

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ РОДОВ

Майорова Л.В., Варварина Г.Н., Шониа М.Л.

Нижегородская государственная медицинская академия, кафедра пренатальной и внутренних болезней, Нижний Новгород

Цель: Изучить клинические особенности послеродового метаболического синдрома, а также факторы риска его формирования.

Методы исследования: В исследование включены 82 рожавших женщины в возрасте от 21 до 42 лет (средний возраст 30,5(5,8)), имеющих послеродовой метаболический синдром (МС) (IDF, 2005). Срок после родов составил от 6 месяцев до 5 лет (средняя длительность 1,6(1,1)). Проводилось клиническое обследование пациенток, оценка антропометрических показателей: рост, вес, окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ), индекс массы тела (ИМТ). При анкетировании обследуемых выявляли факторы риска формирования МС после родов. Уровень гликемии в сыворотке капиллярной крови определяли после 12-часового голодания на анализаторе «ЭКСАН-Г». Липидный профиль оценивали с помощью диагностических систем ООО «Ольвекс Диагностикум» (Россия). Статистический анализ производился с помощью программы «STATISTICA 6.0».

Результаты: При анализе данных анкетирования и медицинской документации выявлено, что у 46 женщин (56 %) один или оба родителя страдали ожирением. У 20,7 % женщин выявлена отягощенная наследственность по СД 2 типа. Наличие избыточной массы в детстве отмечалось у 12,1%, а перед беременностью - у 51,2% пациенток. Из дневников питания пациенток установлено несоблюдение режима питания: 56 женщин (68,2 %) имели пристрастие к жирной пище, 80 человек (97,5 %) оказались любителями сладкого и мучного. Нарушения пищевого поведения у 2/3 женщин проявлялись поздним приемом пищи (после 20.00 ч). При изучении акушерского анамнеза выявлено, что раннее менархе отмечалось у 11% пациенток. Регулярный менструальный цикл был у 74,3 %, а у 25,6% женщин наблюдались различные нарушения менструальной функции. Во время предшествующей беременности ранний токсикоз наблюдался у 25,6% женщин, поздний гестоз - у 52,4%, угроза прерывания беременности у 6% пациенток.

При оценке антропометрических данных оказалось, что средний показатель ИМТ (33,3(3,97)) соответствовал I степени ожирения. Наряду с этим средний показатель ОТ составил (92,1(9,2)), что свидетельствовало о выраженном висцеральном ожирении и высоком сердечно-сосудистом риске. Установлено, что послеродовое ожирение формируется преимущественно в первый год после родов и в последующем прогрессирует. Так, у пациенток со сроком после родов, не превышающим 1 год, ИМТ составил в среднем 32,2 (3,9) кг/м², при этом чаще выявлялось ожирение I степени. По мере увеличения периода после родов до 2-5 лет ИМТ возрос (33,4 (3,7) кг/м², p=0,02), равно как и число женщин со II степенью ожирения. Результаты исследования показали, что 24 % женщин с МС после родов имели гиперлипидемию II b типа; 10 %-II a типа и 4 % -IV типа. Индивидуальный анализ показателей углеводного обмена выявил: нарушение гликемии натощак - в 23,1% случаев; нарушенную толерантность к глюкозе - у 7,3% женщин. В 2,4 % случаев был впервые диагностирован СД типа 2. Наиболее выраженные нарушения углеводного обмена (НТГ и СД 2 типа) наблюдались у женщин со сроком после родов более 1 года. При анализе корреляционных связей показателей углеводного обмена с данными антропометрии найдена зависимость ИМТ с уровнем постпрандиальной глюкозы (r=0,59, p=0,036). Эти данные подтверждают роль висцерального ожирения в генезе нарушений функции б-клеток поджелудочной железы.

Выводы: Послеродовой метаболический синдром развивается у женщин в течение первого года после родов и имеет тенденцию к прогрессированию. Среди основных компонентов метаболического синдрома на фоне висцерального ожирения часто выявляются нарушения липидного (38%) и углеводного (32,8%) обмена. Факторами риска развития послеродового метаболического синдрома могут служить отягощенная наследственность по сахарному диабету и ожирению; нарушения менструального цикла и наличие избыточной массы тела до беременности; осложненное течение беременности; нарушения режима питания и повышение калорийности пищи после родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 4.
2. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 4.
3. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 4.
4. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 4.
5. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 4.
6. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 4.
7. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 4.
8. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 4.
9. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 4.
10. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2000. Т. 2. № 1.
11. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 12.
12. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 12.

13. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 12.
14. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 12.
15. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 12.
16. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 12.
17. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 12.
18. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 2.
19. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 2.
20. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2000. Т. 2. № 1.