

Илхомова Л.И.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Ташкентская Медицинская Академия, Узбекистан

Избыточная масса тела встречается у 25-30% населения индустриально развитых стран, особенно среди лиц молодого возраста. Ожирение - это патологическое состояние, которое характеризуется избыточным отложением жира в подкожно-жировую клетчатку, во внутренние органы. Как известно, беременным избыток массы тела любого генеза в значительной степени ассоциируется экстрагенитальными заболеваниями, удельный вес которых нарастает. Болезни сердечно-сосудистой системы встречаются в 17,1-43,5% случаев, органов пищеварения в 3,8-7,0%, органов мочевыделительной системы у 8,0-9,0% заболевания органов дыхания в анамнезе отмечаются в 77% случаев, инфекционные заболевания в 59, 7% случаев. У тучных женщин в период беременности часто впервые проявляется латентно текущая соматическая патология (хронический пиелонефрит, хроническая гипертензия, сахарный диабет).

Целью исследования является изучение особенностей течения беременности и родов у женщин с ожирением.

Материал и методы. Нами обследовано 60 беременных с ожирением. 1 группа - 21 беременная с алиментарным ожирением 1 ст., 2 группа - 21 беременная с алиментарным ожирением 2 ст. и 3 - группа 22 беременные с алиментарным ожирением 3 ст. Контрольную группу (4 группа) составили 22 здоровые беременные без соматической и гинекологической патологии. Обследованные будут разделены на группы в

зависимости от веса тела до беременности. Для верификации избыточного веса и ожирения исподы-зде : индекс массы тела (ИМТ), рассчитываемый по ф. - муле: $ИМТ = \text{вес (кг)} / \text{рост (м)}^2$ (Keys A. et al, 1912, ф. соответствии с классификацией ВОЗ (WHO, 1995' нормальным считали вес обследованных при $ИМТ^{17} - 18,5-24,9 \text{ кг/м}^2$, избыточный вес верифицировал! при $ИМТ = 25-29,9 \text{ кг/м}^2$, ожирение - при $ИМТ > 30 \text{ кг, м}^1$.

Критерии исключения для всех групп: сахарный диабет; тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы (пороки сердца, ишемическая болезнь Сфдца, нарушения сердечного ритма, кардиомиопатия болезни аорты); заболевания щитовидной железы; эндокринный генез ожирения (для пациенток с ИМТ выше нормы); пороки развития плода; заболевания крови; многоплодная беременность.

Результаты и их обсуждение. Из 60 беременных с ожирением в возрасте от 20 до 30 лет было 35 беременных, что составило 58,3%, возрасте 30 - 35 лет было 15 беременных - 25%, и в возрасте 35 лет и старше - 10 беременных, т.е. 16,6%. Из них первобеременных было 25, что составило 41,6% случаев. I степень ожирения (вес превышает 25%) встречалась в 59%, II степень ожирения (вес превышает 25%) и 38% беременных и III степень ожирения (все превышает > 50%) у 3% женщин.

Из анамнеза выяснено, что у 45% женщин в детском и юношеском возрасте отмечали нарушение жирового обмена. Изучение соматической патологии выявило, частое сочетание ожирения с другими заболеваниями

Таблица

Сочетания ожирения с другими экстрагенитальными заболеваниями

Заболевания	Степени ожирения			
	I	II	III	Всего
Сердечно-сосудистые заболевания	16	12	3	21
Хронический пиелонефрит	8	12	4	24
Патология щитовидной железы	3	4	2	9
Хронический тонзиллит	3	-	—	3
Заболевания печени	-	2	1	3

Из приведенной таблицы следует, что у беременных с ожирением отмечается экстрагенитальная патология, т.е. ожирение часто сочетается с хронической гипертензией, заболеваниями почек, щитовидной железы и печени.

Из акушерско-гинекологического анамнеза у 40% беременных роды были осложненными, общая частота осложнений беременности достоверно увеличивалась при нарастании степени ожирения, и особенно у беременных с другими заболеваниями.

Недонашивание беременности (самопроизвольные аборт и преждевременные роды) были у 7,7%, которое учащалось при увеличении степени ожирения и при галичии сопутствующих заболеваний. Перенашивание мы наблюдали в 4,5% случаев. Многоводие имело 3,2% , в 68, 3% беременность при ожирении осложнялось преэклампсией легкой степени. Развитие эклампсии не выявлено.

При I степени ожирения наблюдалась преэклампсия легкой степени и гестационная гипертензия (18

женщин). При II степени ожирения наблюдалась тяжелая форма преэклампсии и при III степени ожирения (21 беременных) наблюдалась тяжелая гестационная гипертензия.

При анализе течения и исхода родов: у 12,7% рожениц возникла слабость родовой деятельности, причем одинаково при всех степенях ожирения. При упорной слабости родовой деятельности (в 4,6 % случаев) произведено абдоминальное родоразрешение.

Рода у беременных с ожирением в 18,2 % осложнились клинически узким тазом, у 8% женщин было родовое излитие вод, у 4% рожениц родовой травматизм, а у 11(18,3%) гипотонические кровотечения в послеродовом периоде.

18 беременным в родах проведено кесарево сечение. Показаниями к кесарево сечению являлись: упор

ная слабость родовой деятельности, клинически узкий таз, преэклампсия, перенашивание беременности. У 41% беременных при УЗИ выявлена фетоплацентарная недостаточность, с помощью доплерометрии выявлено уменьшение скорости кровотока в пупочных сосудах. При I степени ожирения 7%, при II степени 66,9% и при III степени в 17% случаев.

Родилось 60 новорожденных, из которых погибли 4 (2 антенатально), из 58 живых новорожденных 9 - в асфиксии различной степени. Из 60 беременных у 21 пациенток беременность протекала на фоне тяжелой преэклампсии и осложнилась синдромом задержки развития плода в 7 случаев и это явилось показанием к досрочному родоразрешению.

Масса плодов варьировалась от 3500 до 4400 гр. т.е. 58,3% родились крупными, имело место рождение гигантского плода в 1 случаев.

Послеродовой период в 2 случаях осложнился метроэндометритом: у 12 рожениц была субинволюция матки, гипогалактия - у 5,3% женщин.

Выводы. Таким образом, изучение особенностей течения беременности и родов у тучных женщин показало, что наиболее высокая частота развития преэклампсии у тучных беременных позволяет отнести выраженное ожирение к фактору риска развития эклампсии.

Роды часто осложнялись родовым излитием вод, слабостью родовой деятельности, клинически узким тазом. Высокий процент оперативных вмешательств - экстренное абдоминальное родоразрешение. Надо отметить увеличение частоты рождения детей с крупной массой, а послеродовой период протекал с субинволюцией матки, гипогалактией и метроэндометритом.

Литература

1. Прилепская В.Н. Поликлиническая гинекология. Ожирение. М, 2008
2. Стрюк Р.И., Бухонкина Ю.М., Смирнова В.А., Чижова Г.В. Функция эндотелия и маточно-плодово-плацентарный кровоток у беременных с артериальной гипертензией. Кардиология. 2010; 50(4): 18-22.
3. Reynolds B., Butters L., Evans J., Adams T., Rubin P.C. First year of life after the use of atenolol in pregnancy associated hypertension. Arch. Dis. Child. 1984; 59: 1061-3.
4. Subtil D., Goeusse P., Puech F., Lequien P., Biaisque S., Breart G. et al. Aspirin (100 mg) used for prevention of pre-eclampsia in nulliparous women: the Essai Regional Aspirine Mere-Enfant study (Part 1). Br J Obstet Gynecol. 2003; 110 (5): 475-84.
5. Sohn Ch., Voigt H. -J. Doppler Ultrasound in Gynecology and Obstetrics. Ed. by Sohn Ch., Voigt H. -J., Vetter K. Stuttgart: Thieme. 2004. 22lp.
6. Valensise H., Vasapollo B., Novelli G.P. et al. Maternal and fetal hemodynamic effects induced by nitric oxide donors and plasma volume expansion in pregnancies with gestational hypertension complicated by intrauterine growth restriction with absent end-diastolic flow in the umbilical artery. Ultrasound Obstet. Gynecol. 2008; 31(1): 55-64.
7. Von Dadelszen P., Omstein M.P., Bull S.B., Logan A.G., Koren G., Magee L.A. Fall in mean arterial pressure and fetal growth restriction in pregnancy hypertension: a meta-analysis. Lancet. 2000; 355(9198): 87-92.
8. Геворкян М.А. Ожирение и репродуктивное здоровье женщины. Ожирение и метаболизм 3'2008, стр 12-14.

Бекбаулиева Г.Н.,
Раззакова Н.С.

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЗАДЕРЖКИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Ташкентская Медицинская Академия

Summary: Predicting the formation of the reproductive system disorders in girls with delayed puberty. Bekbaulieva G.N, Razzakova N.S. Tashkent Medical Academy. Comprehensive assessment of risk factors of formation of delayed puberty' allows a differentiated approach to the individual risk index for each girl in the prepubertal period of life, and after the initial assessment to predict the likelihood of developing the disease to warn of the action factors identified.

Резюме: Жинсий ривожланишдан орқада қолган қизлар- ўсмирларнинг даволаш эффеективлигини баҳолаш ва диагностика критериси. Бекбаулиева Г.Н, Раззакова Н.С. Тошкент Тиббиёт Академияси. Жинсий ривожланишдан орқада қолишнинг хавф омилларини баҳолаш ҳар бир қизни препубертат ҳаёт даврини шахсий хавф индексини ҳисобга олиб дифференциал ёндаш ва бирламчи текширишдан сунг касаллик ривожланиш даражасини аниқлаш, аниқланган хавфларни манфий таъсирини уз вақтида оғохлантириш.

Согласно материалам ВОЗ (2005) проблема Репродуктивного здоровья находится в центре внимания ученых всего мира и является одним из приоритетных направлений в Республике Узбекистан, где почти 40% населения составляют дети и подростки [1]. При этом особое внимание обращено на период полового созревания девочек и девушек. Сохранение здоровья в этом возрасте считается перспективным вкладом в репродуктивный, интеллектуальный, экономический и социальный резерв общества. От состояния здоровья в подростковом периоде зависят жизненные планы, в том числе профессиональная ориентация, стремление к социальному развитию, создание семьи, рождение

полноценного потомства. Эта возрастная группа определяет здоровье следующих поколений, формируя в значительной степени фон и структуру различных гинекологических заболеваний, возможной акушерской патологии. [2,3]. К заболеваниям, проявляющимся именно в данный период жизни, относится задержка полового созревания (ЗПС). По данным различных авторов ЗПС выявляется у 2,5-7% девочек [4,5], в структуре гинекологической заболеваемости подростков Республики Узбекистан указанное заболевание составляет 10,4% [6]. Несмотря на значитель