

Debljina i trudnoća

(Pregledni rad s prikazom slučaja)

Marijana Ivančić, mag.obs., Hrvatska komora primalja

majaivancic@gmail.com

SAŽETAK

Prekomjerna težina i debljina se definiraju kao prekomjerno i abnormalno nakupljanje masnoće koje predstavlja zdravstveni rizik. Gotovo trećina žena reproduktivne dobi u svijetu je pretila. Rizici pretilosti osobito su izraženi u trudnoći jer donose dugoročne zdravstvene probleme, kako za majku, tako i za njeno dijete. U prikazu slučaja je opis trudnice koja je i prije trudnoće imala prekomjernu tjelesnu masu, a u trudnoći je tu masu povećala do stadija pretilosti. Iako nije imala zdravstvene poteškoće tijekom trudnoće, porod je dovršen carskim rezom zbog fetopelvine disproporcije rođenjem makrosomnog djeteta. Postporođajno zadržavanje pretilosti ima svoje rizike, a djeca rođena iz takvih trudnoća imaju povećani rizik da kasnije u životu razviju pretilost i zdravstvene probleme povezane s pretilošću. Prevencijom kroz edukacije i savjetovanje moguće je umanjiti dugoročne rizike debljine žena reproduktivne dobi.

Ključne riječi: trudnoća, debljina, prirast težine, komplikacije, rizik, edukacija

UVOD

Prekomjerna težina i debljina se definiraju kao prekomjerno i abnormalno nakupljanje masnoće koje predstavlja zdravstveni rizik. Indeks po kojem se klasificira debljina je BMI (*Body Mass Index*) prema kojem se izračunava indeks debljine, pa se tako za osobe s BMI >25 smatra da imaju prekomjernu težinu, a za BMI >30 da su pretili. Preporučeni su optimalni dobitci na težini u trudnoći tijekom svih trimestara trudnoće prema početnom BMI-u trudnice (1). Debljina je ozbiljan javnozdravstveni problem u mnogim razvijenim državama, toliki da je poprimio razmjere pandemije (2). Hrvatska je po statističkim izvješćima visoko među zemljama Europske unije po udjelu pretilog stanovništva. Stalni porast pretilog stanovništva donosi brojne izazove za

javno zdravstvo jer porastom udjela pretilog stanovništva raste i incidencija pobolijevanja od kroničnih bolesti poput kardiovaskularnih bolesti, dijabetesa, srčanih bolesti i nekih karcinoma. Prema europskom izvješću iz 2014. godine pretilost žena u dobi od 18 do 45 godina (približna reproduktivna dob) u Hrvatskoj iznosila je 48,3-53,7% (3). Sama ta činjenica navodi na promišljanje o debljini u trudnoći i mogućim problemima koji idu uz to. Poznato je da je debljina majke povezana s porastom u maternalnim, fetalnim i neonatalnim morbiditetom i mortalitetom, pobolijevanjem i smrtnošću. Kod pretilih trudnica raste rizik za gestacijski dijabetes, povišeni krvni tlak i prijevremeni porođaj. Češće su fetalne malformacije i visok je rizik od intrauterne fetalne smrti, a povećan je i rizik za dijete koje je rođeno iz takve trudnoće jer je dokazano da takva djeca kasnije u životu imaju sklonost debljanju i obolijevanju od bolesti povezanih s debljinom. Sam porođaj je visokorizičan, često je zbog komplikacija induciran, a nerijetko se dovršava carskim rezom (4). U ovom radu bit će prikazan slučaj trudnice koja je prije trudnoće spadala u grupu osoba s prekomjernom težinom, a prirastom težine u trudnoći je dosegla BMI pretilo osobe, te njezino praćenje kroz trudnoću i porod. U svrhu prikaza slučaja za ovaj rad trudnica je dala svoj pristanak za korištenje medicinske dokumentacije i ostalih medicinskih podataka. Poseban osvrt bit će na važnost antenatalnog savjetovanja i prevenciju debljine.

PRIKAZ SLUČAJA

Trudnica A.Č., stara 26 godina, primipara, primigravida, grav. HBD 41+2/7, zaprima se kao redovan prijem na odjel rodilišta radi daljnjeg nadzora i dovršetka trudnoće. Do sada je trudnoću redovito kontrolirala u ambulanti primarnog ginekologa, te zadnji tjedan u polikliničkoj ambulanti fetalne medicine.

Osobna anamneza: udana, živi sa suprugom, završila je srednju školu, nije zaposlena, nije teže bolovala, nije imala operacija, navodi alergiju na azitromicin, ne troši nikakve lijekove, stolica i mokrenje uredni, ne puši, ne konzumira alkohol, Kg "0" RhD poz (+).

Obiteljska anamneza: bez osobitosti

Fizikalni pregled po prijemu: visina 158 cm, težina 90 kg (+24 kg), ITM 36,5, RR 110/60, Taur 36,5°C.

Ginekološka anamneza: menarče s 14 godina, ciklusi 31/5, zadnja menstruacija 6.6.2020., VTP po amenoreji 13.3.2021.

Iz trudničke knjižice vidljivo je da su antenatalne kontrole kod primarnog ginekologa bile redovite, s 14+6 tjedana UZV pregledom uočeno je nisko sijelo posteljice (donji rub) te joj je preporučeno mirovanje uz terapiju Utrogestanom vaginalno, s 19+4 tjedana učinjen je OGTT test čije su vrijednosti bile 4,9-8,1-5,8 mmol/l, te je isključen GDM. Praćen je prirast težine, te joj je u 24.tj preporučena redukcijaska dijeta (dotadašnji prirast težine +12 kg). Ostatak trudnoće protekao je uredno, bris na β HSB negativan. Trudnica navodi jake žgaravice koje rješava Reflustat gelom prema potrebi. Navodi da je prirast težine uzrokovan povećanim unosom ugljikohidrata i manjkom kretanja i fizičke aktivnosti. Svjesna je da je dobila previše kilograma, ali nije previše zabrinuta zbog toga.

Ginekološki nalaz po prijemu: spolovilo nulipare, rodnica srednje prostrana, cervix 1 čl. za vrh prsta do unutarnjeg ušća koje je neprohodno, ASC nije moguća. Prijemni CTG reaktivan. UZV procjena TM fetusa po prijemu je cca 3400 g.

Tijekom hospitalizacije opće stanje uredno, ctg zapisi reaktivni, planira se indukcija u 42. tjednu ukoliko porođaj ne krene spontano. U jutarnjim satima s grav. HBD 41+5 počinje osjećati lagane kontrakcije bez progradiranja opstetričkog nalaza sve do večernjih sati kada su se trudovi pojačali s razmacima od 5 min, opstetričkim nalazom je utvrđeno da je cervix u nestajanju i da je dilatiranost vrata maternice 4-5 cm, angažiranost predležeće česti (glavica) je na -3-2, te se upućuje u rađaonicu.

Trudovi su po ulasku u rađaonicu kratkotrajni, cervix je dilatiran 5 cm, glavica je na -2, učinjena je amniotomija (čista, mliječna plodova voda), UZV pregledom IIA namještaj, te se roditelju smješta na desni bok. Ordiniran je infuzija Syntocinona 5ij u 500 ml 5% Glucosae (8 gtt uz postepeno pojačavanje) kao stimulacija porođaja nakon čega su trudovi postali jači i redoviti. Unatoč napredovanju opstetričkog nalaza, glavica se ne spušta, te se zbog porasta porođajne otekline i relativne fetopelvine disproporcije uz suglasnost roditelje odluči porođaj dovršiti carskim rezom. U spinalnoj anesteziji je rođeno živo muško dijete PT 4280 g i PD 55 cm, AS 9/10. Postoperativni tijek babinjače je uredan, dojenje uspostavljeno, novorođenče urednih funkcija i nalaza, otpušta se kući VII. postoperativni dan uz preporuku trombolitičke profilakse uz Andol 100 tbl 1x1. Kontrola kod izabranog ginekologa za mjesec dana.

DISKUSIJA

Istraživanja su pokazala da je trudnoća opterećena debljinom prije koncepcije i/ili prekomjernim prirastom težine tijekom trudnoće rizična iz više razloga. Rizici koje sa sobom nosi debljina prije trudnoće i u trudnoći su hipertenzija, gestacijski dijabetes, preeklampsija, malformacije ploda, makrosomija, intrauterina smrt i prijevremeni porođaj (5) (6). Trudnica iz prikazanog slučaja je prije trudnoće imala prekomjernu težinu (BMI 26,4) i u trudnoći je dobila dodatno 24 kg (BMI 36,05), što je samo po sebi opterećenje za njezin organizam. Iz prikazanog slučaja možemo vidjeti da je trudnici u prvom tromjesečju trudnoće zbog niskog sijela posteljice ordinirano mirovanje što je dodatno pridonijelo debljanju. Sama trudnica navodi da je prekomjerno jela ugljikohidrate, dakle svjesna je da se nije pridržavala preporuke iz 24. tjedna o redukcijskoj dijeti. Prilikom razgovora s trudnicom ona navodi da joj je liječnik na kontroli savjetovao da manje jede slatko i manje kruha bez posebnih smjernica, što se na kraju pokazalo kao ne pridržavanje preporuka, ali je to ne zabrinjava, osim činjenice da mora smršavjeti nakon poroda jer ima vjenčanje na jesen. Gledajući sve to, udruženo s mirovanjem, prekomjerni prirast težine tijekom sljedećih mjeseci je bio neminovan. Rizici za trudnicu i plod koji su česti i rastu s dobivenim kilogramima, ovog puta su izbjegnuti no ipak, na kraju je trudnica prenijela trudnoću iza 41 tjedna, a ishod trudnoće je dovršenje poroda carskim rezom zbog makrosomije fetusa i fetopelvine disproporcije. U ovom slučaju čak bi mogli reći da je trudnoća prošla dobro jer je trudnica izbjegla najčešće komplikacije koje nastaju u trudnoći poput hipertenzije, preeklampsije i gestacijskog dijabetesa, iako je trudnoća dovršena carskim rezom i rođenjem makrosomnog novorođenčeta. Unatoč tome, porodom se problematika nije riješila, jer posljedice se mogu osjetiti i kasnije jer je dokazano da djeca, osobito makrosomna, majki koje su pretile u kasnijoj životnoj dobi imaju sklonost debljanju i razvoju različitih bolesti povezanih s debljinom. Čak je dokazano da se stanice djeteta već intrauterino programiraju za sklonost debljanju, kardiovaskularnim i ostalim bolestima (7). Nadalje, žene koje su u trudnoći dobile previše kilograma kasnije ih teže skinu i u sljedeću trudnoću ulaze još deblje, osim toga koncepcija pretilih žena je otežana zbog hormonalnih promjena koje ometaju koncepciju (4). Promatrajući ovaj slučaj i u razgovoru s trudnicom vidljivo je da ju kilogrami dobiveni u trudnoći ne zabrinjavaju što se može pripisati manjku edukacije i konkretnih savjeta o održavanju težine već u početku trudnoće, s obzirom da je sama trudnoća započela prekomjernom

težinom. Smjernice i preporuke američkog medicinskog instituta (IOM) preporučaju prirast težine s obzirom na početni BMI trudnice (Slika 1) (1).

TABLE S-1 New Recommendations for Total and Rate of Weight Gain During Pregnancy, by Prepregnancy BMI

Pregpregnancy BMI	Total Weight Gain		Rates of Weight Gain* 2nd and 3rd Trimester	
	Range in kg	Range in lbs	Mean (range) in kg/week	Mean (range) in lbs/week
Underweight (< 18.5 kg/m ²)	12.5-18	28-40	0.51 (0.44-0.58)	1 (1-1.3)
Normal weight (18.5-24.9 kg/m ²)	11.5-16	25-35	0.42 (0.35-0.50)	1 (0.8-1)
Overweight (25.0-29.9 kg/m ²)	7-11.5	15-25	0.28 (0.23-0.33)	0.6 (0.5-0.7)
Obese (≥ 30.0 kg/m ²)	5-9	11-20	0.22 (0.17-0.27)	0.5 (0.4-0.6)

* Calculations assume a 0.5-2 kg (1.1-4.4 lbs) weight gain in the first trimester (based on Siega-Riz et al., 1994; Abrams et al., 1995; Carmichael et al., 1997).

Slika 1 Preporučeni dobitak na težini u trudnoći s obzirom na BMI

Unatoč tome, te smjernice se ne provode u svim zemljama jednako. U provedenom preglednom istraživanju uočeno je da trudnice žele promijeniti svoje navike kada su upoznate s rizicima koje debljina nosi za njihovo dijete, no često se zbog nedostatka potpore i drugih čimbenika ne uspijevaju držati preporuka (8). Zbog činjenice da se prekomjernoj težini u prenatalnom razdoblju ne pridaje dovoljno važnosti, odnosno ne naglašava se dovoljno, žene često misle kako težina nije prevelik problem ukoliko se one osjećaju dobro (8). Upravo je ovo dokaz da se trudnici iz prikazanog slučaja nije posvetilo dovoljno pažnje kako bi se spriječio prekomjerni prirast težine tijekom trudnoće. Međunarodna federacija ginekologa i opstetričara (FIGO) donijela je smjernice za prevenciju debljine prije, tijekom i nakon trudnoće koje bi dovele do ujednačene prakse u prevenciji ovog problema (9).

ZAKLJUČAK

Sva istraživanja provedena, a vezana su za debljinu prije i tijekom trudnoće, ukazuju na visoke rizike za ishode trudnoće i dugoročne posljedice na zdravlje žene ali i njezinog djeteta kasnije u životu. Kada gledamo pojedinačno, to se možda ne čini mnogo, ali kada znamo da je gotovo trećina žena reproduktivne dobi pretila onda su jasni razmjeri ovog problema. Ipak, najvažniji ključ je prevencija, a nju je moguće

provoditi individualnim savjetovanjem trudnica o prehrani i načinima smanjenja prekomjerne trudnoće. Razdoblje prije začeća i poslije porođaja prilika je za intenzivnu prehranu i optimizaciju tjelesne težine, dok bi tijekom trudnoće fokus trebao biti na odgovarajućem gestacijskom debljanju udovoljavajući prehrambenim potrebama prema smjernicama prikazanim u ovom radu. Iako se modeli zdravstvene zaštite žena međunarodno razlikuju, upravo su ginekolozi i primalje ti koji trebaju provoditi edukaciju i savjetovanje žena o prekomjernoj težini i njezinom utjecaju na reproduktivno zdravlje. Da bi provodili edukaciju i savjetovanje ginekolozi i primalje moraju biti educirani o smjernicama vezanim za debljanje u trudnoći. Prema objavljenom istraživanju razina edukacije zdravstvenih djelatnika o smjernicama o debljini u trudnoći je nedovoljna (10). Stoga bi se programi edukacije o debljini, zdravstvenih djelatnika uključenih u skrb za zdravlje žena reproduktivne dobi trebali sustavno provoditi.

LITERATURA

1. National Research Council, Institute of Medicine, Board on Children, Youth, and Families, Food and Nutrition Board C to RIPWG. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines [Internet]. [cited 2021 Apr 7]. Available from:
https://books.google.hr/books?hl=hr&lr=&id=BPNjAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&ots=IWytX12k9L&sig=c18YcZfYTqGmcip_V-i294TRXFs&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
2. Obesity [Internet]. [cited 2021 Apr 6]. Available from:
https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1
3. Overweight and obesity - BMI statistics - Statistics Explained [Internet]. [cited 2021 Apr 6]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics
4. Štimac T. Planning and Monitoring Pregnancy in Obese Women [Internet]. [cited 2021 Apr 6]. Available from:
https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=293621
5. Čerkez Habek J. Pregestational obesity-risk factor for preeclampsia-Med Jad. Vol. 49, Jad. Opća bolnica Zadar; 2019 Apr.

6. Stubert J, Reister F, Hartmann S, Janni W. Risiken bei Adipositas in der Schwangerschaft. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2018 Apr 20 [cited 2021 Apr 7];115(16):276–83. Available from: [/pmc/articles/PMC5954173/](#)
7. Howell KR, Powell TL, Campus AM. Effects of maternal obesity on placental function and fetal development Kristy. 2018;153(3):1–23.
8. Vanstone M, Kandasamy S, Giacomini M, DeJean D, McDonald SD. Pregnant women’s perceptions of gestational weight gain: A systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Matern Child Nutr*. 2017;13(4):1–18.
9. McAuliffe FM, Killeen SL, Jacob CM, Hanson MA, Hadar E, McIntyre HD, et al. Management of prepregnancy, pregnancy, and postpartum obesity from the FIGO Pregnancy and Non-Communicable Diseases Committee: A FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) guideline. *Int J Gynecol Obstet*. 2020;151(S1):16–36.
10. Farpour-Lambert NJ, Ells LJ, Martinez de Tejada B, Scott C. Obesity and Weight Gain in Pregnancy and Postpartum: an Evidence Review of Lifestyle Interventions to Inform Maternal and Child Health Policies. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2018;9(September).