

8. Цветкова Т.Г. и др. // Мед. генетика. – 2005. – №6. – С. 286
9. Nielsen J. // Clin. Genet. – 1978. – Vol. 13. – P. 415–416.
10. Калантари П. и др. // Генетика. – 2003. – Т. 39, №3. – С. 423.

УДК 618.2-084

ОЖИРЕНИЕ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ТЕЧЕНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

М.А. ПРИВАЛОВА*

Ожирение – одна из распространенных форм нарушения жирового обмена. В России (по данным Института питания РАМН) ожирение наблюдается у 25-30% трудоспособного населения, что ставит это заболевание в ряд серьезных проблем [1–4]. Распространено ожирение и среди беременных, число которых достигает 12,3-38% [9]. Ожирение плохо влияет на здоровье беременной и плода, давая осложнения в 32,1-83% случаев [8]. Среди американских женщин частота встречаемости ожирения возросла с 25,1% в 1991 г. до 35,2% в 2001 г.

Реализация функциональной активности половых стероидных гормонов при эндокринных нарушениях репродуктивной системы, ассоциированных с ожирением, зависят от особенностей депонирования жировых отложений. Наиболее неблагоприятным является абдоминальный (висцеральный, андронидный) тип ожирения, сочетающийся с комплексом гормональных и метаболических факторов риска [2, 3, 6]. Неоспорима связь в изменении гормонального профиля репродуктивной системы и особенностями распределения жировых отложений, в частности, при наличии [6] генетической предрасположенности к абдоминальному ожирению и инсулинорезистентности. Формирование ожирения у 67% женщин происходит в молодом возрасте. Клинико-генеалогический анализ в семьях тучных женщин в 64% случаев подтвердил наследственный характер ожирения с предрасположенностью по материнской линии [10]. Обращает внимание рост осложнений течения беременности и родов у тучных женщин, чьи родственники по линии матери имели ожирение, сахарный диабет и артериальную гипертензию [9]. Ввиду ассоциации ожирения с пр. соматическими заболеваниями риск осложнений беременности, родов и внутриутробного состояния плода у беременных возрастает в 2,5 раза [8].

Самыми распространенными осложнениями гестационного периода у женщин с ожирением являются гестозы [8]. Ранний гестоз встречается у 16,2-18% беременных женщин с ожирением. Поздний гестоз, сопровождающий беременность у 37,8-82% женщин с ожирением, часто развивается до 30 нед. беременности, в основном в виде отечной-гипертензивной формы (26-48%) с упорным длительным течением (37-54%). Для позднего гестоза вкпе с ожирением характерны стертость течения и увеличение малосимптомных форм заболевания, что затрудняет его выявление на ранних стадиях [8]. Гестоз второй половины беременности, сопряженный с ожирением, является причиной осложнений родового акта. В 10-35% случаев родов у лиц с ожирением и аномалиями родовой деятельности, 56,8% протекают на фоне позднего гестоза. Изучается целый ряд биологических факторов, продуцируемых адипоцитами: лептин, резистин, протеин, стимулирующий ацетилирование, интерлейкин-6, ингибитор активатора плаз-миногена-1, ангиотензиноген, агути-белок, фактор некроза опухоли- α , адипонектин [2, 3]. Рост уровня лептина и спад уровня адипонектина в крови может служить пусковым механизмом для развития поздних гестозов. В качестве прогностических маркеров формирования гестоза второй половины беременности предлагается определение уровня лептина и адипонектина в плазме крови беременных с ожирением.

Прибавка массы тела на фоне ожирения является менее выраженной, чем у беременных с нормальной массой тела и составляет от 5 до 7 кг [7]. Высказывается и противоположное мнение о чрезмерном приросте массы: приводятся данные о прибавке массы тела >15 кг у 15-19% беременных с ожирением. Целесообразно определение адекватной весовой прибавки у беременных с ожирением в зависимости от степени ожирения и от выраженности и характера распределения жировой ткани.

Течение беременности на фоне ожирения сопровождается симптомами угрожающего прерывания в 1-й половине в 8-23,2% случаев, во 2-й половине беременности – в 3,7-12,8%. Эти показатели в ~2 раза превышают аналогичные среди женщин с нормальной массой тела. При ожирении идет спад активности нейро-гормональной регуляции родовой деятельности, что влечет несвоевременное формирование родовой доминанты. Беременность на фоне ожирения часто перенашивается (13,9-31,6%), основная причина сопряжена с изменениями гормонального фона, в частности, гормон-продуцирующей функции плаценты, и выражена ростом уровня прогестерона и спадом уровня эстрогенов перед родами. При изучении родового акта установлено формирование аномалий родовой деятельности у 10,2-35% лиц с ожирением, что объясняется снижением сократительной способности маточной мускулатуры из-за гормонального дисбаланса. В 20-46,8% случаев бывает преждевременный разрыв плодных оболочек, что выше, чем при нормальной массе в 1,5-2 раза. Этому способствуют морфологические изменения, амнионит, возникающие из-за метаболических расстройств и сдвигов гормональной регуляции в системе «мать – плацента – плод» при ожирении.

Кровотечение, являясь неблагоприятным осложнением родов и послеродового периода, развивается у лиц с ожирением даже при проведении профилактических мероприятий в 1,7 раза чаще [4], а кровопотеря в родах при ожирении в 1,5 раза выше, чем без ожирения. Кровотечения развивались на фоне подострой формы синдрома ДВС и дисфункции тромбоцитов со снижением процессов образования тромбоцитарно-фибринового сгустка.

Частота рождения детей массой >4000 г за последние годы возросла до 11,6-38,2%. Этиология и патогенез фетальной макросомии пока не изучены. Отмечается роль избыточного питания у лиц с ожирением в формировании накопления жировых масс в подкожном слое плода в антенатальном периоде развития и при рождении крупных детей. Нарастает тенденция к росту массы плода при нарушении обмена углеводов, липидов и марганца на фоне ожирения. Интересны и данные исследований формирования пороков развития внутриутробного плода, связанных с дефектами невральнй и пищеварительной трубок. Течение беременности при ожирении в сочетании с курением сопровождается частым формированием таких пороков. Учитывая преобладающее сочетание осложнений периода гестации, родов и рождение крупных детей у лиц с ожирением, родовой травматизм достигает 29,1-32,2%, а частота оперативного родоразрешения – 10-28%. При ожирении осложнения после родов выявляются в 2,6 раза чаще, чем при нормальной массе тела. Проявлениями патологического послеродового периода в 12,4-41% случаев является субинволюция матки, в 5,3-8,7% – гипо- и алактация, качественное нарушение состава грудного молока и присоединение гнойно-септической инфекции у 2,3-5,8% родильниц [4].

Ожирение у беременных является преморбидным состоянием, обуславливающим осложнения периода гестации, родов и послеродового периода с отрицательным влиянием на плод и новорожденного. Актуальность выявления ассоциативных этиопатогенетических механизмов взаимодействия ожирения и осложнений течения беременности и родов очевидна. Неоспоримо формирование прогностических критериев гестационных осложнений с разработкой профилактических мер. Не исследовалось течение беременности, родов и послеродового периода в зависимости от вида распределения жировой ткани. Особенности течения гестации на фоне абдоминального (висцерального, андронидного) типа ожирения и сопряженных с ним метаболических нарушений нуждаются в дальнейшем изучении.

Литература

1. Бутрова С.А. Лечение ожирения. – М., 2000. – 21 с.
2. Гинзбург М.М. Ожирение. Влияние на развитие метаболического синдрома. Профилактика и лечение. – М.: Медпрактика, 2002. – 128 с.
3. Дэниел Г. Бессесен. Избыточный вес и ожирение. Профилактика, диагностика, лечение. – М.: БИНОМ, 2004. – 240 с.
4. Луценко Н.С. Беременность и роды у женщин с ожирением. – К.: Здоровья, 1986. – 112 с.
5. Миняйлова Н.Н. // Педиатрия. – 2001. – №2. – С. 83–87.
6. Мкртумян А.М. // Пробл. репрод. – 2005. – № 5. – С. 55.
7. Николаева Е.И. // Акуш. и гинек. – 1990. – № 7. – С. 24–28.
8. Омаров С.-М.А. // Акуш. и гинек. – 1990. – № 12. – С. 19.
9. Hendler I. et al. // Am. J. Obstet, Gynecol. – 2005 Sep. – Vol. 193, № 3. – P. 979–983.

* Тверь, ТГМА