

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

^{1,2}Захарко А.Ю.

*¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
3-я кафедра внутренних болезней, г. Минск*

²УЗ «Гомельская городская клиническая больница №2» г. Гомель, Беларусь

Ключевые слова: метаболический синдром, беременность, роды, новорожденный.

Резюме: проанализированы течение и исход беременности и родов у женщин с метаболическим синдромом. Выявлено, что беременность у женщин с метаболическим синдромом наиболее часто осложняется развитием гестоза, гестационного сахарного диабета, гипоксическими состояниями плода. При сочетании метаболического синдрома и гестозановорожденные чаще нуждаются в лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Resume: analyzed the course and outcomes of pregnancy and childbirth in women diagnosed with metabolic syndrome. It was also determined pregnancies in women diagnosed with metabolic syndrome were most often complicated by the development of preeclampsia, gestational diabetes, and fetal hypoxia. When metabolic syndrom was combined with preeclampsia, infants often required treatment in the intensive therapy.

Актуальность. Приоритетным направлением здравоохранения является совершенствование охраны материнства и детства [1,2]. Актуальным является изучение влияния экстрагенитальных заболеваний у женщины на течение беременности и родов, на развитие плода и новорожденного, его адаптивные возможности, заболеваемость и смертность [3].

Цель: изучить особенности течения гестационного процесса, родов у женщин с метаболическим синдромом (МС).

Задачи: проанализировать течение и исход беременности и родов у женщин с метаболическим синдромом.

Материал и методы. Было проведено динамическое наблюдение за течением беременности, родов, послеродового периода у 156 женщин. В основную группу вошли 90 беременных женщин с МС, в группу сравнения 66 женщин, не имеющих критериев для диагностики МС. По наличию либо отсутствию гестоза каждая из групп в последующем делилась на подгруппы (рис.1). Диагностика МС осуществлялась в первом триместре беременности с помощью критериев, предложенных Международной Диабетической Федерацией (IDF 2005). Для определения степени тяжести гестоза нами использована балльная шкала, предложенная С. Goucke в модификации Г.М. Савельевой (1982).

Всем пациенткам проводились сбор анамнеза с изучением данных обменных карт, общий осмотр, включая параметры роста, массы тела, вычислялся индекс Кетле (отношение массы тела к росту в m^2), при этом прибавка массы тела за беременность не учитывалась. С целью оценки липидного спектра крови определяли содержание общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов высокой, низкой, очень низкой плотности.

Обработка полученных результатов проводилась с помощью статистических программ Excel и Statistica 7.0. Полученные данные считали достоверными при величине безошибочного прогноза равной или больше 95% ($p < 0,05$).



Рис. 1 – Дизайн исследования

Результаты и их обсуждение. Основная группа и группа сравнения были сопоставимы по возрасту ($28,85 \pm 4,81$ и $27,54 \pm 3,99$ лет, $p=0,073$), сроку гестации ($254,29 \pm 16,81$ и $259,59 \pm 18,99$ дней, $p=0,068$). Общая прибавка массы тела за беременность в основной группе была достоверно ниже ($10,82 \pm 4,09$ кг), чем в группе сравнения ($13,82 \pm 4,87$), $p < 0,001$. Но если взять во внимание рекомендации Institute of Medicine (ИОМ, 2009г.) по контролю за прибавкой веса в течение беременности, выявлено, что у 61,1% женщин основной группы этот показатель превышал рекомендуемое значение, что достоверно выше, чем в группе сравнения – 25,75% ($p < 0,001$) [5]. Ожидается, что индекс массы тела у женщин с МС был достоверно выше ($32,63 \pm 4,01$), чем в группе сравнения ($21,55 \pm 2,2$), $p < 0,0001$. В основной группе удельный вес женщин с избыточной массой тела составил 15,6%, с ожирением I степени – 64,4%, II степени – 15,6%, III степени – 4,4%. Артериальная гипертензия наблюдалась у 33,3% беременных основной группы и 21,2% - группы сравнения ($\chi^2=2,8$, $p > 0,05$).

Изучая течение беременности у женщин с МС, было выявлено достоверно более частое развитие таких осложнений, как токсикоз первой половины беременности, хроническая внутриматочная гипоксия плода (ХВМГП), синдром задержки развития плода (СЗРП), гестационный сахарный диабет (ГСД), гестоз (таблица 1).

Таблица 1- Распространенность осложнений гестации в исследуемых группах

Показатель	Основная группа (n=90)	Группа сравнения (n=66)	Достоверность различия
Угрожающий выкидыш, n (%)	31 (34,4)	21 (31,8)	-
Угрожающие преждевременные роды, n (%)	10 (11,1)	14 (21,2)	-
Токсикоз первой половины беременности, n (%)	11 (12,2)	2 (3,03)	$p < 0,05$
Анемия, n (%)	29 (32,2)	28 (42,4)	-
ХВМГП, n (%)	21 (23,3)	7 (10,6)	$p < 0,05$
СЗРП, n (%)	8 (8,9)	1 (1,5)	$p < 0,05$
Холестаз беременных, n (%)	3 (3,3)	2 (3,03)	-
Патология околоплодных вод, n (%)	6 (6,7)	2 (3,03)	-
ГСД, n (%)	15 (16,7)	1 (1,5)	$p < 0,01$

Гестоз, n (%)	65 (72,2)	36 (54,5)	p<0,05
---------------	-----------	-----------	--------

Беременность закончилась родами через естественные родовые пути у 51,1% женщин с МС, и у 65,15% женщин без признаков МС. Причем роды начались самопроизвольно только у 22,2% беременных основной группы, что достоверно реже, чем в группе сравнения (48,5%), $p<0,0001$. У большинства женщин с МС роды были индуцированными и программируемыми, что говорит о настороженности в отношении данной категории пациенток. У 7,8% пациенток основной группы и 15,1% женщин группы сравнения роды были преждевременными. При анализе подгрупп выявлено, что преждевременные роды достоверно чаще наблюдались у женщин с гестозом без МС (30,3%), по сравнению с пациентками других подгрупп ($p<0,01$), и в подгруппе МС+гестоз (11,9%) достоверно чаще, чем в контрольной группе ($p<0,05$). Возможно, это связано, во-первых, с различными патогенетическими путями развития гестоза у женщин с МС, во-вторых, с профилактическими мерами на протяжении всей беременности [4].

44 (48,9%) пациенток основной группы роды закончились оперативным путем, из них у 66% женщин в плановом порядке, у 34% - в экстренном; у беременных без МС в 34,8% случаев (23 пациентки) роды завершились оперативно, из них у 48% пациенток в плановом порядке и у 52% - в экстренном. При анализе подгрупп установлено, что в подгруппах МС+гестоз (43,75%) и гестоз без МС (64,7%), роды достоверно чаще заканчивались операцией кесарева сечения в экстренном порядке, по сравнению с подгруппами МС без гестоза (8,3%) и контрольной группой (16,6%), $p<0,05$, что свидетельствует о том, что присоединение такого грозного осложнения беременности, как гестоз во многом определяет исходы и прогноз беременности. Среди беременных с МС достоверно чаще кесарево сечение проводилось в связи наличием рубца на матке после предыдущего родоразрешения, что указывает на осложненное течение предыдущих родов; в связи с клиническим узким тазом и длительным бесплодием в интересах матери и плода. В то же время у женщин с «чистыми» формами гестоза кесарево сечение проводилось в основном в связи с нарастанием проявлений гестоза по жизненным показаниям ($p<0,01$) (таблица 2).

Таблица 2- Показания для оперативного родоразрешения в исследуемых группах

Показатель	Основная группа (n=44)	Группа сравнения (n=23)	Достоверность различия
Рубец на матке, n (%)	14 (31,8)	2 (8,7)	$p<0,05$
Нарастание явлений гестоза, n (%)	5 (11,1)	10 (21,2)	$p<0,01$
Отсутствие эффекта от родо-подготовки, n (%)	2(4,5)	3 (13,05)	-
Тазовое предлежание, n (%)	4 (9,1)	1 (4,3)	-
Длительное бесплодие, n (%)	7 (15,9)	0	$p<0,05$
3-кратное обвитие пуповиной, n (%)	2 (4,5)	0	-
Клинически узкий таз, n (%)	10 (22,7)	1 (4,3)	$p<0,05$
Слабость родовой деятельно-	1 (2,3)	1 (4,3)	-

сти, неподдающаяся медикаментозной коррекции, n (%)			
Неудачная попытка индукции родов, n (%)	5 (11,3)	2 (8,7)	-
Острая и/или декомпенсация хронической гипоксии плода, n (%)	3 (6,8)	1 (4,3)	-
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, n (%)	1 (2,3)	1 (4,3)	-
Отягощенный соматический анамнез, n (%)	0	1 (4,3)	-

В группе беременных с МС во время родов достоверно чаще наблюдалась слабость родовой деятельности (12,2%), чем в группе сравнения (3,03%), $p < 0,05$.

Результатом беременности у обследуемых женщин явилось рождение 156 живых детей. Из них 11 (16,7%) в подгруппе женщин МС+гестоз, 5 (18,5%) в подгруппе МС без гестоза и 9 (27,3%) в подгруппе женщин с гестозом родились в состоянии гипоксии разной степени выраженности, что достоверно чаще, чем в контрольной группе – 1 (3,03%) ребенок, $p < 0,05$. Установлено, что в новорожденные, родившиеся от женщин с МС и гестозом (19,4%), и женщин с гестозом (18,1%) чаще нуждались в лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии, по сравнению с детьми из подгрупп МС без гестоза и контрольной группой, $p < 0,05$.

Выводы: Беременность и роды у женщин с МС и гестозом связаны с высоким риском развития таких осложнений беременности и родов, как гестоз, ГСД, гипоксические состояния плода, преждевременные роды, клинически узкий таз, слабость родовой деятельности. Новорожденные у женщин с МС и гестозом и гестозом без МС чаще рождались с асфиксией различной степени тяжести и нуждались в лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Литература

1. Михалевич С.И. Акушерские проблемы у пациенток с метаболическим синдромом / С.И. Михалевич, А.В. Ещенко // Медицинские новости. – 2011. - №6. – С. 19-22.
2. Тимошина И.В., Комиссарова Л.М., Бурлев В.А. Влияние ожирения на формирование акушерских осложнений // Акушерство и гинекология. – 2009. - №6. – С. 3-5.
3. Horvath B., Kovacs L., Riba M. The metabolic syndrome and the risks of unfavourable outcome of pregnancy // *Orv Hertil.* – 2009. Vol. 150, No.29. – P. 1361-1365.
4. Mei S. Pre-eclampsia outcomes in different hemodynamic models/ S. Mei, H. Gu, Q.Wang // *Obstet Gynecol Res.* – 2008. - Vol. 34, No. 2. – P. 179-188.
5. Potti S. Obstetric outcomes in normal weight and obese women in relation to gestational weight gain: comparison between Institute of Medicine guidelines and Cedergren criteria / S, Potti, CS, Sliwinski, NJ, Jain // *Am J Perinatol.* – 2010. №27. - P. 15–20.