

диспансеризации беременных. Вместе с тем ведение реестра на всех беременных женщин требует дальнейшего изучения.

6. Для усовершенствования системы выявления, наблюдения и родоразрешения женщин с ЭГП рекомендуется создать единый республиканский реестр ЭГП с целью обеспечения преемственности между уровнями родоразрешения, тщательного контроля за надлежащим выполнением всех рекомендаций по ведению и лечению беременных и родильниц групп высокого риска. Реестр ЭГП – это инновационный инструмент, облегчающий и упрощающий работу врачей-акушеров-гинекологов по взаимодействию, в том числе и со смежными специалистами, в условиях информатизации отрасли здравоохранения.

Литература

1. Шкляр, А. П. Медицинские аспекты здоровья женщины / А. П. Шкляр // Профилактическая медицина. Сер.3. – 2011. – № 6. – С. 5-11.
2. Bacak, S. J. Pregnancy associated hospitalizations in the United States, 1999-2000 / S.J. Bacak, W.M. Callaghan, P.M. Dietz, C. Crouse // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2005. – Vol.192. – P. 592-597.
3. Шехтман, М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехтман. – Москва: Триада – X, 2011. – С. 9
4. Айламазян, Э. К. Акушерство: 4-е изд. доп. / Э. К. Айламазян. – СПб.: СпецЛит, 2003. – С. 300 – 306.

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА, СОМАТИЧЕСКОГО И АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА С ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА

Могильницкая О. Э.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь*

Актуальность. Наблюдающаяся во всем мире эпидемия ожирения и сопутствующих хронических неинфекционных заболеваний – одна из основных проблем общественного здравоохранения в XXI веке. В мире распространенность ожирения среди женщин репродуктивного возраста и, соответственно, беременных составляет от 1,8 до 25,3% в разных странах [3].

Пристальное внимание к проблеме избыточной массы тела и ожирения у беременных обусловлено еще и тем, что женщины, вступающие в период беременности с избыточной массой тела или набирающие избыточный вес во время беременности, закладывают основу для передачи эпидемии ожирения из поколения в поколение [1, 2].

Цель – провести анализ взаимосвязи социального статуса, соматического и акушерско-гинекологического анамнеза с индексом массы тела.

Методы исследования. Проведено проспективное когортное исследование среди беременных женщин с разными индексами массы тела на базе женской консультации № 5 г. Гродно.

При постановке на диспансерный учет по беременности всем женщинам проводилось стандартное антропометрическое исследование с измерением веса (в кг), роста (в см) с последующим вычислением ИМТ, отношением веса (в килограммах) к росту (в метрах квадратных), по результатам которого беременные были разделены на 3 группы: 1 группа – беременные с нормальной массой тела (n=92), 2 группа – беременные с избыточной массой тела (n=72), 3 группа – беременные с ожирением I степени (n=35).

Результаты и их обсуждение. Анализ медико-социального статуса женщин, принявших участие в исследовании, позволил выявить ряд факторов, способствующих формированию неблагоприятного предгестационного фона и повышающих риск метаболических нарушений, способствующих осложненному течению беременности.

У женщин с нормальной массой тела средний возраст составил $25,3 \pm 4,4$ года, что достоверно ниже, чем при избыточной массе тела – $27,7 \pm 2,8$ года ($p=0,035$) и ожирении $30,7 \pm 4,2$ года ($p<0,0001$).

Необходимо отметить, что среди факторов риска возраст имеет существенное значение в увеличении частоты избыточной массы тела и ожирения у беременных.

Анализ показал, что женщины в возрасте 35 лет и старше имеют более высокий риск ожирения (ОР=2,52 95% ДИ 2,12-3,01; ОШ=6,36 95% ДИ 4,14-9,66).

Распределение женщин по группам в зависимости от ИМТ представлено в таблице.

Таблица – Медико-социальный статус беременных обследованных групп

Показатель		Нормальная масса тела, n=192		Избыточная масса тела, n=72		Ожирение, n=35		χ^2 (df=2)	p
		n	%	n	%	n	%		
Возраст, лет M $\pm$ SD		25,3 $\pm$ 4,4		27,7 $\pm$ 3,6		30,7 $\pm$ 4,2		-	p ₁₋₂ =0,035 p ₁₋₃ =0,011
Семейное положение	В браке	144	75	63	87,5	31	88,5	1,43	0,489
	Брак не регистр.	39	20,3	7	9,7	3	8,5	2,16	0,341
	Одинокая	9	4,6	2	2,7	1	2,8	2,14	0,342
Образование	Учащаяся студентка	6	3,1	11	15,2	3	8,5	3,35	0,187
	Среднее	89	46,3	47	65,2	25	71,4	16,25	0,000
	Высшее	97	50,5	14	19,4	7	20	10,48	0,005
Городские жители		134	69,7	63	87,5	13	37,1	41,38	0,000
Сельские жители		58	30,2	9	12,5	22	62,8	41,38	0,000

Уровень дохода	Ниже среднего	9	4,7	11	15,2	13	37,1	22,6	0,000
	Средний	172	89,5	54	75	18	51,4	63,0	0,000
	Выше среднего	11	5,7	7	9,7	4	11,4	14,4	0,005
Курящие		4	2,08	7	9,7	2	5,7	0,12	0,941
Отягощенная наследственность по СД		6	3,1	3	4,1	4	11,4	2,84	0,241

Примечание: анализ различий с использованием критерия χ^2 (Хи-квадрат); р – уровень статистической значимости различий

Из представленных в таблице данных следует, что большинство обследованных женщин были работающими жительницами города и состояли в зарегистрированном браке. Ожирение достоверно чаще встречается среди жительниц сельской местности ($\chi^2=41,38$; $p=0,000$). Вместе с тем семейное положение не оказывало влияния на частоту встречаемости избыточной массы тела и ожирения ($\chi^2=1,43$; $p=0,489$).

Анализ показал, что на частоту избыточной массы тела и ожирения существенное влияние оказывают такие социальные факторы, как уровень образования и доходов. Так, женщины с ожирением чаще имели среднее образование ($\chi^2=16,25$; $p=0,000$), беременные с нормальным ИМТ – высшее ($\chi^2=10,48$; $p=0,005$).

Проведенный анализ продемонстрировал взаимосвязь низкого и среднего уровня доходов с частотой развития ожирения ($\chi^2=63,0$; $p=0,000$; $\chi^2=14,4$; $p=0,005$). Установлено, что уровень дохода ниже среднего является значимым фактором риска наличия ожирения у беременной (ОР=1,97 95% ДИ 1,23-3,14; ОШ=2,69 95% ДИ 1,22-5,90). Выявлена тенденция к повышению риска избыточной массы тела при низком уровне доходов (ОР=2,08 95% ДИ 0,99-4,32; ОШ=1,27 95% ДИ 0,85-1,89), однако выявленная связь в этой группе оказалась статистически не достоверной.

Установлено, что доля курящих составила 2,7%. Чаще курящие женщины встречались в группе с избыточной массой тела – 7 (9,7%), реже при нормальной массе тела и ожирении – 4 (2,08%) и 2 (5,7%), соответственно. Различия между группами статистически не значимы ($\chi^2=1,371$; $p>0,05$).

Проведенный анализ социально-экономического уровня показал, что среди продолжавших курить во время беременности большую часть составили пациентки с низким социально-экономическим уровнем (ОР=2,4 95% ДИ 1,45-3,16).

В ходе анализа акушерско-гинекологического анамнеза не установлено статистически значимых различий среднего возраста менархе и продолжительности менструального цикла у женщин исследуемых групп ($p>0,05$). В то же время при ожирении женщины достоверно чаще страдали миомой тела матки ($p=0,002$), нарушениями менструального цикла в виде олиго-, гиперполименореи ($p<0,0001$). С одинаковой частотой у беременных с

нормальной, избыточной массой тела и ожирением встречались эрозия шейки матки ($p=0,743$) и доброкачественные опухоли яичников ($p=0,232$). Воспалительные заболевания органов малого таза в анамнезе имели 61 (15,6%) беременная с нормальным весом, 29 (40,2%) с избыточной массой тела и 9 (25,7%) женщин с ожирением, различия между группами статистически не значимы ($p=0,174$).

Анализ паритета родов показал, что среди женщин с нормальной массой тела с одинаковой частотой встречались перво- и повторнородящие, при этом большинство из повторнородящих пациенток имели 1 роды в анамнезе. Вместе с тем женщины в группе с ожирением чаще имели 2 и более родов в анамнезе. Повторнородящие женщины с нормальной массой тела в подавляющем большинстве имели в анамнезе роды через естественные родовые пути – 78,1%, реже кесарево сечение – 21,8%. Напротив, в группе женщин с ожирением акушерско-гинекологический анамнез чаще был отягощен наличием рубца на матке после кесарева сечения ($\chi^2=28,746$; $p=0,000$).

Выводы. В результате анализа медико-социального статуса беременных установлено, что частота избыточной массы и ожирения увеличивается с возрастом, что отражает общепопуляционную тенденцию. Наиболее значимые социальные факторы риска ожирения – низкий уровень образования и доходов. Доля повторнородящих выше в группе с ожирением, что отчасти может быть связано с увеличением среднего возраста среди данной категории женщин.

Акушерско-гинекологический анамнез при ожирении чаще отягощен наличием рубца на матке после кесарева сечения, самопроизвольными выкидышами и абортами. Частота нарушений менструального цикла, миомы тела матки также увеличивается с ростом ИМТ.

Литература

1. Ершевская, А. Б. Факторы метаболического программирования у детей с ожирением и предикторами метаболического синдрома / А. Б. Ершевская, Д. С. Богдашов // Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. – 2016. – Т. 6. – № 97. – С. 55–58.
2. Кажина, М. В. Беременность на фоне ожирения: дебют метаболического синдрома матери и программирование метаболического синдрома плода (клиническая лекция) / М. В. Кажина // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. – 2017. – № 6. – С. 1241–1250.
3. Guadet L. The effect of maternal class III obesity on neonatal outcomes: a retrospective matched cohort study / L. Guadet, X. Tu, D. Fell et al. // J. Matern. Fetal Neonatal Med. – 2012. – Vol. 25. – № 11. – P. 2281–2286.