

ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ: СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Захарко А.Ю.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
кафедра кардиологии и внутренних болезней
г. Минск*

Ключевые слова: метаболический синдром, беременность, гипертензивные осложнения.

Резюме: для пациенток с гипертензивными осложнениями беременности характерны больший удельный вес лиц с диастолической дисфункцией, большая частота встречаемости и степень выраженности эндотелиальной дисфункции, что увеличивает вероятность осложненного течения и неблагоприятных исходов беременности.

Актуальность. Согласно докладу Исследовательской группы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), гипертензивные нарушения у беременных следует считать главными среди наиболее распространенных и важнейших заболеваний и синдромов сердечно-сосудистой системы (ССС). Значимость этой важнейшей международной проблемы здравоохранения определяется тяжелыми нарушениями здоровья и даже смертью матери (в некоторых странах до 40%), высоким уровнем детской и перинатальной заболеваемости и смертности, а также целого ряда акушерских осложнений, наблюдающихся у беременных с артериальной гипертензией (АГ)[1,2].

По данным российских авторов, артериальное давление (АД) выше 140/90 мм рт. ст. выявляется у 5-20% беременных, а в некоторых регионах достигает 29%. Причем распространенность АГ в период беременности за последние 10-15 лет выросла почти на треть и вышла на первое место в мире среди причин летальных исходов у беременных [2].

Классификация гипертензивных осложнений беременности вызывает много споров: в акушерстве на постсоветском пространстве распространена диагностика гестоза и оценка его тяжести на основании шкалы С. Goeк в модификации Г.М. Савельевой (1999), в рекомендациях (ACOG), (CHSCC) у беременных выделяют хроническую АГ, преэклампсию на фоне хронической АГ, гестационную АГ, преэклампсию (умеренную и тяжелую), эклампсию[3,4,5,].

Цель: оценить состояние сердечно-сосудистой системы у беременных с метаболическим синдромом (МС) в зависимости от наличия гипертензивных осложнений беременности.

Задачи: изучить некоторые параметры ЭХО-КГ, показатели эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД).

Материалы и методы. Было обследовано 156 женщин на протяжении всей беременности. В основную группу вошли 90 пациенток, имеющих

признаки МС, в группу сравнения - 66 беременных без МС. Диагностика МС осуществлялась в первом триместре беременности с помощью критериев, предложенных Международной Диабетической Федерацией (2005 г.). В зависимости от наличия диагностированного гестоза каждая из групп была разделена на две подгруппы: в первую подгруппу вошли беременные с МС и гестозом (n = 63), во вторую – пациентки с МС без гестоза (n = 27), в третью – женщины с гестозом без МС (n = 33), четвертую группу составили относительно здоровые беременные женщины с физиологическим течением беременности (контрольная группа) (n = 33). Диагностика и степень тяжести гестоза устанавливались на основании шкалы С. Гоек в модификации Г.М. Савельевой (1999).

Всем пациенткам проводились общеклиническое обследование, Эхо-КГ, ультразвуковое исследование плечевой артерии с выполнением манжеточной пробы по методике D. S. Celermajer.

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% ($p < 0,05$).

Результаты и их обсуждение. Основная группа и группа сравнения были сопоставимы по возрасту, сроку гестации, паритету родов, удельному весу лиц с диагностированной артериальной гипертензией. Для пациенток с МС в сравнении с беременными без МС были характерны более высокие среднегрупповые значения уровня систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления при поступлении в стационар (149 ± 16 и 137 ± 20 , $p < 0,01$ и 97 ± 9 и 89 ± 13 , $p < 0,01$ соответственно).

Анализируя показатели, характеризующие систолическую функцию ЛЖ, выявлено, что в группе пациенток с МС наблюдаются более высокие значения КДО, УО, ФВ, ФУ по сравнению с беременными без МС, наличие гестоза не вносит существенный вклад в изменение систолической функции сердца (таблица 1).

Таблица 1 – Эхокардиографические показатели систолической функции ЛЖ у пациенток исследуемых групп.

Признак, Me (25- 75%)	Беременные с МС (n=90)		Беременные без МС (n=66)		p
	МС+ Г (n=63)	МС без Г (n=27)	Гестоз(n=33)	Контрольная группа (n=33)	
ФВ ЛЖ, %	72 (69; 77)		70 (68; 74)		p=0,034
	72 (69, 79)	71 (68; 76)	71 (68; 74)	70 (68; 75)	
УО, мл	83 (71; 95)		70 (65; 79)		p<0,01
	83(71 ; 95)*^	85 (71; 96)*&	68 (64; 74)	70 (67; 79)	
КДО, мл	113,5 (100; 129)		100 (93; 108)		p<0,01
	113 (100; 129)* ^	118 (99, 135)*&	97 (89; 105)	100 (96; 110)	
КСО, мл	31 (25; 35)		28 (25; 32)		p=0,055
	30 (25; 36)	33 (26; 35)#	27 (24; 31)	30 (25; 34)	
КДИ, мл/м2	56,47 (48,29; 62,66)		55,92 (49,79; 61,78)		p=0,636
	54,88 (48,2 9; 62,6)	58,78 (47,91; 63,68)	52,06 (48,56; 56,75)	57,38 (52,77; 62,74)	
КСИ, мл/м2	14,67 (12,29; 17,84)		15,57 (14,07; 18,26)		p=0,093
	14,16 (12,0 2; 17,26)	16,08 (13,02; 18,8)	15,09(14,03; 16,53)	17,01 (14,11; 19,56)	

Примечания.* - достоверность различия показателей при сравнении с подгруппой гестоз без МС при p<0,001, # - при сравнении с подгруппой гестоз без МС при p<0,008, ^ - при сравнении с контрольной подгруппой, p<0,001, & - при сравнении с контрольной подгруппой при p<0,007.

При анализе величины индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) в подгруппах установлены статистически значимые различия между подгруппами женщин с МС и гестозом ($96,39 \pm 0,04$ г/м²) и беременными с «чистыми» формами гестоза ($80,5 \pm 19,67$ г/м²), а также с контрольной подгруппой ($77,1 \pm 13,3$ г/м²), p<0,001, значение ИММЛЖ в подгруппе беременных с МС без гестоза ($91,98 \pm 13,8$ г/м²) было выше, чем у пациенток с «чистой» формой гестоза и контрольной группой, p<0,001.

Оценка состояния диастолической функции ЛЖ произведена у 63 пациенток с МС и у 44 пациенток группы сравнения. Распространенность

диастолической дисфункции ЛЖ (без учета типа) в основной группе составила 52,4% (n = 33), что статистически значимо ($\chi^2=5,5$; $p<0,05$) превышало распространенность диастолической дисфункции в группе сравнения – 25% (n = 11).

У беременных с гестозом распространенность диастолической дисфункции ЛЖ была статистически выше, чем в подгруппах сравнения (рисунок 1). В структуре нарушений диастолической функции во всех подгруппах превалировал I тип нарушения (замедление расслабления).

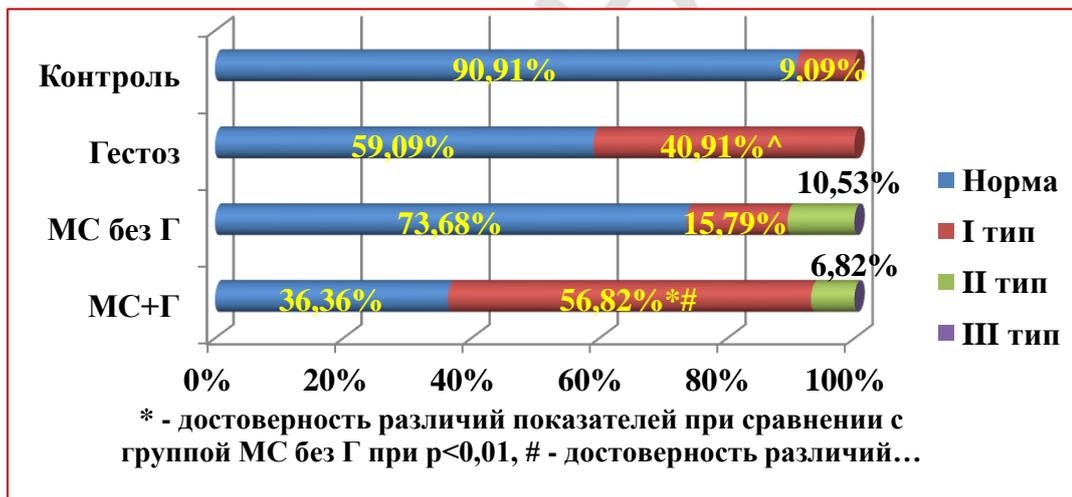


Рис. 1 – Структура результатов изучения диастолической функции в исследуемых подгруппах

У 60 (68,2%) пациенток основной группы наблюдалось нарушение вазомоторной функции эндотелия при проведении пробы с реактивной гиперемией, из них у 52 (86,7%) фиксировалось снижение ЭЗВД, у 8 (13,3%) – парадоксальная реакция на пробу, что статистически значимо чаще, чем в группе сравнения – 32 (51,6%) пациентки с нарушением ЭЗВД, из них у 26 (81,3%) – снижение ЭЗВД, 6 (18,7%) – парадоксальная реакция ($\chi^2 = 4,2$, $p<0,05$). При анализе распространенности нарушений ЭЗВД в подгруппах выявлено, что нарушения ЭЗВД как по типу сниженной, так и парадоксальной реакции на пробу достоверно чаще встречаются в подгруппах беременных с МС и гестозом (57,4% и 11,5% соответственно, $p<0,01$) и у женщин с «чистыми» формами гестоза (65,5% и 20,7% соответственно, $p<0,01$) по сравнению с контрольной группой (21,2% и 0% соответственно).

Выводы: Для пациенток с гипертензивными осложнениями беременности характерны больший удельный вес лиц с диастолической дисфункцией по сравнению с подгруппами женщин без гестоза. Подгруппы беременных с гипертензивными осложнениями характеризуются большей частотой встречаемости и степенью выраженности эндотелиальной дисфункции, что увеличивает вероятность осложненного течения и неблагоприятных исходов беременности.

Литература

1. Михалевич, С.И. Акушерские проблемы у пациенток с метаболическим синдромом / С.И. Михалевич, А.В. Ещенко // Мед.новости. – 2011. - №.6. – С. 18-22.
2. Пристром, А.М. Артериальная гипертензия беременных: диагностика, классификация, клинические формы : учебное пособие / А.М. Пристром. / Минск: БелМАПО, 2011 – 103 с.
3. Drobny, J. Metabolic syndrome and the risk of preeclampsia // BratislLekLisly. – 2009. - Vol. 110. – P. 401-403.
4. Gillon, TE. Hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review of international clinical practice guidelines / TE. Gillon [et al.] // PLoS One. – 2014. – Vol.9. – P. 126-129.
5. Zandstra, M. Cardiac diastolic dysfunction and metabolic syndrome in young women after placental syndrome/ M. Zandstra, E. Stekkinger , MJ van der Vlugt // Obstet Gynecol. – 2010. - Vol. 115. – P. 101-108.