

ниотическая, редукция 1 плода, эктопия шейки матки). ХФПН, ст. компенсации на фоне нарушения МПК 1Б степени.

С целью родоиндукции 14.02.2023 выполнена амниотомия. Вторичная слабость родовой деятельности. С целью родостимуляции использован внутривенно окситоцин. Роды вторые, срочные, индуцированные в 39–40 недель. Родилась девочка весом 3500 г, длина – 52 см. Оценка по Апгар 8/9. Послеродовый период без осложнений.

### **Выводы**

Описанный выше случай демонстрирует сложность течения и трудности в вынашивании беременности при болезни Грейвса с высоким неблагоприятным риском, как для матери, так и для плода. Прегравидарная подготовка, продуманное совместное ведение беременности акушером-гинекологом и эндокринологом снижают материнские и перинатальные риски. Увеличение дозы лекарственного препарата может скомпенсировать течение заболевания без хирургического лечения во время беременности. Перевод на более высокий уровень родоразрешения способствует оказанию высокотехнологичной медицинской помощи с возможностью применения инновационных технологий.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Петунина, Н. А. Тиреотоксикоз и беременность / Н. А. Петунина, Э. Р. Хасанова, Л. В. Трухина // Доктор.Ру. – 2008. – № 6. – С. 87–90.
2. Влияние диффузного токсического зоба на течение и исход беременности / Ю. С. Ловкова [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – Т. 61, № 4. – С. 67–74.
3. Зайдиева, Я. З. Беременность при заболеваниях щитовидной железы / Я. З. Зайдиева // Медицинский алфавит. – 2017. – Т. 1, № 3. – С. 31–38.

**УДК 618.3-056.52**

**А. Ю. Дедова**

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. Л. Лашкевич*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

### **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ОЖИРЕНИЕМ**

#### **Введение**

Ожирение – одна из самых распространенных форм нарушений жирового обмена, частота которого не имеет тенденции к снижению. Известно, что при ожирении удельный вес сопутствующих экстрагенитальных заболеваний в 1,5–2 раза превышает таковую аналогичной патологии у женщин с нормальной массой тела [1]. Ряд авторов выявили высокую частоту гипертензивных осложнений, гестационного сахарного диабета, плацентарной недостаточности, анемии беременных у женщин с ожирением [2, 3].

#### **Цель**

Изучить особенности течения беременности у пациенток с ожирением.

#### **Материал и методы исследования**

В ходе исследования были проанализированы истории родов 64 пациенток родового отделения учреждения «Гомельская областная клиническая больница».

Основную группу составили 32 женщины с избыточной массой тела, в контрольную группу вошли 32 пациентки с нормальной массой тела. Был проведен анализ возраста па-

циенток, индекса массы тела, паритета родов, методов родоразрешения, сопутствующих экстрагенитальных заболеваний и осложнений беременности.

Вычисление индекса массы тела (ИМТ) проводилось по формуле Кетле (ИМТ = масса тела в кг/рост в м<sup>2</sup>). Согласно критериям ВОЗ, ИМТ 30,0–34,9 кг/м<sup>2</sup> соответствует ожирению 1-й степени, ИМТ 35,0–39,9 кг/м<sup>2</sup> – ожирению 2-й степени, ИМТ > 40 кг/м<sup>2</sup> – ожирению 3-й степени.

Результаты исследования были обработаны статистически с помощью программы «Microsoft Excel 2016». Рассчитывали долю (р, %), медиану (Me), 25 и 75 % процентиля, отношения шансов (OR) и его доверительный интервал (CI). Для выявления достоверности в группах использовали критерий  $\chi^2$  с поправкой Йейтса, двусторонний критерий Фишера. Статистическими значимыми считались различия при  $p < 0,05$ .

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

В основную группу входили пациентки в возрасте от 21 до 42 лет, в контрольную группу – от 19 до 41 года. Возраст женщин с ожирением составил – 32 (23; 34) года, возраст пациенток с нормальной массой тела – 29 (21; 30) лет.

В основной группе у 14 (43,8 %) пациенток диагностировано ожирение 1 степени, у 12 (37,5 %) женщин – ожирение 2 степени, а 6 (18,7 %) пациенток имеют ожирение 3 степени.

Пациентки в основной группе чаще были повторнородящими – 22 (68,7 %) женщины против 10 (31,3 %) первородящих пациенток ( $\chi^2 = 7,56$ ,  $p = 0,006$ ). В контрольной группе первородящих – 14 (43,7 %) родильниц, а повторнородящих – 18 (56,3 %) пациенток.

У женщин с ожирением беременность закончилась родами через естественные родовые пути у 15 (46,9 %), а в контрольной группе – у 23 (71,9 %) женщин. Операцию кесарева сечения в основной группе проводили у 17 (53,1 %) пациенток, в контрольной группе – у 9 (28,1 %) женщин. Таким образом, у пациенток с ожирением в 2,9 раза чаще наблюдали родоразрешение путем операции кесарева сечения, в сравнении с родильницами с нормальной массой тела (OR = 2,90, CI 1,03–8,17).

У женщин с ожирением чаще встречались роды крупным плодом – 8 (25 %) родильниц против 1 (3,1 %) пациентки с нормальной массой тела ( $\chi^2 = 4,65$ ,  $p = 0,031$ ).

Сопутствующие экстрагенитальные заболевания были выявлены у всех пациенток контрольной и основной групп, данные приведены в таблице 1. У пациенток с избыточной массой тела в 3,7 раз чаще встречались заболевания сердечно-сосудистой системы, в сравнении с родильницами с нормальной массой тела (OR = 3,67, CI 1,02–13,14), а также заболевания желудочно-кишечного тракта ( $p = 0,013$ ).

Таблица 1 – Структура экстрагенитальной патологии у обследованных пациенток, n (p%)

Заболевания органов и систем родильниц	Группы родильниц		Статистическая значимость
	основная группа (N = 32)	контрольная группа (N = 32)	
Сердечно-сосудистая система	11 (34,4 %)	4 (12,5 %)	( $\chi^2 = 3,13$ , $p = 0,077$ )
Эндокринная система	5 (15,6 %)	3 (9,4 %)	( $\chi^2 = 0,14$ , $p = 0,705$ )
Патология ЛОР-органов	1 (3,1 %)	5 (15,6 %)	( $\chi^2 = 1,66$ , $p = 0,198$ )
Патология органа зрения	9 (28,1 %)	6 (18,8 %)	( $\chi^2 = 0,35$ , $p = 0,555$ )
Мочевыделительная система	1 (3,1 %)	4 (12,5 %)	( $p = 0,352$ )
Желудочно-кишечный тракт	11 (34,4 %)	2 (6,3 %)	( $\chi^2 = 6,18$ , $p = 0,013$ )

Осложнения беременности были выявлены у 21 (65,6 %) пациенток с ожирением и у 15 (46,9 %) женщин с нормальной массой тела. Наиболее часто в обеих группа ди-

агностирована анемия беременных. Выявленные осложнения беременности представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Структура осложнений беременности у обследованных пациенток, n (p%).

Заболевания органов и систем родильниц	Группы родильниц		Статистическая значимость
	основная группа (N = 32)	контрольная группа (N = 32)	
Гестационный сахарный диабет	7 (21,9 %)	2 (6,3 %)	( $\chi^2 = 2,07$ , p = 0,15)
Гестационная артериальная гипертензия	7 (21,9 %)	3 (9,4 %)	( $\chi^2 = 1,07$ , p = 0,302)
Анемии беременных	8 (25 %)	8 (25 %)	( $\chi^2 = 0,08$ , p = 0,773)
Отеки беременных	4 (12,5 %)	1 (3,1 %)	( $\chi^2 = 0,87$ , p = 0,352)
Хроническая плацентарная недостаточность	7 (21,9 %)	4 (12,5 %)	( $\chi^2 = 0,44$ , p = 0,508)

### **Выводы**

По результатам данного исследования, можно сделать следующие выводы:

1. Пациентки с ожирением в 68,7 % случаях имеют повторные роды (p = 0,006). Увеличение массы тела может наблюдаться у данных женщин в связи с метаболическими изменениями, происходящими в период гестации.

2. У женщин с ожирением в 2,9 раза чаще встречалось родоразрешение путем операции кесарева сечения (OR = 2,90, CI 1,03–8,17), что в ряде случаев обусловлено несоответствием размеров таза матери и плода, так как у данных пациенток чаще рождаются дети с макросомией ( $\chi^2 = 4,65$ , p = 0,031).

3. У пациенток с избыточной массой тела в 3,7 раз чаще диагностируются заболевания сердечно-сосудистой системы (OR = 3,67, CI 1,02–13,14), что обусловлено гемодинамическими изменениями, приводящими к увеличению сердечного выброса и дальнейшей нагрузки на сердечно-сосудистую систему. Также чаще встречаются заболевания желудочно-кишечного тракта (p = 0,013), так как метаболические нарушения влияют на функциональное состояние и морфологию органов системы пищеварения.

5. В нашем исследовании не выявлено значимых различий по частоте осложнений беременности между пациентками с ожирением и женщинами с нормальной массой тела, что возможно, обусловлено небольшой выборкой. В то же время, имеется тенденция к повышению частоты встречаемости таких осложнений беременности, как гестационный сахарный диабет и гестационная артериальная гипертензия. Это может быть обусловлено тем, что при наличии ожирения, которое в большинстве случаев ассоциируется с развитием инсулинорезистентности, гиперинсулинемии, наблюдаются различные нарушения углеводного обмена, метаболические (дисфункция эндотелия и системное воспаление) и гемодинамические нарушения.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Ким Т. В. Структура экстрагенитальной патологии у беременных с ожирением / Т. В. Ким, Л. С. Каюпова // Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины. – 2011. – Т. 26, № 4. – С. 104–108.
2. Колосова Т. А. Течение беременности и родов, перинатальные исходы у женщин с ожирением / Т. А. Колосова, Е. Г. Гуменюк // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2008. – № 7. – С. 311–317.
3. Медико-социальная характеристика беременных с различной массой тела / В. Г. Волков [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – Т. 18, № 3. – С. 148–149.