



МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Алланазаров Бобур Бобоназарович

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Приоритетным направлением современной медицины является совершенствование охраны материнства и детства. По-прежнему важным остается изучение влияния экстрагенитальных заболеваний у женщины на течение беременности и родов, на развитие плода и новорожденного, его адаптивные возможности, заболеваемость и смертность. Соматические заболевания, возникшие до беременности и во время нее, всегда влияют на течение беременности, родов и послеродового периода. В этой связи в последнее время значительно возрос интерес исследователей к проблеме метаболического синдрома [2]. Метаболический синдром встречается, по данным разных авторов, у 25–45% населения индустриально развитых стран, имеет при этом широкое распространение среди лиц молодого возраста, и относится к одному из самых распространённых заболеваний [1].

Метаболический синдром – это комплекс метаболических, гормональных и клинических нарушений, развивающийся в результате снижения чувствительности периферических тканей к инсулину [1]. Метаболический синдром является одним из ведущих факторов развития сердечно-сосудистых заболеваний, нарушений углеводного обмена, патологии репродуктивной системы [1]. Эндокринный статус у женщин с метаболическим синдромом характеризуется повышением уровня кортизола, тестостерона, норадреналина, снижением уровня прогестерона и соматотропного гормона. С ростом гиперинсулинемии отмечается рост таких гормонов, как глюкагон, тиреотропный гормон, тиреоидные гормоны и пролактин. Доказано патогенетическое влияние этих гормонов на развитие метаболического синдрома.

Цель исследования: При физиологически протекающей беременности в организме женщины происходит ряд метаболических и гормональных изменений, следствием которых является активизация обмена веществ, усиление пластических процессов. По данным литературных источников [3], на фоне метаболического синдрома беременность, роды, послеродовый период протекают со значительным числом осложнений, частота которых достоверно



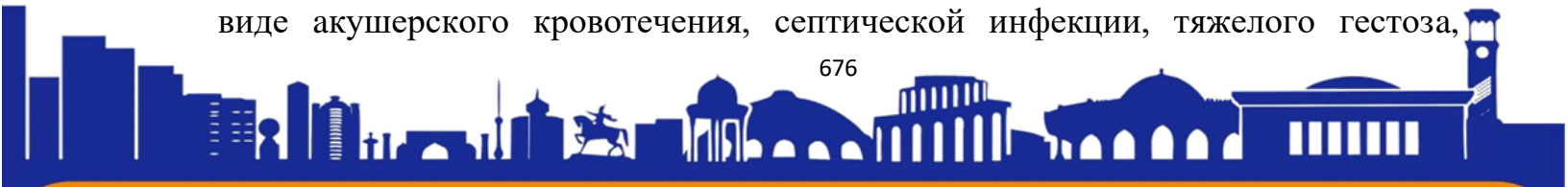


отличается от таковой в группе беременных без метаболического синдрома. В настоящее время в литературе [2] достаточно подробно освещены осложнения беременности при наличии у женщины отдельных компонентов метаболического синдрома. Многие исследователи считают, что беременность и роды могут являться триггером нарушений жирового обмена и связанных с ним сахарного диабета 2-го типа и сердечно-сосудистых заболеваний, в первую очередь артериальной гипертензии.

Согласно данным литературы [3], имеется большое количество исследований относительно характера гестационных осложнений у женщин с ожирением, с артериальной гипертензией, при наличии сахарного диабета. При этом чаще всего указанные состояния не рассматриваются как отдельные симптомы метаболического синдрома. Более того не ясно, от какого компонента метаболического синдрома в большей степени зависит наличие или отсутствие различных осложнений гестации.

Анализ имеющихся сведений о течении беременности в условиях метаболического синдрома, позволяет предположить, что присоединение преэклампсии стоит на первом месте в структуре гестационных осложнений - в 60-100% наблюдений. Угрожающее прерывание беременности при метаболическом синдроме, в соответствие с литературными данными, находится на втором месте (12-33%). Акушерские кровотечения при метаболическом синдроме встречаются в 5-12% случаев. Есть сведения о пониженной сопротивляемости организма к инфекциям в условиях метаболического синдрома, поэтому такие беременные относятся к группе высокого риска по развитию гнойно-септических осложнений, особенно после операции кесарева сечения. Большое количество исследований посвящено изменениям со стороны гемореологических показателей у беременных с метаболическим синдромом, что проявляется усилением коагуляции, уменьшением антитромботического потенциала сосудистой стенки и усилением коагулирующей активности свертывающей системы крови [1].

Материалы и методы исследования: Одним из вариантов метаболического синдрома является послеродовой нейроэндокринный синдром. На сегодняшний день он достаточно хорошо изучен как в отношении клиники, так и патогенеза. Послеродовые метаболические нарушения, в первую очередь ожирение, возникают только при патологической беременности. Осложнения в виде акушерского кровотечения, септической инфекции, тяжелого гестоза,



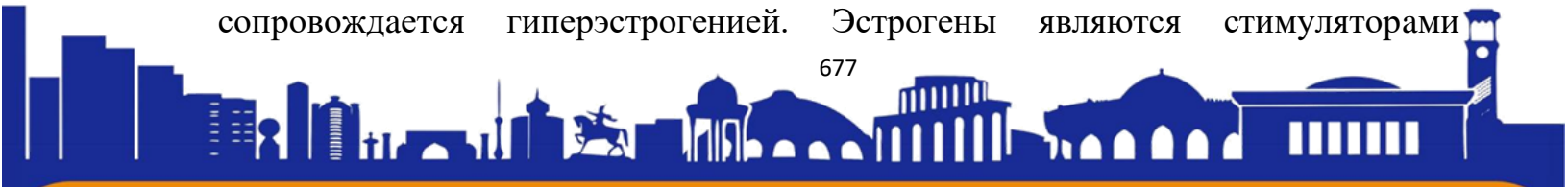


дистресс-синдрома плода приводят к стрессовому состоянию женщины, которое и является этиологическим фактором развития заболевания. Доказано, что у женщин с нейроэндокринным синдромом по данным интервалографии, динамике ЭЭГ, психологическим тестам имеются явные признаки стрессового состояния. У таких больных прогрессирует прибавка массы тела, появляется склонность к гипертонии, нарушаются менструальная функция, гемостаз. На фоне нарушений менструальной функции определяются гиперпластические процессы в эндометрии, миометрии и молочных железах [2].

Гинекологическая патология, для которой характерно развитие метаболического синдрома, включает гиперплазию и рак эндометрия, синдром гиперандрогении, эндометриоз, дисгормональные заболевания молочных желез, менопаузальный метаболический синдром и др. У женщин с метаболическим синдромом поликистозные яичники формируются не только как следствие метаболических изменений, но и первичного нарушения нейромедиаторного контроля секреции гонадолиберина. Избыток андрогенов первично из надпочечников, а затем из поликистозных яичников поступает в жировую ткань, где повышается синтез эстрогена. Синтезируемый вне гонад эстроген приводит к развитию гормонально-зависимых заболеваний в репродуктивной системе.

Кардинальным признаком метаболического синдрома является нарушение менструальной и генеративной функций на фоне прогрессирующей прибавки массы тела. Основными жалобами пациенток являются: нарушение менструального цикла, невынашивание беременности, бесплодие, гирсутизм, ожирение и многообразие диэнцефальных жалоб. Наследственность у большинства пациенток отягощена нарушениями репродуктивной функции, ожирением, инсулиннезависимым сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями. Нарушение менструального цикла начинается с увеличения его длительности с недостаточностью лютеиновой фазы, а затем развиваются олигоаменорея и хроническая ановуляция. В литературе указывается на большую частоту дисфункциональных маточных кровотечений - до 20% [2].

Инсулинорезистентность и гиперинсулинемия как составляющие метаболического синдрома, являются факторами риска развития дисгормональных заболеваний молочных желез. Избыточный жир является источником внегонадного синтеза половых стероидов, в частности андрогенов, которые под воздействием фермента ароматазы преобразуются в эстрогены, что сопровождается гиперэстрогенией. Эстрогены являются стимуляторами





ISSN (E): 2181-4570

пролиферативных процессов в тканях молочной железы. Для женщин с проявлениями метаболического синдрома характерен менопаузальный тип строения молочных желез и выраженный фиброз железистой ткани уже в репродуктивном периоде. Увеличение массы тела в климактерическом периоде приводит к формированию менопаузального метаболического синдрома, основными проявлениями которого являются абдоминально-висцеральное ожирение, дислипидемия и нарушения углеводного обмена на фоне дефицита половых гормонов [3].

Результаты исследования: Метаболический синдром у женщин способствует возникновению различных гинекологических заболеваний, что требует соответствующей медикаментозной коррекции. Учитывая значимость данной проблемы в акушерстве, является актуальным создание программы предгравидарной подготовки и ведения пациенток с метаболическим синдромом на всех этапах гестации.

Список литературы

1. Александров О.В. Метаболический синдром / О.В.Александров, Р.М.Алехина, С.П. Григорьев // Рос. мед. журн.- 2006. -№ 6. -С. 50-55.
2. Беляков Н.А. Метаболический синдром у женщин (патофизиология и клиника) / Н.А. Беляков СПб.: Издательский дом СПбМАПО, - 2005.-440 с.
3. Бериханова Р. Р. Особенности течения беременности и родов у пациенток с ожирением / Р. Р. Бериханова // Акушерство и гинекология.- 2007.- №6.- С. 9-12

