

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОЖИРЕНИИ

М.Д. Кадамалиева, Ф.М. Абдурахманова, З.М. Мурадова
Кафедра акушерства и гинекологии №2

Актуальность. Ожирение женщин является наиболее актуальной проблемой современной медицины, характеризующейся значительной распространённостью. В последние годы количество лиц с избыточной массой тела (ИМТ) прогрессивно нарастает с преобладанием женщин репродуктивного возраста. У беременных с ожирением наблюдается ранняя инвалидизация, ухудшение репродуктивного здоровья и снижение общей продолжительности жизни на фоне высокой частоты сердечно - сосудистых заболеваний и метаболического синдрома. Установлено, что распространённость ожирения в странах Европы и России составляет более 30%, в США страдают ожирением 34 млн. населения, среди которых 35% - женщины фертильного возраста. В Центральной Азии частота ожирения женщин колеблется в пределах 31 % [1-3]. Неблагоприятное влияние ожирения с нарушенным метаболизмом на репродуктивное здоровье проявляется высокой частотой нарушения менструальной функции, бесплодием, преждевременными родами, мёртворождаемости [3-5].

Цель исследования: установление особенностей течения беременности, родов и послеродового периода у беременных с нейроэндокринным (НЭО) и алиментарно - конституциональным ожирением (АКО).

Материал и методы исследования. Нами был произведён научный анализ динамики беременности 805 женщин, из них 355 беременных женщин - с НЭО, 350 - с АКО; в качестве группы сравнения проанализировано 100 здоровых беременных женщин без ожирения. Обследуемые пациентки проживали в г. Душанбе из них 30% - служащие и 70% - домохозяйки.

Таблица 1

Распределение обследованных женщин по возрастным группам

Группа	До 19 лет	20-24 года	25-29 лет	30-34 года	35 лет и старше
НЭО n=355	60 (16,9%)	70 (19,7%)	100 (28,1%)	105 (29,5%)	20 (5,6%)
АКО n=350	31 (8,85%)	138 (39,4%)	120 (34,2%)	39 (11,1%)	22 (6,2%)
Контр. n=100	10 (10%)	20 (20%)	40 (40%)	20 (20,8%)	10 (10%)

Как видно из таблицы 1, НЭО чаще наблюдается в возрасте 31-35 лет, а в возрасте 20-25 лет чаще наблюдается АКО.

Результаты и их обсуждение. Необходимо отметить, что росто - весовые показатели в обеих группах обследуемых пациенток зависят от числа беременностей. Так, например, после первой беременности эти показатели в обеих группах увеличивались на 4%, а после 4-х родов они увеличивались на 18%. Надо полагать, что родовой стресс является мощным фактором реализации нарушений нейроэндокринной регуляции липидного и углеводного обменов, чем обусловлена большая частота крайней степени патологии - ожирения 3-й степени.

Из наследственного анамнеза установлено, что семейную предрасположенность к ожирению по материнскому морфотипу имели 50%, женщин с НЭО и 60% - с АКО,

причём в 80% случаев АКО, ожирение имело место ещё до окончания полового созревания, а 40 % женщин данной группы уже при рождении сами имели массу тела выше 4000г. Аналогичная тенденция прослеживается и на уровне генеалогических факторов в виде увеличения частоты наследования патологии в форме тучности, гипертонической болезни, сахарного диабета, заболеваний щитовидной железы.

Из перенесённых заболеваний имели значение: детские инфекции, гипофункция щитовидной железы, хронический тонзиллит, вирусные инфекции.

Заслуживает внимания следующее: в обеих группах пациенток с ожирением во время беременности, родов, послеродового периода наблюдалась высокая частота самопроизвольных выкидышей, преждевременных или запоздалых родов, гестозов, аномалий родовой деятельности, преждевременного отхождения околоплодных вод, кровотечений.

Таблица 2

Осложнения беременности и родов у женщин с ожирением

Осложнения беременности и родов	Группы		
	НЭО n=355	АКО n=350	Контрольная n=100
Угроза прерывания	25,6±3,4	13,6±3,3	6,6±1,5
Гестоз	57,8±3,8	64,5±3,5	10,2±1,8
Перекашивание	9,6±2,3	5,4±1,9	5,15±1,9
Аномалии родовой деятельности	13,3±2,6	31,8±4,4	6,2±1,4
Несвоевременное излитие вод	18,1±3,0	28,2±4,3	5,04±1,4
ПОНРП	3,01±2,1	7,2±1,8	1,0±0,6
Крупный плод	33,2±1,2	14,5±3,5	6,8±1,5
Гипотрофия плода	7,8±1,7	24,5±3,2	1,3±0,6
Многоводие	6,0±1,4	10,0±2,9	1,2±0,6
Маловодие	13,3±2,6	31,9±4,4	6,2±1,5
Кровотечение	13,9±2,6	17,3±3,6	0,3±0,1
Мёртворождённые	4,8±1,7	5,5±2,2	1,0±0,6

Как следует из данных таблицы 2, практически по всем показателям, характеризующим патологию беременности и родов, женщины с ожирением имеют достоверное их учащение по сравнению с контрольной группой. При этом частота осложнений беременности и родов выше у женщин с АКО. Роды произошли у 36 женщин с НЭО, из них у 19 были оперативные роды; при АКО родов было 34, из них 6 - путём кесарева сечения. Наибольшее количество оперативных вмешательств и пособий в родах наблюдалось при НЭО, причём операции кесарева сечения произведены 19 (14%) рожениц. Из них в плановом порядке - 13 (68%), по сочетанным показаниям: длительное вторичное бесплодие и отсутствие готовности родовых путей - 6 (46%), рубец на матке - 5 (38%), тазовое предлежание крупного плода - 2 (15%) и экстренное кесарево сечение - 6 (31%). В связи с дискоординированной родовой деятельностью 4 (3%) женщинам с АКО проведено плановое кесарево сечение, 2-м - в связи с длительным первичным и вторичным бесплодием.

Анализ состояния новорождённых, родившихся от матерей с ожирением, показал более высокую частоту нарушения морфо-пространственной ориентации плода: обвитие пуповины вокруг шеи и туловища, снижение оценок по шкале Апгар, дисфункции центральной нервной системы в виде синдрома угнетения, синдрома возбуждения. Перинатальная смертность среди крупных детей - 42%, при гипотрофии - 58%, мёртворождение у женщин с ожирением

нием в 5 раза превышало аналогичный показатель контрольной группы.

Выводы: В целом, по всем анализируемым показателям осложнений беременности и родов у женщин репродуктивного возраста, страдающих различными формами ожирения, частота патологических проявлений в большей или меньшей степени выше, чем у женщин контрольной группы. Это приводит к функционально-морфологическому нарушению мембран фосфолипидов, в связи с чем беременным женщинам с ожирением следует рекомендовать в каждом триместре гестации патентованный фитоантиоксидантный сироп «МАЗ», состоящий из экологических чистых продуктов, приём курсами по 15 дней (каждого триместра) 2 раза в сутки, по 100 мл.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бутурова С.А. Ожирение (этиология, патогенез, классификация). В книге «Ожирение, метаболический синдром, сахарный диабет 2 типа»//Под. редакцией акад. РАМН И.И. Дедова, М., 2000
2. Стрижова Н.В., Гавриленко А.С., Саркисова А.В. и др. Влияние метаболического синдрома на течение беременности и родов. // Мать и дитя, Материалы V Российского форума, М., 2003
3. Шукурова З.Т. Методические разработки, Фитоантиоксидантный сироп «МАЗ». Душанбе, 2004
4. Abraham S. The obesity problem // N. Engl. J. Med. – 1998. - vol 338, №-16. - P.1158 – 1160
5. Bouchard C. Genetique et obesite cher L home.// Diabete Memalol – 1988. vol. 14, № - 4, - P.407-413

ХУЛОСА

**Баъзе хусусиятҳои раванди гестатсионӣ ҳангоми фарбеҳӣ
М.Д. Қадамалиева, Ф.М. Абдурахмонова, З.М. Муродова**

Дар 36 бемори гирифтори фарбеҳии невроэндокринӣ (ФНЭ) ва дар 34 бемори гирифтори фарбеҳии алиментарно конституционалӣ (ФАК) таҳлили илмии хусусиятҳои ҷараёни ҳомиладорӣ, таваллуд ва давраи баъд аз таваллуд гузаронида шуд.

Муқаррар карда шуд, ки эътилоли ҳомилагӣ, таваллуд ва давраи баъди таваллуд дар беморони гирифтори ФАК назар ба занҳои гирифтори ФНЭ бештар ба назар мерасад. Ба беморони гирифтори фарбеҳӣ гузаронидани ислоҳи маҷмӯии тағйиротҳои мубодилаи моддаҳо дар таҳриқи раванди гестатсионӣ тавсия карда мешавад.

SUMMARY

SOME PECULIARITIES OF GESTATION PROCESS UNDER ADIPOSITY

M.D. Kadamaliev, F.M. Abdurahmonova, Z.M. Murodova

Scientific analysis of peculiarities of pregnancy, delivery and postpartum in the women with neuroendocrine (36) and alimentarno-constitutional (34) adiposity was made. It was showed that pathology of pregnancy, delivery and postpartum in patients with ACA the frequency of complications was more than with NEA. The patients with adiposity must be made complex correction of metabolic alterations in dynamics of gestation process.

