

Диференційований підхід до профілактики невиношування вагітності у жінок з метаболічним синдромом

С.Г. Русалкина

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Результати проведених досліджень свідчать, що використання вдосконаленого алгоритму лікувально-профілактичних заходів, насамперед, позитивно впливає на основні біохімічні зміни в I триместрі вагітності, що виявляється суттєвим зниженням частоти невиношування. У подальшому застосування даної методики дозволяє попередити декомпенсовані зміни з боку системного імунітету, мікробного обсіменіння статевих шляхів і з боку функціонального стану системи мати–плацента–плід. Отримані результати дозволяють науково пояснити клінічну ефективність удосконаленої методики, що дає нам право рекомендувати її для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: метаболічний синдром, невиношування вагітності, профілактика.

В умовах сьогодення у всьому світі невиношування вагітності є однією з найважливіших проблем сучасної охорони здоров'я. За даними різних авторів [1, 3], частота передчасного переривання вагітності в різні терміни вагітності коливається в межах 10–20%, а рівень передчасних пологів становить 5–10%.

Безумовно, вихідна соматична патологія, особливо ендокринного генезу, є однією з основних причин розвитку репродуктивних втрат в різні терміни вагітності [4, 5]. Успіхи сучасної ендокринології створили передумови до розуміння генезу порушень репродуктивної системи та забезпечили можливість більш глибокого розуміння механізмів невиношування вагітності на фоні різних варіантів дисметаболічних порушень [2].

За даними сучасної літератури, метаболічний синдром (МС) посідає особливе місце в структурі екстрагенітальної патології. Дана патологія характеризується поєднанням гіперінсулінемії, первинної артеріальної гіпертензії, дисліпідемії, ожиріння і полікістозними яєчниками, які часто взаємозалежні та доповнюють один одного [5]. Разом із тим, вагітні з МС мають підвищений ризик розвитку різних акушерських і перинатальних ускладнень, а існуючі лікувально-профілактичні заходи не завжди ефективні.

Усе наведене вище є чітким обґрунтуванням актуальності обраного наукового напрямку.

Мета дослідження: зниження частоти невиношування і перинатальної патології у жінок з МС на основі вивчення в них клініко-функціональних, біохімічних, імунологічних, ендокринологічних і мікробіологічних особливостей, а також розроблення диференційованого підходу до проведення діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети і завдань даного наукового до-слідження була розроблена програма дослідження, що включає такі моменти:

- добір контингенту обстежуваних жінок: наявність МС в анамнезі;
- клінічний перебіг передгравідарного періоду з урахуванням варіанта використовуваної терапії;
- клінічний аналіз перебігу вагітності і пологів;
- оцінювання стану метаболізму;
- вивчення основних ендокринологічних параметрів;

- вивчення основних імунологічних і біохімічних параметрів;

- вивчення стану мікробіоценозу статевих шляхів;
- комп'ютерне оброблення отриманих даних.

Клініко-функціональне і лабораторне дослідження було проведене в 60 жінок із МС, розподілених на дві групи:

- 1-а група – 30 жінок із МС, які одержували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи;

- 2-а група – 30 жінок із МС, яким виконували профілактику невиношування за розробленою нами методикою.

Усі пацієнтки з МС спостерігалися разом із лікарем-ендокринологом.

Контрольну групу склали 30 першороділець без акушерської та соматичної патології.

Для діагностики МС використовували рекомендації та критерії Міжнародної федерації цукрового діабету (2005); Національного інституту здоров'я США (Adult Treatment Pannel (АТР ІІІ), 2011) та Американської Асоціації клінічних ендокринологів (ААСЕ, 2013).

Для встановлення діагнозу «МС» досить наявності будь-яких трьох з наведених нижче ознак (АТР ІІІ): об'єм талії ≥ 102 см (для чоловіків) і ≥ 88 см (для жінок); рівень тригліцеридів (ТГ) ≥ 150 мг/дл або $> 1,69$ ммоль/л; зниження холестерину – ліпопротеїди високої щільності (ХС ЛПВЩ) < 40 мг/дл або $< 1,04$ ммоль/л (для чоловіків), < 50 мг/дл або $< 1,29$ ммоль/л (для жінок); рівень артеріального тиску 130/85 мм рт.ст.; рівень глюкози плазми натщесерце ≥ 110 мг/дл або $> 6,1$ ммоль/л.

Згідно з рекомендаціями ААСЕ для діагностики МС необхідні такі критерії:

Більше одного з нижче наведених критеріїв:

- ішемічна хвороба серця (ІХС), артеріальна гіпертензія (АГ), синдром полікістозних яєчників, неалкогольна жирова хвороба печінки, акантокератодермія;
- родинний анамнез – цукровий діабет 2-го типу (ЦД2), АГ або ІХС;
- гестаційний діабет в анамнезі або порушення толерантності до глюкози.
- малорухливий спосіб життя.
- індекс маси тіла (ІМТ) > 25 кг/м² і/або ОТ > 40 дюймів (> 100 см) у чоловіків і > 35 дюймів (87,5 см) у жінок;
- вік > 40 років

Понад 2 з нижче наведених критеріїв:

- ТГ > 150 мг/дл ($> 1,7$ ммоль/л);
- ЛПВЩ < 40 мг/дл ($< 1,0$ ммоль/л) у чоловіків, < 50 мг/дл ($< 1,2$ ммоль/л) у жінок;
- артеріальний тиск (АТ) $> 130/85$ мм рт.ст.;
- глюкоза натщесерце – 110–125 мг/дл або через 2 год після навантаження 140–200 моль/л.

Загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи полягали у використанні дієтотерапії, метаболічної терапії, корекції мікроциркуляції, комплексів вітамінів і мікроелементів [6].

Запропонована нами методика заснована на додатковому використанні системної і місцевої терапії.

Методика носила диференційований характер, який полягав в тому, що для пацієнток з ІМТ 30–34,9 використовували:

- комплекс вітамінів «Омегами заботливая мама комплекс» в постійному режимі;
- вагінальні форми прогестерону (100 мг);
- препарат лецитину – курсами по 14 днів;
- оральні капсули з лактобациллами – курсами по 15 днів;
- комплексний препарат для вагінального застосування, що включає тернідазол, неоміцин, ністатин і преднізолон – курсами по 10 днів.

Для пацієнток з ІМТ 35 і більше використовували додатково вагінальний прогестерон в дозуванні 200 мг; дозування лецитину збільшується в 2 рази і додатково використовується препарат активних молекул біополімерних речовин: геміцеллози, пектину, целюлози і лініну – в загальноприйнятому дозуванні.

До комплексу методів дослідження були включені клінічні, ехографічні, доплерометричні, ендокринологічні, мікробіологічні, морфологічні та статистичні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки з МС складають групу високого ризику щодо невиношування вагітності і перинатальної патології з наступних причин: обтяжена спадковість (90,0%); фонова генітальна (73,3%) і екстрагенітальна патологія (53,3%), а також ускладнений репродуктивний і акушерський анамнез (50,0%).

Мимовільне переривання вагітності у жінок з МС частіше відбувається в 7–8 тиж гестації (57,1%) в порівнянні з 9–10 тиж (28,6%) і 11–12 тиж (14,3%). Основними причинами є анембріонія (28,6%), передчасне відшарування хоріона (28,6%); вагітність, що не розвивається на фоні інтраамніального інфікування (28,6%), і істміко-цервікальна недостатність (14,3%). Сумарна частота невиношування в І триместрі складає 23,3%.

Клінічний перебіг вагітності у жінок з МС характеризується високою частотою анемії вагітних (71,4%); плацентарної дисфункції (66,7%); порушень мікробіоценозу статевих шляхів (66,7%), преєклампсії (47,6%) і передчасних пологів (20,0%).

Диференцирований підхід к профілактике невынашивания беременности у женщин с метаболическим синдромом С.Г. Русалкина

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что использование усовершенствованного алгоритма лечебно-профилактических мероприятий позитивно влияет на основные биохимические изменения в I триместре беременности, что проявляется существенным снижением частоты невынашивания. В дальнейшем использование данной методики позволяет предупредить декомпенсированные изменения со стороны системного иммунитета, микробного обсеменения половых путей и со стороны функционального состояния системы мать–плацента–плод. Полученные результаты позволяют научно объяснить клиническую эффективность усовершенствованной методики, что дает нам право рекомендовать ее для широкого применения в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: метаболический синдром, невынашивание беременности, профилактика.

Сведения об авторе

Русалкина Светлана Георгиевна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (067) 401-15-12

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Венцківський Б.М. Стан імунного та гормонального статусу фетоплацентарного комплексу при недоношуванні вагітності / Б.М. Венцківський // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2012. – № 3. – С. 40–43.
2. Дорондєва Е.Ф. Метаболический синдром / Е.Ф. Дорондєва, Т.А. Пугачева, И.В. Медведева // Тер. архив. – 2012. – Т. 74, № 10. – С. 7–12.
3. Жук С.І. Ефективність профілактичної інтервенції у жінок з інсулінорезистентністю на ранніх термінах вагітності: результати клінічного дослідження / С.І. Жук, В.І. Ошовський // Здоров'я жінчини. – 2011. – № 1 (33). – С. 82–87.

Основною причиною високого рівня ускладнень вагітності у жінок з МС є порушення функціонального стану фетоплацентарного комплексу: високий рівень ехографічних змін плаценти (70,0%); затримка розвитку плода (50,0%); зміни об'єму навколоплідних вод (35,0%); посилення кровотоку в артерії пупкового канатика і маткових артеріях на фоні зменшення кровотоку в середньомозковій артерії плода; зниження вмісту естріолу, прогестерону, хоріонічного гонадотропіну і плацентарного лактогену, а також морфологічні зміни в плаценті (патологічна незрілість і порушення кровообігу).

У жінок з МС при розродженні спостерігається високий рівень передчасного розриву плодових оболонок (50,0%); аномалій пологової діяльності (40,0%) і дистресу плода (35,0%), що призводить до значної частоти абдомінального розродження (35,0%).

Для перинатальних наслідків розродження жінок з МС характерні висока частота інтра- і постнатальної загибелі плода (10,0%); асфіксії новонароджених середнього і важкого ступеня (15,0%); постгіпоксичної енцефалопатії (16,7%); респіраторного дистресу плода (16,7%) і реалізації внутрішньоутробного інфікування (11,5%).

Використання диференційованого підходу до проведення діагностичних і лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту невиношування (з 23,3% до 13,3%); плацентарної дисфункції (з 66,7% до 42,3%); аномалій пологової діяльності (з 40,0% до 20,0%); дистресу плода (з 35,0% до 20,0%); кесаревих розтинів (з 35,0% до 20,0%); постгіпоксичної енцефалопатії (з 16,7% до 8,0%) та попередити перинатальні втрати.

ВИСНОВКИ

Таким чином, використання вдосконаленого алгоритму лікувально-профілактичних заходів, насамперед, позитивно впливає на основні біохімічні зміни в І триместрі вагітності, що виявляється суттєвим зниженням частоти невиношування. У подальшому застосування даної методики дозволяє попередити декомпенсовані зміни з боку системного імунітету, микробного обсеменіння статевих шляхів і з боку функціонального стану системи мати–плацента–плід. Отримані результати дозволяють науково пояснити клінічну ефективність удосконаленої методики, що дає нам право рекомендувати її для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

The differentiated approach to preventive maintenance incompetent pregnancy at women with metabolic syndrome S.G. Rusalkina

Results of the spent researches testify that use of advanced algorithm treatment-and-prophylactic methods positively influences the basic biochemical changes in I trimester of pregnancy that is shown by essential decrease in frequency incompetent pregnancy. Further use given techniques allows to warn decompensation changes from system immunity, microbial sexual ways and from outside functional conditions systems mother-placenta-fetus. The received results allow to explain scientifically clinical efficiency of an advanced technique, that grants to us is right to recommend it for wide application in practical public health services.

Key words: a metabolic syndrome, incompetent pregnancy, preventive maintenance.

4. Писарева С.П. Нові аспекти діагностики та терапії невыношування вагітності / С.П. Писарева, І.І. Воробйова // Зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Фенікс, 2011. – С. 506–508.
5. Романенко Т.Г. Імунологічні аспекти профілактики, прогнозування та лікування невыношування вагітності / Т.Г. Романенко, А.В. Ткаченко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2010. – № 6. – С. 117–119.
6. Шехтман М.М. Поздний гестоз при ожирении у беременных (некоторые клинические аспекты) / М.М. Шехтман, Ю.Г. Расуль-Заде // Вестн. Рос. акад. акуш.-гін. – 2010. – № 1. – С. 62–64.

Статья поступила в редакцию 15.09.2015