

УДК 618.2-06:616.379-008.64:616.1/9

Н.Ю. Леміш, Ю.Ю. Бобик

**ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ У ЖІНОК
ІЗ ГЕСТАЦІЙНИМ ДІАБЕТОМ**

Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»

Резюме. У статті наведено результати аналізу частоти та структури екстрагенітальної патології у вагітних із гестаційним діабетом. Встановлено, що перше місце посідає ожиріння (у 64 %), друге місце – анемія (у 36 %), дисфункціональні розлади щитоподібної залози були виявлені у 32 % пацієток, варикозна хвороба – у 22 %, нейроциркуляторна дистонія – у 20 %, хронічна артеріальна гіпертензія – у 12 % та хронічний пієлонефрит – у 10 % обстежених жінок. Отримані дані необхідно враховувати при розробці профілактично-лікувальних заходів з метою успішного перебігу гестаційного процесу.

Ключові слова: вагітність, гестаційний діабет, екстрагенітальна патологія.

Вступ. Екстрагенітальна патологія (ЕГП) у вагітних – одна з актуальних проблем сучасного акушерства, що пов'язано як із зростанням її частоти, так і зі збільшенням частки вагітних віком понад 30 років. Вагітність при ЕГП є фактором ризику як для матері, так і для плода. До основних проблем, пов'язаних із наявністю у вагітної ЕГП патології, відносять терапевтичні або соматичні, які зумовлені негативним впливом вагітності на перебіг екстрагенітального захворювання; акушерські, внаслідок впливу захворювання на перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду та перинатальні, які виникають у зв'язку з впливом захворювання на плід [5].

Серед найпоширеніших ЕГП, які ускладнюють перебіг гестаційного процесу, є анемія [3], частота якої серед вагітних в Україні, за даними офіційної статистики, за період 2010-2014рр. становить 26,4 – 24,12 %; дисфункціональні розлади щитоподібної залози (ЩЗ) [12]; ожиріння [9], яке виявлено в Україні у 10-24 % вагітних; хвороби сечостатевої системи, серед яких значне місце посідає пієлонефрит [10]; серцево-судинні захворювання, у структурі яких артеріальна гіпертензія (АГ) трапляється із частотою 15 % [8] та нейроциркуляторна дистонія [7].

Гестаційний діабет (ГД) є найпоширенішим порушенням ендокринної системи у вагітних, що призводить до цілого ряду ускладнень вагітності, пологів і суттєво впливає на розвиток плода та постнатальну адаптацію новонароджених [2].

Водночас кількість публікацій, присвячених ЕГП при ГД, є вкрай обмеженою.

Відомо, що фактором ризику розвитку ГД є надмірна маса тіла, яка підвищує ризик розвитку преєклампсії, гестаційної гіпертензії, переносної вагітності або передчасних пологів, макросомії, родової травми новонароджених та материнського травматизму в пологах [9]. Киселевич і спів., на підставі обстеження 322 вагітних із ГД, наводить частоту ожиріння у 28,9 % [6], а Аржанова і спів., аналізуючи перебіг вагітності 100 вагітних із ГД, у 84 з яких захворювання компенсоване дієтою, а в 14 інсуліном, – 33,7-28,6 % [1]. Згідно з даними Веропотволяна і спів., отрима-

них при обстеженні 23 вагітних із ГД, у 22 % із них виявлена анемія, котра значно знижує якість життя вагітної та здатна призводити до гіпоксичних станів, а у 12 % – хронічний фарингіт [4]. Частота варикозної хвороби, яка несе потенційну загрозу розвитку тромботичних ускладнень, згідно з даними літератури коливається від 6,5 % до 12,7-21,4 % [7,2]. Нейроциркуляторна дистонія може викликати серйозні ускладнення вагітності, пологів і післяпологового періоду та негативно впливає на подальший психічний розвиток дитини [7], діагностована у 15,1-14,3 % вагітних [1]. Дисфункціональні розлади ЩЗ, зокрема аутоімунний тиреоїдит виявляється у 13,9-35,7 % випадках [1], що призводять до численних порушень перебігу вагітності, внутрішньоутробної загибелі плода, збільшення частоти перинатальної смертності та зниження розумових здібностей новонароджених [12].

У 11,8 – 28,6 % жінок із ГД відмічається хронічний пієлонефрит [1, 6], який призводить до збільшення частоти загрози переривання вагітності, передчасних пологів, плацентарної недостатності, гіпоксії плода, його внутрішньоутробного інфікування, гестозу і ускладнення періоду адаптації новонароджених [10].

Частота міопії становить 3,5 – 10,6 % [4, 6].

Подальше вивчення ЕГП у вагітних із ГД є актуальним і важливим для розробки профілактичних і лікувальних заходів із метою зменшення частоти акушерської та перинатальної патології.

Мета дослідження. Дослідити частоту та структуру екстрагенітальної патології при гестаційному діабеті.

Матеріал і методи. Проведено комплексне клінічно-параклінічне обстеження 100 вагітних, які перебували на диспансерному обліку в жіночих консультаціях і розроджувались у пологових будинках Закарпатської області протягом 2011 – початку 2015рр. Із них 50 вагітних із ГД (1-ша група) та 50 жінок із неускладненим перебігом вагітності, які народжували вперше (контрольна група).

У всіх вагітних за результатами вимірювання маси тіла та зросту жінок, які ставали на облік

з приводу вагітності, обраховували індекс маси тіла (ІМТ) за формулою Кетле та оцінювали ступінь ожиріння за критеріями ВООЗ (2000р.).

На підставі проведення перорального тесту толерантності до глюкози у терміні 24-28 тижнів згідно з Наказом МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417, виділяли групу вагітних із ГД. Тест вважали позитивним, якщо глікемія натще та/або після навантаження перевищувала нормативні показники (відповідно $> 5,5$ ммоль/л і $\geq 7,8$ ммоль/л).

Рівень глюкози у плазмі венозної крові визначали гексокіназним методом, а глікозильованого гемоглобіну (HbA_{1c}) – імунотурбідиметричним методом за допомогою тест-систем Roche Diagnostics (Швейцарія). Діагностичним критерієм наявності цукрового діабету, відповідно до рекомендацій Американської діабетичної асоціації (ADA) 2011р. вважали значення $HbA_{1c} \geq 6,5$ %.

Діагностику екстрагенітальних захворювань здійснювали відповідно до діючих клінічних протоколів та наказів МОЗ України.

Для оцінки стану ЩЗ проводили ультразвукове сканування за допомогою приладу Sono AC 8000 SE (Південна Корея) із використанням частоти датчика у 7,5 МГц.

Вміст у сироватці крові рівнів тиреотропного гормону (ТТГ), вільного тироксину (fT_4) та антитіл до тиреоїдної пероксидази (АТПО) визначали імунохімічним методом з електрохемілюмінесцентною детекцією (ECLIA) за допомогою тест-систем Roche Diagnostics (Швейцарія).

Статистичний аналіз отриманих результатів проведено з використанням програми STATISTICA, версія 6.1. Критичний рівень значимості при перевірці статистичних гіпотез у даному дослідженні приймали рівним 0,05. Кількісні ознаки представлено як $M \pm \sigma$, де M – середнє значення, σ – стандартне відхилення.

У дослідження не входили жінки з діабетом 1-го або 2-го типу, які курять, а також ті, що вживали медичні препарати, які могли вплинути на

метаболізм глюкози або відмовилися взяти участь у дослідженнях.

Результати дослідження та їх обговорення.

У нашому дослідженні середній вік жінок 1-ї групи був значимо вищим і складав $27,3 \pm 4,98$, а контрольної – $22,6 \pm 3,79$, $p < 0,0001$. 14 (28,0 %) серед пацієнток із ГД були першовагітні.

44 (88,0 %) вагітним основної групи, які стали на диспансерний облік у 1-му триместрі, проведена скринінгова діагностика при їх першому візиті до лікаря шляхом визначення глікемії натще. У 9 (20,5 %) із них глікемія натще у крові перевищувала 5,0 ммоль/л і складала в середньому $5,6 \pm 0,78$ ммоль/л. Причому в 6 (13,6 %) жінок єдиним фактором ризику був спадковий анамнез.

На підставі проведеного глюкозотолерантного тесту діагноз ГД встановлений у 32 (64,0 %) у другому, а у 18 (36,0 %) – у третьому триместрі. Рівень глікозильованого гемоглобіну на час виявлення ГД становив $6,7 \pm 0,78$ %.

У 27 (54,0 %) вагітних гестаційний діабет компенсований тільки дієтою (A1), а 23 (46,0 %) призначено інсулін (актрапід 2–4 ОД п/ш за 20 хв до їди) у зв'язку з неможливістю упродовж одного-двох тижнів досягнення цільових рівнів глікемії (A2).

Найпоширенішим екстрагенітальним захворюванням у жінок із ГД було ожиріння, яке спостерігалось у 32 (64,0 %) вагітних ($p < 0,0001$): I ступеня – у 17 (34,0 %) пацієнток проти 3 (6,0 %) – у контрольній групі ($p = 0,0007$), а 2-го і 3-го ступеня, відповідно – у 9 (18,0 %), $p = 0,0046$ та 6 (12,0 %), $p = 0,0280$.

Серед обстежених нами жінок анемія ускладнила перебіг вагітності у 18 (36,0 %) вагітних 1-ї групи та 7 (14,0 %) – контрольної групи, $p = 0,0126$. Причому якщо легкий ступінь цього захворювання траплявся в обох групах з однаковою частотою, відповідно у 6 (12,0 %) і 7 (14,0 %) жінок ($p = 0,7668$), то середнього і тяжкого ступеня діагностовано тільки у вагітних із ГД, відпові-

Таблиця

Структура та частота екстрагенітальних захворювань у обстежених вагітних, абс. (%)

Захворювання	1-ша група (n=50)	Контрольна група (n=50)	p
Ожиріння	32 (64,0)	3 (6,0)	<0,0001
Анемія	18 (36,0)	7 (14,0)	0,0126
Дисфункціональні розлади щитоподібної залози	16 (32,0)	4 (8,0)	0,0034
Варикозна хвороба	11 (22,0)	1 (2,0)	0,0027
Нейроциркуляторна дистонія	10 (20,0)	2 (4,0)	0,0156
Хронічна артеріальна гіпертензія	6 (12,0)	0	0,0131
Хронічний фарингіт	6 (12,0)	2 (4,0)	0,1436
Хронічний пієлонефрит	5 (10,0)	0	0,0239
Хронічний гастрит	4 (8,0)	3 (6,0)	0,6960
Міопія	3 (6,0)	0	0,0818
Дискінезія жовчовивідних шляхів	3 (6,0)	1 (2,0)	0,3039

дно у 9 (18,0 %), $p=0,0046$ та 3 (6,0 %) пацієнток, $p=0,1768$.

Відомо, що в жінок із ГД нерідко спостерігаються порушення функції ЩЗ [11], які були виявлені в нашому дослідженні в 16 (32,0 %) випадках, $p=0,0034$.

При аналізі частоти та структури захворювань ЩЗ у вагітних із ГД встановлено, що субклінічний гіпотиреоз спостерігався у 22,0 % випадках у 1-й групі та 4,0 % – у контрольній, $p=0,0087$. Середні значення fT_4 та ТТГ у цих групах склали відповідно $11,61 \pm 0,360$ нг/л і $13,56 \pm 0,510$ нг/л та $3,65 \pm 0,098$ мМОд/л і $3,17 \pm 0,035$ мМОд/л. Клінічний гіпотиреоз діагностовано у 4 (8,0 %) пацієнток 1-ї групи, $p=0,0412$ (середній рівень fT_4 – $8,66 \pm 0,205$ нг/л, а ТТГ – $4,08 \pm 0,117$ мМОд/л), субклінічний гіпертиреоз – в 1 (2,0 %) випадку (ТТГ $< 0,005$ мМОд/л, fT_4 – $14,07$ нг/л, АТПО – $12,25$ МОд/мл).

Згідно з отриманими нами даними в 11 (22,0%) жінок із ГД виявлені АТПО, $p=0,0087$, причому в жінок, позитивних на наявність АТПО, рівень ТТГ був вищим ($3,94 \pm 0,066$ мМОд/л проти $3,35 \pm 0,074$ мМОд/л, $p=0,0048$).

Частота варикозної хвороби та нейроциркуляторної дистонії у вагітних 1-ї групи була статистично значимо вищою і становила 22,0 % та 20,0 %.

Хронічною артеріальною гіпертензією, яка є однією з основних причин материнської, фетальної і неонатальної захворюваності і смертності, і значною мірою погіршує перебіг гестаційного процесу, страждало 6 (12,0 %) жінок із ГД, $p=0,0131$. У свою чергу, ГД є фактором ризику гіпертензивних ускладнень при вагітності. В обстежених пацієнток гестаційна гіпертензія спостерігалася у 8 (16,0 %) жінок, $p=0,0483$.

Хронічний пієлонефрит діагностований у 5 (10,0 %) обстежених вагітних 1-ї групи, $p=0,0239$. Відомо, що ризик розвитку інфекцій сечовивідних шляхів у вагітних суттєво вищий, ніж у невагітних жінок, що пов'язано із фізіологічними змінами під час вагітності. У нашому дослідженні гестаційний пієлонефрит діагностований у 11 (22,0 %) вагітних із ГД, $p=0,0232$.

Серед інших захворювань, частота хронічного фарингіту становила 12,0 %, хронічного гастриту – 8,0 %, міопії та дискінезії жовчовивідних шляхів – по 6,0 %, однак ця різниця не була статистично значимою.

Висновок

У вагітних із гестаційним діабетом виявляється висока частота екстрагенітальної патології,

що вимагає її корекції для сприятливого перебігу гестаційного процесу.

Перспективи подальших досліджень. Планується дослідження функціонального стану фетоплацентарного комплексу при гестаційному діабеті.

Література

1. Акушерские и патоморфологические особенности течения беременности у женщин с гестационным сахарным диабетом / О.Н. Аржанова, И.М. Кветной, В.О. Полянова [и др.] // Ж. акуш. и жен. болезней. – 2011. – Т. LX, вып. 3. – С. 44-48.
2. Акушерские и перинатальные осложнения при гестационном сахарном диабете / Ф.Ф. Бурумуклова, В.А. Петрухин, Р.С. Тишенина [и др.] // Ж. акуш. и жен. болезней. – 2011. – Т. 60, вып. 3. – С. 69-73.
3. Веропотвелян П.Н. Железодефицитная анемия беременных и ее последствия для матери и плода / П.Н. Веропотвелян, Н.П. Веропотвелян, А.И. Гломазда // Жін. лікар. – 2015. – № 6 (62). – С. 48-58.
4. Веропотвелян П.Н. Функциональное состояние фетоплацентарной системы у беременных с гестационным сахарным диабетом / П.Н. Веропотвелян, И.В. Гужевская, Ю.С. Погуляй // Здоровье Украины. – 2012. – № 9 (62). – С. 12-20.
5. Медведь В.И. Экстрагенитальная патология беременных: материнские и перинатальные проблемы / В.И. Медведь // Жін. лікар. – 2010. – № 4. – С. 5-10.
6. Особенности течения беременности и родов у женщин с гестационным сахарным диабетом [Электронный ресурс] / М.Ф. Киселевич, М.М. Киселевич, В.М. Киселевич, Е.С. Минаева: материалы XL Междунар. науч.-практ. конф. [«Современная медицина: актуальные вопросы»] (Россия, г. Новосибирск, 9.02.2015г.) Режим доступа: <http://sibac.info/17696>.
7. Польський В.В. Функціональні захворювання серцево-судинної системи і вагітність: монографія / В.В. Польський. – К.: Експерт, 2005. – 248 с.
8. Рекомендации европейского общества кардиологов по лечению сердечно-сосудистых заболеваний у беременных / V. Regitz-Zagrossek, C. Blomstrom Lundqvist, C. Borghi [et al.] // Рационал. фармакотерапия в кардиологии. – 2012. – Т. 8, № 3s. – С. 1-58.
9. Системные синдромы в акушерско-гинекологической практике / [Макацария А.Д., Бицадзе В.О., Баймурадова С.М. и др.]. – М: МИА. – 2010. – 888 с.
10. Течение и исходы беременности у женщин с хроническим пиелонефритом [Электронный ресурс] / С.Н. Стяжкина, М.Л. Черненко, П.А. Кривенко, Л.И. Гайлямова // Соврем. пробл. науки и образования. – 2015. – № 1-1. – Режим доступа до журн.: URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=17394>.
11. Izzo T. Pregnancy, gestational diabetes, thyroid function: our experience / T. Izzo, G. Lo Dico, P. Richiusa // Gion. It. Ost. Gin. – 2013. – Vol. XXXV, № 3. – P. 466-470.
12. Zimmermann M. B. The effects of iodine deficiency in pregnancy and infancy / M. B. Zimmermann // Pediatr. Perinat. Epidemiol. – 2012. – No 26 (suppl.1). – P. 108-117.

ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ ДИАБЕТОМ

Н.Ю. Лемши, Ю.Ю. Бобик

Резюме. В статье приведены результаты анализа частоты и структуры экстрагенитальной патологии у беременных с гестационным диабетом. Установлено, что первое место занимает ожирение (у 64 %), второе место – анемия (у 36 %), дисфункциональные расстройства щитовидной железы были обнаружены у 32 % пациенток, вари-

козная болезнь – у 22 %, нейроциркуляторная дистония – у 20 %, хроническая артериальная гипертензия – у 12 % и хронический пиелонефрит – у 10 % обследованных женщин. Полученные данные необходимо учитывать при разработке профилактически-лечебных мероприятий с целью благоприятного течения гестационного процесса.

Ключевые слова: беременность, гестационный диабет, экстрагенитальная патология.

EXTRAGENITAL DISEASES IN WOMEN WITH GESTATIONAL DIABETES MELLITUS

N.Y. Lemish, Y.Y. Bobyk

Abstract. The results of the study of incidence and structure of extragenital diseases in women with gestational diabetes mellitus are shown in the article. We found, that adiposity (in 64 %) stands the first, anemia –the second (in 36 %), dysfunctional disorders of the thyroid gland were diagnosed in 32 %, varicose disease – in 22 %, neurocirculatory dystonia – in 20 %, chronic arterial hypertension – in 12 % and chronic pyelonephritis – in 10 % of the examined women. The received data should be taken into account while planning the prophylactic and treatment measures for the favorable course of the gestational process.

Key words: pregnancy, gestational diabetes, extragenital pathology.

State higher educational institution “Uzhgorod national university” (Uzhgorod)

Рецензент – проф. О.М. Юзько

Buk. Med. Herald. – 2016. – Vol. 20, № 2 (78). – P. 70-73

Надійшла до редакції 04.02.2016 року