

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ГЕСТОЗОМ

¹Н.П.МИТЬКОВСКАЯ, ²А.Ю.ЗАХАРКО

¹ Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

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

В статье рассмотрен характер гестационных и перинатальных осложнений в условиях МС и гестоза у матери. Выявлено, что беременность и роды у женщин с метаболическим синдромом и гестозом сопровождаются наличием плацентарной недостаточности и связаны с высоким риском развития осложнений во время беременности, родов и послеродовом периоде.

Сохранение и укрепление здоровья населения – важнейшая проблема национальной безопасности страны. Репродуктивное здоровье женщин является наиболее важной ее составляющей, от которой напрямую зависит здоровье и будущее нации.

Экстрагенитальные заболевания у беременных представляют собой особую проблему как для терапевтов, так и для акушеров-гинекологов. Участие терапевта в ведении беременных стало необходимым. Одновременно повысился интерес акушеров к знанию патологии внутренних органов, поскольку наличие экстрагенитальных заболеваний не только определяет во многих случаях состояние женщины в период беременности, но, по данным разных авторов, с ними связаны 12–20% материнской смертности и до 40% перинатальной заболеваемости и смертности [2–4].

В экономически развивающихся странах, включая Россию и Беларусь, 30% населения имеют избыточную массу тела [1, 2]. Распространено ожирение и среди беременных женщин (до 12,3 – 38%) [5]. Частота метаболического синдрома (МС) среди беременных до настоящего времени точно не установлена, по разным данным она колеблется от 5 до 20% [5].

По данным ряда авторов, характерные черты МС, такие как избыточная масса тела, повышение артериального давления (АД), дислипидемия, могут быть важными предрасполагающими факторами в развитии гестационных осложнений, главным образом гестоза [1,2].

Цель исследования – изучить особенности течения беременности и родов у женщин с МС и гестозом.

Задачи исследования:

1. Выявить особенности течения беременности и родов у женщин с МС и гестозом.
2. Изучить состояние фетоплацентарного комплекса у беременных с МС и гестозом.

Материалы и методы исследования: обследованы 92 женщины в третьем триместре беременности (30–40 недель). Для диагностики МС были использованы критерии, предложенные Международной Ди-

абетической Федерацией (IDF 2005). Для определения степени тяжести гестоза нами использована балльная шкала, предложенная С. Goucke в модификации Г.М. Савельевой (1982). Основную группу составили 40 пациенток, имеющих МС и гестоз; в группы сравнения включены 20 беременных с МС без гестоза и 16 пациенток с гестозом, не имеющих критериев МС; в контрольную группу вошли 16 практически здоровых беременных женщин.

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 м²), при этом прибавка массы тела за беременность не учитывалась. С целью оценки липидного спектра крови определяли содержание общего холестерина, триглицеролов, липопротеидов высокой, низкой, очень низкой плотности; определяли уровень глюкозы в плазме крови. Для обследования состояния плода применялись фетальный мониторинг, ультразвуковая фетометрия и доплерометрия.

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. Основная группа, группы сравнения и контрольная группа были сопоставимы по возрасту, сроку гестации, прибавке массы тела за беременность, паритету родов.

На основании изучения особенностей течения беременности в исследуемых группах было установлено, что наиболее распространенными осложнениями гестационного процесса в основной группе были угроза прерывания и токсикоз первой половины беременности, гестационный сахарный диабет (ГСД), фетоплацентарная недостаточность (табл. 1). Вероятно, это связано с тем, что патогенез гестоза и МС имеет много точек соприкосновения: инсулинорезистентность, гиперинсулинемия, нарушения в углеводном и липид-

Таблица 1

Распространенность осложнений беременности в исследуемых группах

| Показатель | МС + гестоз (n=40) | МС без гестоза (n=20) | Гестоз без МС(n=16) | Здоровые беременные (n=16) |
|--|--------------------|-----------------------|---------------------|----------------------------|
| Угроза прерывания беременности, n (%) | 28 (70)* | 8 (40%) | 6 (37,5) | 5 (31,25) |
| ГСД, n (%) | 6 (15)*#^ | 1 (5) | 0 | 0 |
| Хроническая внутриматочная гипоксия плода, n (%) | 16 (40)* | 4 (20) | 6 (37,5) | 2 (12,5) |
| Токсикоз первой половины беременности, n (%) | 17 (42,5)*^ | 3 (15) | 4 (25) | 2 (12,5) |
| Патология околоплодной среды, n (%) | 9 (22,5) | 2 (10) | 1 (6,25) | 1 (6,25) |
| Анемия, n (%) | 5 (12,5) | 2 (10) | 4 (25) | 2 (12,5) |
| Гестационный пиелонефрит, n (%) | 7 (17,5) | 3 (15) | 3 (18,75) | 1 (6,25) |

Примечание: * - достоверность различия при сравнении с контрольной группой (p<0,05); # - достоверность различия с группой гестоз без МС, ^ - достоверность различия при сравнении с группой МС без гестоза

Таблица 2

Частота осложнений родов в исследуемых группах

| Показатель | МС + гестоз (n=40) | МС без гестоза (n=20) | Гестоз без МС(n=16) | Здоровые беременные (n=16) |
|---|--------------------|-----------------------|---------------------|----------------------------|
| Дородовое излитие околоплодных вод, n (%) | 4 (10)^ | 6 (30) | 4 (25) | 2 (12,5) |
| Аномалии родовой деятельности, n (%) | 8 (20) | 3 (15) | 2 (12,5) | 1 (6,25) |
| Острая гипоксия плода, n (%) | 1 (2,5) | 0 | 1 (6,25) | 0 |
| Преждевременные роды, n (%) | 4 (10) | 1 (5) | 2 (12,5) | 0 |
| Кровотечения в родах и раннем послеродовом периоде, n (%) | 6 (15) | 1 (5) | 2 (12,5) | 0 |
| Клинически узкий таз, n (%) | 3 (7,5) | 1 (5) | 0 | 1 (6,25) |

Примечание: ^ - достоверность различия при сравнении с группой МС без гестоза

ном обменах, эндотелиальная дисфункция, оксидативный стресс, протромботический и провоспалительный статус [1,3]. Сочетание гестоза и МС потенцируют неблагоприятное течение друг друга и обуславливают развитие многих осложнений беременности.

У 32 (80%) женщин с метаболическим синдромом и гестозом роды были программируемыми и индуцированными, что объясняется высоким риском развития осложнений в процессе родов (нарастание явлений гестоза, аномалии родовой деятельности (первичная и вторичная слабость родовой деятельности), клинически узкий таз, дистресс плода, высокий риск развития кровотечения (табл. 2)).

10 (25%) женщин из основной группы родоразрешены оперативным путем, причем 6 (60%) из них – путем операции кесарева сечения в экстренном порядке.

В ходе исследования выявлено, что наиболее неблагоприятное течение родов наблюдается в группах женщин, у которых беременность осложнилась гестозом.

Результаты доплерометрии в исследуемых группах свидетельствовали, что у 14 (35%) беременных с МС и гестозом у 5 (31,25 %) пациенток с гестозом без критериев МС имело место снижение плодово–плацентарного кровотока в различные сроки гестации. Параллельно в III триместре проводилось кардиотокографическое исследование плода, согласно которому у 15 (37,5%) беременных с МС и гестозом и у 7 (43,75 %) с гестозом без МС имелись признаки гипоксии плода.

Выводы:

1. Беременность и роды у женщин с метаболическим синдромом и гестозом связаны с высоким риском развития осложнений во время беременности, родов и послеродовом периоде.

2. Осложненное течение беременности и родов при метаболическом синдроме обусловлено имеющимися у этой категории пациенток нарушениями гемостаза, гормонального, липидного, углеводного обменов, и присоединением гестоза и плацентарной недостаточности.

3. Течение беременности на фоне метаболического синдрома и гестоза сопровождается наличием плацентарной недостаточности, степень тяжести которой варьирует в зависимости от клинических проявлений гестоза.

Литература

1. Передеряева Е.В. Основные принципы ведения беременности и безопасного родоразрешения у женщин с метаболическим синдромом: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2006. – 24с.
2. Савельева И.В. // Рос. вестник акушера-гинеколога. – 2010. – №2. – С.28–31.
3. Тимошина И.В., Комиссарова Л.М., Бурлев В.А. // Акушерство и гинекология. – 2009. – №6. – С.3–5.
4. Chatzi L., Plana E., Daraki V. // *Obstet. Gynecol.* – 2009. – Vol.109, No.3. – P.685–690.
5. Horvath B., Kovacs L., Riba M. // *Orv. Hertil.* – 2009. – Vol.150, No.29. – P.1361–1365.

PREGNANCY AND LABOR IN WOMEN WITH METABOLIC SYNDROME AND PREECLAMPSIA

N.P.Mitkovskaya, A.U.Zakharko

The nature of gestational and perinatal complications in pregnant women with metabolic syndrome was considered in the article. It was revealed by the authors that women with metabolic syndrome and preeclampsia had higher risk of pregnancy, labor and postnatal complications.

НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ОРГАНИЗАЦИОННОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПОДГОТОВКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОТОКОЛОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

С.Н.НИКОЛАЕВА, Т.И.КОТ, С.А.ВАНАГЕЛЬ,
Н.Е.ХЕЙФЕЦ, И.В.МАЛАХОВА, М.М.САЧЕК

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск

Отмечено, что информация в основных документах системы стандартизации медицинских технологий в Республике Беларусь – клинических протоколах диагностики и лечения – может быть представлена в виде таблиц, текста или графики (алгоритма). Из 114 утвержденных клинических протоколов, организационно-методическое сопровождение разработки которых осуществлялось сотрудниками РНПЦ МТ, в виде таблиц были представлены 70 протоколов (61,4%), в текстовом изложении – 43 протокола (37,7%); в виде алгоритмов – 1 протокол (0,9%). Подчеркнута важная роль экспертной оценки протоколов главными штатными и внештатными специалистами Минздрава, квалифицированными специалистами профильных кафедр, РНПЦ и практического звена здравоохранения для улучшения их качества.

В настоящее время важнейшей компонентой единого процесса управления качеством медицинской помощи является стандартизация – деятельность по установлению научно обоснованных оптимальных норм, правил и характеристик. Именно со стандартизацией связывают возможность дальнейшего повышения качества медицинской помощи, эффективности ее оказания различным группам пациентов, регулирования затрат на охрану здоровья населения [1].

В здравоохранении Республики Беларусь в качестве стандартов используются клинические протоколы диагностики и лечения.

Законом Республики Беларусь «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» от 20 июня 2008 г. №363-З (глава 3, статья 14) определено, что клинические протоколы

являются основными нормативными документами, в которых сформулированы требования к процессу оказания медицинской помощи и его результату [2]. Клинический протокол, утверждаемый Минздравом – это единственный нормативный документ, устанавливающий обязательные требования к технологическим процессам, осуществляемым в ходе профилактики, диагностики, лечения и реабилитации пациентов с различными заболеваниями, и обеспечивающий возможность контроля объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в организациях здравоохранения в рамках государственных гарантий обеспечения граждан медицинской помощью.

В Беларуси создание клинических протоколов осуществляется поэтапно. Они разрабатываются, в первую очередь, по наиболее часто встречающимся