

ВЛИЯНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ГЕСТАЦИОННОЙ ПРИБАВКИ МАССЫ ТЕЛА НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ

Гирис А.А. (6 курс, лечебный факультет), Дядичкина О.В. (к.м.н., доцент
кафедры акушерства и гинекологии)

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Аннотация. С целью изучения влияния патологической прибавки массы тела во время беременности на акушерские и неонатальные исходы был проведён ретроспективный анализ по типу «случай-контроль». В его результате установлено влияние данной патологии жирового обмена на развитие гестационной гипертензии, преэклампсии, гестационного сахарного диабета, лейкоцитурии, многоводия, раннего излития околоплодных вод, рождение детей с дыхательной недостаточностью, крупного по массе новорожденного. Полученные результаты говорят о важности и необходимости учёта и контроля прибавки массы тела женщины за период беременности.

Ключевые слова: беременность, роды, перинатальные исходы, избыточная масса тела, ожирение, патологическая прибавка массы тела.

Введение. На протяжении долгого времени обсуждается и изучается влияние ожирения матери на беременность, роды и здоровье ребёнка. По данным литературы, от 10% до 30% беременных женщин во всем мире имеют ожирение [4]. Данной теме уделяется большое внимание в научной литературе. Однако не так много работ затрагивают тему избыточного повышения веса женщины во время беременности и его влияние на акушерские и неонатальные исходы. Хотя по разным источникам, патологическая гестационная прибавка массы тела встречается у 40-73% беременных, что несомненно говорит о распространённости и значимости данной проблемы [1, 3].

Цель исследования. Определить влияние патологической прибавки массы тела во время беременности, на фоне существовавшего до беременности повышенного индекса массы тела (ИМТ), а также нормального ИМТ, на акушерские и перинатальные исходы.

Материалы и методы. Для выявления влияния нарушений жирового обмена во время беременности на период гестации, родов и неонатальные исходы на базе УЗ «1-я городская клиническая больница г. Минска» проведено ретроспективное исследование по типу «случай-контроль». В процессе исследования были проанализированы 140 историй родов, обменных карт и историй развития новорожденных.

Критерии включения в исследование включали в себя: одноплодная беременность, избыточная масса тела до наступления беременности или нормальный ИМТ, патологическая прибавка веса за беременность.

Критериями исключения являлись: многоплодная беременность, недостаточные/некорректные данные, сахарный диабет до беременности, пониженный индекс массы тела до беременности, недостаточная или нормальная прибавка массы тела за беременность.

Согласно нормативам Института медицины по прибавке массы тела за период беременности [2], в соответствии с ИМТ до беременности и увеличением массы тела за период беременности все женщины, вошедшие в исследование, были разделены на 3 группы. Значения для этих групп представлены в табл. 1.

Таблица 1. Значения ИМТ и прибавки массы тела за беременность в разных группах пациенток

	Группа I (N=39 женщин)	Группа II (N=31 женщина)	Контрольная группа (N=70 женщин)
ИМТ, кг/м ²	18,5-24,9	≥ 25	18,5 – 24,9
Прибавка массы тела за беременность, кг	> 16	> 11,5	11,5-16

Результаты проведенного исследования были обработаны с помощью непараметрических методов вариационной статистики с использованием программ Microsoft Office Excel 2013 и STATISTICA 10.0. Для оценки количественных показателей применялись критерии Краскела-Уоллиса (для 3 и более независимых выборок), Манна-Уитни. Данные анализа представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (Q1-Q3). Для оценки качественных признаков были применены критерии χ^2 , отношение шансов, для оценки зависимостей между признаками был использован коэффициент корреляции r-Пирсона. Значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Средний возраст пациенток составлял в I группе – 27 (24-33) лет, во II – 32 (26-35) года, а в контрольной группе – 29 (26-33) лет.

Средний паритет беременностей и родов в I группе составил 2. В группе II паритет беременностей и родов был одинаков и составил 2. В контрольной группе паритет беременностей и родов составил 2 и 1 соответственно.

Все представленные в исследовании группы были сопоставимы по сроку родоразрешения ($p=0,0545$). Средний срок родоразрешения в группе I составил 278,5 (275-285) дней, в группе II – 276 (268-283) дней, а в контрольной группе был 278 (272-282) дней.

У женщин, отнесенных к группе I, масса новорожденных составила 3590 (3300-3970) грамм, в то же время, средняя длина тела новорожденных была 53 (52-54) см. У пациенток группы II вес и рост детей составил 3480 (3100-3820) грамм и 52 (51-53,5) см соответственно. В контрольной группе женщин масса тела новорожденных была 3460 (3285-3720) грамм, а рост определялся в районе 53 (52-54) см.

С помощью изученной для проведения исследования литературы были обозначены вероятные зависимые исходы, для которых нами и проводился статистический анализ. В их число вошли такие патологические состояния для женщины и новорожденного, как гестационный сахарный диабет, многоводие, отеки беременных, гестационная артериальная гипертензия, протеинурия, преэклампсия, лейкоцитурия, инфекции мочевыводящих путей, плацентарная недостаточность, преждевременный разрыв плодных оболочек, преждевременные роды, истмико-цервикальная недостаточность, эпизиотомия, перинеотомия, проведение операции кесарева сечения, слабость родовой деятельности, разрывы промежности, влагалища, шейки матки, крупный по массе новорожденный, кефалогематомы, дыхательная недостаточность, респираторный дистресс-синдром новорожденного, аспирация меконияльными водами, перелом ключицы, морфо-функциональная недостаточность.

В результате проведенного исследования и сравнения каждой представленной группы с контрольной была обнаружена статистически значимая связь патологической прибавки массы тела за беременность на фоне нормального ИМТ и лейкоцитурии ($\chi^2=5,537$; $p=0,019$), отеков беременных ($\chi^2=5,681$; $p=0,018$, ОШ 3,9 95% ДИ 1,2-12,64), раннего излития околоплодных вод ($\chi^2=5,599$; $p=0,018$, ОШ 4,26 95% ДИ 1,19-15,22), рождением крупного по массе новорожденного ($\chi^2=5,827$; $p=0,0016$, ОШ 3,68 95% ДИ 1,22-11,08).

Одновременно с этим, для женщин, у которых чрезмерное увеличение массы тела появилось на фоне избыточной массы тела до беременности, была выявлена статистическая значимая связь с гестационной гипертензией ($\chi^2=8,061$; $p=0,005$, ОШ 6,51 95% ДИ 1,56-27,24), преэклампсией ($\chi^2=4,607$; $p=0,032$), гестационным сахарным диабетом ($\chi^2=4,481$, $p=0,035$, ОШ 4,3 95% ДИ 1,11-16,63), многоводием ($\chi^2=3,844$, $p=0,05$, ОШ 7,39 95% ДИ 0,74-74,14) и дыхательной недостаточностью новорожденного ($\chi^2=4,891$; $p=0,028$, ОШ 3,79 95% ДИ 1,1-13,1).

Выводы:

1. Чрезмерное увеличение массы тела во время беременности может быть фактором риска развития лейкоцитурии, отеков беременных (ОШ 3,9) и раннего излития околоплодных вод (ОШ 4,3), рождения крупного по массе новорожденного (ОШ 3,7).

2. Появление патологической прибавки веса в период гестации при ранее имевшейся избыточной массе тела имеет связь с риском развития преэклампсии, гестационной артериальной гипертензии (ОШ 6,5), гестационного сахарного диабета (ОШ 4,3), многоводия (ОШ 7,4) и дыхательной недостаточности новорожденного (ОШ 3,8).

3. Постоянный учёт и контроль веса беременной женщины — простой и эффективный метод предупреждения ряда тяжелых состояний матери и ребёнка.

Список литературы:

1. Локун, Н. В. К вопросу о патологическом наборе массы тела при беременности / Н. В. Локун, Я. Н. Игнатенко, Е. В. Синкевич. // Международный студенческий научный вестник. – 2021. – № 1.

2. Institute of Medicine Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines / Institute of Medicine – Washington, D.C: The National Academies Press, 2009. – 4 с.

3. Global Nutrition Report [Electronic resource] : Country Nutrition Profiles. - Mode of access: <https://globalnutritionreport.org/resources/nutrition-profiles/europe/eastern-europe/belarus/>. - Date of access: 05.02.2023.

4. Slack, E. Obesity and Pregnancy / E. Slack, H. Brandon, N. Heslehurst. // Practical Guide to Obesity Medicine / Editor: J. U. Weaver. – Elsevier, 2018. – Chapter 13. – P. 143-151.

5. WHO Consultation on Obesity Obesity: preventing and managing the global epidemic : report of a WHO consultation / WHO Consultation on Obesity // WHO technical report series. – 2000. – 894. – P. 252.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ «ВИТЕБСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**«СТУДЕНЧЕСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА
XXI ВЕКА»**

*XXIII Международная научно-практическая конференция
студентов и молодых ученых*

26-27 октября 2023 г.

Витебск, 2023