



Изучить влияние ожирение течение беременности и родов

¹Юлдашева Д.Ю
²Пишенбаева Н.Д

^{1,2}Ташкентская медицинская академия
 Кафедры акушерства и гинекологии в
 семейной медицине

Аннотация

Актуальность. Проблема ожирения представляет угрозу здоровью населения Земли. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 1,7 миллиарда человек на планете имеет избыточный вес, а к 2025 году 40 % мужчин и 50 % женщин будут страдать ожирением. Актуальность проблемы заключается еще и в том, что количество лиц, страдающих ожирением, прогрессивно увеличивается. Этот рост составляет примерно 10 % от их предыдущего количества за каждые 10 лет. В экономически развивающихся странах около 30 % населения имеют избыточную массу тела [1; 2].

В современном мире ожирение и связанный с ним сахарный диабет второго типа, характеризующие развитие метаболического синдрома, признаны ВОЗ неинфекционными эпидемиями в связи с широким распространением, высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений, ранней инвалидизацией и преждевременной смертностью [1; 3]. Соматические заболевания влияют на течение беременности, родов и послеродового периода. В этой связи в последнее время значительно возрос интерес исследователей к проблеме метаболического синдрома. Метаболический синдром встречается, по данным разных авторов, у 25–45 % населения индустриально развитых стран, имеет при этом широкое распространение среди лиц молодого возраста и относится к числу самых распространённых заболеваний [4; 5].

Kalit so‘zlar: Ожирение, гестационная гипертензия, избыточной масса тела, преэклампсия .

Согласно критериям ВОЗ, о развитии метаболического синдрома судят по наличию не менее чем двух критериев: артериальная гипертензия (артериальное давление выше 160/90 мм рт. ст.), дислипидемия, ожирение абдоминального типа (индекс массы тела (ИМТ) больше 30 кг/м²), микроальбуминурия. Специалисты разного профиля редко используют этот диагноз, как правило, подменяя его перечислением отдельных составляющих, таких как ожирение, артериальная гипертензия, сахарный диабет второго типа и так далее [2].

Согласно данным литературы, имеется большое количество исследований относительно характера гестационных осложнений у женщин с ожирением, с артериальной гипертензией, при наличии сахарного диабета. При этом чаще всего указанные состояния не рассматриваются как отдельные симптомы метаболического синдрома. Более того, не изучено от какого компонента метаболического синдрома в большей степени зависит наличие или отсутствие различных осложнений гестации [6]. Известно, что метаболический синдром у женщин репродуктивного возраста часто является причиной невынашивания и ранних потерь беременности, синдрома поликистозных яичников и ановуляторного бесплодия, гиперплазии и рака эндометрия, дисгормональных заболеваний молочных желез. В случае наступления беременности описан ряд осложнений: угроза прерывания беременности, гипотрофия или макросомия плода, фетоплацентарная недостаточность, переносная беременность, развитие преэклампсии, антенатальная гибель плода [3; 7]. Часты и осложнения в родах и послеродовом периоде: нарушения родовой деятельности, дистоция плечиков, кровотечения в родах и послеродовом периоде, преждевременное или запоздалое излитие околоплодных вод, высокая частота оперативных вмешательств и индукции родов. Нередко приходится осуществлять родоразрешение путем операции кесарева сечения, высока частота репродуктивных потерь [2]. Известно, что выполнение операции кесарева сечения может быть технически трудным у женщин с ожирением, кроме того, риск осложнений анестезии значительно повышен по сравнению с женщинами, имеющими нормальный вес [7]. На фоне ожирения и при наличии метаболического синдрома у женщин часто наблюдаются нарушения менструально-овариальной функции и бесплодие [3; 6]. Доказано, что имеется прямая зависимость между нарастанием массы тела и выраженностью овариальных нарушений, сопровождающихся ановуляцией, недостаточностью лютеиновой фазы и снижающейся кратностью беременностей. Однако спорным остается вопрос о степени зависимости нарушения репродуктивной функции и выраженности проявлений метаболического синдрома [3; 6; 7].

Цель: Сравнительная оценка особенностей течения родов и послеродового периода у женщин с разной степенью ожирения.

Нами был проведен ретроспективный анализ 40 история женщин с ожирением, родивших в период с 2023 по 2024 гг. в родильном отделении ТМА. Критерий включения в исследование – женщины репродуктивного возраста с ИМТ более 30 кг/м². Диагностика ожирения осуществлялась на основании индекса массы тела по формуле Кетле (L. A. Quetelet, 1869). Произведен анализ степени ожирения, наличия сопутствующей экстрагенитальной патологии, паритета, особенностей течения беременности, родов, массы тела и состояния новорожденных. Все женщины были разделены на группы согласно степени ожирения.

РЕЗУЛЬТАТЫ Ожирение 1 степени диагностировано у 40% (n=8), 2 степени – у 30 % (n=6), 3 степени – у 30 % (n=6). Хроническая артериальная гипертензия наблюдалась у 4 (20%) исследуемых, гестационная гипертензия – у 1 (5 %), 2 (10 %) и 3 (15 %) беременных с ожирением 1, 2 и 3 степени

соответственно, преэклампсия – в 5 %, 5 % и 10 % случаев соответственно. В структуре сопутствующих заболеваний у беременных с ожирением 1, 2 и 3 степени преобладали варикозное расширение вен нижних конечностей (в 5 %, 5 % и 20 % случаев соответственно) и анемия у беременных (у 10 %, 5 % и 10 % женщин соответственно). Миопия обоих глаз наблюдалась у 5 % женщин с 1 степенью ожирения и по 5 % женщин со 2 и 3 степенью. Миома матки выявлена у 5 % беременных со 2 степенью и у 5 % женщин с 3 степенью ожирения. Первыми роды были у 4 женщин с 1 степенью ожирения (20%), у 5 женщин – со 2 степенью ожирения (25 %), и у 3 – с 3 степенью ожирения (15 %). Частота операции кесарева сечения в исследуемых группах составила: 5 (25 %) случай у женщин с ожирением 1 степени, 2 (10 %) случаев у женщин с ожирением 2 степени, 5 (25 %) случаев у женщин с ожирением 3 степени. Наиболее частым осложнением родов через естественные родовые пути были разрывы промежности 1–2 степени: 10 % (n=2), 5 % (n=1), 5 % (n=1) у беременных с ожирением 1, 2, и 3 степени соответственно. В удовлетворительном состоянии родилось 70 % новорожденных, в состоянии асфиксии – 25 % новорожденных. Масса новорожденных, родившихся от женщин с ожирением 1 степени, составила 3685 ± 100 г, 2 степени – 3957 ± 120 г, 3 степени – 4280 ± 150 г. Рождение крупного плода наблюдалось у 10 % (n=2) женщин с ожирением 1 степени, 10 % – с ожирением 2 степени и 20 % – 3 степени.

Средний возраст беременных, имеющих ожирение, составил $26,9 \pm 5,2$ лет. При анализе данных женщин исследуемой группы преобладали пациентки с ожирением 1 степени (40 %), меньше было пациенток с ожирением 2 степени (30 %), ожирение 3 степени встречалось – у 30 %. Хроническая артериальная гипертензия наблюдалась у 3 исследуемых из группы женщин с ожирением 2 и 3 степени. Согласно критериям ВОЗ, сочетание ожирения и хронической артериальной гипертензии свидетельствует о развитии метаболического синдрома у этих женщин. Нами отмечена относительно высокая частота гестационной гипертензии и преэклампсии у беременных с ожирением 2 и 3 степени. Обращает на себя внимание тот факт, что за анализируемый период времени среди всех родивших женщин частота хронической артериальной гипертензии составила 25 %, гестационной гипертензии – 10%, преэклампсии – 20 %, что в 2–5 раз меньше, чем в исследуемых группах. В структуре сопутствующих заболеваний у беременных с ожирением 1, 2 и 3 степени преобладали варикозное расширение вен нижних конечностей и анемия у беременных, причем достоверных различий частоты этих осложнений между исследуемыми группами не выявлено.

Частота операции кесарева сечения у всех женщин с ожирением оказалась достоверно выше, чем в среднем по родильному отделению (60 %) – 25 %, 10 % и 25 % соответственно. Основными показаниями к абдоминальному родоразрешению явились: клинически узкий таз – 10% случаев; антенатальный дистресс плода – 20 %; упорная слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной коррекции – 5 %. Наиболее частым осложнением родов через естественные родовые пути были разрывы промежности 1–2 степени, причем не выявлено корреляции между степенью ожирения у женщин и частотой разрывов

промежности. Большинство новорожденных в исследуемых группах родились в удовлетворительном состоянии, однако 25 % новорожденных родились в состоянии асфиксии. Каждый третий новорожденный, родившийся от матери с третьей степенью ожирения, имел массу тела более 4000 г. Соответственно, нами выявлена тенденция к увеличению средней массы тела новорожденных в зависимости от степени ожирения и развития метаболического синдрома у матери.

ВЫВОДЫ На основании проведенного ретроспективного анализа 1 степень ожирения диагностирована у 40 %, 2 степень – у 30 %, 3 степень – у 30 % исследуемых, причем данные только части беременных с ожирением 2 и 3 степени свидетельствуют о развитии у них метаболического синдрома, согласно критериям ВОЗ. Миопия обоих глаз встречалась примерно в 2 раз чаще у женщин с ожирением 2 и 3 степени и метаболическим синдромом, чем 1 степени. Частота хронической артериальной гипертензии, гестационной гипертензии и преэклампсии у беременных с ожирением 2 и 3 степени и метаболическим синдромом достоверно выше, чем при ожирении 1 степени и в целом по родильному отделению. Также отмечен достоверный рост родоразрешений путем операции кесарева сечения у женщин с ожирением соответственно увеличению степени его тяжести. Кроме того, нами выявлена тенденция к увеличению средней массы тела новорожденных и к развитию крупного плода в зависимости от степени ожирения матери и развития у нее метаболического синдрома.

Соответственно, наличие избыточной массы тела и возможное развитие метаболического синдрома повышает риск таких серьезных осложнений беременности, как гестационная гипертензия и преэклампсия, крупный плод, повышает частоту оперативного родоразрешения, причем риск растет соответственно увеличению степени ожирения. Все это обуславливает необходимость более внимательного контроля состояния беременной с ожирением и метаболическим синдромом, но в первую очередь – коррекции обмена веществ, схемы питания и, соответственно, массы тела.

Литературы.

1. World Health Organization – Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles; 2014. Available at: http://www.who.int/nmh/countries/rus_en.pdf?ua=1. Accessed April 11, 2018.
2. Михалевич С. И., Ещенко А. В. Акушерские проблемы у пациенток с метаболическим синдромом. Медицинские новости. 2011;6:19–22.
3. Ганчар Е. П., Кажина М. В. Метаболический синдром и беременность. Охрана материнства и детства. 2013;2(22):76–80.
4. Тагиева Ф. А. Метаболический синдром в акушерстве и гинекологии. Світ медицини та біології. 2016;2(56):204–206.
5. Alberti K. G., Zimmet P., Shaw J.; IDF Epidemiology Task Force Consensus Group. Metabolic syndrome: a new worldwide definition. Lancet. 2005;366(9491):1059–1062.

6. Шляхто Е. В., Конради А. О. Эпидемиология метаболического синдрома в различных регионах. Зависимость от используемых критериев и прогностическое значение. Артериальная гипертензия. 2007;13(2):95–112.

7. Horvath B., Bodecs T., Boncz I., Bodis J. Metabolic syndrome in normal and complicated pregnancies. *Metab. Syndr. Relat. Disord.* 2013;11(3):185–188. doi: 10.1089/met.2012.0086.