

УДК 618.179-037-02:616.43:616.37-008.64-055.23

© О. П. Гнатко, А. І. Чубатий, А. Б. Калінін, 2013.

ЕНДОКРИННІ РОЗЛАДИ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ПРОГНОЗ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я У ДІВЧАТ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

О. П. Гнатко, А. І. Чубатий, А. Б. Калінін

Кафедра акушерства і гінекології №2 (зав. – професор О. П. Гнатко), Національний медичний університет імені О. О. Богомольця; 01601, Україна, м. Київ, бул. Т. Шевченка, 13; E-mail: cai_oi@mail.ru

ENDOCRINE DISORDERS AND THEIR IMPACT ON THE PROGNOSIS OF REPRODUCTIVE HEALTH IN GIRLS WITH DIABETES

O. Gnatko, A. Chubatyy, A. Kalinin

SUMMARY

The aim of this retrospective study was to examine the influence of endocrine disorders, which arose at puberty, on the reproductive health of women. We managed follow-up assessment of 42 labor histories of women with manifestation of diabetes occurred in childhood. Results of the study showed significant negative effect of endocrine disorders in diabetes on women's reproductive health in the future, and complications of pregnancy and childbirth, as well as the role of severe glycemic control to mitigating this impact.

ЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПРОГНОЗ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕВУШЕК С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Е. П. Гнатко, А. И. Чубатый, А. Б. Калинин

РЕЗЮМЕ

Целью данного ретроспективного исследования было изучение влияния эндокринных нарушений, которые возникли в пубертатном возрасте, на репродуктивное здоровье женщин. Произведена катamnестическая оценка историй родов 42 женщин, у которых имела место манифестация сахарного диабета в детстве. Исследование показало наличие значительного негативного влияния эндокринных нарушений при сахарном диабете на репродуктивное здоровье в будущем, осложнения течения беременности и родов, а также роль сурового контроля гликемии для смягчения этого влияния.

Ключові слова: репродуктивне здоров'я, цукровий діабет, ускладнення вагітності.

За даними Інституту ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка НАМН України, за останні десять років основними у структурі ендокринних захворювань в дитинстві є: цукровий діабет (ЦД) та хвороби щитоподібної залози [1]. За останні 10 років змінився віковий характер захворюваності на цукровий діабет: невпинно збільшується кількість дітей, хворих на цукровий діабет, особливо віком до 5 років, які потребують лікування препаратами інсуліну [3]. Манифестація цукрового діабету (I чи II типу) в підлітковому віці у жінок може мати значний негативний вплив на становлення статевої системи, що, в свою чергу, зумовить ризик виникнення ускладнень вагітності, негативно вплине на рівень неонатальної захворюваності та смертності.

Прогноз репродуктивного здоров'я жінок в багатьох випадках визначається гармонійністю фізичного та статевого розвитку в пубертатному періоді [5]. Дані літератури про вплив ендокринних розладів з боку підшлункової залози на процеси статевого розвитку, формування патологічних змін репродуктивної системи у ранньому віці є супе-

речливими. Одні дослідники вважають, що статевий розвиток у хворих ендокринними захворюваннями та в загальній популяції не відрізняється [6]. На думку інших, нормальний фізичний та статевий розвиток можливий лише при нормалізації обміну речовин на фоні адекватного лікування, коли досягається стійка компенсація основного захворювання. Тоді як тривала декомпенсація, що може розвинути, викликає в майбутньому порушення у соматичному та в репродуктивному здоров'ї жінки [7].

Значна частка молодих жінок з ЦД не підозрюють про підвищений ризик чи недооцінюють важливості суворого глікемічного контролю в попередженні ускладнень, як під час пологів, так і впродовж вагітності [8]. За даними різних досліджень, встановлено зміни характеру менструального циклу у дівчаток-підлітків з ЦД: подовжений менструальний цикл, тривалі та болісні менструації. Серед підлітків з ЦД частіше зустрічаються пізні менархе, проблеми з настанням вагітностей, ускладнення вагітностей, в тому числі і мертвонародженість, настання ранньої менопаузи [9]. Вивчення впливу ЦД забезпечить

умови своєчасної діагностики і адекватної терапії, своєчасне виявлення ендокринних розладів в підлітковому віці.

Метою даного ретроспективного дослідження було з'ясування впливу ендокринних розладів, які розвинулись в пубертатному періоді, на репродуктивне здоров'я у дорослих жінок.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Проведено ретроспективну оцінку історій пологів, які відбулися в строк за період з 2007 по 2012 роки у жінок віком від 19 до 28 років, які хворіють на цукровий діабет. Діагноз цукрового діабету було виставлено в пубертатному та препубертатному віці. Оцінювалося 42 історії пологів. Групу хворих диференціювали згідно з загальноприйнятими стандартами, за рівнем глікозильованого гемоглобіну [10]: незадовільний рівень компенсації ($HbA_{1c} > 7,0\%$) спостерігали у 15 пацієток (38,0%, 1 група); задовільний рівень ($HbA_{1c} < 7,0\%$) – у 18 (43,0%, 2 група). Контрольну групу склали 9 (19,0%) жінок, що не мають ендокринної патології. Хворі обох груп були репрезентабельними за віком, екстрагенітальними захворюваннями (за виключенням ЦД). Всі жінки були мешканками міста, мали вищу або середню спеціалізовану освіту, задовільний рівень харчування, нормальні умови роботи та проживання, однаковий соціально-економічний рівень життя.

Всім хворим проводилося загальноклінічне обстеження (збір анамнезу: наявність ускладнень при вагітності, об'єктивне обстеження, дослідження менструальної функції, вивчення частоти гінекологічних захворювань); інструментальне обстеження (ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та малого тазу, оцінювали їх стан та анатомічну структуру); лабораторні дослідження (рівень глюкози, біохімічні показники крові, глюкоза крові, глікозильований гемоглобін і т.п.).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Дослідження виявило, що у пацієток 1 групи мав місце регулярний менструальний цикл у 19,0% хворих (3 жінки), нерегулярний – у 81,0% (12 жінок). У пацієток 2 групи регулярний менструальний цикл був у 27,7% (5 жінок), нерегулярний – у 72,3% (13 жінок). Результати контрольної групи: 98,0% жінок мали регулярний менструальний цикл (8 жінок), 2,0% (1 жінка) – нерегулярний.

Жодна з жінок першої групи не мала в минулому вагітностей. В анамнезі у 13 (86,6%) жінок з 1 групи було 3-4 самовільних викидні (до 8-10 тижнів). У 2 жінок 1 групи зовсім не було вагітностей в анамнезі. В другій групі 3 жінки (16,6%) мали 1 дитину. У 9 жінок (50,0%) з цієї групи були 2-3 самовільні викидні (до 8 тижнів гестації). Три жінки з другої групи не були вагітними (16,6%), а 4 жінки з 2 групи (22,2%) не мали на меті вагітніти до даної вагітності (отже,

неможливо оцінити їх репродуктивну функцію). В контрольній групі жінок з самовільними викиднями не було. Вісім жінок з контрольної групи вже мали дітей (88,9%), одна жінка з контрольної групи (11,1%) не мала наміру завагітніти.

У жінок першої групи у 11 пацієток (73,3%) вагітність ускладнювалася ранніми гестозами. У 2 жінок (13,3%) цієї групи була прееклампсія легкого ступеню, що не потребувала термінового розродження, а в 1 випадку (6,6%) була прееклампсія середнього ступеню, яка з початком родової діяльності, не дивлячись на терапію, що проводилася, перейшла у важкий ступінь, і це було показанням до оперативного розродження. У 10 жінок другої групи були ранні гестози при вагітності (55,5%). У двох з них (11,1%) також була прееклампсія середнього ступеню, що було показанням до госпіталізації і вирішення питання про пролонгування вагітності і методу розродження. У жінок контрольної групи блювота вагітних середнього ступеню спостерігалася у 4 вагітних (44,4%). Одна вагітність (11,1%) ускладнилася прееклампсією легкого ступеню, що не завадило доносити вагітність та народити дитину через природні родові шляхи.

В другій групі були показання до кесаревого розтину у двох жінок (1 випадок – макросомія плода і неспроможність рубця на матці після кесарського розтину; 2 випадок – дистрес плода в пологах). В контрольній групі показань до оперативного розродження не було.

В однієї жінки 2 групи (5,6%) спостерігався випадок макросомії плода. В першій та контрольній групах макросомії не було.

Дистрес плода при вагітності спостерігався у трьох випадках в першій групі (20,0%), у одному випадку – у другій групі (5,6%) та у двох випадках – в контрольній групі (22,2%), що було підтверджено визначенням біофізичного профілю плода і доплерографічним дослідженням. Після проведеного лікування відмічалось покращення гемодинаміки в системі мати-плацента-плід. Це дозволило пролонгувати вагітність і не ставити питання про дотрокове розродження.

При вивченні історії пологів у 11 жінок (73,3%) з першої групи в анамнезі життя було вказано на пізні менархе (в середньому старше 12,78 років). У жінок з другої групи пізні менархе спостерігалося у 8 жінок (44,4%). В контрольній групі пізній початок менструації був у однієї жінки (11,1%).

Дослідники вказують на те, що жінки з відстроченим менархе в подальшому асоціюються з ускладненнями в розвитку статевої системи та опорно-рухового апарату [2].

Деякими дослідниками також відмічається зв'язок між частотою судинних ускладнень цукрового діабету та вираженістю порушень статевого розвитку [4].

Також в першій групі спостерігалася більша кількість діабетичних ретинопатій (13 жінок; 86,6%), ніж у другій (11 жінок; 61,0%) та контрольній групах (0 жінок). Діабетичну нефропатію було виявлено у 9 жінок першої групи (60,0%), у 6 жінок другої групи (33,0%) та, звичайно, таких жінок не було виявлено в контрольній групі. Діабетичну енцефалопатію виявлено у 4 жінок з другої групи (26,0%) та у 4 жінок з першої групи (22,0%). Стійка гепатомегалія, що є маркером важкого стану при ЦД [9], спостерігалася у 3 жінок першої (20,0%), двох жінок другої груп (11,0%) та не спостерігалася в контрольній групі взагалі.

ВИСНОВКИ

1. На підставі даного дослідження можна зробити висновок про те, що прогноз репродуктивного здоров'я у жінок з компенсованим цукровим діабетом у дитинстві буде менш обтяжливим, ніж у жінок без компенсації ендокринних зрушень. Дані, отримані в ході дослідження, не підтверджують достовірної різниці між частотою прееклампсії, необхідністю кесаревого розтину, макросомії новонароджених, дистресу плода.

2. Багато проблем можуть бути уникнуто жінками на етапі планування вагітності, при адекватному глікемічному контролю. На жаль, такий позитивний вплив неможливий при незапланованих вагітностях, що повертає нас до проблеми захисту при статевих стосунках. Важливу роль також грає своєчасно розпочате лікування цукрового діабету, якого жінки можуть не дотримуватися, особливо в молодому віці, під час найбільш активного статевого життя та найбільшого ризику отримати небажану вагітність.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кравченко В. І. Динаміка захворюваності на патологію щитоподібної залози в Україні / В. І. Кравченко, С. В. Постол // *Международный эндокринологический*

журнал. – 2011. – № 3 (35). – С. 14–18.

2. Лещенко О. Я. Репродуктивное здоровье девочек, страдающих сахарным диабетом / О. Я. Лещенко // *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН.* – 2007. – №2 (54). – С. 52–55.

3. Литвинова Л. О. Сучасний стан поширеності цукрового діабету серед населення країн Європейського регіону ВООЗ / Л. О. Литвинова, О. Б. Тонковид // *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я.* – 2008. – № 3. – С. 93–96.

4. Набухотный Т. К. Становление репродуктивной системы у детей, страдающих тяжелой формой сахарного диабета / Т. К. Набухотный, Т. Н. Пахольчук // *Проблемы эндокринологии.* – 1991. – Т. 37, № 4. – С. 15–17.

5. Особенности периода полового созревания и овариально-менструальная функция у девушек, больных сахарным диабетом 1 типа. / И. П. Мешкова, О. Р. Григорян, И. С. Яровая [и др.] // *Проблемы репродукции.* – 1999. – № 6. – С. 30–36.

6. Dunger D. B. An Expert Model. Diabetes and the endocrine changes of puberty / D. B. Dunger, J. A. Edge // *Practical Diabetes International.* – 1995. – Vol. 12. – P. 63–66.

7. Homko C. J. Women and diabetes / Homko C. J., Trout K. // *Nurs. Clin. North Am.* – 2006, Dec. – Vol. 41 (4). – P. 549–565.

8. Implications of Type 2 Diabetes on Adolescent Reproductive Health Risk / Julie S. Downs, Silva Arslanian, Wändi Bruine de Bruin [et al.] // *Diabetes Educ.* – 2010, Nov-Dec. – Vol. 36 (6). – P. 911–919.

9. Menstrual cycle differences between women with type 1 diabetes and women without diabetes / E. S. Strotmeyer, A. R. Steenkiste, T. P. Jr. Foley [et al.] // *Diabetes Care.* – 2003 Apr. – Vol. 26 (4). – P 1016–1021.

10. Standards of Medical Care in Diabetes – 2012 / *Diabetes Care.* – 2012, Jan. – Vol. 35. – Suppl. 1. – S11–S63.