

OBEZITETI MATERNAL DHE NDIKIMI I TIJ NË SHËNDETIN OBSTETRIK, PERINATAL DHE NEONATAL



Drenica Nika

Doktor i Mjekësisë

Abstrakti

Obeziteti gjatë shtatzënisë përbën një sfidë serioze për shëndetin obstetrik dhe neonatal, me ndikime të rëndësishme në ecurinë e shtatzënisë dhe zhvillimin e fetusit. Ky artikull ka për qëllim të rishikojë literaturën shkencore bashkëkohore mbi faktorët kontribuues, komplikimet obstetrike, perinatale dhe neonatale të obezitetit maternal, si dhe qasjet menaxhuese më efektive në praktikën klinike. U krye një rishikim narrativ duke përzgjedhur artikuj kërkimorë, meta-analiza dhe udhëzime klinike nga databazat PubMed, Scopus dhe Google Scholar, të publikuar në vitet e fundit. Gjetjet tregojnë se obeziteti maternal është i lidhur ngushtë me rrezik të shtuar për preeklampsia, diabet gestacional, lindje me operacion, makrosomi fetale, anomalitë kongjenitale dhe çrregullime metabolike në neonatë. Menaxhimi efektiv kërkon qasje të hershme, këshillim para konceptimit, ndjekje të peshës gjatë shtatzënisë dhe bashkëpunim multidisiplinar. Rritja e ndërgjegjësimit dhe përfshirja aktive e profesionistëve shëndetësor janë thelbësore për mirëqenien e nënës dhe foshnjës.

Fjalë kyçe: obezitet maternal, shtatzëni, komplikime, menaxhim klinik.

Hyrje

Obeziteti gjatë shtatzënisë përbën një sfidë të rëndësishme për shëndetin publik, me pasojë të konsiderueshme për nënën dhe fetusin.

Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH), prevalenca e mbipeshës dhe obezitetit tek gratë në moshë riprodhuese është në rritje,

duke arritur nivele alarmante në shumë vende me të ardhura të ulëta dhe të mesme. (1)

Obeziteti maternal lidhet me një rrezik të shtuar për komplikime obstetrike si preeklampsia, diabeti gestacional dhe lindja me operacion, si dhe me efekte të dëmshme në shëndetin perinatal dhe neonatal, përfshirë makrosominë, anomalitë kongjenitale dhe vdekshmërinë perinatale. (2)

1.1. Shkaqet e obezitetit maternal

Obeziteti gjatë shtatzënisë është rezultat i një kombinimi të faktorëve gjenetik, mjedisor dhe të sjelljes. Mungesa e aktivitetit fizik, konsumimi i ushqimeve me densitet të lartë kalorik dhe stili i jetesës sedentare janë ndër kontribuuesit më të zakonshëm.

Pesha para shtatzënisë është një faktor kyç sepse gratë që hyjnë në shtatzëni me indeks të lartë të masës trupore (BMI) kanë më shumë gjasa të përjetojnë shtim të tepruar të peshës gjatë shtatzënisë. Faktorët socio-ekonomik si niveli i ulët arsimor dhe të ardhurat e pakta financiare lidhen gjithashtu me rrezik më të lartë për obezitet. Gjithashtu, faktorët psiko-social si depresioni dhe stresi kontribuojnë në ngrënie emocionale dhe shtim të peshës. (3,4).

1.2. Komplikimet obstetrike

Obeziteti gjatë shtatzënisë është i lidhur me një rrezik të shtuar për komplikime obstetrike që ndikojnë ndjeshëm në shëndetin e nënës dhe ecurinë e shtatzënisë. Gratë obeze kanë rrezik më të lartë për zhvillimin e hipertensionit gestacional dhe preeklampsisë, po ashtu,



Figura 1. Ilustrimi me komplikimet e mundshme të obezitetit maternal. (<https://www.lifeofobesity.com/infertility-due-to-obesity>)

Korrespondenca:
nikadrenica7@gmail.com

OBEZITETI MATERNAL DHE NDIKIMI I TIJ NË SHËNDETIN OBSTETRIK, PERINATAL DHE NEONATAL



Berat Krasniqi

Specialist i Gjinekologjisë dhe Obstetrikës

obeziteti rrit ndjeshëm mundësinë për diabet gestacional, i cili kërkon ndjekje dhe menaxhim të veçantë. Gratë obeze përballen, gjithashtu, me incidencë më të lartë të lindjes me operacion cezarian, sidomos për shkak të distocisë së shpatullave, makrosomisë fetale dhe vështirësive në progresin e lindjes vaginale. Pas lindjes, ato kanë rrezik më të madh për infeksione plagësh, hemorragji post-partum dhe rikuperim më të ngadaltë. (5)

1.3. Komplikimet perinatale dhe neonatale

Obeziteti maternal ndikon drejtpërdrejt në shëndetin e fetusit dhe të porsalindurit, duke rritur rrezikun për komplikime perinatale dhe neonatale. Një ndër pasojat më të shpeshta është makrosomia fetale (peshë lindjeje >4000 g), e cila lidhet me trauma gjatë lindjes dhe rrit mundësinë për lindje me operacion. Gjithashtu, obeziteti është faktor rreziku për anomalitë kongjenitale, veçanërisht defektet e tubit nervor dhe defektet kardiake. (6,7)

Neonatët e lindur nga nëna obeze kanë rrezik më të lartë për hipoglikemi, çrregullime të frymëmarrjes dhe pranim në njësitë e kujdesit intensiv neonatal. Për më tepër, studimet tregojnë se fëmijët e nënave obeze kanë predispozitë më të lartë për obezitet infantil dhe çrregullime metabolike në moshë të rritur. (8)

1.4. Menaxhimi klinik

Menaxhimi i obezitetit gjatë shtatzënisë ka për qëllim reduktimin e komplikimeve për nënën dhe foshnjën, përmes ndjekjes së kontrolluar dhe ndërhyrjeve jo-farmakologjike. Këshillimi para konceptimit është një hap thelbësor për

gratë me BMI të lartë, duke synuar arritjen e një peshë më të shëndetshme përpara shtatzënisë.

Gjatë shtatzënisë, rekomandohet ndjekja e guidelines për shtim të peshës, të përcaktuara nga Institute of Medicine (IOM), bazuar në BMI-në fillestare. (9)

Ushqyerja e balancuar dhe aktiviteti fizik i moderuar (p.sh. ecje 30 minuta në ditë) janë ndërhyrje të sigurta dhe efektive për shumicën e grave shtatzëna obeze. Këshillimi psikologjik dhe edukimi shëndetësor, gjithashtu, janë komponentë të rëndësishëm, sidomos për menaxhimin e zakoneve të ngrënies dhe parandalimin e shtimit të tepruar të peshës. Menaxhimi optimal kërkon një qasje më të gjerë multidisiplinore, ku përfshihen mjeku obstetër, mjeku i përgjithshëm apo familjar, dietologu dhe infermierët e këtyre reparteve.

2. Qëllimi

Qëllimi i këtij artikulli është të rishikojë literaturën bashkëkohore mbi obezitetin maternal, duke analizuar faktorët kontribues, komplikimet obstetrike, perinatale dhe neonatale, si dhe opsionet e menaxhimit dhe trajtimit të cilat janë të disponueshme edhe në praktikën klinike.

3. Metodologjia

Ky artikull është një rishikim i literaturës ekzistuese. Të gjitha të dhënat janë përzgjedhur përmes kërkimeve në databazat shkencore si: PubMed, Scopus dhe Google Scholar, duke përdorur fjalët kyçe si "maternal obesity", "pregnancy outcomes", "perinatal complications", "management". Janë përfshirë kryesisht rishikime



Figura 2. Ilustrim simbolik i një gruaje shtatzënë me obezitet, i përdorur në rol edukativ për të paraqitur ndikimin e peshës trupore në shtatzëni dhe rëndësinë e kujdesit prenatal. (<https://www.thequint.com/fit/maternal-obesity-childhood-obese-foetus-impacted-health-concerns-global-stats>).

Korrespondenca:
berat.krasniqi@uni-pr.edu

sistematike, meta-analiza dhe udhëzime klinike të publikuara në vitet e fundit, në gjuhën angleze.

4. Rezultatet

Në këtë pjesë janë paraqitur rezultatet e përmbledhura nga katër punime shkencore të përzgjedhura, të cilat trajtojnë shkaqet, menaxhimin dhe komplikimet më të shpeshta si dhe më të rëndësishme të obezitetit maternal. Të dhënat nga këto punime do të shërbejnë si bazë për analizën e mëtejshme dhe për nxjerrjen e rekomandimeve rreth menaxhimit klinik të këtyre rasteve.

Punimi 1. Është një meta-analizë nga Gaudet et al. (2014) që shqyrton lidhjen mes obezitetit maternal ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) dhe rrezikut më të lartë për të lindur një foshnjë makrosome (me peshë të madhe).

Autorët në bazë të rezultateve raportuan se obeziteti para shtatzënisë është i lidhur me rritje të ndjeshme të rrezikut për makrosomi fetale (pesha $\geq 4000 \text{ g}$), konkretisht dyfishon deri trefishon këtë rrezik ($OR = 2.17$).

Pra, gratë me obezitet kanë 117% rrezik shtesë (përveç rrezikut bazë) për të lindur një foshnjë makrosome krahasuar me gratë me BMI normale. (10)

Punimi 2. Ky është një rishikim sistematik dhe meta-analizë nga Heslehurst et al. (2022) që përfshiu disa studime me 89588 gra për të parë cilat matje të adipositetit në fillim të shtatzënisë përveç BMI parashikojnë diabetin gestacional dhe komplikime të tjera materne.

Matjet që u përfshin ishin perimetri i belit (WC), raporti bel/kofshë (WHR), masa dhjamore, perimetri i qafës, skinfolds, dhe dhjami visceral (ekografi).

Gjetjet treguan se: Beli më i madh shfaq rrezik më të lartë për diabet gestacional. Saktësisht gratë me bel në kategoritë e larta kanë rreth 40% rrezik më të madh për GDM ($OR = 1.40$).

Çdo rritje e belit rrit rrezikun, sa rritet perimetri i belit, aq shtohet rreziku. Konkluzioni tjetër ishte se gratë me GDM

kanë bel më të madh. Mesatarisht $+6.18 \text{ cm}$ më shumë se gratë pa GDM.

Tregues të tjerë të dhjemit (raporti bel/kofshë, perimetri i qafës, skinfolds, dhjami visceral) lidhen me GDM, çrregullime hipertenzive në shtatzëni dhe lindje me ndërhyrje, por prova është më e kufizuar për këta tregues krahasuar me belin. (11)

Punimi 3. Në këtë meta-analizë të Liu et al. (2019) që përfshiu identifikimin e 46 studimeve dhe grupin e madh të rasteve, autorët analizuan të dhënat e një numri të madh lindjesh për të vlerësuar ndikimin e obezitetit maternal para shtatzënisë mbi shëndetin e të porsalindurit, pra ka fokus në rezultate neonatale.

Autorët dokumentuan se obeziteti para shtatzënisë lidhej me rrezik të rritur për komplikime neonatale: makrosomi ($OR = 1.91$), peshë lindjeje mbi percentilen 90 ($OR = 1.88$), lindje e parakohshme ($OR = 1.38$) dhe asfiksi neonatale ($OR = 1.74$).

Gjetjet kryesore janë: Rrezik më i lartë për makrosomi te foshnjat e nënave obeze, rritje e incidencës së pranimeve në njësinë e kujdesit intensiv neonatal (NICU), shtim i rasteve me Apgar <7 në minutën e 5-të, rritje e rrezikut për lindje të parakohshme dhe komplikime respiratore pas lindjes.

Pra, vërtetohet se obeziteti maternal është i lidhur ngushtë me rezultate neonatale të pafavorshme si dhe kërkon kujdes të shtuar antenatal dhe intrapartum. (12)

Punimi 4. Ky ishte një rishikim sistematik me meta-analizë nga Weir et al. (2024) që analizoi rrezikun neonatal tek gratë me obezitet maternal (me ose pa diabet gestacional), krahasuar me gratë me peshë normale.

Autorët gjetën se obeziteti maternal rrit më ndjeshëm rrezikun nga komplikimet neonatale: për shembull, odds për LGA ishin $OR = 1.98$ dhe të lindjeve makrosome $OR = 2.93$ krahasuar me normalët. Shtimi i GDM-së përkeqëson situatën-LGA shkon në $OR = 3.22$, makrosomia në $OR = 3.71$, dhe diferenca e peshës lindëse mesatarisht $+176 \text{ g}$. Gjithashtu, rritet rreziku për lindje

të parakohshme ($OR = 1.49$) dhe distoci të shpatullës ($OR = 1.99$) në këtë grup.

Evidencat nga meta-analizat dhe studimet e rishikimit tregojnë se obeziteti maternal, veçanërisht kur shoqërohet me diabet gestacional, rrit dukshëm rrezikun për komplikime obstetrike, fetale dhe neonatale. Këto përfshijnë makrosominë, lindjet e parakohshme, peshën e lartë për moshën gestacionale dhe nevojën për kujdes intensiv neonatal, duke theksuar rëndësinë e parandalimit dhe menaxhimit të hershëm. (13)

5. Diskutimi dhe rekomandimet

Rezultatet e këtij rishikimi tregojnë një lidhje të qartë ndërmjet obezitetit maternal dhe rritjes së rrezikut për komplikime obstetrike dhe neonatale, si diabeti gestacional, lindjet operative, preeklampsia dhe makrosomia fetale. Literatura thekson gjithashtu ndikimet afatgjata mbi shëndetin e foshnjës, përfshirë predispozitën për çrregullime metabolike në moshë të mëvonshme. Këto rezultate konfirmojnë rëndësinë e ndërhyrjeve parandaluese që duhet të fillojnë para konceptimit dhe të vazhdojnë gjatë gjithë shtatzënisë.

Të dhënat më të fundit tregojnë se prevalenca globale e obezitetit maternal ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) është rreth 16.3% për dekadën 2010-2019, dhe pritet të rritet në 20.9% aktualisht, duke shkuar deri në 23.3% deri në 2030. (14)

Në përputhje me këto gjetje, rekomandohet që shërbimet shëndetësore të përqendrojnë përpjekjet në: edukimin e grave në moshë riprodhuese për rreziqet e obezitetit, ofrimin e mbështetjes dietike dhe fizike gjatë shtatzënisë, si dhe koordinimin e kujdesit multidisiplinor për menaxhimin e rrezikut.

6. Përfundime

Rishikimi i literaturës tregoi se obeziteti maternal lidhet me rrezik të shtuar për hipertension gestacional, preeklampsia, diabet gestacional, dhe lindje me operacion. Nga ana fetale dhe neonatale, u identifikuan rreziqe për makrosomi,

Tabela 1. Rekomandimet për shtimin e peshës gjatë shtatzënisë bazuar në BMI para shtatzënisë (Institute of Medicine, 2009). (9)

Kategoria e BMI para shtatzënisë	Shtim i rekomanduar total (kg)
Nën peshë ($< 18.5 \text{ kg/m}^2$)	12.5 - 18
Peshë normale ($18.5-24.9 \text{ kg/m}^2$)	11.5 - 16
Mbipeshë ($25.0-29.9 \text{ kg/m}^2$)	7 - 11.5
Obezitet ($\geq 30.0 \text{ kg/m}^2$)	5 - 9

anomalitë kongjenitale, hipoglikemi neonatale dhe çrregullime të mëvonshme metabolike. Në lidhje me menaxhimin, qasjet më të efektshme janë këshillimi para konceptimit, ndjekja e kontrolluar e peshës gjatë shtatzënisë dhe ndërhyrjet multidisiplinore që përfshijnë edukim, dietë dhe aktivitet fizik.

Obeziteti gjatë shtatzënisë paraqet një rrezik të rëndësishëm për shëndetin e nënës dhe foshnjës. Ndërhyrjet duhet të fillojnë që para konceptimit dhe të vazhdojnë gjatë gjithë shtatzënisë. Mjekët e përgjithshëm dhe obstetër-gjinekologët kanë rol kyç në identifikimin, ndjekjen dhe këshillimin e këtyre pacienteve. Qasja multidisiplinore është thelbësore për përmirësimin e rezultateve klinike.

Referencat:

1. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series 894. Geneva: WHO; 2000.
2. Poston L, Caleyachetty R, Cnattingius S, et al. Preconceptional and maternal obesity: epidemiology and health consequences. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2016;4(12):1025-1036.
3. O'Brien TE, Ray JG, Chan WS. Maternal body mass index and the risk of preeclampsia: a systematic overview. *Epidemiology.* 2003;14(3):368-374.
4. Yu Z, Han S, Zhu J, et al. Pre-pregnancy body mass index in relation to infant birth weight and offspring overweight/obesity: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2013;8(4):e61627.
5. Weiss JL, Malone FD, Emig D, et al. Obesity, obstetric complications and cesarean delivery rate: a population-based screening study. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190(4):1091-7.
6. Abenhaim HA, Kinch RA, Morin L, Benjamin A, Usher R. Effect of prepregnancy body mass index categories on obstetrical and neonatal outcomes. *Arch Gynecol Obstet.* 2007;275(1):39-43.
7. Stothard KJ, Tennant PW, Bell R, Rankin J, Jarvis MJ. Maternal overweight and obesity and the risk of congenital anomalies: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2009;301(6):636-650.
8. Whitaker RC. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med.* 1997;337(13):869-873.
9. Institute of Medicine (US). Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington (DC): National Academies Press; 2009.
10. Gaudet L, Ferraro ZM, Wen SW, Walker M. Maternal obesity and occurrence of fetal macrosomia: a systematic review and meta-analysis. *Biomed Res Int.* 2014;2014:640291. doi:10.1155/2014/640291.
11. Heslehurst N, Ngongalah L, Biringumurame T, Nguyen G, Odeniyi A, Flynn A, et al. Association be-