Карагандинский Государственный
Медицинский Университет
Кафедра педиатрии и перинатологии

Тема: «ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ, ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ»

Руководитель: Пак И.В.
Исполнили: резиденты АиГ
1-года обучения
Баймусаева А.М.,
Демеева Н.М.,
Серікқызы С., Хасенова А.К.

План научной работы:

- **Определение**
- **Актуальность темы**
- **Цель научной работы**
- **Задачи**
- **Материалы и методы**
- **Выводы**
- **Рекомендации**
- **Использованная литература**

Определение

Ожирение – это хроническое заболевание, характеризующееся избыточным накоплением жировой ткани в организме. Ожирение является серьезной проблемой и наносит вред здоровью и благополучию значительной части населения, в том числе недопустимый ущерб здоровью детей, значительно увеличивает расходы службы здравоохранения. Ожирение существенно повышает уровни заболеваемости и инвалидности, осложняет течение сопутствующих заболеваний, ухудшает качество жизни и общее состояние здоровья, уменьшает ожидаемую продолжительность жизни (ВОЗ).

- В клинической практике тучность оценивают при помощи индекса массы тела (ИМТ). ИМТ высчитывают путем деления массы тела в килограммах на рост в квадратных метрах. В соответствии с рекомендациями ВОЗ разработана следующая интерпретация показателей ИМТ для взрослого населения[10]:

• до 19 кг/м^2 – дефицит веса;
• 19-24,9 кг/м^2 — нормальный вес;
• 25-29,9 кг/м^2 — избыточный вес;
• 30 кг/м^{2}и выше — ожирение.

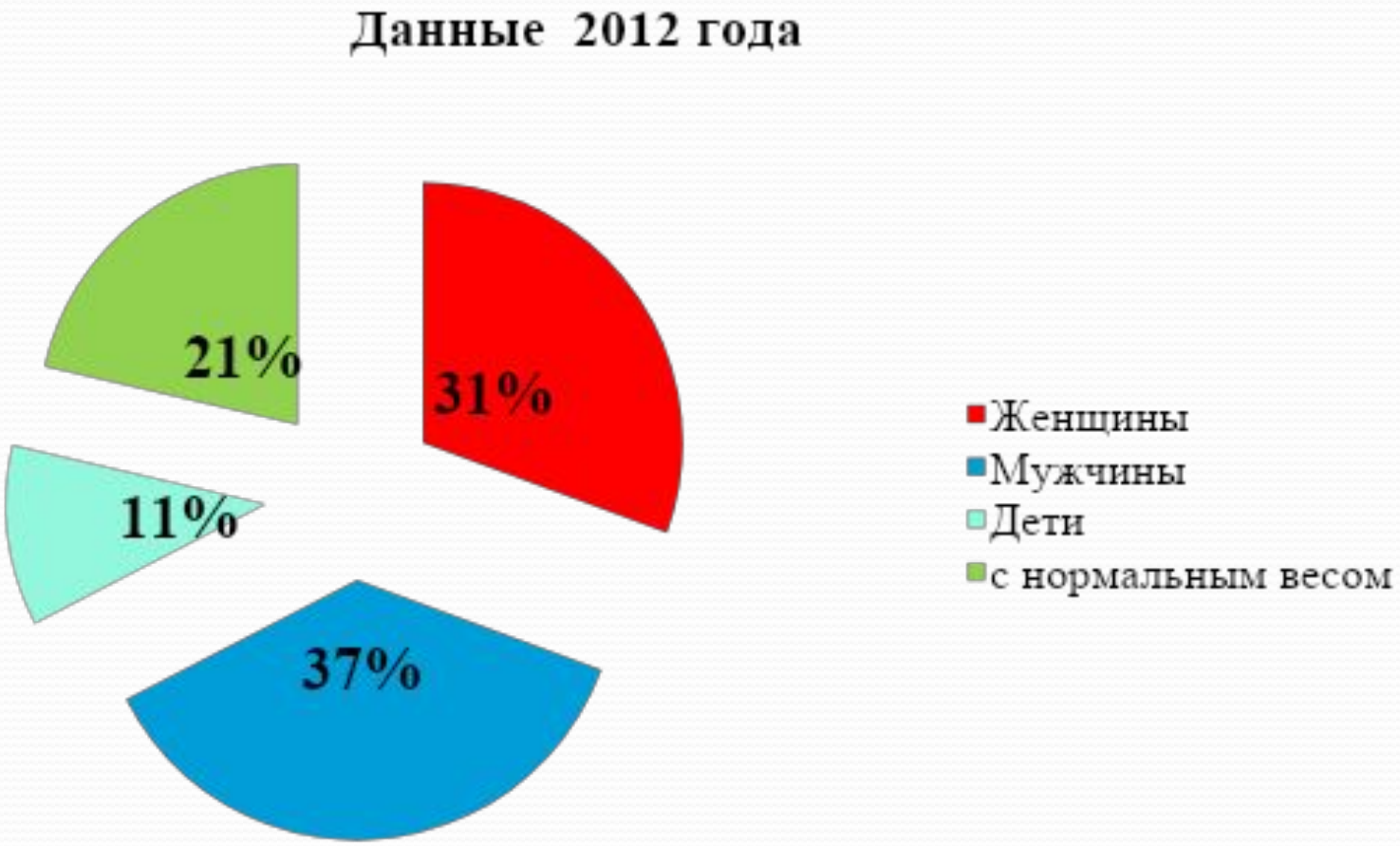
Классификация с оценкой степени риска сопутствующих заболеваний

			Риск сопутствующих заболеваний	
Степень ожирения	ИМТ кг/м2		ОТ (жен) 80-88 см ОТ (муж) 94-102 см	ОТ (жен) ³88 см ОТ (муж) ³102 см
Избыточная масса тела	25,0-29,9		Повышенный	высокий
Среднее	30,0-34,9	Ожирение I степени	Высокий	Очень высокий
Умеренное	35,0-39,9	Ожирение II степени	Очень высокий	Очень высокий
Крайнее (морбидное)	³ 40	Ожирение III степени	Крайне высокий	Крайне высокий

Актуальность:

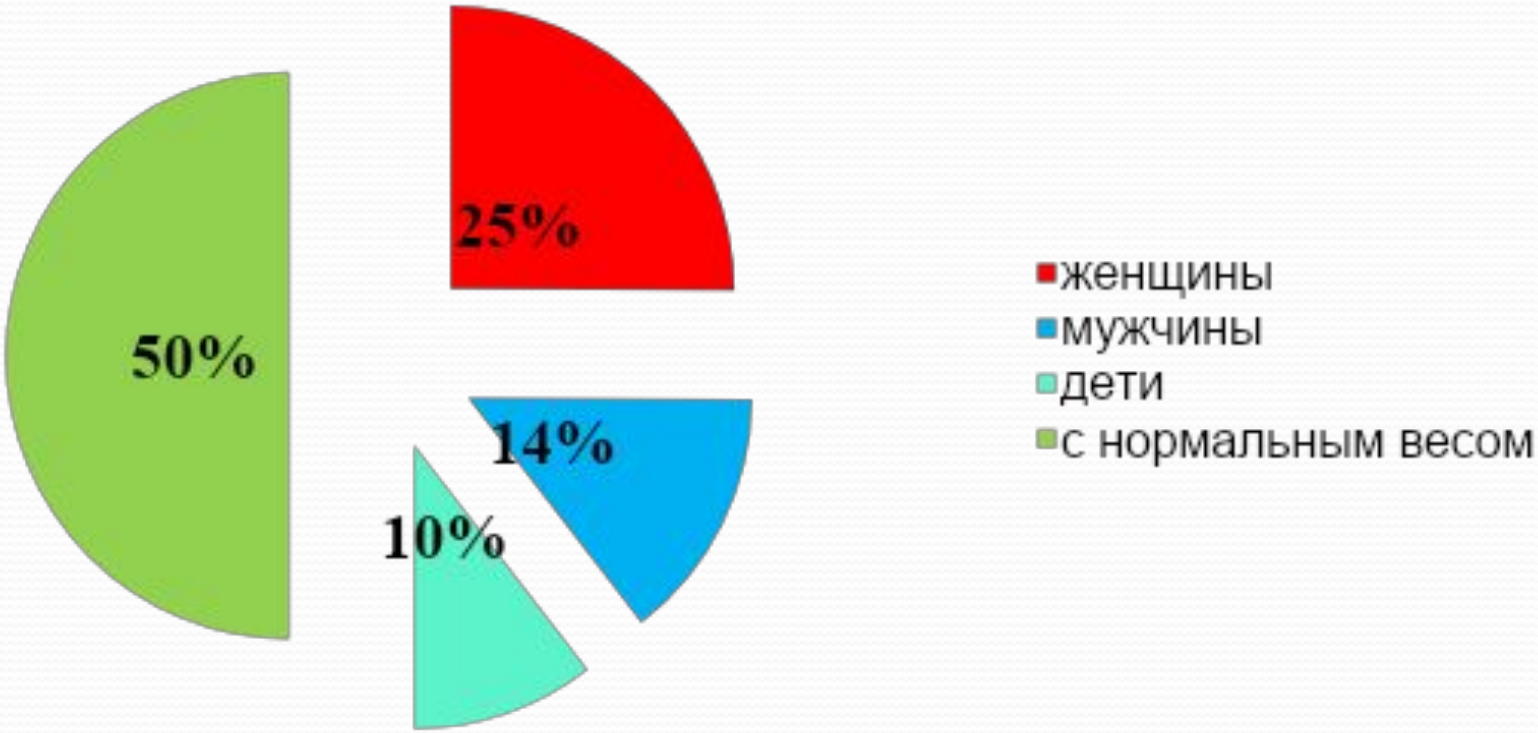
Социальная значимость проблемы ожирения определяется угрозой инвалидности пациенток молодого возраста, снижением общей продолжительности жизни на 7–10 лет, увеличением смертности после 40 лет в два раза в связи с развитием тяжелых сопутствующих заболеваний. [17]. Установлено, что увеличение массы тела на каждые 10 кг сопровождается повышением систолического давления на 3 мм рт. ст., диастолического – на 2 мм рт. ст. [1]. По данным статистики, в мире частота ожирения среди беременных колеблется от 12 до 28 % и не имеет тенденции к снижению [2; 3;]. Анализ литературы показал, что в настоящее время отмечается эпидемия ожирения, в том числе, среди женщин репродуктивного возраста [1,3,15,16].

Средняя распространенность населения с избыточной массой тела в Казахстане (Академия питания)



Средняя распространенность населения с ожирением в Казахстане (Академия питания)

Данные 2012 года



Представленные данные свидетельствуют о том, что более половины населения Казахстана страдают избыточной массой тела и ожирением.

Так, в США частота избыточной массы тела и ожирения в возрасте 18—49 лет составляет 44% [5]. Избыточный вес может быть причиной нарушений репродуктивной функции, в том числе бесплодия и невынашивания [4]. Показано, что у женщин с ожирением имеется риск осложнений во время беременности и родов. Кроме того, ожирение матери может отрицательно влиять на здоровье будущего ребенка. [15,16,18].

Ряд авторов выявили высокую частоту гестационного диабета, преэклампсии, врожденных пороков развития плода, преждевременных родов, кесарева сечения у женщин с высоким индексом массы тела (ИМТ) [2, 3, 4, 5, 6,16]. В связи с этим, целью нашего исследования явилось выявление особенностей течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с ожирением.

Цель исследования

- изучить течение беременности и родов, а также перинатальные исходы у женщин с различной степенью ожирения

Задачи:

Провести ретроспективный анализ истории родов беременных с ожирением (основная группа n-230) в сравнении с нормальным ИМТ (контрольной группой n-222).

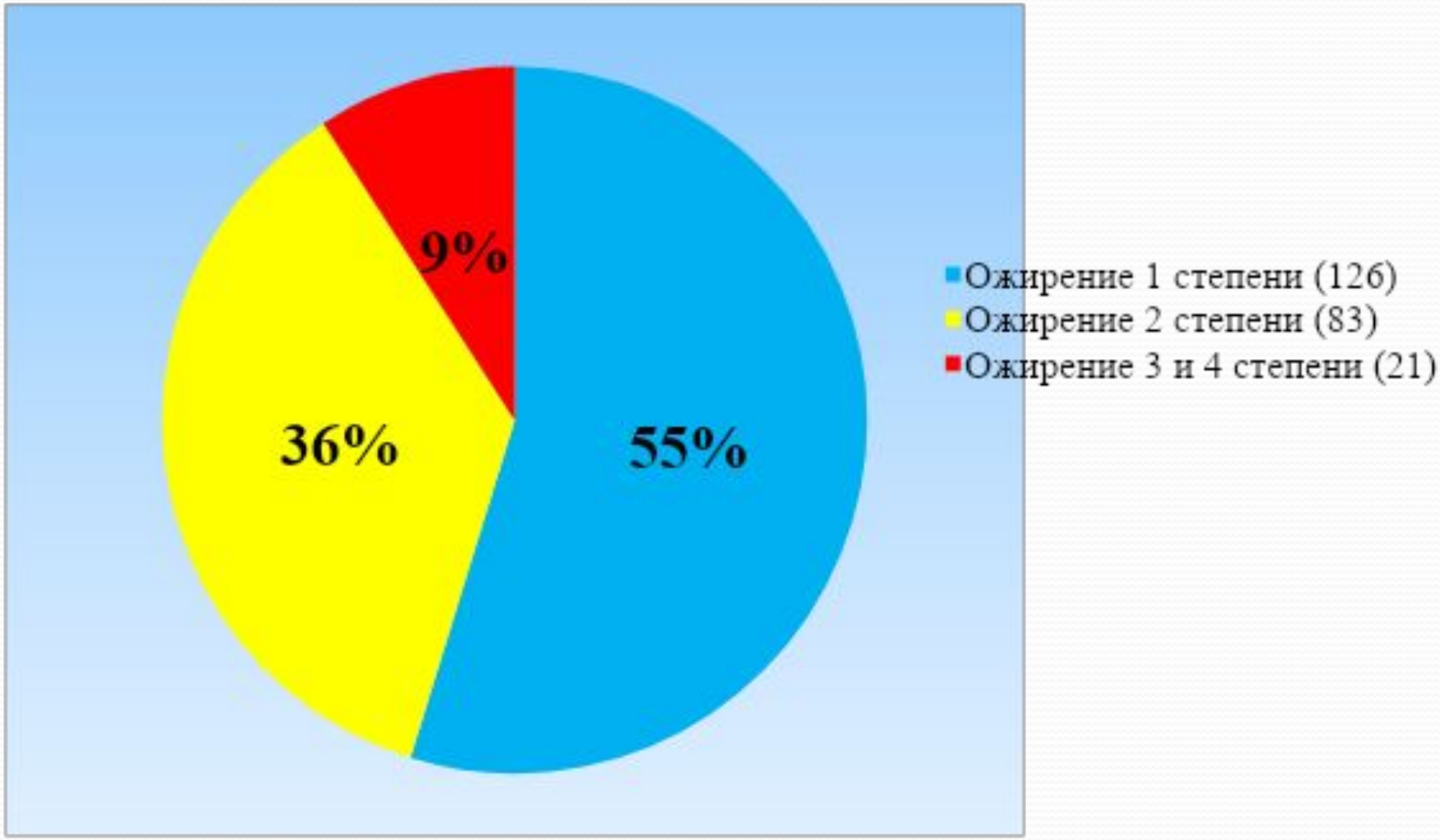
- Изучить течение беременности у пациенток с ожирением в сравнении с нормальным ИМТ.
- Изучить течение родов и послеродового периода у пациенток с ожирением в сравнении с нормальным ИМТ.
- Изучить состояние плода и новорожденного у пациенток с ожирением в сравнении с нормальным ИМТ.

Контингент и методы исследования

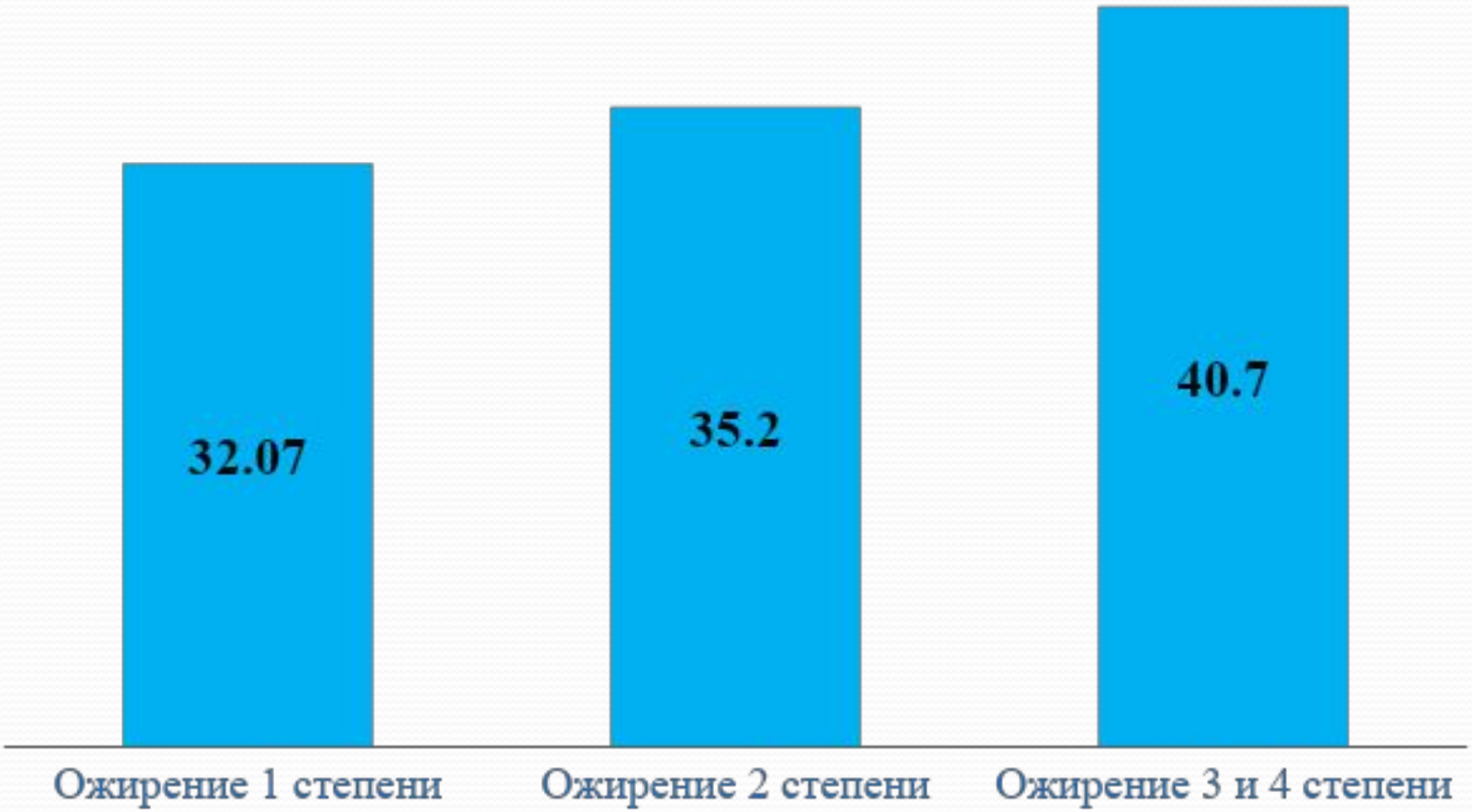
Исследование проводилось на базе ПМСП города Караганды. (Поликлиники №2, №4,№5). Просматривались истории родов с 2015 по 2017гг. Для решения поставленных задач было обследовано **230** беременных с ожирением (средний ИМТ 31,1).

В группу сравнения включено **222** беременных с нормальным индексом массы тела (средний ИМТ 23,8). В зависимости от степени ожирения все пациентки были разделены на 3 группы. Возраст пациенток с ожирением колебался от 18 до 42 лет (средний 29,9 ± 5,4 лет). Изучались социальный и семейный статус, профессиональная деятельность, анамнез, а также особенности течения беременности и родов.

В зависимости от степени ожирения все пациентки (233) были разделены на 3 группы



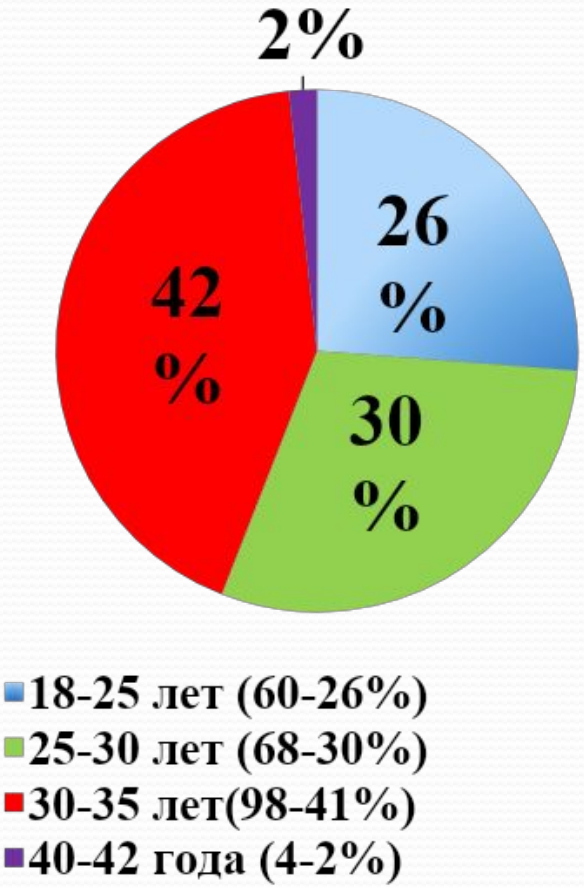
Средний показатель ИМТ

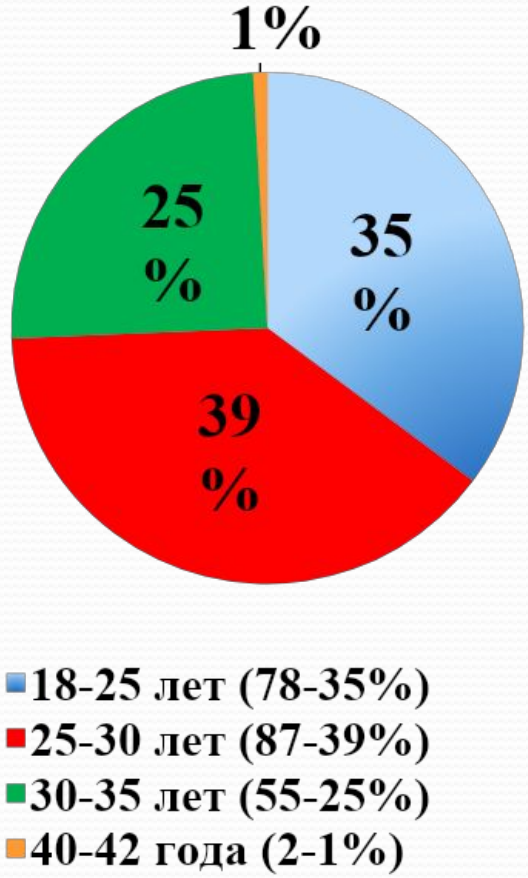


Результаты исследования

Акушерско – гинекологического анамнеза	Женщины с ожирением	Женщины с нормальным ИМТ
Многорожавшие	12,1% (абс 27)	9,1% (абс 20)
Нарушение менструального цикла в анамнезе	14,5% (абс 33)	9,5% (абс 21)
Бесплодие различного генеза в анамнезе	6,1% (абс 14)	2,3% (абс 5)
Оперативные роды в анамнезе	11,3% (абс 25)	6,1% (13)

Возраст беременных в группах с ожирением контрольной группой



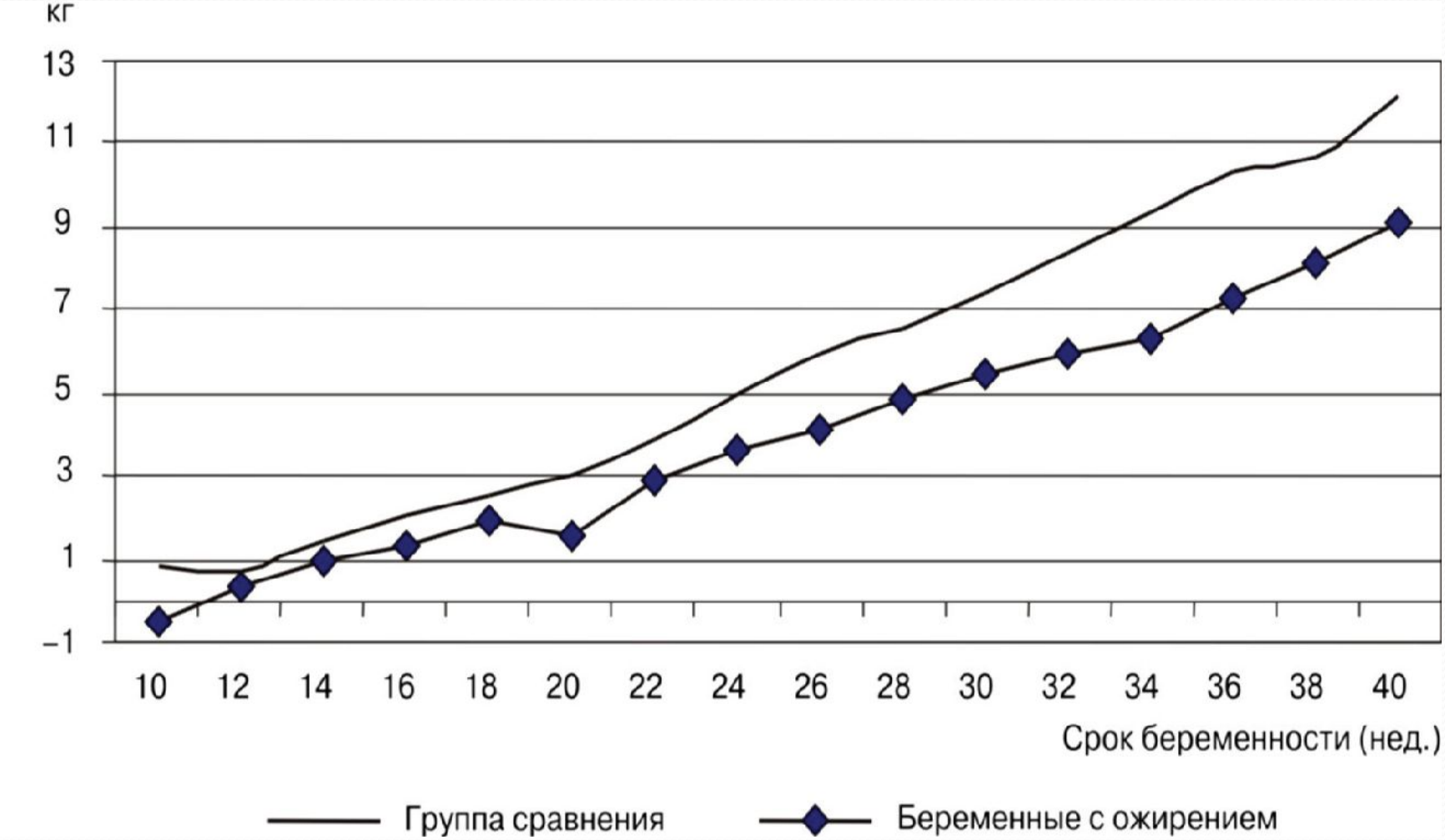


Осложнения	Ожирение n=230		Группа сравнения n=222	
	абс	%	абс	%
I половина беременности				
Угроза прерывания беременности	55	23,9%	41	18,5%
Истмико- цервикальная недостаточность	12	5,2%	6	2,7%
Рвота беерменных	13	5,7%	11	5,0%
Железодефицитная анемия	23	10,0%	25	11,3%
Артериальная гипертензия	99	43,0%	36	16,2%
Инфекция почек и мочевыводящих путей	2	0,9%	4	1,8%
Обострение хронической герпетической инфекции	18	7,8%	9	4,1%
Кольпит неспецефический	7	3,0%	8	3,6%
Бактериальный вагиноз	14	6,1%	13	5,9%
Кандидоз	6	2,6%	9	4,1%
Инфекции передаваемые половым путем	9	7,8%	8	3,6%

I I половина беременности				
Угроза прерывания беременности	50	21,7%	58	26,1%
Железодефицитная анемия	121	52,6%	117	52,7%
Инфекция почек и мочевыводящих путей	18	7,8%	16	7,2%
Нарушение толерантности к глюкозе	5	2,2%	3	1,4%
Плацентарная недостаточность	45	19,6%	39	17,6%
Внутриутробная гипоксия плода.	37	16,1%	39	17,6%
Задержка развития плода	10	4,3%	14	6,3%
Отеки беременных	39	17,0%	16	7,2%
Преэклампсия легкой степени	45	19,6%	26	11,7%
Преэклампсия средней и тяжелой степени	15	6,5%	8	3,6%
Гепатоз беерменных	1	0,4%	2	0,9%
Кольпит неспецифическтй	30	13,0%	29	13,0%
Бактериальный вагиноз	12	5,2%	18	8,1%
Кандидоз	27	11,7%	33	14,9%
Инфекции передаваемые половым путем	17	7,4%	21	9,5%
Многоводие	11	4,8%	9	4,1%

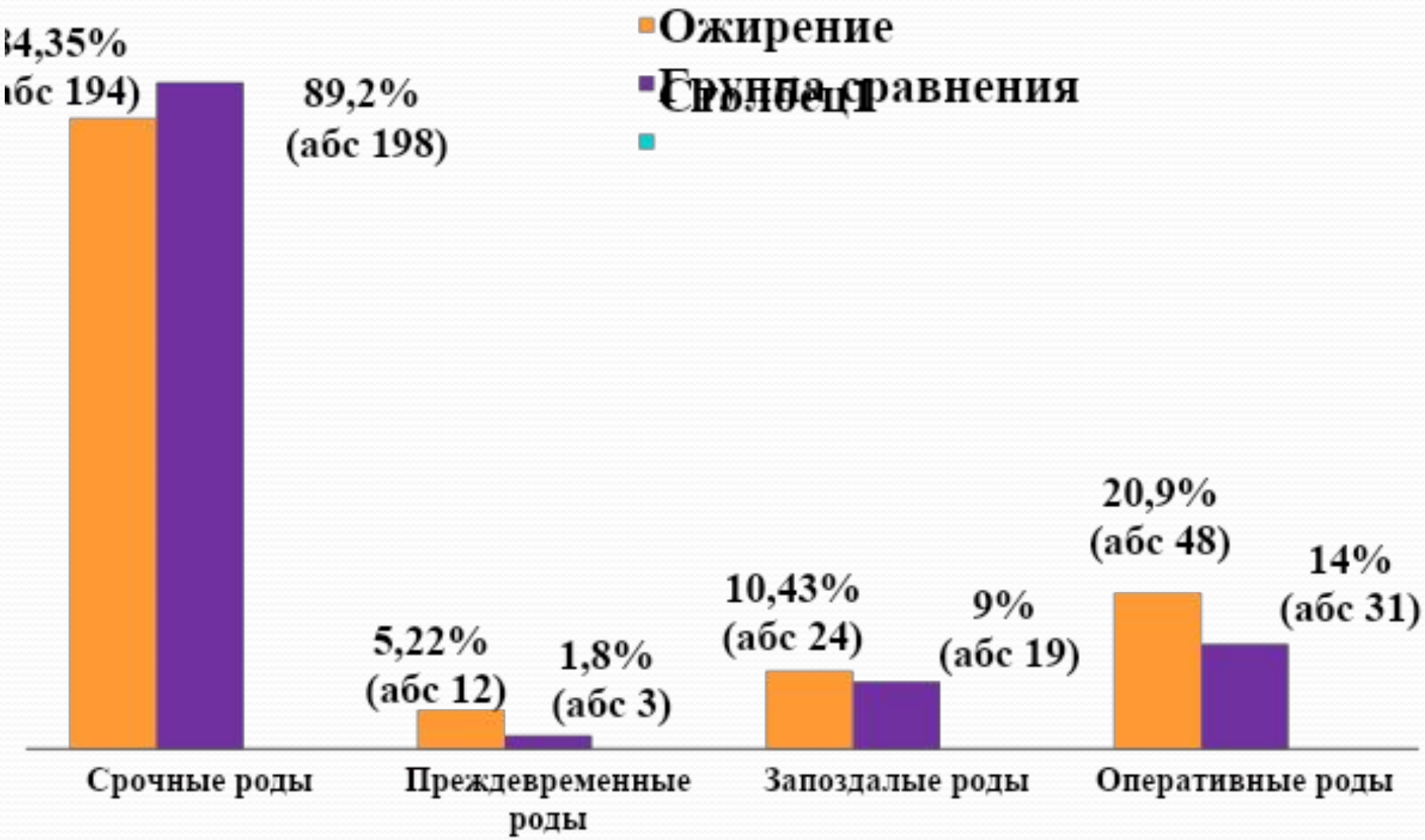
- В I половине беременности выявлено достоверное увеличение частоты истмико-цервикальной недостаточности при наличии ожирения (5,2% по сравнению с 2,7%). II половина беременности протекала без осложнений лишь у 18 (7, 8%) беременных с ожирением, что достоверно меньше, чем у беременных группы сравнения (31—14%). Как видно из табл., частота отеков и гестоза различной степени тяжести в основной группе была достоверно выше, чем в группе женщин с нормальным ИМТ.

Средняя прибавка веса у беременных с ожирением и с нормальным ИМТ с учетом срока гестации

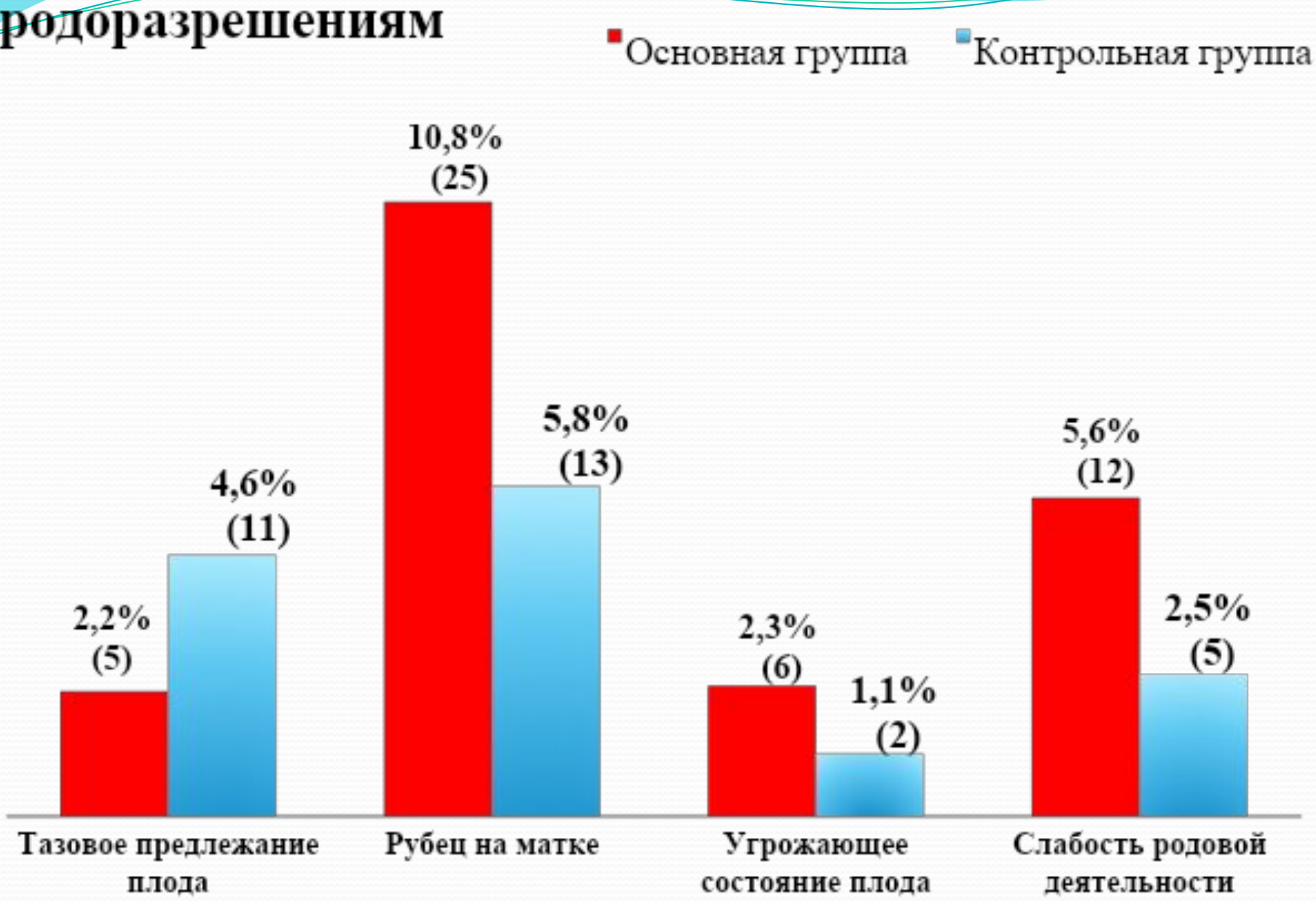


- В I триместре беременности различия в прибавке веса в двух группах были минимальными. У некоторых пациенток с высоким ИМТ в эти сроки отмечалось снижение веса. Во второй половине гестации женщины с нормальным ИМТ прибавляли в весе больше, чем при ожирении. **[13]** Прибавка массы тела у беременных с ожирением в среднем составила 8,9 ± 4,6 кг, аналогичный показатель при нормальном ИМТ был 12,2 ± 3,9 кг. Общая прибавка веса у беременных основной группы уменьшалась по мере нарастания массы тела и составила 9,6 ± 4,5 кг при ожирении I степени, 8,7 ± 4,7 кг — II степени, 5,3 ± 3,9 кг — III и IV степени. В задачи нашего исследования было включено изучение особенностей течения родов и послеродового периода у женщин с ожирением. Исход настоящей беременности с учетом срока гестации представлен на рис. 2. Как видно на рис. 2, у пациенток с ожирением преждевременные роды отмечались достоверно чаще (5,2% по сравнению с 1,8%). Частота родоразрешения операцией кесарева сечения у тучных женщин превышала аналогичный показатель в группе сравнения (20,9% и 14%)

Исходы беременностей в основной и контрольной группах



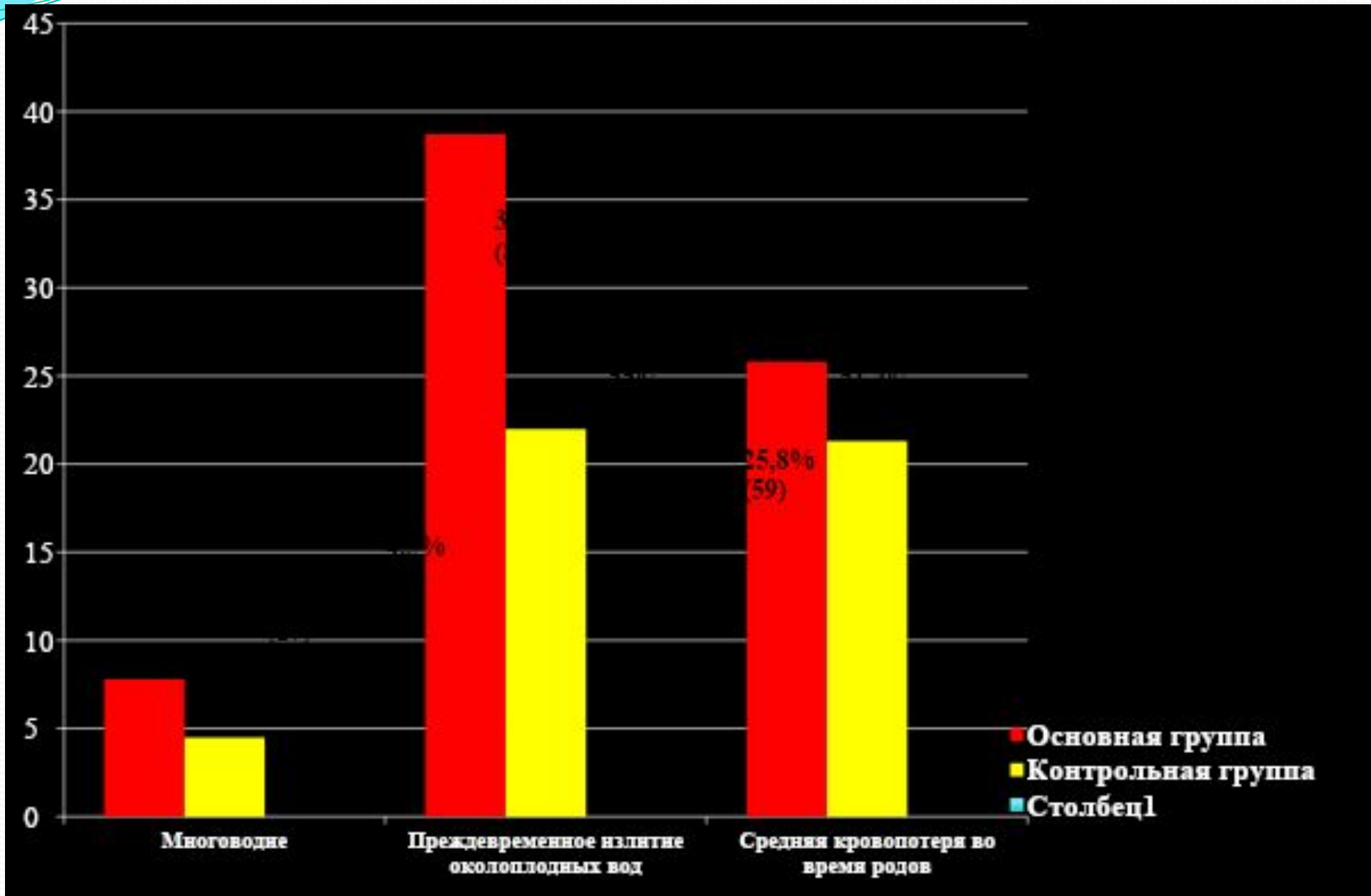
Показания к оперативным родоразрешениям



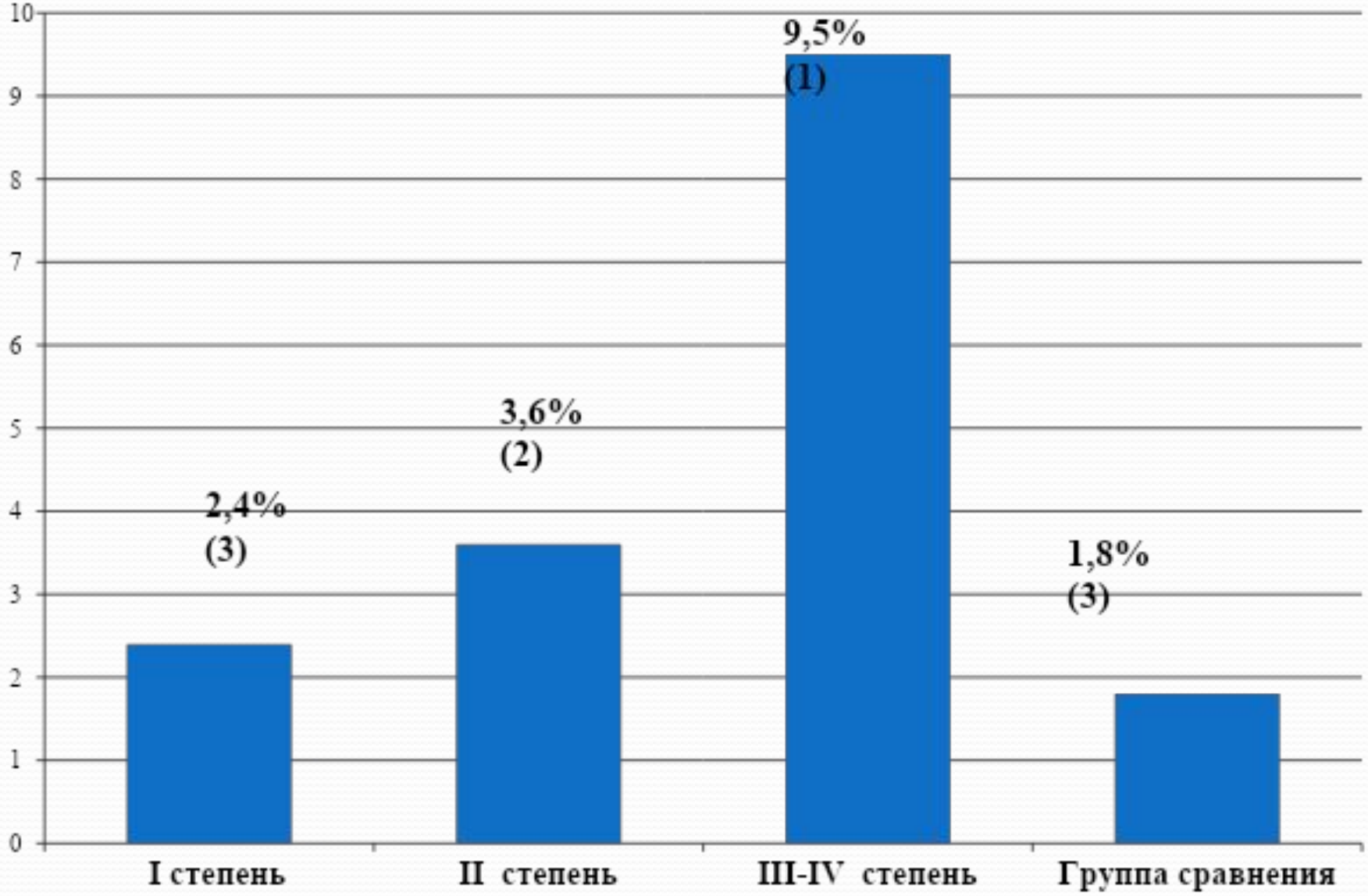
Осложнения течения I и II периода родов

- **Женщины с ожирением - 133 (57,8%)**
- **Женщины с нормальным ИМТ - 121 (54,5%)**

Часто встречающиеся осложнения во время беременности и родов



Частота гипотонического кровотечения у женщин с различной степенью кровотечения



Кроме анализа течения беременности у женщин с ожирением , также мы проводили анализ исходов у новорожденных

Основная группа

- **Число новорожденных- 234**
- **В том числе многоплодная беременность- 4**

Контрольная группа

- **Число новорожденных-22 2**
- **В том числе многоплодная беременность- 0**

Оценка новорожденных по шкале Апгар

Основная группа	Контрольная группа
6-7 балл -19 (8,1%)	6-7 балл -11 (4,9%)
7-8 балл-100 (42,9%)	7-8 балл-98 (44,1%)
8-9 балл-115 (49%)	8-9 балл-113 (50%)

Частота осложнении у новорожденных в группах матерей с ожирением и нормальным ИМТ

Заключение

На основании проведенных нами исследований у беременных женщин с ожирением в основной группе в сравнении с контрольной группой больше процентов ОАА:

- по невынашиванию – ↑ 5%;
- Преэклампсии - ↑ 8%;
- Преждевременным родам- ↑ 3,42%;
- ИЦН - ↑ 3%
- Отеки беременных-↑ 10%.

Кроме этого нами было выяснено что у женщин в основной группе было выявлено ряд осложнений течения родов по:

- Многоводию - ↑ 3,3%;
- Преждевременному излитию околоплодных вод- ↑ 16,7%;
- Гипотоническому кровотечению - ↑ 4,5%;
- Со слабой родовой деятельностью - ↑ 5,6%;
- Оперативному родоразрешению – ↑ 6,9%;

Также на основании проведенного анализа, отмечается риск перинатального периода у новорожденных по:

- Макросомии плода - ↑ 5,1%;
- Асфиксии новорожденных - ↑ 3,2%;
- Имеется тенденция к увеличению числа врожденных пороков развития-1,7%.

Рекомендации:

- Ведение пациенток с ожирением на этапе прегравидарной подготовки заключается в снижении массы тела, минимум до 1 степени ожирения. Советы по весу и образу жизни следует давать во время консультаций по планированию семьи, а вес, индекс массы тела и окружность талии должна регулярно контролироваться. [11,14] .

- Ведение беременных с ожирением должно соответствовать клиническим протоколам диагностики и лечения.
- При посещении беременных на амбулаторном уровне должно проводиться измерение веса и роста, расчет и документирование ИМТ (на каждом приеме).
- Использовать подходящий размер манжеты для измерения АД;
- Рекомендовать Фолиевую кислоту 5 мг в день, до планирования беременности и в 1-м триместре [12]
- Рекомендовать ежедневное применение 10 мкг витамина D; [12]
- Принимать 75 мг аспирина ежедневно, если имеется дополнительный фактор риска для преэклампсии; [12]

- Оценить риск тромбоэмболии;
- Тромбопрофилактика, если имеются данные из анамнеза;
- Правильное питание, умеренные физические нагрузки.
- При угрозе прерывания беременности в I триместре пациенткам с ожирением необходимо назначать терапию гестагенными препаратами.
- В 24-28 недель беременности всем пациенткам показано проведение ГТТ для исключения гестационного сахарного диабета.
- Оценка уровня гликированного гемоглобина у беременных с эугликемией целесообразна только в ранние сроки беременности для исключения предсуществующего СД 1 и 2 типа. [11]

- При ведении родов у пациенток с ожирением своевременно решить вопросы для оперативного родоразрешения, в группе женщин с ожирением 3 степени и 4 степени.
- После родов пациентка с ожирением должна быть обследована для исключения прогрессирования метаболического синдрома, тромбофилии, хронической болезни почек (оценка СКФ) и сахарного диабета (ГТТ с 75 г глюкозы).

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Ehrenberg HM, Iams JD, Goldenberg RL Maternal Obesity, Uterine Activity, and the Risk of Spontaneous Preterm Birth. Obstet Gynecol 2009; 113:48. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2790406/
- [2] Bellver J, Melo, MA, Bosch, E. Obesity and poor reproductive outcome: the potential role of the endometrium. Fertil Steril 2007; 88:446.. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17418840
- [3] Chen A, Feresu SA, Fernandez C. Maternal obesity and the risk of infant death in the United States. Epidemiology 2009; https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2674328/
- [4] Hall L.F., Neubert A.G. Obesity and Pregnancy // Obstetr. Gynecol. Surv. — Vol. 60. — № 4. — P. 253—260. https://www.jogc.com/article/S1701-2163(15)30879-3/fulltext
- [5] Linnй Y. Effects of obesity on women's reproduction and complications during pregnancy // Obesity rev. — 2004. —Vol. 5. — P. 137—143. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15245382
- [6] Sarver D.B., Allison R.C., Gibbons L.M. et al. Pregnancy and Obesity: A Review and Agenda for Future Research // J. women's health. — 2006. — Vol. 15. — № 6. — P. 720—733. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3412092/

- [7] Obesity in pregnancy Queensland Clinical Guidelines , The document supplement is integral to and should be read in conjunction with this guideline , MN15.14-V5.R20 December 2015. https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0019/142309/g-obesity.pdf
- [8] Guidelines and interventions for obesity during pregnancy Elizabeth Buschura and Catherine Kimb,* aDepartment of Medicine, Division of Metabolism, Endocrinology and Diabetes, University of Michigan, Ann Arbor, USA bDepartment of Medicine, University of Michigan, Ann Arbor, USA
- [9] Obesity and anxiety during pregnancy and postpartum: A systematic review journal homepage: www.elsevier.com/locate/jad Journal of Affective Disorders 186 (2015) 293–305.
- [10] WG O Global Guidelines—Obesityedit 2009
- [11] Jointly published by the Centre for Maternal and Child Enquiries and the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. March 2010 https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/cmacercogjointguidelinemanagementwomenobesitypregnancya.pdf
- [12] Vitamin and Mineral Supplementation and Pregnancy Current: November 2014, Amended May 2015 Review due: November 2017 https://www.ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/Vitamin-and-mineral-supplementation-in-pregnancy-(C-Obs-25)-Review-Nov-2014,-Amended-May-2015.pdf?ext=.pdf.

- **[13] Antenatal interventions for reducing weight in obese women for improving pregnancy outcome** 31 January 2013 http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009334.pub2/full
- **[14] Directed preconception health programs and interventions for improving pregnancy outcomes for women who are overweight or obese** 14 July 2015 **http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010932.pub2/full**
- **[15] Pregnancy risks associated with obesity.** Obstet Gynecol Clin North Am. 2015 Jun;42(2):335-53. doi: 10.1016/j.ogc.2015.01.008. **https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26002170.**
- **[16] Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. Send to**Obes Rev. 2015 Aug;16(8):621-38. doi: 10.1111/obr.12288. Epub 2015 May 28. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26016557.
- **[17] Obesity in pregnancy. Send to** Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2015 Apr;29(3):309-19. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2014.10.008. Epub 2014 Nov 1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25702971.
- **[18] Excess body weight during pregnancy and offspring obesity: potential mechanisms. Send to** Nutrition. 2014 Mar;30(3):245-51. doi: 10.1016/j.nut.2013.05.011. Epub 2013 Oct 6. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24103493.

Спасибо за внимание!!!