Таким образом, для организации качественной офтальмологической помощи недоношенным новорожденным по поводу РН, необходима общая мобилизация офтальмологов, акушеров, неонатологов, педиатров и невропатологов всей страны.

1. Maldonado RS, Yuan E, Tran-Viet D, Rothman AL, Tong AY, Wallace DK, Freedman SF, Toth CA. // Three-Dimensional Assessment of Vascular and Perivascular Characteristics in Subjects with Retinopathy of Prematurity. *Ophthalmology*. 2014 Jan 21. pii: S0161-6420(13)01179-2.
2. Küçükcilioğlu M, Mutlu FM, Sarıcı SU, Ceylan OM, Altınsoy HI, Kılıç S, Cekmez F. // Frequency, risk factors and outcomes of retinopathy of prematurity in a tertiary care hospital in Turkey. *Turk J Pediatr*. 2013 Sep-Oct;55(5):467-74.
3. van Sorge AJ, Termote JU, Kerkhoff FT, van Rijn LJ, Simonsz HJ, Peer PG, Schalijs-Delfos NE. // Nationwide inventory of risk factors for retinopathy of prematurity in the Netherlands. *J Pediatr*. 2014 Mar;164(3):494-498.e1.
4. Chaudhry TA, Hashmi FK, Salat MS, Khan QA, Ahad A, Taqui AM, Syed R, Ahmad K. // Retinopathy of prematurity: an evaluation of existing screening criteria in Pakistan. *Br J Ophthalmol*. 2014 Mar;98(3):298-301.

Тагиева Ф.А.

К вопросу о риске развития осложнений беременности

*Азербайджанский Медицинский Университет
(Азербайджан, Баку)*

doi 10.18411/gq-31-07-2019-35

idsp sciencerussia-31-07-2019-35

Аннотация

Основную группу составили 125 женщин с ожирением, диагностированным до беременности. Контрольную группу составили 80 женщин, имевшие до беременности нормальный индекс массы тела. Полученные результаты показали более частое выявление осложнений беременности у пациенток с ожирением по сравнению с женщинами, имеющими нормальный индекс массы тела. Результаты исследования показали, что ожирение является неблагоприятным фоном для развития беременности и влияет на частоту осложнений, как в первой, так и во второй половине беременности. По мере развития беременности у женщин с ожирением риск развития угрозы ее прерывания возрастает в 2,6 раза, гипертензивных осложнений – в 3,1 раза, задержки роста плода – в 6,8 раз, многоводия – в 7 раз, анемии – в 1,6 раза, инфекции нижних отделов мочевыводящих путей – в 2,2 раза. Это свидетельствует о значительном риске развития осложнений беременности у пациенток с ожирением.

Ключевые слова: беременность; ожирение; осложнения.

Abstract

The main group consisted of 125 women with obesity diagnosed before pregnancy. The control group consisted of 80 women who had a normal body mass index before pregnancy. The results showed more frequent detection of pregnancy complications in obese patients compared to women with a normal body mass index. The results of the study showed that obesity is an unfavorable background for the development of pregnancy and affects the incidence of complications in both the first and second half of pregnancy. With the development of pregnancy in women with obesity, the risk of developing the threat of its interruption increases by 2.6 times, hypertensive complications – by 3.1 times, fetal growth retardation – by 6.8 times, polyhydramnios – by 7 times, anemia – by 1.6 times, lower urinary tract infections – by 2.2 times. This indicates a significant risk of pregnancy complications in obese patients.

Key words: pregnancy; obesity; complications.

Ожирение повышает риск развития патологического течения беременности, родов, послеродового периода у женщин, а также перинатальной заболеваемости и смертности у новорождённых [1, 2, 3]. Женщины с ожирением составляют группу риска по развитию гипертензивных осложнений, плацентарной недостаточности, гестационного сахарного диабета, анемии беременных [1, 4].

Цель - изучение влияния ожирения на риск развития осложнений беременности.

Материал и методы. Основную группу составили 125 женщин с ожирением, диагностированным до беременности. Контрольную группу составили 80 женщин, имевшие до беременности нормальный индекс массы тела. Средний возраст женщин основной группы - $29,0 \pm 0,44$ лет, контрольной группы - $25,7 \pm 0,47$ лет. Ожирение диагностировали на основании расчета показателя «индекс массы тела» (ИМТ), оцененного по весо-ростовым показателям при первом визите по формуле: $\text{ИМТ} = \text{масса тела (кг)} / \text{рост (м)}^2$. Критериями включения пациенток в основную группу были значение ИМТ выше 25 кг/м^2 , доношенная беременность одним плодом. В контрольную группу вошли женщины с ИМТ от $18,5$ до 25 кг/м^2 .

Для оценки независимого вклада факторов в вероятность возникновения события использовался расчет отношения шансов (OR) для каждого из статистически значимых факторов и его 95% доверительного интервала (95% ДИ). Вычисления проводили по формуле: $\text{OR} = [A \times D] / [B \times C]$, где A и B - наличие признака, C и D - его отсутствие, соответственно среди пациенток с ожирением и здоровых. При значении OR выше 1 риск считается существенным и связь изучаемого фактора с результатом сильная.

Результаты и обсуждение. Анализ историй течения беременности и родов включал изучение возраста беременных, анамнестических данных, особенностей течения беременности. В основной группе женщины до 20 лет составили 3,2%, в возрасте 20-29 лет – 53,6%, от 30 до 34 лет – 30,4%, в возрасте от 35 до 39 лет – 12,8%. В контрольной группе - 3,8%, 80,0%, 11,3% и 5,0% соответственно. При этом в группе с ожирением было больше пациенток в возрасте от 30 до 34 лет по сравнению с группой контроля (30,4% и 11,3% соответственно) ($p < 0,05$).

Наследственность у пациенток с ожирением в 84,0% случаев была отягощена со стороны одного или обоих родителей, в контрольной группе таких данных получено не было. Характер питания практически у половины (48,0%) женщин с ожирением был нерациональным и избыточным (3,8% в контрольной группе), также 12,8% больных злоупотребляли различными тонизирующими напитками ($p < 0,05$). Низкую физическую активность имели 91,2% женщин основной группы, тогда как в контрольной группе на этот факт указывали 10,0% женщин ($p < 0,05$). Социально-бытовые условия жизни были удовлетворительными и сравнимы в обеих группах.

Среди женщин с ожирением у 12 (9,6%) из них масса тела начала нарастать в период детства, у 67 (53,6%) – в период полового созревания, у 46 (36,8%) – в период беременности и после родов. При этом на возрастной период 12-16 лет указывали 25 (20,0%) женщин, на 20-24 года – 24 (19,2%), на 24-28 лет – 30 (24,0%), на 29-38 лет – 23 (18,4%) пациентки.

Анализ частоты сопутствующих заболеваний показал, что у женщин с избыточной массой тела и ожирением до наступления беременности достоверно чаще диагностировались заболевания сердечно-сосудистой системы (40,3% против 11,9% в контрольной группе), заболевания желудочно-кишечного тракта (30,8% против 16,6% в контрольной группе), эндокринные заболевания (28,5% против 9,4% в контрольной группе), острые респираторные вирусные инфекции и грипп (27,2% против 2,5% в контрольной группе) ($p < 0,05$). Наиболее распространенными гинекологическими заболеваниями у обследованных с избыточной массой тела и ожирением были кольпиты – у 27,4% женщин против 14,0% в контрольной группе ($p < 0,05$), сальпингоофориты – у 19,1% против 15,6% в группе контроля, эрозия шейки матки – у 13,2% против 7,1% в контроле, эндометриты – у 13,7% против 6,3% в контроле ($p < 0,05$). У женщин основной группы частота бесплодия составила 17,6% (22

женщины). При этом у 10 (8,0%) отмечалось первичное, у 12 (9,6%) – вторичное бесплодие. В контрольной группе случаев бесплодия не наблюдалось.

Среди женщин контрольной группы беременности закончились физиологическими родами у 71 (88,8%), оперативными родами – у 9 (11,3%), медикаментозным абортom – у 8 (10,0%), самопроизвольным выкидышем в первом триместре – у 14 (17,5%) пациенток.

У беременных с ожирением акушерский анамнез был отягощен за счет артифициальных абортов у 40 (32,0%) женщин ($\chi^2=13,166$; $p<0,001$). Физиологическими родами закончились беременности у 25 (20,0%) пациенток ($\chi^2=92,598$; $p<0,001$). Исходы предыдущих родов закончились путем операции кесарево сечение у 100 (80,0%) женщин ($\chi^2=92,598$; $p<0,001$). Показанием для оперативных родов были слабость и дискоординация родовой деятельности, нарастание степени тяжести гестоза, ягодичное предлежание, рубец на матке. Преждевременные роды отмечались у 14 (11,2%) ($\chi^2=9,617$; $p=0,002$), аномалии родовой деятельности – у 11 (8,8%) ($\chi^2=7,439$; $p=0,007$), послеродовые осложнения имелись у 9 (7,2%) ($\chi^2=6,024$; $p=0,015$) пациенток с ожирением. По числу самопроизвольных выкидышей достоверных отличий между группами сравнения не наблюдалось (12,8% против 17,5% в контроле, $p>0,05$). Крупными (4000гр. и более) были рождены дети у 13 (10,4%) женщин.

Результаты исследования показали, что среди осложнений первой половины беременности преобладали угроза ее прерывания – у 25 (20,0%) и ранние гипертензивные осложнения – у 21 (16,8%) пациентки. В контрольной группе женщин с угрозой прерывания беременности и гипертензивными осложнениями было 6 (7,5%) ($p<0,05$). Во второй половине беременности среди осложнений преобладали анемия – у 40 (32,0%), угроза прерывания – у 34 (27,2%) и гипертензивные осложнения – у 32 (25,6%). В контрольной группе данные осложнения отмечались у 18 (22,5%), 10 (12,5%) и 8 (10,0%) женщин соответственно ($p<0,05$).

Полученные результаты показали более частое выявление осложнений беременности у пациенток с ожирением по сравнению с женщинами, имеющими нормальный индекс массы тела. В связи с этим было рассчитано отношение шансов развития наиболее значимых осложнений беременности у женщин с ожирением. Согласно полученным результатам, в первой половине беременности относительный риск развития гипертензивных осложнений у пациенток с осложнением составил: $OR=2,5\pm0,48$ (95% ДИ: 0,95-6,47; $p<0,05$), во второй половине беременности – $OR=3,1\pm0,42$ (95% ДИ: 1,34-7,12; $p<0,01$), что превышало таковой в группе контроля в 2,5-3,1 раза.

Связь между ожирением и угрозой прерывания беременности согласно значению отношения шансов для первой половины беременности: $OR=3,1\pm0,48$ (95% ДИ: 1,20-7,90; $p<0,01$), для второй половины беременности – $OR=2,6\pm0,39$ (95% ДИ: 1,21-5,65; $p<0,01$). Следовательно, у женщин с ожирением риск развития у них угрозы прерывания в первой половине беременности возрастал в 3,1 раза, а во второй половине беременности – в 2,6 раза по сравнению с контрольными значениями.

Расчет риска развития анемии у женщин с ожирением во второй половине беременности показал более низкие значения: $OR=1,6\pm0,32$ (95% ДИ: 0,85-3,09; $p<0,05$), чем в первой ее половине – $OR=3,0\pm0,79$ (95% ДИ: 0,63-14,38; $p<0,01$), что связано с увеличением числа беременных с анемическим синдромом не только в основной, но и в контрольной группе.

Риск развития инфекций мочевыводящих путей на фоне ожирения по мере развития беременности возрастал более чем вдвое и составил: $OR=2,2\pm0,67$ (95% ДИ: 0,59-8,37; $p<0,05$).

Риск развития многоводия был в 7 раз выше у женщин с ожирением по сравнению с беременными контрольной группы: $OR=7,0\pm0,75$ (95% ДИ: 1,58-30,89; $p<0,001$).

Риск развития задержки роста плода у беременных с ожирением был более чем в 6 раз выше по отношению к контролю: $OR=6,8\pm1,05$ (95% ДИ: 0,86-54,74; $p<0,001$).

Заключение

Таким образом, ожирение является отрицательным фоном для развития беременности и течения родов, что подтвердило проведенное нами исследование. Результаты исследования показали, что ожирение является неблагоприятным фоном для развития беременности и влияет на частоту осложнений, как в первой, так и во второй половине беременности. По мере развития беременности у женщин с ожирением риск развития угрозы ее прерывания возрастает в 2,6 раза, гипертензивных осложнений – в 3,1 раза, задержки роста плода – в 6,8 раз, многоводия – в 7 раз, анемии – в 1,6 раза, инфекции нижних отделов мочевыводящих путей – в 2,2 раза. Это свидетельствует о значительном риске развития осложнений беременности у пациенток с ожирением. Следовательно, женщин с ожирением следует относить к группе риска развития осложнений во время беременности, в родах и перинатальной заболеваемости.

1. Карахалис Л.Ю. Влияние повышенной массы тела и ожирения на частоту гинекологической патологии, течение родов, послеродовый период и состояние новорожденных. Гинекология. 2016; 6: 67-70.
2. Леваков С.А., Боровкова Е.И. Беременность на фоне ожирения и метаболического синдрома. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2014; 13. (5): 5-10.
3. Могилина М.Н. Влияние повышенной массы тела и ожирения на гинекологическую заболеваемость и беременность. Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2014; 13(2): 395-399.
4. Чабанова Н.Б. Материнское ожирение как фактор риска гестационных осложнений. Евразийский союз ученых. 2016; 30(1): 84-85.

Фараджева С. С.

Оценка объема жировой ткани с использованием визуальных методов исследования у больных сахарным диабетом типа 2

*Азербайджанский Медицинский Университет
(Азербайджан, Баку)*

doi 10.18411/gq-31-07-2019-36

idsp sciencerussia-31-07-2019-36

Аннотация

Обследовано 32 пациента (20 женщин и 12 мужчин), проживающие в Абшеронском регионе (г. Баку и близлежащие районы) Азербайджана. Средний возраст больных составил $56,4 \pm 1,8$ лет.

У больных проводился расчет индекса массы тела (ИМТ), отношение объема талии (ОТ) к объему бедер (ОБ) - ОТ/ОБ, процентное содержание жирового объема с помощью калипера и ультразвукового исследования.

Измерение объема висцеральной жировой ткани (ВЖТ) и подкожной жировой клетчатки (ПЖТ) может быть рекомендовано в качестве скрининга калипером и при проведении рутинного УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, а также при динамическом наблюдении за пациентами с ожирением и СД типа 2. Полученные результаты демонстрируют целесообразность определения объема жировой ткани, который тесно связан с развитием СД.

Ключевые слова: УЗИ органов брюшной полости, калипер, индекс массы тела

Abstract

32 patients (20 women and 12 men) living in the Absheron region (Baku and nearby areas) of Azerbaijan were examined. The mean age of patients was 56.4 ± 1.8 years.

Patients were calculated body mass index (BMI), the ratio of waist (OT) to hip (OB) - OT/OB, the percentage of fat volume using caliper and ultrasound.