
ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И ОЖИРЕНИЕМ

Е.И. Боровкова, И.О. Макаров, М.А. Байрамова

Первый московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова

Кафедра акушерства и гинекологии ФППОВ ГОУ ВПО
ул. Трубецкая, 8-2, Москва, Россия, 119991

Ретроспективное исследование 400 случаев течения беременности и родов у женщин с избыточным весом и ожирением. Рассчитан риск развития осложнений на основании оценки относительного риска. У беременных с ожирением риск развития гестоза возрастает в 6,4 раза, задержки роста плода в 4 раза. Выявлена прямая связь массы тела и развития таких осложнений беременности, как инфекции нижних отделов мочевыводящих путей и гестационный пиелонефрит, риск развития которых на фоне ожирения возрастает в 1,5 раза. Для беременных с избыточным весом наиболее значимыми осложнениями являются гестоз и многоводие, риск развития которых возрастает в 5 и 7 раз соответственно.

Ключевые слова: ожирение, избыточный вес, преэклампсия, задержка роста плода, преждевременные роды.

Ожирение является независимым фактором риска развития гипертензивных расстройств во время беременности [3–5]. Согласно результатам когортных многоцентровых исследований, риск развития преэклампсии у пациенток с ожирением удваивается при увеличении ИМТ на каждые 5–7 кг/м² [1; 2]. В связи с вышеизложенным, целью нашего исследования явилась оценка риска развития различных осложнений беременности у женщин с избыточным весом и ожирением.

Материалы и методы исследования. **Было проведено ретроспективное исследование, охватившее 400 наблюдений. На основании архивного материала клинического родильного дома № 27 г. Москвы проанализированы истории беременности и родов за период с 2005 по 2010 г.** Основную группу составили пациентки с ожирением (n = 200), в группу сравнения вошли 100 чел. с избыточной массой тела (n = 100) и контрольная группа была отобрана из пациенток с нормальной массой тела (n = 100). Статистическую обработку полученных данных производили по общепринятому методу вариационной статистики. Для оценки риска рассчитывались такие показатели, как отношение шансов (OR = [A × D] / [B × C]). При значении OR выше 1 риск считается существенным и связь изучаемого фактора с результатом сильная.

Критериями включения пациенток в основную группу были ИМТ > 30, доношенная одноплодная беременность, отсутствие значимой соматической патологии (сахарный диабет I типа, системные заболевания). Критериями включения пациенток в группу сравнения были ИМТ от 25 до 29,9, доношенная одноплодная беременность и отсутствие значимой соматической патологии. В контрольную группу были отобраны 100 историй соматически здоровых пациенток с доношенной одноплодной беременностью и ИМТ от 18,5 до 25.

Возраст рожениц основной группы был в пределах от 19 до 44 лет и составил в среднем $30,7 \pm 4,4$ лет. Возраст беременных группы сравнения был от 19 до 42 лет (в среднем $29,7 \pm 4,3$ лет). Возраст беременных контрольной группы был от 18 до 37 лет ($27,1 \pm 2,4$ лет). Женщины основной группы на основании ИМТ были сгруппированы по степеням ожирения: 142 женщины с ожирением 1-й степени (ИМТ 30–34,9), 47 женщин с ожирением 2-й степени (ИМТ 35–39,9), 11 женщин с ожирением 3-й степени (ИМТ ≥ 40).

В структуре экстрагенитальных заболеваний существенное место занимала сердечнососудистая патология (32, 31 и 6%) в основном представленная ИЦД. Артериальная гипертензия была диагностирована у 3, 3 и 1% соответственно группам. Заболевания органов желудочно-кишечного тракта (27, 18 и 9%) и мочевыделительной системы (17, 9 и 4%) встречались с большей частотой у пациенток основной группы. Менструальный цикл у большинства пациенток был регулярный и нормопонирующий (86, 89 и 88%). Наиболее распространенными гинекологическими заболеваниями были эктопия шейки матки (37, 36 и 36%), мико- и уреоплазмоз (20, 21 и 23%) и кандидозный кольпит (13, 11 и 9%).

Большинство женщин из основной группы были повторнородящими (60%). Акушерский анамнез в основном был отягощен за счет искусственных и самопроизвольных аборт (55%). Физиологическими родами закончились беременности у 79% женщин. Оперативное родоразрешение в анамнезе имели 12%. Показанием для кесарева сечения у них были слабость и дискоординация родовой деятельности (47%), нарастание степени тяжести гестоза (18%), ягодичное предлежание (18%). Запоздалые роды отмечались у 3% женщин. Крупными (более 4000 г) были рождены дети у 14% женщин.

Большинство пациенток группы сравнения были повторнбеременные (66%). Акушерский анамнез у большинства из них был отягощен за счет искусственных аборт (53%). Самопроизвольное прерывание беременности в первом триместре регистрировалось у 12 (18%) женщин, при этом основную долю составили самопроизвольные выкидыши до 12 недель (17%). Физиологическими родами закончилась предыдущая беременность у 52 пациенток, путем операции кесарево сечение у 18%. Показанием для кесарева сечения

были слабость родовой деятельности у 11% женщин, рубец на матке у 5% и смешанное ягодичное предлежание плода – 2%. Запоздалые роды в анамнезе имели 2 пациентки, роды у них произошли на 42-й неделе и закончились рождением здоровых переносенных детей массой 3600–4300 г. Крупными были рождены дети у 7% пациенток.

Среди пациенток контрольной группы преобладали первобеременные (60%). Среди повторнобеременных предыдущие беременности закончились самопроизвольным выкидышем в первом триместре у 12 пациенток, медикаментозным абортom у 19 женщин, физиологическими родами у 15 чел. и оперативными у 7 (2 – по поводу рубца на матке, 2 – по поводу смешанного ягодичного предлежания плода и 3 – по поводу миопии высокой степени).

В I триместре у всех пациенток среди осложнений преобладали ранний токсикоз (35, 27 и 14%) и угроза прерывания беременности (21, 28 и 12%), однако данные осложнения беременности в 2 раза чаще выявлялись среди беременных с избыточным весом или ожирением. Наиболее распространенными осложнениями во II триместре были угроза прерывания беременности (19, 16 и 13%). Раннее развитие гестоза имело место у 7, 4 и 2% пациенток. В III триместре беременности гестоз развивался у 63 и 57% пациенток с избыточным весом и ожирением и только у 20% пациенток с нормальным ИМТ. Своевременно роды произошли у 189 (94%) пациенток основной группы, средний срок беременности составил $38,9 \pm 1,2$ нед.

Роды путем кесарева сечения в основной группе закончились у 61 (31%) человек, из них у 6% по поводу рубца на матке, у 13% по поводу смешанного ягодичного предлежания плода, у 8% в связи с ухудшением состояния плода и отсутствием условий для родоразрешения через естественные родовые пути, у 10% по поводу клинического узкого таза. Пациенткам с 1-й степенью ожирения операция была произведена в 70%, у женщин со 2-й и 3-й степенью в 25 и 5% соответственно. Запоздалые роды произошли у 11 женщин (6%), у 7 женщин с 1-й степенью ожирения (64%), у 4 женщин со 2-й степенью (36%).

Все дети родились живыми. Масса новорожденных у женщин с ожирением составила в среднем 3741 ± 394 г (от 2820 до 5438 г), рост $52,4 \pm 2,7$ см (от 48 до 57 см). Средняя оценка новорожденных по шкале Апгар была 8/9 баллов (от 6/7 до 8/9 баллов).

У пациенток группы сравнения роды путем операции кесарево сечение были произведены в 11%, в контрольной группе в 6%. Основным показанием были рубец на матке (3 и 2%), смешанное ягодичное предлежание плода (2 и 2%), миопия высокой степени (0 и 2%), клинически узкий таз (2% и 0) и нарастание тяжести гестоза при отсутствии условий для родов через естественные родовые пути (1% и 0) и упорная вторичная слабость родовой деятельности (3% и 0).

Масса новорожденных составила в среднем 3441 ± 324 г (2720–4938 г), рост $51,4 \pm 1,7$ см (46–53 см). Средняя оценка новорожденных по шкале Апгар была 8/9 баллов (6/7–8/9 баллов).

В контрольной группе все дети были живорожденными, масса в среднем составила 3400 ± 200 г (2900–4150 г), рост $52 \pm 1,3$ см (49–55 см), средняя оценка по шкале Апгар была 8/9 баллов (7/8–8/9 баллов).

Результаты исследования. Полученные нами данные демонстрируют более частое выявление осложнений беременности и родов у пациенток с избыточным весом и ожирением. В связи с этим нами рассчитан риск развития значимых осложнений беременности у пациенток с избыточным весом и ожирением (OR).

Прежде всего, нас интересовало влияние избыточного веса и ожирения на развитие гестоза. В табл. 1 представлен риск развития гестоза.

Таблица 1

Риск развития гестоза

Группа с ожирением		Контрольная группа
Гестоз+	125	20
Гестоз-	75	80
Всего	200	100
<i>Отношение рисков = $1,6/0,25 = 6,4$</i>		
Группа с избыточным весом		Контрольная группа
Гестоз+	57	20
Гестоз-	43	80
Всего	100	100
<i>Отношение рисков = $1,3/0,25 = 5$</i>		
Группа с ожирением + избыточным весом		Контрольная группа
Гестоз+	182	20
Гестоз-	118	80
Всего	300	100
<i>Отношение рисков = $1,5/0,25 = 6$</i>		

Риск развития гестоза у пациенток с ожирением в 6,4 раза выше, чем в группе без ожирения. Риск развития гестоза у пациенток с избыточным весом также высок и в 5 раз превышает таковой в популяции. Суммарный риск развития гестоза у женщин с избыточным весом и ожирением в 6 раз превышает таковой в популяции.

В табл. 2 представлен суммарный риск развития угрозы преждевременных родов у пациенток с нарушением жирового обмена.

В случае развития беременности у женщины с ожирением риск развития угрозы преждевременных родов возрастает в 1,2 раза, риск угрозы преждевременных родов у пациенток с избыточным весом не превышает таковой в популяции. В табл. 3 приведен расчет риска задержки роста плода (ЗРП).

Таблица 2

Риск развития угрозы преждевременных родов

Группа с ожирением + избыточным весом		Контрольная группа
Угроза преждевременных родов+	28	9
Угроза преждевременных родов-	272	91
Всего	300	100
<i>Отношение рисков = 0,1/0,1 = 1</i>		
Группа с ожирением		Контрольная группа
Угроза преждевременных родов+	21	9
Угроза преждевременных родов-	179	91
Всего	200	100
<i>Отношение рисков = 0,12/0,09 = 1,2</i>		
Группа с избыточным весом		Контрольная группа
Угроза преждевременных родов+	7	9
Угроза преждевременных родов-	93	91
Всего	100	100
<i>Отношение рисков = 0,08/0,1 = 0,8</i>		

Таблица 3

Риск развития ЗРП у пациенток с ожирением и избыточным весом

Группа с ожирением + избыточным весом		Контрольная группа
ЗРП+	19	2
ЗРП-	281	92
Всего	300	100
<i>Отношение рисков = 0,07/0,02 = 3,5</i>		
Группа с ожирением		Контрольная группа
ЗРП+	15	2
ЗРП-	185	92
Всего	200	100
<i>Отношение рисков = 0,08/0,02 = 4</i>		
Группа с ожирением		Контрольная группа
ЗРП+	4	2
ЗРП-	96	92
Всего	100	100
<i>Отношение рисков = 0,04/0,02 = 2</i>		

Риск развития задержки роста плода у пациенток с ожирением в 4 раза выше, чем в популяции. В случае развития беременности на фоне избыточного веса, риск развития ЗРП возрастает в 2 раза.

Общепринято считать, что на фоне избыточной массы тела и ожирения выше риск развития инфекций мочевыводящих путей (ИМП). В табл. 4 рассчитан риск развития данного осложнения во время беременности.

Таблица 4

Исследование риска развития ИМП у пациенток

Группа с ожирением		Контрольная группа
ИМП+	11	4
ИМП-	189	96
Всего	200	100
<i>Отношение рисков = 0,06/0,04 = 1,5</i>		
Группа с избыточным весом		Контрольная группа
ИМП+	3	4
ИМП-	97	96
Всего	100	100
<i>Отношение рисков = 0,03/0,04 = 0,75</i>		

Риск развития инфекций мочевыводящих путей у пациенток с ожирением по мере развития беременности возрастает в 1,5 раза по сравнению с женщинами с нормальной массой тела. В случае развития беременности у пациентки с избыточным весом риск развития ИМП не возрастает.

Таблица 5

Исследование риска развития гестационного пиелонефрита

Группа с ожирением		Контрольная группа
Гестац.пиелонефрит+	6	2
Гестац.пиелонефрит-	194	98
Всего	200	100
<i>Отношение рисков = 0,03/0,02 = 1,5</i>		
Группа с избыточным весом		Контрольная группа
Гестац.пиелонефрит+	4	2
Гестац.пиелонефрит-	96	98
Всего	100	100
<i>Отношение рисков = 0,04/0,02 = 2</i>		

Риск развития гестационного пиелонефрита в 1,5 раза выше у пациенток с ожирением, и в 2 раза выше у беременных с избыточным весом.

Заключение. Ожирение, частота которого имеет достоверную тенденцию к увеличению, является неблагоприятным фоном для развития беременности и родов. Женщин с ожирением следует относить к группе риска развития осложнений во время беременности, в родах и перинатальной заболеваемости, так как риск развития у них гестоза возрастает в 6,4 раза, задержки роста плода в 4 раза. Кроме того, выявлена прямая связь массы тела и развития таких осложнений беременности, как инфекции нижних отделов мочевыводящих путей и гестационный пиелонефрит, риск развития которых на фоне ожирения возрастает в 1,5 раза. Для беременных с избыточным весом наиболее значимыми осложнениями являются гестоз и многоводие, риск развития которых возрастает в 5 и 7 раз соответственно.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Chu S.Y., Kim S.Y., Lau J. et al.* Maternal obesity and risk of stillbirth: a metaanalysis // *Obstet Gynecol.* – 2007. – V. 197. – P. 223.
2. *Chen A., Feresu S.A., Fernandez C., Rogan W.J.* Maternal obesity and the risk of infant death in the United States // *Epidemiology.* – 2009. – V. 20. –P. 74.
3. *Dashe J.S., McIntire D.D., Twickler D.M.* Effect of maternal obesity on the ultrasound detection of anomalous fetuses // *Obstet Gynecol.* – 2009. – V. 113. –P. 1001.
4. *Ehrenberg H.M., Iams J.D., Goldenberg R.L. et al.* Maternal Obesity, Uterine Activity, and the Risk of Spontaneous Preterm Birth // *Obstet Gynecol.* – 2009. – V. 113. – P. 48.
5. *Hull H.R., Dinger M.K., Knehans A.W. et al.* Impact of maternal body mass index on neonate birthweight and body composition // *Obstet Gynecol.* – 2008. – V. 198. – P. 416.

THE PROBABILITY OF PREGNANCY COMPLICATIONS IN OBESE WOMEN

E.I. Borovkova, i.o. Makarov, M.A. Bairamova

Department of Obstetrics & Gynecology
The I.M. Sechenov First Moscow Medical University
Trubetskaya Str., 8/2, Moscow, Russia, 119991

Retrospective analysis of 400 pregnancy outcomes in obese women was performed. The risk of pregnancy complications was calculate The risk of pre-eclampsia in obese women elevated in 6,4 times, fetal growth restriction elevated in 4 times, urine infections and gestation pyelonephritis elevated in 1,5 times. For women with overweight, risk pre-eclampsia and hydramnion elevated in 5 and 7 times correspondingly.

Keywords: obesity, overweight, pre-eclampsia, fetal growth restriction, preterm birth.