

*В.В. Пожидаева*  
**ТЯЖЕСТЬ НАРУШЕНИЙ ЖИРОВОГО ОБМЕНА  
И ИСХОД РОДОВ**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Р.Л. Коршикова*  
*Кафедра акушерства и гинекологии*  
*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*V.V. Pozhidaeva*  
**SEVERITY OF OBESITY AND THE OUTCOME OF BIRTH**

*Tutor: PhD, associate professor R.L. Korshicova*  
*Department of Obstetrics and Gynecology*  
*Belarusian State Medical University, Minsk*

**Резюме.** При наступлении беременности на фоне избыточного веса значительно повышается риск патологического течения беременности, родов, послеродового периода, увеличивается частота преждевременного прерывания беременности, рождения детей с различными нарушениями. В этом обзоре обсуждается связь ожирения с исходами матери, плода и беременности.

**Ключевые слова:** ожирение, фактор риска, кесарево сечение, осложненные роды.

**Resume.** With the onset of pregnancy against the background of excess weight, the risk of pathological course of pregnancy, childbirth and the postpartum period significantly increases, as well as the frequency of premature termination of pregnancy and the birth of children with various disorders increases. This review discusses the association of obesity with maternal, fetal and pregnancy outcomes.

**Keywords:** obesity, risk factor, caesarean section, obstructed labor.

**Актуальность.** Распространенность ожирения во всем мире заметно возросла за последние несколько десятилетий, и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) охарактеризовала эту тенденцию как «глобальную эпидемию», представляющую серьезную угрозу для здоровья населения [1]. Материнское ожирение в настоящее время считается одним из наиболее часто встречающихся факторов риска, наблюдаемых в акушерской практике [2]. Беременные женщины с ожирением сталкиваются со многими проблемами, начиная с периода зачатия и заканчивая послеродовым периодом. Они подвержены повышенному риску осложнений как для матери, так и для плода, включая гестационный диабет, гипертензию, преэклампсию, врожденные аномалии, мертворождение, макросомию плода, вероятность выполнения кесарева сечения, венозную тромбоземболию, раневые осложнения, трудности с грудным вскармливанием, послеродовую депрессию, послеродовую задержку веса и неонатальный синдром [3].

**Цель:** выявить влияние степени нарушения жирового обмена на течение и исход родов для матери и плода.

**Задачи:**

1. Изучить особенности течения родов у пациенток с нарушениями жирового обмена.
2. Проанализировать особенности методов родоразрешения у исследуемых пациенток.
3. Оценить исход родов и состояние новорожденных у пациенток с НЖО.

**Материалы и методы.** Ретроспективно проанализированы истории родов 148 пациенток с нарушениями жирового обмена, родоразрешенных на базе УЗ «1 ГКБ» г. Минска за период 2020 г. В зависимости от степени ИМТ пациентки были разделены на 3 группы: НЖО 1 – 63 (43%), НЖО 2 – 53 (36%), НЖО 3 – 32 (21%). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программного обеспечения MS Excel 2010.

**Результаты и их обсуждение.** В исследовании оценивался средний возраст пациенток, который составил в первой группе  $30,4 \pm 5,5$  лет, медиана – 30 лет. Во второй группе средний возраст пациенток  $32,4 \pm 5,3$  лет, медиана – 33 года, а в третьей – средний возраст пациенток  $32,2 \pm 5,2$  лет, медиана – 32 года.

Замечено, что частота экстрагенитальной патологии была значительно выше в группе НЖО 3. Наиболее часто выявляемыми патологиями оказались хроническая артериальная гипертензия, миопия, хронические ЛОР-заболевания (рисунок 1).



**Рис. 1** – Структура экстрагенитальной патологии

Течение родов у пациенток с НЖО имело некоторые особенности и нами было замечено, что с увеличением ИМТ повышается частота преждевременных родов (в группе НЖО 1 – 2%, НЖО 2 – 5%, НЖО 3 – 8%). Длительность течения беременности и родов в различных группах существенно не имела различий (таблица 1).

**Табл. 1** Длительность течения беременности и родов

	НЖО 1	НЖО 2	НЖО 3
<b>Средний срок длительности беременности</b>	276,6±1,17 дней.	273,4±1,15 дней.	273,2±1,79 дней.
<b>Средняя общая длительность родов</b>	7ч 36 мин	7 ч 6 мин	7ч 36 мин

Частота кесарева сечения (КС) оказалась достоверно выше в группе НЖО 3 (68%), что связано с большим количеством показаний. Среди основных показаний к плановому КС выявлены: наличие рубцов на матке (41%), крупный плод (22%), отсутствие эффекта при незрелости родовых путей – 9%. Показаниями к экстренному КС – усугубление ХФПН (32%), дистресс плода (26%), клинически узкий таз (16%) (рисунок 2).



Рис. 2 – Методы родоразрешения в группах

В группах НЖО 1 и НЖО 2 не выявлено достоверных различий в количестве индуцированных родов – 43%. Существенное снижение индуцированных родов в группе НЖО 3 (32%) объясняется тем, что в этой группе около 68% пациенток родоразрешались путем операции КС.

1 период родов имел осложнения со стороны плода, которые чаще отмечались в группе НЖО 3 – усугубление ХФПН (44%), дистресс плода (8%) (рисунок 3).

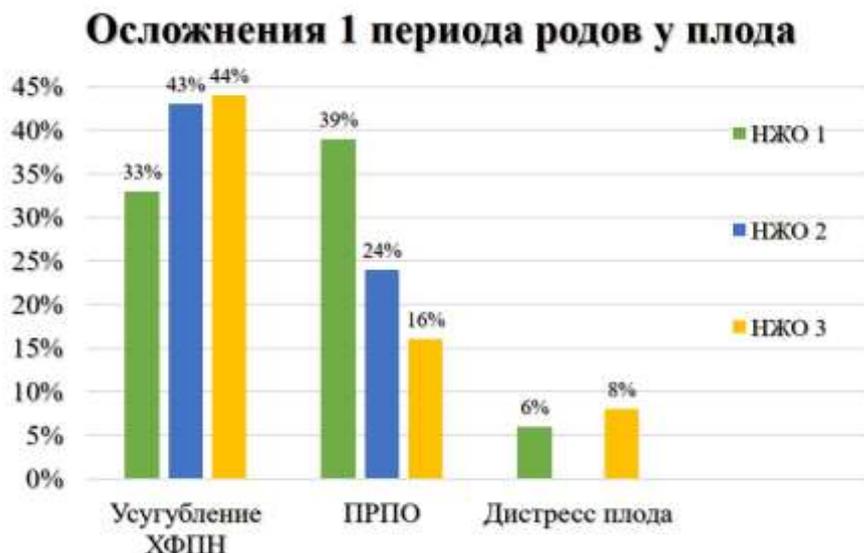


Рис. 3 – Осложнения течения 1 периода родов у плода

Заметна тенденция к возрастанию частоты аномалий родовой деятельности среди групп с НЖО 1 и НЖО 2 степени. Снижение частоты аномалий в группе НЖО 3 вызвано иной тактикой родоразрешения таких пациенток (рисунок 4).



**Рис. 4** – Аномалии родовой деятельности в 1 периоде родов

Одним из вариантов коррекции родовой деятельности в данном исследовании был мифепрестон. Его использование было оправдано при ПРПО, незрелой шейке матки (оценка по шкале Бишопа до 4 баллов) и при отсутствии воспалительных изменений (чистота влагалища 1-2 степени, отсутствие изменений в общем анализе крови, уровень СРБ в пределах нормы). Назначение простагландина было отмечено при ПРПО и раскрытии шейки матки до 4 см. Окситоцин вводился при вторичной слабости родовой деятельности в случаях, когда раскрытие составляло более 4 см или же после простагландина, как продолжение стимуляции родовой деятельности (таблица 2).

**Табл. 2.** Методы коррекции родовой деятельности

	НЖО 1	НЖО 2	НЖО 3
<b>Преиндукция (мифепрестонем)</b>	10 (16%)	-	4 (12%)
<b>Стимуляция Простин Е2</b>	16 (25%)	9 (17%)	6 (20%)
<b>Стимуляция окситоцином</b>	2 (4%)	4 (7%)	-
<b>Пентоксифиллин</b>	11 (18%)	15 (29%)	5 (16%)

Во втором периоде родов отмечался родовой травматизм, частота которого выше в группе НЖО 2 (67%). Использование вакуум-экстрактора отмечено в двух случаях родоразрешений (в группах НЖО 1 и НЖО 2). Средняя длительность 2 периода родов: НЖО 1 – 29,4±3,75 мин, НЖО 2 – 24,6±1,55 мин, НЖО 3 – 20±1,63 мин.

В 3 периоде родов возникала необходимость ручного отделения последа в группах с НЖО 1 (7%) и НЖО 2 (10%). Показания к этому – задержка без кровотечения и частично плотное прикрепление плаценты.

На свет появилось 149 новорожденных, среди которых была 1 монохориальная двойня. В 98,3% случаев беременности оканчивались рождением доношенных плодов (таблица 3).

**Табл. 3.** Вес новорожденных в разных группах

	<b>НЖО 1</b>	<b>НЖО 2</b>	<b>НЖО 3</b>
<b>Вес детей</b>	от 2580 до 4840 г	от 2280 до 4850 г	от 2160 до 5120 г
<b>Средняя масса новорожденных</b>	3665±72 г	3584,5±88,12	3606±117,5

Лишь в 9,2% случаев беременности оканчивались рождением плодов, оцениваемых по шкале Апгар ниже 6 баллов. В двух случаях возникала необходимость применения ИВЛ (в группе НЖО 3).

Частота осложнений раннего послеродового отмечена выше в группе НЖО 3., возникала необходимость в выскабливании в группах НЖО 2 (3%) и НЖО 4 (13%). Среди показаний для выполнения выскабливания встречались – лохиометра, повышение АД в родах. Кровотечение возникло в 13% случаев в группе НЖО 3.

В позднем послеродовом периоде в группе НЖО 1 возникли следующие осложнения – субинволюция матки (3%) и нагноение послеоперационной раны (3%).

#### **Выводы:**

1. Женщины с НЖО характеризуются наличием экстрагенитальной и генитальной патологии, способных значительно осложнять течение родов.
2. НЖО значительно оказывает влияние на вероятность патологических родов. Замечено, что с увеличением степени НЖО риск развития осложнений в течении родов возрастает.
3. Степень НЖО оказывает влияние на тактику ведения родов, увеличивая количество родоразрешений путем операции КС (68% КС у пациенток с НЖО тяжелой степени).
4. Индукция родов у пациенток с НЖО выше, а их эффективность достоверно ниже среднестатистической.

#### **Литература**

1. Andreea A. Creanga. Obesity in Pregnancy/ Creanga Andreea A. [et al.] // The New England Journal of Medicine. – 2022. – Vol. 387. – P. 248–259. doi: 10.1056/NEJMra1801040.
2. John F.M. Pregnancy Risks Associated with Obesity/ F.M. John [et al.] // Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. – 2015. – Vol. 42. – P. 335–353. doi.org/10.1016/j.ogc.2015.01.008.
3. Rachael T. The Clinical Approach to Obesity in Pregnancy/ T. Rachael [et al.] // Clinical Obstetrics and Gynecology. – 2014. – Vol. 57. – P. 485–500. doi: 10.1097/GRF.0000000000000042