

законы и только повторное их открытие на грани столетий дало начало новой отрасли биологии – генетике.

Ключевые слова: Г. Мендель, наследование признаков, закон единообразия, закон расщепления, закон независимого распределения.

Стаття надійшла 10.03.2016 р.

opening them on the verge of centuries gave beginning of a new department of biology – genetics.

Key words: G. Mendel, inheritance of characters, law of uniformity, law of segregation, law of independent assortment.

УДК 618.2/4-008.9-056.5-07

Ф. А. Тагиева

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

На фоне метаболического синдрома беременность, роды, послеродовый период протекают со значительным числом осложнений. Анализ имеющихся сведений о течении беременности в условиях метаболического синдрома, позволяет предположить, что присоединение преэклампсии стоит на первом месте в структуре гестационных осложнений - в 60-100% наблюдений. Гинекологическая патология, для которой характерно развитие метаболического синдрома, включает гиперплазию и рак эндометрия, синдром гиперандрогении, эндометриоз, дисгормональные заболевания молочных желез, менопаузальный метаболический синдром и др. Учитывая значимость данной проблемы в акушерстве, является актуальным создание программы предгравидарной подготовки и ведения пациенток с метаболическим синдромом на всех этапах гестации.

Ключевые слова: метаболический синдром, ожирение, беременность, осложнения, менопауза.

Приоритетным направлением современной медицины является совершенствование охраны материнства и детства. По-прежнему важным остается изучение влияния экстрагенитальных заболеваний у женщины на течение беременности и родов, на развитие плода и новорожденного, его адаптивные возможности, заболеваемость и смертность. Соматические заболевания, возникшие до беременности и во время нее, всегда влияют на течение беременности, родов и послеродового периода. В этой связи в последнее время значительно возрос интерес исследователей к проблеме метаболического синдрома [2, 6, 8]. Метаболический синдром встречается, по данным разных авторов, у 25–45% населения индустриально развитых стран, имеет при этом широкое распространение среди лиц молодого возраста, и относится к одному из самых распространенных заболеваний [1, 8, 16, 17].

Метаболический синдром – это комплекс метаболических, гормональных и клинических нарушений, развивающийся в результате снижения чувствительности периферических тканей к инсулину [1, 8]. Метаболический синдром является одним из ведущих факторов развития сердечно-сосудистых заболеваний, нарушений углеводного обмена, патологии репродуктивной системы [1, 6, 9]. Эндокринный статус у женщин с метаболическим синдромом характеризуется повышением уровня кортизола, тестостерона, норадреналина, снижением уровня прогестерона и соматотропного гормона. С ростом гиперинсулинемии отмечается рост таких гормонов, как глюкагон, тиреотропный гормон, тиреоидные гормоны и пролактин. Доказано патогенетическое влияние этих гормонов на развитие метаболического синдрома [4, 14, 15].

При физиологически протекающей беременности в организме женщины происходит ряд метаболических и гормональных изменений, следствием которых является активизация обмена веществ, усиление пластических процессов. По данным литературных источников [14, 15], на фоне метаболического синдрома беременность, роды, послеродовый период протекают со значительным числом осложнений, частота которых достоверно отличается от таковой в группе беременных без метаболического синдрома. В настоящее время в литературе [2, 6] достаточно подробно освещены осложнения беременности при наличии у женщины отдельных компонентов метаболического синдрома. Многие исследователи считают, что беременность и роды могут являться триггером нарушений жирового обмена и связанных с ним сахарного диабета 2-го типа и сердечно-сосудистых заболеваний, в первую очередь артериальной гипертензии [3, 7, 10, 11].

Согласно данным литературы [3, 7, 10, 11, 12, 19], имеется большое количество исследований относительно характера гестационных осложнений у женщин с ожирением, с артериальной гипертензией, при наличии сахарного диабета. При этом чаще всего указанные состояния не рассматриваются как отдельные симптомы метаболического синдрома. Более того не ясно, от какого компонента метаболического синдрома в большей степени зависит наличие или отсутствие различных осложнений гестации.

Анализ имеющихся сведений о течении беременности в условиях метаболического

синдрома, позволяет предположить, что присоединение преэклампсии стоит на первом месте в структуре гестационных осложнений - в 60-100% наблюдений [13]. Угрожающее прерывание беременности при метаболическом синдроме, в соответствии с литературными данными, находится на втором месте (12-33%) [9]. Акушерские кровотечения при метаболическом синдроме встречаются в 5-12% случаев [9, 12]. Есть сведения о пониженной сопротивляемости организма к инфекциям в условиях метаболического синдрома, поэтому такие беременные относятся к группе высокого риска по развитию гнойно-септических осложнений, особенно после операции кесарева сечения [14, 15]. Большое количество исследований посвящено изменениям со стороны гемореологических показателей у беременных с метаболическим синдромом, что проявляется усилением коагуляции, уменьшением антитромботического потенциала сосудистой стенки и усилением коагулирующей активности свертывающей системы крови [12, 18, 21].

Одним из вариантов метаболического синдрома является послеродовой нейроэндокринный синдром [2]. На сегодняшний день он достаточно хорошо изучен как в отношении клиники, так и патогенеза. Послеродовые метаболические нарушения, в первую очередь ожирение, возникают только при патологической беременности [5, 10]. Осложнения в виде акушерского кровотечения, септической инфекции, тяжелого гестоза, дистресс-синдрома плода приводят к стрессовому состоянию женщины, которое и является этиологическим фактором развития заболевания [2]. Доказано, что у женщин с нейроэндокринным синдромом по данным интервалографии, динамике ЭЭГ, психологическим тестам имеются явные признаки стрессового состояния [2]. У таких больных прогрессирует прибавка массы тела, появляется склонность к гипертонии, нарушаются менструальная функция, гемостаз [2, 7]. На фоне нарушений менструальной функции определяются гиперпластические процессы в эндометрии, миометрии и молочных железах [14, 15].

Гинекологическая патология, для которой характерно развитие метаболического синдрома, включает гиперплазию и рак эндометрия, синдром гиперандрогении, эндометриоз, дисгормональные заболевания молочных желез, менопаузальный метаболический синдром и др. [2]. У женщин с метаболическим синдромом поликистозные яичники формируются не только как следствие метаболических изменений, но и первичного нарушения нейромедиаторного контроля секреции гонадолиберина [1, 2, 20]. Избыток андрогенов первично из надпочечников, а затем из поликистозных яичников поступает в жировую ткань, где повышается синтез эстрогена. Синтезируемый вне гонад эстрон приводит к развитию гормонально-зависимых заболеваний в репродуктивной системе [2].

Кардинальным признаком метаболического синдрома является нарушение менструальной и генеративной функций на фоне прогрессирующей прибавки массы тела [5]. Основными жалобами пациенток являются: нарушение менструального цикла, невынашивание беременности, бесплодие, гирсутизм, ожирение и многообразие дисэнцефальных жалоб. Наследственность у большинства пациенток отягощена нарушениями репродуктивной функции, ожирением, инсулиннезависимым сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями [1, 2, 5]. Нарушение менструального цикла начинается с увеличения его длительности с недостаточностью лютеиновой фазы, а затем развиваются олигоаменорея и хроническая ановуляция. В литературе указывается на большую частоту дисфункциональных маточных кровотечений - до 20% [2, 8, 20].

Инсулинорезистентность и гиперинсулинемия как составляющие метаболического синдрома, являются факторами риска развития дисгормональных заболеваний молочных желез [4, 11]. Избыточный жир является источником внегонадного синтеза половых стероидов, в частности андрогенов, которые под воздействием фермента ароматазы преобразуются в эстрогены, что сопровождается гиперэстрогенией. Эстрогены являются стимуляторами пролиферативных процессов в тканях молочной железы. Для женщин с проявлениями метаболического синдрома характерен менопаузальный тип строения молочных желез и выраженный фиброз железистой ткани уже в репродуктивном периоде [4, 5]. Увеличение массы тела в климактерическом периоде приводит к формированию менопаузального метаболического синдрома, основными проявлениями которого являются абдоминально-висцеральное ожирение, дислипидемия и нарушения углеводного обмена на фоне дефицита половых гормонов [5].

Заключение

Метаболический синдром у женщин способствует возникновению различных гинекологических заболеваний, что требует соответствующей медикаментозной коррекции. Учитывая значимость данной проблемы в акушерстве, является актуальным создание программы

предгравидарної підготовки і ведення пацієнток з метаболічним синдромом на всіх етапах гестації.

Список літератури

1. Александров О.В. Метаболический синдром / О.В.Александров, Р.М. Алехина, С.П. Григорьев // Рос. мед. журн.- 2006. -№ 6. -С. 50-55.
2. Беляков Н.А. Метаболический синдром у женщин (патофизиология и клиника) / Н.А. Беляков СПб.: Издательский дом СПбМАПО, - 2005.-440 с.
3. Бериханова Р. Р. Особенности течения беременности и родов у пациенток с ожирением / Р. Р. Бериханова // Акушерство и гинекология.- 2007.- №6.- С. 9-12
4. Буеверова Е. Л. Инсулинорезистентность - ключевое звено порочного круга метаболічного синдрому / Е. Л. Буеверова // Российские медицинские вести. - 2009. Т. 14. № 4. С. 61-64.
5. Гармонова Н. А. Ожирение как медико-социальная проблема течения беременности и родов / Н. А. Гармонова, Ю. В. Раскунатов // Верхневолжский медицинский - журнал. - 2006. - Т. 4, вып. 1-2. - С. 15-17.
6. Левитина Е.В. Особенности течения метаболічного синдрому у беременных / Е.В. Левитина, А.Н. Шишкин, Д.А. Ниаури // Вестник Санкт-Петербургского Университета, сер. 11, вып. 4 - СПб., - 2009. - С. 259-267.
7. Ли О. А. Результаты суточного мониторинга артериального давления у беременных с метаболічним синдромом / О.А. Ли // Клиницист - 2011. - №2. - С. 31 - 35.
8. Ройтберг Г. Е. Метаболический синдром / Г. Е. Ройтберг // - М.: МЕД-пресс-информ, - 2007. -224 с.
9. Макаров И.О. Метаболический синдром: влияние на течение беременности и развитие акушерских осложнений / И.О. Макаров, Е.М. Шилов, Н.А. Петунина // Врач - аспирант – 2011. – №6(49). – С.85-93.
10. Макаров И.О. Течение беременности и родов у пациенток с ожирением / И.О. Макаров, Е.И. Боровкова, М.А. Байрамова // Акушерство, гинекология и репродукция – 2011. - №1 – С.23-28.
11. Соколов Е.И. Нарушение углеводного обмена у беременных с инсулинорезистентностью / Е.И. Соколов, И.Б. Манухин, А.А. Мочалов [и др.] // Эффективная Фармакотерапия. Эндокринология. – 2010. –№ 6. – С. 34-38.
12. Соколов Е.И. Нарушения в системе гемостаза и его коррекция у беременных с метаболічним синдромом / Е.И.Соколов, И.Б.Манухин, А.А. Мочалов [и др.] // Лечащий Врач. – 2011. – № 3. – С. 43-47.
13. Савельева И.В. К вопросу о профилактике тяжелой преэклампсии у беременных с метаболічним синдромом / И.В.Савельева, С.В.Баринов // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия Медицина. – 2012. – № 3. -С. 43-47.
14. Савельева И.В. Метаболический синдром и беременность: возможности прогноза и профилактики гестационных осложнений / И.В. Савельева, С.В. Баринов, А.А. Летучих // Омский научный вестник. – 2012. – № 1 (108) – С. 60–64
15. Савельева И.В. Беременность и метаболічний синдром / И.В. Савельева, В.Н. Серов, С.В. Баринов [и др.] //– М.: Адамас, - 2013. – 159 с.
16. Alberti K.G. IDF Epidemiology Task Force Consensus Group: Metabolic syndrome: a new worldwide definition / K.G. Alberti, P.Z. Zimmet, J. Shaw // Lancet. - 2005. Vol. 366. P. 1059-1062.
17. Devaraj S. Metabolic syndrome: an appraisal of the pro-inflammatory and procoagulant status / S. Devaraj, R.S. Rosenson, I. Jialal // Endocrinol. Metab. Clin. N. Am. – 2004, Vol. 33(2), P. 431-453.
18. Dentali F. The metabolic syndrome and the risk of thrombosis / F. Dentali, E. Romualdi, W. Ageno // Haematologica. – 2007, Vol. 92(3), P. 297-299.
19. Diehm C. Metabolic syndrome and peripheral arterial occlusive disease as indicators for increased cardiovascular risk / C. Diehm, H. Darius, D. Pittrow [et al.] // Dtsch. Med. Wschr. – 2007, Vol.132(1-2), P. 15-20.
20. Horvath B. Metabolic syndrome in normal and complicated pregnancies / B. Horvath, T. Bodecs, I. Boncz [et al.] // Metab. Syndr. Relat. Disord. -2013 Jun; Vol. 11(3), P.185–188.
21. Kim J.A. Reciprocal relationships between insulin resistance and endothelial dysfunction: molecular and pathophysiological mechanisms / J.A. Kim, M. Montagnani, K.K. Koh [et al.] // Circulation. – 2006, Vol.113, P. 1888–1904.

Рефераты

МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ У АКУШЕРСТВІ ТА ГІНЕКОЛОГІЇ

Табієва Ф. А.

На тлі метаболічного синдрому вагітність, пологи, післяпологовий період протікають із значним числом ускладнень. Аналіз наявних відомостей про перебіг вагітності в умовах метаболічного синдрому, дозволяє припустити, що приєднання преєклампсії стоїть на першому місці в структурі гестаційних ускладнень - в 60-100% спостережень. Гінекологічна патологія, для якої характерно розвиток метаболічного синдрому, включає гіперплазію і рак ендометрія, синдром гіперандрогенії, ендометріоз, дисгормональні захворювання молочних залоз, менопаузальний метаболічний синдром і ін. З огляду на значимість даної проблеми в акушерстві, є актуальним створення програми предгравидарної підготовки і ведення пацієнток з метаболічним синдромом на всіх етапах гестації.

Ключові слова: метаболічний синдром, ожиріння, вагітність, ускладнення, менопауза.

Стаття надійшла 15.03.2016 р.

METABOLIC SYNDROME IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Taqiyeva F.

On the background of metabolic syndrome pregnancy, childbirth, the postpartum period occur with a significant number of complications. Analysis of available information about pregnancy in terms of metabolic syndrome, suggests that the accession of preeclampsia is in the first place in the structure of gestational complications in 60-100% of cases. Gynecological pathology, which is characterized by the development of metabolic syndrome includes hyperplasia and endometrial cancer, the syndrome of hyperandrogenism, endometriosis, dishormonal breast disease, menopausal metabolic syndrome, etc. Given the importance of this problem in obstetrics is the actual creation of the program pregravid preparation and management of patients with metabolic syndrome at all stages of gestation.

Key words: metabolic syndrome, obesity, pregnancy, complications, menopause.