УДК 618.2 – 082 + 618.14-005 + 616.12-008.331.1 + 616.379-008.64 + 616-056.2

©В. Я Скрипник, Н. І. Геник, Н. М. Кінаш

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ. Проблема акушерських та перинатальних ускладнень залишається однією з найважливіших і в теперішній час. До того ж, показники плодових втрат в нашій країні залишаються вищими, у порівнянні із державами Європейської співдружності [1, 2]. В останні роки в структурі генітальної та екстрагенітальної патології особливе місце займають різні ендокринопатії, основним варіантом яких є метаболічний синдром (МС). Він характеризується поєднанням гіперінсулінемії, первинної артеріальної гіпертензії, дисліпідемії, ожиріння і полікістозних змін яєчників; ці симптоми найчастіше взаємозалежні та доповнюють і посилюють один одного [3,4]. Разом з тим, вагітні жінки з МС мають підвищений ризик розвитку різних акушерських та перинатальних ускладнень, а існуючі лікувально-профілактичні заходи не завжди ефективні. Метаболічний синдром (МС), являє собою мультифакторний клінічний стан, обумовлений комплексом генетичних, гемодинамічних, нейрогуморальних особливостей та способом життя людини, що проявляється комплексом патогенетично взаємопов'язаних порушень чутливості тканей до інсуліну, вуглеводного, ліпідного, пурінового обміну, а також абдомінальним ожирінням та артеріальною гіпертензією. За даними різних авторів, поширеність МС продовжує збільшуватися й у цей час становить від 5 до 20%. Незважаючи на значне число наукових публікацій з проблеми акушерської та перинатальної патології в жінок із соматичною захворюваністю, не можна вважати її повністю вирішеною, особливо в плані ефективності лікувально-профілактичних заходів у жінок груп високого ризику, до яких, безумовно, відносяться і пацієнтки з МС.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ. Проблема акушерских и перинатальных осложнений остается одной с наиболее важных и в данное время. К этому, показатели плодовых потерь в нашей стране остаются високими, в сравнении с другими странами Европы [1, 2]. В последние годы в структуре генитальной и экстрагенитальной патологи особенное место занимают разные эндокринопатии, главным представителем которых есть метаболический синдром (МС). Он характерезируется сочетанием гиперинсулинемииЭ. Первичной артериальной гипертензией, дислепидемией, ожирением и поликистозными изменениями яичников; эти симптомы чаще всего зависимо друг от друга и потенциируют друг друга [3,4]. Вместе с этим, беременные женщины с МС имеют повышенный риск развития разных акушерських и перинатальных ослонений, а существующие лечебно-профилактические мероприятия не всегда эффективные. Метаболический синдром (МС), являет собой мультифакторное клиническое состояние, которое обусловлено комплексом генетических, гемодинамических, нейрогуморальних особенностей и стилем жизни человека, что проявляется комплексом патогенетически связанных нарушений чувсвительности тканей к инсулину, углеродного, липидного, пуринового обмена, а таккже абдоминальным ожирением и артериальной гипертензией. За даннями разных авторов разпространение МС продолжает увеличиваться и в данное время колеблится от 5 до 20%. Невзирая на значительное число научных публикаций с проблем акушерской и перинатальной патологии у женщин с соматической заболеваемостью, нельзя воспринимать ее полностью решеной, особенно в плане ефективности лечебно-профилактических мероприятийу женщин групп високого риска, к которым относятся ии пациентки с МС.

THE PECULIARITIES OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH AMONG WOMEN WITH METABOLIC SYNDROME. The problem of obstetric and perinatal complications remains one of the most important problems in the present. In addition, the indicators of fetal losses in our country are higher in comparison with the countries of the Commonwealth [1, 2]. In recent years, in the structure of the genital and extragenital pathology a special place belongs to various endocrinopathies , the basic version of which is metabolic syndrome (MS). It is characterized by a combination of hyperinsulinemia , primary hypertension, dyslipidemia , obesity and polycystic ovarian changes. These symptoms are often interrelated, they complement and reinforce each other [3,4]. Moreover , pregnant women with metabolic syndrome are at the increased risk of various obstetric and perinatal complications, and current therapeutic and prophylactic measures are not always effective. Metabolic syndrome (MS) is a multifactorial clinical condition caused by the complex of genetic, hemodynamic, neurohormonal characteristics and the way of the person's life, which is revealed by the complex of the pathogenesis of violations in tissue sensitivity to insulin , carbohydrate, lipid, purine metabolism as well as in abdominal obesity and hypertension. According to different authors , the frequency of metabolic syndrome continues to grow and now it constitutes 5 to 20%. Despite the impressive number of publications on the problem of obstetric and perinatal pathology in women with somatic disease , it cannot be considered to be completely solved , especially in terms of efficiency of treatment and prevention of it in women at high risk as well as in patients with MS.

Ключові слова: вагітність, метаболічний синдром, перинатальні ускладнення.

Ключевые слова: беременность, метаболический синдром, перинатальные осложнения.

Key words: pregnancy, metabolic syndrome, perinatal complications.

ВСТУП Епідеміологічні дослідження дозволили сформулювати гіпотезу «економічного (ощадливого) генотипу» як основи його розвитку. Так, особи, що проживають у несприятливих умовах, повинні мати максимальну здатність до нагромадження енергії у вигляді жирової тканини в сприятливий період. При зміні умов середовища на сприятливі, генотип реалізується в порушенні толерантності до глюкози (ПТГ) або ожирінні. Доведена ймовірність альтернативної гіпотези (що зветься «фетальне програмування), яка

вказує на великий вплив внутрішньоутробного харчування на розвиток МС у майбутньому. Знижена вага при народженні є маркером підвищеного ризику виникнення ІР [2,3].

При проведенні сімейних досліджень [4] виявлено, що зниження фізичної активності й високовуглеводний характер харчування є головними причинами того, що захворюваність МС здобуває характер епідемії. На МС страждає близько 25% населення західних країн [5]. Висока частота поширеності МС серед осіб певних етнічних груп доводить існування генетичної схильності не тільки до частоти його виникнення, але й до ступеня тяжкості клінічних проявів [6].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Контрольна група – 30 жінок без метаболічного синдрому і гіпотонічних маткових кровотеч; I група – 30 жінок з метаболічним синдромом і профілактикою гіпотонічних маткових кровотеч по загальноприйнятій методиці; II група – 30 жінок з метаболічним синдромом і профілактикою гіпотонічних маткових кровотеч по пропонованій методиці.

Критерії виявлення компонентів метаболічного синдрому:

- ожиріння – ІМТ > 30 кг/м^2;
- артеріальна гіпертензія – систолічний АТ > 140 мм.рт.ст. і діастолічний > 90 мм.рт.ст.;
- гіпер- і дисліпідемія: ТГ > 2 ммоль/л; ЗХ > 5 ммоль/л і ЛПНЩ > 55 Од/л;
- інсулинорезистентність – показник індексу Caro < 0,33;
- наявність полікістозних яєчників.

Клінічні, ехографічні, гемостазіологічні, функціональні і статистичні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Виходячи з даних, ускладненням в 1 триместрі вагітності було мимовільне переривання вагітності, частота якого варіювала від 2,5% у групі 1 до 10,0% у жінок з встановленим МС та ІМТ > 40. Клінічно дане ускладнення найчастіше проявлялося масткими кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів (5 з 6 – 83,3%) і тягнучими болями в нижніх відділах живота (4 з 6 - 66,7%).

Незважаючи на проведену терапію, спрямовану на збереження вагітності, відбулося мимовільне переривання вагітності, причому найчастіше це мало місце в терміні 8-10 тижнів гестації (4 з 6 - 66,7%). Крім того в 1 триместрі вагітності в пацієнток з різним ІМТ відзначений значний рівень ранніх токсикозів (від 15,0% до 33,3%) і анемії вагітних (від 12,5% до 16,7%). У всіх цих спостереженнях відзначена однакова тенденція росту частоти ускладнень відповідно до збільшення ІМТ і ступеня виразності метаболічного синдрому.

В 2 триместрі вагітності основними гестаційними ускладненнями були анемія вагітних, плацентарна недостатність і прееклампсія. Так, якщо в контрольній групі частота гестаційної анемії становила всього лише 16,0%, то в основних підгрупах цей показник збільшувався з 28,2% (група 1) до 50,0% (група 2) .

Основними клінічними проявами даного ускладнення у вагітних з метаболічним синдромом були загальна слабість, часті запаморочення й тахікардія. При цьому слід зазначити, що в пацієнток з ІМТ > 40 наявність основних симптомів анемії мало місце ще до вагітності в кожному п'ятому випадку (20,0%). У порівнянні із цим у двох інших підгрупах до дійсної гестації даного прояву, практично, були відсутні. Частота спостережень плацентарної недостатності в основній групі коливався від 23,1% у групі 1 до 39,3% у групі 2. Найчастіше це ускладнення діагностували при ехографічному обстеженні на підставі зміни ОНВ, структури плаценти й наявності затримки розвитку плода.

Особливої уваги заслуговує наявність прееклампсії в пацієнток з надлишковою масою тіла, частота якої коливалася від 12,8% при відсутності МС; до 28,6% при МС та ІТМ до 39,9 і до 37,0% при ІМТ > 40. У всіх цих спостереженнях основним клінічним симптомом прееклампсії була артеріальна гіпертензія, а в кожному другому спостереженні (50,0%) відзначена наявність білка в сечі. Розглядаючи клінічні особливості 2 триместра вагітності, слід зазначити по 1 випадку пізнього переривання вагітності до 22 тиж. (3,6% й 3,7%) і передчасних пологів (3,6% й 3,7%) у групах 1 і 2. Пізнє переривання гестації відбувалося на тлі тривалої загрози переривання, а передчасні пологи починались із дострокового розриву плодових оболонок у терміні 24 й 26 тиж. вагітності.

В 3 триместрі вагітності вищеописані закономірності повністю збереглися, причому при ІМТ > 40 частота анемії вагітних виросла до 72,0%; плацентарної недостатності - до 68,0% і прееклампсії - до 48,0% відповідно. Звертає також на себе увагу й наявність 3 випадків (по 1 у кожній групі) передчасних пологів, які мали в місце в термінах 32-34 тиж. і починалися з передчасного розриву плодових оболонок.

Резюмуючи репродуктивні втрати в жінок з метаболічним синдромом, варто виділити високу частоту невиношування (8,0%) і недоношування (5,0%) на тлі значного рівня таких ускладнень, як анемія вагітних, плацентарна недостатність і прееклампсія.

Як було вже відзначене вище, термінові пологи мали місце в 87 з 100 жінок 1 групи, однак з високим рівнем різних ускладнень. Основними їхніми варіантами були передчасний розрив плодових оболонок (від 23,7% у групі 1 до 50,0% у групі 2); аномалії родової діяльності (від 21,1% у групі 1 до 41,7% у групі 2) і дистрес плода (від 18,4% у групі 1 до 37,5% у групі 2). Ці ускладнення з'явилися й основними показаннями до абдомінального розродження, частота якого зростала з мірою збільшення ІМТ: з 15,8% у групі 1 до 28,0% - в 2. У групі 1 плодові втрати були відсутні, а в інших підгрупах було по 2 випадки: інтра- і постнатальної загибелі плода. Так, якщо інтранатальною причиною була гостра асфіксії на тлі дистресу плода, то постнатальною причиною був респіраторний дистрес плода внаслідок його недоношеності. Досить показовим є й той факт, що частота асфіксії середнього ступеня й тяжкої асфіксії істотно не відрізнялася по підгрупах на відміну від інших акушерських ускладнень.

ВИСНОВКИ. Таким чином, як свідчать результати даного розділу нашої наукової роботи, наявність у жінок метаболічного синдрому є істотним чинником ризику розвитку акушерських і перинатальних усклад-

нень, причому їхня частота й ступінь виразності залежать від величини ІМТ.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Вивчення особливостей перебігу вагітності та пологів у жінок з метаболічним синдромом дозволить розробити та впровадити комплекс лікувально-профілактичних заходів щодо зниження перинатальних ускладнень у визначеної категорії пацієнток.

ЛІТЕРАТУРА

1. Артериальная гипертензия у беременных. Только ли гестоз? / О.В. Макаров, Н.Н. Николаев, Е.В. Волкова. – М.: Гэотар-Медиа, 2006. – 176 с.

2. Задионченко В.С., Адашева Т.В., Демичева О.Ю., Порывкина О.Н. Метаболический синдром: терапевтические возможности и перспективы. // Consillium Medicum . – 2005. - № 7 (9). – Р. 725–33.

3. Кобалава Ж.Д., Толкачева В.В. Метаболический синдром: принципы лечения. //Рус. мед. журн. – 2005.- № 13 (7): 451–8.

4. Лечебно-диагностическая тактика ведения беременных с артериальной гипертонией в России. – М.: Издательство Рашин Продакшн, 2007. – 136 с.

5. Актуальные вопросы патогенеза, диагностики и фармакотерапии артериальной гипертонии у беременных / О.Н. Ткачева, А.В. Барабашкина. – М.:Пагри, 2006. – 140 с.

6. Метаболический синдром и тромбофилия в акушерстве и гинекологии / А.Д. Макацария, Е.Б. Пшеничникова, Т.Б. Пшеничникова и др. – М.: ООО «МИА», 2006. – 480 с.

Отримано 17.01.14