

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН НА СОСТОЯНИЕ ИХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Асакеева Р.С.¹, Шоонаева Н.Д.², Джакыпова А.К.¹

¹ Кыргызская Государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева

² Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. С целью изучения особенностей состояния новорожденных в раннем неонатальном периоде у женщин с ожирением проведен ретроспективный и проспективный анализ 318 историй новорожденных: 198-от матерей с ожирением различной степени выраженности, 120 - с нормальной массой тела. При ожирении II и III степени чаще, чем в контроле регистрируется аспирация околоплодными водами (в 1,7 и 2,5 раза), переломы ключицы (в 3,1 и 6,2 раза), кефалогематомы (в 2,1 раза), врожденные пороки развития плода (в 4,4 и 6,6 раза). Постнатальная адаптация осложняется патологическим течением неонатальной желтухи (в 1,2 и 1,8 раза), синдромом повышенной возбудимости (в 4,1 и 9,3 раза), патологической потерей веса (в 2,1 и 1,8 раза). Таким образом, ожирение у матерей оказывает негативное влияние на состояние новорожденных.

Ключевые слова: ожирение, состояние новорожденных, осложнения

АЯЛДАРДЫН СЕМИРҮҮСҮНҮН АЛАРДЫН ЫМЫРКАЙЛАРЫНА ТИЙГИЗГЕН ТААСИРИ

Асакеева Р.С.¹, Шоонаева Н.Д.², Джакыпова А.К.¹

¹ И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

² Кыргыз мамлекеттик медициналык кайра даярдоо жана квалификацияны жогорулатуу институту
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Эрте неонаталдык мезгилдеги семирп кеткен аялдардан төрөлгөн ымыркайлардын өзгөчөлүгүнө изилдөө жүргүзүү максатында 318 ымыркайга ретроспективдүү жана проспективдүү анализ жүргүзүлдү: 198 ымыркай - семирүүнүн ар кандай деңгээлиндеги аялдардан төрөлгөндөр, 120 ымыркай - дене салмагы нормалдуу аялдардан төрөлгөндөр. Семирүүнүн II жана III деңгээлине киргендерде контролдук топко киргендерге караганда түйүлдүккө жакын жайгашкан суунун аспирациясы көп кезигет (1,7 жана 2,5 эсе), акыректин сынышы (3,1 жана 6,2 эсе), кефалогематомдор (2,1 эсе), түйүлдүктүн өсүшүнүн тубаса кемтиги (4,4 жана 6,6 эсе). Төрөлгөндөн кийинки адаптация неонаталдык сарык оорусу менен коштолот (1,2 жана 1,8 эсе), сезгенүүнүн жогорку синдрому (4,1 жана 9,3 эсе), салмак жоготуу (2,1 жана 1,8 эсе). Демек, энелердин семирүүсү ымыркайларга өтө терс таасирин тийгизет.

Негизги сөздөр: семирүү, ымыркайлардын абалы, кабылдоо.

THE INFLUENCE OF OBESITY IN WOMEN ON THE STATUS OF THEIR NEWBORNS

Asakeev R.S.¹, Shoonaeveva N.D.², Djakypova A.K.¹

¹ I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

² The Kyrgyz State Medical institute of of retraining and qualifications,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. There were conducted prospective and retrospective analysis of 318 stories of newborns to examine the features of the state of newborns in the early neonatal period in women with obesity: 198- from mothers with obesity of varying severity, 120- with standard weight. In obesity of II and III degrees more likely than in the control it is registered an amniotic fluid aspiration (in 1,7 and 2,5 times), fractures of clavicle (in 3,1 and 6,2 times), cephalhematoma (in 2,1 time), congenital malformation of the fetus (in 4,4 and 6,6 times). Postnatal adaptation is complicated by the pathological course of neonatal jaundice (in 1,2 and 1,8 times), increased excitability syndrome (in 4,1 and 9,3 times), pathological weight loss (in 2,1 and 1,8 times). Thus, obesity in mothers exerts a negative influence to the status of newborns.

Key words: obesity, status of newborns, complications.

Введение. Ожирение у матерей рассматривают как фактор, способный существенно определить показатели заболеваемости и смертности их детей в неонатальном периоде (Зернова Л.Ю. и соавт., 2008; Stepan H. et al, 2006) [2,9].

У женщин с ожирением наиболее часто наблюдается отягощенное течение и неблагоприятные исходы родов, макросомии и дистоции плечиков, перинатальная и неонатальная смертность (Чулков В. С. и соавт., 2011; Mohamed A. A., Salah R. A., 2012) [5,8]. По некоторым дан-

ным, ожирение увеличивает риск развития врожденных пороков в 1,6 раз (Байрамова М. А., 2012) [1].

Изыскания новых подходов по профилактике, диагностике перинатальных осложнений и разработка научно-обоснованных методов коррекции представляет определенную ценность в прогнозировании исходов беременности и родов у женщин с ожирением.

Целью данного исследования явилось изучение особенностей состояния новорожденных в раннем неонатальном периоде у женщин с ожирением различной степени тяжести.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный и проспективный анализ 318 историй новорожденных. Основную группу составили 198 историй от матерей с абдоминальным типом ожирения различной степени выраженности: с ожирением I степени - 122 пациентки (1 подгруппа), с ожирением II степени – 57 (2 подгруппа), с ожирением III степени – 19 (3 подгруппа). Контрольную группу составили 120 родильниц с нормальной массой тела. Полученные данные обработаны методами вариационной статистики.

Результаты исследования и их обсуждение. У женщин с ожирением в срок родились 177 детей, что составило 89,4%, и не имело достоверного отличия от показателя группы контроля, где доношенными родились 115 ребенка (95,8%). Недоношенным в основной группе родились 17 (8,6%) детей, против 3 (2,5%) в контроле, что превышало показатель в 3,4 раза. Наибольшее количество недоношенных детей

было у пациенток с ожирением II и III степени (14,0% и 26,3% соответственно). Переносными родились 4 (2,0%) детей в основной и 2 (1,7%) в группе контроля.

Состояние новорожденных от матерей с ожирением как удовлетворительное оценивалось в 87,9% случаях, при этом достоверное отличие ($p < 0,05$) отмечалось в подгруппах с ожирением II и III степени, средней степени тяжести - в 7,1% случаях, как тяжелое - в 5,1% случаях. Следует отметить, что у женщин с ожирением III степени состояние новорожденных средней и тяжелой степени в 3,2 и 6,2 раза превышало значение группы контроля соответственно (табл. 1).

В основной группе состояние новорожденных по шкале Апгар зависело от ИМТ их матерей и снижалось соответственно степени ожирения, с достоверным ($p < 0,05$) отличием показателя от группы контроля при ожирении III степени. Эти показатели коррелируют ($r_s = 0,7$, $p < 0,05$) с клинической оценкой состояния новорожденных от матерей основной группы: 34,8% новорожденных родились в состоянии асфиксии различной степени тяжести, из которых 4,0% - в тяжелой, 7,1% - в среднетяжелой и 23,7% - в легкой асфиксии. В группе контроля в асфиксии средней тяжести родилось 5,8% детей и в легкой асфиксии – 20,0%. Полученные результаты не противоречат данным М.С.Чен и соавт. (2010), которые показали, что новорожденные от матерей с ожирением имеют более низкую оценку по шкале Апгар и более высокий риск развития метаболического синдрома и ожирения.

Таблица 1

Оценка новорожденных по шкале Апгар ($M \pm m$)

Группы обследованных	Оценка по шкале Апгар, баллы	
	При рождении на 1 мин.	на 5 мин
Контроль (n=120)	8,2±0,5	8,6±0,3
Основная группа (n=198)		
I степень (n=122)	7,9±0,3	8,2±0,7
II степень (n=57)	7,6±0,6	7,9±0,5
III степень (n=19)	7,2±0,9*	7,6±0,8*

Примечание: * - достоверное отличие от группы контроля при $p < 0,05$.

Анализ антропометрических показателей новорожденных выявил тенденцию к более высоким значениям детей, родившихся от матерей с ожирением, но достоверных различий с группой контроля не выявлено. При этом у пациенток с ожирением количество детей, имевших крупные размеры, возрастало с увеличением степени ожирения: у женщин с ожирением I степени родилось 10,7%, II степени – 15,8% и III степени - 26,3% детей с массой более 4000 г. Наряду с этим регистрировались случаи рождения детей с

гипотрофией. Так, у женщин с ожирением I степени родилось 5,7%, II степени – 12,3% и III степени - 15,8% детей с гипотрофией.

Макросомия плода и новорожденного рассматривается как фактор риска родового травматизма, кроме того, признаётся её значение в фетальном программировании развития ожирения и метаболического синдрома в детском возрасте (Попова Е.С. и соавт., 2005; Hull H.R. et al., 2008) [4,7]. При этом показано, что по воздействию метаболических факторов, опреде-

ляющих рост плода и постнатальные особенности физического развития потомства, ожирение у матерей сопоставимо с гестационным сахарным диабетом (Hull H.R. et al., 2008) [7].

В своих исследованиях Н.А. Мальцева (2008) [3] отмечает, что материнское ожирение ассоциировано с развитием дефектов нервной трубки, пороков сердца и некоторых других аномалий плода, при этом увеличивается частота рождения детей с врожденными пороками, что приводит к повышению перинатальной заболеваемости и смертности.

По данным наших наблюдений наибольшее количество осложнений раннего неонатального периода наблюдалось у новорожденных от женщин с ожирением III степени: конъюгационная желтуха составила 21,2% случаев, синдром повышенной возбудимости (СПВ) и перинатальная гипотрофия - по 15,8% случаев, хроническая внутриутробная гипоксия плода, патологическая потеря веса (ППВ), геморрагический синдром, аспирация околоплодными водами и переломы ключицы – по 10,5% случаев (рис.1).

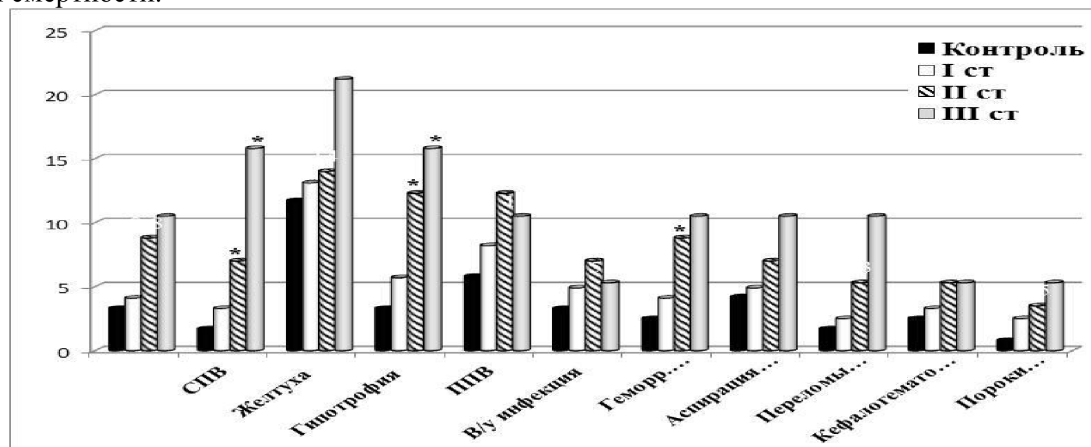


Рис. 1. Распространенность патологии новорожденных (%).

Внутриутробная инфекция и кефалогематома преобладали у новорожденных от женщин с ожирением II степени, составив 7,0% и 5,3% случаев соответственно (рис. 1). В группе женщин с ожирением несколько чаще, чем в контроле, отмечались врожденные пороки развития плода (2,5%, 3,5% и 5,3% случаев соответственно против 0,8% в контроле), однако эти показатели не выходили за рамки общепопуляционных.

В ходе исследования установлено, что эволюция перинатальных исходов при ожирении у матерей характеризуется существенным нарастанием частоты проявлений дезадаптации в раннем неонатальном периоде, которые регистрируются у большинства новорожденных.

Таким образом, полученные данные демонстрируют более высокую распространенность патологии новорожденных у женщин с ожирением, по сравнению с пациентками с нормальной массой тела.

Литература:

1. Байрамова М.А. Оптимизация тактики ведения беременных с ожирением: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: М., 2012. – 24 с.

2. Зернова Л.Ю. и соавт. Особенности адаптации новорожденных у матерей с ожирением // *Ожирение и метаболизм*. – 2008. – №2 (15). – С.23–26.

3. Мальцева Н.А. Особенности первого триместра беременности у женщин с нарушением жирового обмена: Автореф. дисс. ... к.м.н. – М., 2008. – 23 с.

4. Попова Е.С. и соавт. Состояние плода и новорожденного при ожирении матери и его профилактика // *Матер. 7-го Российского форума «Мать и дитя»*. – Москва, 2005. – С. 209-210.

5. Чулков В.С. и соавт. Беременность, роды и перинатальные исходы у женщин с избыточной массой тела и ожирением // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. – 2011. – Т. 10, № 2. – С. 29-32.

6. Chen A. et al. Maternal obesity and the risk of infant death in the United States. // *Epidemiology* 2009; 20:74.

7. Hull H. R. et al. Impact of maternal body mass index on neonate birthweight and body composition. // *Am J ObstetGynec* 2008; 198: 416.

8. Mohamed A.A., Salah R.A. Fetal and Maternal Outcomes in Pregnancies Complicated with Fetal Macrosomia // *N.Am.J.Med.Sci.*- 2012; 4(6): 283-286.

9. Stepan H. et al. Obesity as an obstetric risk factor: Does it matter in a perinatal center? // *Obesity*. - 2006; 14:5: 770-773.