

УДК 618.3:06

**РИСКИ, СВЯЗАННЫЕ С ОЖИРЕНИЕМ
ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Кокорева Галина Алексеевна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Мальцева Ольга Дмитриевна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

В статье рассматриваются риски, связанные с ожирением на фоне беременности. Обсуждаются наиболее важные аспекты ведения беременности и послеродового периода у женщин на фоне ожирения.

Ключевые слова: ОЖИРЕНИЕ
И БЕРЕМЕННОСТЬ, КРУПНЫЙ ПЛОД,
ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ,
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

UDC 618.3:06

**THE RISKS ASSOCIATED WITH OBESITY
IN PREGNANCY**

Kokoreva Galina Alekseevna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia*

Maltseva Olga Dmitrievna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia*

The article presents the risks associated with obesity during pregnancy. The most important aspects of pregnancy and the postpartum period in women with obesity are discussed.

Keywords: OBESITY AND PREGNANCY,
MACROSOMIA, GESTATIONAL DIABETES
MELLITUS, PRETERM DELIVERY

На сегодняшний день ожирение – одна из самых актуальных проблем во всем мире. Ожирение во время беременности имеет краткосрочные и долгосрочные неблагоприятные последствия как для матери, так и для ребенка.

Беременные женщины, страдающие избыточным весом, подвергаются повышенному риску материнских и перинатальных осложнений. Степень риска возрастает с увеличением степени ожирения женщины.

У пациенток с ожирением повышается риск ранней потери беременности. В систематическом обзоре 2011 г., включающем шесть ретроспективных исследований и в общей сложности 28538 женщин (3800 тучных [ИМТ ≥ 28 или 30 кг/м^2], 3792 с избыточным весом [ИМТ $25\text{--}29 \text{ кг/м}^2$] и 17146 с нормальным весом [ИМТ $<25 \text{ кг/м}^2$]), доля пациенток с ≥ 1 выкидышем для женщин с ожирением составила 16,6 %, для женщин с избыточным весом – 11,8 % и для женщин с нормальным весом – 10,7 % [1].

У женщин с ожирением повышается риск рождения плода с врожденными аномалиями, включая дефекты нервной трубки, пороки развития сердца, орофациальные дефекты и нарушения сокращения конечностей [2].

Ожирение увеличивает риск преждевременных родов, в первую очередь, из-за связанных с ним заболеваний: гипертония, преэклампсия и диабет. В 2010 г. систематический обзор показал, что риск преждевременных родов у женщин с избыточной массой тела и ожирением повышается с увеличением ИМТ, по сравнению с пациентками, не страдающими ожирением [3].

Женщины с метаболически осложненным ожирением имеют повышенную резистентность к инсулину, что клинически проявляется гестационным сахарным диабетом, чрезмерным ростом плода. В результате увеличивается частота кесаревых сечений и осложнений в послеродовом периоде. Повышение ИМТ связано с увеличением времени от разреза до родов во время кесарева сечения, что способствует возрастанию случаев заболеваемости новорожденных, а также акушерских осложнений [4, 5].

В ряде исследований сообщалось, что увеличение массы тела до беременности имеет линейную связь с весом ребенка при рождении, родами крупным плодом. В результате увеличивается риск материнского и младенческого травматизма (дистоция плечиков, разрывы промежности вследствие увеличения длины бедренной и плечевой кости, окружности головки плода), возрастает частота применения вакуум-экстракций, акушерских щипцов, проведения кесаревых сечений [6].

Данные проспективных когортных исследований свидетельствуют о том, что снижение массы тела беременных с ожирением до нормы в период между первой и второй беременностями сокращало риск кесарева сечения и родов крупным плодом [7].

Послеродовые женщины с ожирением имеют повышенный риск венозной тромбозной эмболии, депрессии и проблем с кормлением грудью [8].

Необходимо учитывать, что при выраженном ожирении возникают трудности в проведении УЗ-диагностики плода, а также в подборе дозировки при медикаментозном лечении: стандартной дозы может быть недостаточно, а ее увеличение может привести к токсическим реакциям или неблагоприятному воздействию на плод.

Жировая ткань является активным эндокринным органом, который может опосредованно влиять на систему «мать – плацента – плод», нарушая кровообращение, вызывая изменения в плаценте.

На базе нашей женской консультации был проведен анализ амбулаторных карт беременных и обменных карт родильного дома у 50 женщин: 25 – с ожирением (основная группа); 25 – без ожирения (контрольная группа). У 12 (48 %) женщин из основной группы была 1-я степень ожирения; у 9 (36 %) – 2-я степень; у 4-х (16 %) – 3-я степень.

В результате проведенного исследования было выявлено, что у женщин с ожирением отмечалась более высокая частота осложнений беременности: преэклампсия (80 % против 12 %), угроза прерывания беременности

(21,5 % против 8,0 %), железодефицитная анемия (43 % против 24,4 %). Наиболее частым осложнением родов являются: несвоевременное излитие околоплодных вод (22,5 % против 12,2 %), травмы мягких тканей родовых путей (21,6 % против 14,6 %), дискоординация родовой деятельности (15 % против 10 %). Кроме того, у женщин с ожирением наблюдали плотное приращение плаценты (8 %), дефект последа (4 %). Частота сопутствующей экстрагенитальной патологии в основной группе беременных отмечалась у 19 (75 %) беременных, в контрольной – у 14 (56 %).

Через естественные родовые пути были родоразрешены – 16 (64 %) женщин основной и 23 (92 %) пациентки контрольной групп. Путем кесарева сечения по акушерским показаниям были родоразрешены 9 (36 %) женщин основной и 2 (8 %) беременные контрольной группы. У женщин с ожирением в состоянии асфиксии родилось 5 (20 %) детей, перинатальное поражение ЦНС диагностировано у 10 (40 %) новорожденных. В контрольной группе беременных дети родились без патологий [9].

Таким образом, ожирение является отрицательным преморбидным фоном для развития беременности и течения родов. Поэтому на этапе планирования беременности необходимо информировать женщин о неблагоприятных последствиях ожирения: о возможных осложнениях беременности, родов, послеродового периода. Необходимо своевременно выявлять и лечить экстрагенитальные заболевания (сахарный диабет, гипертония) совместно со смежными специалистами для оптимизации состояния здоровья матери.

Пациентка должна получить информацию о потенциальных рисках во время беременности, связанных с ожирением, диетой, нормами увеличения массы тела. Женщину необходимо проконсультировать о пользе снижения массы тела до или на этапе планирования беременности.

Список литературы

1. *Boots C., Stephenson M. D.* // *Semin Reprod. Med.* – 2011 Nov.; 29(6):507–13. Epub. – 2011. Dec 8.
2. *Stothard K. J., Tennant P. W., Bell R., Rankin J.* // *JAMA.* – 2009; 301(6):636.
3. *McDonald S. D., Han Z., Mulla S., Beyene J.* // *BMJ.* – 2010; 341: 3428. Epub. – 2010 Jul. 20.
4. *Poobalan A. S., Aucott L. S., Gurung T., Smith W. C., Bhattacharya S.* // *Obes. Rev.* – 2009; 10(1):28.
5. *Girsen A. I., Osmundson S. S., Naqvi M., Garabedian M. J., Lyell D. J.* // *Obstet. Gynecol.* – 2014 Oct; 124(4):684–9.
6. *Zhang C., Hediger M. L., Albert P. S., Grewal J., Sciscione A., Grobman W. A., Wing D. A., Newman R. B., Wapner R, D'Alton M. E., Skupski D., Nageotte M. P., Ranzini A. C., Owen J., Chien E. K., Craig S., Kim S., Grantz K. L., Louis G. M. B.* // *JAMA Pediatr.* – 2018; 172(1):24.
7. *Getahun D., Kaminsky L. M., Elsassser D. A., Kirby R. S., Ananth C. V., Vintzileos A. M.* // *Obstet. Gynecol.* – 2007;197(4):376.e1.
8. *Catalano P. M., Shankar K.* // *BMJ.* – 2017; 356: j1. – Epub. 2017 Feb 8.
9. *Кокорева Г. А.* Материалы анализа амбулаторных карт беременных ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» «Женская консультация № 3» / Г. А. Кокорева, Ю. М. Бинцаровская, Л. П. Савицкая. – Краснодар, 2018. – С. 2–3.