

УДК 618.3/.4-008.9:577.125.3

**ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ  
И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ**

*Лисица В. А., Дегтерёва А. Н.*

**Научный руководитель: к.м.н. Н. Л. Громыко**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

***Введение***

По данным Всемирной организации здравоохранения ожирение — одно из самых социально значимых хронических заболеваний, принявшее масштабы эпидемии. Удельный вес ожирения среди экстрагенитальной патологии в акушерстве продолжает оставаться на высоком уровне. Число беременных с нарушением жирового обмена в экономически развитых странах достигает 15,5–26,9 % и постоянно растет, в связи с чем актуальность этой проблемы приобретает особую значимость [1]. У женщин с ожирением достаточно часто наблюдается осложненное течение беременности, родов и послеродового периода. Высокая частота акушерских осложнений обусловлена нарушением адаптивных компенсаторно-приспособительных механизмов организма, клинико-дисметаболическими нарушениями [2]. Частота встречаемости и тяжесть акушерских осложнений у беременных с ожирением находится в прямой зависимости от степени тяжести патологии и наличия сопутствующих экстрагенитальных заболеваний [3].

***Цель***

Изучить особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с ожирением.

***Материал и методы исследования***

Проведен ретроспективный анализ историй родов женщин с ожирением, родоразрешенных на базе ГКБ № 3 в 2018 г. Основную группу составили 50 историй родов родильниц (индекс массы тела ИМТ > 30). В контрольную группу включены 50 женщин без нарушения жирового обмена (ИМТ = 18–24,9). I степень ожирения (ИМТ = 30–34,9) выявлена у 25 (50 ± 7 %) женщин, II степень (ИМТ = 35–39,9) — у 22 (44 ± 7 %) женщин, III степень ожирения (ИМТ более 40) — у 3 (6 ± 3 %) женщин. Группы были сопоставимы по возрасту и паритету родов. Все женщины были родоразрешены в срок 38–41 неделя. Через естественные родовые пути родилось 33 (66 ± 6 %) детей в основной группе и 36 (72 ± 6 %) в контрольной группе.

Анализ полученных данных проведен методом вариационной статистики Фишера — Стьюдента с определением доли (р %) изучаемого признака и стандартной ошибки доли (Sp%). Для оценки значимости различия частот наблюдений использован критерий  $\chi^2$  — угловое преобразование Фишера и  $\chi^2$ .

***Результаты исследований и их обсуждение***

По частоте встречаемости экстрагенитальной и гинекологической патологии группы значимо не отличались. Основными сопутствующими заболеваниями в обеих группах были: патология желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы и сердечно-сосудистой системы. Осложнения течения настоящей беременности представлены в таблице 1.

У женщин с ожирением статистически значимо чаще беременность осложнилась присоединением преэклампсии, отеков беременных. Гестационный сахарный диабет был диагностирован только в основной группе. Известно, что сопутствующая экстрагенитальная патология является фоном для развития преэклампсии. Однако, несмотря на то, что частота экстрагенитальной патологии в двух группах значимо не отличалась, у женщин с ожирением чаще диагностирована преэклампсия во время беременности. Нарушение ме-

ханизмов адаптации к возникшей беременности с нарушением процессов инвазии трофобласта, наряду с инсулинорезистентностью и компенсаторно повышенным уровнем инсулина оказали стимулирующее действие на активность симпато-адреналовой системы и способствовали развитию преэклампсии у женщин с нарушением жирового обмена.

Таблица 1 — Осложнения беременности в исследуемых группах (n, p % ± S<sub>p</sub> %).

Осложнение беременности	Основная группа (n = 50)	Контрольная группа (n = 50)
Угроза прерывания беременности	16 (32 ± 6 %)*	12 (24 ± 6 %)
Преэклампсия	17 (34 ± 7 %)*	4 (8 ± 4 %)
Вагинит	16 (32 ± 6 %)	12 (24 ± 6 %)
Анемия 2 половины беременности	17 (34 ± 7 %)	20 (40 ± 7 %)
Гестационный сахарный диабет	5 (10 ± 4 %)	0
ОРВИ	19 (38 ± 7 %)	11 (22 ± 6 %)
Отеки беременных	10 (20 ± 5 %)	4 (8 ± 4 %)
Плацентарная недостаточность	14 (28 ± 6 %)	7 (14 ± 5 %)

Примечание. \* — значимые различия по сравнению с контрольной группой (p = 0,003).

Течение раннего неонатального периода в обеих группах значимо не отличалось, у женщин с ожирением чаще рождались крупные дети (p = 0,009).

Значимых различий в частоте встречаемости осложнений беременности, родов и послеродового периода у женщин с различной степенью ожирения выявлено не было.

#### **Выводы**

Беременных с нарушением жирового обмена следует относить в группу высокого риска по развитию преэклампсии и гестационного сахарного диабета вне зависимости от наличия или отсутствия сопутствующей экстрагенитальной патологии.

При ведении родов у женщин с нарушением жирового обмена, следует учитывать более высокую частоту рождения крупных плодов, своевременно проводить профилактику родового травматизма матери и плода.

Коррекцию лишнего веса необходимо проводить еще на этапе прегравидарной подготовки, что позволит снизить риск возникновения осложнений беременности и родов.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Тагиева, Ф. А. Ожирение и репродуктивное здоровье женщины / Ф. А. Тагиева // Актуальные проблемы частной медицины: Вестник украинской медицинской академии. — 2016. — Т. 16, № 2 (54). — С. 317–320.
2. Петунина, Н. А. Роль гормонов жировой ткани в развитии осложнений беременности у женщин с ожирением / Н. А. Петунина, И. А. Кузина // Ожирение и метаболизм. — 2013. — № 1 (34). — С. 3–8.
3. Дэниел, Г. Бессесен Избыточный вес и ожирение. Профилактика, диагностика и лечение / Дэниел Г. Бессесен, Роберт Кушнер. — М.: Бином, 2016. — 240 с.

УДК 618.5-085.2/3

### **ИНДУЦИРОВАННЫЕ РОДЫ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ**

*Личик О. В., Климович В. В.*

**Научный руководитель: ассистент С. В. Жуковская**

**Учреждение образования**

**«Белорусский государственный медицинский университет»**

**г. Минск, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Согласно данным ВОЗ, доля индуцированных родов во всем мире в течение последних десятилетий неуклонно возрастала и на данный момент составляет 9,6 %. Су-