
ТЕЧЕНИЕ I ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С НИЗКИМ ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА И ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ

Е.Г. Гуменюк, Т.А. Колосова, Т.И. Насонкова

Петрозаводский государственный университет
Кафедра акушерства и гинекологии
ул. Кирова, 15, Петрозаводск, Россия, 185035

Проведен анализ репродуктивного и соматического здоровья в течение I триместра беременности у женщин с низким индексом массы тела. Выявлены особенности анамнеза, состояния здоровья до наступления данной беременности. Установлены достоверно значимые осложнения в I триместре. Предложены схемы ведения на этапе предгравидарной подготовки и в I триместре беременности с целью снижения частоты возможных осложнений.

Ключевые слова: низкий индекс массы тела, предгравидарная подготовка, беременность, I триместр, осложнения, схемы ведения.

Основной интерес к проблеме дефицита веса во время беременности появился после второй мировой войны. В дальнейшем фокус подобных исследований был обращен к слаборазвитым странам Африки, Азии и Латинской Америки, где отмечалась высокая частота осложнений беременности и родов, перинатальная заболеваемость и смертность на фоне хронического недоедания [5; 13]. В последние годы в развитых странах Европы увеличилось количество девушек-подростков и женщин репродуктивного возраста, которые искусственно ограничивают себя в питании, придерживаются специальных диет, поэтому проблема дефицита веса во время беременности неуклонно увеличивается [2; 3; 14].

Дефицит веса у беременных в мире варьирует от 10% до 19%, однако есть регионы, где частота дефицита веса достигает 40% [5; 13; 14]. Индекс массы тела (ИМТ) до беременности считается одним из важных маркеров нутриционного статуса, который может влиять на течение беременности и ее исходы для матери и плода [1; 2; 5; 9; 14; 15].

В литературе имеются отдельные работы, в которых анализируются особенности течения первой половины беременности у женщин с низким ИМТ [1; 6; 8; 9; 12; 14; 15]. Известно, что тошнота и рвота беременных – довольно частое состояние, которое может пройти спонтанно или в редких случаях прогрессировать [6]. К факторам риска данного осложнения бере-

менности чаще относят молодой возраст, первую беременность, женский пол плода, многоплодие. Возможная связь между рвотой беременных и ИМТ изучена в настоящее время недостаточно [6; 8; 9; 15].

Данные о влиянии дефицита веса женщины на частоту угрозы прерывания в ранние сроки беременности в литературе представлены недостаточно [1; 10; 12]. Возможный биологический механизм связи между дефицитом веса и ранней потерей плода пытаются объяснить нарушением регуляции гормонов или прямым влиянием дефицита питания [8]. При наличии у пациентки низкого ИМТ риск самопроизвольного прерывания беременности в I триместре, по мнению некоторых авторов, увеличивается на 72% [12]. В ряде исследований показано увеличение частоты железодефицитной анемии, преждевременных родов, задержки роста плода у женщин с исходным дефицитом веса [2; 14].

В литературе появился термин «нутриционное программирование», который предусматривает, что варианты качества и количества продуктов питания, а также макро- и микронутриентов во время беременности, оказывают стойкий эффект на развивающийся плод, начиная с ранних сроков. Исследования на животных показали, что дефицит питания во время беременности влияет на структуру и функцию таких органов у плода, как почки, сердце, головной мозг и может привести к развитию врожденных пороков, а также целому ряду заболеваний в дальнейшем [7; 11].

По данным отечественных авторов население России, в том числе женщины репродуктивного возраста, получают недостаточное количество с пищей полноценного белка, незаменимых жирных кислот, макро- и микронутриентов. Существует вторичная алиментарная недостаточность у беременных на фоне ряда осложнений (рвота беременных, заболевания желудочно-кишечного тракта) [1–4].

Цель исследования – разработать схемы ведения женщин с низким ИМТ на этапе предгравидарной подготовки и во время I триместра беременности для снижения риска возможных осложнений.

Было обследовано 569 женщин с низким индексом массы тела ($18,4 \pm 0,93$ кг/м²). Средний возраст пациенток составил $24,3 \pm 4,5$ лет. В группу сравнения включены 222 пациентки с нормальным ИМТ ($23,8 \pm 2,95$ кг/м²).

Структура гинекологических заболеваний до наступления данной беременности у женщин с низким ИМТ представлена в табл. 1.

У женщин с дефицитом веса достоверно чаще отмечались воспалительные заболевания органов малого таза и нарушения менструальной функции в анамнезе.

В табл. 2 представлены частота и структура соматических заболеваний у женщин с дефицитом веса.

Из табл. 2 видно, что у женщин, имеющих низкий ИМТ, до наступления данной беременности, достоверно чаще встречались заболевания органов дыхательной системы, щитовидной железы, хроническая герпетическая инфекция. Значительно реже отмечались случаи артериальной гипертензии.

Таблица 1

Структура гинекологических заболеваний у женщин с дефицитом веса

Гинекологическая патология	Дефицит веса n = 569		Группа сравнения n = 222	
	абс.	%	абс.	%
Эрозия шейки матки	219	38,5**	59	26,6
Вагинит неспецифический	9	1,6	5	2,3
Эндометрит острый	22	3,9	10	4,5
Сальпингоофорит острый	54	9,5***	13	5,9
Бартолинит	6	1,1	–	–
Нарушения менструального цикла	92	16,2*	21	9,5
Внематочная беременность	3	1,3	2	0,9
Доброкачественные опухоли яичников	5	2,2	6	2,7
Миома матки	6	1,1	6	2,7
Инфекции, передаваемые половым путем	208	36,5	73	32,9
Синдром поликистозных яичников	1	0,2	–	–
Пузырный занос	4	0,7	–	–
Эндометриоз	1	0,2	–	–
Бесплодие	17	3,0	5	2,2
Гинекологические операции в анамнезе	53	9,3**	37	16,7

Примечание: p – достоверное отличие от группы сравнения; * – p < 0,001, ** – p < 0,005, *** – p < 0,05.

Таблица 2

Соматические заболевания до беременности у женщин с дефицитом веса

Соматические заболевания	Дефицит веса n = 569		Группа сравнения n = 222	
	абс.	%	абс.	%
Артериальная гипертензия	40	7,0*	36	16,2
Артериальная гипотония	98	17,2	30	13,5
Другие заболевания сердечнососудистой системы	21	3,7	11	5,0
Варикозная болезнь	54	9,5	20	9
Заболевания органов дыхательной системы	83	14,6*	19	8,6
Заболевания печени и желчевыводящих путей	115	20,2	47	21,2
Заболевания почек и мочевыводящих путей	99	17,4	40	18
Заболевания органов желудочно-кишечного тракта	128	22,5	47	21,1
Заболевания щитовидной железы	158	27,8#	47	21,1
Хроническая герпетическая инфекция	205	36,0*	47	21,1
Цитомегаловирусная инфекция	15	2,6	8	3,6

Примечание: p – достоверное отличие от группы сравнения: * – p < 0,001, ** – p < 0,005.

Основные заболевания и осложнения в I триместре данной беременности у женщин с низким ИМТ представлены в табл. 3.

Таблица 3

Частота осложнений и заболеваний в I триместре беременности

Заболевания и осложнения	Дефицит веса n = 569		Группа сравнения n = 222	
	абс.	%	абс.	%
Угроза прерывания беременности	122	21,4	41	18,5
Истмико-цервикальная недостаточность	16	2,8	6	2,7
Рвота беременных	58	10,2*	11	5,0
Железодефицитная анемия	85	15,0	25	11,3
Инфекции почек и мочевыводящих путей	5	0,9	4	1,8
Обострение хронической герпетической инфекции	36	6,3	9	4,1
Вагинит неспецифический	16	2,8	8	3,6
Бактериальный вагиноз	20	3,5**	13	5,9
Кандидоз	30	5,3	9	4,1
Инфекции, передаваемые половым путем	29	5,1	8	3,6

Примечание: p – достоверное отличие от группы сравнения * – p < 0,001, ** – p < 0,05.

Обращает на себя внимание высокая частота рвоты беременных, которая в два раза превышала показатель в группе сравнения (10,2 и 5,0% соответственно; p < 0,001). Имелась тенденция к повышению частоты угрозы прерывания и железодефицитной анемии.

Все вышеизложенное послужило основанием для разработки алгоритмов ведения пациенток с дефицитом веса на этапе прекоцепции и во время беременности.

В структурную схему наблюдения и подготовки к беременности включены:

- проведение информационной работы о важности предгравидарной подготовки при наличии дефицита веса;
- тщательный сбор анамнеза, оценка ИМТ по формуле Кетле;
- объективная оценка нутриционного (трофологического) статуса с применением калиперометрии в динамике;
- коррекция менструального цикла и/или индивидуальный подбор контрацепции на этапе обследования и подготовки;
- обследование для исключения соматической патологии, лечение и/или коррекция;
- рекомендации по здоровому образу жизни и нормализации веса;
- консультация психолога;
- консультация эндокринолога, обследование функции щитовидной железы;
- консультация врача-диетолога;
- коррекция питания с применением сбалансированных питательных смесей под контролем трофологического статуса (разрешено приказом № 330 от 05.08.2003 МЗ РФ);

- отмена контрацепции, наступление беременности;
- взятие на учет в ранние сроки беременности.

Схема ведения беременных с дефицитом веса в I триместре предусматривает:

- тщательный сбор анамнеза, оценка ИМТ по формуле Кетле;
- объективную оценку нутриционного (трофологического) статуса с применением калиперометрии в динамике;
- обсуждение риска возможных осложнений, значения профилактики с учетом исходного дефицита веса и триместра беременности;
- точное установление срока беременности, скрининг ВПР плода;
- динамическое наблюдение у эндокринолога, врача-диетолога, психолога;
- рекомендации по питанию и рекомендуемой прибавке веса во время беременности с учетом исходного ИМТ;
- профилактику и/или лечение железодефицитной анемии;
- профилактику и/или лечение рвоты беременных;
- профилактику и/или лечение угрозы прерывания;
- коррекцию питания с применением сбалансированных питательных смесей под контролем трофологического статуса (разрешено приказом № 330 от 05.08.2003 МЗ РФ).

Внедрение разработанных схем ведения женщин с исходным дефицитом веса на этапе прекоцепции и во время беременности с учетом триместров позволило снизить частоту осложнений и улучшить перинатальные исходы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гундаров И.А., Бойко Н.Н. Дефицит массы тела как фактор невынашивания беременности (популяционное исследование // Акушерство и гинекология. – 2006. – № 6. – С. 18–20.
2. Еникеев Б.В. Особенности течения беременности и ее исход у женщин с дефицитом массы тела: Автореф. дис. ... к.м.н. – СПб, 2009.
3. Кахиани М.И., Луфт В.М., Беженарь В.Ф. Особенности состояния трофологического статуса и фактического питания у беременных женщин // Журнал акушерства и женских болезней. – 2008. – Т. LVII. – Вып. 4. – С. 22–30.
4. Хорошилов И.Е., Панов П.Б. Клиническая нутрициология: Учеб. пособ. / Под ред. А.В. Шаброва. – СПб., 2009. – С. 198–207.
5. Black R.E., Allen L.H., Bhutta Z.A. et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences // Lancet. – 2008. – V. 371. – P. 243–260.
6. Cedergren M., Brynhildsen J., Josefsson A. et al. Hyperemesis gravidarum that requires hospitalization and the use of antiemetic drugs in relation to maternal body composition // Obstet. Gynecol. – 2008. – V. 198(4). – P. 412.
7. Cox J.T., Phelan S.T. Nutrition during pregnancy // Obstet. Gynecol. Clin. North Amer. – 2008. – V. 35(3). – P. 369–383.

8. Demir B., Erel C.T., Haberal A. et al. Adjusted leptin level (ALL) is a predictor for hyperemesis gravidarum // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2006. – V. 124. – P. 193–196.
9. Fell D.B., Dodds L., Joseph K.S. et al. Risk factors for hyperemesis gravidarum requiring hospital admission during pregnancy // Obstet. Gynecol. – 2006. – V. 107(1). – P. 277–284.
10. Helgstrand S., Nybo-Andersen A. Maternal underweight and the risk of spontaneous abortion // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2005. – V. 84 (12). – P. 1197–1201.
11. Langley-Evans S.C. Nutritional programming of disease: unravelling the mechanism // J. Anatomy. – 2009. – V. 215(1). – P. 136–151.
12. Maconochie N., Doyle P., Prior S., Simmons R. Risk factors for first trimester miscarriage-results from a UK-population-based case-control study // B.J.O.G. – 2007. – V. 114. – P. 170–186.
13. Müller O., Krawinkel M. Malnutrition and health in developing countries // C.M.A.J. – 2005. – V. 173 (3). – P. 279–286.
14. Salihu H.M., Mbah A.K., Alio A.P. et al. Low pre-pregnancy body mass index and risk of medically indicated versus spontaneous preterm singleton birth // Eur. J. Obstet. Gynecol. & Reprod. Biol. – 2009. – V. 144. – P. 119–123.
15. Vikanes A., Grjibovski A.M., Vangen S. et al. Maternal body composition, smoking, and hyperemesis gravidarum // Ann. Epidemiol. – 2010. – V. 20 (8). – P. 592–598.

CURRENT OF THE FIRST TRIMESTER OF PREGNANCY AT WOMEN WITH THE LOW INDEX OF MASS OF THE BODY AND POSSIBILITY OF PREVENTIVE MAINTENANCE OF COMPLICATIONS

E.G. Gumenjuk, T.A. Kolosova, T.I. Nasonkova

Department of Obstetrics and Gynecology
Petrozavodsk State University
Kirova Str., 15, Petrozavodsk, Russia, 185035

The analysis of reproductive and somatic health, current of I trimester of pregnancy at women with a low index of mass of a body is carried out. Features of the anamnesis, a state of health before the present pregnancy are taped. Authentically significant complications in I trimester are established. Conducting schemes at a stage pregravidal preparations and in I trimester of pregnancy for the purpose of depression of frequency of possible complications are offered.

Keywords: a low index of mass of a body, pregravidal preparation, pregnancy, I trimester, complications, conducting schemes.