

УДК 618.3 + 613.25 + 616.092 + 616.08 + 616.084

©Н. М. Кінаш, Н. І. Генік, С. А. Стефанко, Н. В. Скрипник

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З АЛІМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦІЙНИМ ТА ГЕСТАЦІЙНИМ ОЖИРІННЯМ*Івано-Франківський національний медичний університет*

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З АЛІМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦІЙНИМ ТА ГЕСТАЦІЙНИМ ОЖИРІННЯМ. Аліментарно-конституційне ожиріння, яке визначається як надмірне накопичення жиру організмом, за останні роки стало важливою проблемою в акушерській практиці. Ця патологія, яка найчастіше зустрічається у вагітних жінок, супроводжується цілим рядом метаболічних ускладнень, головним з яких є надлишкове утворення жиру з вуглеводів та відкладанням його в жирових депо [1,2,5]. Аліментарно-конституційне ожиріння є доповнюючим фактором ризику як екстрагенітальної, так і акушерської патології. Аліментарно-конституційне ожиріння – одне з найбільш розповсюджених форм порушень жирового обміну, що не має тенденції до зниження частоти, особливо в економічно-розвинених країнах і складає серед вагітних жінок від 15,5 до 30,0%. Питома вага перинатальної захворюваності у вагітних жінок з аліментарно-конституційним ожирінням коливається від 20,7 до 95,0%. Високий показник перинатальної патології пов'язаний з ускладненим перебігом вагітності та внутрішньоутробною гіпоксією плода. Гіпоксія плода у вагітних жінок із вищезгаданою патологією зустрічається у 4,1 рази, а асфіксія новонароджених – в 6,4 рази [5]. Частіше в зв'язку з цим важливе значення має вивчення особливостей функціонального стану систем організму у вагітних жінок із аліментарно-конституційним ожирінням [3, 4]. Ожиріння, яке виникло під час вагітності, називається гестаційним ожирінням. Встановлено, що критеріями гестаційного ожиріння є: наявність у жінки до вагітності нормальної маси тіла; приріст маси тіла у 2-й половині вагітності більше ніж 400 г за тиждень. Отже, як аліментарно-конституційне так і гестаційне ожиріння, що виникає у вагітних жінок, відіграє значну роль у формуванні акушерської та перинатальної патології.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН АЛИМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦИОННОМ И ГЕСТАЦИОННЫМ ОЖИРЕНИЕМ. Алиментарно-конституционное ожирение, которое определяется как увеличенное накопление жира организмом, за последние годы стало важной проблемой в акушерской практике. Эта патология, которая чаще всего встречается у беременных женщин, сопровождается целым рядом метаболических осложнений, главным из которых является увеличение образования жира с углеводов и отложение его в жировых депо [1,2,5]. Алиментарно-конституционное ожирение есть дополнительным фактором риска как экстрагенитальной, так и акушерской патологии. Алиментарно-конституционное ожирение – одно с наиболее распространенных форм нарушений жирового обмена, которое не имеет тенденции к снижению частоты, особенно в экономически-развитых странах и составляет среди беременных женщин от 15,5 до 30,0%. Удельный вес перинатальной заболеваемости у беременных женщин с алиментарно-конституционным ожирением колеблется от 20,7 до 95,0%. Высокий показатель перинатальной патологии связан с осложненным течением беременности и внутриутробной гипоксии плода. Гипоксия плода у беременных женщин с вышеуказанной патологией встречается у 4,1 раза, а асфиксия новорожденных – в 6,4 раза [5]. Чаще в связи с этим важное значение имеет изучение особенностей функционального состояния систем организма у беременных женщин с алиментарно-конституционным ожирением [3, 4]. Ожирение, которое возникло вовремя беременности, называется гестационным ожирением. Установлено, что критериями гестационного ожирения есть: наличие у женщины до беременности нормальной массы тела; прирост массы тела во второй половине беременности больше чем 400 г в неделю. Как алиментарно-конституционное, так и гестационное ожирение, которое возникает у беременных женщин, играет значительную роль в формировании акушерской и перинатальной патологии.

THE PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN WOMEN WITH ALIMENTARY CONSTITUTIONAL AND GESTATIONAL OBESITY. Alimentary-constitutional obesity, which is defined as excessive accumulation of body fat, has become an important problem in obstetric practice in recent years. This pathology, which most commonly occurs among pregnant women is accompanied by a number of metabolic complication such as the excessive formation of fat from carbohydrates and delaying it in the fat depot [1,2,5]. Alimentary-constitutional obesity is complementary factor of risk for both extra genital and obstetric pathology. Alimentary-constitutional obesity is one of the most widely spread forms of disorders of lipid metabolism, which has no tendency to decrease in frequency, especially in economically developed countries and comprises 15.5 to 30.0% among pregnant women The share of prenatal morbidity of pregnant women with alimentary-constitutional obesity ranges from 20.7 to 95.0%. The high rate of prenatal pathology is connected with abnormal pregnancy and intrauterine hypoxia of the fetus. Fetal hypoxia of pregnant women with above-mentioned pathology is found in 4.1 times, and neonatal asphyxia - 6.4 times [5]. In this regard it is important to study the characteristics of functional systems of the body of pregnant women with alimentary-constitutional obesity [3, 4]. Obesity, which arose during pregnancy is called gestational obesity. It was found that gestational obesity criteria are: normal weight of the women before pregnancy and the increase of weight in the 2nd half of pregnancy more than 400 g per week. So, alimentary constitutional obesity as well as gestational one in pregnant women play a significant role in forming the obstetric and prenatal pathology.

Ключеві слова: аліментарно-конституційне ожиріння, гестаційне ожиріння, ліпідний обмін, перинатальна патологія, фето-плацентарний комплекс.

Ключевые слова: алиментарно-конституционное ожирение, гестационное ожирение, липидный обмен, перинатальная патология, фето-плацентарный комплекс.

Key words: alimentary-constitutional obesity, gestational obesity, lipid metabolism, prenatal pathology, fetoplacental complex.

ВСТУП. Аліментарно-конституційне ожиріння, що є у вагітних жінок, відіграє значну роль у формуванні акушерської та перинатальної патології. Лікувально-

профілактичні заходи, які є доступні на сьогоднішній день є недостатньо ефективними, що свідчить про необхідність їхнього удосконалення.

Мета. Актуальною залишається розробка нових і удосконалення діагностичних та лікувально-профілактичних заходів з метою зниження частоти акушерських та перинатальних ускладнень у вагітних жінок із аліментарно-конституційним ожирінням.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Нами обстежено 125 вагітних жінок, з них з гестаційним ожирінням - 95 жінок склала основна група (I). Контрольна (II) група налічувала 30 жінок без ожиріння, приріст маси тіла у яких на момент обстеження становив менше 12 кг.

Досліджувані вагітні (основна група) з надлишковою масою тіла, всього 95 жінок, були розподілені на групи наступним чином:

1 група - 35 жінок з гестаційним ожирінням. їм було проведено запропоноване нами лікування комбінацією препаратів "Есенціале форте Нм і "Епадол".

2 група - 60 жінок з гестаційним ожирінням. Вони були контрольною групою по ефективності лікування, їм було проведено загальноприйнятну терапію.

Дослідження гормонального статусу і біохімічних показників було проведено в динаміці 55 жінкам з основної групи (35 з 1-ї групи і 20 з 2-ї групи) двічі в період між 28 і 38 тижнями вагітності, до і після запропонованого нами лікування, а також один раз 30 вагітним жінкам без ожиріння (контрольна група).

Встановлено, що критеріями гестаційного ожиріння є: наявність у жінки до вагітності нормальної маси тіла; приріст маси тіла у 2-й половині вагітності більше ніж 400 г за тиждень, і загалом 12 кг і більше на момент обстеження; маса тіла вагітної на момент обстеження перевищує загальноприйнятні допустимі межі згідно формульного розрахунку і класифікації ступенів ожиріння. Таким чином вагітній жінці виставляється діагноз гестаційне ожиріння і оцінюється його ступінь.

У нашій роботі для лікування вагітних жінок із гестаційним ожирінням ми використовували препарати «Есенціале форте Н» («Ей. Наттерманн енд Сайі ГмБХ» (Німеччина)) і «Епадол». (ЗАТ «Київський вітамінний завод», Україна). Лікування проводили шляхом перорального прийому капсул «Есенціале форте Н» по 2 капсули 2 рази на добу і „Епадол» по 2 капсули 4 рази на добу. Курс лікування 4 тижні. Лікування призначалось з 28 тижня вагітності.

При проведенні аналізу перебігу вагітності і пологів у 78 вагітних жінок із аліментарно-конституційним ожирінням виявлені часті ускладнення під час гестації і пологів. Показано, що аліментарно-конституційне ожиріння несприятливо впливає на функціональний стан плода за рахунок порушення функції фетоплацентарної системи, які є однією з причин перинатальної патології. Виявлено високий відсоток ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду.

Виділена група вагітних жінок із аліментарно-конституційним ожирінням за ознаками супутніх захворювань, анамнезу, акушерському анамнезу, перебігу екстрагенітальних патологій, ускладненням вагітності та спостереженню у жіночій консультації і госпіталізації під час гестації.

Ехографічне дослідження плода і плаценти проводили на апараті "Аloка SSD – 1700" виробництва Японії. Для вивчення стану плода застосовували кардіотокографічний метод дослідження. Вивчали

реакцію плода на спонтанні рухи (безстресовий тест) та стан адаптаційно-резервних можливостей. Серцеву діяльність плода в антенатальному періоді визначали за допомогою фетального монітора ВМТ-9141 (Німечина) протягом 60 хвилин в положенні вагітної на лівому боці. Швидкість руху паперу складала 1 см/хв. Рухову активність плода визначали за даними КТГ. При цьому датчик знаходився зі сторони спинки плода, оцінювали тільки виражені рухи тулуба плода.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Проаналізовано 78 історій пологорозрішення вагітних жінок із аліментарно-конституційним ожирінням. За віком вагітні жінки були розділені: у віці до 20 років було 17 вагітних (21,2%), 21 – 25 років 23 (29,4%), 26 – 30 років – 26 (33,4%) і після 30 років – 11 (14,1%). Первісток було 27 (34,5%), а повторно-роділь – 51 (65,5%).

Рівень освіти у вагітних жінок із аліментарно-конституційним ожирінням був різний. Більшість жінок мали середню і неповну середню освіту у 60,3%, а вищу освіту у 39,7%.

Серед гінекологічних захворювань у вагітних жінок нами відмічено, що порушення менструального циклу було у 19 (24,3%), порушення дітородної функції – у 5 (6,4%), загальний і статевий інфантилізм – у 3 (3,8%), гострі та хронічні запальні захворювання матки і її додатків – 13 (16,6%), кольпіт – у 26 (33,3%) випадків.

Менструації у 23 (29,5%) жінок були порушені. Із них у 9 (39,1%) почались до 13 років, а після 16 років – у 5 (21,7%), болючі місячні – у 3 (13,0%), гіперполіменорея – у 7 (30,4%), а нерегулярні місячні були у 10 (43,4%). У 15 (19,3%) вагітних жінок менструальна функція встановилась протягом 1-2 років, а тривалість циклу в середньому становив 27 днів. Статеве життя розпочато з 16 до 18 років у 19 (24,3%) вагітних жінок.

Серед ускладнень, що були в попередніх пологах, у 13,7% була слабкість пологової діяльності, у 4,7% - кесарський розтин, у 0,6% - акушерські щипці та у 1,2% відмічені кровотечі.

На диспансерний облік в жіночій консультації вагітні взяті на облік у терміні до 12 тижнів 78,3%, а решта в другу половину вагітності. Вагітні жінки із аліментарно-конституційним ожирінням виділені у групу підвищеного ризику, що обумовило не тільки добру диспансеризацію цієї групи вагітних, але й розвиток ускладнень першої половини вагітності, яких можна було попередити.

Під час перебігу вагітності відмічалась наступна патологія: анемія вагітних виявлена у 13 вагітних жінок (16,6%), загроза переривання вагітності у 16 (20,4%), загроза пізнього мимовільного викидня – у 7 (8,9%), загроза передчасних пологів – у 9 (11,5%), гестаційні набряки – у 21 (26,9%), прееклампсія вагітних легкого (28,2%) і середнього ступеня – у 5 (6,4%), звикле невиношування – у 3 (3,8%), ізосенсибілізація по системі ABO – у 4 (5,1%), хронічна внутрішньоутробна гіпоксія плода – у 18 (23,0%), рубець на матці після операції кесарського розтину – у 12 (15,3%), токсикоз першої половини вагітності – у 9 (11,5%), істміко-цервікальна недостатність спостерігалась у 2 (2,5%) вагітних жінок. У 8 вагітних жінок відмічено синдром

затримки росту і розвитку плода, а у 17 – прояви уrogenітальних інфекцій.

Серед екстрагенітальної патології слід відмітити, що у 38 вагітних жінок (48,7%) вагітність перебігала з ускладненнями. Серед них серцево-судинна патологія була у 3 вагітних (7,8%), гіпертонічна хвороба – у 2 (5,2%), гостре респіраторне вірусне захворювання – у 21 (26,9%), ревматизм – у 2 (5,2%), ожиріння 1-го ступеня – у 22 (28,2%), ожиріння 2-го ступеня – у 34 (43,5%), ожиріння 3-го ступеня – у 12 (15,2%), гіперплазія щитовидної залози – у 3 (3,8%), а хронічний пієлонефрит спостерігали у 8 (10,2%) жінок.

При ультразвуковому обстеженні вагітних, патологію плаценти виявлено, починаючи із 20 тижнів гестації у 58,2% жінок. Лагуни відмічені у 13,4%, кальцинати – у 8,9%, петрифікати – у 10,4%, багатоводдя – у 31,3%, маловоддя – у 4,4%, гіпертонус стінки матки – у 7,4%, гіпоплазія плаценти – у 8,9% випадків.

Тривалість пологів в середньому складала 9 годин 35 хвилин. Передчасні пологи були у 9 роділь (11,5%), передчасне відходження навколоплідних вод – у 20 (25,6%), первинна слабкість пологової діяльності – у 17 (21,7%), вторинна слабкість пологової діяльності – у 13 (16,7%), пологопідсилення внутрішньовенним введенням окситоцину – у 30 (38,4%), дистопія шийки матки відмічена у 3 (3,8%) вагітних жінок.

Під час пологів проведено оперативні втручання: кесарський розтин у 18 (23,0%), ручна ревізія стінок матки проведена у 5 (6,4%), ручне відділення і видалення плаценти – у 3 (3,8%), епізіотомія – у 15 (19,2%) випадків.

Крововтрата 0,5% від маси тіла в середньому дорівнювала $260,0 \pm 32,0$ мл.

Новонароджені діти від матерів із аліментарно-конституційним ожирінням народилися в асфіксії у 26,8% випадків. Маса новонароджених дітей була на 18,0% меншою від дітей контрольної групи. У частини новонароджених мало місце обвиття пуповини, що є ознакою порушення утробного стану плода. Нетуге обвиття пуповини було у 8,9% новонароджених від матерів з малою масою, а туге – у 1,2% і багаторазове – у 0,4%.

В ранньому неонатальному періоді у дітей були ушкоджені різні органи. Відмічалась патологія з боку

центральної нервової системи, що проявлялась неврологічною симптоматикою, легкий тремор, підвищення м'язового тону та порушення мозкового кровообігу. З другої доби у новонароджених дітей відмічали жовтушність шкірних покривів, гепато- і спленомегалію, а також патологію органів дихання.

Перебіг післяпологового періоду у 47 (70,1%) породілей із аліментарно-конституційним ожирінням ускладнився субінволюцією матки (16,3%), лохіометрією (6,4%), гострим післяпологим ендометритом (3,8%), ускладненим загоєнням післяпологових ран промежини (2,5%). Післяпологовий період перевищував на 3-4 доби від породіть контрольної групи.

У вагітних жінок з аліментарно-конституційним ожирінням, має місце порушення функції фетоплацентарного комплексу з ранніх термінів вагітності у вигляді порушення розвитку плаценти, яка в подальшому призводить до розвитку хронічної фетоплацентарної недостатності, що є однією із важливих причин хронічної внутрішньоутробної гіпоксії і гіпотрофії плода.

Із патології вагітності найбільше зустрічається загроза її переривання, починаючи із ранніх термінів вагітності, що в подальшому супроводжується розвитком хронічної плацентарної недостатності.

ВИСНОВКИ. Лікувально-профілактичні заходи, які є доступні на сьогоднішній день в основному направлені на вагітних, що страждали ожирінням до вагітності, і попри всі намагання є все ще недостатньо ефективними, що свідчить про необхідність їхнього удосконалення. Вважаємо, що нині є актуальним розробка і удосконалення діагностичних та лікувально-профілактичних заходів щодо вагітних жінок із гестаційним ожирінням з метою зниження частоти акушерських та перинатальних ускладнень.

Одержані дані є теоретичним обґрунтуванням для включення в систему лікувально-профілактичних заходів вагітним жінкам із гестаційним ожирінням препаратів, які містять максимальну кількість фосфоліпідів і поліненасичених жирних кислот.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Дослідження особливостей перебігу вагітності і пологів у вагітних жінок із гестаційним ожирінням дозволить оптимізувати лікування і корекцію порушень обміну речовин з метою зниження перинатальної захворюваності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дедов И.И., Мельниченко Г. А., Романцова Т. И. Патогенетические аспекты ожирения / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, Т. И. Романцова // Ожирение и метаболизм. – 2004. – № 1. – С. 3-9.
2. Краснопольский В. И. Клиническая, ультразвуковая и морфологическая характеристики хронической плацентарной недостаточности / В. И. Краснопольский, Л. С. Логутова, В. А. Туманова [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2006. – № 1. – С. 13 - 16.

3. Шабалов Н. П. Основы перинатологии / Н. П. Шабалов, Ю. В. Цвелев // М., 2004. – 574 с

4. Агеева М.И. Доплерографическое исследование гемодинамики плода / М.И. Агеева, И.А. Озерская, Е.Ф. Федорова, В.В. Митьков // Пособие для врачей. – М.: Аннотация. – 2006. – С. 64

5. Бутрова С.А. Метаболический синдром: патогенез, клиника, диагностика, подходы к лечению. // РМЖ. – 2001. – № 2 (9). – С.56-60.

Отримано 02.12.11