

**БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ ОЖИРЕНИИ: ОСОБЕННОСТИ И РИСКИ**

*Насирова З.А*<sup>1</sup>  
*Сафарова Д.Ф*<sup>2</sup>  
*Эрназарова З*<sup>3</sup>  
*Рахмонкулова Ш*<sup>4</sup>

**Аннотация:** Основную группу составили 70 женщин с диагностированным до беременности избыточным массой тела и ожирением. Контрольную группу составили 35 женщин с нормальным индексом массы тела до беременности. Для оценки различных факторов в вероятность возникновения осложнений рассчитывалось отношение шансов (OR) для каждого статистически значимого фактора и его 95% доверительный интервал (95% ДИ). Статистическая обработка была произведена при помощи пакета прикладных программ STATISTICA-10 на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2012, включая использование встроенных функций статистической обработки.

**Ключевые слова:** беременность; роды; ожирение; осложнения; прерывание; риск.

**Цель исследования:** изучить влияние избыточной массы тела и ожирения на риск развития осложнений беременности.

**Материалы и методы:** Основная группа включала 70 женщин с ожирением, диагностированным до беременности. Контрольную группу составили 30 женщин с нормальным индексом массы тела до беременности. Средний возраст женщин основной группы составил  $24,7 \pm 0,3$  лет, контрольной группы –  $24,0 \pm 0,7$  лет. Ожирение диагностировалось на основе расчета индекса массы тела (ИМТ), определенного по массо-ростовым показателям при первом визите по формуле:  $\text{ИМТ} = \text{масса тела (кг)} / \text{рост (м)}^2$ .

Критерии включения пациенток в основную группу: ИМТ выше  $25 \text{ кг/м}^2$ , доношенная беременность одним плодом. В контрольную группу вошли женщины с ИМТ от  $18,5$  до  $24,9 \text{ кг/м}^2$ .

Для оценки влияния факторов на вероятность возникновения осложнений рассчитывалось отношение шансов (OR) для каждого статистически значимого фактора и его 95% доверительный интервал (95% ДИ). Полученные при исследовании данные подвергли статистической обработке на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2012, включая использование встроенных функций статистической обработки с расчетом средней арифметической изучаемого показателя ( $M$ ), среднего квадратичного отклонения ( $\sigma$ ), стандартной ошибки среднего ( $m$ ), относительных величин (частота, %). Статистическую значимость полученных измерений при сравнении средних величин определяли по критерию Стьюдента ( $t$ ) с вычислением вероятности ошибки ( $P$ ) при проверке нормальности распределения (по критерию эксцесса) и равенства генеральных дисперсий ( $F$  – критерий Фишера). За статистически значимые изменения принимали уровень достоверности  $P < 0,05$ .

<sup>1</sup> Самаркандский государственный медицинский университет

<sup>2</sup> Самаркандский государственный медицинский университет

<sup>3</sup> Самаркандский государственный медицинский университет

<sup>4</sup> Самаркандский государственный медицинский университет



## Результаты и обсуждение

Анализ историй течения беременности и родов включал изучение возраста беременных, анамнестических данных и особенностей течения беременности.

Таблица №1.

### Средний возраст женщин

Исследуемые женщины		
параметры	Основная группа (n=70)	Группа контроля (n=35)
Средний возраст (йил)	25,1±0,8	24,0±0,7



Рисунок 1. Распределение женщин по возрасту.

В основной группе женщины до 20 лет составили 10%, в возрасте 20-29 лет – 40%, от 30 до 34 лет – 31,4%, в возрасте от 35 до 39 лет – 7,1%. В контрольной группе эти показатели составили 16,7%, 60,0%, 33,3% и 6,7% соответственно. При этом в группе с ожирением было больше пациенток в возрасте от 20 до 29 лет.

Наследственность у пациенток основной группы была отягощена со стороны одного или обоих родителей в 78% случаев, тогда как в контрольной группе таких данных не наблюдалось. Практически у половины женщин с ожирением (51,0%) был нерациональный и избыточный характер питания (в контрольной группе – 5%), также 11% женщин злоупотребляли различными тонизирующими напитками ( $p < 0,05$ ). Низкую физическую активность отмечали 88% женщин основной группы, тогда как в контрольной группе этот показатель составил 15,0% ( $p < 0,05$ ). Социально-бытовые условия жизни были удовлетворительными и сравнимыми в обеих группах. Среди женщин основной группы у 9 (12,9%) масса тела начала нарастать в детском возрасте, у 33 (47,1%) – в период полового созревания, у 28 (40%) – в период беременности и после родов. Обсуждение: Осложнения, связанные с весом, возникают на ранних и средних сроках беременности, так как гестационный диабет может проявиться с 20 недели, а гестационная артериальная гипертензия — с 24 недели. Поскольку большинство женщин не зарегистрированы в дородовых службах и не находятся в постоянном контакте с медицинскими работниками до 11-12 недель беременности, существует несколько недель для внедрения стратегий предотвращения чрезмерного увеличения веса (GWG). С точки зрения управления весом, цель не должна заключаться в похудении, а в поддержании здорового набора веса. Здесь не должно быть



большой разницы между беременными и небеременными женщинами. Физическая активность имеет важное значение: женщинам, ведущим малоподвижный образ жизни, рекомендуется меньше сидеть, включать в распорядок дня прогулки и постепенно заниматься физическими упражнениями три раза в неделю по 15 минут в день (например, быстрая ходьба или плавание) [7]. В противном случае рекомендуется 150 минут упражнений средней интенсивности в неделю [1,6]. Специфика беременности требует наличия специалистов здравоохранения (акушерки, гинекологи, врачи общей практики), которые могут консультировать женщин по вопросам веса после соответствующей подготовки. В некоторых случаях помощь диетологов может быть полезной. Многие беременные женщины могут получить доступ к электронным ресурсам здравоохранения, адаптированным под их вес, например, к приложениям для смартфонов [6]. Эти приложения являются инновационным примером использования времени обучения во время беременности, позволяя женщинам контролировать свое здоровье и физическую форму без профессиональных указаний или стигматизации. Важно, чтобы эти приложения предоставляли точную информацию и соответствовали состоянию веса пользователя

### Использованная литература:

1. Агабабян Л. Р., Азимова Ш. Т. Акушерские кровотечения как ведущая причина материнской смертности в трудах академика из закирова //Журнал Репродуктивного Здоровья и Уро-Нефрологических Исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 1.
2. Насирова З. А., Агабабян Л. Р. Modern views on effectiveness and acceptability of various methods of contraception after cesarean section //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 12-3. – С. 103-109.
3. Низамова Н. А., Атаджанова М. М. Развитие беременности при гестационном сахарном диабете //Интернаука. – 2018. – №. 2. – С. 16-17.
4. Рожкова О. В. и др. Гестационный сахарный диабет и ожирение: влияние на потомство //Акушерство, гинекология и репродукция. – 2021. – Т. 15. – №. 3. – С. 258-269.
5. Стрюк Р. И. и др. Сердечно-сосудистые заболевания и ассоциированные с ними коморбидные состояния как факторы, определяющие неблагоприятные перинатальные исходы при беременности-анализ результатов регистра беременных "БЕРЕГ" //Терапевтический архив. – 2018. – Т. 90. – №. 1. – С. 9-16.
6. Свиридова М. И. и др. Сахарный диабет как причина неблагоприятных перинатальных исходов и осложнений новорожденного //Терапия. – 2020. – Т. 6. – №. 1. – С. 44-51.
7. Ушанова Ф. О., Лобанова К. Г., Переходов С. Н. Гестационный сахарный диабет: особенности течения и исходы беременности в реальной клинической практике //Медицинский совет. – 2021. – №. 7. – С. 184-191.
8. Аvezов А. и др. Study of the development level of risk factors in Dangerous tumors causing lonely arterial Thromboembolia //in Library. – 2020. – Т. 20. – №. 4. – С. 1751-1760.
9. Farpour-Lambert N. J. et al. Obesity and weight gain in pregnancy and postpartum: an evidence reviews of lifestyle interventions to inform maternal and child health policies //Frontiers in endocrinology. – 2018. – Т. 9. – С. 546.
10. Lipworth H. et al. Gestational weight gain in twin gestations and pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis //BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. – 2022. – Т. 129. – №. 6. – С. 868-879.
11. Relph S. et al. Adverse pregnancy outcomes in women with diabetes-related microvascular disease and risks of disease progression in pregnancy: A systematic review and meta-analysis //PLoS Medicine. – 2021. – Т. 18. – №. 11. – С. e1003856.
12. Tam C. H. T. et al. The impact of maternal gestational weight gain on cardiometabolic risk factors in children //Diabetologia. – 2018. – Т. 61. – С. 2539-2548.
13. Tanvig M. Offspring body size and metabolic profile - effects of lifestyle intervention in obese pregnant women. Dan Med J. 2014 Jul;61(7):B4893. PMID: 25123127.



14. Vitner D. et al. Obesity in pregnancy: a comparison of four national guidelines //The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. – 2019. – T. 32. – №. 15. – C. 2580-2590.
15. Yang Z. et al. Contribution of maternal overweight and obesity to the occurrence of adverse pregnancy outcomes //Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. – 2019. – T. 59. – №. 3. – C. 367-374.

