



Л. П. Шелестова¹, Р. С. Аллахвердієв¹, В. Г. Сюсюка²

Акушерські та перинатальні ускладнення у жінок із дефіцитом маси тіла

¹ Донецький національний медичний університет імені М. Горького,

² Запорізький державний медичний університет

Ключові слова: вагітність, пологи, маса тіла, новонароджений, вагітності ускладнення.

Для акушерів-гінекологів важливими є знання про вплив дефіциту маси тіла на перебіг вагітності, пологів і стан новонароджених. З метою вивчення акушерських і перинатальних ускладнень у жінок із дефіцитом маси тіла проаналізували перебіг вагітності та пологів у 41 жінки з дефіцитом маси тіла та 35 практично здорових вагітних із нормальною масою тіла. У жінок із дефіцитом маси тіла клінічний перебіг вагітності характеризується високою частотою загрози переривання вагітності, ранніх токсикозів, анемії вагітних, плацентарної дисфункції, затримки росту плода, патології кістково-зв'язкового апарату. У пологах частіше відбувається несвоєчасне відходження навколоплідних вод та аномалії пологової діяльності. Перинатальні наслідки характеризуються високою частотою затримки внутрішньоутробного розвитку новонародженого та народженням немовляти з низькою масою тіла. Визначені ускладнення під час вагітності та в пологах у жінок із дефіцитом маси тіла, а також їхній вплив на стан плода вказують на необхідність розроблення медичних заходів, що спрямовані на їхню корекцію.

Акушерские и перинатальные осложнения у женщин с дефицитом массы тела

Л. П. Шелестова, Р. С. Аллахвердиев, В. Г. Сюсюка

Для акушеров-гинекологов важны знания о влиянии дефицита массы тела на течение беременности, родов и состояние новорожденных. С целью изучения акушерских и перинатальных осложнений у женщин с дефицитом массы тела проанализированы течение беременности и родов у 41 женщины с дефицитом массы тела и 35 практически здоровых беременных с нормальной массой тела. У женщин с дефицитом массы тела течение беременности характеризуется высокой частотой угрозы прерывания беременности, ранних токсикозов, анемии беременных, плацентарной дисфункции, задержки роста плода, патологии костно-связочного аппарата. В родах чаще происходит несвоевременное излитие околоплодных вод и аномалии родовой деятельности. Перинатальные последствия характеризуются высокой частотой задержки внутриутробного развития новорожденного и рождением ребенка с низкой массой тела. Выявленные осложнения во время беременности и в родах у женщин с дефицитом массы тела, а также их влияние на состояние плода указывают на необходимость разработки медицинских мероприятий, направленных на их коррекцию.

Ключевые слова: беременность, роды, масса тела, новорожденный, беременности осложнения.

Актуальные вопросы фармацевтической и медицинской науки и практики. – 2016. – № 1 (20). – С. 75–78

Obstetrical and perinatal complications in women with body weight deficiency

L. P. Shelestova, R. S. Allahverdiev, V. G. Syusyuka

The knowledge about the impact of body weight deficiency during pregnancy, childbirth and state of newborns is very important for obstetricians.

Aim. To estimate pregnancy course, childbirth and conditions of newborn in women with body weight deficiency.

Methods and results. The pregnancy and childbirth in 41 women with body weight deficiency and 35 healthy pregnant women with normal body weight has been analyzed. Definition of body weight deficiency has been carried out in accordance with WHO recommendations (1997) on the body mass index. Women with body weight deficiency are characterized by high rate of threatened abortion, early toxemia, anemia, placental dysfunction, fetal growth retardation, bones and ligaments diseases. The parturition is usually characterized by untimely rupture of membranes and anomalies of labor activity. Perinatal consequences are characterized by high rate of intrauterine development and newborn baby with low birth weight. The detected complications during pregnancy and childbirth in women with body weight deficiency, and their effect on the fetus indicate the need for medical interventions aimed at correcting these complications.

Conclusions. The identified obstetric and perinatal complications in women with body weight deficiency, indicate the need for medical measures aimed at the prevention and reduction of complications during pregnancy and childbirth, which will also positively affect the fetal condition.

Key words: Pregnancy, Parturition Body Weight, Newborn, Pregnancy Complications.

Current issues in pharmacy and medicine: science and practice 2016; № 1 (20): 75–78

Дотримання різних типів дієт та інтенсивні заняття спортом для схуднення, витіснення фізичної праці розумовим навантаженням, яке впливає на нервово-емоційну сферу, призводять до збільшення в сучасному

суспільстві кількості жінок із дефіцитом маси тіла (ДМТ) (15–27%) [1,2,6].

Для акушерів-гінекологів важливими є знання про вплив ДМТ на перебіг вагітності, пологів і стан новонароджених.

Дані фахової літератури свідчать, що недостатня маса тіла вагітних є фактором ризику розвитку гестаційних порушень і збільшує частоту перинатальних ускладнень [2–4,6]. Дефіцит маси тіла асоціюється зі зростанням частоти анемії, невиношуванням вагітності, збільшенням частоти оперативного втручання та народження маловагих дітей [2–4,6].

Незважаючи на дослідження з проблеми ДМТ у вагітних і пов'язаних з ним гестаційних ускладнень, результати їх неоднозначні, тому практичний інтерес представляє комплексна характеристика перебігу вагітності та пологів у жінок із дефіцитом маси тіла.

Мета роботи

Оцінити перебіг вагітності, пологів і стану новонароджених у жінок із дефіцитом маси тіла.

Матеріали і методи дослідження

Здійснили аналіз перебігу вагітності та пологів у 41 жінки з ДМТ та у 35 практично здорових вагітних із нормальною масою тіла (НМТ). Жінки перебували під наглядом із моменту планування вагітності. Визначали ДМТ згідно з рекомендаціями ВООЗ (1997) за індексом маси тіла. Критерії включення пацієнок у дослідження: наявність ДМТ (індекс маси тіла менше ніж 18,5 кг/м²), інформована згода жінок на участь у дослідженні. Критерієм виключення була тяжка супутня екстрагенітальна патологія, котра могла стати причиною виникнення акушерських і перинатальних ускладнень.

Здійснено детальний аналіз акушерських і перинатальних показників щодо оцінювання впливу ДМТ на перебіг вагітності та її завершення.

Статистичні дані опрацювали з використанням програмного комплексу SPSS Statistics 17.0. Порівняння дихотомічних ознак виконували за допомогою точного двостороннього критерію Фішера (Fisher's exact test).

Результати та їх обговорення

У структурі ускладнень першої половини вагітності у жінок із ДМТ статистично значуще частіше, ніж за НМТ, зареєстровані загроза переривання вагітності (15 із 41 (36,6%) проти 4 із 35 (11,4%); $p=0,016$) та ранні токсикози (14 (34,1%) проти 3 (8,6%); $p=0,012$), що вимагало лікування в умовах стаціонара (табл. 1).

Таблиця 1

Гестаційні ускладнення

Показники	ДМТ, (n=41)		НМТ, (n=35)		P
	n	%	n	%	
Загроза переривання вагітності	15	36,6	4	11,4	0,016
Загроза передчасних пологів	7	17,1	1	2,9	0,063
Ранні токсикози	14	34,1	3	8,6	0,012
Анемія	18	43,9	2	5,7	<0,001
Прееклампсія	4	9,8	3	8,6	1,000
Багатоводдя	5	12,2	2	5,7	0,442
Маловоддя	6	14,6	1	2,9	0,116
Плацентарна дисфункція	27	65,9	7	20,0	<0,001
Затримка росту плода	15	36,6	1	2,9	<0,001
Патологія кістково-зв'язкового апарату	18	43,9	1	2,9	<0,001

Під час дослідження встановили: майже кожна друга жінка з ДМТ протягом вагітності мала залізодефіцитну анемію вагітних –18 (43,9%) проти 2 (5,7%) з НМТ, $p<0,001$. Наші дані збігаються з даними інших авторів про високу частоту анемії серед вагітних із ДМТ, водночас загальновідомо, що анемія негативно впливає на перебіг вагітності, пологів і стан плода [3,5].

У другій половині вагітності серед жінок із ДМТ, порівнюючи з вагітними із НМТ, спостерігали тенденцію до збільшення частоти загрози передчасних пологів (7 (17,1%) проти 1 (2,9%), $p=0,063$). Розвиток прееклампсії легкого ступеня спостерігали у 4 (9,8%) вагітних із ДМТ і у 3 (8,6%) із НМТ, випадків середнього та тяжкого ступеня не зареєстрували. За гестаційними ускладненнями (багатоводдя та маловоддя) різниці між групами ДМТ і НМТ не зареєстрували, але за ДМТ помітили тенденцію до збільшення частоти маловоддя (табл. 1).

Заслугує на увагу висока частота дисфункції плаценти у жінок із ДМТ, що за даними ультразвукового дослідження та за об'єктивними ознаками значно перевищувала таку в жінок із НМТ – 27 (65,9%) проти 7 (20,0%), $p<0,001$. Згідно з даними фахової літератури [2,6], хронічний психоемоційний стрес, неповноцінне харчування, екстрагенітальні захворювання та порушення репродуктивної функції, котрі характерні для жінок із ДМТ, підвищують ризик розвитку плацентарної недостатності. Наслідок плацентарної дисфункції – затримка росту плода, яку діагностували у 15 (36,6 %) жінок із ДМТ, тоді як у жінок із НМТ виявили 1 (2,9%) випадок, $p<0,001$.

Під час спостереження відзначили: майже в половині вагітних з низькою масою тіла виявлена патологія кістково-зв'язкового апарату (табл. 1), що могла бути проявом остеопенічного синдрому. Частіше траплялася симфізіопатія – 10 із 41 (24,4%) випадків, симфізит спостерігали у 4 (9,8%) жінок, люмбалгію – у 2 (4,9%), кокцигодінію та сакроілеопатію виявили по одному випадку (по 2,4%). Як відомо, організм вагітної жінки має підвищену потребу у вітамінах, зокрема у вітаміні D, кальції, особливо протягом останнього триместру, коли відбувається максимальна мінералізація кісток скелета плода [4,7]. Головним чинником, котрий впливає на мінеральну щільність кісткової тканини, є низький індекс маси тіла, що є предиктором остеопенії й остеопорозу [8,9]. Так, за здійсненим комплексним обстеженням із використанням ультразвукової денситометрії, у 36,6% (26 із 41) вагітних із ДМТ відзначили остеопенічний синдром, зокрема у 4,9% (2 із 41) випадків зареєстрували остеопороз.

Аналіз характеру пологів показав, що в більшості жінок вагітність завершилась терміновими пологами, тобто за ДМТ у 35 (85,4%) випадках, за НМТ – у 34 (97,1%), а передчасними були у 6 (14,6%) та 1 (2,9%) відповідно, тобто за ДМТ спостерігається тенденція до передчасного завершення вагітності, $p=0,116$.

В абсолютній більшості жінок, а саме у 34 (82,9%) вагітних із ДМТ та у 31 (88,6%) вагітних із НМТ пологи завершилися через природні пологові шляхи, в інших 7 (17,1%) та 4 (11,4%) відповідно відбулося

оперативне розродження шляхом операції кесаревої розтин ($p=0,533$).

Порівняльним аналізом ускладнень у пологах через природні пологові шляхи визначили, що в породіль із ДМТ статистично значуще частіше, ніж за НМТ, відбувалися несвоєчасне відходження навколоплідних вод – 15 (36,6%) проти 5 (14,3%), $p=0,037$, аномалії пологової діяльності – 14 (34,1%) проти 3 (8,6%), $p=0,012$, зокрема патологічний прелімінарий період – 9 (22,0%) проти 2 (5,7%), $p=0,055$, слабкість пологової діяльності – 7 (17,1%) проти 1 (2,9%), $p=0,063$.

Структура показань до оперативного розродження відрізнялась у групах і мала низку особливостей. Такі показання, як симфізіопатія в поєднанні з тазовим передлежанням плода, симфізіопатія в поєднанні з рубцем на матці, клінічно вузький таз (по одному випадку), фіксувалися тільки в жінок із ДМТ, інші показання в жінок цієї групи – слабкість пологової діяльності та дистрес плода (по 2 випадки). Показанням для оперативного розродження за НМТ були неспроможність рубця на матці після попереднього кесаревого розтину, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, дистрес плода та слабкість пологової діяльності (по одному випадку).

У всіх жінок обох груп народилися живі немовлята. Клінічний стан дітей при народженні проаналізували на підставі оцінювання функціональних параметрів за шкалою Апгар на першій та п'ятій хвилинах життя. У дітей від матерів із ДМТ значення цих показників були дещо нижчими, ніж у групі від жінок із НМТ. Зниження оцінки відбулося внаслідок кольору шкіри, рефлексів, м'язового тону, що вказувало на зниження компенсаторних та адаптаційних реакцій новонароджених. Отже, задовільний стан новонародженого (8–10 балів) у жінок із ДМТ спостерігали рідше, ніж у жінок із НМТ (на першій хвилині – 17 (41,5%) проти 24 (68,6%), $p=0,022$; на п'ятій хвилині – 24 (58,5%) проти 28 (80,0%), $p=0,052$). Відповідно нижчі оцінки за шкалою Апгар у новонароджених від жінок із ДМТ спостерігали частіше, ніж у немовлят, які народжені жінками з НМТ, але статистичної значущості між групами не зареєстрували. Так, на 6–7 балів на першій хвилині оцінили 20 (48,8%) новонароджених від матерів із групи ДМТ і 10 (28,6%) – із НМТ ($p=0,100$), на п'ятій хвилині – 16 (39,0%) і 7 (20,0%), $p=0,085$ відповідно, на 5–4 бали на першій хвилині – 3 (7,3%) та 1 (2,9%), $p=0,620$, на п'ятій хвилині – 1 (2,4%) новонародженого із групи ДМТ і жодного у групі з НМТ ($p=1,000$), оцінку 3 бали мав на першій хвилині один (2,4%) новонароджений із групи ДМТ.

Якщо плід під час пологів зазнає фізіологічних навантажень і справляється з ними, то під час народження, як правило, має високу оцінку за шкалою Апгар, а у разі розвитку ускладнень протягом пологового процесу це навантаження зростає та призводить до розвитку дистресу плода, через що при народженні виникає асфіксія різного ступеня тяжкості. Отже, в асфіксії середнього ступеня тяжкості народилося 3 дитини від жінок із ДМТ

(7,3%) та 1 (2,9%) – із НМТ ($p=0,620$), асфіксія тяжкого ступеня у групі ДМТ зареєстрована в 1 (2,4%) випадку, в групі НМТ – жодного ($p=1,000$). Хоча статистично значущої різниці між групами за розвитком асфіксії ступеня середньої тяжкості не відзначили, але помітили деяке збільшення цього ускладнення у групі жінок із ДМТ (9,8% (4 із 41) проти 2,9% (1 із 35) у групі жінок із НМТ, $p=0,366$).

Ішемічно-гіпоксичні ураження центральної нервової системи у новонароджених у групі з ДМТ відзначали частіше, ніж у групі з НМТ (5 (12,2%) проти 1 (2,9%), $p=0,209$). У структурі церебральних порушень у неонатальному періоді переважали синдроми гіперзбудливості та пригнічення.

Слід вказати на статистично значущу більшу кількість дітей, які народжені жінками з НМТ, з ознаками затримки внутрішньоутробного розвитку – 11 (26,8%) проти 1 (2,9%) за НМТ, $p=0,004$.

Маса тіла дітей, які народжені жінками з ДМТ, – від 1800 до 4100 г, із НМТ – від 2000 до 4300 г. Поряд з тим масу тіла до 2500 г, за якої надалі необхідним було лікування і виходжування, мали 9 (22,0%) дітей, які народжені жінками з ДМТ, що значно більше, ніж за НМТ (1 (2,9%), $p=0,017$). За частотою народження великого плода (4000 г і більше) між групами різниці не зареєстрували – 2 (4,9%) жінок із ДМТ і 3 (8,6%) – з НМТ, $p=0,657$.

Результати свідчать, що у вагітних із ДМТ спостерігається збільшення частоти акушерської та перинатальної патології. Це ще раз вказує на необхідність розроблення лікувально-профілактичних заходів, що дадуть змогу знизити частоту ускладнень під час вагітності та пологів у жінок із ДМТ та сприятимуть поліпшенню стану їхніх немовлят.

Висновки

1. Клінічний перебіг вагітності у жінок із ДМТ, незважаючи на прегравідарну підготовку, характеризується високою частотою загрози переривання вагітності (36,6% проти 11,4% за НМТ, $p=0,016$), ранніх токсикозів (34,1% проти 8,6%, $p=0,012$), анемії вагітних (43,9% проти 5,7%, $p<0,001$), плацентарної дисфункції (65,9% проти 20,0%, $p<0,001$), затримки росту плода (36,6% проти 2,9%), патології кістково-зв'язкового апарату (43,9% проти 2,9%, $p<0,001$).

2. У породіль із ДМТ частіше відзначають несвоєчасне відходження навколоплідних вод (36,6% проти 14,3% за НМТ, $p=0,037$), аномалії пологової діяльності (34,1% проти 8,6%, $p=0,012$), є тенденція до збільшення передчасних пологів (14,6% проти 2,9%, $p=0,116$).

3. Перинатальні наслідки розродження у жінок із ДМТ характеризуються високою частотою затримки внутрішньоутробного розвитку новонародженого (26,8% проти 2,9% за НМТ, $p=0,004$) і народженням немовлят із низькою масою тіла (22,0% проти 2,9%, $p=0,017$).

Перспективи подальших досліджень. Визначені ускладнення під час вагітності та пологів у жінок із дефіцитом маси тіла, а також їхній вплив на стан плода вказують на необхідність розроблення медичних заходів, що спрямовані на їхню корекцію.

Список літератури

1. Акушерство. Национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2000. – 1200 с.
2. Головченко О.В. Беременность и роды у женщин с низкой и избыточной массой тела в Белгородской области : автореф. дис. на соискание ученой степени к.мед.н. : спец. 14.01.01 «Акушерство и гинекология» / О. В. Головченко. – М., 2010. – 18 с.
3. Жукова Н.П. Ретроспективный анализ менструальной и репродуктивной функций и методов их коррекции у больных с нарушением питания / Н.П. Жукова, О.Н. Шматкова // Охрана материнства и детства. – 2010. – №1(15). – С. 4–8.
4. Кадырова С.Г. Особенности фетоплацентарного комплекса у юных беременных с дефицитом массы тела / С.Г. Кадырова // Материалы XII Всерос. науч. форума «Мать и дитя», (27–30 сент. 2011 г.). – М., 2011. – С. 80–81.
5. Прилуцкая Я.Ю. Особенности кальций-фосфорного обмена и костного метаболизма у беременных с симптомами кальциевой недостаточности на фоне анемии / Я.Ю. Прилуцкая, Г.Д. Мисуна, С.М. Корниенко // Репродуктивное здоровье женщины. – 2008. – № 2. – С. 165–167.
6. Пуршаева Э.Ш. Репродуктивное здоровье молодых женщин с дефицитом массы тела : автор. дис. на соискание ученой степени к.мед.н. : спец. 14.01.01 «Акушерство и гинекология» / Э.Ш. Пуршаева. – М., 2014. – 25 с.
7. Щербавская Э.А. Функционально-метаболическая оценка костной ткани в динамике беременности и лактации: (Клин.-эксперим. исслед.) : автореф. дис. на соискание ученой степени д.мед.н.: спец. 14.01.01 «Акушерство и гинекология» / Э.А. Щербавская. – Иркутск, 2004. – 45 с.
8. Bialo S.R. Underweight, overweight, and pediatric bone fragility: impact and management / S.R. Bialo, C.M. Gordon // Curr. Osteoporos. Rep. – 2014. – Vol. 12. – №3. – P. 319–328.
9. Fetal programming and the etiology of osteoporosis / W. Pieńkowski, H. Wolski, K. Drews, A. Seremak-Mrozikiewicz // Ginekol Pol. – 2015. – Vol. 86. – №8. – P. 622–625.
10. nizkoj i izbytochnoj massoj tela v Belhorodskoj oblasti (Avtoref. dis...kand. med. nauk). [Pregnancy and births for women with low and surplus mass of body in the Belgrade area]. (Extended abstract of candidate's thesis). Moscow. [in Russian].
11. Zhukova, N. P., & Shmatkova, O. N. (2010) Retrospektivnyj analiz menstrual'noj i reproduktivnoj funkcii i metodov ikh korrekcii u bol'nykh s narusheniem pitaniya [Retrospective analysis of menstrual and genesial functions and methods of their correction for patients with violation of feed]. *Okhrana materinstva i detstva*, 1(15), 4–8. [in Russian].
12. Kadyrova, S. G. (2011) Osobennosti fetoplacentarnogo kompleksa u yunyh beremennykh s deficitom massy tela [Features of fetoplacental complex for young pregnant with the deficit of mass of body]. *Mat' i ditiya. Proceedings of the 12th All-Russian Scientific Forum*, (P. 80–81). Moscow. [in Russian].
13. Priluckaiya, Ya. Yu., Misuna, H. D., & Kornienko, S. M. (2008) Osobennosti kalcij-fosforogo obmena i kostnogo metabolizma u beremennykh s simptomami kalcievoj nedostatochnosti na fone anemii [Features of calcium-phosphoric exchange and bone metabolism for pregnant with the symptoms of calcium insufficiency on a background anaemia]. *Reproduktivnoe zdorov'e zhenshchiny*, 2, 165–167. [in Russian].
14. Purshaeva, E'. Sh. (2014) *Reproduktivnoe zdorov'e molodykh zhenshchin s deficitom massy tela (Avtoref. dis...kand. med. nauk)*. [Reproductive health of young women with deficiency of body weight]. (Extended abstract of candidate's thesis). Moscow [in Russian].
15. Scherbavskaya, E'. A. (2004) *Funkcional'no-metabolicheskaya ocenka kostnoj tkani v dinamike beremennosti i laktacii (Kliniko-e'ksperimental'noe issledovanie)* (Avtoref. dis...kand. med. nauk). [A functional-metabolic estimation of bone tissue in the dynamics of pregnancy and lactation: (Kliniko-experimental research)]. (Extended abstract of candidate's thesis). Irkuck. [in Russian].
16. Bialo, S. R., & Gordon, C. M. (2014) Underweight, overweight, and pediatric bone fragility: impact and management. *Curr. Osteoporos. Rep.* 12(3), 319–328. doi: 10.1007/s11914-014-0226-z.
17. Pieńkowski, W., Wolski, H., Drews, K. & Seremak-Mrozikiewicz, A. (2015) Fetal programming and the etiology of osteoporosis. *Ginekol Pol.*, 86(8), 622–5. [in Polish].

References

1. Ajlamazyan, E'. K., Kulakov, V.I., Radzinskij, V.E., & Savel'eva, G. M. (Ed.) (2000) *Akusherstvo. Nacional'noe rukovodstvo [Obstetrics. National guidance]*. Moscow: GEOTAR-Media. [in Russian].
2. Golovchenko, O. V. (2010) *Beremennost' i rody u zhenshchin*

Відомості про авторів:

Шелестова Л. П., д. мед. н., доцент каф. акушерства та гінекології, Донецький національний медичний університет імені М. Горького, E-mail: shell_2502@mail.ru.

Аллахвердієв Р. С., лікар акушер-гінеколог, міська лікарня №1, м. Краматорськ.

Сюсюка В. Г., к. мед. н., доцент каф. акушерства та гінекології, Запорізький державний медичний університет.

Сведения об авторах:

Шелестова Л. П., д. мед. н., доцент каф. акушерства и гинекологии, Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького, E-mail: shell_2502@mail.ru.

Аллахвердиев Р. С., врач акушер-гинеколог, городская больница №1, г. Краматорск.

Сюсюка В. Г., к. мед. н., доцент каф. акушерства и гинекологии, Запорожский государственный медицинский университет.

Information about authors:

Shelestova L. P., MD, PhD, Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Donetsk National Medical University named after M. Gorky, E-mail: shell_2502@mail.ru.

Allakhverdiev R. S., Obstetrician-Gynecologist, City Hospital № 1, Kramatorsk.

Susyuka V. G., MD, PhD, Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Zaporizhzhia State Medical University.

Надійшла в редакцію 29.01.2016 р.