

Особливості клінічної характеристики жінок із різним ступенем ожиріння

О. О. Притуляк

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,
м. Київ

Мета дослідження: вивчити особливості клінічної характеристики жінок із різним ступенем ожиріння на перебіг ранніх термінів гестації.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 120 вагітних з ожирінням, що поступили у відділення патології вагітних з різними ускладненнями гестації. Причому раніше з огляду на ожиріння жінки не обстежувалися і не лікувалися. Критеріями включення в дослідження були вагітні з аліментарно-конституціональним ожирінням, індекс маси тіла у них становив $> 30 \text{ кг/м}^2$.

Усі вагітні були розподілені на три групи залежно від ступеня ожиріння: до I групи увійшли 49 вагітних з 1 ступенем ожиріння; до II групи – 41 вагітна з 2 ступенем ожиріння; до III групи – 30 вагітних із 3 ступенем ожиріння.

У комплекс проведених досліджень були включені антропометричні дані, клініко-лабораторні методи і критерії виявлення компонентів метаболічного синдрому.

Результати. Результати проведених досліджень свідчать, що частота метаболічного синдрому у жінок з ожирінням ще до вагітності становила 89,2%, а число компонентів метаболічного синдрому корелює зі ступенем ожиріння. Частота інсулінорезистентності у пацієнток з 1 ступенем ожиріння становить 18,4%; з 2 ступенем – 29,3% і з 3 ступенем – 70,0%. Повний метаболічний синдром – поєднання чотирьох основних компонентів метаболічного синдрому в 70,0% спостережень виявляється у жінок з 3 ступенем ожиріння; із 2 ступенем – в 48,8% і з 1 ступенем – лише в 18,4% обстежених.

Висновки. Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики ведення пацієнток на прегравідарному етапі, а також під час гестаційного періоду і розродження.

Ключові слова: ожиріння, різний ступінь, вагітність, ранні терміни.

В останнє десятиліття значно зріс інтерес учених всього світу до взаємозв'язку метаболічних порушень з ожирінням і зростанням серцево-судинних захворювань (ССЗ). Так, ожиріння і цукровий діабет (ЦД) 2-го типу визнані ВООЗ неінфекційними епідеміями сьогодення у зв'язку зі значною поширеністю серед населення, високим ризиком розвитку ССЗ, ранньою інвалідизацією і передчасною смертністю [1–5].

Відомо, що ожиріння – надлишкове відкладення жиру в організмі – може бути або самостійним захворюванням, або синдромом. Актуальність проблеми ожиріння

полягає ще в тому, що кількість осіб з надмірною масою тіла прогресивно збільшується, а приріст за останніх 10 років становить 10%. В економічно розвинених країнах, включаючи Україну, 30% населення мають надмірну масу тіла [6–10].

У дослідженнях акушерів [11–16] є значне число робіт, присвячених впливу ожиріння на перебіг вагітності і пологів, а вивчення основних метаболічних показників проводиться не так часто. У доступній нам літературі ми не знайшли робіт, які б зв'язували ожиріння у вагітних з наявністю у них метаболічного синдрому.

Враховуючи, що ожиріння, особливо вісцелярна форма, відіграє значну роль у патогенезі метаболічного синдрому, **метою дослідження** було вивчити особливості клінічної характеристики жінок із різним ступенем ожиріння.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під спостереженням перебували 120 вагітних з ожирінням, що поступили у відділення патології вагітних з різними ускладненнями гестації. Причому раніше у зв'язку з ожирінням жінки не обстежувалися і не лікувалися.

З приводу вагітності всі жінки перебували на обліку в жіночій консультації з моменту постановки на облік: до 12 тиж вагітності стали на облік 89 (74,2%) пацієнток, в більш пізні терміни – 31 (25,8%) жінка.

З метою проведення порівняльного аналізу до контрольної групи увійшли 45 вагітних без порушення жирового обміну.

Критерії включення у дослідження:

- вагітні з аліментарно-конституціональним ожирінням, індекс маси тіла у яких становив $> 30 \text{ кг/м}^2$.

Критерії виключення:

- ендокринний генез ожиріння (консультація та обстеження ендокринологом);
- хронічна серцева недостатність;
- ЦД;
- захворювання щитоподібної залози;
- використання препаратів, що впливають на вуглеводний і жировий обмін.

Усі 120 вагітних були розподілені на три групи залежно від ступеня ожиріння:

I група – 49 вагітних із 1 ступенем ожиріння;

II група – 41 вагітна з 2 ступенем ожиріння;

III група – 30 вагітних із 3 ступенем ожиріння.

У комплекс проведених досліджень були включені антропометричні дані, клініко-лабораторні методи і критерії виявлення компонентів метаболічного синдрому:

- ожиріння – $\text{IMT} > 30 \text{ кг/м}^2$;
- артеріальна гіпертензія – систолічний тиск $> 140 \text{ мм рт.ст.}$, діастолічний тиск $> 90 \text{ мм рт.ст.}$
- гіпердисліпідемія – рівень у сироватці крові: тригліцериди (ТГ) – більше 2 ммоль/л ; загальний холестерин (ОХ) – більше 5 ммоль/л ; ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ) – більше 55 ОД/л і ліпопротеїди високої щільності (ЛПВЩ) – нижче 1 ммоль/л .
- інсулінорезистентність – показник індексу $\text{Caro} < 0,33$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Як свідчать результати клінічної характеристики обстежених жінок, найбільше їх число в основних і контрольній групах були віком 21–30 років. У діапазоні старше 30 років було дещо більше в групі вагітних з ожирінням 3 ступеня.

При вивченні соціального статусу було встановлено, що кожна друга жінка пов'язана з харчовою промисловістю, сюди ж увійшли жінки, які працюють у сфері харчових підприємств (кафе, ресторани, продовольчі магазини). Далі за частотою були державні службовці і домогосподарки. Це пояснюється можливо тим, що причиною ожиріння жінок з одного боку є доступність їжі і переїдання, а з іншого – неправильно організацією харчування.

Маса тіла жінок з ожирінням коливалась від 76 до 137 кг. Слід зазначити, що при індивідуальному аналізі виявилось, що маса тіла збільшувалася залежно від тривалості ожиріння, що особливо було помітне при зіставленні з мірою ожиріння. Так, при 1 ступені тривалість ожиріння становила $8,0 \pm 0,6$ року; при 2 ступені – $10,6 \pm 1,0$ року і при 3 ступені – $13,6 \pm 1,2$ року.

Під час аналізу анамнестичних даних виявлено, що у 46 (38,3%) жінок, тобто більш ніж у кожної третьої ожирінням страждали один або обоє батьків.

Були виявлені так само особливості харчування у жінок з ожирінням. Так, найбільше число жінок – 93 (77,5%) не дотримувалися режиму харчування, причому приймали їжу двічі в день, а останній прийом був рясним і після 20:00 годин, а при частішій їді – це були бутерброди. Також 76 (69,3%) жінок мали пристрасть до жирної їжі, вживали масло, вуглеводи – головним чином картоплю, а 93% виявилися любителями солодкого і різного виду випічок.

З анамнестичних даних привертає увагу той факт, що кожна друга жінка (48,3%) пов'язана по роботі або з виробництвом продуктів харчування, або з їх продажем. Під час опитування 76 (63,3%) жінок вказували на малорухливий спосіб життя.

Це підтверджують і дані анамнезу жінок контрольної групи, серед яких було значне число домогосподарок, з організованим режимом харчування, але малорухливим способом життя.

Аналізуючи структуру екстрагенітальних захворювань, привертала увагу значна частота захворювань дихальної системи (до 10,0%); травного тракту (14,3%), частота яких була майже однакова у всіх трьох групах жінок з ожирінням. Захворювання травного тракту були представлені переважно гастритами і гастродуоденітами, а серцево-судинної системи – недостатністю мітрального клапана. Висока частота варикозної хвороби і синдрому обструктивного апное можливо були пов'язані з надмірною масою тіла в обстежених пацієнток.

З анамнезу було з'ясовано, що майже кожна п'ята жінка (23,3%) перехворіла хронічним сальпінгоофоритом; 27,1% лікувалися з приводу ерозії шийки матки; у 15,8% були дисфункціональні маткові кровотечі; первинне безпліддя було в 5,0%, а 2,5% оперовані з приводу доброякісних утворень яєчників.

Вік менархе коливався від 11 до 16 років і не мав відмінності у жінок з ожирінням залежно від ступеня ожиріння. Регулярний менструальний цикл був у 101 (84,2%) жінки; у 5 (4,2%) виявлено олігоменорею із затримками до 3 міс; у 15 (12,6%) в анамнезі були дисфункціональні маткові кровотечі, у 5 (4,2%) з них проведено діагностичне вишкрібання з подальшою гормональною корекцією порушень менструальної функції.

Аналізуючи генеративну функцію можна дійти висновку, що більшість жінок були повторнонагітними і повторнородящими. Крім того, у жінок з ожирінням 3 ступеня в 4 рази частіше, ніж у жінок без ожиріння і в 2,5 рази частіше, ніж у жінок із 2 і 1 ступенем ожиріння фіксували мимовільні аборти. Вагітність, що не розвивається, у жінок із 3 ступенем ожиріння була в 3 рази частіше, ніж у жінок з ожирінням 1 ступеня і в 2,5 рази частіше, ніж у пацієнток без ожиріння.

Частота ускладнень протягом попередніх вагітностей значно вище була у жінок з ожирінням 3 ступеня. Також зафіксовано високий відсоток прееклампсії і гіпотрофії плода, яка може пояснюватися значною частотою загрози переривання вагітності, що в результаті призводило до порушення матково-плацентарного і плодового кровообігу. На 3,3% більше у жінок основної групи пологи відбувалися раніше терміну, ніж у породіль контрольної групи; на 20,2% частіше були пологи оперативними (кесарів розтин і акушерські щипці), крім того, у 2,5% породіль основної групи був розрив промежини 3 ступеня; у 19,6% – слабкість пологової діяльності проти 6,5% в контрольній групі.

ВИСНОВКИ

Отже, як свідчать результати проведених досліджень, частота метаболічного синдрому у жінок з ожирінням ще до вагітності становила 89,2%, а число компонентів метаболічного синдрому корелює зі ступенем ожиріння. Частота інсулінорезистентності у пацієток з 1 ступенем ожиріння становить 18,4%; із 2 ступенем – 29,3% і з 3 ступенем – 70,0%.

Повний метаболічний синдром – поєднання чотирьох основних компонентів метаболічного синдрому у 70,0% спостережень виявляли у жінок із 3 ступенем ожиріння; з 2 ступенем – у 48,8% і з 1 ступенем – лише у 18,4% обстежених.

Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики ведення пацієток на прегравідарному етапі, а також під час гестаційного періоду і розродження.

Peculiarities of clinical characteristic at woman with different degree of obesity

O. O. Pritulyak

The objective: to learn influence of different degree of obesity on motion of early terms of gestation.

Materials and methods. Under a supervision there were 120 pregnant women with obesity, which entered separation of pathology of pregnant with different complications of pregnancy. Thus before in connection with obesity of woman did not inspect and did not treat oneself. Plugging criteria in research were pregnant from alimentary-constitutional obesity, the body mass index made for them $> 30 \text{ kg/m}^2$.

120 pregnant parted on three groups depending on the degree of obesity: I group was made 49 pregnant with a 1 degree of obesity; II group – 41 pregnant with 2 degrees of obesity; III group – 30 pregnant with 3 degrees of obesity.

In the complex of the conducted researches were included anthropometric data, clinical-and-laboratory methods and criteria of exposure of components of metabolic syndrome.

Results. Results of the conducted researches, that frequency of metabolic syndrome for women with obesity yet to pregnancy is 89,2%, and the number of components of metabolic syndrome correlates obesity with a degree. Frequency of insulin resistance for patients from a 1 degree of obesity is 18,4%; from 2 degree – 29,3% and from 3 degrees – 70,0%. Complete metabolic syndrome – combination of four basic components of metabolic syndrome in 70,0% supervisions appears for women from 3 degrees of obesity; from 2 degrees – in 48,8% and from a 1 degree – only in 18,4% inspected.

Conclusions. The got results must be taken into account at development of tactic of conduct of patients on the pregravid stage, and also during a gestational period and delivery.

Keywords: obesity, different degree, pregnancy, early terms.

Відомості про автора

Приутляк Ольга Олегівна – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ
 ORCID: 0009-0003-7917-1231; e-mail: olgapritulyak0@gmail.com

Information is about an author

Pritulyak Olha O. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv
 ORCID: 0009-0003-7917-1231; e-mail: olgapritulyak0@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Bahmani M, Sarrafchi A, Shirzad H, Rafieian-Kopaei M. Autism: pathophysiology and promising herbal remedies. *Curr Pharm Des.* 2016;22(3):277–85.
2. Baldauff NH, Witchel SF. Polycystic ovary syndrome in adolescent girls. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2017;24(1):56–66.
3. Barry JA, Qu F, Hardiman PJ. An exploration of the hypothesis that testosterone is implicated in the psychological functioning of women with polycystic ovary syndrome (PCOS). *Med Hypotheses.* 2018;110:42–5.
4. Bhude P, Homburg R. Anti-Mullerian hormone and polycystic ovary syndrome. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2016;37:38–45.
5. Bozdag G, Mumusoglu S, Zengin D, Karabulut E, Yildiz BO. The prevalence and phenotypic features of polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod.* 2019;31(12):2841–55.
6. Brichant G, Potorac I, Petignot S, Tebache L, Pintiaux A, Nisolle M, et al. Polycystic ovary syndrome: the advantages of multidisciplinary management. *Rev Med Liege.* 2020;75(9):604–12.
7. Bruni V, Capozzi A, Lello S. The role of genetics, epigenetics and lifestyle in polycystic ovary syndrome development: the state of the art [internet]. *Reprod Sci.* 2021. DOI:10.1007/s43032-021-00515-4.
8. Burghard AC, Tao RH, Oberfield SE et al. The diagnosis and treatment of PCOS in adolescents: an update. *Curr Opin Pediatr.* 2019 Aug;31(4):562-569. doi: 10.1097/MOP.0000000000000778.
9. Burt Solorzano CM, McCartney CR. Polycystic Ovary Syndrome: ontogeny in adolescence. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2021;50(1):25–42.
10. Cambodia MC, Bonnie AE. Polycystic ovary syndrome in adolescence: diagnostic and therapeutic strategies. *Pediatrician.* 2017;6(4):248–55.
11. Chiara Sabbadin, Luciana Bordin, Gabriella Donà, et al. Licorice: From Pseudohyperaldosteronism to Therapeutic Uses. MINI REVIEWpublished. *Frontiers in Endocrinology.* 18 July 2019doi: 10.3389/fendo.2019.00484
12. Cui L, Li G, Zhong W et al. Polycystic ovary syndrome susceptibility single nucleotide polymorphisms in women with a single PCOS clinical feature. *Hum Reprod.* 2019; 30 (3): 732–6.
13. Dadachanji R, Shaikh N, Mukherjee S. Genetic variants associated with hyperandrogenemia in PCOS pathophysiology. *Genet Res Int.* 2018;2018:7624932.
14. Dapas M, Lin FTJ, Nadkarni GN, Sisk R, Legro RS, Urbanek M, et al. Distinct subtypes of polycystic ovary syndrome with novel genetic associations: An unsupervised, phenotypic clustering analysis. *PLoS Med.* 2020;17(6):e1003132.
15. de Zegher F, López-Bermejo A, Ibáñez L. Central obesity, faster maturation, and «PCOS» in Girls. *Trends Endocrinol Metab.* 2018;29(12):815–8.
16. Dou L, Zheng Y, Li L, Gui X, Chen Y, Yu M, et al. The effect of cinnamon on polycystic ovary syndrome in a mouse model. *Reprod Biol Endocrinol.* 2018;16(1):99.