

Роль ожирения в реализации нарушений течения родов и послеродового периода

Рыскуль Султановна Асакеева¹, Чолпон Калканбаевна Калканбаева^{2*},
Гульжан Каныбековна Жалиева², Фарида Рамилевна Ниязова²,
Нургуль Джумагазиевна Шоонаева³

¹Клинический родильный дом №2, г. Бишкек, Киргизия;

²Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Киргизия;

³Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации, г. Бишкек, Киргизия

Реферат

Цель. Сравнительная оценка особенностей течения родов и послеродового периода у женщин с разной степенью ожирения.

Методы. В течение 2014–2016 гг. методом когортного ретроспективного и проспективного исследования изучено 318 историй родов. В основную группу вошли 198 историй болезни женщин с различной выраженностью ожирения (122 — с ожирением I степени, 57 — II степени, 19 — III степени), в группу контроля — 120 историй родов женщин без ожирения.

Результаты. У женщин с ожирением II и III степени ($p=0,003$ и $p<0,001$ соответственно) чаще, чем в контроле, происходили преждевременные роды. Пациенткам с ожирением III степени чаще, чем в контроле, проводили кесарево сечение ($p=0,043$), в этой же группе чаще развивались гипертензивные нарушения в родах ($p=0,009$) и внутриутробная гипоксия плода ($p=0,039$). В послеродовом периоде при ожирении III степени чаще, чем в контроле ($p=0,045$), встречались послеродовые кровотечения. Из осложнений послеродового периода у пациенток с ожирением II степени чаще, чем в контроле, были зарегистрированы лохиометра (в 1,7 раза), эндометрит (в 1,6 раза), осложнения после кесарева сечения (в 2,1 раза); при ожирении III степени — субинволюция матки (в 2,1 раза), эндометрит (в 2,4 раза), осложнения после операции кесарева сечения (в 3,2 раза), расхождения швов на промежности (в 2,4 раза), но достоверных различий эти показатели не имели.

Вывод. Показано негативное влияние избыточной массы тела на течение родового процесса, причём течение родов при ожирении I степени более благоприятно, чем при II–III степени.

Ключевые слова: ожирение, степень ожирения, роды, послеродовой период, осложнения.

Для цитирования: Асакеева Р.С., Калканбаева Ч.К., Жалиева Г.К. и др. Роль ожирения в реализации нарушений течения родов и послеродового периода. *Казанский мед. ж.* 2018; 99 (4): 575–579. DOI: 10.17816/KMJ2018-575.

The role of obesity in the development of labor and postpartum abnormalities

R.S. Asakeeva¹, Ch.K. Kalkanbaeva², G.K. Zhalieva², F.R. Niyazova², N.Dzh. Shoonaeва³

¹Clinical Maternity Hospital No.2, Bishkek, Kyrgyzstan;

²Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyzstan;

³Kyrgyz State Medical institute of retraining and improvement of professional skill, Bishkek, Kyrgyzstan.

Abstract

Aim. Comparative assessment of the features of the course of labor and postpartum period in women with obesity of various classes.

Methods. During 2014–2016, a cohort retrospective and prospective study included 318 birth records. The main group consisted of 198 case records of women with different severity of obesity (122 with obesity class I, 57 with class II and 19 with class III), and the control group included 120 case records of women without obesity.

Results. In women with obesity class II and III ($p=0.003$ and $p<0.001$) had preterm birth more often than in the

control group. Patients with obesity class III had the cesarean section significantly more often than in the control group ($p=0.043$), in the same group hypertensive disorders in labor and intrauterine hypoxia of the fetus developed more frequently ($p=0.009$ and $p=0.039$). In the postpartum period with class III obesity, postpartum haemorrhage was significantly more frequent than in the control group ($p=0.045$). Among complications of postpartum period in patients with obesity class II, a loychiometer (by 1.7 times), endometritis (by 1.6 times), complications after cesarean section (by 2.1 times) were registered more often than in the control group, and in obesity class III — subinvolution of the uterus (by 2.1 times), endometritis (by 2.4 times), complications after cesarean section (by 3.2 times), divergence of the seams on the perineum (by 2.4 times), but these parameters were not statistically significantly different.

Conclusion. The negative impact of excess body weight on the labor course was shown, moreover, labor in obesity class I is more favorable than in class II and III.

Keywords: obesity, class of obesity, labor, postpartum period, complications.

For citation: Asakeeva R.S., Kalkanbaeva Ch.K., Zhalieva G.K. et al. The role of obesity in the development of labor and postpartum abnormalities. *Kazan medical journal*. 2018; 99 (4): 575–579. DOI: 10.17816/KMJ2018-575.

Распространённость материнского ожирения колеблется в разных странах от 1,8 до 25,3% и имеет тенденцию к росту, что повысило интерес к данной проблеме со стороны акушеров-гинекологов [1–3].

Беременные с ожирением нуждаются в повышенном внимании из-за высокого риска развития акушерских осложнений. Ожирение значительно осложняет не только течение беременности, но и родового акта, способствуя возникновению акушерских осложнений [4, 5]. Доля материнского травматизма, гипотонических кровотечений, инфекционно-воспалительных послеродовых осложнений у женщин с ожирением существенно выше по сравнению с женщинами с нормальной массой тела [6–9].

Несмотря на значительное количество исследований по проблеме сочетания ожирения и беременности, всё ещё отсутствуют работы по сравнительной характеристике частоты осложнений в родах у женщин с ожирением. Созрела необходимость углублённого изучения данной проблемы для совершенствования и патогенетического обоснования методов ведения родов у них.

Целью данного исследования стала сравнительная оценка особенностей течения родов и послеродового периода у женщин с разной степенью ожирения.

В соответствии с поставленной целью проведён ретроспективный и проспективный анализ 318 историй родов. Ретроспективному анализу подвергнута 171 история, из них 116 историй родов у женщин с ожирением. Проспективное наблюдение проведено в отношении 147 пациенток, в их числе 82 пациентки с ожирением.

Для верификации ожирения использован индекс массы тела (ИМТ), рассчитываемый по формуле:

$$\text{ИМТ} = \text{масса тела (кг)} / \text{рост}^2 (\text{м}^2).$$

Основную группу составили 198 историй родов женщин с абдоминальным типом ожирения, разделённых на подгруппы в зависимости от степени ожирения. Ожирение I степени (ИМТ=32,2±0,4 кг/м²) установлено у 122 пациенток (первая подгруппа), ожирение II степени (ИМТ=36,6±0,5 кг/м²) — у 57 (вторая подгруппа), ожирение III степени (ИМТ=45,7±0,6 кг/м²) — у 19 (третья подгруппа). Контрольную группу составили 120 здоровых беременных с нормальной массой тела (ИМТ=22,1±0,7 кг/м²), неосложнённым течением одноплодной беременности и неотягощённым акушерско-гинекологическим и соматическим анамнезом.

На каждую пациентку заполняли разработанную карту обследования, которая позволила осуществлять учёт клинических данных и результатов дополнительных методов исследования, внесение их в электронные таблицы и проведение статистической обработки. Проведён расчёт критерия χ^2 Пирсона. Различия оценивали как достоверные при вероятности выше 95% ($p < 0,05$).

В группе женщин с ожирением в 2,2 раза чаще встречались повторнобеременные первородящие пациентки, а в контроле преобладали первобеременные первородящие (67,5% против 34,3% в основной группе). Преждевременные роды у женщин основной группы произошли в 4,4 раза чаще, чем в контрольной группе, и преобладали у пациенток с ожирением II и III степени (в 5,6 и 10,5 раза чаще, чем в контроле; $p=0,003$ и $p < 0,001$ соответственно). При этом переношенная беременность у женщин с ожирением превышала показатель контроля в 4,8 раза без достоверных различий с контролем (табл. 1). В группе пациенток с ожирением III степени чаще, чем в контроле, проводили кесарево сечение ($p=0,043$).

Таблица 1. Характеристика родов у женщин с ожирением ($M \pm m$)

Роды	Контрольная группа (n=120)		Основная группа (n=198)								
			I степень (n=122)			II степень (n=57)			III степень (n=19)		
	Абс.	%	Абс.	%	p	Абс.	%	p	Абс.	%	p
Преждевременные	3	2,5±1,4	4	3,3±1,6	0,718	8	14,0±4,6	0,003*	5	26,3±10,1	<0,001*
Запоздалые	2	1,7±1,2	2	1,6±1,1	0,987	1	1,8±1,8	0,967	1	5,3±5,1	0,317
Оперативные	16	13,3±3,1	21	17,2±3,4	0,402	11	19,3±5,2	0,303	6	31,6±10,7	0,043*

Примечание: *статистически значимое отличие от группы контроля.

Таблица 2. Частота аномалий родовой деятельности у женщин с наличием и отсутствием ожирения

Аномалии родовой деятельности	Контрольная группа (n=120)		Основная группа (n=198)								
			I степень (n=122)			II степень (n=57)			III степень (n=19)		
	Абс.	$M \pm m\%$	Абс.	$M \pm m\%$	p	Абс.	$M \pm m\%$	p	Абс.	$M \pm m\%$	p
Патологический прелиминарный период	4	3,3±1,6	7	5,7±2,1	0,370	5	8,8±3,8	0,124	2	10,5±7,0	0,152
Первичная слабость	4	3,3±1,6	9	7,4±2,4	0,164	6	10,5±4,1	0,053	3	15,8±8,4	0,022*
Вторичная слабость	6	5,0±2,0	8	6,6±2,2	0,604	5	8,8±3,8	0,332	3	15,8±8,4	0,076
Дискоординация	3	2,5±1,4	6	4,9±2,0	0,321	4	7,0±3,4	0,150	1	5,3±5,1	0,504
Быстрые роды	2	1,7±1,2	3	2,5±1,4	0,665	1	1,8±1,8	0,967	—	—	—
Затяжные роды	2	1,7±1,2	4	3,3±1,6	0,421	2	3,5±2,4	0,441	2	10,5±7,0	0,032*

Примечание: *статистически значимое отличие от группы контроля.

При анализе частоты осложнений в родах выявлено, что у рожениц с ожирением II и III степени чаще ($p=0,002$ и $p < 0,001$ соответственно) встречались такие осложнения, как развитие аномалий родовой деятельности, которые в группе контроля зарегистрированы у 17,5% рожениц, а в основной группе — у 35,9% (табл. 2). При этом достоверные различия с группой контроля выявлены только у рожениц с ожирением III степени при развитии первичной слабости родовой деятельности и затяжном течении родов ($p=0,022$ и $p=0,032$ соответственно).

Наиболее характерными особенностями осложнённого течения родов у женщин с ожирением были дородовое излитие околоплодных вод, внутриутробная гипоксия плода, гипертензивные нарушения в родах, которые при ожирении II и III степени в 3,5 и 6,3 раза превышали показатель контроля (рис. 1). При этом у пациенток с ожирением III степени гипертензивные нарушения в родах развивались чаще, чем у пациенток с ожирением I степени и группы контроля ($p=0,02$ и $p=0,009$ соответственно), а развитие внутриутробной гипоксии плода имело достоверное различие только с группой контроля ($p=0,039$).

Таким образом, у женщин с ожирением II и III степени ($p=0,003$ и $p < 0,001$) чаще,

чем в контроле, происходили преждевременные роды. Женщинам с ожирением III степени чаще, чем в контроле, проводили кесарево сечение ($p=0,043$).

У пациенток с ожирением наиболее частые осложнения родов — несвоевременное отхождение околоплодных вод и первичная слабость родовой деятельности. Развитие этих осложнений И.О. Макаров и соавт. [3], E. Burstein и соавт. [6] и L. Machado [8] объясняют нарушением сократительной способности миометрия из-за дефицита эндогенных эстрогенов, изменения маточно-плацентарной гемодинамики, дислипидемии, жировой дистрофии миометрия и мышц брюшного пресса. Данные осложнения способствуют удлинению продолжительности родового акта, развитию гипоксии плода, увеличению частоты и тяжести родового травматизма матери и новорождённого, повышению удельного веса оперативных вмешательств в родах.

Роды часто осложнялись рождением крупного плода, клинически узким тазом, дистоцией плечиков, гипотоническими кровотечениями. Их частота находилась в прямой зависимости от ИМТ и была выше, чем в контроле, но без достоверных различий показателей.

В послеродовом периоде у женщин с ожирением частота послеродовых кровотечений

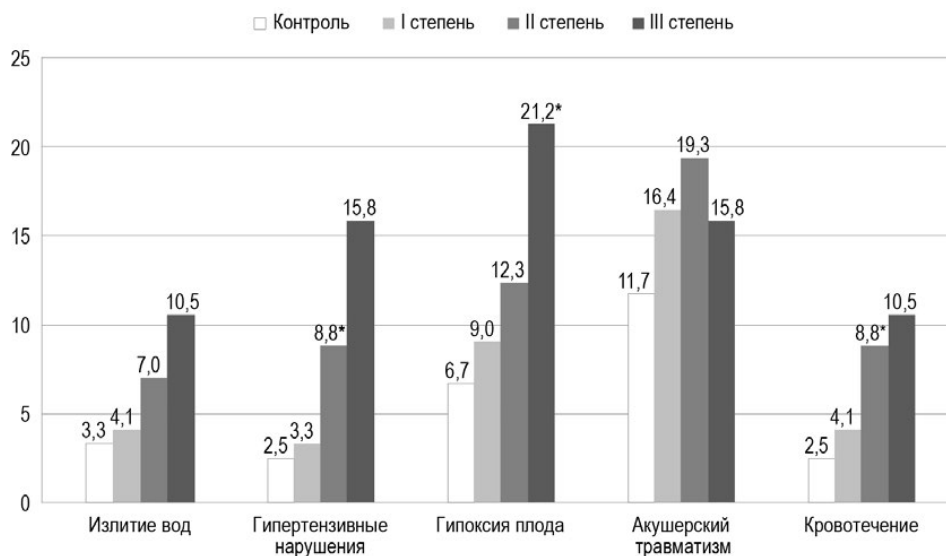


Рис. 1. Частота развития осложнений в родах (%) у рожениц с разной степенью ожирения и контрольной группы; * $p < 0,05$ по сравнению с контрольной группой

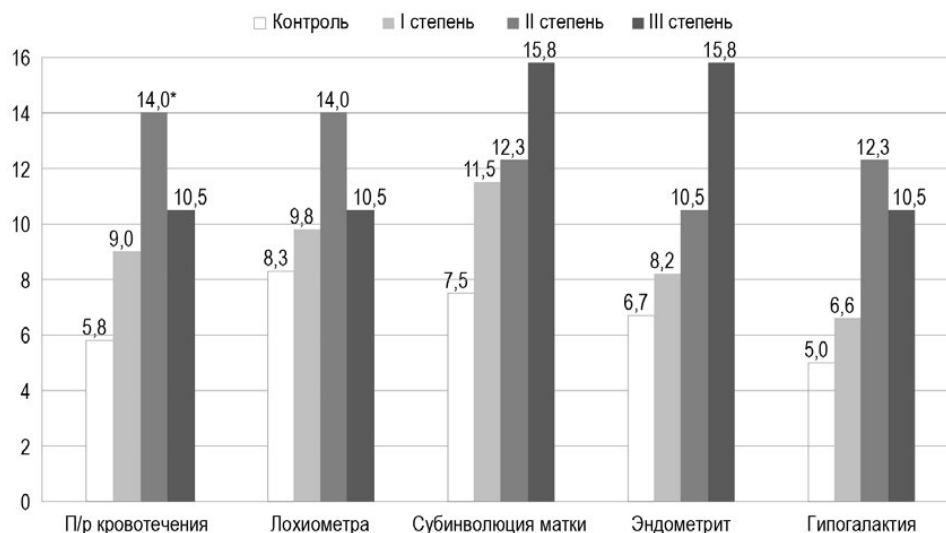


Рис. 2. Частота послеродовых осложнений (%) у рожениц с разной степенью ожирения и контрольной группы; * $p < 0,05$ по сравнению с контрольной группой; п/р — послеродовые

в подгруппах в 1,6, 2,1 и 1,8 раза соответственно превышала показатель группы контроля с достоверным отличием от контроля ($p=0,045$) у пациенток с ожирением III степени (рис. 2).

Из осложнений послеродового периода у пациенток с ожирением II степени чаще, чем в контроле, были зарегистрированы лохиометра (в 1,7 раза), эндометрит (в 1,6 раза), осложнения после кесарева сечения (в 2,1 раза); при ожирении III степени — субинволюция матки (в 2,1 раза), эндометрит (в 2,4 раза), осложнения после кесарева сечения (в 3,2 раза), расхождение

швов на промежности (в 2,4 раза), но достоверных различий эти показатели не имели.

ВЫВОДЫ

1. Исследование историй родов пациенток с ожирением различной степени, проведенное на базе клинического родильного дома №2 (г. Бишкек), подтвердило негативное влияние избыточной массы тела на течение родового процесса.

2. У женщин с ожирением существенно выше частота материнского травматизма,

гипотонических кровотоков, инфекционно-воспалительных послеродовых осложнений.

3. Течение родов при ожирении I степени более благоприятно, чем при II–III степени, так как у пациенток этой группы нет достоверных различий показателей с группой контроля.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Раджабова Ш.Ш., Омаров С.-М.А., Абусуев С.А. Течение и исход беременности у женщин с избыточной массой тела или ожирением. *Рос. вестн. акушера-гинеколога*. 2011; (6): 58–60. [Radzhabova Sh.Sh., Omarov S.-M.A., Abusuev S.A. The course and outcome of pregnancy in overweight or obese women. *Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa*. 2011; (6): 58–60. (In Russ.)]
2. Иллагова Е.В. Ожирение и репродуктивная функция: современный взгляд на проблему. *Пробл. репродукции*. 2012; (4): 23–27. [Illagova E.V. Obesity and reproductive function: modern view on the issue. *Problemy reproduktivnoy funktsii*. 2012; (4): 23–27. (In Russ.)]
3. Chu S.Y., Kim S.Y., Bish C.L. Prepregnancy obesity prevalence in the United States, 2004–2005. *Matern. Child Health. J.* 2009; 13 (5): 614–620. DOI: 10.1007/s10995-008-0388-3.
4. Комшилова К.А., Дзгоева Ф.Х. Беременность и ожирение. *Ожирение и метаболизм*. 2009; (4): 9–13. [Komshilova K.A., Dzgoeva F.Kh. Pregnancy and obesity. *Ozhirenie i metabolizm*. 2009; (4): 9–13. (In Russ.)]
5. Burstein E., Levy A., Mazor M. et al. Pregnancy outcome among obese women: a prospective study. *Am. J. Perinatol.* 2008; 25 (9): 561–566. DOI: 10.1055/s-0028-1085623.
6. Макаров И.О., Боровкова Е.И., Байрамова М.А. Течение беременности и родов у пациенток с ожирением. *Акушерство, гинекология и репродукция*. 2011; (1): 23–28. [Makarov I.O., Borovkova E.I., Bayramova M.A. Pregnancy and labor course in obese patients. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduktivnaya funktsiya*. 2011; (1): 23–28. (In Russ.)]
7. Чулков В.С., Верейна Н.К., Синецын С.П. Беременность, роды и перинатальные исходы у женщин с избыточной массой тела и ожирением. *Вопр. гинекол., акушерства и перинатол.* 2011; 10 (2): 29–32. [Chulkov V.S., Vereina N.K., Sinitsyn S.P. Pregnancy, childbirth and perinatal outcomes in overweight and obese women. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*. 2011; 10 (2): 29–32. (In Russ.)]
8. Robinson H.E., O'Connell C.M., Joseph K.S. et al. Maternal outcomes in pregnancies complicated by obesity. *Obstet. Gynec.* 2005; 106: 1357. DOI: 10.1097/01.AOG.0000188387.88032.41.
9. Machado L. Cesarean section in morbidly obese parturients: Practical implications and complications. *N. Am. J. Med. Sci.* 2012; 4 (1): 13–18. DOI: 10.4103/1947-2714.92895.