

ОЦЕНКА ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА У БЕРЕМЕННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ

Чолпон Калканбаевна Калканбаева¹, Нургуль Джумагазиевна Шоонаева^{2*},
Рыскуль Султановна Асакеева³, Фарида Рамилевна Ниязова⁴,
Асель Касымбековна Джакыпова¹

¹Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан;

²Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации, г. Бишкек, Кыргызстан;

³Клинический родильный дом №2, г. Бишкек, Кыргызстан;

⁴Кыргызско-Российский славянский университет им. Б.Н. Ельцина, г. Бишкек, Кыргызстан

Поступила 24.04.2017; принята в печать 19.07.2017.

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2017-913

Цель. Сравнительная оценка преморбидного фона у беременных с различной степенью ожирения.

Методы. Проведена сравнительная оценка преморбидного фона у 82 беременных с ожирением I (49 пациенток), II (22) и III (11) степеней и 65 соматически здоровых пациенток на основе данных соматического и акушерско-гинекологического анамнеза.

Результаты. У женщин с ожирением в 30,5% случаев отмечены нарушения менструальной функции, наиболее выраженные при ожирении III степени, что превышает показатель контроля в 3,0 раза. Из гинекологических заболеваний у беременных с ожирением II и III степеней наиболее часто встречались кольпиты — в 2,0 и 2,6 раза чаще, сальпингофориты — в 1,5 и 1,2 раза, эрозия шейки матки — в 1,8 и 2,4 раза, эндометриты — в 2,2 и 1,5 раза, вторичное бесплодие — в 3,0 и 6,1 раза чаще, чем в контроле. При ожирении II и III степеней в 1,3 и 2,5 раза чаще по сравнению с контролем диагностированы заболевания органов дыхания, в 2,9 и 5,9 раза — заболевания сердечно-сосудистой системы, в 3,0 и 12,1 раза чаще — артериальная гипертензия, в 1,3 и 1,7 раза — хронический гастрит, в 1,2 и 2,4 раза — хронический холецистит, в 1,8 и 2,4 раза — хронический пиелонефрит.

Вывод. У беременных с ожирением выявлена высокая частота гинекологических и соматических заболеваний, что создаёт неблагоприятный фон для течения беременности; полученные результаты имеют прогностическое значение в плане предгравидарной подготовки женщин с ожирением.

Ключевые слова: ожирение, беременность, дисменорея, гинекологические заболевания, экстрагенитальная патология.

ASSESSMENT OF PREMORBID BACKGROUND IN PREGNANT WOMEN WITH OBESITY OF VARIOUS DEGREES

Ch.K. Kalkanbaeva¹, N.Dzh. Shoonaeva², R.S. Asakeeva³, F.R. Niyazova⁴, A.K. Dzhakypova¹

¹Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyzstan;

²Kyrgyz State Medical institute of retraining and improvement of professional skill, Bishkek, Kyrgyzstan;

³Clinical maternity hospital №2, Bishkek, Kyrgyzstan;

⁴Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Yeltsin, Bishkek, Kyrgyzstan

Aim. Comparative evaluation of premorbid background in pregnant women with obesity of various degrees.

Methods. A comparative evaluation of premorbid background in 82 pregnant women with obesity class 1 (49 patients), class 2 (22) and class 3 (11) and 65 somatically healthy females was performed on the basis of somatic and obstetric and gynecological history.

Results. In obese females in 30.5% of cases menstruation disorders were observed, most pronounced in obesity class 3 that exceeds the number in control group by 3.0 times. Out from gynecological diseases, in pregnant women with obesity class 2 and 3 the most common were colpitis — 2.0 and 2.6 times more prevalent, adnexitis — 1.5 and 1.2 times more, cervical erosion — 1.8 and 2.4 times more, endometritis — 2.2 and 1.5 times more, secondary infertility — 3.0 and 6.1 times more prevalent than in the control group. In comparison with the control group, in obesity class 2 and 3, respiratory diseases were diagnosed 1.3 and 2.5 times more often; cardiovascular disease — 2.9 and 5.9 times more, arterial hypertension — 3.0 and 12.1 times more, chronic gastritis — 1.3 and 1.7 times more, chronic cholecystitis — 1.2 and 2.4 times more, and chronic pyelonephritis — 1.8 and 2.4 times more often.

Conclusion. In pregnant obese women a high prevalence of gynecological and somatic diseases was detected, that creates unfavorable conditions for pregnancy; the obtained results have a prognostic value in terms of pre-conceptual preparation of obese women.

Keywords: obesity, pregnancy, dysmenorrhoea, gynecological diseases, extragenital pathology.

В последние годы прослеживается тенденция к росту ожирения, являющегося важной медико-социальной проблемой, у женщин в детородном возрасте [1, 2].

При наличии сопутствующих соматических заболеваний во время беременности

их течение значительно ухудшается, повышается риск патологического течения беременности [3, 4].

Ожирение, сопровождающее течение беременности, рассматривают как значимый фактор риска развития осложнений самого гестационного процесса и неблагоприятных перинатальных исходов, часто-

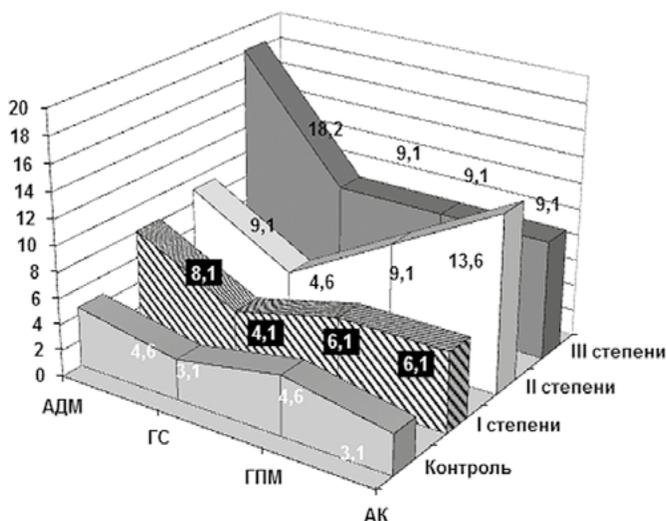


Рис. 1. Распространённость различных нарушений менструальной функции у беременных с ожирением различной степени и здоровых (%); АДМ — альгодисменорея; ГС — гипоменструальный синдром; ГПМ — гиперполименорея; АК — ациклические кровотечения

та которых не имеет тенденции к снижению [5–7].

Несмотря на многочисленные мнения по проблеме ожирения во взаимосвязи с репродуктивной системой и гестационным процессом, некоторые аспекты остаются дискуссионными.

Целью данного исследования была сравнительная оценка преморбидного фона у беременных с различной степенью ожирения.

Исследование проведено в 2015–2016 гг. на базе Центра семейной медицины №1 и Клинического родильного дома №2 г. Бишкека. Изучали и анализировали данные соматического и акушерско-гинекологического анамнеза, полученные из амбулаторных карт и при интервьюировании пациенток на основе информированного добровольного согласия с соблюдением принципов биомедицинской этики.

Проведено обследование 82 беременных с абдоминальным ожирением, составивших основную группу, разделённых на подгруппы в зависимости от индекса массы тела (ИМТ), рассчитанного по формуле:

$$\text{ИМТ} = \text{масса тела (кг)} / \text{рост}^2 (\text{м}^2).$$

Ожирение I степени (ИМТ=32,2±0,4 кг/м²) установлено у 49 пациенток (1-я подгруппа), II степени (ИМТ=36,6±0,5 кг/м²) — у 22 (2-я подгруппа), III степени (ИМТ=45,7±0,6 кг/м²) — у 11 (3-я подгруппа). Контрольную группу составили 65 здоровых беременных с одноплодной беременностью и нормальной массой тела

(ИМТ=22,1±0,7 кг/м²). В основной группе возраст беременных составил в среднем 26,6±4,2 года, в контрольной группе — 22,3±3,7 года.

Статистическая обработка результатов выполнена с помощью пакета программ статистической обработки Microsoft Excel 2000. Достоверность сравниваемых величин определяли с помощью коэффициента Стьюдента, различия считали значимыми при p < 0,05.

При анализе акушерского анамнеза было выявлено, что у большинства беременных контрольной группы (84,6%) менструальный цикл был регулярным. В анамнезе у женщин основной группы обращала на себя внимание высокая частота различных нарушений менструальной функции. Так, у женщин с ожирением I степени регулярный менструальный цикл отмечен в 75,5% случаев, с ожирением II степени — в 63,6%, с ожирением III степени — в 54,5%. Частота различных форм (а также их сочетания) нарушения менструальной функции у женщин с ожирением превышали показатели контроля (рис. 1).

Анализ гинекологической заболеваемости показал, что у женщин основной группы наиболее распространёнными гинекологическими заболеваниями были кольпиты, которые у беременных с ожирением II и III степеней встречались в 2,0 и 2,6 раза чаще, чем в группе контроля (p < 0,05). Сальпингоофориты у беремен-

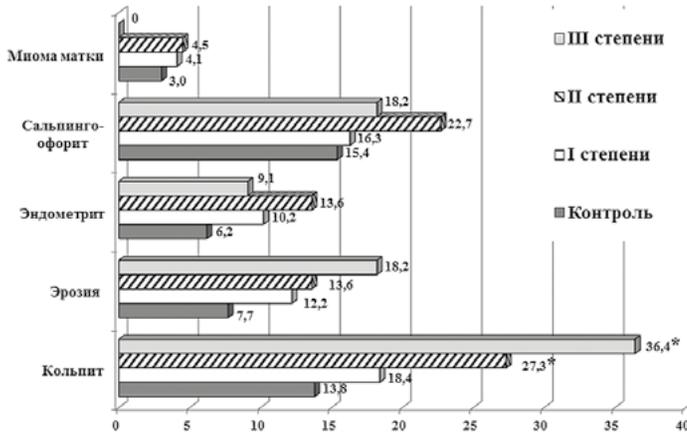


Рис. 2. Частота гинекологических заболеваний в группах женщин с ожирением; *статистически значимое отличие от группы контроля ($p < 0,05$)

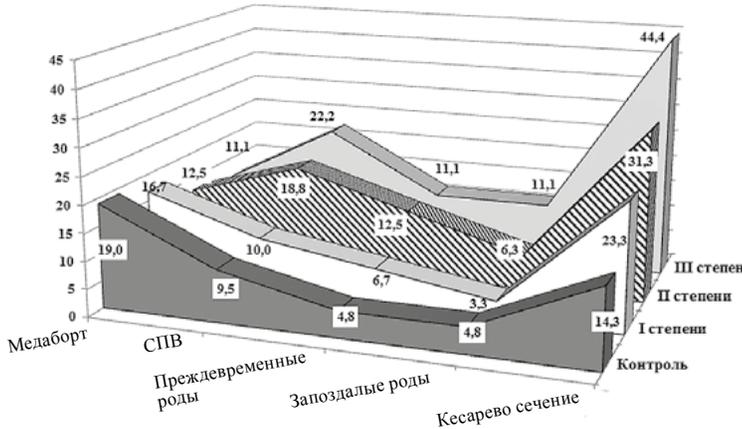


Рис. 3. Исходы предыдущих беременностей (%) в группах с ожирением и группе контроля; СПВ — самопроизвольный выкидыш

ных этих же подгрупп встречались в 1,5 и 1,2 раза чаще, чем в контроле (рис. 2).

Следующими по частоте были эрозии шейки матки, которые в основной группе встречались соответственно в 1,6, 1,8 и 2,4 раза чаще, чем в контроле, и эндометриты (в 1,6; 2,2 и 1,5 раза чаще соответственно). Частота вторичного бесплодия у пациенток с ожирением II и III степеней в 3,0 и 6,1 раза превышала данные контроля. Эти данные совпадают с результатами работ отечественных авторов [8].

В контрольной группе преобладали первобеременные первородящие пациентки (67,7%), а среди женщин основной группы таких было 32,9%. Повторнородящими были 46,3% женщин основной группы. Обращало на себя внимание то обстоятельство, что в основной группе было больше повторнобеременных первородящих пациенток (20,7% против 9,2% в группе контро-

ля), которые в подгруппе с ожирением II и III степеней встречались в 2,5 и 3,0 раза чаще, чем в контроле.

При изучении акушерского анамнеза выявлено, что у пациенток контрольной группы предыдущая беременность закончилась медикаментозным абортom в 19,0% случаев, что несколько превышало показатели в основной группе (рис. 3).

Самопроизвольное прерывание беременности в различные сроки гестации в основной группе у пациенток с ожирением II и III степеней встречалось в 2,0 и 2,3 раза чаще, чем в группе контроля, чаще происходили преждевременные (в 2,6 и 2,3 раза) и запоздалые (в 1,3 и 2,3 раза) роды (см. рис. 3), что согласуется с данными К.А. Комшиловой и Ф.Х. Дзгоевой [9]. Физиологическими родами предыдущая беременность закончилась у пациенток с ожирением II и III степеней в 1,2 и 1,5 раза

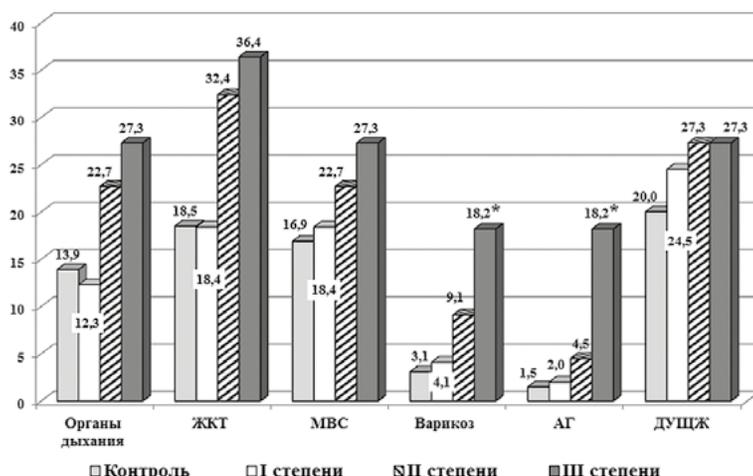


Рис. 4. Характеристика экстрагенитальных заболеваний у беременных с ожирением различной степени: * $p < 0,05$ при сравнении с группой контроля; ЖКТ — желудочно-кишечный тракт; МВС — мочевыделительная система; АГ — артериальная гипертензия; ДУЩЖ — диффузное увеличение щитовидной железы

реже, чем у беременных с нормальной массой тела, операции кесарева сечения среди пациенток этих подгрупп встречались в 2,2 и 3,1 раза чаще, чем в контрольной группе.

Анализ структуры экстрагенитальной патологии показал, что у беременных с ожирением II и III степеней в 1,3 и 1,7 раза чаще по сравнению с контрольной группой диагностировали заболевания органов дыхания, в 1,4 раза чаще — заболевания щитовидной железы (рис. 4). Заболевания сердечно-сосудистой системы, в основном представленные варикозной болезнью вен нижних конечностей и артериальной гипертензией, также чаще встречались у беременных с ожирением II и III степеней.

Из заболеваний органов желудочно-кишечного тракта у беременных с ожирением II и III степеней частота хронического гастрита в 1,3 и 1,7 раза превышала показатели в контрольной группе, а хронический холецистит выявлялся в 2,4 раза чаще, чем в контроле.

Обращало на себя внимание то обстоятельство, что из заболеваний органов мочевыделительной системы хронический пиелонефрит у беременных с ожирением во всех подгруппах значительно (в 1,3; 1,8 и 2,4 раза — при ожирении I, II и III степеней соответственно) превышал показатели группы контроля, составив 10,2; 13,6 и 18,2% против 7,7% контрольной группе.

Ряд авторов [3, 4, 10] указывают, что при наличии сопутствующих соматических заболеваний во время беременности их течение значительно ухудшается, повышается риск патологического течения беременности.

ВЫВОД

У беременных с ожирением выявлены различные нарушения менструальной функции, высокая частота сопутствующих соматических заболеваний, что создаёт неблагоприятный фон для вынашивания беременности и повышает риск её патологического течения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. *Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты*. М.: МИА. 2006; 456 с. [Dedov I.I., Mel'nicenko G.A. *Ozhirenie: etiologiya, patogenez, klinicheskie aspekty*. (Obesity: etiology, pathogenesis, clinical aspects.) Moscow: MIA. 2006; 456 p. (In Russ.)]
2. Despres J.P., Arsenault B.J., Cote M. et al. Abdominal obesity: the cholesterol of the 21st century? *Can. J. Cardiol.* 2008; 24 (Suppl. D): 7–12. DOI: 10.1016/S0828-282X(08)71043-2.
3. Леваков С.А., Боровкова Е.И. Беременность на фоне ожирения и метаболического синдрома. *Вопр. гинекол., акушерства и перинатол.* 2014; 13 (5): 5–10. [Levakov S.A., Borovkova E.I. Pregnancy against the background of obesity and metabolic syndrome. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii.* 2014; 13 (5): 5–10. (In Russ.)]
4. Stotland N.E., Washington A.E., Caughey A.B. Prepregnancy body mass index and the length of gestation at term. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2007; 197 (4): 378.e1–378.e5. DOI: 10.1016/j.ajog.2007.05.048.
5. Макаров И.О., Боровкова Е.И., Байрамова М.А. Течение беременности и родов у пациенток с ожирением. *Акушерство, гинекол. и репрод.* 2011; (1):

23–28. [Makarov I.O., Borovkova E.I., Bayramova M.A. Pregnancy and labor course in obese patients. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduktivnaya medicina* 2011; (1): 23–28. (In Russ.)]

6. Бурлев В.А., Тимошина И.В., Ильясова Н.А. и др. Жировая железа: молекулярные и функциональные особенности у беременных женщин. *Пробл. репродукции*. 2012; (5): 9–17. [Burlev V.A., Timoshina I.V., Ilyasova N.A. et al. Adipose gland: molecular and functional features in pregnant women. *Problemy reproduktivnoy meditsiny*. 2012; (5): 9–17. (In Russ.)]

7. Djiane J., Attig L. Role of leptin during perinatal metabolic programming and obesity. *J. Physiol. Pharmacol.* 2008; 59 (Suppl. 1): 55–63. PMID: 18802216.

8. Прилепская В.Н., Иллагова Е.В. *Ожирение: кли-*

ника, диагностика, лечение. М.: Медпресс-информ. 2007; 64 с. [Prilepskaya V.N., Illagova E.V. *Ozhirenie: klinika, diagnostika, lechenie*. (Obesity: clinic, diagnosis, treatment.) Moscow: Medpress-inform. 2007; 64 p. (In Russ.)]

9. Комшилова К.А., Дзгоева Ф.Х. Беременность и ожирение. *Ожирение и метаболизм*. 2009; (4): 9–13. [Komshilova K.A., Dzgoeva F.Kh. Pregnancy and obesity. *Ozhirenie i metabolizm*. 2009; (4): 9–13. (In Russ.)]

10. Иллагова Е.В. Ожирение и репродуктивная функция: современный взгляд на проблему. *Пробл. репродукции*. 2012; (4): 23–27. [Illagova E.V. Obesity and reproductive function: modern view on the issue. *Problemy reproduktivnoy meditsiny*. 2012; (4): 23–27. (In Russ.)]

УДК 616.935: 614.446: 615.281.9: 615.33

© 2017 Куракин Э.С. и соавторы

ПРИМЕНЕНИЕ БАКТЕРИОФАГА В ОЧАГЕ ГОСПИТАЛЬНОГО ШИГЕЛЛЁЗА

Эдуард Станиславович Куракин*

Тулский государственный университет, г. Тула, Россия

Поступила 15.11.2016; принята в печать 08.08.2017.

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2017-917

Цель. Оценка эпидемиологической эффективности применения поливалентного дизентерийного бактериофага для купирования вспышки инфекции, вызванной шигеллой Флекснера.

Методы. Исследования осуществлены в Тульском психоневрологическом стационаре, где сформировался стойкий очаг шигеллёза, обусловленный возбудителем *Sh. flexneri* 2a. В ходе исследования проведена оценка эффективности антибактериальной терапии (ципрофлоксацин 250 мг в сутки в течение 7 дней — первая группа) путём оценки длительности бактериовыделения у 18 пациентов с лёгкой формой шигеллёзной инфекции, 21 — со среднетяжёлой, 2 — с тяжёлой. В то же время оценивали эффективность использования шигеллёзного бактериофага (вторая группа) при лечении 19 пациентов с лёгкой формой инфекции и 17 — со среднетяжёлой. Профилактику госпитального шигеллёза осуществляли во всем больным отделений, в которых была диагностирована инфекция. В этом случае назначали бактериофаг по следующей схеме: первые 5 дней по 2 таблетки бактериофага 4 раза в день, в дальнейшем по 2 таблетки 1 раз в день в течение всего времени пребывания пациента в стационаре. Данную схему назначали и вновь поступающим в поражённые отделения стационара пациентам с первого дня их пребывания.

Результаты. Применяемое лечение антибиотиками не во всех случаях приводило к быстрому и полному излечению. Неполный клинический эффект (сохранение признаков заболевания и бактериовыделение более 7 сут) при лечении шигеллёзной инфекции при лёгкой, среднетяжёлой и тяжёлой формах заболевания составлял 16,7; 61,9 и 50,0% соответственно. Высокая клиническая эффективность была отмечена при лечении пациентов с использованием шигеллёзного бактериофага. Процент неполного клинического излечения лёгких и среднетяжёлых форм заболевания составил 5,3 и 17,6% соответственно. В процессе проведения противоэпидемических мероприятий, направленных на локализацию и ликвидацию очага, профилактике по указанной схеме было подвергнуто около 1000 пациентов. Ни у одного из них не было зарегистрировано случаев манифестного проявления инфекции или бактерионосительства.

Вывод. В ходе исследования доказана клиническая и эпидемиологическая эффективность применения поливалентного дизентерийного бактериофага для купирования вспышки, вызванной *Sh. flexneri* 2a.

Ключевые слова: шигеллёзная инфекция, бактериофаг, антибиотикотерапия, противоэпидемические мероприятия.

BACTERIOPHAGE USE IN THE FOCUS OF HOSPITAL-ACQUIRED SHIGELLOSIS

E. S. Kurakin

Tula State University, Tula, Russia

Aim. Evaluation of epidemiologic effectiveness of polyvalent dysentery bacteriophage use for management of infection outbreak caused by *Shigella flexneri*.

Methods. Investigation was performed in Tula psychoneurological hospital where the persistent focus of shigellosis was formed by *Sh. flexneri* 2a. As part of the study, evaluation of efficacy of antibacterial treatment (ciprofloxacin 250 mg per day for 7 days — group 1) was performed by evaluating duration of bacterial excretion in 18 patients with mild, 21 with moderate and 2 with severe *Shigella* infection. At the same time efficacy of *Shigella* bacteriophage (group 2) was assessed during treatment of 19 patients with mild and 17 with moderate form of the infection. Prevention of hospital-acquired shigellosis was provided for all patients in the departments where the infection was diagnosed. In this case bacteriophage was administered as following: first 5 days — 2 pills of bacteriophage 4 times a day, then 2 pills once a day during the whole period of hospitalization. This scheme was administered also to all patients newly admitted to the involved departments from day 1 of hospital stay.