

STRESZCZENIE

WPROWADZENIE: Otyłość to stan charakteryzujący się zwiększeniem masy ciała, poprzez wzrost ilości tkanki tłuszczowej, który spowodowany jest hipertrofią lub hiperplazją adipocytów. Wraz ze wzrostem otyłości w populacji ogólnej - wzrasta liczba pacjentek z nadmierną masą ciała w grupie kobiet w wieku rozrodczym. Obecnie szacuje się, że co piąta kobieta w wieku reprodukcyjnym jest zaliczana do grupy otyłych. Prowadzenie ciąży i porodu u pacjentek otyłych stało się więc jednym z większych wyzwań współczesnego położnictwa, bowiem otyłość niesie za sobą szereg negatywnych powikłań - zarówno matczyńskich, okołoporodowych, płodowych jak i noworodkowych.

CEL I ZAŁOŻENIA PRACY: Celem pracy jest ocena skuteczności wybranych metod indukcji porodu u pacjentek otyłych, ocena przebiegu i czasu trwania poszczególnych okresów porodu, a także potencjalnych powikłań okołoporodowych.

MATERIAŁY I METODY: Badanie retrospektywne objęło łącznie 187 pacjentek, hospitalizowanych w latach 2020-2024 w Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, w wieku od 18 lat, które w trakcie hospitalizacji zostały zakwalifikowane do indukcji porodu cewnikiem Foleya i/lub insertem dopochwowym z prostaglandynami, a poród zakończył się drogami natury bądź drogą cięcia cesarskiego. Pacjentki podzielono na dwie grupy - grupę kontrolną oraz grupę badawczą. Grupę badawczą stanowiło 87 pacjentek z $BMI \geq 30,0 \text{ kg/m}^2$. Grupę kontrolną stanowi 100 pacjentek z $BMI < 30,0 \text{ kg/m}^2$.

WYNIKI: Zastosowanie drugiej metody indukcji porodu było konieczne u 30% pacjentek z grupy kontrolnej i u 57% pacjentek z grupy badanej. U pacjentek u których jako I metodę indukcji porodu zastosowano insert dopochwowy

z prostaglandyną, zastosowanie II metody indukcji porodu było konieczne u 12% pacjentek z grupy kontrolnej, 41% pacjentek z grupy badanej. W grupie kontrolnej oksytocyna była podłączona w 42 % pacjentek, w grupie badanej u 75 % pacjentek. W grupie badanej poród drogami i siłami natury odbył się w 53 przypadkach (w grupie kontrolnej 79 przypadków) poród drogą cięcia cesarskiego w 32 przypadkach (w grupie kontrolnej - 14 przypadków), poród zabiegowy (z użyciem próżnościagu lub kleszczy położniczych) w 2 przypadkach (w grupie kontrolnej - 7 przypadków). W grupie pacjentek, u których celem indukcji porodu stosowano wyłącznie dopochwowy insert z prostaglandyną częściej zachodziła konieczność konwersji do porodu drogą cięcia cesarskiego (17 z 37 w grupie kontrolnej vs 11 z 14 w grupie badanej). Średni czas trwania I okresu porodu wynosił 274 min +/- 140 min (grupa kontrolna 266 min vs grupa badana 282 min), II okres porodu 48 +/- 32 min (grupa kontrolna 41 min vs grupa badana 55 min). W grupie kontrolnej średnia masa urodzeniowa wynosiła 3290 +/-556 g, grupie badanej 3495 +/- 471 g.

WNIOSKI: U pacjentek z BMI $\geq 30,0$ kg/m² statystycznie częściej zachodziła konieczność zakwalifikowania do drugiej metody indukcji porodu, szczególnie w przypadku indukcji insertem dopochwowym z prostaglandyną. Poród indukowany u pacjentek otyłych częściej kończył się drogą cięcia cesarskiego, szczególnie w grupie pacjentek zakwalifikowanych do indukcji porodu wyłącznie dopochwowym insertem z prostaglandyną. U ciężarnych z BMI $\geq 30,0$ kg/m² zaobserwowano dłuższy czas trwania zarówno I-ego jak II-ego okresu porodu. Istotnie częściej, w grupie pacjentek otyłych zachodziła konieczność nasilenia czynności skurczowej wlewem z oksytocyną. Masa urodzeniowa noworodków badanej populacji była większa w przypadku ciąż powikłanych otyłością. W przypadku ciężarnych otyłych istniała również konieczność dłuższej hospitalizacji po porodzie w porównaniu do ciężarnych z prawidłowym BMI.