

УДК 618.1+618.3-06:616.33-008.44

ШЕЛЕСТОВА Л. П., АЛЛАХВЕРДІЄВ Р. С.
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

ДЕФІЦИТ МАСИ ТІЛА І ЙОГО ЗВ'ЯЗОК З ПОРУШЕННЯМИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ, АКУШЕРСЬКИМИ ТА ПЕРИНАТАЛЬНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ

РЕЗЮМЕ. Мета. Визначити розповсюдженість дефіциту маси тіла серед вагітних та встановити його зв'язок з порушеннями репродуктивного здоров'я жінки, акушерськими та перинатальними ускладненнями.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз медичної документації 2700 жінок щодо визначення частоти дефіциту маси тіла (ДМТ) серед вагітних. Проведена оцінка якісних ознак 280 пацієнток з дефіцитом маси тіла і 280 – з нормальною масою тіла (НМТ).

Результати та обговорення. Дефіцит маси тіла мають 10,4 % (95% ДІ 9,3-11,6 %). У жінок з дефіцитом маси тіла збільшується шанс виникнення безпліддя, порушень менструального циклу, самовільного абортів, анемії, плацентарної дисфункції, затримки росту плода, патології кістково-зв'язкового апарату. Неприятливий перебіг вагітності у жінок з дефіцитом маси тіла спричиняє збільшення шансу передчасних пологів, несвоєчасного відходження навколоплідних вод, аномалій пологової діяльності, затримки внутрішньоутробного розвитку новонародженого.

Висновки. Жінки з дефіцитом маси тіла значно частіше, ніж з нормальною масою тіла, мають порушення репродуктивної функції. Перебіг вагітності у пацієнток з дефіцитом маси тіла ускладнюється значно частіше, ніж за нормальною масою тіла, що спричиняє ускладнення в пологах та відбивається на стані новонародженого.

Ключові слова: вагітність, дефіцит маси тіла, репродуктивне здоров'я, акушерські та перинатальні ускладнення.

Маса тіла людини є одним з найважливіших показників соматичного та репродуктивного здоров'я жінки. Дефіцит маси тіла (ДМТ) спричиняє розвиток порушень репродуктивної системи, збільшує частоту ускладнень під час вагітності та пологів [2, 3]. Тому особливої уваги заслуговують виявлення ймовірних ускладнень, які безпосередньо пов'язані з ДМТ, з метою їх майбутньої корекції.

Мета. Визначити розповсюдженість ДМТ серед вагітних та встановити його зв'язок з порушеннями репродуктивного здоров'я жінки, акушерськими та перинатальними ускладненнями.

Матеріали та методи

Проведено ретроспективний аналіз медичної документації 2700 жінок, які народжували в Центральній міській клінічній лікарні № 6 м. Донецька, щодо визначення частоти ДМТ серед вагітних. Встановлено, що ДМТ мали 280 жінок. Ці жінки й склали основну групу щодо вивчення. Для того, щоб з'ясувати чи існує залежність між наявністю ДМТ у жінки та збільшенням акушерських і перинатальних ускладнень була відібрана група породіль, до якої увійшли 280 жінок з нормальною масою тіла (НМТ).

До відсотку розповсюдженості ДМТ визначали 95%-й довірчий інтервал (95% ДІ) за методом Уілсона.

Щодо віку жінок визначали середнє значення та стандартне відхилення, за порівнянням показнику між групами використали непарний критерій Стьюдента (t).

Порівняння якісних ознак виконувалося за допомогою аналізу таблиць зв'язаності із застосуванням критерію χ^2 . Критичне значення χ^2 залежало від ступенів свободи (v). Щодо чотиріпільних таблиць (2x2) (тобто за v=1) використали поправку Єтса на безперервність [1]. Обчислення здійснювали у програмі Біостатистика.

Визначали співвідношення шансів (СШ) – відношення шансів події в групі жінок з ДМТ до шансів події в групі з НМТ. Для цієї величини визначали 95% ДІ. Якщо ДІ містив одиницю, то ймовірність розглядаємої ознаки в групах була однаковою; якщо ДІ розташовувався у ділянці справа від одиниці (тобто усі значення ДІ більше 1) – шанс виникнення ознаки був вищим в першій групі; якщо ДІ розташовувався у ділянці зліва від одиниці (тобто усі значення ДІ менше 1) – шанс виникнення ознаки був нижчим, тобто можливо вказував на те, що фактор (в нашому дослідженні ДМТ) мав захисний вплив.

Результати та обговорення

Під час аналізу медичної документації встановлено, що ДМТ, який встановлено на ранніх термінах гестації, мали 280 із 2700 жінок, що

склало 10,4%. Можна з 95%-ю упевненістю стверджувати, що істинне значення поширеності ДМТ коливалося в інтервалі від 9,3 до 11,6%. За ступенем ДМТ жінки розподілилися наступним чином: легкий ступінь ДМТ мали 212 із 280 осіб (75,7%; 95% ДІ 70,4-80,4%), середній – 54 (19,3%; 95% ДІ 15,1-24,3%), тяжкий – 14 (5,0%; 95% ДІ 3,0-8,2%).

У ході проведеного дослідження було визначено, що вік жінок з ДМТ варіював від 16 до 37 років, за НМТ – від 16 до 38 років. Середні значення відповідно склали 25,40 (3,86) і 26,73 (4,33) років ($t=3,834$, $P<0,001$). Отримані дані свідчать про те, що на ДМТ частіше страждають жінки молодшого віку через найбільшу схильність до дієтичних обмежень, фізичних перевантажень, шкідливих

звичок. Вивчення сімейного стану, місця проживання та професійної зайнятості не виявило різниці між жінками з ДМТ та з НМТ.

Аналіз гінекологічної захворюваності показав, що жінки з ДМТ значно частіше, ніж жінки з НМТ, страждали на порушення менструальної функції та безпліддя. Як виявилось, ДМТ майже у чотири рази збільшував ймовірність виникнення цих захворювань. Це вказує на необхідність консультування, спостереження жінок з ДМТ на етапі планування вагітності. Помічено тенденцію більш високої розповсюдженості серед жінок з ДМТ запальних захворювань органів малого тазу, патології шийки матки та операцій на придатках матки. Зв'язку між ДМТ і наявністю лейоміом матки нами не знайдено (табл. 1).

Таблиця 1. Гінекологічний анамнез

Показник	ДМТ (n=280)		НМТ (n=280)		χ^2	P	СШ	95% ДІ
	n	%	n	%				
Запальні захворювання органів малого тазу	78	27,9	59	21,1	3,131	0,077	1,4	0,98-2,13
Патологія шийки матки	69	24,6	54	19,3	2,042	0,153	1,4	0,92-2,05
Порушення менструального циклу	81	28,9	27	9,6	32,224	<0,001	3,8	2,38-6,12
Безпліддя	32	11,4	9	3,2	12,737	<0,001	3,9	1,82-8,30
Лейоміома	13	4,6	19	6,8	0,829	0,363	0,7	0,32-1,38
Операції на придатках матки	27	9,6	20	7,1	0,836	0,361	1,4	0,76-2,54

Акушерський анамнез проаналізовано серед жінок, у яких дана вагітність була повторною, тобто у 102 жінок з ДМТ і у 163 – з НМТ. Отже серед повторновагітних частка жінок з ДМТ і НМТ, вагітність яких закінчилася пологами, не мала статистичної різниці (54 із 102 (52,9%) проти 81 із 163 (49,7%); $\chi^2_{vi}=0,151$, $P=0,696$; СШ 1,1; 95% ДІ 0,69-1,87). Кількість жінок, які мали медичні аборти та позаматкові вагітності, між групами також значно не різнилася. В той же час самовільний аборт в анамнезі жінки з ДМТ мали значно частіше, ніж з НМТ (23 із 102 (22,5%) проти 14 із 163 (8,6%); $\chi^2_{vi}=9,049$, $P=0,003$), відповідно шанс самовільного переривання вагітності був втричі вищим (СШ 3,1; 95% ДІ 1,51-6,35). Отримані дані дозволяють згодитися з літературними [2], які свідчать, що ДМТ займає одне з перших місць серед причин невиношування вагітності та підкреслює необхідність підготовки таких жінок до вагітності та спостереження за ними з ранніх термінів гестації.

Перебіг теперішньої вагітності у пацієнток з ДМТ був ускладнений значно частіше,

ніж за НМТ (258 (92,1%) проти 191 (68,2%); $\chi^2_{vi}=48,945$, $P<0,001$; СШ 5,5; 95% ДІ 3,31-9,03). Лікувально-профілактичні заходи через загрозу переривання вагітності отримувала кожна третя жінка з ДМТ проти кожної п'ятої з НМТ. Найчастішим ускладненням у групі зі зменшеною масою тіла була анемія вагітних, яку відзначено майже у половини таких пацієнток. Також за ДМТ частіше зафіксовано такі ускладнення як ранні токсикози, загроза передчасних пологів. Статистично значима різниця між групами відзначена і за ознаками плацентарної дисфункції та затримки росту плода, що виявлені під час ультразвукового та кардіотокографічного досліджень (табл. 2).

Аналіз частоти акушерських ускладнень та подальший розрахунок СШ вказав на зв'язок між масою тіла жінки та виникненням акушерських ускладнень. Так, ДМТ у вагітних збільшив можливість розвитку більш ніж втричі анемії, удвічі – загрози викидня, загрози передчасних пологів, ранніх токсикозів, затримки росту плода, у шість разів – плацентарної дисфункції. Не відзначено суттєвих

відмінностей між групами за частотою пієлонефриту вагітних і багатоводдя. Водночас у жінок з ДМТ випадки прееклампсії спостерігалися рідше, у порівнянні з тими, хто мав

нормальну масу, СШ становило 0,3 (95% ДІ 0,18-0,53), тобто можна припустити, що ДМТ є протективним чинником розвитку прееклампсії (табл. 2).

Таблиця 2. Ускладнення під час вагітності

Показник	ДМТ (n=280)		НМТ (n=280)		χ^2	P	СШ	95% ДІ
	n	%	n	%				
Загроза викидня	98	35,0	59	21,1	12,781	<0,001	2,0	1,38-2,94
Загроза передчасних пологів	52	18,6	24	8,6	11,098	<0,001	2,4	1,45-4,07
Ранні токсикози	82	29,3	43	15,4	14,872	<0,001	2,3	1,51-3,45
Анемія	122	43,6	51	18,2	40,985	<0,001	3,5	2,36-5,09
Прееклампсія	21	7,5	58	20,7	19,099	<0,001	0,3	0,18-0,53
Багатоводдя	31	11,1	25	8,9	0,496	0,481	1,3	0,73-2,21
Пієлонефрит	34	12,1	27	9,6	0,662	0,416	1,3	0,76-2,21
Плацентарна дисфункція	188	67,1	71	25,4	96,658	<0,001	6,0	4,17-8,68
Затримка росту плода	89	31,8	43	15,4	20,072	<0,001	2,6	1,70-3,87
Патологія кістково-зв'язкового апарату	134	47,9	48	17,1	58,812	<0,001	4,4	3,01-6,55

Слід відзначити, що у 134 (47,9 %) жінок з ДМТ під час вагітності маніфестували клінічні прояви патології кістково-зв'язкового апарату, це було статистично частіше, ніж у жінок з НМТ – 48 (17,1 %) ($P < 0,001$). Так, найчастішою патологією була симфізіопатія, яка спостерігалась у 107 (38,2 %) пацієнток з ДМТ проти 36 (12,9 %) осіб з НМТ (χ^2 дорівнює 46,016, відповідно $P < 0,001$), ймовірність розвитку симфізіопатії у чотири рази більша, ніж у разі НМТ (СШ 4,2; 95% ДІ 2,74-6,41). Другим за частотою був симфізит, водночас зв'язку цього захворювання з масою тіла не спостерігалось – 14 випадків (5,0 %) за ДМТ і 12 (4,3 %) за НМТ ($\chi^2_{v1}=0,040$, $P=0,841$; СШ 1,2; 95% ДІ 0,53-2,59). Тільки у жінок з ДМТ мали місце такі стани як люмбалгія – 5 (1,8 %) випадків, кокцигодінія – 4 (1,4 %), сакроілеопатія – також 4 (1,4 %) випадки, а за НМТ вони не спостерігалися.

Під час аналізу терміну пологів визначена статистична різниця між групами ($\chi^2_{v2}=10,883$, $P=0,004$), передчасні пологи відбувалися частіше у жінок з ДМТ (49 (17,5 %) проти 23 (8,2 %) за НМТ), а термінові – рідше (229 (81,8 %) проти 254 (90,7 %)), частота запізненних була однаковою (2 (0,7 %) і 3 (1,1 %) відповідно), тобто ДМТ чинить негативний вплив на початок пологової діяльності, збільшуючи шанс настання передчасних пологів

(СШ 2,4; 95% ДІ 1,40-4,01). Як свідчить аналіз медичної документації настання передчасних пологів, насамперед, пов'язано із вихідним несприятливим фоном і великою частотою ускладнень гестаційного періоду у пацієнток з ДМТ.

Серед ускладнень в пологах найчастіше зустрічались несвоєчасне відходження навколоплідних вод, аномалії пологової діяльності, які були найбільш поширеними серед жінок з ДМТ, і мали статистично значиму різницю з групою жінок з НМТ. За частотою оперативних втручань у пологах значимої різниці між групами не виявилось (табл. 3).

У жінок обох груп пологи закінчилися народженням живих дітей. Під час аналізу стану новонароджених визначено, що кількість випадків затримки внутрішньоутробного розвитку в групі ДМТ була значно вищою, ніж у групі дітей, народжених жінками з НМТ. Якщо жінка мала ДМТ, її дитина мала більші шанси народитися з затримкою розвитку (табл. 3). Подібна картина спостерігалась і за показником народження дітей з низькою масою тіла. Немовлят з масою тіла 2500 г і менше народили 57 (20,4 %) жінок з ДМТ проти 27 (9,6 %) за НМТ, різниця є статистично значимою ($\chi^2_{v1}=11,779$, $P < 0,001$). Ймовірність народження дитини з низькою масою тіла у жінок з ДМТ вдвічі більша, ніж за НМТ (СШ 2,4; 95% ДІ 1,46-3,92). Критерій χ^2 виявив відсутність статистичного

значимого взаємозв'язку між випадками асфіксії новонароджених і масою тіла їх матерів ($\chi^2_{v1}=0,040$, $P=0,841$). Водночас у 2 випадках в групі ДМТ, що склало 7,1 %, мала місце рання неонатальна смертність новонароджених, які мали асфіксію тяжкого ступеня.

Таким чином, підвищення ймовірності репродуктивних порушень, виникнення ускладнень у жінок з ДМТ під час вагітності та пологів вказують на необхідність розробки ефективних лікувально-профілактичних заходів на прегравідарному етапі та під час гестації.

Таблиця 3. Акушерські та перинатальні ускладнення

Показник	ДМТ (n=280)		НМТ (n=280)		χ^2	P	СШ	95% ДІ
	n	%	n	%				
Несвоєчасне відходження навколоплідних вод	97	34,6	68	24,3	6,736	0,009	1,7	1,14-2,39
Аномалії пологової діяльності	56	20,0	37	13,2	4,178	0,041	1,6	1,04-2,58
Кесаревий розтин	49	17,5	45	16,1	0,115	0,734	1,1	0,71-1,73
Асфіксія	14	5,0	12	4,3	0,040	0,841	1,2	0,53-2,59
Затримка внутрішньоутробного розвитку	67	23,9	23	8,2	24,478	<0,001	3,5	2,12-5,84

Висновки

Дефіцит маси тіла мають 10,4 % вагітних (95% ДІ 9,3-11,6 %), з них, легкий ступінь – 75,7 % (95% ДІ 70,4-80,4 %), середній – 19,3 % (95% ДІ 15,1-24,3 %), тяжкий – 5,0 % (95% ДІ 3,0-8,2 %).

У жінок з ДМТ збільшується шанс виникнення безпліддя (СШ 3,9; 95% ДІ 1,82-8,30), порушень менструального циклу (СШ 3,8; 95% ДІ 2,38-6,12), самовільного абортів (СШ 3,1; 95% ДІ 1,51-6,35), анемії (СШ 3,5; 95% ДІ 2,36-5,09), плацентарної дисфункції (СШ 6,0; 95% ДІ 4,17-8,68), затримки росту плода (СШ 2,6; 95% ДІ 1,70-3,87), патології кістково-зв'язкового апарату (СШ 4,4; 95% ДІ 3,01-6,55).

Несприятливий перебіг вагітності у жінок з ДМТ спричиняє збільшення шансу передчасних пологів (СШ 2,4; 95% ДІ 1,40-4,01), несвоєчасного відходження навколоплідних вод

(СШ 1,7; 95% ДІ 1,14-2,39), аномалій пологової діяльності (СШ 1,6; 95% ДІ 1,04-2,58), затримки внутрішньоутробного розвитку новонародженого (СШ 3,5; 95% ДІ 2,12-5,84).

Список літератури

1. Гланц С. Медико-биологическая статистика / Стентон Гланц: пер. с англ. – М.: Практика, 1998. – 459 с.
2. Громанчук С. П. Репродуктивна функція, перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду в жінок з дефіцитом маси тіла екзогенного генезу: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.01 «акушерство та гінекологія» / С. П. Громанчук. – Одеса, 2005. – 20 с.
3. Рудаева Е. В. Беременность, роды, здоровье новорожденных у матерей с дефицитом массы тела / Е. В. Рудаева. — Вестник РГМУ. – 2008. – № 3 (62). – С. 120-121.

02.06.2014

ШЕЛЕСТОВА Л. П., АЛЛАХВЕРДИЕВ Р. С.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА И ЕГО СВЯЗЬ С НАРУШЕНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ, АКУШЕРСКИМИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

РЕЗЮМЕ. Цель. Определить распространенность дефицита массы тела среди беременных и установить его связь с нарушениями репродуктивного здоровья женщины, акушерскими и перинатальными осложнениями.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 2700 женщин для выяснения частоты дефицита массы тела (ДМТ) среди беременных. Проведена оценка качественных признаков 280 пациенток с ДМТ и 280 – с нормальной массой тела (НМТ).

Результаты. Дефицит массы тела имеют 10,4 % беременных (95% ДИ 9,3-11,6 %). У женщин с дефицитом массы тела увеличивается шанс возникновения бесплодия, нарушений менструального цикла, самопроизвольного аборта, анемии, плацентарной дисфункции, задержки роста плода, патологии костно-связочного аппарата. Неблагоприятное течение беременности у женщин с дефицитом массы тела вызывает увеличение шанса преждевременных родов, несвоевременного отхождения околоплодных вод, аномалий родовой деятельности, задержки развития новорожденного.

Выводы. Женщины с дефицитом массы тела значительно чаще, чем с нормальной массой тела, имеют нарушения репродуктивной функции, бесплодие, самопроизвольный аборт. Течение беременности у пациенток с дефицитом массы тела осложняется значительно чаще, чем при нормальной массе тела, что приводит к осложнениям в родах и отражается на состоянии новорожденного.

Ключевые слова: беременность, дефицит массы тела, репродуктивное здоровье, акушерские и перинатальные осложнения.

*SHELESTOVA L. P., ALLAHVERDIEV R. S.
Donetsk National Medical University named after M. Gorky*

**DEFICIENCY OF BODY WEIGHT AND ITS CONNECTION
WITH VIOLATIONS OF WOMEN'S REPRODUCTIVE HEALTH,
OBSTETRIC AND PERINATAL COMPLICATIONS**

RESUME. Aim. To determine the prevalence of deficiency of body weight among pregnant and establish its connection with violations of women's reproductive health, obstetric and perinatal complications.

Materials and methods. Conducted a retrospective analysis of medical records of 2700 women to determine the frequency of deficiency of body weight among pregnant women. The estimation of qualitative features 280 patients with deficiency of body weight and 280 – with normal body weight.

Results. Deficiency of body weight have 10,4% of pregnant women (95% CI 9,3-11,6%). Women with deficiency of body weight increases the chance of infertility, menstrual disorders, spontaneous abortion, anemia, placental dysfunction, fetal growth retardation, pathology, bone and ligaments. Unfavorable course of pregnancy in women with deficiency of body weight causes an increase in the chance of preterm delivery, delayed discharge of amniotic fluid, anomalies of labor, growth retardation in the newborn.

Conclusions. Women with a deficit of mass were significantly more likely than normal weight, have reproductive disturbance. During pregnancy in patients with deficiency of body weight significantly more complicated than normal body weight, which leads to complications in childbirth and affects the state of the newborn.

Keywords: pregnancy, deficiency of body weight, reproductive health, obstetric and perinatal complications.