

УДК 616-056.52:618.2–071.1:618.3	UDC 616-056.52:618.2–071.1:618.3
ОЖИРЕНИЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ	OBESITY AND WOMEN'S REPRODUCTIVE HEALTH
Гончаренко Кристина Витальевна <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар</i>	Goncharenko Kristina Vitalievna <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar</i>
Шаповалова Ольга Александровна – канд. мед. наук <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар</i>	Shapovalova Olga Aleksandrovna – MD <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar</i>
Яременко Эмма Михайловна <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар</i>	Yaremenko Emma Mikhailovna <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar</i>
Юсупова Заира Садагаджиевна <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»; ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар</i>	Yusupova Zaira Sadagadzhievna <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»; SBEA HE «Kuban state medical university», Krasnodar</i>
<p>Ожирение – актуальная проблема современного акушерства. По данным статистики, в мире частота случаев ожирения среди беременных – 12–28 % и не имеет тенденции к снижению. Установлена непосредственная связь ожирения с различными проблемами репродуктивного здоровья – невынашивание беременности, бесплодие, нарушение менструального цикла, гестоз и др.</p> <p>Цель. Выявить особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с ожирением.</p> <p>Материал и методы. Анализ исходов родов у пациенток с ожирением.</p> <p>Результаты. За 2023 г. было 8177 родов, пациенток с ожирением в анамнезе – 1655. Из них кесарево сечение было проведено у 837 женщин, роды через естественные родовые пути – у 718 пациенток. Слабость родовой деятельности во время родов обнаружена у 109 беременных.</p> <p>Выводы. Проведенное исследование позволило выявить, что ожирение является неблагоприятным фоном в процессе родов. Женщины с ожирением I–III степени имеют больший риск развития осложнений не только во время беременности, но и родов. Пациентке необходимо придерживаться рекомендаций специалистов (акушера-гинеколога, эндокринолога) по снижению веса. Наступлению беременности должна предшествовать комплексная прегравидарная подготовка.</p>	<p>Obesity is an actual problem in modern obstetrics. According to statistics, the worldwide incidence of obesity among pregnant women is 12–28 % and shows no tendency to decrease. Obesity is directly linked to various reproductive health problems, such as miscarriage, infertility, menstrual irregularities, gestosis, etc.</p> <p>Objective. To identify the characteristics of pregnancy, childbirth, and the postpartum period in obese women.</p> <p>Material and methods. Analysis of childbirth outcomes in obese patients.</p> <p>Results. There were 8,177 births during 2023 year, and among them 1,655 patients had a history of obesity. Of these, 837 women underwent cesarean sections and 718 delivered vaginally. Weak labor activity during childbirth was detected in 109 pregnant women.</p> <p>Conclusions. The study revealed that obesity is an unfavorable factor during labor. Women with obesity of I–III degree have a higher risk of complications not only during pregnancy, but also during labor. The patient must follow the recommendations of specialists (obstetrician-gynecologist, endocrinologist) on weight loss. The onset of pregnancy should be preceded by comprehensive pregravid preparation.</p>
Ключевые слова: ОЖИРЕНИЕ И БЕРЕМЕННОСТЬ, ИСХОД РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ОЖИРЕНИЕМ, СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	Key words: OBESITY AND PREGNANCY, BIRTH OUTCOME IN OBESE PATIENTS, WEAKNESS OF LABOR

Введение

Беременные с ожирением подвергаются повышенным рискам возникновения материнских и перинатальных осложнений, они усиливаются с увеличением тяжести заболевания. Согласно статистическим данным, четверть случаев осложнений беременности (гестационная гипертензия, преэклампсия, гестационный диабет, преждевременные роды, крупные для гестационного возраста младенцы [LGA]) обусловлены материнским ожирением или избыточным весом.

Пациентки с ожирением до беременности, сопровождаемым повышенной гестационной прибавкой веса, имеют высокую степень риска осложнений беременности. Потомство беременных с ожирением подвергается повышенному риску развития ожирения в детстве и во взрослом возрасте.

Врачи-акушеры должны знать о рисках и модифицировать уход за пациентами во время беременности и в послеродовом периоде, чтобы снизить опасность неблагоприятных исходов. Рекомендации клинической практики по ведению беременных и женщин с ожирением, планирующих беременность, различаются. Последовательно предусмотрено консультирование пациенток по возможным рискам беременности, предложены здоровое питание, физические упражнения, а также направление к диетологу для контроля снижения веса и увеличения его во время беременности.

Ожирение матери оказывает умеренное влияние на течение родов, которое не зависит от размера плода, но связано с индексом массы тела (ИМТ) беременной. Например, по результатам крупного исследования среднее время дилатации у нерожавших пациенток от 4 до 10 см при ИМТ < 25 от 30 до 34,9; от 35 до 39,9 и ≥ 40 кг/м² составляло 5,4; 6; 6,7 и 7,7 ч соответственно после корректировки на искажающие факторы. Аналогичная тенденция наблюдалась у рожавших пациенток.

Продолжительность второго периода родов, по-видимому, не различается среди пациенток, ИМТ которых до беременности соответствует категориям нормального, избыточного веса и ожирения.

Проблемы индукции. Беременные с ожирением подвергаются повышенному риску индукции родов из-за осложнений беременности, предусматривающих ранние роды, более длительную и неудачную индукцию и в этом случае – кесарево сечение. Величину риска можно проиллюстрировать репрезентативными исследованиями.

Продолжительность родов. В исследовании продолжительность родов у искусственно нерожавших женщин увеличивалась на 0,3 ч на каждые 10 кг прибавки веса (с поправкой на возраст матери, вес ребенка при рождении, начальное раскрытие шейки матки и диабет); такая связь не наблюдалась у рожавших женщин.

Неудачная индукция. В другом исследовании у беременных с ожирением вероятность неудачной индукции была в два раза выше, чем у женщин с нормальным весом. Риск возрастал с увеличением класса ожирения (отношение шансов (ОШ) для классов 1-го, 2-го и 3-го: 1,85; 2,30 и 2,89 соответственно).

Кесарево сечение. В исследовании индукции беременных с ожирением I–III степени частота рождений с помощью кесарева сечения в соответствии с ИМТ составила:

от 40 до 50 кг/м² – 46 %;

от 50 до 60 кг/м² – 63 %;

>60 кг/м² – 69 %.

Ожирение является фактором риска кесарева сечения во время родов как в плановом порядке, так и с увеличением веса матери. В США в 2020 г. частота кесарева сечения у пациенток с нормальным ИМТ, ожирением 1-го, 2-го и 3-го классов ожирения составила примерно 25 %, 37, 43 и 52 % соответственно.

Осложнения беременности, связанные с ожирением, высокий вес ребенка при рождении, а также повышенная частота преждевременных родов частично объясняют высокий уровень риска кесарева сечения. Однако ожирение также является независимым фактором риска, возможно, из-за неблагоприятного воздействия на течение родов.

Обсервационные исследования подтверждают, что пробные роды после кесарева сечения (TOLAC) с меньшей вероятностью приведут к вагинальным родам у беременных с ожирением (например, неудачный пример TOLAC с нормальным ИМТ – 15 %; ожирение), ИМТ – 30 % в одном большом исследовании. По этой причине ИМТ является одной из переменных, включенных в калькуляторы, которые оценивают шансы человека на естественные роды после предыдущего кесарева сечения. Однако ожирение не является противопоказанием для TOLAC. Решение должно быть принято в процессе совместного принятия медицинских решений.

Материал и методы

Для достижения поставленной цели нами проведено ретроспективное когортное нерандомизированное исследование по оценке исходов родов у пациенток на базе перинатального центра (ПЦ) ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» (ККБ № 2).

Результаты

За 2023 г. было всего 8177 родов. Пациенток с ожирением в анамнезе – 1655, из них кесарево сечение было проведено у 837 женщин. Роды через естественные родовые пути – у 718 пациенток, слабость родовой деятельности во время родов возникла у 109 беременных.

Заключение

Согласно результатам исследований, ожирение является неблагоприятным фоном в процессе родов. Женщины с ожирением I–III степени имеют повышенный риск развития не только осложнений во время беременности, но и родов. Беременные должны выполнять рекомендации специалистов

(акушера-гинеколога, эндокринолога) по снижению веса. До наступления беременности необходимо проводить прегравидарную подготовку.

Список литературы

1. *Аметов А. С.* Ожирение – эпидемия XXI века / *А. С. Аметов* // Территориальный архив. – 2002. – Т. 74, № 10. – С. 5–7.
2. *Дедов И. И.* Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты / *И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко*. – М.: ООО Мед. информ. агентство, 2004. – 456 с.
3. *Чазова И. Е.* Метаболический синдром / *И. Е. Чазова, В. Б. Мычка*. – М.: Медицина, 2004. – С. 9–11.
4. Питание и здоровье в Европе: новая основа для действий // Региональные публикации ВОЗ. – 2009. – № 96. – 304 с.
5. *Комшилова К. А.* Беременность и ожирение / *К. А. Комшилова, Ф. Х. Дзгоева* // Ожирение и метаболизм. – 2009. – № 4. – С. 9–13.
6. *Медведь В. И.* Ожирение и беременность / *В. И. Медведь, И. Н. Грицай* // Искусство лечения. – 2013. – № 5. – С. 28–32.
7. *Ляличкина Н. А.* Осложнения беременности и родов у женщин с ожирением и с чрезмерной прибавкой массы тела / *Н. А. Ляличкина, Е. А. Иванова* // Материалы XLV научно-практической конференции. – 2017. – С. 246–250.
8. Risk factors for arrhythmia and sudden cardiac death late after repair of tetralogy of Fallot: a multicentre study / *M. A. Gatzoulis, S., Balaji S. A. Webber et al.* // *Lancet*. – 2000. – Vol. 356. – P. 975–981.
9. *Зобова Д. А.* Сахарный диабет как фактор риска преждевременных родов / *Д. А. Зобова, Т. К. Парамонова, Н. А. Тюрина* // Сборник статей Международной научно-практической конференции. – 2016. – С. 145–148.
10. Сравнительная характеристика течения беременности и родов у женщин различных возрастных групп / *Е. А. Петрова, С. В. Абрамова, Е. В. Беликова, Н. А. Авдеева* // Материалы XIV республиканской научно-практической конференции. – 2015. – С. 115–116.
11. *Радзинский В. Е.* Прегравидарная подготовка: клинический протокол / *В. Е. Радзинский и др.* – М.: Редакция журнала StatusPraesens. – 2016. – 80 с.
12. *Чазова И. Е.* Метаболический синдром / *И. Е. Чазова, В. Б. Мычка*. – М.: Медицина, 2004. – С. 9–11.