

УДК 618.3:577.175.324

ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА ЗДОРОВОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Воропаев И. Ю., Ковалева А. В., Дятлов Д. С.

Научный руководитель: к.б.н. О. С. Логвинович

Учреждение образования

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

Введение

ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) рассматривает ожирение как глобальную эпидемию, охватывающую миллионы людей независимо от их социальной и профессиональной принадлежности, зоны проживания, возраста и пола. Значимость проблемы ожирения определяется угрозой инвалидизации пациентов молодого возраста и снижением общей продолжительности жизни в связи с частым развитием тяжелых сопутствующих заболеваний, в том числе сахарный диабет. Избыточный вес у молодых женщин приводит к нарушению репродуктивной функции, вызывает ряд осложнений с наступлением беременности, ее течением и исходом (самопроизвольные аборты, макросомия плода, преждевременные роды).

Ожирение характеризуется нарушениями в углеводно-липидном обмене и состоянием инсулинорезистентности, которое при наступлении беременности усугубляется из-за влияния плацентарных гормонов. Наиболее частое нарушение обмена веществ при беременности — гестационный сахарный диабет (ГСД) — заболевание, характеризующееся гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствующей критериям «манифестного» сахарного диабета [1].

Тема является актуальной, так как более глубокое понимание вопроса, своевременная диагностика и правильная тактика ведения беременности у женщин с избыточной массой тела позволит уменьшить частоту и тяжесть возможных осложнений беременности, снизить частоту преждевременных родов, оперативного родоразрешения, а также проводить комплекс лечебных мероприятий у беременных с повышенным индексом массы тела.

Цель

Проанализировать влияние избыточной массы тела беременных женщин на течение и исход беременности.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе учреждения здравоохранения «26-я городская поликлиника» (г. Минск). Для достижения поставленной цели был проведен анализ индивидуальных карт беременных, историй родов у 119 беременных женщин за период 2019–2020 гг., у 30 из которых в последующем был выявлен гестационный сахарный диабет. Диагноз «Гестационный сахарный диабет» ставился после проведения глюкозотолерантного теста в сроке 24–28 недель, если уровень глюкозы в плазме $\geq 7,8$ ммоль/л (или 140 мг/л) через два часа после глюкозной нагрузки.

Диагностика избыточной массы тела и ожирения у беременных проводилась по критериям ВОЗ на основании расчета индекса массы тела (ИМТ), используя формулу Кетле. Исходное нарушение углеводного обмена у беременных женщин с разным ИМТ оценивали по уровню глюкозы крови при постановке на учет. Исход беременности оценивали по сроку родов (срочные/преждевременные), оценку состояния новорожденных проводили по массе тела сразу после рождения. Плод с массой тела более 4000г считался крупным. Сравнительный анализ экспериментальных данных проводили в двух группах беременных женщин с ИМТ ≤ 25

(контрольная группа) и ИМТ ≥ 25 (экспериментальная группа). Женщины в двух группах были сопоставимы по возрасту и срокам обследования.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программ «Statistica» 6.0 и электронных таблиц «Microsoft Excel». Данные представлены в виде средней арифметической \pm стандартное отклонение. Достоверность различий устанавливали по t-критерию Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ результатов исследования показал, что из 119 проанализированных индивидуальных карт беременных 22,7 % женщин имели ожирение (ИМТ ≥ 30). При этом у беременных с выявленным в дальнейшем ГСД ИМТ при постановке на учет был $27,2 \pm 0,9$ ($n = 30$), что выше, чем у здоровых женщин $24,9 \pm 0,6$ ($n = 89$), $p < 0,05$.

Оценивая степень нарушения углеводного обмена по уровню глюкозы в крови у женщин с ИМТ ≤ 25 (норма) и женщин с ИМТ ≥ 25 (избыточная масса тела) получены следующие различия: для беременных с ИМТ ≥ 25 уровень глюкозы в крови составил $4,4 \pm 0,1$ ($n = 57$), что несколько выше, чем для беременных с нормальным индексом массы тела — $4,1 \pm 0,1$ ($n = 56$), $p < 0,05$. Сравнивая уровень глюкозы в крови при постановке на учет у здоровых женщин и у женщин с выявленным в последующем ГСД, достоверных различий получено не было: здоровые беременные — $4,2 \pm 0,1$ ($n = 86$); беременные с ГСД — $4,5 \pm 0,1$ ($n = 30$), что подчеркивает важность комплексного обследования всех беременных.

Анализ исходов беременности показал, что роды в срок произошли у 98 % беременных с индексом массы тела ≤ 25 , в то время как среди беременных с ИМТ ≥ 25 этот показатель был ниже — 86,5 %.

Масса тела новорожденных, рожденных женщинами с ИМТ ≥ 25 составила $3722,9 \pm 67,5,4$ г ($n = 52$), у женщин с ИМТ ≤ 25 масса новорожденных была ниже и составила $3481,1 \pm 71,5$ г ($n = 57$), $p < 0,05$. При этом у рожениц с повышенным индексом массы тела 32,7 % новорожденных имели вес 4000 и более грамм, в то время как у женщин с нормальной массой тела только 17,5 %. При сравнении веса новорожденных в группе здоровых беременных и беременных с ГСД достоверность различий возрастает: здоровые роженицы — $3498,2 \pm 52,1$ ($n = 85$), у рожениц с ГСД рождались более крупные дети — $3876,9 \pm 110,1$ ($n = 26$), $p < 0,002$. Среди рожениц с ГСД макросомия плода наблюдалась у 50 % новорожденных.

Полученные нами данные сопоставимы с литературными о том, что ожирение способствует ряду осложнений, среди которых возникновение гестационного сахарного диабета, преждевременные роды, макросомия плода и т. д. [1, 2, 3].

Выводы

В результате проведенного на базе учреждения здравоохранения «26-я городская поликлиника» (г. Минск) исследования показано, что беременные с повышенным индексом массы тела составляют группу риска по таким показателям как: развитие гестационного сахарного диабета, преждевременные роды, рождение крупного плода.

Таким образом, избыточная масса тела повышают риск осложнений и неблагоприятных исходов беременности как для матери, так и для плода.

Одной из возможностей профилактики осложнений течения и исхода беременности, поражения новорожденного при ожирении и повышенной массе тела у матери, помимо строгой компенсации нарушений углеводного обмена, является так же снижение массы тела до беременности и строгий контроль набора веса во время всей беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петрухин, В. А. Беременность и сахарный диабет. Акушерство: Национальное руководство / В. А. Петрухин; под ред. Г. М. Савельевой [и др.]. — 2-е изд., доп. и перераб. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — С. 507–522.
2. Бурункулова, Ф. Ф. Гестационный сахарный диабет [эндокринологические акушерский и перинатальные аспекты]: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. — М., 2011. — 49 с.
3. Особенности течения и исходы беременности у женщин с гестационным сахарным диабетом / С. В. Янкина [и др.] // Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова. — 2018. — Т. 26, № 1. — С. 96–105.