

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

И.П.Крохмаль, Н.В.Терехова

Луганский государственный медицинский университет

Введение

Количество женщин с ожирением продолжает расти не только в экономически развитых странах, но и во всем мире. По данным ВОЗ 24,1% всего женского населения земного шара имеет лишний вес [5]. Ожирение экзогенно-конституционального и алиментарного генеза развивается из-за недостаточности физических нагрузок, малоподвижном образе жизни при нерациональном избыточном питании. В основе патогенеза данной патологии лежит нарушение равновесия между поступлением в организм энергетического материала и его потреблением, асимметрия питания со значительным преобладанием углеводов и жиров [1]. Доказана роль наследственной предрасположенности к тучности, но обязательным условием для развития ожирения, является наличие предпосылок к реализации генетических факторов - несбалансированное питание, сидячая работа, пассивные формы отдыха. Ожирению свойственен ряд глубоких, подчас трудно обратимых изменений в организме, которые возникают вследствие нарушений регуляторных механизмов и существенных сдвигов в метаболических процессах. Ранее жировую ткань рассматривали как депо инертных жиров, не имеющую значительной метаболической активности и анатомической автономии. В настоящее время стало известно, что жировая ткань обладает практически всеми ферментными системами основных метаболических путей, что делает ее одним из главных источников энергии в организме [3]. Триглицериды - основное содержание жировых клеток, дают в 2,5 раза больше АТФ, чем равное количество углеводов. Организм женщины содержит в 10 раз больше триглицеридов, чем углеводов (гликогена). При ожирении общее количество жира может достигать 40-50% массы тела [2,5].

Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології

Основным нарушением обмена у больных ожирением заключается в недостаточности утилизации мышцами глюкозы, в результате жировая ткань захватывает повышенное количество глюкозы и превращает ее в резервные липиды. Образуется порочный круг - чем больше жировой ткани, тем более выражена блокада поступления глюкозы в мышцы. Толерантность к глюкозе нарушена более чем у 50% больных. [4]

Целью наших исследований было определение влияния ожирения на течение беременности и родов.

Материалы и методы исследования

Проанализировано течение беременности и родов у 118 пациенток родильного дома городской больницы № 3 г.Луганска, имеющих алиментарное ожирение, которые составили основную группу. Степень ожирения определялась по формуле Н.С. Луценко [3]. Всем пациенткам проводилось определение глюкозотолерантного теста, фиксирующего изменение содержания сахара крови и инсулина в плазме в ответ на прием глюкозы. Определялись уровни инсулина в плазме крови и холестерина в крови, регистрировался диурез. Для оценки функций сердечно-сосудистой системы оценивалась ЭКГ. Всем беременным выполнялось УЗ исследование с целью оценки фето-плацентарного комплекса, определения биофизического профиля плода, маточно-плодового кровотока. Оценивались течение и исходы родов, учитывались особенности послеродового периода, состояние детей после рождения. Полученные данные сравнивались с таковыми 42 пациенток без ожирения, отобранных методом рандомизации из числа беременных, рожениц и родильниц того же родильного стационара, включенных в группу контроля.

Полученные результаты и их обсуждение

Из 118 женщин ожирение 1-й степени имели 76 (64,4%), 2-й степени - 26 (22,0%), 3-й - 16 (13,6%) пациенток. Из числа обследованных 74 (62,7%) женщины были первородящими, 44 (37,3%) повторнородящими. 49 (41,5%) пациенток страдали ожирением с детства. У 78 пациенток было конституционально-наследственное ожирение на фоне генетически обусловленной предрасположенности. При изучении социального статуса

Екологічні проблеми експериментальної та клінічної медицини

пациенток основной группы 71 (60,1%) наблюдаемая - служащая, 47 (% 39,9) - домохозяйки. В контрольной группе 19 (45,2%) были служащими, 22 (52,4%) - домохозяйки, 1 (2,4%) - военнослужащая. Обращает на себя внимание высокий процент экстрагенитальной патологии у женщин с ожирением: 31 (26,3%) пациентка находилась на диспансерном учете у различных специалистов с сопутствующей патологией, в группе контроля таких пациенток было лишь 7 (16,6%). Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез был зарегистрирован у 42 (49,6%) пациенток основной группы и 18 (42,8%) контрольной, т.е. результаты данных в двух группах не имели достоверной разницы.

При проведении лабораторных исследований была зарегистрирована достоверная разница содержания глюкозы в крови и уровня инсулина у пациенток основной и контрольной групп (табл 1).

Таблица 1

Изменения содержания сахара крови и инсулина в плазме в ответ на прием 1,75 г/кг глюкозы (глюкозотолерантный тест) у пациенток разных групп наблюдения

Время в мин.	Сахар крови моль/л		Иммунореактивный инсулин плазмы (моль/л)	
	Основная	Контрольная	Основная	Контрольная
Натощак	5,16±0,01	4,72±0,08	106,1±4,0	8,4±9,3
30	8,20±0,15	6,50±0,19	532,6±23,9	401,0±67,2
60	8,26±0,14	6,24±0,20	406,6±21,4	347,5±60,6
120	6,80±0,18	5,50±0,14	360,3±32,1	288,1±28,4
180	6,71±0,11	5,11±0,21	254,0±27,5	188,1±32,0

Повышение уровня инсулина в плазме крови у пациенток с ожирением объясняется как результат снижения чувствительности к этому гормону [1]. Исследование уровня общего холестерина показало повышение этого показателя у женщин основной группы по сравнению с таковым у пациенток контрольной группы - 182,4±12,6 мг% и 94,4±14,6 мг% соответственно. Уровень триглицеридов у пациенток основной группы превышал таковой у женщин группы контроля и был соответственно равен 3,28±0,9 ммоль/л и 0,88±0,2 ммоль/л.

При определении уровня диуреза у обследованных беременных, обращало на себя внимание достоверное снижение этого показателя в 3-м триместре беременности у пациенток основной группы до 54,6±4,9мл/ч в сравнении с таковым в контрольной группе - 78,4±5,0 мл/ч. Этот факт может объясняться развитием ортостатической олигурии при накоплении жидкости из-за сосудистой дистонии. По результатам электрокардиограммы у 34 (28,8%) пациенток основной группы отмечалось снижение вольтажа, нарушение процессов реполяризации, признаки гипертрофии левого желудочка. В сравнении, только у 4 (9,5%) беременных контрольной группы отмечались отклонения от гестационно-физиологической нормы на ЭКГ. Высокое стояние диафрагмы у беременных после 32 недель гестации приводит к смещению сердца, снижению экскурсии легких и уровня легочной вентиляции, поэтому у 6 (14,2) пациенток контрольной группы в 3-м триместре беременности отмечалась одышка в состоянии функционального покоя и у 30 (71,4%) после незначительной нагрузки. У всех пациенток основной группы одышка была в покое, а при нагрузке возникали патологическое тахипное и тахикардия из-за еще большего изменения топографии органов грудной полости.

При изучении течения беременности у пациенток, находящихся под нашим наблюдением, обнаружено, что у женщин с ожирением было гораздо больше осложнений во 2-м и 3-м триместрах: чаще встречались поздние гестозы, причем, число преэклампсий тяжелой степени тяжести у женщин основной группы превышало таковое у пациенток контрольной группы более, чем в 2 раза. Количество пациенток основной группы с фето-плацентарными нарушениями было гораздо выше, чем контрольной группы. Обращает на себя внимание высокий процент угрозы невынашивания беременности в 1 триместре у пациенток обеих групп - 28,4% и 21,4% в основной и контрольной соответственно. Процент угрозы преждевременных родов после 25 недель гестации в основной группе был в 3,1 раза выше, чем в контрольной. Также, количество пациенток с гестационным пиелонефритом в основной группе (12 чел. - 10,2%) было больше, чем в контрольной группе (1 чел. - 2,4%). У 5 (4,2%) беременных основной группы был зарегистри-

рован гестационный диабет у 15 (12,7%) - нарушение толерантности к глюкозе. Таких осложнений беременности не отмечалось среди пациенток контрольной группы (табл.2).

Таблица 2

Патология, осложняющая беременность у обследованных пациенток

Наименование патологии	Основная группа (n = 118)		Контрольная группа (n=42)	
	Количество(чел.)	%	Количество(чел.)	%
Гестозы:				
- ранние	28	23,7	10	23,8
- поздние	49	41,5	12	28,6
Угроза невынашивания	46	38,9	10	23,8
Фето-плацентарная недостаточность	53	44,9	6	14,3
Другая патология	16	13,6	4	9,5

Ожирение у женщин влияет на процесс вынашивания беременности. У женщин контрольной группы в 40 (95,2%) случаях были срочные роды и 2(4,8%) - преждевременные. В основной группе 99 (83,9%) пациенток родили в срок и 19 (16,1%) преждевременно. Процент кесаревых сечений у женщин основной группы был в 4 раза выше, чем контрольной. Кесарево сечение выполнялось у 26 (22,0%) пациенток основной группы по показаниям аномалий родовой деятельности, позднего гестоза, экстрагетитальной патологии, оперативных родов в анамнезе, дистресса плода. У 3 (7,14%) женщин контрольной группы проводились роды путем кесарева сечения по показаниям клинически узкого таза, рубца на матке, отсутствия биологической готовности организма к родам.

Обращает на себя внимание большой процент аномалий родовой деятельности у женщин основной группы: у 19 из них была первичная, у 8 - вторичная слабость родовой деятельности, у 8 - дискоординированная родовой деятельности, у 3 - дистония шейки матки. У рожениц контрольной группы из аномалий родовой деятельности преобладала первичная слабость. Высокий процент патологической кровопотери по-

зволяет включить женщин с ожирением в группу перинатального риска по этому осложнению. Роды у 14 (11,9%) рожениц этой группы осложнились кровотечением, в большинстве случаев из-за снижения сократительной способности матки. В группе контроля процент этой патологии не превышал среднестатистического показателя по Украине [2]. Удельный вес родовых травм, в основном мягких тканей родового канала, в группах был примерно одинаковым (табл.3).

У 25 (21,2%) беременных основной группы был выставлен диагноз дистресс-синдром плода различной стадии со снижением оценки биофизического профиля ниже 7 баллов, у 3-х данная патология явилась показанием для оперативного родоразрешения. Только у 2 (4,8%) пациенток контрольной группы был зарегистрирован дистресс-синдром плода.

Таблица 3

Осложнения родов у обследованных пациенток

Наименование патологии	Основная группа (n = 118)		Контрольная группа (n=42)	
	Количество(чел.)	%	Количество(чел.)	%
Аномалии родовой деятельности	38	32,2	3	7,1
Патологическая кровопотеря	15	12,7	1	2,4
Интранатальная гипоксия плода, асфиксия новорожд.	14	11,9	2	4,8
Родовая материнская травма	6	5,1	2	4,8

Отмечались отличия течения послеродового периода у женщин основной и контрольной групп. У 16 (13,6%) пациенток основной группы выписка из роддома задерживалась в связи с субинволюцией матки, из 42 обследованных контрольной группы данной патологии не регистрировалось. Процент матерей с недостаточной лактацией был в 1,5 раза выше среди рожениц с ожирением - 19 (16,0%), чем среди женщин контрольной группы - 4 (9,5%). Достоверных отличий другой патологии послеродового периода у женщин обеих групп не регистрировалось.

Выводы

1. У беременных с ожирением отмечаются серьезные сдвиги метаболических процессов, которые имеют патологическое влияние на процесс беременности и являются отрицательным пренатальным фоном для течения родов.

2. Женщин с ожирением следует относить к группе высокого перинатального риска по развитию поздних гестозов, аномальной родовой деятельности, акушерскому кровотечению, дистрессу плода, патологии послеродового периода.

3. Адекватная профилактика осложнений на дородовом этапе, оптимизация родов у женщин с ожирением позволят улучшить перинатальные показатели.

Литература

1. Андреев В.С. Некоторые показатели углеводного обмена у женщин с ожирением / В.С.Андреев, А.Ш.Анникова // *Вопр.охран. мат. и дет.* - 2006. - № 7. - С.50-52.

2. Журавская А.А. Современное представление о гестационном сахарном диабете / А.А.Журавская // *Пробл.эндокринологии.* - 2005. - № 19. - С.34-37.

3. Сулова В.Ю. Алиментарно-конституциональное ожирение. Современные взгляды на обмен веществ и поражение внутренних органов / В.Ю.Сулова, А.П.Кругличенко // *Сб. 2-й Всероссийской конф. по эндокринологии.* - Саратов, 2009. - С.174-180.

4. Шапов В.П. Исследование функций коры надпочечников в женщин с ожирением / В.П.Шапов, В.Д.Роговская // *Сборник трудов науч.-исслед. ин-та эндокринологии.* - Санкт-Петербург, 2008. - Т.5. - С.105-110.

5. Shreims Mc.Dowl. Effect of Obesity on pregnancy / Mc.Dowl.Shreims // *In. Progr.Brain Res.* - 2007. - V. 10. - P. 234-246.

Резюме

Крохмаль И.П., Терехова Н.В. Особенности течения беременности и родов у женщин с ожирением.

Анализ перинатального периода у 118 пациенток с конституционально-алиментарным ожирением позволил определить влияние данной патологии на течение беременности и процесс родов. Зарегистри-

рованы сдвиги метаболических процессов в организме беременной на фоне ожирения. Дано обоснование тому, что беременные с данной патологией должны быть включены в группу высокого перинатального риска по развитию таких осложнений, как поздний гестоз, акушерское кровотечение, дистресс-синдром плода с целью проведения адекватной профилактики возможных осложнений на дородовом этапе.

Ключевые слова: конституциональное ожирение, метаболизм, беременность.

Резюме

Крохмаль И.П., Терехова Н.В. Особенности перебігу вагітності та пологів у жінок з ожирінням.

Аналіз перинатального періоду у 118 пацієнток із конституціонально-аліментарним ожирінням дозволив визначити вплив цієї патології на перебіг вагітності та пологів. Зареєстровані зсуви метаболічних процесів в організмі вагітної на тлі ожиріння. Дано обґрунтування тому, що вагітні із цією патологією мусять бути включені до групи високого перинатального ризику по розвитку таких ускладнень, як пізній гестоз, акушерська кровотеча, дистрес-синдром плода з метою проведення адекватної профілактики можливих ускладнень на допологовому етапі.

Ключові слова: конституціональне ожиріння, метаболізм, вагітність.

Summary

Krokhmal I.P., Terekhova N.V. Features of pregnancy and labor in patients with obesity.

Analysis of perinatal period of 118 patients with constitutionally-alimentary obesity gives possibility to determine effect of this pathology on the process of pregnancy and labor. Disorders of metabolic processes in organism of pregnant on the background of obesity were registered. Pregnant with this pathology should be include to the group of high perinatal risk of development of such complications as late gestosis, obstetrical hemorrhage, fetal distress-syndrome, with purpose of adequate prophylactic of complications within prelabor period.

Key words: constitutional obesity, metabolism, pregnancy.

Рецензент: д.мед.н., проф. В.В.Сімонок