

Частым осложнением родов явились травмы мягких родовых путей (разрывы шейки матки и влагалища). Наиболее высока была встречаемость этих осложнений во II и III группах (49% и 54,2% соответственно). В группах I и III этот показатель составил 38,7 и 41,5% соответственно. Отличия были недостоверны.

Все новорожденные были живорожденными. В первой подгруппе масса новорожденных была в среднем  $3350 \pm 250$  г, рост от 48 до 53 см, оценка по шкале Апгар от 7/8 до 8/9 баллов. Во II группе масса новорожденных составила  $3800 \pm 250$  г, рост от 43 до 54 см, оценка по шкале Апгар от 6/7 до 8/9 баллов. В III группе – масса новорожденных была –  $3980 \pm 120$  г, рост от 46 до 55 см, оценка по шкале Апгар от 6/7 до 8/9 баллов. В IV группе –  $3450 \pm 250$  г, рост от 48 до 57 см, оценка по шкале Апгар от 6/7 до 8/9 баллов.

**Выводы.** Из проведенного исследования установлено, что исходные антропометрические данные женщин влияют на течение и исход беременности.

### Литература

1. Алешина, Ю.А. Влияние комплексной программы подготовки беременных к родам на функционирование тетрасистемы мать-плацента-плод-новорожденный / Ю.А. Алешина, М.С. Ефимова и соавт. // Вестник РУДН. – 2009. – № 6. – С. 233-238.
2. Житина, Е.А. Влияние физиопсихопрофилактической подготовки к родам на психоэмоциональное состояние женщины в период беременности / Е.А. Житина // Мать и дитя: X Всероссийский научный форум. – М., 2009. – С.175-176.

---

Могильницкая О.Э.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
г. Гродно, Республика Беларусь

## ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ОСОБЕННОСТЕЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ БЕРЕМЕННЫХ С GESTАЦИОННЫМ ПРИРОСТОМ МАССЫ ТЕЛА

**Введение.** Физиологическая беременность характеризуется постепенным увеличением массы тела. Гестационный прирост массы тела в период беременности обусловлен накоплением всех основных компонентов метаболических процессов – воды, белков, жиров, минеральных веществ, до 30–35% которых депонируется в фетоплацентарном комплексе, а остальное распределяется в молочных железах, кровяном русле, интерстициальном пространстве и в жировой ткани [1–3]. Питание беременной зависит от срока беременности, массы ее тела, роста, возраста, финансового дохода, образования, физической активности, трудовой деятельности, климатических условий, времени года. Дисбаланс питания, как в количественном, так и в качественном соотношении, может отразиться на течение беременности, способствовать увеличению детской заболеваемости и смертности [4].

**Цель исследования.** Провести анализ особенностей пищевого поведения и физической активности на гестационный прирост массы тела у женщин с исходно нормальным индексом массы тела на протяжении беременности.

**Материалы и методы.** Проведен анализ гестационного прироста массы тела у 56 беременных, состоявших на диспансерном учете в женской консультации №5 г. Гродно по триместрам и анкетирование с целью выяснения особенностей пищевого поведения и физической активности беременных.

Всем женщинам определяли индекс массы тела по формуле:  $ИМТ = \text{вес (кг)} / \text{рост (м)}^2$ . За начальные показатели принимали массу тела в момент постановки на учет. Интерпретация показателей ИМТ:  $\leq 18,5$  – дефицит массы тела; 18,5–24,99 – нормальная масса тела; 25–29,99 – избыточная масса тела; степени ожирения: 30–34,99 – I степень; 35–39,99 – II; 40 и более – III. Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica for Windows 10.0.

**Результаты исследования.** Анкетирование беременных показало, что большинство женщин получает рекомендации по питанию в женских консультациях. Однако всего 31% женщин следуют этим назначениям. Основная часть беременных причиной несоблюдения рекомендаций назвала отсутствие достаточного количества финансов. Доля респондентов с высшим образованием составила 59,5%, со средним образованием 28,8%, с незаконченным высшим образованием 11,7%. Средний возраст респонденток составил  $28,4 \pm 4,9$  лет.

Результаты анкетирования показали, что факторами риска избыточного гестационного прироста являются малоподвижный образ жизни, нерациональное и несбалансированное питание в 61% случаев. У беременных с чрезмерным гестационным приростом массы тела отмечается генетическая предрасположенность в 35,3% случаев, тогда как у беременных с нормальным гестационным приростом массы тела только в 10,5%.

Большинство (78,3%) респонденток охарактеризовали свое питание как достаточное по объему и качеству.

Анализ кратности приема пищи в течение суток показал, что завтракало каждый день 26,7% беременных, обедало – 42,1%, ужинало – 75,4%. Оценка набора продуктов питания показала, что ежедневно потребляли хлеб 48,9% беременных, картофель – 51,1%. Фрукты несколько раз в день потребляли 34,5% беременных, овощи в своем рационе использовали однократно – 29,2%, несколько раз в сутки – 13,3%. Конфеты в большем количестве и несколько раз в день потребляли 35,1% беременных женщин. В 5,6% случаев отмечено употребление чипсов, соленых орешков, сухариков.

У всех беременных с чрезмерным гестационным приростом массы тела выявлены низкая физическая активность и преобладание в рационе легкоусвояемых углеводов, жирной пищи.

При анализе ответов на вопрос о достаточности двигательного режима 14,2% беременных считают свой двигательный режим удовлетворительным; 64,7% затруднились ответить; 16% готовы признать факт недостаточности собственного двигательного режима.

Анализ гестационного прироста показал, что 53% беременных имели суммарную прибавку массы тела в пределах физиологической нормы ( $10,2 \pm 0,5$  кг), 47% беременных к моменту родов имели избыточный гестационный прирост массы тела ( $17,5 \pm 0,3$  кг).

Анализ динамики гестационного прироста массы тела по триместрам выявил следующую закономерность: при физиологической прибавке гестационный прирост массы тела происходит практически равномерно на протяжении беременности, при чем, максимальное увеличение подкожного жира отмечено во 2 триместре, последующее увеличение веса происходило за счет роста плода. При патологическом гестационном приросте увеличение веса происходит неравномерно, максимальное увеличение отмечено в 34-35 недель. Измерение окружности плеча, живота и бедра, показало, что при чрезмерном гестационном приросте увеличение массы тела происходит неравномерно, максимум отмечен на 33 неделе беременности. У беременных с физиологическим гестационным приростом отмечено равномерное нарастание кожно-жировых складок. У беременных с чрезмерным гестационным приростом массы тела наблюдается перераспределение жировых отложений с наибольшим скоплением жира в области передней брюшной стенки, поясницы, бедер.

**Выводы.** Анализ гестационного прироста массы тела в период беременности показал нерациональное питание как в количественном (недостаточное или избыточное по калорийности), так и в качественном отношении (несбалансированность рациона по основным пищевым компонентам белкам, жирам, углеводам, минеральным веществам и витаминам) беременных женщин. Недостаточную работу с беременными женщинами и обеспечение их более полной информацией о питании и физической активности во время беременности. Необходимость разработки и реализации программы ранней профилактики чрезмерного гестационного прироста массы тела среди беременных женщин.

### **Литература**

1. Schumann, N. A review of national health policies and professional guidelines on maternal obesity and weight gain in pregnancy / N. Schumann // *Clinical Obes.* 2014; 4 (4): 197-208. DOI: 10.1111/cob.12062.
2. Morgan, A. R. Obesity and diabetes genes are associated with being born small for gestational age: results from the Auckland Birthweight Collaborative study / A. R. Morgan, J. M. Thompson, et al. // *Black PN BMC Med Genet.* 2010 Aug 16; 11:125.
3. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal care: Routine care for the healthy pregnancy woman. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2008.
4. Iordachescu, A. C. Dietary behavior during pregnancy / A. C. Iordachescu, M. C. Monica et al. // *Experimental and therapeutic medicine* 20 3 (2020): 2460-2464.

---

Ненартович И.А.  
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
г. Минск, Республика Беларусь

## **КЕТОГЕННАЯ ДИЕТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Введение.** К актуальным проблемам акушерства и диетологии относится организация безопасного питания беременной, способного не только обеспечить физиологические потребности женщины и вынашиваемого ею ребёнка, но и работать на профилактику различных патологических состояний. Определённым трендом в