

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Захарко А. Ю.

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

Ключевые слова: беременность, метаболический синдром, новорожденный.

Резюме: беременность, протекающая на фоне метаболического синдрома, чаще осложняется угрозой прерывания, ранним токсикозом, фетоплацентарной недостаточностью, гипертензивными нарушениями и гестационным сахарным диабетом.

Resume: pregnancy, flowing against the background of metabolic syndrome, often compounded by the threat of interruption, early toxicosis, placental insufficiency, hypertensive disorders, and gestational diabetes.

Актуальность. Беременность, протекающая на фоне экстрагенитальной патологии, заслуживает пристального внимания, как со

стороны акушеров-гинекологов, так и терапевтов. С одной стороны, это связано с повышенным риском развития осложнений гестационного процесса, с другой стороны, беременность может способствовать декомпенсации соматических заболеваний, что в обоих случаях повышает риск развития жизнеугрожающих состояний для матери и плода [4,7].

Метаболический синдром (МС) – комплекс метаболических, гормональных и клинических нарушений, характеризующийся висцеральным ожирением, снижением чувствительности периферических тканей к инсулину и гиперинсулинемией, которые вызывают развитие нарушений углеводного, липидного, пуринового обмена и артериальную гипертензию (АГ) [2]. Частота распространенности ожирения среди беременных составляет 15-38%, нарушений углеводного обмена - 5,6% (4-6%), АГ - 5-20% [1, 5]. Необходимое для диагностики МС сочетание факторов риска регистрируется у 3-3,5% беременных женщин [6]. Во время беременности и родов МС является фактором риска гестоза, гестационного сахарного диабета (ГСД), тромбоэмболических осложнений, преждевременных родов, слабости родовой деятельности, клинически узкого таза, макросомии плода, острой гипоксии и травматизма плода [3].

Цель: изучить влияние МС на течение беременности и родов, состояние новорожденного у женщин с МС.

Материалы и методы исследования: проспективное исследование включало 156 женщин в третьем триместре беременности, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии беременности УЗ «Гомельская городская клиническая больница №2». В основную группу вошли 90 пациенток, имеющих необходимое для диагностики МС сочетание факторов риска, группу сравнения составили 66 пациенток без признаков МС. В зависимости от наличия диагностированного на момент исследования гестоза каждая из групп была разделена на две подгруппы: МС+гестоз (n=63), МС без гестоза (n=27), гестоз (n=33), контрольная группа (n=33). Для диагностики МС были использованы критерии, предложенные 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 массы тела (ИМТ) (отношение массы тела к росту в м²), при этом прибавка массы тела за беременность не учитывалась.

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 исследования и их обсуждение. Основная группа и группа сравнения были сопоставимы по возрасту (28,0 (25,0; 32,0) и 28,0 (25,0; 30,0) соответственно, p>0,05), сроку гестации (254±17 и 260±19 дней

соответственно, $p > 0,05$), паритету родов. ИМТ у беременных с МС (31,6 (30,1-34,2)) был статистически значимо выше, чем у женщин, имеющих недостаточное для диагностики МС сочетание факторов риска (21,5 (20,3-22,8)), $p < 0,001$. Уровень систолического и диастолического артериального давления (АД) в основной группе и группе сравнения составил 149 ± 16 и 137 ± 20 мм. рт. ст., $p < 0,001$; 97 ± 9 и 89 ± 13 мм. рт. ст., $p < 0,001$ соответственно. АГ была диагностирована у 33,3% ($n=30$) беременных с МС и у 24,2% ($n=16$) женщин группы сравнения ($\chi^2=1,5$, $p > 0,05$).

В группе беременных с МС больший удельный вес женщин, беременность которых осложнилась угрожающим выкидышем, ранним токсикозом, фетоплацентарной недостаточностью (ФПН), синдромом задержки развития плода (СЗРП), ГСД по сравнению с женщинами без МС (таблица 1).

Таблица 1 – Гестационные осложнения в группах исследования.

Признак, n (%)	Беременные с МС, (n=90)	Беременные без МС, (n=66)	p
Угрожающий выкидыш	38 (42,2)	16 (24,2)	$\chi^2=5,4$; $p < 0,05$
Угрожающие преждевременные роды	23 (25,5)	14 (21,2)	$\chi^2=0,4$; $p > 0,05$
Ранний токсикоз	11 (12,2)	2 (3,03)	$\chi^2=4,2$; $p < 0,05$
Анемия беременных	29 (32,2)	28 (42,4)	$\chi^2=1,7$; $p > 0,05$
ФПН	19 (21,1)	6 (9,1)	$\chi^2=4,1$; $p < 0,05$
СЗРП	8 (8,9)	1 (1,5)	$\chi^2=3,8$; $p < 0,05$
ГСД	15 (16,7)	1 (1,5)	$\chi^2=9,5$; $p < 0,01$
Патология околоплодных вод	9 (10)	2 (3)	$\chi^2=2,8$; $p > 0,05$
Холестаз беременных	5 (5,6)	2 (3)	$\chi^2=0,6$; $p > 0,05$

Среди беременных с МС меньший удельный вес женщин с самопроизвольным началом родовой деятельности (22,2%) и большее число пациенток с индуцированными родами (43,3%) по сравнению с беременными без МС (51,5% и 27,3% соответственно), $p < 0,05$. У 14,4% женщин основной группы и 15,2% женщин группы сравнения роды были преждевременными, $p > 0,05$. Если рассматривать удельный вес пациенток с преждевременными родами в подгруппах, выявлено, что в подгруппах МС+гестоз (17,5%) и гестоз (27,3%) количество женщин с преждевременными родами больше, чем в контрольной подгруппе (3,0%), $p < 0,05$. Среди осложнений родового процесса в основной группе достоверно чаще наблюдались слабость родовой деятельности (13,3% ($n=12$)) и акушерский травматизм (глубокие разрывы промежности, влагалища, гематомы) – 12,2% ($n=11$), чем в группе сравнения – 3% ($n=2$) и 3% ($n=2$) соответственно, $p < 0,05$.

В подгруппе пациенток с МС ИМТ новорожденных был достоверно выше, чем в группе сравнения, по остальным параметрам статистически достоверных различий выявлено не было (таблица 2).

Таблица 2 – Состояние новорожденных в исследуемых группах/

Показатель	Беременные с МС, (n=90)	Беременные без МС, (n=66)	p
Масса ребенка, г	3556±462	3520±461	p=0,36
ИМТ ребенка, кг/м ²	12,44±1,2	12,02±1,01	p<0,05
Оценка по шкале Апгар на 5 минуте	8,13±0,74	8,25±0,8	p=0,35
Гипоксия, n (%)	18 (20)	11 (16,7)	p>0,05
Осложненное течение раннего неонатального периода, n (%)	38 (42,2)	27 (40,9)	p>0,05
Пребывание в ОАРИТ, n (%)	12 (13,3)	7 (10,6)	p>0,05

Выводы:

Беременность, протекающая на фоне МС, чаще осложняется угрозой прерывания, ранним токсикозом, ФПН с развитием СЗРП, а также гипертензивными нарушениями и ГСД.

Женщины с МС уязвимы по развитию слабости родовой деятельности и акушерскому травматизму в родах и рождению детей с избыточной массой тела.

Литература

1. Данилова, Л.И. Сахарный диабет и беременность : учеб. – метод. пособие / Л.И. Данилова, И.И. Бурко, З.В. Забаровская. / Минск : БелМАПО, 2010. – 33с.
2. Митьковская, Н.П. Метаболический синдром – диагноз, вводящий в заблуждение / Н.П. Митьковская, Е.А. Григоренко // Мед. журн. – 2006. – № 3. – С. 27-29.
3. Михалевич, С.И. Акушерские проблемы у пациенток с метаболическим синдромом / С.И. Михалевич, А.В. Ещенко // Мед. новости. – 2011. - №.6. – С. 18-22.
4. Петунина, Н.А. Роль гормонов жировой ткани в развитии осложнений беременности у женщин с ожирением / Н.А. Петунина, И.А. Кузина И // Ожирение и метаболизм. – 2013. – №1. – С. 3-8.
5. Committee Opinion №549. Obesity in Pregnancy // ACOG. – 2013. – Vol. 212. - №1. – P. 213-217.
6. Horvath, B. The metabolic syndrome and the risks of unfavourable outcome of pregnancy / B. Horvath, Kovacs L., M. Riba // Orv Hertil. – 2009. Vol. 150, No.29. – P. 1361-1365.
7. Stupin, J.H. Overweight and Obesity before, during and after Pregnancy / J. H. Stupin, B. Arabin // Geburtshilfe Frauenheilkd. – 2014. – Vol. 74(7). – P. 639–645.