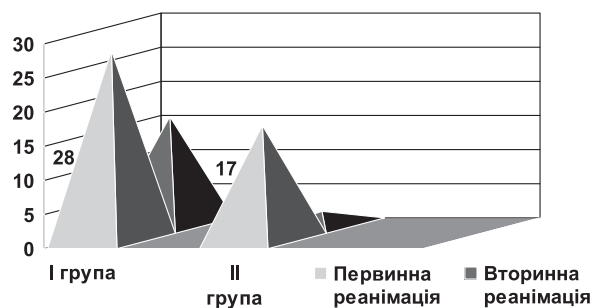
у новонароджених від жінок контрольної групи: знижений тонус м'язів – у 7% новонароджених, ГІЕП виявляли майже у 4 рази менше (5,2%) порівняно із новонародженими від жінок I групи; ДН 1-го ступеня – у 6,1% та ДН 2-го ступеня – у 4,3% (таблиця).

Найчастішою причиною виникнення асфіксії новонародженого та її наслідків є дистрес плода під час пологів або в антенатальний період [5]. Підвищення частоти виникнення дистресу плода у вагітних із СПКЯ в анамнезі зумовлено гіперандрогенією та ІР.

Гіперінсулінемія призводить до блокування нормальної секреторної трансформації ендометрія [4]. Це зумовлює недостатність першої та другої хвилі інвазії цитотрофобласта, спочатку у спіралеподібні артерії ендометрія, а потім у сегменти спіралеподібних артерій міометрія. За недостатності другої хвилі інвазії цитотрофобласта стінка спіралеподібних артерій міометрія зберігає еластом'язеві компоненти, що веде до недостатньої їхньої дилатації і зберігає чутливість до вазоактивних речовин [1]. Наслідком цього є спазм спіралеподібних артерій та відповідно зниження притоку крові до міжворсинчастого простору, а ворсини хоріона підлягають ішемії. Уповільнення кровотоку у спіралеподібних артеріях і міжворсинчастому просторі обов'язково призведе до зниження газообміну між кров'ю матері і плода [2, 3].

Реанімаційних заходів потребувало 32% новонароджених від жінок I групи, з них – первинна реанімація була у 28% новонароджених та вторинна – у 16%. Щодо новонароджених від жінок контрольної групи, то проведення первинної реанімації потребували 17% новонароджених, а вторинної – 2% (мал. 1).

При зменшенні газообміну між кров'ю матері та плода підвищується рівень простагландину, вазоконстриктора ендотеліну і тромбоксану. У відповідь на це виникає спазм судин, але не тільки маткових, а й генералізованих [1]. При цьому у вагітної підвищується рівень артеріального тиску. Збільшення проникності стінки судин веде до виникнення набряків у вагітної (через вихід рідини і білків у позасудинне русло), зниження онкотичного тиску, ОЦК, гіповолемії [3]. Тому ще більше знижується газообмін між матір'ю і пло-



Мал. 1. Реанімаційні заходи щодо новонароджених у різних групах спостереження



Мал. 2. Стан новонароджених при виписці, %

дом. Спочатку виникає гіпоксемія у плода, яка може тривати до 3 тиж, а далі – гіпоксія [1].

У задовільному стані виписано 87% новонароджених від жінок із СПКЯ в анамнезі. Інші переведені в обласну дитячу клінічну лікарню (ОДКЛ) у середньоважкому стані – 9% та у важкому стані – 4%. Новонароджених від жінок II групи, яких виписано у за-

довільному стані, було 96,5% і тільки 3,5%, що становить три випадки, переведено в ОДКЛ у середньоважкому стані (мал. 2).

ВИСНОВКИ

Гіперандрогенія та резистентність до інсуліну у жінок із СПКЯ в анамнезі, безумовно, негативно впливають на

Перинатальные последствия у женщин с синдромом поликистозных яичников на фоне инсулино-резистентности в анамнезе О.В. Ониско

В данной статье рассмотрены особенности перинатальных последствий у женщин, беременность которых наступила на фоне лечения синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) с инсулинорезистентностью (ИР). Проведен клинико-статистический ретроспективный анализ 100 историй родов женщин за период с 2009 по 2012 г., родоразрешенных на базе роддома города Ужгород. Обнаружено негативное влияние ИР на состояние новорожденного.

Цель исследования: изучение влияния ИР у беременных на состояние новорожденных.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный клинико-статистический анализ 100 индивидуальных карточек и историй родов у пациенток с СПКЯ на фоне ИР и 100 историй новорожденных. I группу исследования составили дети женщин с СПКЯ на фоне ИР. Это – основная группа. А во II группу (контрольную) вошли дети практически здоровых женщин, количество которых составило 115. Беременные, которым было выполнено экстракорпоральное оплодотворение, в исследование включены не были.

Результаты. Проведена оценка влияния ИР у беременных на состояние новорожденных. Установлено негативное его влияние на новорожденных, а именно – увеличение частоты возникновения перинатальных осложнений.

Заключение. Состояние гиперандрогении и резистентности к инсулину у женщин с СПКЯ в анамнезе, безусловно, негативно влияет на состояние новорожденного: повышается риск возникновения асфиксии новорожденного, гипоксически-ишемической энцефалопатии, дыхательной недостаточности 1-й, 2-й и 3-й степеней, снижается тонус мышц. Также повышается риск возникновения гипоксической кардиопатии, кардиореспираторной депрессии и судорог.

Ключевые слова: беременность, синдром поликистозных яичников, инсулинорезистентность, новорожденный.

стан новонародженого: підвищується ризик виникнення асфіксії новонародженого, гіпоксично-ішемічної енцефалопатії, дихальної недостатності 1-го, 2-го та 3-го ступенів, знижується тонус м'язів. Також підвищується ризик виникнення гіпоксичної кардіопатії, кардіореспіраторної депресії та судом.

Perinatal consequences in women with the Polycystic Ovary Syndrome on a background insulin resistance in anamnesis O.V. Onusko

In this article features of perinatal consequences in women, pregnancy, which became after the treatment of the Polycystic Ovary Syndrome on a background of insulin resistance are considered. The clinical and static retrospective analysis of 102 of childbirth histories in women with the Polycystic Ovary Syndrome in anamnesis is conducted for period from 2009th to 2012th on the base of maternity hospital in Uzhorod. It was found that insulin resistance has negative influence on the state of new-born.

The objective: to study the effect of insulin resistance in pregnant women on neonatal status.

Patients and methods. Retrospective clinico-statistical analysis of 100 individual cards and stories of labor in patients with polycystic ovary syndrome on the background of insulin resistance and 100 stories of newborns. And the first study group were children of women with PCOS on the background of IR. This is the primary group. And II group (control) took the children of healthy women, whose number was 115. Pregnant women, who were executed in vitro fertilization, the study has not been included.

Results. The influence of insulin resistance in pregnant women on neonatal status. Established negative its effects on infants, namely an increase in the incidence of perinatal complications.

Conclusion. The state of hyperandrogenism and insulin resistance in women with PCOS in history, of course, adversely affects the condition of the newborn: increased risk of asphyxia of the newborn, hypoxic-ischemic encephalopathy, respiratory insufficiency I, II and III degrees, reduced muscle tone. Also increased risk of hypoxic cardiopathy, cardio-respiratory depression and the courts.

Key words: pregnancy, polycystic ovary syndrome, insulin resistance, newborn.

Сведения об авторе

Ониско Олеся Васильевна – Кафедра акушерства и гинекологии Ужгородского городского родильного дома, 88000, г. Ужгород, ул. Грибоедова, 20 а. E-mail: Olesya2107@bigmir.net

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Качалина Т.С. Гиперандрогения и невынашивание беременности / Качалина Т.С. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2004. – № 3. – С. 5–10.
2. Савельева Г.М. Роль интранатальной охраны плода и улучшение перинатальных исходов / Савельева Г.М., Курцер М.А., Шалина Р.И. – М., 2002. – С. 3–8.
3. Товстановська В.О. Гіперінсулінізм в акушерстві та гінекології і його терапія / Товстановська В.О., Ус І.В. // Нова медицина. – 2006. – № 2. – С. 21–23.
4. Adams. Polycystic Ovary Syndrome and insulin resistance / Adams J. et al. // British Medical Journal. – 2005. – Vol. 293. – P. 355–59.
5. Almahbobi. Polysystic ovary syndrome / Almahbobi J. et al. // Clinical Endocrinology. – 2003. – Vol. 44. – P. 571–580.
6. Melmed S. Diagnosis and treatment of hyperprolactinemia: an Endocrine Society clinical practice guideline/ S. Melmed, F.F. Casanueva, et al. Endocrine Society // J Clin Endocrinol Metab, 96(2011):273–288.
7. Speiser P.W. Congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline / P.W. Speiser, R. Azziz, L.S. Baskin, et al; Endocrine Society. // J Clin Endocrinol Metab., 95(2010): 4133–4160.
8. Vermeulen A. Prolactin and adrenal androgen secretion / A. Vermeulen, S. Ando // Clin Endocrinol (Oxf), 8(1978):295–303.
9. Glasow A. Functional aspects of the effect of prolactin (PRL) on adrenal steroidogenesis and distribution of the PRL receptor in the human adrenal gland/ A. Glasow, M. Breidert, A. Haidan, U. Anderegg, P.A. Kelly, S.R. Bornstein // J Clin Endocrinol Metab., 81 (1996):3103–3111.

Статья поступила в редакцию 25.11.16