

DOI: 10.21802/artm.2022.4.24.90
УДК 618.3-06

РІВЕНЬ ЗНАТЬ ЖІНОК ПРО РИЗИКИ, ПОВ'ЯЗАНІ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Л.Р. Максименко

*Івано-Франківський національний медичний університет,
кафедра акушерства та гінекології, м. Івано-Франківськ, Україна,
ORCID ID: 0000-0002-0919-0838, e-mail: lesya.todoriv94@gmail.com*

Резюме. У всьому світі майже половина жінок вступають у вагітність із надлишковою масою тіла.

Мета. З'ясувати, чи жінки, які вступили у вагітність з надлишковою масою тіла, усвідомлювали підвищені ризики перебігу гестаційного періоду, пов'язані з високим індексом маси тіла (ІМТ) та бар'єри й обмеження в жінок для оптимізації маси тіла до зачаття.

Матеріали і методи. Обстежено 117 вагітних. Першу групу склали 68 жінок з надлишковим ІМТ, другу – 49 з рекомендованим ІМТ до вагітності. Використано опитувальники: «Опитувальник про оцінку рівня знань жінок про ризики, пов'язані з надлишковою масою тіла під час вагітності» та «Бар'єри та обмеження, які мали жінки для оптимізації маси тіла до зачаття» під час першого антенатального візиту (9-12 тижнів).

Результати. Більшість жінок визначили, що надмірна маса тіла збільшує загальний ризик ускладнень вагітності незалежно від ІМТ самої жінки. Проте, виявлені шанси недооцінки високого ступеня ризику оперативного розродження, передчасних пологів, несприятливих неонатальних наслідків та вроджених аномалій розвитку плода в пацієнок з надлишковим ІМТ. Підтверджено недооцінку зменшення ризику перебігу вагітності та пологів за умови втрати ваги до зачаття. Основними перешкодами у жінок для оптимізації ваги до зачаття були недостатні базові знання щодо ризику материнських та перинатальних ускладнень, пов'язаних з високим ІМТ, сімейна культура й звички, несистематизовані спроби втратити вагу, обмаль інформації та консультування з приводу цієї проблеми.

Висновки. Залишається актуальним розробка програм, направлених на покращення знань жінок про надлишкову масу тіла як фактора високого акушерського та перинатального ризику та моделювання способу життя з метою оптимізації маси тіла на прегравідарному етапі.

Ключові слова: вагітність, надлишкова маса тіла, опитувальники, прегравідарна підготовка, акушерські та перинатальні ускладнення.

Вступ. Сучасні літературні дані постулюють, що приблизно третина жінок репродуктивного віку у всьому світі як у розвинутих країнах, так і в країнах, що розвиваються, мають надлишкову масу тіла або ожиріння [1, 2]. Зі збільшенням індексу маси тіла (ІМТ) серед населення в цілому зростає кількість жінок із надмірною вагою/ожирінням, які звертаються за акушерською допомогою, що викликає додаткові проблеми та занепокоєння для постачальників медичних послуг [3]. Порівняно з жінками з нормальним прегравідарним ІМТ, особи, які завагітніли на фоні надлишкової маси тіла, мають більшу ймовірність надлишкового гестаційного збільшення маси тіла (ГЗМТ). Сучасні дослідження показують, що надмірний ІМТ та надлишкове ГЗМТ є найпоширенішими факторами ризику патологічного перебігу вагітності та пологів, що погіршують перинатальні наслідки [4, 5]. За різними літературними джерелами, такі ускладнення виникають частіше у вагітних з надлишковою масою тіла порівняно з нормоваговими: гестаційний діабет (3,5-9,5 % проти 1,2-4,1 %), гіпертензивні розлади (1,4-13,5 % проти 0,7-4,8 %), кесарів розтин (10,4-36,2 % проти 7,7-22,3 %), передчасні пологи (6,4-30,7 % проти 5,4-19,6 %), перебування новонароджених у відділенні інтенсивної терапії (6,0-33,2 % проти 4,3-9,3 %) [6, 7].

Обґрунтування дослідження. На сучасному етапі адекватне консультування жінок репродуктивного віку з надлишковою масою тіла є важливою

складовою прегравідарної підготовки. Підвищення знань пацієнок про коротко- та довгострокові ризики надмірної ваги як для їхнього власного здоров'я, так і для здоров'я їхніх дітей, ймовірно, стане важливим першим кроком у профілактиці ожиріння під час вагітності.

У відповідь на епідемію ожиріння серед жінок, що планують народжувати дітей, світові організації, такі як Центр для контролю та профілактики захворювань (Centers for Disease Control and Prevention) та Інститут медицини (Institute of Medicine) у Сполучених Штатах, а також Національний інститут здоров'я та досконалості догляду (National Institute for Health and Care Excellence) Сполученого Королівства зосередилися на проблемі корекції надмірної ваги до зачаття з 2006 р. [8]. Рекомендації передбачають важливість мати ІМТ менше 25,0 кг/м², дотримуватися здорового способу життя й адекватної фізичної активності від першого антенатального візиту для забезпечення фізіологічного перебігу вагітності. Однак, на думку деяких науковців, удосконалення прегравідарної підготовки потребує забезпечення розуміння жінок дітородного віку про фактори, які підвищують ризики акушерських та перинатальних ускладнень, зокрема і надмірну вагу [9].

Мета дослідження. У нашому дослідженні було встановлено дві цілі: 1 – з'ясувати, чи жінки, які вступили у вагітність з надлишковою масою тіла,

усвідомлювали підвищені ризики перебігу гестаційного періоду, пов'язані з високим ІМТ; 2 – бар'єри й обмеження, які мали жінки для оптимізації маси тіла до зачаття.

Матеріали і методи. До даного проспективного дослідження залучено 117 вагітних жінок. Першу групу склали 68 жінок з надлишковою (ІМТ 25,0–29,9 кг/м²), у другу – 49 з нормальною (ІМТ 18,5–24,9 кг/м²) масою тіла до вагітності у віці від 18 до 45 років, які спостерігалися впродовж гестації в жіночих консультаціях і в міському клінічному перинатальному центрі м. Івано-Франківська, Україна впродовж 2020–2022 років та погодилися взяти участь в опитуванні.

Було використано два опитувальники: «Опитувальник про оцінку рівня знань жінок про ризики, пов'язані з надлишковою масою тіла під час вагітності», запропонованого Австралійськими дослідниками Nitert MD et al [10] та «Бар'єри та обмеження, які мали жінки для оптимізації маси тіла до зачаття». Пацієнтки заповнювали представлені опитувальники самостійно під час першого антенатального візиту (9–12 тижнів), за потреби отримували консультації в навченого лікаря-інтерна. У першому опитувальнику учасниць попросили оцінити своє сприйняття ризиків попередньо визначеного списку із семи материнських і неонатальних ускладнень для жінок з надлишковою та нормальною масою тіла із зазначенням ризику за 5-бальною шкалою Лайкерта (дуже низький ризик, низький ризик, середній ризик, високий ризик, дуже високий ризик, варіант «не знаю»). Учасників також запитали: «Якби жінка з надлишковою масою тіла змогла схуднути до вагітності, як, на Вашу думку, це вплинуло б на ризик проблем під час вагітності та ускладнень при пологах?». Ці ж сім факторів були оцінені за 5-бальною шкалою Лайкерта з використанням наступних дескрипторів: вона мала б набагато менший ризик, вона мала б менший ризик, ризик не змінився б, вона мала б більший ризик, вона мала б набагато більший ризик. У подальшому було проаналізовано, як вагітні оцінюють ризик для кожного ускладнення для осіб з нормальною та надлишковою масою тіла.

У другому опитувальнику учасникам було запропоновано оцінити своє ставлення до 15 бар'єрів та обмежень, які є суттєвими у відсутності втрати маси тіла до вагітності [11], із зазначенням «сильний вплив, помірний вплив, не впливало». У подальшому було виділено найбільш вагомий бар'єри та обмеження, які мали жінки для оптимізації маси тіла до зачаття.

Робота являється фрагментом комплексної НДР «Розробка діагностичної тактики та патогенетичне обґрунтування ефективних методів збереження та відновлення репродуктивного потенціалу та покращення параметрів якості життя жінки при акушерській та гінекологічній патології» (№ держреєстрації 0121U109269). Права пацієнтів були дотримані згідно з Гельсінською декларацією «Етичні принципи медичних досліджень за участю людей», розробленій Всесвітньою медичною асоціацією, «Загальною декларацією про біоетику та права людини (ЮНЕСКО)». Усі вагітні оформили «Інформовану згоду на участь у дослідженні». Дизайн наукової роботи схвалено комісією з питань етики Івано-Франківського національного медичного університету (протокол № 118/20 від 15.12.2020 р.).

На момент початку дослідження середній вік пацієнток був 27,6±5,0 років (95 % СІ 26,9–28,3) і статистично вірогідно не різнився у групах (p>0,05). У пацієнток першої групи середній ІМТ становив 27,3±1,2 кг/м² (95% СІ 27,1–27,5), другої групи – 22,4±1,3 кг/м² (95% СІ 22,2–22,6). Переважна більшість обстежених були першонароджуючі – 49 із 68 (72,1 %) вагітних першої групи та 43 з 49 (87,8 %) – другої групи (p>0,05). У всіх вагітних розродження відбулося у терміні доношеної вагітності 39,1±1,3 тижнів (95 % СІ 38,9–39,3).

Обробляли цифровий матеріал із використанням пакету статистичного аналізу на базі Microsoft Excel та пакету статистичного аналізу Statistica 10. Міра центральної тенденції показників представлена у вигляді інтервалу M±SD, де M – середня арифметична величина, SD – стандартне відхилення середньої арифметичної. Для демонстрації точності обчисленої середньої арифметичної показали 95 % довірчий інтервал (Confidence Interval (CI)). Для оприлюднення ризику виникнення ускладнень використаний метод розрахунку показника відношення шансів (Odds Ratio (OR)) та його СІ 95 %. Оцінку достовірності різниці даних у групах порівняння проводили на основі t-тесту Ст'юдента. Різницю між величинами вважали статистично значущою при p<0,05.

Результати дослідження. Учасниць обох груп попросили оцінити ступінь ризику гестаційної патології для жінок з нормальною і надлишковою масою тіла. Результати опитування стратифіковані за ІМТ≥25,0 або <25,0 кг/м² і представлені на рис. 1. Учасниці оцінили вищий ризик несприятливих наслідків вагітності та пологів для жінок з надлишковою масою тіла без статистичної різниці у двох категоріях ІМТ (p>0,05). Відмічено, що більш впевнено відповідали вагітні другої групи (ІМТ<25,0 кг/м²): «Не знаю» відповіді 10,2 % проти 27,9 % пацієнток першої групи (ІМТ ≥25,0 кг/м²) (p<0,05). В обох групах жінки розцінили вищий негативний вплив надмірної ваги на материнські результати, ніж на перинатальні. Так, переважна більшість вагітних обох груп представили ризик загальних ускладнень (77,9 % та 79,6 %) та гіпертензивних розладів під час вагітності (89,7 % та 93,9 %) у жінок з надлишковою масою тіла від високого до дуже високого, тоді як ризик кесаревого розтину оцінили (75,0 % та 73,5 %) від середнього до високого відповідно жінки першої та другої груп. Також, більший відсоток вагітних оцінили ризик перинатальних ускладнень у жінок з надмірною вагою від низького до середнього порівняно з ризиком від високого до дуже високого: передчасних пологів (61,8 % проти 35,3 % (p<0,01) у першій групі та 59,2 % проти 32,7 % (p<0,05) у другій групі), потреба у госпіталізації у відділення інтенсивної терапії (61,8 % проти 35,3 % (p<0,01) у першій групі та без достовірної різниці у другій групі 53,1 % проти 42,9 % (p>0,05)). Достовірно більша частота опитуваних обох груп оцінили ризик виникнення аномалії розвитку плода від низького до середнього

порівняно з ризиком від високого до дуже високого (64,7 % проти 25,0 % ($p < 0,001$) у першій групі та 67,3 % проти 14,3 % ($p < 0,001$) у другій групі). Важливо, що високий – дуже високий ризик розвитку цукрового

діабету під час вагітності у жінок з надлишковою масою тіла оцінили тільки 67,6 % пацієнток першої проти 89,8 % другої групи ($p < 0,05$).

Таблиця 1
Відповідь учасників (%) з ІМТ ≥ 25 кг/м² (n=68) та ІМТ < 25 кг/м² (n=49) щодо ризиків акушерських та перинагальних ускладнень, пов'язаних з надлишковою масою тіла під час вагітності

	Дуже низький ризик		Низький ризик		Середній ризик		Високий ризик		Дуже високий ризик		Не знаю	
	≥ 25	< 25	≥ 25	< 25	≥ 25	< 25	≥ 25	< 25	≥ 25	< 25	≥ 25	< 25
1. Ризик загальних ускладнень Жінки з нормальною масою тіла Жінки з надлишковою масою тіла	11,8 0,0	12,2 0,0	17,6 0,0	28,6 2,0	61,8 17,6	55,1 14,3	2,9 48,5	2,0 49,0	0,0 4	0,0 30,6	5,9 4,4	2,0 4,1
	20,6 0,0	12,2 0,0	47,1 0,0	46,9 0,0	20,6 29,4	36,7 10,2	7,4 50,0	4,1 38,8	1,5 6	0,0 51,0	2,9 2,9	0,0 0,0
3. Гіпертензивні розлади під час вагітності Жінки з нормальною масою тіла Жінки з надлишковою масою тіла	7,4 0,0	10,2 0,0	32,4 0,0	28,6 0,0	51,5 8,8	55,1 2,0	7,4 38,2	4,1 38,8	1,5 5	2,0 55,1	0,0 1,5	0,0 2,0
	11,8 0,0	10,2 2,0	22,1 8,8	28,6 14,3	63,2 47,1	57,1 40,5	1,5 29,4	2,0 32,7	0,0 7	0,0 10,2	1,5 0,0	2,0 0,0
5. Передчасне народження дитини Жінки з нормальною масою тіла Жінки з надлишковою масою тіла	7,4 0,0	8,2 0,0	27,9 4,4	32,7 2,0	61,8 57,4	55,1 57,1	2,9 27,9	4,1 24,5	0,0 7,4	0,0 8,2	0,0 2,9	0,0 8,2
	8,8 0,0	10,2 0,0	22,1 8,8	20,4 10,2	63,2 52,9	51,0 42,9	2,3 22,1	10,2 30,6	0,0 2	0,0 13,2	2,9 2,9	8,2 4,1
7. Народження дитини з аномалією розвитку Жінки з нормальною масою тіла Жінки з надлишковою масою тіла	10,3 7,4	12,2 10,2	35,3 13,2	28,6 26,5	54,4 51,5	55,1 40,8	0,0 23,5	2,0 12,2	0,0 1,5	0,0 2,0	0,0 2,9	2,0 4,1

Отже, шанси недооцінки високого ступеня ризику оперативного розродження у пацієнток з надлишковою масою тіла становили (OR=3,80; 95% CI:1,83-7,87; p<0,001 та OR=3,69; 95% CI:1,58-8,64; p=0,004), передчасних пологів (OR=2,96; 95% CI:1,47-5,95; p=0,003 та OR=2,99; 95% CI:1,31-6,83; p=0,015), несприятливих неонатальних наслідків (OR=2,96; 95% CI:1,47-5,95; p=0,0031), та особливо вроджених аномалій розвитку (OR=5,50; 95% CI:2,62-11,54; p<0,001 та OR=12,38; 95% CI:4,56-33,58; p<0,001) відповідно серед пацієнток першої та другої груп.

Більшість опитуваних вважали, що втрата маси тіла на прегравідарному етапі знизить ризик гестаційних ускладнень незалежно від їх власного ІМТ до вагітності (табл. 2).

Однак, детальний аналіз відповідей показав, що в обох групах на відсутність зміни ризику розвитку цукрового діабету вказали кожна п'ята пацієнтка, кесаревого розтину, передчасних пологів та негативних перинатальних наслідків – третина жінок, а аномалій розвитку плода – половина вагітних.

Таблиця 2

Відповідь учасників (n (%)) з ІМТ≥25 кг/м² (n=68) та ІМТ<25 кг/м² (n=49) щодо зміни ризику акушерських та перинатальних ускладнень, якщо жінка з надлишковою масою тіла схудла б до вагітності

	Вона мала б набагато менший/менший ризик		Ризик не змінився б		Вона мала б більший/набагато більший ризик	
	≥25	<25	≥25	<25	≥25	<25
1. Ризик загальних ускладнень	56 (82,4)	40 (81,6)	10 (14,7)	9 (18,4)	2 (2,9)	0 (0,0)
2. Цукровий діабет під час вагітності	48 (70,6)	34 (69,4)	17 (25,0)	14 (28,6)	2 (4,4)	1 (2,0)
3. Гіпертензивні розлади під час вагітності	51 (75,0)	36 (73,5)	13 (19,1)	13 (26,5)	4 (5,9)	0 (0,0)
4. Кесарів розтин	40 (58,8)	28 (57,1)	23 (33,8)	19 (38,8)	5 (7,4)	2 (4,1)
5. Передчасне народження дитини	41 (60,3)	29 (59,2)	22 (32,4)	18 (36,7)	5 (7,4)	2 (4,1)
6. Потреба госпіталізації дитини у відділення інтенсивної терапії	41 (60,3)	27 (55,1)	24 (35,3)	21 (42,9)	3 (4,4)	1 (2,0)
7. Народження дитини з аномалією розвитку	32 (47,1)	21 (42,9)	33 (48,5)	26 (53,1)	3 (4,4)	2 (2,0)

У роботі проаналізовано результати опитування 68 вагітних у першому триместрі згідно з опитувальником «Бар'єри та обмеження, які мали жінки для оптимізації маси тіла до зачаття» (табл. 3). Так, найбільш вагомими чинниками, що, на думку опитуваних, обмежували можливість оптимізації ваги на прегравідарному етапі були: відсутність підтримки з боку сім'ї та колег по роботі з приводу втрати маси тіла у 59 (86,8 %) та 3 (4,4 %) пацієнток, асоціювання надмірної маси тіла зі спадковістю і тому неможливістю втрати ваги у 48 (70,6 %) та 12 (17,6 %), неодноразові спроби втратити вагу, проте не систематизовано, тому поверталися до попередньої маси тіла у 45 (66,2 %) та 8 (11,8 %), недостатня обізнаність щодо зростання ризиків акушерських ускладнень при надлишковій масі тіла у 29 (42,6 %) та 18 (26,5 %) та відсутність інформування медичних працівників щодо необхідності оптимізації ваги перед зачаттям з метою зменшення негативних наслідків вагітності та пологів у 29 (42,6 %) та 17 (25,0 %) пацієнток, відповідно, із сильним та помірним впливом. Половина вагітних пов'язували надмірну вагу з низьким економічним статусом купувати продукти здорового харчування та займатися спортом. Більш ніж половина учасниць були також переконані, що ризики, пов'язані з надлишковою масою тіла/ожирінням, є перебільшеними. Тільки 14,7 % жінок повідомили, що задоволені своїм виглядом, станом здоров'я і не мали необхідності втрати ваги.

Обговорення результатів. Отже, підсумовуючи отримані дані, можна стверджувати, що 82,8 %

учасниць опитування незалежно від ІМТ до вагітності асоціювали надлишкову масу тіла з високим / дуже високим ризиком акушерських ускладнень з найменшою обізнаністю про шанси розвитку цукрового діабету. І тільки третина пацієнток (33,0 %) знали про високий / дуже високий ризик негативних перинатальних наслідків за наявності ІМТ≥25 кг/м² з найгіршими знаннями відносно ризику народження дітей з аномаліями розвитку. Також дослідження показало недостатній рівень обізнаності опитувальних про зменшення ризику акушерських та особливо перинатальних ускладнень у жінок з надлишковою масою тіла при втраті ваги до вагітності. Наші дані перекликаються з результатами, отриманими у австрійському дослідженні Nitert MD et al із залученням до опитування 412 жінок з різною масою тіла до вагітності [10]. Тільки 57 % жінок у цьому дослідженні усвідомлювали, що надмірна вага/ожиріння до вагітності підвищує загальний ризик ускладнень вагітності та пологів і що втрата ваги до вагітності в жінки з ожирінням зменшить загальний ризик ускладнень.

Це насамперед пов'язано з недостатнім висвітленням у літературних джерелах – підвищений ризик передчасних пологів і вроджених аномалій зазвичай наголошується при ожирінні II і III ступенів, хоча нещодавно проведені дослідження вказують на підвищені ризики як для надлишкової маси тіла, так і для ожиріння жінки [12, 13].

Таблиця 3

Відповідь учасників (n (%)) з ІМТ \geq 25 кг/м² (n=68) щодо бар'єрів та обмежень, які мали жінки для оптимізації маси тіла до зачаття

Питання	Сильний вплив	Помірний вплив	Не впливало
1. Вважають, що задоволені своїм виглядом, станом здоров'я і не мають необхідності втрати ваги	8 (11,8)	2 (2,9)	58 (85,3)*
2. Не задоволені своїм виглядом, проте відсутність бажання правильно харчуватися	12 (17,6)	15 (22,1)	41 (60,3)*
3. Не задоволені своїм виглядом, проте відсутність бажання займатися фізичною активністю	14 (20,6)	16 (23,5)	38 (55,9)
4. Брак коштів купувати продукти здорового харчування	20 (29,4)	14 (20,6)	34 (50,0)
5. Брак часу займатися фізичною активністю	18 (26,5)	17 (25,0)	33 (48,5)
6. Відсутність підтримки з боку сім'ї та колег по роботі з приводу втрати маси тіла	59 (86,8)	3 (4,4)	6 (8,8)*
7. Пов'язували надмірну масу тіла із спадковістю і тому неможливістю втрати ваги	48 (70,6)	12 (17,6)	8 (11,8)*
8. Сприймання ризиків надлишкової маси тіла/ожиріння як перебільшені	26 (38,2)	9 (13,2)	33 (48,5)
9. Не знали, що мають надлишкову масу тіла та була необхідність втрати ваги	13 (19,1)	10 (14,7)	45 (66,2)*
10. Відчували почуття сорому і провини через надлишкову масу тіла, що заважало займатися спортом	17 (25,0)	16 (23,5)	35 (51,5)
11. Пробували неодноразово оптимізувати вагу, проте не систематизовано, тому поверталися до попередньої маси тіла	45 (66,2)	8 (11,8)	15 (22,1)*
12. Мали надмірну надбавку маси тіла під час попередньої вагітності і затримку редукції ваги після пологів	10 (14,7)	9 (13,2)	49 (72,1)*
13. Недостатня обізнаність щодо зростання ризиків акушерських ускладнень при надлишковій масі тіла	29 (42,6)	18 (26,5)	21 (30,9)*
14. Відсутність інформування медичних працівників щодо необхідності оптимізації ваги перед зачаттям з метою зменшення негативних наслідків вагітності та пологів	29 (42,6)	17 (25,0)	22 (32,4)*
15. Вагітність не запланована, не було часу оптимізації маси тіла до зачаття.	13 (19,1)	8 (11,8)	47 (69,1)*

Примітки: * – порівняно з відсотком жінок з відповіддю «сильний вплив та помірний вплив» (p<0,05)

Враховуючи, що народження здорової дитини – пріоритетні цілі вагітності, поглиблення знань жінок про вплив оптимізації маси тіла на неонатальні проблеми, у тому числі на вроджені дефекти, можуть заохочувати майбутніх мам активно намагатися схуднути до вагітності життя. На сучасному етапі представлені дослідження, направлені на модифікацію способу життя, навчання харчової поведінки, аналізу фізичної активності, консультативні семінари та різноманітні їх комбінації, які мали позитивні та суперечливі результати [14-16].

У представленій роботі показано, що основними перешкодами для оптимізації ваги до вагітності були недостатні базові знання щодо ризику гестаційних, особливо перинатальних ускладнень під час вагітності і в пологах, пов'язаних з надлишковою масою тіла, сімейна культура і звички, невдалі неодноразові несистематизовані спроби втратити вагу, обмаль інформації та консультування медичних працівників з приводу цієї проблематики. Сприятливими факторами були необізнаність у своїй категорії ІМТ та у значній більшості жінок незадоволених своїм виглядом, що є мотивацією бути здоровими для себе та своїх нащадків. Подібні результати отримані у дослідженні Ku CW et al [17].

Надлишкова маса тіла зазвичай спричинена неправильним способом життя, включаючи вибір

дієти та відсутність фізичної активності, має довгострокові негативні наслідки для здоров'я жінок та їхніх дітей. Періоди до зачаття, вагітності та післяпологового періоду є унікальною можливістю для втручання з метою встановлення сталого здорового способу життя. Незважаючи на те, що більшість вагітностей є запланованими і матері внутрішньо прагнуть забезпечити найкраще для своїх нащадків, вони можуть не мати знань про ризики надмірної ваги до зачаття, під час вагітності і в післяпологовому періоді, щоб реалізувати це. Як вважають й інші науковці, успіх зміни способу життя значною мірою залежить від знань, усвідомлення важливості та вимагає постійного дотримання, що стало проблемою у більшості жінок [17, 18].

На підставі результатів цього дослідження доцільно пропонувати компоненти моделювання способу життя, включаючи застосування цілісного підходу до освіти протягом усього життя, використання мобільних платформ охорони здоров'я для інформування жінок про підвищені ризики пов'язані з надлишковою масою тіла/ожирінням під час вагітності, пологів та після пологів для зменшення бар'єрів і перешкод оптимізації маси тіла, спонукання жінок до формування звичок до сталого способу життя (правильної харчової поведінки та достатньої фізичної активності), забезпечення персоналізованого зворотного зв'язку

між пацієнткою та медичним представником з метою контролю виконання та ефективності програми.

Висновки:

1. У дослідженні представлені докази того, що більшість жінок правильно визначають, що надмірна маса тіла збільшує загальний ризик ускладнень вагітності незалежно від ІМТ самої жінки. Проте, продемонстровані достовірні шанси недооцінки високого ступеня ризику оперативного розродження, передчасних пологів, несприятливих неонатальних наслідків та особливо вроджених аномалій розвитку у пацієток з надлишковою масою тіла. Підтверджено недооцінку зменшення ризику розвитку цукрового діабету, кесаревого розтину, передчасних пологів та негативних перинатальних наслідків, а особливо аномалій розвитку плода при втраті ваги до зачаття.
2. Встановлено, що основними перешкодами для оптимізації ваги до вагітності були недостатні базові знання щодо ризику материнських, особливо перинатальних ускладнень під час вагітності і в пологах, пов'язаних з надлишковою масою тіла, сімейна культура і звички, невдалі неодноразові несистематизовані спроби втратити вагу, обмаль інформації та консультування медичних працівників з приводу цієї проблеми.
3. Залишається актуальним розробка програм, направлених на покращення знань жінок про надлишкову масу тіла як фактора високого акушерського та перинатального ризику та моделювання способу життя з метою оптимізації маси тіла на прегравідарному етапі й утриманні після пологів.

References:

1. World Health Organization. Obesity and Overweight. World Health Organization Fact Sheets. 2020. DOI: https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1695-2_447
2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Committee. Being overweight during pregnancy and after birth. Royal College of Physicians and Obstetricians. 2018; 21:1-7.
3. McPhie S, Skouteris H, Millar L, Olsson C, Campbell K, van der Pligt P, J Dodd, Hill B. Preconception weight management: an untapped area of women's health Aust J Prim Health. 2017; 23(1):61-5. DOI: 10.1071/PY16004.
4. Moll U, Olsson H, Landin-Olsson M. Impact of pregestational weight and weight gain during pregnancy on long-term risk for diseases. PLoS ONE. 2017; 12(1):e0168543. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168543>
5. Sánchez TE, Meaney S, O'Connor C, Linehan L, O'Donoghue K, Byrne M. Facilitators and barriers influencing weight management behaviours during pregnancy: a meta-synthesis of qualitative research. BMC Pregnancy and Childbirth. 2022; 22:682. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04929-z>
6. Langley-Evans SC, Pearce J, Ellis S. Overweight, obesity and excessive weight gain in pregnancy as risk factors for adverse pregnancy outcomes: A narrative review. J Hum Nutr Diet. 2022 Apr; 35(2):250-64. DOI: 10.1111/jhn.12999
7. Harrison CL, Teede H, Khan N, Lim S, Chauhan A, Drakeley S, et al. Weight management across preconception, pregnancy, and postpartum: a systematic review and quality appraisal of international clinical practice guidelines. Obes Rev. 2021; 22:e13310.
8. Takamagi S, Yamabe H. Relationship between body mass index and course of pregnancy in women. Health. December 2013; 5(12):40667. DOI: 10.4236/health.2013.512267
9. Shrestha A, Prowak M, Berlandi-Short VM, Garay J, Ramalingam L. Maternal obesity: a focus on maternal interventions to improve health of offspring. Front Cardiovasc Med. 2021 Jul 21; 8:696812. doi: 10.3389/fcvm.2021.696812
10. Nitert MD, Foxcroft KF, Lust K, Fagermo N, Lawlor DA, O'Callaghan M, et al. Overweight and obesity knowledge prior to pregnancy: a survey study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2011; 11:96-104. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/11/96>
11. Sánchez TE, Linehan L, Byrne M, O'Donoghue K, Meaney S. Facilitators and barriers to seeking and engaging with antenatal care in high-income countries: a meta-synthesis. Am J Obstet Gynecol. 2021; 224:S256.
12. de Moraes CL, Mendonça CR, e Melo NC, do Amaral WN. Prevalence and association of congenital anomalies according to the maternal body mass index: cross-sectional study. Rev Bras Ginecol Obstet. 2019; 41:280-90. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0039-1683971>
13. Persson M, Cnattingius S, Villamor E, Söderling J, Pasternak B, Stephansson O, Neovius M. Risk of major congenital malformations in relation to maternal overweight and obesity severity: cohort study of 1.2 million singletons. BMJ. 14 June 2017; 357:j2563. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.j2563>
14. Beluska-Turkan K, Korczak R, Hartell B, Moskal K, Maukonen J, Alexander DE, Salem N, Harkness L, Ayad W, Szaro J, Zhang K, Siriwardhana N. Nutritional gaps and supplementation in the first 1000 days. Nutrients. 2019 Nov 27; 11(12):2891. DOI: 10.3390/nu11122891
15. Funnell G, Naicker K, Chang J, Hill N, Kayyali R. A cross-sectional survey investigating women's information sources, behaviour, expectations, knowledge and level of satisfaction on advice received about diet and supplements before and during pregnancy. BMC Pregnancy Childbirth. 2018; 18:182. DOI: 10.1186/s12884-018-1834-x
16. Poston L, Caleyachetty R, Cnattingius S, Corvalán C, Uauy R, Herring S, Gillman MW, et al. Preconceptional and maternal obesity: epidemiology and health consequences. Lancet Diabetes Endocrinol. 2016; 4:1025-36. DOI: 10.1016/S2213-8587(16)30217-0
17. Ku CW, Leow SH, Ong LS, Erwin C, Ong I, Ng XW, Tan JJX, Yap F, Chan JKY, Loy SL. Developing a lifestyle intervention program for overweight or obese preconception, pregnant and postpartum women using qualitative methods. Sci Rep. 2022 Feb 15; 12(1):2511. DOI: 10.1038/s41598-022-06564-2
18. van Elten TM, van de Beek C, Geelen A, Gemke RBB, Groen H, Hoek A, Mol BW, van Poppel MNM, Roseboom TJ. Preconception Lifestyle and Cardiovascular Health in the Offspring of Overweight and Obese Women. Nutrients. 2019 Oct 14; 11(10):2446. DOI: 10.3390/nu11102446

UDC 618.3-06

LEVEL OF KNOWLEDGE OF WOMEN ABOUT THE RISKS ASSOCIATED WITH OVERWEIGHT DURING PREGNANCY

L.R. Maksymenko

*Ivano-Frankivsk National Medical University,
Department of Obstetrics and Gynecology,
Ivano-Frankivsk, Ukraine,
ORCID ID: 0000-0002-0919-0838,
e-mail: lesya.todoriv94@gmail.com*

Abstract. Worldwide half of women start pregnancy with overweight/obese, which greatly increases the risk of pregnancy and birth complications. Recommendations to improve preconception care emphasize the need to ensure that women of reproductive age understand factors that increase the obstetric and perinatal risks connected with high body mass index (BMI).

Aim. Study whether women who start pregnancy with overweight were known of the increased risks of the gestational complications associated with a high (BMI) and the barriers and limitations that women had to optimize their body weight before conception.

Materials and methods. A total of 117 pregnant were enrolled in the research. The first group included 68 overweight women (BMI 25.0-29.9 kg/m²), the second - 49 normal body weight women (BMI 18.5-24.9 kg/m²) before pregnancy. Two questionnaires were used: "Questionnaire on the assessment of the level of knowledge of women about the risks associated with overweight during pregnancy" and "Barriers and limitations that women had to optimize body weight before conception". Patients filled out the presented questionnaires individually during the first antenatal visit (9-12 weeks). The results were statistically analyzed using Statistica 10.0 program pack (StatSoft Inc., USA) and Microsoft Excel statistical analysis package. The differences between the groups were considered statistically significant at $p < 0.05$.

Results. It was shown that the majority of women knew that overweight increased the general risk of

pregnancy complications regardless of the woman's BMI. However, the chances of underestimating the high risk of operative delivery in overweight patients were (OR=3.80; 95% CI: 1.83-7.87; $p < 0.001$ and OR=3.69; 95% CI: 1.58 - 8.64; $p = 0.004$), premature birth (OR=2.96; 95% CI: 1.47-5.95; $p = 0.003$ and OR=2.99; 95% CI: 1.31-6.83; $p = 0.015$), adverse neonatal outcomes (OR=2.96; 95% CI: 1.47-5.95; $p = 0.0031$), and especially fetal congenital anomalies of development (OR=5.50; 95% CI: 2.62-11.54; $p < 0.001$ and OR=12.38; 95% CI: 4.56-33.58; $p < 0.001$) among patients of the first and second groups, respectively. An underestimation of the risk of diabetes, caesarean section, premature birth, and negative perinatal outcomes, and especially congenital fetal abnormalities, has been confirmed if weight loss occurs before conception. The main barriers and limitations for women to optimize their weight before pregnancy were insufficient basic knowledge about the risk of gestational, especially perinatal complications during pregnancy and childbirth associated with overweight, family culture and habits, unsuccessful repeated irregular attempts to weight lose, lack of information and consulting medical professionals on this issue. Only 14.7 % of women reported that they were satisfied with their appearance and health and did not need to lose weight.

Conclusions. Being overweight, usually caused by incorrect lifestyle, including dietary choices and lack of physical activity, has long-term negative health consequences for women and their children. The preconception, pregnancy, and postpartum periods are unique opportunities for intervention to establish sustainable healthy lifestyles. It remains relevant to develop programs aimed at improving women's knowledge about overweight as a factor of high obstetric and perinatal risks, and lifestyle modeling with the aim of optimizing body weight at the preconceptional stage.

Keywords: pregnancy, overweight women, questionnaires, preconceptional care, obstetric and perinatal complications.

Стаття надійшла в редакцію 13.12.2022 р.
Стаття прийнята до друку 27.12.2022 р.