

УДК 618.3 – 008.6

© Колектив авторів, 2011.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ, СТАН ПЛОДА І НЕМОВЛЯТИ ЗАЛЕЖНО ВІД ТРОФОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ЖІНКИ

О. А. Диндар, В. Я. Голота, В. О. Бенюк, І. А. Усевич, Т. Р. Никонюк, В. О. Половинка

Кафедра акушерства і гінекології №3 (зав. кафедри – проф. В. О. Бенюк),
Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ.

FEATURES OF PREGNANCY FLOW AND BIRTHS, THE STATE OF FETUS AND NEW-BORN IN DEPENDENCE OF WOMAN TROFOLOGICAL STATE

O. A. Dendar, V. Y. Golota, V. O. Benyuk, T. R. Nukonyuk, V. A. Polovunka

SUMMARY

The correlation of trofological status malfunction during the pregnancy, births and lying-in is certain in this article. Similarly article is about the state of new-born health and lactation duration. The frequency and character of complications for pregnant are exposed. It's about the illness and physical development of children to the age of 1, who was born by mothers with trofological state malfunction by surplus feeding.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ, СОСТОЯНИЕ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТРОФОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ЖЕНЩИНЫ

Е. А. Диндарь, В. Я. Голота, В. А. Бенюк, И. А. Усевич, Т. Р. Никонюк, В. А. Половинка

РЕЗЮМЕ

В статье определена взаимосвязь нарушений трофологического статуса с течением беременности, родов и послеродового периода, а также с состоянием здоровья новорожденных и продолжительностью лактации, выявлены частота и характер осложнений у беременных, рожениц и родильниц, заболеваемости и физического развития детей до года жизни, родившихся от матерей с нарушением трофологического статуса по типу избыточного питания.

Ключові слова: метаболічний синдром, трофологічний статус, вагітність.

Раціональне харчування є одним із найважливіших факторів, що визначає стан здоров'я людини, тривалість і якість життя. Збалансоване харчування зумовлює нормальний фізичний і розумовий розвиток, підтримує високу працездатність, забезпечує оптимальні умови для функціонування життєво важливих систем організму, збереження репродуктивного здоров'я [3, 5, 6]. За даними ВООЗ, стан здоров'я населення Землі на 15% залежить від організації медичної служби і генетичних особливостей, а на 70% – від способу життя і повноцінності та збалансованості харчування. Разом з тим, згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, більше 23% чоловіків і 25% жінок мають надлишкову масу тіла. Кореляція ожиріння і метаболічного синдрому дуже висока, тому 1/5 населення світу має ті чи інші прояви метаболічного синдрому. Експерти ВООЗ прогнозують, що до 2025 року число людей, що мають надлишкову масу тіла досягне 300 мільйонів [1].

Крім того, встановлено, що для метаболічного синдрому характерна фенотипічна специфіка, тобто він частіше розвивається у людей з низькою масою тіла при народженні, асиметричним зростом. При цьому перинатальний період є таким, що визначає і

формує стан здоров'я в усі послідовні періоди життя. Розвиток плода і новонародженого багато в чому залежить від харчування матері під час вагітності. Незбалансоване харчування, що зумовлює підвищений трофологічний статус, несприятливо впливає на перебіг вагітності і стан внутрішньоутробного плода [2, 4].

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Для оцінки перебігу вагітності та стану плода у жінок з підвищеним трофологічним статусом нами було проведено соматометричне (антропометричне) та клінічне обстеження 82 вагітних, в тому числі 44 з яких мали надлишкову масу тіла (I, основна група), коли індекс маси тіла був більшим за 24,9 кг/м², та 38 – з нормальною масою тіла (ейтрофією) (II група, порівняння), в якій індекс маси тіла складав від 18,5 до 24,9 кг/м².

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В дослідження були включені вагітні жінки у віці від 17 до 40 років у відповідності з критеріями включення і виключення. Слід відмітити, що серед обстежених середній вік жінок у підгрупі з ейтрофією склав 25,4±4,8 років, тоді як у групі з підвищеною масою

тіла – $29,1 \pm 5,6$ років. Середня прибавка маси тіла у обстежених нами жінок за період вагітності в II групі склала $9,4 \pm 0,6$ кг, тоді як у I групі – $16,2 \pm 1,5$ кг.

Аналізуючи структуру екстрагенітальної патології, було встановлено, що у обстежених нами вагітних превалювали захворювання серцево-судинної системи – у $31,8 \pm 4,6\%$ пацієнок з підвищеним трофологічним статусом та у $5,3 \pm 2,2\%$ жінок з нормальною масою тіла; захворювання органів травлення – у $40,9 \pm 5,0\%$ обстежених I групи та у $21,1 \pm 3,6\%$ пацієнок II групи; захворювання щитоподібної залози, органів дихання та органів зору достовірно в обстежуваних групах не відрізнялись ($p > 0,05$).

Вивчаючи частоту і характеристику гінекологічних захворювань у вагітних з гіпертрофією та ейтрофією, ми відмітили, що найчастіше зустрічались запальні захворювання геніталій неспецифічної й специфічної етіології у $9,1 \pm 2,1\%$ жінок I групи та у $23,7 \pm 4,1\%$ жінок з II групи. Як видно з наведених даних, бактеріальна та вірусна інфекція достовірно частіше зустрічалась у групі вагітних з ейтрофією, ніж у групі з гіпертрофією ($p < 0,01$).

Аналіз репродуктивної функції у обстежених вагітних показав, що впершенароджуючих пацієнок було 44 ($53,6 \pm 5,0\%$), повторнонароджуючих – 27 ($32,9 \pm 4,7\%$), треті пологи очікувались у 9 ($10,9 \pm 3,1\%$) жінок, четверті – у 2 ($2,4 \pm 0,9\%$) жінок із групи з надлишковою масою тіла. Першовагітні жінки переважали в групі ейтрофії, тоді як серед обстежених групи гіпертрофії превалювали повторнонароджуючі ($p < 0,01$).

У 7 ($15,9 \pm 3,2\%$) обстежених жінок I групи в анамнезі мали місце мимовільні викидні (раннього і пізнього термінів), тоді як у II групі переривання вагітності в анамнезі виявили лише у 3 ($7,9 \pm 2,7\%$) жінок, що свідчить про порушення репродуктивного здоров'я жінок з надлишковим харчуванням. Слід також відмітити високу частоту артифіціальних абортів в анамнезі у жінок з ожирінням ($41,0 \pm 5,0\%$) на відміну від жінок з ейтрофією ($31,6 \pm 4,6\%$).

За результатами перебігу вагітності і пологів, звертає на себе увагу той факт, що загроза переривання вагітності спостерігалась у 14 ($31,8 \pm 4,8\%$) жінок із гіпертрофією, загроза мимовільного викидня була діагностована у 12 пацієнок ($27,2 \pm 4,4\%$), загроза передчасних пологів – у 2 ($4,5 \pm 2,1\%$), тоді як у групі жінок з ейтрофією у 4 ($10,5 \pm 3,1\%$) випадках мала місце загроза переривання вагітності, в тому числі у 6 ($15,8 \pm 4,9\%$) – в ранніх термінах, та у 2 жінок ($5,3 \pm 2,2\%$) – за типом загрози передчасних пологів.

Частота пізнього гестозу у жінок з надлишковою масою тіла склала $61,4 \pm 4,7\%$ випадків, тоді як у вагітних нормостенічного типу – $15,8 \pm 4,9\%$.

Генітальна інфекція бактеріального та вірусного походження зустрічалась у 24 ($53,8 \pm 5,0\%$) вагітних I групи та у 20 ($52,6 \pm 5,0\%$) з II групи спостереження і достовірно в групах обстеження не відрізнялась

($p > 0,05$). Нами було відмічено загострення хронічної герпетичної інфекції у 8 ($18,2 \pm 3,8\%$) вагітних з підвищеною масою тіла на відміну від групи жінок ейтрофічного типу ($5,3 \pm 2,2\%$ випадків).

Аналіз перебігу пологів у жінок з ожирінням показав, що несвоєчасне злиття навколоплідних вод діагностовано у 22 ($50,0 \pm 5,0\%$) пацієнок з розвитком хоріоамніоніту в пологах у 2 ($4,5 \pm 1,9\%$) роділь, тоді як у жінок з ейтрофією несвоєчасне злиття навколоплідних вод зустрічалось у 12 ($31,6 \pm 2,1\%$) випадках ($p < 0,05$).

Слід відмітити, що в результаті розродження 82 обстежених вагітних народили живими 84 дитини. Двічі багатоплідна вагітність (двійнею) констатована у жінок з підвищеним трофологічним статусом (екстракорпоральне запліднення). Аналіз даних стану новонароджених свідчить про те, що кількість дітей з I групи жінок, які були оцінені на 8-10 балів за Апгар, склала 23 ($50,0 \pm 5,0\%$) випадки, а у II групі – 29 ($76,3 \pm 4,9\%$), з оцінкою за шкалою Апгар у 6-7 балів – 16 ($34,8 \pm 4,7\%$) дітей від матерів з гіпертрофією та 9 ($23,7 \pm 3,1\%$) малюків від матерів з ейтрофією, менше 6 балів – 7 ($15,2 \pm 3,5\%$) дітей, причому всі діти з достатньо низькою оцінкою за шкалою Апгар були народжені від матерів з підвищеним трофологічним статусом.

Середня маса тіла новонароджених від жінок з надлишковим харчуванням при народженні склала $2479,1 \pm 265,0$ г, тоді як у жінок з нормальною масою тіла вона була $3569,0 \pm 169,0$ г. Середня довжина тіла при народженні дітей від матерів I групи склала $45,9 \pm 1,1$ см, у малюків від матерів II групи – $51,2 \pm 1,3$ см.

Таким чином, у обстежених нами вагітних з підвищеним трофологічним статусом народжувались діти з низькою оцінкою за шкалою Апгар. Синдром затримки розвитку плода спостерігався у 26 ($31,7 \pm 4,7\%$) жінок, з яких у групі з надлишковою масою тіла – 16 ($36,4 \pm 4,8\%$), у групі ейтрофії – 8 ($21,1 \pm 4,1\%$) випадків, був діагностований на 28-29 тижнях вагітності і характеризувався пропорційним відставанням маси тіла та довжини плода (симетрична форма).

У новонароджених від матерів з підвищеним трофологічним статусом у перші години після народження були виявлені певні патологічні стани. Так, асфіксія новонароджених була зареєстрована у 7 ($15,2 \pm 3,5\%$) немовлят, що відображує кількість дітей, які народились з оцінкою за шкалою Апгар менше 6 балів. Ускладненням раннього неонатального періоду є пологова травма гіпоксичного або травматичного генезу, що спостерігалось у 3 ($5,8 \pm 2,3\%$) немовлят породіль основної групи. У групі жінок з нормальним трофологічним статусом відповідних патологічних станів у новонароджених виявлено не було. Клінічні ознаки внутрішньоутробного інфікування при народженні були виявлені у 12 ($26,1 \pm 4,4\%$) немовлят від матерів I групи і у 2 ($5,3 \pm 2,2\%$) відповідно II групи ($p < 0,001$). Неврологічні розлади були зареє-

стровані у 10 (21,7±4,0%) в I групі, тоді як у II групі кількість таких немовлят склала 4 (10,5±3,0%) ($p<0,01$).

Аналізуючи ранній неонатальний період у новонароджених від жінок з ожирінням, було відмічено, що тривалість зниження маси тіла склала 5,5±0,2 діб на відміну від групи жінок з ейтрофією (3,4±0,1 діб), відновлення маси тіла від вихідної при народженні відбувалось до 8,4±0,1 доби та 4,6±0,1 доби відповідно у I та II групах спостереження.

Таким чином, на основі отриманих даних слід вважати, що новонароджені діти від жінок з надлишковою масою тіла схильні до більшої та тривалішої втрати попередньої маси тіла і повільного її відновлення. При порівняльному аналізі фізичного розвитку дітей в перший рік життя їх прибавка маси тіла (6,8±1,4 кг) і динаміка росту (24,4±1,8 см) в групі жінок з надлишковим харчуванням були нижчими, ніж у групі з ейтрофією: маса тіла – 8,4±1,6 кг, довжина тіла – 26,6±2,2 см.

Порушення адаптації відмічено нами у 20 (43,5±5,0%) немовлят від жінок з гіпертрофією, що достовірно частіше, ніж у групі з ейтрофією – 5 (13,2±3,6%) дітей ($p<0,001$).

При аналізі динаміки здоров'я дітей першого року життя патологією, що найчастіше зустрічалась, були захворювання, обумовлені розладами харчування, і порушення обміну речовин – 16 (34,8±4,8%) і 7 (15,2±3,6%) дітей від матерів із підвищеним трофологічним статусом відповідно ($p<0,001$). Ця патологія пов'язана з нераціональним харчуванням і неякісним використанням різноманітних харчових сумішів у жінок з відсутньою або зниженою лактацією. На другому місці стоїть група захворювань органів дихання, які відмічені у 15 (32,6±4,7%) дітей жінок I групи, що достовірно вище аналогічного показника II групи – 6 (15,8±3,6%), $p<0,05$.

Тривалість періоду лактації у жінок з підвищеним трофологічним статусом склала 5,3±1,6 місяців, а у породіль з ейтрофією – 12,1±2,7 ($p<0,05$).

Хвороби нервової системи (підвищена збудливість, гіперрефлексія, порушення сну) внаслідок перенесеної гіпоксії спостерігались протягом перших місяців життя дитини у 14 (30,4±4,5%) випадках і у 4 (10,5±3,0%) відповідно до груп спостереження ($p<0,001$). Вірогідно, гіпотрофія і її наслідки, які спостерігались у дітей, народжених від жінок з підвищеною масою тіла, утруднює адаптацію дитини в ранні місяці першого року життя. Звертають на себе увагу захворювання шкіри (опрілості, піодермії та ін.), що виявлені у дітей жінок цієї групи в достовірно вищому відсотку випадків – 10 (21,7±4,2%) немовлят проти 2 (5,3±2,2%) з групи порівняння, $p<0,001$. Також дос-

товірно частіше у дітей жінок з гіпертрофією зустрічались такі захворювання, як рахіт, анемії та алергічні захворювання ($p<0,01$).

ВИСНОВКИ

1. Визначення соматометричних показників при вагітності дозволяє провести інтегральну оцінку трофологічного статусу жінок, стан якого чинить значний вплив на перебіг і закінчення вагітності.

2. Встановлено, що у вагітних з підвищеною масою тіла достовірно частіше, ніж у групі з ейтрофією, зустрічаються пізні гестози (61,4±4,7%), загроза переривання вагітності (31,8±4,6%).

3. Порушений стан новонародженого і низька оцінка за шкалою Апгар спостерігались у 52,3±6,9% з групи жінок з підвищеною масою тіла і у 23,7±3,1% у жінок з нормальним трофологічним статусом.

4. Гіпотрофія плода спостерігалась у пацієнток з гіпертрофією у 40,6±5,0% випадків, у вагітних з ейтрофією – у 27,5±4,5% ($p<0,05$).

5. Порушення періоду адаптації мало місце у 44,1±5,0% малюків від матерів з підвищеним трофологічним статусом, з ейтрофією – у 13,2±3,6% ($p<0,001$).

6. Тривалість періоду лактації у породіль з ейтрофією склала 12,1±2,7 місяців, у жінок з підвищеною масою тіла – 5,3±1,6 місяців ($p<0,05$).

ЛІТЕРАТУРА

1. Айламазян Э. К. Белые страницы практического акушерства: Неврология. Наркология. Психиатрия: руководство для врачей / Э. К. Айламазян, С. А. Маркин. – М.: «Медиздат: Бумаж. галерея», 2003. – 342 с.
2. Анохина Г. А. Питание беременных, рожениц и кормящих матерей / Анохина Г. А. – Киев, 2002. – С. 3–14.
3. Гайдуков С. Н. Питание и обеспеченность витаминами, макро- и микроэлементами беременных женщин / С. Н. Гайдуков, Б. В. Еникеев // Вестник педиатрической академии. – Спбю., 2003. – С. 170–171.
4. Современные медико-биологические требования к питанию беременных женщин / Д. Байкова, Д. Марков, П. Марков [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2007. – №6. – С. 27–31.
5. Тутельян В. А. Основы рационального питания / В. А. Тутельян // Медицинская помощь. – 2005. – №3. – С. 38–43.
6. Hillier T. A. Screening for gestational diabetes mellitus: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task / T. A. Hillier, K. K. Vesco, K. L. Pedula // Force. Ann. Intern. Med. – 2008. – Vol. 148, № 10. – P. 766–775.