

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Асакеева Р.С.¹, Шоонаева Н.Д.², Джакыпова А.К.¹

¹ Кыргызская Государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева

² Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки
и повышения квалификации,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. С целью анализа медико-социальных особенностей беременных с ожирением проведены анкетирование, ретроспективный (171 история) и проспективный (147 историй) анализ по социальным, бытовым особенностям, акушерско-гинекологическому и соматическому анамнезу. Основная группа - 198 женщин с абдоминальным ожирением, контрольная - 120 женщин с нормальной массой тела. Показано, что среди беременных ожирением преобладали пациентки старше 30 лет, их питание было несбалансированным и нерегулярным, низкую физическую активность имели 64,1%. При ожирении II и III степени чаще встречались нарушения менструального цикла, гинекологические заболевания и вторичное бесплодие, экстрагенитальные заболевания.

Ключевые слова: ожирение, беременность, медико-социальные особенности, гинекологический и соматический анамнез.

СЕМИРИП КЕТКЕН КОШ БОЙЛУУ АЯЛДАРДЫН
МЕДИЦИНАЛЫК-СОЦИАЛДЫК АБАЛДАРЫ

Асакеева Р.С.¹, Шоонаева Н.Д.², Джакыпова А.К.¹

¹ И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

² Кыргыз мамлекеттик медициналык кайра даярдоо жана
квалификацияны жогорулатуу институту
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Семирип кеткен кош бойлуу аялдардын медициналык-социалдык өзгөчөлүктөрүнө анализ жүргүзүү максатында акушердик-гинекологиялык жана соматикалык анамнездин негизинде социалдык, турмуш-тиричилик өзгөчөлүктөрү боюнча ретроспективдүү (171 учур) жана проспективдүү (147 учур) анализ, сурамжылоо жүргүзүлдү. Негизги топко – абдоминалдуу семирүү менен жабыркаган 198 аял, контролдук топко – дене салмагы нормалдуу болгон 120 аял кирди. Семирип кеткен кош бойлуу аялдардын көпчүлүгү 30 жаштан жогорку аялдар болуп, алардын тамактануусу тең салмактуу эмес жана регулярдуу эмес экендиги, аз кыймыл-дашары белгилүү болду. Семирүүнүн II жана III деңгээлине көбүнчө менструалдык циклдин бузулушу, гинекологиялык оорулар жана экинчилик тукумсуздук, экстрагениталдуу оорулар менен жабыркаган аялдар киришет.

Негизги сөздөр: семирүү, кош бойлуулук, медициналык-социалдык өзгөчөлүк, гинекологиялык жана соматикалык анамнез.

THE MEDICO-SOCIAL STATUS OF PREGNANT WOMEN WITH OBESITY

Asakeev R.S.¹, Shoonaeва N.D.², Djakypova A.K.¹

¹ I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

² The Kyrgyz State Medical institute of retraining and qualifications,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary Were conducted questionnaires to analyze the medical and social status of pregnant women with obesity, retrospective (171 stories) and prospective (147 stories), and analysis of social, domestic features, obstetric-gynecological and somatic anamnesis. Index group- 198 women with abdominal obesity, control group- 120 women with standard weight. It was indicated, that among women with obesity, there were predominated patients over 30 years old, their nutrition was unbalanced and irregular, low physical activity was 61.1%. In obesity of II and III degrees there were menstrual disorders, gynecopathies and secondary infertility, extragenital diseases.

Key words: obesity, pregnancy, medical and social features, gynecological and somatic anamnesis.

Введение. В последние годы число лиц с избыточной массой тела постоянно увеличивается, особенно среди трудоспособного населения, поэтому проблема ожирения является одной из актуальных проблем медицины. Всемирная организация здравоохранения признала ожирение новой неинфекционной «эпидемией XXI века» (WHO, 2008) [5]. Стабильно высок удельный вес женщин репродуктивного возраста, у

которых значительна частота сопутствующих экстрагенитальных заболеваний, что позволяет считать ожирение одной из наиболее важных проблем медицины фертильного возраста (Иллагова Е.В., 2012; Obregon M.J., 2010) [1,4].

На современном этапе проблема взаимосвязи ожирения и осложненного течения беременности остается актуальной. Беременные с ожирением требуют

повышенного внимания, так как, помимо высокого риска развития акушерских осложнений, у них имеется более высокий риск осложнений, ассоциированных с метаболическим синдромом (Котенко Р.М., 2011; Antuna-Puente V. E tal, 2008) [2,3].

Не вызывает сомнения целесообразность проведения дополнительных исследований, направленных на выявление и уточнение факторов риска развития акушерских осложнений при ожирении.

Целью данного исследования явился анализ медико-социальных особенностей беременных женщин с ожирением.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 171 истории родов, проспективное исследование включало изучение 147 историй беременных и рожениц и анализ специально разработанных анкет, представляющих вопросы по социально-бытовым, материальным условиям, профессиональным особенностям, акушерско-гинекологическому и соматическому анамнезу. Все обследованные были разделены на 2 группы. Основную группу составили 198 женщин с абдоминальным ожирением, диагностированным до беременности, из которых 122 (61,6%) имели 1-ю степень ожирения, 57 (28,8%) – 2-ю, и 19 (9,6%) – 3-ю степень ожирения. Контрольную группу составили 120 женщин с ИМТ в интервале 18,5–24,9 кг/м², составившим в среднем 21,9±0,6 кг/м². Полученные данные обработаны стандартными методами вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение

Проведенное исследование позволило описать медико-социальный портрет пациенток с ожирением.

При анализе возрастного ценза обследованных женщин выявлено, что средний возраст пациенток с ожирением составил 26,6±4,2 лет, а в группе контроля – 22,3±3,7 года, достоверного различия в среднем возрасте между пациентками обеих групп выявлено не было, при этом в группе с ожирением было больше пациенток старше 30 лет по сравнению с группой контроля (30,3% и 13,3% соответственно).

Установлено, что у 37,9% беременных основной группы оба родителя также страдали избыточным весом, у 14,6% пациенток избыточный вес имелся у одного из родителей.

Проведенные исследования позволили установить, что в основной группе среднее образование имели 59,6% женщин, среднее специальное – 9,1%, высшее – 31,3%; в контрольной группе среднее образование имели 65,8% женщин, среднее специальное – 7,5%, высшее – 26,7%.

Условия своего проживания в основной группе как хорошие, оценили 58,5%, удовлетворительные –

29,3%, плохие – 12,2% женщин. В группе контроля хорошие условия имели 61,5%, удовлетворительные – 32,3%, плохие – 6,2% женщин. Семейный статус женщин в нашем исследовании не отражался на частоте ожирения во время беременности.

Оценка пациенток с ожирением включала контроль количества пищи, употребление диеты с низким содержанием жиров и низкой энергетической ценностью, а также регулярность физической активности. Было установлено, что чаще всего в режиме обследованных женщин с ожирением использовалось четырех- и пятиразовое питание – 84,8%. Большая часть женщин (79,8%) основную часть пищи потребляли на обед и ужин. Питание было сбалансированным и регулярным у 36,9% лиц основной и у 53,3% беременных контрольной групп.

Большая часть женщин из основной группы (71,2%) практиковали употребление высококалорийных углеводсодержащих продуктов (бутиербродов, конфет, сдобных булочек, и др.) между основными приемами пищи. Причем большинство из них ощущали постоянное чувство голода и неконтролируемое желание что-нибудь поесть. Также в основной группе отмечалось повышенное потребление жиров животного происхождения: 62,1% женщин против 37,5% в группе контроля.

Низкую физическую активность имели 64,1% женщин основной группы, тогда как в контрольной группе низкая физическая активность отмечена у 36,7% беременных.

Анализ частоты сопутствующих заболеваний показал, что у пациенток с ожирением до наступления беременности достоверно чаще, чем в группе контроля диагностировались заболевания сердечно-сосудистой системы (42,9% против 15,8%), заболевания желудочно-кишечного тракта (33,3% против 26,7%), патология щитовидной железы (29,8% против 20,8%), болезни мочевыделительной системы (24,2% против 16,7%), заболевания органов дыхания (15,7% и 8,3%) (рис. 1).

Частота артериальной гипертензии зависела от степени выраженности ожирения и была выявлена у 34,3% пациенток с ожирением I степени, у 43,9% – II степени, и 63,2% – с ожирением III степени, против 15,8% в группе сравнения. Развитие артериальной гипертензии I степени отмечено у 20% пациенток из основной группы уже после первой беременности, у 22,5% женщин выявлено высокое нормальное АД. Среди пациенток с ожирением встречались и лица, склонные к артериальной гипотензии, частота которой составила 5,1%.

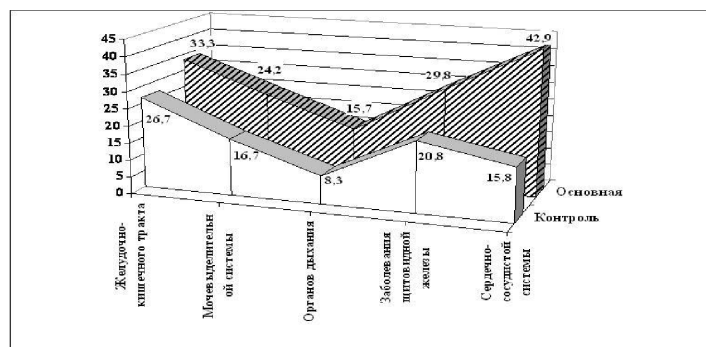


Рис. 1. Структура экстрагенитальной патологии (%).

При анализе акушерского анамнеза было выявлено, что у 81,5% беременных контрольной группы менструальный цикл был регулярный. У женщин с ожирением I степени регулярный менструальный цикл отмечен у 79,6%, II степени – у 72,7%, III степени – у 63,6%. Частота нарушений менструального цикла коррелировала со степенью ожирения, и при ожирении III степени была достоверно выше, чем в группе контроля и составила 36,4%. В структуре гинекологической заболеваемости у женщин основной группы наиболее распространенными были кольпиты (18,4%,

27,3% и 36,4% соответственно, против 13,8% в группе контроля) и сальпингоофориты (16,3%, 22,7% и 18,2% соответственно, против 15,4% в группе контроля) (рис. 2). Следующими по частоте встречаемости были эрозия шейки матки, которые в основной группе встречались в 1,6, 1,8 и 2,4 раза чаще, чем в контроле и эндометриты (1,6, 2,2 и 1,5 раза соответственно). Частота вторичного бесплодия достоверно чаще встречалась у пациенток с ожирением II и III степени (4,5 и 9,1% против 1,5% в контроле).

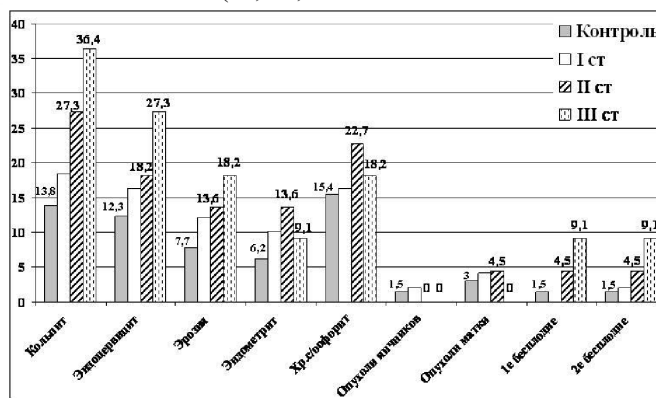


Рис. 2. Частота гинекологических заболеваний (%).

Таким образом, беременные с ожирением имели следующие медико-социальные характеристики. Среди них преобладали пациентки старше 30 лет (30,3% против 13,3% в контроле). Избыточным весом страдали оба родителя у 37,9% беременных. Они чаще употребляли высококалорийные углеводсодержащие продукты (71,2%) и жиры животного происхождения (62,1%), имели низкую физическую активность (64,1%). В акушерско-гинекологическом анамнезе частота нарушений менструального цикла, гинекологических заболеваний и вторичного бесплодия и достоверно чаще встречалась у пациенток с ожирением II и III степени. Была увеличена частота экстрагенитальных заболеваний, у 43% обследованных еще до наступления беременности была диагностирована артериальная гипертензия, которая требовала терапии и в период гестации.

Уровень образования, материально-бытовые условия и семейный статус женщин не отражался на частоте ожирения во время беременности.

Список литературы:

- Иллагова Е.В. Ожирение и репродуктивная функция: современный взгляд на проблему // Проблемы репродукции. - 2012. - № 4. - С. 23-27.
- Котенко Р.М. Метаболические нарушения и методы коррекции у беременных с избытком массы тела и ожирением: Автореф. дисс... к.м.н. – Москва 2011. – 25 с.
- Antuna-Puente B. et al. Adipokines: The missing link between insulin resistance and obesity. //Diabetes Metab. - 2008; 34: 1:2-11.
- Obregon M. J. Maternal obesity results in offspring prone to metabolic syndrome. // Endocrinology. - 2010; 151: 8: 3475-3476.
- World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of WHO Consultation. - Geneva, WHO, 2008.