

популяційні статистично значущі висновки щодо структури перинатальної патології та причин несприятливих репродуктивних наслідків при багатоплідній вагітності, однак вони досить переконливо демонструють істотне збільшення при цьому показників перинатальної та неонатальної захворюваності й смертності. Отже, багатоплідна вагітність є фактором високого ризику акушерської та перинатальної патології. У зв'язку з тенденцією до збільшення частоти багатоплідності (у тому числі за рахунок широкого впровадження допоміжних репродуктивних технологій) і враховуючи відсутність чіткого патогенетичного обґрунтування та недостатню ефективність загальноприйнятих прогностичних, діагностичних і профілактичних заходів, вважаємо за необхідне проведення багаточетрових досліджень для систематизації існуючих сьогоденні клінічних даних, вироблення чітких алгоритмів ве-

дення гестації у жінок з багатоплідною вагітністю та визначення шляхів удосконалення використовуваних при цьому лікувально-коригуючих методик.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Веселовский В. В.* Вспомогательные репродуктивные технологии в Украине. Данные национального регистра за 2000 год // Актуальні проблеми лікування безплідності: 36. наук. робіт конф. з міжнар. участю (30 травня – 01 червня 2003 р.). — К., 2003. — С. 17.

2. *Нисвандер К., Эванс А.* Акушерство. Справочник Калифорнийского университета: Пер. с англ. — М.: Практика, 1999. — 704 с., ил.

3. *Егорова О. А.* Течение беременности и родов у женщин с многоплодием // Вестник Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. — 2001 — № 1 — С. 34-35.

4. *Довідник з акушерства і гінекології / Г. К. Степанківська, Л. В. Тимошенко, О. Т. Михайленко та ін.* — К.: Здоров'я, 1997. — 520 с.

5. *Федорова М. В., Смирнова В. С.* Современное представление о многоплодной беременности // Вестник акушерства и гинекологии. — 1998. — № 1. — С. 38-43.

6. *Многоплодная беременность: вопросы методологии и эпидемиологии / О. Г. Фролова, С. И. Глиняная, И. А. Ильичева и др.* // Акушерство и гинекология. — 2001. — № 2. — С. 3-5.

7. *Фукс М. А., Маркин Л. Б.* Многоплодная беременность. — К.: Здоров'я, 1990. — 67 с.

8. *Al-Kouatly H. B., Skupski D. W.* Twin pregnancy // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. — 1999. — Vol. 11. — P. 125-129.

9. *Aggressive perinatal care for high-order multiple gestations: Does good perinatal outcome justify aggressive assisted reproductive techniques? / J. Angel, C. Kalter, W. Morales, C. Rasmussen // Amer. J. Obstet. Gynecol.* — 1999. — Vol. 181. — P. 253-259.

10. *Campbell D.* A review of maternal complications of multiple pregnancy // Twin Res. — 2001, Jun. — Vol. 4, N 3. — P. 146-149.

11. *Sherer D. M.* Adverse perinatal outcome of twin pregnancies according to chorionicity: review of literature // Am. J. Perinatol. — 2001. — Vol. 18. — N 1. — P. 23-37.

12. *Optimal gestational age for twin delivery / I. Udom-Rice, S. Inglis, D. Skupski et al. // J. Perinatol.* — 2000. — Vol. 20. — P. 231-234.

УДК 618.17-056.253

О. О. Зелінський, А. Г. Андрієвський, С. П. Громанчук, І. О. Фортуна

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ЗДОРОВ'Я І РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ У ЖІНОК З ДЕФІЦИТОМ МАСИ ТІЛА ЕКЗОГЕННОГО ПОХОДЖЕННЯ

Одеський державний медичний університет

Сьогодні структура харчування населення характеризується зниженням уживання найбільш цінних у біологічному відношенні м'яса та м'ясопродуктів, молока та молочних продуктів, яєць, масла, фруктів і овочів [1]. Останнім часом на перший план виступають такі порушення харчового статусу: дефіцит білків тваринного походження, який

досягає 15–20 % від величин, що рекомендуються, особливо в групах населення з низьким достатком; дефіцит поліненасичених жирних кислот на фоні надмірного вживання жирів рослинного походження; значний дефіцит більшості вітамінів. Погіршуючи загальну реактивність організму, хронічні порушення харчування сприяють розвитку тяжких захво-

рювань і захворювань з тривалим перебігом [2]. Постійний психоемоційний стрес, надмірні фізичні навантаження, хронічні соматичні та ендокринні захворювання, порушення травлення, всмоктування, недостатнє харчування та інші несприятливі фактори навколишнього середовища сприяють збільшенню кількості жінок з дефіцитом маси тіла [3; 4].



Метою нашої роботи було вивчення стану здоров'я та репродуктивної системи у жінок з дефіцитом маси тіла екзогенного походження.

Матеріали та методи дослідження

Для вивчення особливостей репродуктивної функції у жінок з дефіцитом маси тіла (ДМТ) проведено ретроспективне дослідження 678 історій пологів та індивідуальних карт перебігу вагітності жительок міста Одеси, що знаходились у 5-му пологовому об'єднанні в 2000–2002 рр. Стандартну масу тіла вираховували за індексом Брока. Залежно від вираженості браку маси тіла нами виділено 4 ступені ДМТ: 1-й — зниження маси тіла до 5 %, 2-й — від 5 до 10 %, 3-й — від 10 до 15 %, 4-й — більше 15 %.

Результати дослідження та їх обговорення

Серед обстежених жінок 22,4 % мали ДМТ. З них ДМТ 1-го ступеня відзначено у 10,2 %, ДМТ 2-го ступеня — у 6,4 %, ДМТ 3-го ступеня — у 3,7 %, ДМТ 4-го ступеня — у 2,1 %.

Початок репродуктивної функції до 20 років зареєстровано у 50 % жінок з ДМТ. Юні першовагітні у віці 15–17 років становили 2,5 %. Першороділей було 37,8 %, повторнородящих 60,2 % (2–4 пологи), багатородящих (5 і більше пологів) — 2 %.

Аналіз соціального складу досліджуваних груп жінок з ДМТ показав, що серед них велику питому вагу становили домогосподарки (63 %), малоосвічених жінок було вдвічі більше, ніж у групі порівняння. Супровідні захворювання відмічено у 65,7 % жінок (майже у 2/3 вагітних), що мають ДМТ.

Поєднання хвороб спостерігалось у кожній 3–4-ї пацієнтки. Серед супровідних ДМТ захворювань частіше траплялась анемія (49,4 % жінок). У вагітних з ДМТ 1-го ступеня анемія була виявлена у 24,9 %, з ДМТ 2-го ступеня — у 39,9 %, з ДМТ 3-го ступеня — у 43,4 %, з ДМТ 4-го ступеня — у 50,3 %. Друге місце серед захворювань, які виявляються у вагітних, належить гострим респіраторним захворюванням (18,6 %), потім — захворюванням нирок (11,4 %).

Частота гінекологічної захворюваності у жінок з ДМТ була вищою, ніж у контрольній групі. Показники гінекологічної захворюваності подано в табл. 1. Як видно із табл. 1 загальна гінекологічна захворюваність при ДМТ більше 5 % вірогідно зростає на 10,12 %, а зі зниженням маси тіла 5–9 % — на 27,18 %; 10–15 % — на 38,2 %, понад

Таблиця 1

Гінекологічна захворюваність у жінок з дефіцитом маси тіла екзогенного походження залежно від вираженості цього процесу, М±m

| Захворювання | Контрольна група | Недостатність маси тіла (за індексом Брока) | | | |
|---|------------------|--|--|--|--|
| | | До 5 % | 5–9 % | 10–15 % | Понад 15 % |
| Гінекологічна захворюваність | 31,56±2,31 | 41,68±3,43 P ₂ -P ₃ <0,05 | 58,74±4,31 P ₂ -P ₄ <0,05 P ₃ -P ₄ <0,05 | 69,76±5,31 P ₂ -P ₅ <0,05 P ₃ -P ₅ <0,05 P ₄ -P ₅ <0,05 | 85,66±7,91 P ₂ -P ₆ <0,05 P ₃ -P ₆ <0,05 P ₄ -P ₆ <0,05 P ₅ -P ₆ <0,05 |
| Запальні захворювання | 17,9±1,3 | 18,7±1,1 P ₂ -P ₃ >0,05 | 22,1±1,2 P ₂ -P ₄ <0,05 P ₃ -P ₄ <0,05 | 25,9±1,4 P ₂ -P ₅ <0,05 P ₃ -P ₅ <0,05 P ₄ -P ₅ <0,05 | 28,3±1,1 P ₂ -P ₆ <0,05 P ₃ -P ₆ <0,05 P ₄ -P ₆ <0,05 P ₅ -P ₆ <0,05 |
| Передпухлинні стани і доброякісні пухлини | 4,92±0,41 | 6,33±0,67 P ₂ -P ₃ >0,05 | 9,12±0,47 P ₂ -P ₃ <0,05 P ₃ -P ₄ <0,05 | 10,91±0,83 P ₂ -P ₅ <0,05 P ₃ -P ₅ <0,05 P ₄ -P ₅ <0,05 | 14,31±0,91 P ₂ -P ₆ <0,01 P ₃ -P ₆ <0,05 P ₄ -P ₆ <0,05 P ₅ -P ₆ <0,05 |
| Порушення менструального циклу | 4,93±0,23 | 11,31±0,97 P ₂ -P ₃ <0,05 | 16,91±1,41 P ₂ -P ₄ <0,05 P ₃ -P ₄ <0,05 | 19,32±1,41 P ₂ -P ₅ <0,01 P ₃ -P ₅ <0,05 P ₄ -P ₅ <0,05 | 25,71±1,74 P ₂ -P ₆ <0,01 P ₃ -P ₆ <0,05 P ₄ -P ₆ <0,05 P ₅ -P ₆ <0,05 |
| Безплідність | 3,81±0,91 | 5,34±0,76 P ₂ -P ₃ >0,05 | 9,41±0,93 P ₂ -P ₄ <0,05 P ₃ -P ₄ <0,05 | 13,63±1,21 P ₂ -P ₅ <0,05 P ₃ -P ₅ <0,05 P ₄ -P ₅ <0,05 | 17,34±1,80 P ₂ -P ₆ <0,01 P ₃ -P ₆ <0,05 P ₄ -P ₆ <0,05 P ₅ -P ₆ <0,05 |



15 % — на 54,1 % порівняно з контрольною групою. Тим же часом, як видно із табл. 1, при вивченні частоти запальних захворювань між контрольною та 1-ю дослідною групою (ДМТ до 5 %) вірогідних відмінностей не відмічено (17,9±1,3 % проти 18,7±1,1 %, P>0,05).

Проте вже у 2-й дослідній групі (ДМТ 5–9 %) частота запальних захворювань вірогідно вища, ніж у контрольній групі, на 4,2 % (22,1±1,2 % проти 17,9±1,3 %, P<0,05) і на 3,4 % (22,1±1,2 % проти 18,7±1,1 %, P<0,05) у 1-й дослідній групі. У 3-й дослідній групі (ДМТ 10–15 %) частота запальних захворювань порівняно з контрольною групою вірогідно збільшилася на 8 % (25,9±1,4 % проти 17,9±1,3 %, P<0,05), а в 4-й (ДМТ вище 15 %) — на 10,4 % (28,3±1,1 % проти 17,9±1,3 %, P<0,05). Подібна картина спо-

стерігається і з розповсюдженням у досліджуваних групах передпухлинних станів і доброякісних пухлин, а також безплідності. При вивченні порушень менструального циклу у жінок з дефіцитом маси тіла екзогенного походження залежно від вираженості цього процесу вже у 1-й дослідній групі відзначається збільшення частоти захворювання порівняно з контрольною групою на 6,38 % (11,31±0,97 % проти 4,93±0,23 %, P<0,05), у 2-й — на 11,98 % (16,91±1,41 % проти 4,93±0,23 %, P<0,05), у 3-й — на 14,39 % (19,32±1,41 % проти 4,93±0,23 %, P<0,05), у 4-й — на 20,78 % (25,71±1,74 % проти 4,93±0,23 %, P<0,05).

При вивченні частоти акушерських ускладнень в анамнезі у жінок, що мають дефіцит маси тіла екзогенного походження, залежно від вира-

женості цього процесу, виявлено вірогідне підвищення частоти спонтанних абортів у досліджуваних групах залежно від ступеня недостатності маси тіла (табл. 2). Так у 1-й дослідній групі частота мимовільних абортів вища, ніж у контрольній групі, на 3,29 % (5,41±0,75 % проти 2,12±0,14 %, P<0,05), у 2-й — на 7,22 % (9,34±0,89 % проти 2,12±0,14 %, P<0,05), у 3-й — на 10,19 % (12,31±1,31 % проти 2,12±0,14 %, P<0,05), у 4-й — на 15 % (17,12±1,53 % проти 2,12±0,14 %, P<0,05) при вірогідних відмінностях між досліджуваними групами. Подібна картина спостерігається і з такими акушерськими ускладненнями, як передчасні пологи, мертворожденість і рання неонатальна смертність. Тим же часом залежно від ступеня дефіциту маси тіла знижувалася кількість абортів у досліджуваних

Таблиця 2

Частота акушерських ускладнень в анамнезі у жінок, що мають дефіцит маси тіла екзогенного походження, залежно від вираженості цього процесу, M±m

| Ускладнення | Контрольна група | Недостатність маси тіла (за індексом Брока) | | | |
|------------------------------|------------------|---|---|--|--|
| | | До 5 % | 5–9 % | 10–15 % | вище 15 % |
| Спонтанні аборти | 2,12±0,14 | 5,41±0,75 P ₂ –P ₃ <0,05 | 9,34±0,89 P ₂ –P ₄ <0,05 P ₃ –P ₄ <0,05 | 12,31±1,31 P ₂ –P ₅ <0,01 P ₃ –P ₅ <0,05 P ₄ –P ₅ <0,05 | 17,12±1,53 P ₂ –P ₆ <0,01 P ₃ –P ₆ <0,01 P ₄ –P ₆ <0,05 P ₅ –P ₆ <0,05 |
| Передчасні пологи | 3,11±0,34 | 5,34±0,57 P ₂ –P ₃ <0,05 | 6,84±0,97 P ₂ –P ₄ <0,05 P ₃ –P ₄ >0,05 | 7,94±0,75 P ₂ –P ₅ <0,05 P ₃ –P ₅ <0,05 P ₄ –P ₅ >0,05 | 9,99±0,97 P ₂ –P ₆ <0,05 P ₃ –P ₆ <0,05 P ₄ –P ₆ <0,05 P ₅ –P ₆ <0,05 |
| Штучні аборти | 11,41±0,97 | 9,12±0,97 P ₂ –P ₃ <0,05 | 7,43±0,47 P ₂ –P ₄ <0,05 P ₃ –P ₄ <0,05 | 6,14±0,31 P ₂ –P ₅ <0,05 P ₃ –P ₅ <0,05 P ₄ –P ₅ <0,05 | 3,14±0,18 P ₂ –P ₆ <0,05 P ₃ –P ₆ <0,05 P ₄ –P ₆ <0,05 P ₅ –P ₆ <0,05 |
| Мертворожденість | — | 1,21±0,17 P ₂ –P ₃ <0,05 | 1,81±0,97 P ₂ –P ₄ <0,05 P ₃ –P ₄ >0,05 | 2,91±0,28 P ₂ –P ₅ <0,05 P ₃ –P ₅ <0,05 P ₄ –P ₅ >0,05 | 3,72±0,31 P ₂ –P ₆ <0,05 P ₃ –P ₆ <0,05 P ₄ –P ₆ <0,05 P ₅ –P ₆ <0,05 |
| Рання неонатальна смертність | — | 1,31±0,14 P ₂ –P ₃ <0,05 | 5,21±0,53 P ₂ –P ₄ <0,05 P ₃ –P ₄ <0,05 | 5,54±0,51 P ₂ –P ₅ <0,05 P ₃ –P ₅ <0,05 P ₄ –P ₅ >0,05 | 8,94±0,39 P ₂ –P ₆ <0,05 P ₃ –P ₆ <0,01 P ₄ –P ₆ <0,05 P ₅ –P ₆ <0,05 |



групах. Так у 1-й дослідній групі частота абортів була вірогідно нижчою, ніж у контрольній, на 2,29 % ($11,41 \pm 0,97$ % проти $9,12 \pm 0,97$ %, $P < 0,05$), у 2-й — на 3,98 % ($11,41 \pm 0,97$ % проти $7,43 \pm 0,47$ %, $P < 0,05$), у 3-й — на 5,27 % ($11,41 \pm 0,97$ % проти $6,14 \pm 0,31$ %, $P < 0,05$), у 4-й — на 8,27 % ($11,41 \pm 0,97$ % проти $3,14 \pm 0,18$ %, $P < 0,05$).

Висновки

1. У жінок з дефіцитом маси тіла екзогенного походження спостерігаються високі рівні гінекологічної захворюваності, що супроводжується порушенням менструальної функ-

ції та високим інфекційним індексом.

2. Порушення і патологія репродуктивної функції жінок поглиблюються зі збільшенням дефіциту маси тіла.

3. Перебіг вагітності в даній групі жінок супроводжується високою частотою загрози переривання вагітності у I і II триместрах, підвищенням рівня передчасних пологів і народження дітей з низькою масою тіла, що потребує виділення їх в окрему диспансерну групу та розробки комплексу лікувально-профілактичних засобів, спрямованих на зниження рівня перинатальної захворюваності та смертності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Тутельян В. Оптимальное питание с точки зрения врача // Врач. — 2001. — № 7. — С. 23-25.

2. Баласанян В. Г. Роль гигиенической практики в формировании и сохранении репродуктивного здоровья девочек и девушек подростков // Вестник Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. — 2001. — № 2. — С. 81-84.

3. Swenne I., Thurffjell B. Clinical onset and diagnosis of eating disorders in hremenarcheal girls is preceded by inadequate weight gain and growth retardation // Acta Paediatr. — 2003. — Oct. — Vol. 92 (10). — P. 1133-1137.

4. Особенности течения беременности, родов и неонатальных исходов при дефиците массы тела у женщин / М. Ф. Додхоева, Н. Г. Кошелева, В. Н. Парусов и др. // Акушерство и гинекология. — 2000. — № 4. — С. 39-41.

УДК 616.12-008.46-053.9

Л. А. Ковалевська

КЛІНІКО-ГЕМОДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ НА ФОНІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З ДЕФІЦИТОМ МАСИ ТІЛА

Одеський державний медичний університет

До профілактичних методів кардіоваскулярних захворювань і ускладнень, що широко використовуються, належить корекція маси тіла. Основна увага надається особам з надмірним її значенням, яке частіше оцінюється за величиною індексу Кетле як відношення маси тіла (кг) до зросту (м). Ожиріння загальноприйнято вважати важливим чинником розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС). Серед механізмів, які реалізують його патогенний вплив, провідну роль відіграє артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія, порушення толерантності до глюкози, поширеність яких збільшується серед осіб з надмірною масою тіла [1–3].

Більшість епідеміологічних досліджень свідчить про те, що смертність від ІХС у осіб з індексом Кетле має U-подібний зв'язок з модифікаціями у вигляді L- і J-залежності.

Серед осіб з недостатнім індексом маси тіла спостерігається підвищена смертність від ІХС та інших неінфекційних захворювань порівняно з пацієнтами з середнім показником маси [3–6].

Цікавим є той факт, що ця залежність має самостійне значення, незалежне від звички курити і наявності прихованих захворювань [7]. Діапазон мінімальної смертності (minimum mortality point) у дослідженнях вітчизняних учених

припадає на інтервал індексу Кетле 24–27 кг/м² [3; 7; 8]. Менші його значення вважаються за недостатню масу тіла [8].

Можна припустити, що особливості перебігу і ступеня тяжкості ІХС, можливих її ускладнень також повинні мати нелінійний зв'язок з індексом Кетле. Виявлення цього факту і його вивчення сприятиме вдосконаленню лікування ІХС і профілактики її ускладнень.

Оскільки зменшення індексу Кетле супроводжується зниженням систолічного і діастолічного АТ, рівня холестерину ліпопротеїдів низької щільності і підвищенням рівня холестерину високої щільності, толе-

