

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

© Н. І. Генік, В. Я. Скрипник, Н. М. Кінаш, 2013.

ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Н. І. Генік, В. Я. Скрипник, Н. М. Кінаш

Кафедра акушерства та гінекології ім. І. Д. Ланового (зав. – професор Н. І. Генік), Івано-Франківський національний медичний університет; 76000, Україна, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2; E-mail: nata_kinash@mail.ru

PROGNOSIS OF PERINATAL COMPLICATIONS IN WOMEN WITH METABOLIC SYNDROME

N. I. Genyk, V. Y. Skrypnyk, N. M. Kinash

SUMMARY

In recent years, various endocrinopathies, the basic version of which is metabolic syndrome (MS), take a special place in the structure of the genital and extra-genital pathology. This syndrome is characterized by a combination of hyperinsulinemia, primary hypertension, dyslipidaemia, obesity and polycystic ovarian changes; these symptoms are often interrelated and mutually enhancing. Thus, pregnant women with MS have an increased risk of various obstetric and perinatal complications; however, existing treatments and preventive measures are not always effective.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Н. И. Генік, В. Я. Скрипник, Н. М. Кінаш

РЕЗЮМЕ

В последние годы в структуре генитальной и экстрагенитальной патологии особое место занимают различные эндокринопатии, главным вариантом которых является метаболический синдром (МС). Он характеризуется сочетанием гиперинсулинемии, первичной артериальной гипертензии, дислипидемии, ожирения и поликистозными изменениями яичников; эти симптомы чаще всего взаимосвязанные, дополняют и усиливают друг друга. Вместе с этим, беременные с МС имеют повышенный риск развития разных акушерских и перинатальных осложнений, а существующие лечебно-профилактические мероприятия не всегда эффективные.

Ключові слова: метаболічний синдром, вагітність, перинатальні ускладнення, прогнозування.

Незважаючи на значне число наукових публікацій з проблеми акушерської та перинатальної патології у 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 метаболічним синдромом [1, 6].

Метаболічний синдром (МС), що відомий ще й під назвами «синдром Х», «смертельний квартет», «синдром Ривена», «синдром недостатку», уявляє собою мультифакторний клінічний стан, обумовлений комплексом генетичних, гемодинамічних, нейрогуморальних особливостей та способом життя людини, що проявляється комплексом патогенетично взаємопов'язаних порушень чутливості тканин до інсуліну, вуглеводного, ліпідного, пуринового обміну, а також абдомінальним ожирінням та артеріальною гіпертензією [2, 5].

За даними різних авторів, поширеність МС продовжує збільшуватися й у цей час становить від 5 до 20%. Кількість публікацій й інтерес до МС значно зріс останнім часом [2, 4], що пов'язано з рядом причин. По-перше, іде нагромадження нових відомостей про закономірності його розвитку, по-друге, зростає увага практичних лікарів до даної патології у зв'язку з тим, що МС – фактор високого ризику розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС) і іншої серцево-судинної патології, а також цукрового діабету (ЦД) другого типу [3].

Матеріал та методи

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ

Контрольна група – 30 жінок без метаболічного синдрому;

I група – 30 жінок із метаболічним синдромом і профілактикою гіпотонічних маткових кровотеч по загальноприйнятій методиці.

II група – 30 жінок із метаболічним синдромом і профілактикою гіпотонічних маткових кровотеч по запропонованій методиці.

Критерії виявлення компонентів метаболічного синдрому:

- ожиріння – індекс маси тіла > 30 кг/м²;
- артеріальна гіпертензія – систолічний артеріальний тиск > 140 мм рт.ст. і діастолічний > 90 мм рт.ст.;
- гіпер- і дисліпідемія: тригліцериди > 2 ммоль/л; загальний холестерин > 5 ммоль/л і ліпопротеїди низької щільності > 55 Од/л;

- інсулінорезистентність – показник індексу Саго < 0,33;

- наявність полікістозних яєчників.

Клінічні, ехографічні, гемостазіологічні, функціональні і статистичні.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Нами вивчено спадковість пацієток, особливо у вигляді наявності в одного або обох батьків супутнього ожиріння, цукрового діабету й тиреоїдної патології (табл. 1). Виходячи із представлених даних, у контрольній групі обтяжена спадковість зустрічалася в поодиноких спостереженнях. На відміну від

цього, в основних групах варто вказати на високу частоту супутнього ожиріння в одного (група 1 – 63,0% й 2 – 65,0%) або обох батьків (група 1 – 31,0% й 2 – 29,0%). Крім того, цукровий діабет в анамнезі зустрічався в одного (1 група – 27,0% й 2 – 28,0%) або обох батьків (1 група – 14,0% й 2 – 13,0%), також як і тиреоїдна патологія в одного (1 група – 28,0% й 2 – 29,0%) або обох батьків (1 група – 11,0% й 2 – 10,0% відповідно). Отримані результати свідчать про наявність обтяженої спадковості у пацієток з надлишковою масою тіла, причому практично у всіх спостереженнях.

Таблиця 1

Обтяжена спадковість у обстежених пацієток (%)

Показник	Групи пацієток		
	Контрольна, n=30	1 група, n=30	2 група, n=30
Ожиріння у одного з батьків	2,0	63,0	65,0
Ожиріння у обох батьків	-	31,0	29,0
Цукровий діабет у одного з батьків	4,0	27,0	28,0
Цукровий діабет у обох батьків	-	14,0	13,0
Патологія щитовидної залози у одного з батьків	4,0	28,0	29,0
Патологія щитовидної залози у обох з батьків	2,0	11,0	10,0

Поява надлишкової маси тіла до 10 років зустрічалася в поодиноких випадках (1 група – 7,0% й 2 – 6,0%), також як і після 20 років (1 група – 7,0% й 2 – 8,0%). В усі інші вікові періоди поява надлишкової ваги спостерігалася набагато частіше, але особливо в пубертатному періоді (11-16 років) (по 56,0% в обох групах). Це дозволяє віднести надмірну вагу дівчат у період статевого дозрівання також до фактору ризику надлишкової маси тіла у репродуктивному віці.

Представлені у (табл. 2) основні фактори ризику надлишкової маси тіла в обстежених пацієток.

Звертає на себе увагу висока частота таких параметрів, як вечірній прийом їжі (1 група – 74,0% й 2 – 77,0%) і малорухомих спосіб життя (1 група – 74,0% й 2 – 73,0%). Порівняно рідше пацієтки були домогосподарками (1 група – 63,0% й 2 – 65,0%), а також зловживали продуктами з високим вмістом жирів (1 група – 62,0% й 2 – 60,0%). Менш чим у половині спостережень жінки відзначались зловживаннями продуктами з високим вмістом вуглеводів (1 група – 47,0% й 2 – 49,0%). Отримані дані наочно пояснюють причини появи надлишкової маси тіла в обстежених пацієток.

Таблиця 2

Фактори ризику надлишкової маси тіла у обстежених пацієток (%)

Фактори ризику	Групи пацієток	
	1 група, n=30	2 група, n=30
Домогосподарки	63,0	65,0
Малорухомих образ життя	74,0	73,0
Зловживання продуктами з високим вмістом вуглеводів	47,0	49,0
Зловживання продуктів з високим вмістом жирів	62,0	60,0
Вечірній прийом їжі	74,0	77,0

На нашу думку, велике значення має супутня екстрагенітальна патологія. Так, у першу чергу, варто вказати на явну перевагу перенесених дитячих інфекцій (1 група – 93,0% й 2 – 95,0%). Серед інших варіантів можна виділити істотний рівень варикозного розширення вен нижніх кінцівок (1 група – 20,0% й 2 – 21,0%); патології шлунково-кишкового тракту (1 група – 16,0% й 2 – 17,0%) і захворювань легенів (1 група – 14,0% й 2 – 13,0%). Інші нозологічні форми соматичної захворюваності мали місце в поодиноких випадках.

Серед жінок контрольної групи вихідна генітальна патологія зустрічалася в поодиноких

випадках (табл. 3). На відміну від цього в жінок з надлишковою масою тіла відзначено високу частоту різних порушень менструального циклу (1 група – 29,0%; 2 – 31,0%); синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ) (1 група – 21,0% й 2 – 22,0%) і хронічних запальних захворювань органів малого тазу (1 група – 23,0% й 2 – 24,0%). Трохи рідше були патологічні зміни шийки матки (1 група – 17,0% й 2 – 16,0%), а кісти й кістоми яєчників – тільки в поодиноких випадках (1 група – 3,0% й 2 – 4,0%). Ці дані найшли відбиття й на рівні безплідності, яка мала місце в кожному п'ятому випадку (1 група – 19,0% й 2 – 20,0% відповідно).

Таблиця 3

Вихідна генітальна патологія у обстежених пацієнток (%)

Захворювання	Групи пацієнток		
	Контрольна, n=50	1 група, n=100	2 група, n=100
Хронічні запальні захворювання геніталій	4,0	23,0	24,0
Патологія шийки матки	3,0	17,0	16,0
Порушення менструального циклу	2,0	29,0	31,0
Кісти й кістоми яєчників	-	3,0	4,0
СПКЯ	-	21,0	22,0
Неплідність	-	19,0	20,0

Як було вже відзначено, жінки контрольної групи народжували вперше, й тільки в поодиноких випадках у них в анамнезі зустрічалися артифіційні й мимовільні аборти. У порівнянні із цим, у пацієнток основних груп можна виділити високу частоту артифіційних (1 група – 31,0% й 2 – 33,0%) і мимовільних абортів (1 група – 12,0% й 2 – 11,0%).

28,0% жінок 1 групи й 29,0% – в 2 групі народили повторно.

При аналізі клінічного перебігу попередніх вагітностей у жінок з надлишковою масою тіла (табл. 4) можна виділити два основних ускладнення: гестаційна анемія (1 група – 53,6% й 2 – 55,2%) і плацентарна недостатність (1 – 46,4% й 2 – 41,4%).

Таблиця 4

Клінічний перебіг попередніх вагітностей

Показник	Групи пацієнток			
	1 група, n=30		2 група, n=30	
	Абс.	%	Абс.	%
Анемія вагітних	15	53,6	16	55,2
Загроза переривання	7	25,0	8	27,6
Прееклампсія	5	17,9	7	24,1
Плацентарна недостатність	13	46,4	12	41,4
Кровотеча в пологах	4	14,3	3	10,3
Кесарів розтин	5	17,9	6	20,7

Серед інших особливостей варто вказати на істотний рівень загрози переривання вагітності (1 група – 25,0% й 2 – 27,6%); прееклампсії (1 група – 17,9% й 2 – 24,1%), а також кровотеч при розродженні (1 група – 14,3% й 2 – 10,3%). Абдомінальним

шляхом було розроджено 5 жінок з 1 групи (17,9%) і 6 – з 2 (20,7%).

ВИСНОВКИ

1. Проблема МС стає ще більш актуальною для акушерів-гінекологів у зв'язку з необхідністю

урахування даної патології стосовно репродуктивної функції жінки, розробки ефективних методів профілактики акушерських ускладнень та перинатальних втрат.

2. Таким чином, як свідчать результати проведеної клінічної характеристики пацієнок, групи були підібрані відповідно до поставленої мети й завдань. Безумовно, жінки з надлишковою масою тіла мають обтяжений спадковий, соматичний, гінекологічний і репродуктивний анамнез.

ЛІТЕРАТУРА

1. Беляков Н. А. Метаболический синдром у женщин (патофизиология и клиника) / Беляков Н. А., Сеидова Г. Б., Чубриева С. Ю. – СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2005. – 440 с.

2. Броневец И. Н. Особенности ведения пациентов с ожирением / И. Н. Броневец // Здоровоохранение. – 2003. – № 6. – С. 36–40.

3. Гинзбург М. М. Ожирение. Влияние на развитие метаболического синдрома. Профилактика и лечение / М. М. Гинзбург, Н. Н. Крюков. – М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2002. – 127 с.

4. Казека Г. Р. Метаболический синдром / Г. Р. Казека. – Новосибирск, 2000. – 124 с.

5. Кузин А. И. Метаболический синдром: клинические и популяционные аспекты / А. И. Кузин, Ю. А. Ленгин. – Челябинск : Издательство «ЗАО «Челябинская Межрайонная типография», 2001. – 96 с.

6. Чазова И. Е. Метаболический синдром / И. Е. Чазова, В. Б. Мычка // Consilium medicum. – 2002. – Т. 4, № 11. – С. 587–592.