

Н.В. Коцей, д.м.н., ГУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», г. Київ

Современные возможности лечения климактерического синдрома у женщин с лейомиомой матки

Климактерический возраст – сложный период в жизни женщины. Он является переходным от активного репродуктивного состояния организма к менопаузе и характеризуется снижением стероидпродуцирующей функции яичников, являющимся причиной возникновения целого ряда нарушений.

Среди расстройств, обусловленных дефицитом эстрогенов, выделяют три группы, характеризующиеся различными временными рамками: ранние, средневременные и поздние нарушения. Среди ранних наиболее частыми являются вегетососудистые и психопатологические симптомы, возникающие в перименопаузе и в первые 1-2 года постменопаузы и продолжающиеся чаще всего в течение 2-5 лет, объединенные понятием климактерический синдром (КС). Далее появляются трофические расстройства – патология кожи и ее придатков (волос, ногтей), урогенитальные нарушения, через 5-10 лет менопаузы – поздние проявления эстрогенного дефицита (остеопения и остеопороз, старческая деменция).

Проявления климактерического синдрома характеризуются большим разнообразием и разной степенью выраженности. Среди вегетососудистых симптомов отмечают приливы жара, потливость, головокружение, лабильность артериального давления, приступы удушья, нехватки воздуха, сердцебиения, тахикардии, парестезии, ощущение ползания мурашек, онемение конечностей, ощущение кома в горле; среди психопатологических – эмоциональную лабильность, раздражительность, депрессивные состояния, фобии, когнитивные расстройства, нарушение сна, памяти, концентрации внимания и т.д. Такой далеко не полный перечень разнообразных проявлений упомянутого синдрома существенно снижает качество жизни еще активных в социальном и профессиональном плане женщин, доставляя дискомфорт как им, так и окружающим их людям.

Другой значительной проблемой современной гинекологии является лейомиома матки – самая распространенная опухоль гениталий. Это новообразование вследствие таких проявлений, как мено- и метроррагии, болевой синдром, сдавление смежных органов, также негативно влияет на качество жизни женщин, и симптомность миомы нередко возрастает именно в переходном (климактерическом) периоде. Зачастую в перименопаузе начинаются маточные кровотечения, ускоряется рост опухоли.

На протяжении многих десятилетий вопросам лечения как КС, так и лейомиомы матки уделяется большое внимание. Проблема в том, что чаще изучались возможности коррекции отдельно климактерических нарушений и симптомов лейомиомы, в то время как сообщения о попытках лечения КС на фоне лейомиомы немногочисленны и неоднозначны.

Лечение лейомиомы матки традиционно основывалось на создании относительной или абсолютной гипоестрогении (назначением антигонадотропинов, аналогов гонадотропин-рилизинг-гормона – ГнРГ), а гипоестрогения является основным этиопатогенетическим фактором развития климактерических расстройств. Поэтому терапия КС, напротив, основывается на восполнении дефицита эстрогенов путем назначения гормональных препаратов. Вопрос возможности применения золотого стандарта лечения КС – гормональной терапии – у пациенток с лейомиомой матки до сегодняшнего дня остается дискуссионным. Боязнь роста опухоли, появления маточных кровотечений под воздействием гормональных препаратов усложняет выбор адекватной терапии.

Следует учитывать, что в Украине традиционно сложилось предубежденное отношение к гормональной терапии даже у здорового контингента женщин, обусловленное, с одной стороны, отсутствием достаточной информированности населения, а с другой – боязнью развития онкологических заболеваний. Как

показали результаты наших исследований, онкофобия особенно выражена у пациенток с лейомиомой матки, что еще больше усугубляет тяжесть психоэмоциональных климактерических расстройств и усложняет задачу их коррекции. Учитывая это, у контингента женщин с лейомиомой матки необходимо максимально использовать возможности негормональной терапии.

В ранее проведенных исследованиях мы выявили, что у пациенток с лейомиомой матки психопатологическая составляющая КС преобладает над вегетососудистой, что обосновывает обязательное включение в комплекс лечения антистрессорных и седативных препаратов.

Существенную помощь в лечении климактерических вегетососудистых проявлений может оказать негормональная симптоматическая терапия, в частности бета-аланин, предотвращающий резкое освобождение гистамина, не влияя на H_1 -рецепторы. При этом данная аминокислота устраняет периферическую вазодилатацию, проявляющуюся в виде приливов, ощущения жара, потливости, головной боли. Препарат является средством симптоматической терапии, не влияет на гормональный гомеостаз и не сопряжен с риском гиперпролиферативных процессов, поэтому его можно свободно назначать пациенткам с миомой.

Эффективными и безопасными препаратами растительного происхождения считаются фитоэстрогены – растительные средства, оказывающие модулирующее действие на рецепторы эстрогенов. Среди последних наибольшее распространение получили препараты, содержащие экстракт цимицифуги. Содержащиеся в цимицифуге изофлавоны, цимицифугозиды, эфирные масла, сапонины и другие вещества, воздействуя на эстрогеновые рецепторы, способствуют уменьшению количества приливов, потливости, а также оказывают седативный, спазмолитический и гипотензивный эффекты. Воздействие фитоэстрогенов на эстрогеновые рецепторы гипоталамических нейронов приводит к снижению продукции ГнРГ и, соответственно, к снижению секреции гонадотропинов. Стимуляция эстрогеновых рецепторов наряду со снижением секреции гонадотропинов способствует регрессии психопатологических и вегетососудистых проявлений КС. Кроме того, препараты цимицифуги обладают гиполлипидемическим, антиоксидантным, ангиопротекторным действием, что способствует коррекции метаболических нарушений, связанных с дефицитом эстрогенов.

Согласно нашим данным проявления КС более выражены у пациенток с симптомным течением лейомиомы, поэтому важным моментом лечения КС считается коррекция проявлений миомы. Эффективным методом лечения лейомиомы небольших размеров является локальная гестагенная терапия с использованием внутриматочной системы, ежесуточно высвобождающей в полость матки 20 мкг левоноргестрела. За счет выраженного эндометрийсупрессивного эффекта, угнетения экспрессии рецепторов к стероидным гормонам, уменьшения активности инсулиноподобного фактора роста, снижения локального синтеза эстрогенов и простагландинов в матке вышеупомянутая система обеспечивает выраженный антипролиферативный эффект. Это способствует уменьшению объема менструальной кровопотери, стабилизации размеров опухоли и профилактике развития гиперпластических процессов в эндометрии. Длительное угнетение продукции простагландинов обеспечивает анальгезирующий эффект на матку, что приводит к

уменьшению болевых ощущений, связанных с миомой. Положительный момент применения данного метода – максимальное локальное гестагенное воздействие на фоне практически отсутствия системных эффектов, что является значительным преимуществом у женщин с повышенным риском развития метаболических и тромбоземических осложнений.

Учитывая перечисленные свойства системы с левоноргестрелом, в нашей клинике были исследованы возможности ее применения у женщин с симптомной лейомиомой матки небольших размеров (при наличии узлов не более 3 см в диаметре и общем размере матки не более 10 недель беременности) и КС в перименопаузе. Группе пациенток с легкими и средней степени выраженности симптомами КС и вышеупомянутыми размерами лейомиомы вводили систему, после чего назначали препарат цимицифуги по 30 капель 2 раза в сутки на протяжении 3 мес. Группу сравнения также составили пациентки с легкими и средней степени выраженности симптомами КС и подобными размерами матки, которым была введена система с левоноргестрелом с целью лечения симптомной миомы, но отказавшиеся от назначения лекарственных препаратов. После трехмесячного курса лечения у 62% пациенток, применявших фитопрепарат, климактерические симптомы были практически купированы, лишь у трети пациенток (32%) отмечался КС легкой и лишь у 6% – средней степени выраженности. При этом средние показатели индекса Куппермана на фоне приема фитопрепарата уменьшились с $22,28 \pm 1,66$ до $10,72 \pm 1,15$ балла, менопаузального индекса (МПИ) относительно психопатологических нарушений – с $11,2 \pm 1,25$ до $3,19 \pm 0,9$ балла, вегетососудистых – соответственно с $23,44 \pm 1,28$ до $8,74 \pm 1,41$ балла.

Однако следует отметить, что применение лишь внутриматочной системы с левоноргестрелом с целью коррекции симптомов лейомиомы матки также оказывало положительный эффект на течение КС. Так, у трети (31%) пациенток этой группы по окончании третьего месяца после введения системы исчезли симптомы КС, а у половины (48%) отмечались в легкой степени. Анализ показателей МПИ показал, что благодаря длительному воздействию локальной гестагенной терапии левоноргестрелом в основном уменьшалась степень выраженности вегетососудистой составляющей КС, за счет чего после третьего месяца лечения было отмечено существенное снижение среднего показателя индекса Куппермана с $20,71 \pm 2,03$ до $14,15 \pm 1,06$ балла.

Известно, что при тяжелом течении КС негормональной терапии часто бывает недостаточно. Поэтому у данной категории женщин с лейомиомой небольших размеров после введения системы назначали гормональную терапию. Выбор препарата для гормональной коррекции климактерических расстройств у женщин с лейомиомой матки обусловлен преобладанием гестагенного компонента над эстрогенным. В состав использованного препарата входит 1 мг натурального эстрогена – 17- β -эстрадиола в микронизированной форме, то есть минимальная эффективная доза эстрогена, обеспечивающая необходимый эффект на уровне центральной и периферической нервной системы, защиту сосудистого эндотелия, костной ткани, поддерживающая трофические и метаболические процессы. В качестве гестагенного компонента препарат содержит 10 мг дидрогестерона – метаболически нейтрального гестагена, который по структуре очень сходен с натуральным прогестероном, не оказывает неблагоприятного воздействия



Н.В. Коцей

на метаболизм углеводов и не снижает благоприятного антиатерогенного влияния эстрогенов. Пациентки с КС тяжелой степени выраженности, отказавшиеся от приема гормональных препаратов, получали препарат цимицифуги в описанных ранее дозах и режиме и послужили группой сравнения.

Уже через месяц после начала лечения в обеих группах уменьшался удельный вес пациенток с климактерическими симптомами тяжелой степени выраженности, что свидетельствовало об облегчении течения заболевания. К концу третьего месяца лечения на фоне гормонотерапии комбинированным эстроген-гестагенным препаратом у 68,5% женщин проявления, обусловленные дефицитом эстрогена, не наблюдались. На фоне гормонального лечения тяжелое течение КС в этот период у пациенток уже не отмечалось, в то время как при фитотерапии лишь 30% пациенток указывали на отсутствие климактерических расстройств, а 23%, то есть каждая четвертая женщина, все еще страдала КС тяжелой степени выраженности.

Сравнение эффективности сочетаний комбинированного эстроген-гестагенного препарата с системой с левоноргестрелом и фитотерапии с той же системой в группе женщин с тяжелым течением КС показало более высокую эффективность первого варианта. В целом гормонотерапия в лечении тяжелых проявлений КС оказалась в 1,78 раза эффективнее по сравнению с фитопрепаратом.

Следует отметить, что на фоне применения местной гестагенной терапии с использованием системы с левоноргестрелом уже через месяц после ее введения вдвое уменьшился объем менструальной кровопотери независимо от вида коррекции климактерических расстройств. Так, при применении комбинированного эстроген-гестагенного препарата в сочетании с системой с левоноргестрелом средняя кровопотеря уменьшилась с $248,45 \pm 20,01$ до $51,46 \pm 18,7$ балла по шкале Янссена, при сочетанном применении фитопрепарата и системы с левоноргестрелом – с $237,16 \pm 22,74$ до $38,95 \pm 19,25$ балла. При этом как за трехмесячный период, так и во время наблюдения за пациентками в течение года рост лейомиомы не был отмечен, о чем свидетельствовало отсутствие существенных изменений средних показателей объема матки.

Это свидетельствует о безопасности применения фитоэстрогенов и гормонального лечения климактерических расстройств у женщин с лейомиомой матки на фоне локальной гестагенной терапии.

Однако при величине лейомиоматозных узлов более 3 см в диаметре применение локальной гормонотерапии может быть неэффективным. В таких случаях можно прибегнуть к достижениям малоинвазивной хирургии. В настоящее время выделен ряд органосохраняющих миниинвазивных методик лечения лейомиомы матки, расширяющих возможность коррекции климактерических расстройств, – так называемых методик, альтернативных гистерэктомии. Среди последних особенно эффективной считается рентгенхирургическая билатеральная эмболизация маточных артерий (ЭМА). Методика осуществляется путем пункции бедренной артерии, чаще справа, по классической методике Сельдингера с последующей катетеризацией под рентгенологическим контролем обеих маточных артерий. В дальнейшем в катетер вводят вещество, приводящее

Продолжение на стр. 32.

Н.В. Косей, д.м.н., ГУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», г. Київ

І.М. Меліна, д.м.н., Т.В. Авраменко,

Современные возможности лечения климактерического синдрома у женщин с лейомиомой матки

Продолжение. Начало на стр. 31.

к окклюзии сосудов миоматозных узлов с последующим развитием ишемии. Лишение питания приводит к уменьшению лейомиоматозных узлов, некрозу и в дальнейшем – к замещению ткани опухоли соединительной тканью с петрификацией по периферии, что способствует купированию таких симптомов опухоли, как маточные кровотечения, симптомы сдавления смежных органов, болевой синдром. Этот метод отличается своей малоинвазивностью, отсутствием анестезиологического риска, риска повреждения смежных органов и большой интраоперационной кровопотери, оказывает меньшее психотравмирующее воздействие на больных, так как не является операцией в традиционном ее понимании. Международные эксперты признали данный метод наиболее значительной инновацией в сфере малоинвазивного лечения лейомиомы матки за последние десять лет. Применение ЭМА у женщин в перименопаузе дает возможность корректировать климактерические расстройства без увеличения риска возникновения маточных кровотечений и роста опухоли. После применения этой методики возможно как назначение фитопрепаратов, являющихся эффективным средством лечения климактерического синдрома легкой и средней степени выраженности, так и применение гормональной терапии.

При назначении препарата цимицифуги у женщин с КС легкой и средней степени выраженности в перименопаузе после ЭМА по поводу лейомиомы матки в 52% наблюдалось полное исчезновение, а в 34% – уменьшение степени проявления КС.

Тяжелое течение климактерического синдрома требует назначения гормонотерапии. Апробация применения комбинированного эстроген-гестагенного препарата у пациенток с выраженными проявлениями КС и лейомиомой матки размерами более 10 недель беременности (со средним диаметром доминантного узла более 3 см) после проведения ЭМА показала его высокую эффективность и безопасность. Так, назначение данного препарата после ЭМА в 72% случаев привело к исчезновению симптомов КС уже через 3 мес, при этом проявление КС средней степени тяжести в этот период отмечалось всего у 8%, легкой степени – у 20% пациенток.

При назначении гормонотерапии наблюдался быстрый эффект – уже через месяц существенно уменьшалась степень выраженности как вегетососудистых, так и психоэмоциональных расстройств, о чем объективно свидетельствовало уменьшение показателей индекса Куппермана с $32,76 \pm 2,53$ до $16,26 \pm 1,84$ балла через 1 мес и до $8,62 \pm 3,15$ балла через 3 мес, а также МПИ относительно вегетососудистых (с $34,61 \pm 2,96$ до $23,67 \pm 2,4$ балла через 1 мес и до $12,63 \pm 1,85$ балла через 3 мес) и психопатологических проявлений КС (с $17,93 \pm 1,14$ до $11,5 \pm 2,14$ балла через 1 мес и до $5,4 \pm 1,79$ балла через 3 мес). В случаях тяжелого течения КС у женщин с лейомиомой матки размерами более 10 недель гормонотерапия продемонстрировала в 2,47 раза большую эффективность по сравнению с негормональными средствами, что обосновывает необходимость ее назначения при тяжелом течении климакса.

При анализе данных относительно средней менструальной кровопотери после проведения ЭМА независимо от назначения фитопрепаратов или гормонального лечения КС отмечалось практически двукратное ее уменьшение. Согласно балльной шкале Янсена у женщин, применявших комбинированный эстроген-гестагенный препарат после ЭМА, менструальная кровопотеря за 3 мес уменьшилась с $255,16 \pm 30,2$ до $125,4 \pm 13,65$ балла, при применении препарата цимицифуги – соответственно с $249,33 \pm 18,96$ до $98,68 \pm 25,7$ балла. Кроме того, отмечалось динамическое уменьшение показателя

среднего объема матки после ЭМА независимо от типа лечения – в первом случае с $485,16 \pm 24,6$ до $362,5 \pm 16,22$ см³, во втором – с $509,23 \pm 20,17$ до $356,13 \pm 18,15$ см³. Следует отметить, что, несмотря на применение гормональной терапии или фитоэстрогенов, рост лейомиомы матки в течение года не был отмечен ни у одной пациентки. Напротив, наблюдалось динамическое уменьшение опухоли – в среднем на 30% за 3 мес и на 65% за год. И, что самое главное, отмечалось значительное уменьшение степени выраженности симптомов лейомиомы матки – прекращение менометроррагий, уменьшение степени выраженности или исчезновение компрессионных симптомов, болевых ощущений, дискомфорта в нижних отделах живота. Оценка качества жизни данной категории женщин показала существенное повышение как показателя физической ее составляющей, так и психического компонента.

Преимуществом ЭМА является то, что методика применима у пациенток с различными размерами и локализацией лейомиомы, включая субмукозную, а также интрамуральную с центрипетальным ростом.

В лечении субмукозных узлов лейомиомы матки золотым стандартом считается гистероскопическая резекция, которую также можно применять при подготовке пациенток с такой локализацией опухоли к лечению КС. Преимуществом является малоинвазивность методики, дающая возможность радикально излечить опухоль и создающая условия для безопасного применения фито- и натуральных эстрогенов. Назначение в нашей клинике гормонотерапии после гистероскопического удаления миомы женщинам с тяжелым течением КС также продемонстрировало эффективность в 84% случаев и безопасность с точки зрения возникновения маточных кровотечений.

Кроме того, в качестве паллиативных методов при наличии лейомиомы матки возможно применение гистероскопической резекции и абляции эндометрия, что также значительно снижает менструальную кровопотерю, риск развития гиперплазии эндометрия и возникновения метроррагий на фоне применения гормональных препаратов и фитоэстрогенов.

Обобщая вышеизложенное, можно сделать вывод о возможности назначения фитоэстрогенов при климактерических нарушениях легкой и средней степени выраженности и гормонотерапии – при тяжелом течении КС у женщин с лейомиомой матки на фоне применения специфического лечения лейомиомы. В качестве последнего в случаях небольших размеров лейомиомы (при диаметре доминантного узла 3 см) возможно применение локальной гестагенной терапии в виде внутриматочной системы с левоноргестрелом, при размерах опухоли, превышающих указанные, – проведение эмболизации маточных артерий, а в случаях субмукозной локализации узлов 0 и I типа – гистероскопической резекции.

Таким образом, лечение климактерического синдрома у женщин с лейомиомой матки требует индивидуального подхода и выбора как метода воздействия на опухоль матки в зависимости от величины, количества, локализации и симптомности узлов миомы, так и средства коррекции эстрогендефицитных климактерических расстройств в зависимости от степени их выраженности, а также приоритетов и желаний пациентки. Современная медицина дает возможность проведения эффективного и безопасного лечения КС у пациенток с лейомиомой матки – как с применением негормональной коррекции, так и с назначением гормонотерапии. Лечение с учетом предложенных принципов дифференцированного подхода будет способствовать повышению его эффективности, максимальному использованию органосохраняющих методик и повышению качества жизни социально активного контингента женщин.



Гестаційний діабет у жінок виникнення і можливості

Одним із частих ускладнень вагітності є гестаційний цукровий діабет (гестаційний діабет – ГД). Згідно із сучасними уявленнями ГД називають порушення толерантності до глюкози будь-якого ступеня, що виникають або виявляються вперше під час вагітності. Його діагностують на підставі результатів проведення тесту толерантності до глюкози (ТТГ) [1-3]. За даними масштабних досліджень, ГД має місце у 3-5% вагітних [1, 4, 5].

Факторами ризику розвитку ГД є: діабет у батьків або найближчих родичів; ГД за попередньої вагітності; ожиріння; народження в минулому дитини з масою тіла більше 4000 г; мертвородження в анамнезі; багатоводдя; глюкозурія, виявлена двічі. Показаннями для обстеження на ГД є також показники глікемії натще у плазмі $\geq 5,83$ ммоль/л або в капілярній крові $\geq 5,0$ ммоль/л [2].

ГД становить близько 90% усіх випадків цукрового діабету (ЦД) під час вагітності [4]. Здебільшого діагностують захворювання класу А₁ – ГД, за якого еуглікемії досягають за допомогою дієти. Інсулінотерапії при ГД потребують близько 15% жінок [6].

При ГД у раніше здорових жінок частіше виявляють преєклампсію, передчасні пологи, розродження шляхом кесарева розтину; більш високими є показники перинатальної смертності, значно зростають такі неонатальні ускладнення, як асфіксія, макросомія, травматизм, пов'язаний з пологами, гіпоглікемія, гіпербілірубінемія, гіперінсулінемія [1, 6, 7]. Є переконливі дані про те, що навіть помірне підвищення рівня глікемії у матері, недостатнє для встановлення діагнозу ГД, призводить до збільшення материнських і перинатальних ускладнень [1]. Разом з тим проведення терапії у вагітних з ГД дає змогу істотно знизити їх кількість [1, 6-8].

Розвиток під час вагітності ГД спричиняє досить негативні віддалені наслідки, такі як поява з роками у матері високого ризику виникнення ЦД 2 типу і метаболічного синдрому, у дитини – ЦД або пре-діабету до 19-27 років життя [4, 5, 9]. У результаті проведення масштабного мета-аналізу було встановлено, що ризик розвитку в подальшому житті ЦД 2 типу у вагітних з ГД у 7,43 раза вищий, ніж у жінок, які мають нормальний рівень глікемії під час вагітності [5]. Спільні причини і механізми розвитку ГД і ЦД 2 типу дають змогу розглядати ГД як першу ознаку, що вказує на ймовірність виникнення у подальші роки ЦД 2 типу [5, 9]. Вказується на необхідність розробки і проведення профілактичних програм для жінок з ГД в анамнезі для того, щоб попередити або віддалити в часі розвиток у них ЦД 2 типу [4, 5].

Враховуючи те, що ЦД 2 типу нерідко поєднується з гіпертонічною хворобою (ГХ) [10, 11] і часто спостерігається при надмірній масі тіла [12, 13], а серед вагітних з ГХ дуже багато жінок з надмірною масою тіла [12], можна думати, що ГД часто ускладнює перебіг вагітності у хворих на ГХ.

Мета дослідження – встановити частоту ГД у вагітних з ГХ і визначити можливість покращення у них вуглеводного обміну.

Матеріали і методи

Для вирішення поставленої мети обстежили 110 вагітних з ГХ віком від 19 до 46 років, середній вік яких становив $34,6 \pm 1,56$ року.

ГХ 1 ступеня, при якій підвищення артеріального тиску (АТ) відбувається у межах 140-159/90-99 мм рт. ст., діагностували у 62 (56,4%) вагітних, ГХ 2 ступеня (АТ 160-179/100-109 мм рт. ст.) – у 38 (34,6%), ГХ 3 ступеня (АТ $\geq 180/110$ мм рт. ст.) – у 10 (9%). З урахуванням маси тіла незадовго

до початку вагітності або в перші її тижні надлишкову масу тіла й ожиріння (індекс маси тіла $\geq 25,0$ кг/м²) спостерігали у 72 (65,5%) хворих.

Для виявлення у вагітних з ГХ ГД проводили ТТГ. Методика проведення тесту така. До початку дослідження протягом як мінімум трьох днів вагітна перебуває на звичайному раціоні харчування без обмеження вуглеводів. Ранком натще, не менш ніж через 12 год після останнього споживання їжі у вену вводять голку-метелик чи катетер і проводять забір крові. Потім вагітна випиває 100 г глюкози, розведеної у 250-300 мл води з додаванням соку лимона. Для визначення показника глікемії повторно беруть кров через 1, 2 і 3 години. Протягом усього дослідження вагітна перебуває у спокійному стані (сидячи чи лежачи), не їсть. Допускається вживання води. Визначення показника глікемії у крові проводять з використанням біохімічного методу за допомогою напівавтоматичного аналізатора. Оцінку даних ТТГ виконують згідно з нормативами, прийнятими в Україні [2]. При підвищенні двох або більше нижчезазначених показників тест вважають позитивним: рівень глікемії плазми венозної крові натще становить 5,8 ммоль/л, через годину – 10,5 ммоль/л, через 2 год – 9,2 ммоль/л, через 3 год – 8,0 ммоль/л.

У більшості хворих (92,7%) ТТГ вперше провели на 18-22-му тижні вагітності. У тих, у кого тест був негативним, повторне обстеження (одноденний тест з 50 г глюкози [2]) проводили на 26-32-му тижні вагітності. У разі позитивних значень одноденного тесту (уміст глюкози у плазмі крові $\geq 7,8$ ммоль/л) на 26-32-му тижні через 2 тижні додатково проводили тригодинний ТТГ. Контроль за рівнем глікемії у жінок з ГХ і встановлення ГД здійснювали на підставі визначення рівня глікемії через годину після їди.

У 7,3% жінок ТТГ (тригодинний) уперше провели на 36-38-му тижні вагітності.

Результати й обговорення

У результаті проведення ТТГ у вагітних з ГХ порушення толерантності до глюкози виявили у 22,7% хворих. Це в 4-7 разів частіше, ніж у популяції вагітних у цілому.

Найчастіше ГД спостерігали у жінок з надлишковою масою тіла з ГХ. Серед хворих з надлишковою масою тіла й ожирінням його діагностували у 30,6% випадків. У вагітних з ГХ і ГД надлишкову масу тіла або ожиріння мали 88% хворих.

Досить часто (у 7,9% випадків) ГД виявляли й у жінок з ГХ на тлі нормальної маси тіла, але у них це ускладнення траплялося значно рідше, ніж у жінок з надлишковою масою тіла з ГХ ($p < 0,01$).

У переважній більшості хворих (96%) діагностували ГД класу А₁.

Вагітні з ГХ і ГД, а також хворі без цього ускладнення не відрізнялися ані за віком, ані за ступенем артеріальної гіпертензії.

У більшості жінок (80%) ГД виявили на 18-22-му тижні вагітності, у терміні, коли ТТГ проводили вперше. При повторному обстеженні у більш пізні терміни це ускладнення діагностували лише у 8% хворих. При першому обстеженні наприкінці вагітності ГД установили у 12% хворих.

Для профілактики порушень вуглеводного обміну і його нормалізації у разі