

РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНОК З БЕЗПЛІДНІСТЮ ТА НАДМІРНОЮ ВАГОЮ ТІЛА

Овчар І.В.

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України»

Резюме. *Отримані дані свідчать про те, що обстежені жінки являють собою досить складний контингент для реалізації репродуктивної функції, тому що кожна друга хвора мала хронічні соматичні захворювання. Аналіз частоти й особливостей перенесених захворювань дозволяє припустити, що подальше лікування, спрямоване на відновлення репродуктивної функції, у даного контингенту хворих, буде сполучено з певними труднощами.*

Ключові слова: ожиріння, репродуктивне та соматичне здоров'я.

Вступ. Відомо, що репродуктивна система є самостійно функціонуючою системою, але водночас й компонентом більш складної біологічної системи - організму в цілому. Репродуктивна система складається з тканинових структур та органів, які знаходяться між собою в певному функціональному зв'язку й порушення структури чи функції одного ланцюга приводить до змін у дії всієї системи. Однією з проблем організму, пов'язаною з порушенням репродуктивної функції жінки, є ожиріння. За даними ВООЗ за останнє десятиліття ХХ століття у світі поширеність ожиріння в середньому збільшилася на 50% [7]. У більшості країн Західної Європи на ожиріння страждає від 10 до 25% населення, у США 60% жителів мають надлишкову вагу тіла, при чому серед них все частіше зустрічаються молоді люди; 22% із них за класифікацією ВООЗ - мають ожиріння [3,7]. За даними епідеміологічних досліджень, проведених в Україні, більше половини дорослого населення страждають від зайвої ваги тіла або ожиріння, при цьому поширеність серед жінок в 1,7 рази вище, ніж серед чоловіків [1,2]. Відома залежність частоти ожиріння від віку. Так, його поширеність в дитячому віці мінімальна і становить приблизно 10%, в підлітковому віці вона збільшується до 15-20%, а в репродуктивному віці складає вже 35-50% [4,5,6].

Мета дослідження - вивчити стан репродуктивного здоров'я у жінок в залежності від ступеня ожиріння.

Матеріали та методи. Під час виконання даної роботи було обстежено 147 жінок репродуктивного віку (від 17 до 44 років), 122 жінки з безплідністю та ожирінням склали основну групу, 25 соматично - та гінекологічно здорових жінок включені до групи контролю. В своїй роботі ми дотримувалися критерію ожиріння за класифікацією ВООЗ (1997), обчислюючи індекс ваги тіла (ІВТ), що є показником співвідношення ваги тіла (кг) до зросту (м²). ІВТ = 28-29,9 кг/м² класифікували як передожиріння, 30-34,9 - як ожиріння I ступеня, 35-40 - II ступеня, 40 і більше - III ступеня. Статистична обробка даних проводилася з використанням пакетів статистичних програм «Microsoft Excel», «Statistica 6,0». Отримані дані представлені у вигляді середніх величин (M) і стандартних відхилень (σ). Для проведення статистичного аналізу даних використовувався критерій Колмогорова - Смірнова, рівень значимості розходжень прийнятий при p<0,05.

Результати дослідження і їх обговорення. Основною скаргою при первинному огляді у всіх пацієнок була безплідність: первинна мала місце у 78 (63%) обстежених, вторинна - у 46 (37%), відсутність вагітності в середньому спостерігалась протягом $6,1 \pm 0,74$ (від року до 18), причому 64,8% жінок раніше неодноразово отримували лікування з приводу безплідності. Серед жінок, які мали в анамнезі вагітність, у 32(25,6%) була 1 вагітність, у 9(7,2%) - 2, у 4(3,2%) - 3, у 1(1%) - 4 вагітності (рис. 1).

Аналізуючи репродуктивний анамнез пацієнок із вторинною безплідністю, ми виявили, що 14(17,4%) пацієнок мали в анамнезі термінові пологи, у 20(24,8%) жінок в були самовільні викидні, 21(26%) - штучні аборти, у 8(9,9%) - позаматкова вагітність, в той же час у жінок контрольної групи в анамнезі достовірно більше пологів - 19(76%) ($p < 0,001$), менше самовільних викиднів - 2(8%) ($p < 0,001$) і не було позаматкових вагітностей, відсоток артифіційних абортів не відрізнявся від основної групи - 5(20%) ($p > 0,05$) (табл. 1). Найбільше число мимовільного переривання вагітності у пацієнок з ожирінням відбувалося в строки вагітності 6 - 10 тижнів.

Розподіл жінок основної групи за кількістю вагітностей в анамнезі

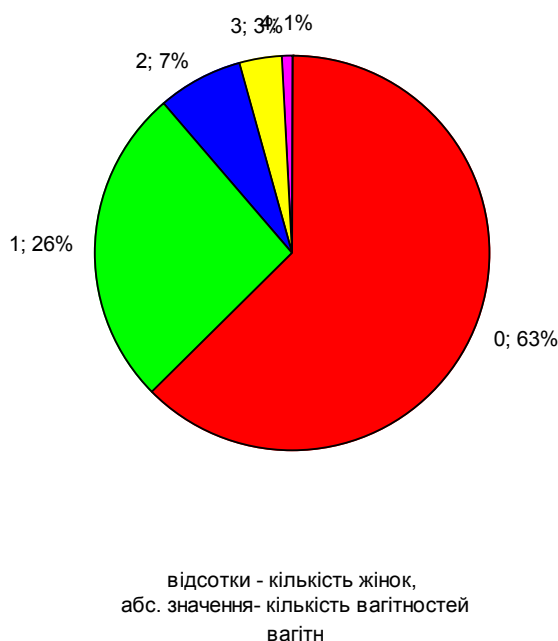


Рис. 1 Розподіл жінок основної групи в залежності від кількості вагітностей в анамнезі

Таблиця 1

Характеристика обстежених жінок в залежності від результатів попередніх вагітностей

Показники	Основна група	Група контролю	p-level
Пологи	14(17,4%)	19(76%)	<0,001
Артифіційний аборт	21(26%)	5(20%)	>0,05
Самовільний викидень	20(24,8%)	2(8%)	<0,001
Позаматкова вагітність	8(9,9%)	0	<0,001

В середньому на одну жінку з ожирінням прийшлося $0,52 \pm 0,15$ вагітностей, що було в два рази менше, ніж у жінок без ожиріння - $1,04 \pm 0,14$ ($p < 0,001$), середня кількість пологів на одну пацієнтку відповідно - $0,11 \pm 0,07$ і $0,76 \pm 0,05$ ($p < 0,001$).

Всі пацієнтки на момент обстеження перебували в шлюбі, який тривав від року до 18 і мали регулярні статеві стосунки. Вік початку статевого життя в середньому склав $17,6 \pm 1,48$ рік, що суттєво не відрізнялося від показника в групі контролю - $18,2 \pm 2,97$ р. ($p > 0,05$). Аналіз становлення менструальної функції показав, що у пацієток основної групи менархе в середньому наступало у віці $13,1 \pm 1,63$ (мінімум у 11, максимум – у 17 років), що в цілому не відрізнялося від групи контролю - $12,9 \pm 0,91$ ($p > 0,05$). Однак більш поглиблений аналіз виявив, що тільки у 56% пацієток час настання менархе припав на вік 12-14 років. Раннє менархе (до 9 років) виявлене у 15% жінок, піздне (після 16) – у 1% (рис. 2).

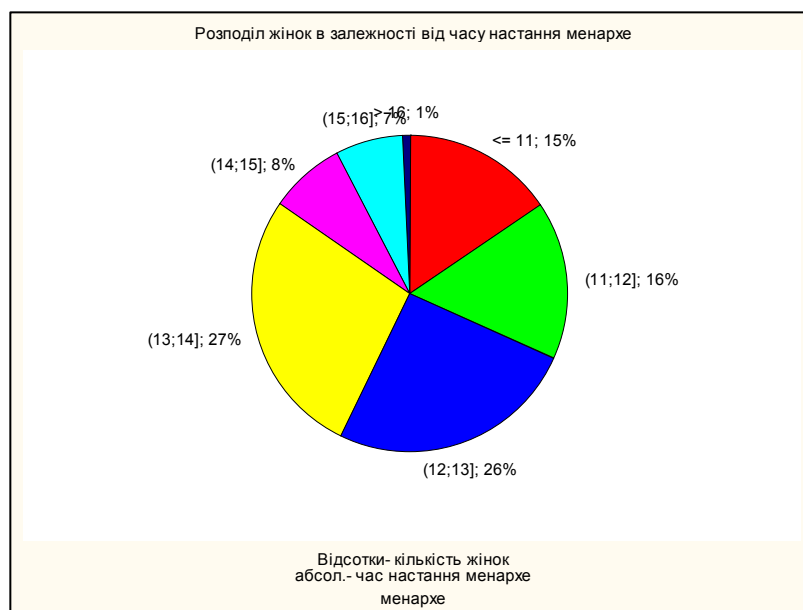


Рис. 2 Розподіл жінок основної групи в залежності від віку менархе

Середня тривалість циклу склала $30,2 \pm 4,27$ днів, що достовірно довше ніж в контрольній групі - $26,6 \pm 4,27$ ($p = 0,025$), при цьому менструація тривала $4,7 \pm 1,38$ днів, що не відрізнялося від показника контрольної групи – $4,44 \pm 0,82$ дн. ($p > 0,10$) (табл. 2).

За характером крововтрати під час менструальної фази більшість жінок основної групи мали помірні або мізерні менструації: 54,4% та 29,6% відповідно, що достовірно відрізнялося від показників групи контролю: 80% та 4% відповідно ($p < 0,05$), крім того, 86,4% жінок з ожирінням відмічали безболісні менструації, що не відрізнялося від групи контролю - 88% ($p > 0,1$).

Аналіз характеру порушень менструальної функції показав, що більша частина жінок 80(64%) мали нерегулярний цикл. При чому, регулярний менструальний цикл зустрічався переважно у жінок з індексом ваги тіла до 40. У жінок з ожирінням 3 ст. тільки у 10% цикл зберігся не порушеним, в той час як в групі жінок з ожирінням 1-2 ступ. регулярний цикл відмічався в 36%. Якщо у жінок з надмірною вагою в структурі порушень менструального циклу переважала опсоменорея(37%), то у жінок з 1-2 ст. ожиріння в рівній мірі зустрічались, як вторинна аменорея (26,4% та 20% відповідно),

так і олігоменорея (22% і 20%), у жінок з 3 ст. – домінувала вторинна аменорея (50%)(табл. 3).

Таблиця 2

Характеристика менструальної функції обстежених жінок

Показник	Основна група	Група контролю	p-level
Вік жінок, р.	29,4±4,84	30,9±6,78	> 0,10
Вік настання менархе, р.	13,1±4,84	12,9±0,94	> 0,10
Тривалість циклу, дн.	30,2±4,27	26,6±2,46	0,025
Тривалість менструальної фази циклу, дн.	4,7±1,38	4,4±0,82	> 0,10

Таблиця 3

Характеристика менструального циклу обстежених жінок в залежності від ІВТ

Показник	Індекс ваги тіла									
	27-29,9 (n=22)		30-34,9 (n=45)		35-39,9 (n=35)		>40 (n=20)		18- 27 (n=25)	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Регулярний цикл	8	36	16	35,2	13	37	2	10	25	100
Аменорея вторинна	6	27	12	26,4	7	20	10	50	0	0
Опсоменорея	8	37	7	15,4	8	23	0	0	0	0
Олігоменорея	0	0	10	22	7	20	8	40	0	0

Жінки старше 40 років всі мали порушення циклу, що можна пояснити не тільки негативним впливом ожиріння, але й виснаженням оваріального резерву. Тривалість порушень менструального циклу у пацієнок варіювала від 6 місяців до 15 років і в середньому склала 5,78± 1,89 років.

У 27,4% пацієнок порушення менструального циклу відзначалися з менархе, у 43,4% жінок порушення менструального циклу почалися в пубертаті після періоду регулярних менструацій, а у 29,2% жінок менструальний цикл порушився вже в репродуктивному віці.

При цьому надлишкову вагу з дитинства мали 47(38,5%) пацієнок. У 25(20,5%) пацієнок надлишок ваги тіла з'явився з початком періоду статевого дозрівання. У інших 50(41%) пацієнок ожиріння виникло вже в репродуктивному періоді. При цьому незадоволені своєю вагою були лише 22(18%) жінки.

Із всіх обстежених тільки 36% пацієнок вперше звернулися до гінеколога із приводу відсутності вагітності й ніколи раніше не одержували будь-якої терапії з приводу порушень менструального циклу, 64% раніше неодноразово отримували лікування, спрямоване на відновлення репродуктивної функції тривалістю від кількох місяців до 6 років. Звертає на себе увагу велика кількість гормональних препаратів, які використовувалися для лікування даної категорії жінок, застосування яких не тільки не поліпшило соматичне і репродуктивне здоров'я жінки, а, в більшості випадків, поглиблювало порушення менструальної функції. Так, 57,6% відмічали зростання ваги тіла на тлі прийому оральних контрацептивів, 26,4% жінок пов'язували дебют ожиріння саме з початком прийому гормональних препаратів. Комбіновані оральні контрацептиви на різних етапах лікування отримували 63,2% пацієнок тривалістю від 3 місяців до 6 років, включно діане35, фемостон, ярина, логест, ригевідон, трирегол, дідрогестерон – 20,8%, комбінацію різних препаратів отримували 56,8%. Стимуляція овуляції кломіфен цитратом проводилась у 20 % пацієнок тривалістю від 1 до 3

курсів, 4% пацієнок намагалися завагітніти за допомогою екстракорпорального штучного запліднення (виконано в середньому 1,5 спроби на пацієнтку), нажаль без ефекту. Ті пацієнтки, в яких дебют ожиріння припав на пубертатний і ранній репродуктивний періоди, зв'язували збільшення й появу надлишкової ваги: з сильним стресом – 22(18,1%) пацієнок, початком статевого життя – 29(23,8%), пологами – 5(4%) пацієнок, решта жінок набрали вагу поступово і не пов'язували це з якимись конкретними подіями в їхньому житті.

Висновки: На формування репродуктивної функції жінок і всіх параметрів гомеостазу, що забезпечує функціонування цієї системи, істотний вплив можуть внести перенесені в дитинстві й поточні захворювання в репродуктивному періоді. Захворювання, перенесені в дитинстві, можуть впливати на стартові значення формування репродуктивної функції надалі й у визначенні індексу здоров'я в цілому. Можна констатувати, що індекс здоров'я у жінок з ожирінням знижений щодо контингенту контрольної групи.

Література:

1. Гайдаєв Ю.О. Стан ендокринологічної служби України та перспективи розвитку медичної допомоги хворим з ендокринною патологією / Ю.О. Гайдаєв, Р.О. Моїсеєнко, М.П. Жданова та ін. // Міжнародний ендок. журнал. - 2006. - №2. - С. 9-14.
2. Горбань І.М. Фактори ризику серцево-судинних захворювань, поширеність і контроль / І.М. Горбань // Здоров'я України - 2007. - №21/1 (додатковий). -С. 62-63
3. Flegal K.M. Overweight and obesity in the United States: prevalence and trends, 1960-1994/ K.M. Flegal, M.D. Carroll et al. // Int. J. Obes. - 1998.- Vol. 22.- P. 39-47.
4. Linné Y Effects of obesity on women's reproduction and complications during pregnancy/Y. Linné // Obesity Reviews.- Volume 5.- Issue 3 August 2004.- P. 137–143
5. Norman R.J. Obesity and reproductive disorders: a review /Norman R.J., Clark A.M. //Reprod. Fertil. Dev. - 1998. - №10. - P.55-63

РЕПРОДУКТИВНОЕ И СОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Овчар И.В.

Резюме. *Полученные данные свидетельствуют о том, что обследованные женщины представляют собой довольно сложный контингент для реализации репродуктивной функции, так как каждая вторая больная имела хронические соматические заболевания. Анализ частоты и особенностей перенесенных заболеваний указывает, что дальнейшее лечение, направленное на восстановление репродуктивной функции, у данного контингента больных, будет сопряжено с определенными трудностями.*

Ключевые слова: *ожирение, репродуктивное и соматическое здоровье.*

THE REPRODUCTIVE AND SOMATIC HEALTH IN WOMEN WITH OBESITY

I.Ovchar

Summary. *These data suggest that obesity women are very difficult contingent for realization of reproductive function, so that every second patient had chronic somatic diseases. Analysis of the frequency and features of diseases suggests that treatment infertility in obese women will be connected with some difficulties.*

Keywords: *obesity, reproductive and somatic health.*