

УДК 618.3-055.2-056.57-07-08

## КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ И ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА

Л.И. Герасимова, Л.И. Мальцева, Т.Г. Денисова, Э.Н. Васильева, Е.Н. Грузинова,  
АУ Чувашии «Институт усовершенствования врачей», г. Чебоксары

*Денисова Тамара Геннадьевна – e-mail: tomadenisova@rambler.ru*

Разобщение социального статуса населения приводит к увеличению группы женщин с дефицитом массы тела, который обуславливает задержку полового развития, повышение уровня репродуктивных потерь, осложнения периода гестации, родов и влияет на качество здоровья новорожденных. С целью повышения уровня репродуктивного потенциала, в рамках первичной профилактики перинатальных осложнений у женщин с дефицитом массы тела необходима тщательная прегравидарная подготовка.

**Ключевые слова:** дефицит массы тела, высокий перинатальный риск, осложнения беременности.

The dissociation of the social status of the population leads to an increase in the group of women with underweight, which causes the delay of sexual development, increased reproductive losses, complications of a gestation period, the childbirth and will affect the health quality of newborns. In order to improve the reproductive potential in primary prevention of perinatal complications of women with underweight, needs careful pregravid preparation.

**Key words:** weight deficit, high prenatal risk, pregnancy complications.

**Д**ефицит массы тела (ДМТ) у женщин репродуктивного возраста традиционно расценивается как биологический маркер соматического и репродуктивного неблагополучия и ассоциируется с развитием целого ряда акушерских осложнений и гинекологических заболеваний, ведущих к самопроизвольным абортam, перинатальным осложнениям, а также влияет на состояние здоровья будущих детей. Количество женщин с ДМТ достигает более 25% в популяции [1, 2, 3].

В России в последнее десятилетие сложилась крайне неблагоприятная тенденция – снижение качества индивидуального здоровья детей. Смертность среди детей с СЗРП в 3–10 раз превышает таковую у новорожденных с нормальным физическим развитием [4, 5].

Федеральные целевые программы охраны материнства и детства нацеливают на необходимость разработки адекватных технологий управления здоровьем беременных женщин, направленных на рождение здорового поколения [6, 7].

Многими работами доказано, что все значимые осложнения течения беременности (угроза невынашивания, плацентарная недостаточность, гестоз, СЗРП, антенатальная гибель плода, преждевременная отслойка плаценты и другие) обусловлены патологией плацентарного ложа [8, 9, 10].

Профилактика и лечение (ранней) недостаточности плацентарного ложа и плаценты предполагают начало профилактики и лечения в преэмбриональный период и ранние сроки беременности [11, 12, 13].

**Цель исследования:** проанализировать разработанную методику профилактики репродуктивных потерь и перинатальных осложнений у женщин с ДМТ.

### Материалы и методы

Нами проведен ретроспективный анализ репродуктивного здоровья женщин с ДМТ (женщины с ДМТ отобраны согласно индексу Кетле, индекс массы тела менее 20; 100 случаев). В исследовании из 198 женщин с дефицитом

массы тела были сформированы 2 группы: основная группа – 100 женщин, которым проводилась целенаправленная прегравидарная подготовка, и группа сравнения – 98 женщин, которым не удалось провести такую подготовку. В основной группе помимо прегравидарной подготовки проводилось целенаправленное разработанное нами профилактическое лечение во время беременности, П группа данное лечение не получала.

Для более точной оценки эффективности методики осуществлялся подбор пар девушек в основной группе и группе сравнения по возрасту, паритету, наличию экстрагенитальной патологии. Обследование проводилось по единой оценке, предполагающей изучение общесоматического статуса, гинекологического анамнеза.

Критериями включения в исследование явились:

- Индекс массы тела меньше 20.

Критериями исключения были:

- повторнородящие,

- возраст больше 30 лет.

Использовались результаты анализа следующих медицинских документов: индивидуальной карты беременной и родильницы – форма № 111/у; истории родов – форма № 096/у; медицинской карты стационарного больного – форма № 003/у.

Статистическую обработку результатов исследования проводили, используя метод параметрического и непараметрического анализов.

### Результаты исследования

В анамнезе выявлены: самопроизвольные выкидыши до 16 недель у 45,7% женщин, внематочная беременность – у 4,8%, медицинский аборт – у 3,8% женщин.

У женщин с нормальной массой тела репродуктивный анамнез несколько отличался – первобеременных первородящих – 64%, первородящих повторнобеременных – 36,0%. В анамнезе медицинские аборты были у 25% женщин, самопроизвольные – у 7%, внематочная беременность – 3,8%.

Недостаточность первой фазы менструального цикла при обследовании обнаружена у 75 (37,9%) женщин, недостаточность лютеиновой фазы обнаружена у 101 (51%) женщины.

Было выявлено хроническое воспаление придатков в анамнезе с обострениями до 2 раз в год у 73 (36,9%), псевдоэрозии шейки матки в сочетании с цервицитом – у 76 (38,4%) женщин.

Согласно нашей методике прегравидарной подготовки женщин с дефицитом массы тела было рекомендовано:

- улучшенное питание с использованием диетических продуктов, обогащенных белком и микроэлементами, комплекс поливитаминов;
- регуляция деятельности желудочно-кишечного тракта;
- комплекс незаменимых полиненасыщенных жирных кислот семейства омега-3;
- гормональная поддержка первой фазы с 9-го по 14-й день цикла малыми дозами эстрогенов и лютеиновой фазы препаратами прогестеронового ряда с 16-го по 25-й день цикла;
- низкомолекулярные гепарины в сочетании с дипиридамом по 50 мг 3 раза в день с 5-го по 26-й день цикла для улучшения гемодинамики.

Если беременность не наступила в течение 3 месяцев, то дополнительно к гормональной поддержке начиналась стимуляция овуляции клостильбегитом по 100 мг с 5-го по 9-й день цикла под контролем УЗИ за состоянием эндометрия и ростом фолликула и вводилась овуляторная доза хорионического гонадотропина при диаметре фолликула 18–20 мм и прогестагены с 16-го по 25-й день цикла.

Согласно нашей методике при первой явке основной группы женщин с ДМТ было назначено: продолжение заместительной гормональной терапии в ранние сроки беременности: при пониженном уровне эстрогенов малые дозы эстрогенов в сроки 5–7 недель с постепенной отменой препарата, хорионический гонадотропин при низком базальном уровне до 12 недель, для поддержания функции желтого тела прогестагены до 18 недель беременности (прогестерон натуральный микронизированный по 200 мг интравагинально 2 раза в день до 18 недель).

Женщинам основной группы с ДМТ было решено назначить метаболическую коррекцию адаптационно-гомеостатических реакций фетоплацентарной системы в 6–8 нед., 12–14 нед., 20–22 нед. и 30–32 нед. гестации в условиях дневного стационара 10 дней: комплекс незаменимых полиненасыщенных жирных кислот семейства омега-3; декстроза 5%-го – 400,0 + депротеинизированный гемодериват из телячьей крови с низкомолекулярными пептидами и дериватами нуклеиновых кислот 5,0 в/в. Во второй половине беременности чередуя через день с декстрозой 5% + метаболический препарат, содержащий янтарную кислоту 100 мг, никотинамид 10 мг, инозин 20 мг, рибофлавин мононуклеотид 2 мг; сульфат магния 25%-й – 10 мл в/в капельно при угрозе прерывания беременности; надропарин кальция 0,3 п/к для улучшения микроциркуляции (после результатов гемостазиограммы); комплекс комбинированный поливитаминный с микро- и макроэлементами, действие которого обусловлено эффектами входящих в его состав компонентов; левокарнитин по 8 капель 3 раза в день.

Беременность была отягощена ранним токсикозом у 21 (21%) в 1-й группе и 28 (28%) женщин во 2-й группе; угро-

зой невынашивания – у 28 (28%) в 1-й группе и у 64 (64%) во 2-й группе; плацентарной недостаточностью – у 15 женщин (15%) в 1-й группе и 33 (33%) во 2-й группе; гестозом – у 19 (19%) в 1-й группе и у 49 (49%) во 2-й группе. Причем необходимо отметить, что проявления гестоза в 1-й группе были выражены незначительно, а во 2-й группе наблюдались эпизоды повышения артериального давления до 150/100 и протеинурия более 1 грамма.

Ультразвуковое исследование в 12–14 недель в основной группе не выявило отклонений в состоянии маточно-плацентарного комплекса, а в группе сравнения были обнаружены ретрохориальные гематомы в 32% случаев, гипоплазия плаценты – в 11% случаев.

Далее в основной группе ультразвуковое исследование на сроке 20–22 недели не выявило отклонений в состоянии маточно-плацентарного комплекса в 72% случаев, беременность протекала на фоне плацентарной недостаточности – в 11%. В 15% были обнаружены признаки плацентита, и была проведена антибактериальная терапия антибиотиком из подкласса азалидов по 0,5 г 1 раз в сутки в течение 6 дней.

В группе сравнения беременность по результатам ультразвукового исследования в 20–22 недели протекала на фоне плацентарной недостаточности – 61%, с признаками плацентита в 19%. Беременные были госпитализированы в акушерское отделение, получали лечение: депротеинизированный гемодериват из телячьей крови с низкомолекулярными пептидами и дериватами нуклеиновых кислот 5,0 в/в, дипиридамом по 25 мг 3 раза в день перорально, тиамин пиррофосфат 100 мг в/в, надропарин кальция 0,3 п/к, антибактериальная терапия при появлении признаков плацентита.

При ультразвуковом исследовании на сроке 32–34 недели у женщин основной группы исследования беременности 1-я степень зрелости плаценты была выявлена в 69% случаев, предполагаемая масса плода составила  $2350 \pm 120$  г. Были выявлены признаки СЗРП у 18 (18%) беременных. Нарушений кровотока и изменений КТГ не было выявлено.

В основной группе досрочно на сроке 34–35 недель была оперативно родоразрешена 1 беременная в связи со снижением вариабельности базального ритма, амплитуды и продолжительности акцелераций, появлением децелераций и нарастанием гемодинамических нарушений плодово-плацентарного кровотока 2-й степени при наличии двусторонних изменений; а также 2 беременные в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, у 1 женщины произошли самопроизвольные роды; на сроке 36–37 недель – 1 беременная с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты на фоне гестоза, у 1 беременной произошли самопроизвольные роды.

У беременных группы сравнения на сроке 32–34 недели степень зрелости плаценты в 82% случаев соответствовала 2–3-й степени зрелости, предполагаемая масса плода составила  $2080 \pm 142$  г. Признаки СЗРП были обнаружены у 66% беременных. В группе сравнения нарушение маточно-плацентарного кровотока при сохраненном плодово-плацентарном кровотоке (1 А ст.) было обнаружено у 14 беременных с СЗРП 1-й ст. и у 3 беременных с СЗРП, нару-

шения ППК при сохраненном МПК (1 Б ст.) – у 1 беременной с СЗРП 2-й степени. Им были проведены: доплерометрия (без фетометрии) через день и ежедневная КТГ; нарушение МПК и ППК без критических значений (2-я ст.) обнаружено у 1 беременной группы сравнения с СЗРП, ей было назначено обследование: доплерометрия, КТГ ежедневно. При кардиотокографии плода обращали внимание, прежде всего, на наличие монотонного типа кардиотокограммы, снижение вариабельности базального ритма, число акцелераций, их амплитуду и продолжительность, появление децелераций. Беременные госпитализировались в стационар, где было проведено лечение: депротейнизированный гемодериват из телячьей крови с низкомолекулярными пептидами и дериватами нуклеиновых кислот 5,0 в/в, дипиридамол по 25 мг 3 раза в день перорально, тиамин пиродифосфат 100 мг в/в, надропарин кальция 0,3 п/к.

В течение беременности у женщин с ДМТ, которым проводилась прегравидарная подготовка и они велись по разработанной нами методике, на УЗИ в 32–34 недели СЗРП выявлено в 3,9 раза меньше, чем у женщин с ДМТ, которые велись по существующим стандартам, гестозов меньше в 2,5 раза, угрозы прерывания беременности меньше в 2,3 раза.

### Заключение

Проведение комплекса лечебных мероприятий в пренатальном периоде и беременным с дефицитом массы тела позволяет снизить уровень перинатальных осложнений, улучшить исходы для плода и новорожденного, снизить частоту тяжелого поражения ЦНС и критических состояний у новорожденных и детей раннего возраста.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство. Национальное руководство / под ред. В.И. Кулакова, Э.К. Айламазян, В.Е. Радзинского. М. 2008. 1456 с.
2. Резник В.А. и др. Беременность и ее исходы при дефиците массы тела. Вестник педиатрической академии. 2009. Вып. 8. С. 84-87.
3. Головченко О.В. Беременность и роды у женщин с низкой и избыточной массой тела в Белгородской области: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Российский университет дружбы народов. М. 2010. 18 с.
4. Баранов А.А., Величковский Б.Т., Кучма В.Р. Пути снижения репродуктивных потерь в Российской Федерации. Справочник педиатра. 2010. № 6. С. 7-14.
5. Низамова А.Ф. Влияние питания на течение беременности, родов, состояние плода и новорожденного. Методы коррекции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: Башкирский государственный медицинский университет. Уфа. 2007. С. 25.
6. Бойко Н.Н. Недостаточная масса тела как фактор риска невынашивания беременности (популяционное исследование). Демографическая безопасность России: Материалы форума. М. 2007. С. 72-74.
7. Радзинский В.Е. Плацентарная недостаточность – опять загадки и предположения: информационное письмо. Плацентарная недостаточность: реалии и перспективы. М. 2009. С. 32.
8. Абдулкадырова З.К. Эффективность эстроген-гестагенных препаратов у больных с овариальной недостаточностью, связанной с дефицитом массы тела. Вестник Санкт-Петербургского университета. 2006. Серия 11. Вып. 2. С. 103-110.
9. Лекарева Т.М. Прекоцепционная подготовка: благоприятный исход желанной беременности. Terra Medica Nova. 2009. № 3. С. 14-18.
10. Низамова А.Ф. Влияние питания на течение беременности, родов, состояние плода и новорожденного. Методы коррекции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Башкирский государственный медицинский университет. Уфа. 2007. 25 с.
11. Рудаева Е.В. Основные обменные процессы у беременных с дефицитом массы тела. Мать и дитя: Материалы I регионального научного форума. Казань. 2007. С. 134.