

Особливості перебігу вагітності, пологів та стану новонароджених у жінок з метаболічним синдромом

О.А. Диндар

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

Дослідження присвячене вивченню порівняльних аспектів перебігу вагітності, пологів та стану новонароджених у жінок із різним індексом маси тіла та наявністю метаболічного синдрому. Результати проведених клінічних досліджень свідчать, що наявність надмірної маси тіла і метаболічного синдрому у жінок репродуктивного віку є істотним чинником розвитку акушерських і перинатальних ускладнень. При цьому їхня частота зростає в міру збільшення величини індексу маси тіла і ступеня вираженості метаболічного синдрому. Отримані результати є обґрунтуванням для вдосконалення існуючого алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: індекс маси тіла, вагітність, пологи, новонароджені, метаболічний синдром.

Протягом останніх десятиліть надмірна маса тіла є проблемою для жінок у багатьох країнах світу. Наприкінці ХХ століття спостерігався швидкий приріст частоти ожиріння, надмірна маса тіла виявлялась у кожного третього мешканця України, що змусило вчених шукати шляхи вирішення даної проблеми. Незважаючи на значну кількість рекомендацій лікарів-гастроентерологів, ендокринологів та дієтологів, ця проблема залишається актуальною. Частота ожиріння продовжує зростати і на сьогоднішній день складає від 29,7% до 35,5% жіночого населення [7].

В останні роки у структурі генітальної та екстрагенітальної патології у жінок репродуктивного віку особливе місце посідають ендокринопатії, основним варіантом яких є метаболічний синдром (МС), що характеризується поєднанням гіперінсулінемії, первинної артеріальної гіпертензії, дисліпідемії, ожиріння і полікістозних яєчників, які часто взаємозалежні та доповнюють один одного [1, 3–5]. Розвиток МС залежить від маси тіла і корелює з індексом маси тіла (ІМТ). Серед жінок з надмірною масою тіла поширеність МС варіює – в межах 22–28%, а серед тих, хто страждає на ожиріння, до 50–60% [2].

Причини розвитку МС на сьогоднішній день є до кінця не з'ясованими, так само, як і стабільність формування розладів. Разом з тим, вагітні з МС мають підвищений ризик розвитку акушерських і перинатальних ускладнень, а лікувально-профілактичні заходи, що існують, є не завжди ефективними.

Мета дослідження: вивчити особливості перебігу вагітності, пологів та стану новонароджених у жінок з МС.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети дослідження, нами розроблена програма, що включає такі моменти:

- добір контингенту обстежуваних жінок з надмірною масою тіла і наявністю МС в анамнезі;
- визначення клінічного перебігу передгравідарного періоду;
- клінічний аналіз перебігу вагітності і пологів;
- комп'ютерне оброблення отриманих даних.

Клініко-функціональне і лабораторне дослідження було проведено 175 жінкам, яких було розподілено на групи та підгрупи:

- 1-а група – 122 жінки з ІМТ від 30,0 до 40,0, з яких:
 - підгрупа 1.1 – 52 жінки з ІМТ від 30,0 до 40,0 без ознак МС;
 - підгрупа 1.2 – 39 жінок з ІМТ від 30,0 до 40,0 та встановленим МС;
 - підгрупа 1.3 – 31 жінка з встановленим МС та ІМТ >40,0.

Контрольну групу склали 53 впершенароджуючих, що не мали в анамнезі акушерської та соматичної патології.

Усі пацієнтки із МС спостерігались сумісно з лікарем-ендокринологом.

Критеріями включення пацієнток в дослідження були: аліментарно-конституціональне ожиріння, ІМТ >30,0.

Критеріями виключення пацієнток вважали: ендокринний генез ожиріння (підтверджений лікарем-ендокринологом), хронічна серцева недостатність, грубі порушення неврологічного статусу, цукровий діабет, захворювання щитоподібної залози, застосування лікарських засобів, що впливають на вуглеводний і жировий обмін.

Критеріями виявлення компонентів МС слугували: ожиріння – ІМТ >30 кг/м²; артеріальна гіпертензія – артеріальний тиск систолічний >140 мм рт.ст. і/або артеріальний тиск діастолічний > 90 мм рт.ст.; гіпер-, дисліпідемія – рівень в сироватці крові: тригліцериди (ТГ) – >2,0 ммоль/л; загальний холестерин (ЗХ) – >5 ммоль/л; ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ) – >55 ммоль/л і ліпопротеїди високої щільності (ЛПВЩ) – < 1 ммоль/л; інсулінорезистентність – показник індексу Саго <0,33.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Як свідчать отримані нами дані (табл. 1), у I триместрі вагітності основним ускладненням було мимовільне переривання вагітності, частота якого зростала в міру збільшення ІМТ – з 1,9±0,1% в підгрупі 1.1 до 5,1±0,4% в 1.2 і до 9,7±0,7% при ІМТ >40 і наявності МС. Аналогічна закономірність була відзначена і для всіх інших ускладнень. Особливо наочно це спостерігається у пацієнток з МС, для яких був характерний значний рівень раннього токсикозу (15,4±1,3% і 32,3±2,8%), порушень мікробіоценозу статевих шляхів (12,8±1,1% і 22,6±2,3%) та респіраторної вірусної інфекції (10,3±1,0% і 19,4±1,9%) відповідно до підгруп. Встановлені нами закономірності свідчать про негативний вплив супутнього ожиріння і особливо МС на клінічний перебіг I триместра, у тому числі в аспекті високої частоти невиношування вагітності.

У II триместрі гестації (табл. 2) зазначені вище закономірності повністю збереглися. При цьому привертає увагу той факт, що починаючи з 18–20-го тижня вагітності у обстежених жінок з'являється плацентарна дисфункція (ПД), частота якої зростає у міру збільшення ступеня ожиріння, а

Таблиця 1

Ускладнення перебігу I триместра вагітності (до 13 тиж), %

Ускладнення	Групи жінок			
	Контрольна, n=53	Підгрупи		
		1.1, n=52	1.2, n=39	1.3, n=31
Мимовільне переривання вагітності	–	1,9±0,1	5,1±0,4	9,7±0,7
Порушення мікробіоценозу статевих шляхів	9,4±0,7	9,6±0,8	12,8±1,1*	22,6±2,3**
Ранній токсикоз	9,4±0,8	11,5±1,2	15,4±1,3*	32,3±2,8**
Анемія вагітних	7,5±0,8	9,6±0,9	10,3±1,1*	16,1±1,7**
Респіраторна вірусна інфекція	5,7±0,5	7,7±0,7	10,3±1,0*	19,4±1,9**
Загострення екстрагенітальної патології	–	3,8±0,3	7,7±0,7*	12,9±1,3**

Примітки: Достовірність р відносно контрольної групи: *<0,05; **<0,01.

Таблиця 2

Ускладнення перебігу II триместра вагітності (14–27 тиж), %

Ускладнення	Групи жінок			
	Контрольна, n=53	Підгрупи		
		1.1, n=51	1.2, n=37	1.3, n=28
Плацентарна дисфункція	11,3±1,1	17,6±1,5*	32,4±3,2**	57,1±5,5***
Анемія вагітних	15,1±1,5	23,5±2,3*	40,5±4,1**	67,9±6,8***
Прееклампсія	3,8±0,4	9,8±0,9*	24,3±2,4**	39,3±4,0***
Порушення мікробіоценозу статевих шляхів	9,4±0,9	11,8±1,2	27,0±2,5**	50,0±5,2***
Респіраторна вірусна інфекція	3,8±0,4	5,9±0,6	10,8±1,1*	17,9±1,8**
Переривання вагітності до 22 тиж	-	-	2,7±0,3	3,6±0,4
Передчасні пологи	-	-	2,7±0,3	3,6±0,4
Загострення соматичної патології	-	5,9±0,6	13,5±1,3	28,6±2,9

Примітки: Достовірність р відносно контрольної групи: *<0,05; **<0,01; ***<0,001.

Таблиця 3

Ускладнення перебігу III триместра вагітності (28–40 тиж), %

Ускладнення	Групи жінок			
	Контрольна, n=53	Підгрупи		
		1.1, n=51	1.2, n=36	1.3, n=27
Плацентарна дисфункція	13,2±1,3	23,5±2,3*	47,2±4,8**	70,4±6,8***
Анемія вагітних	18,9±1,9	17,6±1,7	41,7±4,2*	81,5±8,5**
Прееклампсія	5,7±0,5	11,8±1,2*	30,6±2,8**	51,9±4,9***
Порушення мікробіоценозу статевих шляхів	15,1±1,5	17,6±1,8	38,9±3,8**	70,4±7,1***
Респіраторна вірусна інфекція	3,8±0,3	5,9±0,5*	13,9±1,3**	22,2±2,1***
Передчасні пологи	-	1,9±0,2	2,8±0,3	3,7±0,4
Загострення соматичної патології	-	3,9±0,4	11,1±1,1	22,2±2,2

Примітки: Достовірність р відносно контрольної групи: *<0,05; **<0,01; ***<0,001.

особливо за наявності МС – з 17,6±1,5% в підгрупі 1.1 до 32,4±3,2% – в 1.2 і до 57,1±5,5% – в підгрупі 1.3. Така сама тенденція зберігається і по відношенню до інших акушерських ускладнень – кількість вагітних з анемією складає від 23,5±2,3% в підгрупі 1.1 до 40,5±4,1% в 1.2 і 67,9±6,8% в підгрупі 1.3; з прееклампсією – від 9,8±0,9% у жінок 1.1 підгрупи, 24,3±2,4% – 1.2 і до 39,3±4,0% – 1.3 підгрупи; кількість вагітних із порушенням мікробіоценозу статевих шляхів зростає від 11,8±1,2% (підгрупа 1.1) до 27,0±2,5% (підгрупа 1.2), а також до 50,0±5,2% (підгрупа 1.3).

Значний рівень ускладнень у пацієток підгруп 1.2 і 1.3 призвів до дострокового переривання вагітності як до 22 тиж (підгрупа 1.2 – 2,7±0,3% і 1.3 – 3,6±0,4%), так і з 22-го до 27-го тижнів (підгрупа 1.2 – 2,7±0,3% і 1.3 – 3,6±0,4%). Отримані результати підтверджують негативну тенденцію пе-

ребігу II триместра вагітності – у міру збільшення ІМТ і наявності МС зростає ризик розвитку акушерських і перинатальних ускладнень.

На наступному етапі наших досліджень (III триместр) ми продовжували спостерігати зазначену вище закономірність негативного впливу високого ІМТ і МС на розвиток акушерських і перинатальних ускладнень (табл. 3). Особливо тут хотілося б виділити високу частоту у пацієток з МС таких ускладнень, як анемія вагітних (41,7±4,2% у підгрупі 1.2, 81,5±8,5% – у підгрупі 1.3); ПД (47,2±4,8% і 70,4±6,8% відповідно у 1.2 і 1.3 підгрупах) і прееклампсію (30,6±2,8% у підгрупі 1.2 і 51,9±4,9% – у 1.3), що призвело до значного рівня передчасних пологів, особливо у жінок з ІМТ >40 і наявністю МС (3,7±0,4%).

Ускладнення перебігу термінових пологів, %

Ускладнення	Групи жінок			
	Контрольна, n=53	Підгрупи		
		1.1, n=50	1.2, n=35	1.3, n=26
Передчасний розрив плодових оболонок	7,5±0,8	20,0±2,0*	34,3±3,5**	57,7±5,8***
Аномалії пологової діяльності	5,7±0,5	18,0±1,9*	31,4±3,2**	50,0±4,8***
Дистрес плода	3,8±0,3	16,0±1,5*	28,6±2,6**	42,3±4,2***
Кесарів розтин	-	12,0±1,2	25,7±2,6	38,5±4,0

Примітки: Достовірність р відносно контрольної групи: *<0,05; **<0,01; ***<0,001.

Стан новонароджених у обстежених пацієнток, %

Показання	Групи жінок			
	Контрольна, n=53	Підгрупи		
		1.1, n=51	1.2, n=35	1.3, n=25
Задовільний стан	90,6±9,2	78,4±7,6*	82,9±8,4	72,0±7,2*
Асфіксія середнього ступеня	9,4±0,8	19,6±1,8	8,6±0,8	12,0±1,0*
Тяжка асфіксія	-	2,0±0,2	5,7±0,5	8,0±0,6
Інтранатальна загибель плода	-	-	-	4,0±0,4
Постнатальна загибель плода	-	-	2,8±0,2	4,0±0,4

Примітки: Достовірність р відносно контрольної групи: *<0,05; **<0,01; ***<0,001.

Постнатальна захворюваність, %

Показання	Групи жінок			
	Контрольна, n=53	Підгрупи		
		1.1, n=51	1.2, n=34	1.3, n=23
Постгіпоксична енцефалопатія	5,7±0,6	3,9±0,3	11,8±1,1*	26,1±2,6**
Реалізація внутрішньоутробного інфікування	1,9±0,2	3,9±0,3*	8,8±1,0**	17,4±1,6***
Респіраторний дистрес плода	-	3,9±0,3	11,8±1,2	21,7±2,2

Примітки: Достовірність р відносно контрольної групи: *<0,05; **<0,01; ***<0,001.

У даний час не викликає сумнівів наявність взаємозв'язку між клінічним перебігом вагітності і пологів. За нашими даними (табл. 4) у міру зростання ІМТ, а особливо у жінок із встановленим МС, зростає частота передчасного розриву плодових оболонок (з 20,0±2,0% в підгрупі 1.1 до 34,3±3,5% – в 1.2, і до 57,7±5,8% – при ІМТ більше 40,0 і МС); аномалій пологової діяльності (з 18,0±1,9% до 31,4±3,2% і до 50,0±4,8%); дистресу плода (з 16,0±1,5% до 28,6±2,6% і до 42,3±4,2%), що призвело до значної частоти кесаревих розтинів (з 12,0±1,2% до 25,7±2,6% і до 38,5±4,0%) відповідно підгруп.

Аналізуючи отримані результати необхідно відзначити наявність прямої кореляційної залежності величини ІМТ з одного боку, і частоти основних акушерських ускладнень – з іншого, що, у свою чергу, призводить до значного рівня абдомінального розродження, особливо в підгрупах 1.2 і 1.3.

При оцінці стану новонароджених (табл. 5) звертає на себе увагу висока частота середньоважкої асфіксії новонароджених від жінок з МС (8,6±0,8% і 12,0±1,0%), а також перинатальні втрати: в підгрупі 1.2 – 1 випадок постнатальної смертності і в 1.3 – по 1 випадку інтра- і постнатальних втрат, в той час як у підгрупі 1.1 перинатальних втрат не було.

Аналогічна закономірність відзначена нами і під час оцінювання постнатальної захворюваності (табл. 6). Так, у міру збільшення ІМТ та наявності МС у матері, зростає частота патологічних станів новонароджених: постгіпоксичної енцефалопатії (з 3,9±0,3% до 11,8±1,1% і до 26,1±2,6%); реалізації внутрішньоутробного інфікування (з 3,9±0,3% до 8,8±1,0% і до

17,4±1,6%) і респіраторного дистрес-синдрому (з 3,9±0,3% до 11,8±1,2% і до 21,7±2,2%) відповідно до підгруп спостереження.

На завершення ми вважали за необхідне підсумувати репродуктивні і перинатальні втрати у жінок різних підгруп. Так, у жінок підгрупи 1.1 мав місце 1 випадок передчасного переривання вагітності в I триместрі (1,9%) і одні передчасні пологи (1,9%), перинатальних втрат не було. У підгрупі 1.2 мали місце 2 випадки мимовільного переривання вагітності в I триместрі (5,1%), один – в II триместрі (2,6%) і одні передчасні пологи (2,6%), які закінчилися постнатальною летальністю у зв'язку з глибокою недоношеністю і респіраторним дистрес-синдромом (25,6%). У підгрупі жінок з ІМТ більше 40,0 і МС репродуктивні і перинатальні втрати були значно вищі. Так, частота мимовільного переривання вагітності в I триместрі склала 9,7% (3 випадки), а передчасних пологів – 7,4% (2 випадки). Сумарні перинатальні втрати склали 3 випадки (поодинокі – анте-, інтра- і постнатальної летальності) – 96,7%.

ВИСНОВКИ

Отже, як свідчать отримані нами дані, у міру підвищення ступеня ожиріння зростає ризик розвитку акушерської і, особливо, перинатальної патології. Причому найбільш несприятливі результати відзначені у пацієнток із метаболічним синдромом (МС). Представлені дані свідчать про необхідність удосконалення існуючих діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок з супутнім ожирінням і МС.

Сравнительные аспекты течения беременности, родов и состояния новорожденных у женщин с метаболическим синдромом
Е.А. Дындарь

Исследование посвящено изучению сравнительных аспектов течения беременности, родов и состояния новорожденных у женщин с различным индексом массы тела и наличием метаболического синдрома. Результаты проведенных клинических исследований свидетельствуют, что наличие избыточной массы тела и метаболического синдрома у женщин репродуктивного возраста является существенным фактором риска развития акушерских и перинатальных осложнений. При этом их частота возрастает по мере увеличения величины индекса массы тела и степени выраженности метаболического синдрома. Полученные результаты являются основанием для усовершенствования существующего алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: индекс массы тела, беременность, роды, новорожденные, метаболический синдром.

Comparative aspects of a current of pregnancy, sorts and a condition of newborns at women with a various index of weight of a body and a metabolic syndrome
E.A. Dyndar

Scientific work is devoted to studying of comparative aspects of a current of pregnancy, sorts and conditions of newborns at women with a various index of weight of body and presence of a metabolic syndrome. Results of the spent clinical researches have shown that presence of superfluous weight of a body and a metabolic syndrome at women of reproductive age is the essential factor of development obstetrical and perinatal complications. Thus their frequency increases in process of increase in size of an index of weight of a body and degree of expressiveness of a metabolic syndrome. The received results are the basis for improvement of existing algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: an index of weight of body, pregnancy, childbirth, newborn, a metabolic syndrome.

Сведения об авторах

Дындарь Елена Анатольевна – Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киевский городской родильный дом № 3, 03148, г. Киев, ул. В. Кучера, 7; тел.: (044) 405-02-51. E-mail: dyndar@ukr.net

СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ

1. Задюченко В.С. Метаболический синдром: терапевтические возможности и перспективы. / В.С. Задюченко, Т.В. Адашева, О.Ю. Демичева, О.Н. Порывкина – Consilium Medicum, 2009. – 7 (9): 725–33.
2. Звягинцева Т.Д. Механизмы развития, принципы диагностики и современные методы лечения метаболического синдрома / Т.Д. Звягинцева, И.М. Плутенко // Новости медицины и фармации. – 2012. – № 414. – С. 20–23.
3. Кобалава Ж.Д. Метаболический синдром: принципы лечения / Ж.Д. Кобалава, В.В. Толкачева // Рус. мед. журн. – 2012. – 13 (7): 451–8.
4. Колмыков В.Н. Гинекологическая эндокринология (обзорная информация). / В.Н. Колмыков. – М., 2009. – 56 с.
5. Кузин А.И. Метаболический синдром: клинические и популяционные аспекты. / А.И. Кузин, Ю.А. Ленгин – Челябинск: Издательство «ЗАО «Челябинская Межрайонная типография», 2011. – С. 120.
6. Метаболический синдром и тромбофилия в акушерстве и гинекологии / А.Д. Макацария, Е.Б. Пшеничникова, Т.Б. Пшеничникова и др. – М.: ООО «МИА», 2011. – 480 с.
7. Чайка В.К., Богослав Ю.П. Ожирение и репродуктивное здоровье / В.К. Чайка, Ю.П. Богослав. – Донецк: ЧП «Лавис», 2011. – С. 119.

Статья поступила в редакцию 09.04.2014

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

ГРУДНОЕ МОЛОКО – ЭЛИКСИР ТОТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

Ученые из США обнаружили, что чем дольше продолжалось кормление грудью новорожденного ребенка, тем ниже у него во взрослом возрасте уровень специфического белка, являющегося маркером воспаления.

Другими словами, у взрослого человека, который в младенчестве достаточно долго питался материнским молоком, значительно снижен риск развития гиперактивной иммунной системы.

Чрезмерная "бдительность" иммунной системы ничуть не лучше, чем сниженный иммунитет, так как такая гиперактивность связана с хроническим воспалительным процессом в организме и очень многими заболеваниями - от аст-

мы и диабета 2-го типа до ишемической болезни сердца и инсульта.

В норме воспаление является защитной реакцией на инфекцию или токсин, но в отсутствие патогенов хроническое воспаление постепенно разрушает организм.

Сотрудники американского Северо-Западного университета (Northwestern University) сравнивали показатели уровня С-реактивного белка плазмы крови, который является маркером воспаления, и данные о продолжительности грудного вскармливания 7 000 мужчин и женщин в возрасте от 24 до 32 лет.

Среди участников были и такие, которые находились на искусственном вскармливании с самого момента рождения.

Было установлено, что грудное вскармливание на протяжении менее 3-х месяцев, было связано со снижением уровня С-реактивного белка плазмы во взрослом возрасте на 20% по сравнению с теми испытуемыми, которые в младенческом возрасте питались исключительно искусственными смесями.

Питание материнским молоком на протяжении 6 месяцев снижало уровень маркера воспаления на 26,7%, а кормление грудью в течение первых 12 месяцев жизни ребенка было связано со снижением уровня С-реактивного белка в зрелом возрасте на 29,6%.

Источник: www.health-ua.org