

ЧРЕЗМЕРНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Иванова Елена Александровна

студент, ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», РФ, Республика Мордовия, г. Саранск

Капустина Яна Владимировна

клинический интерн, ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», РФ, Республика Мордовия, г. Саранск

Ляличкина Наталья Александровна

научный руководитель, научный руководитель, канд. мед. наук, доц., ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», РФ, Республика Мордовия, г. Саранск

Чрезмерное увеличение массы тела во время беременности может увеличить риск послеродового ожирения и связанные с ним риски сердечно-сосудистых заболеваний, инсульта и депрессии из-за трудностей в потере дополнительных килограммов, полученных во время беременности. В статье предлагаются основные диетические принципы профилактики патологических прибавок массы тела, что позволит уменьшить риск многих проблем, связанных с беременностью.

Чрезмерная прибавка массы тела во время беременности ассоциируется с неблагоприятными материнскими и неонатальными исходами, включая гестационный диабет, артериальную гипертензию, кесарево сечение, макросомию и мертворождения [2–7].

Масса тела во время беременности, как правило, увеличивается неравномерно. И при этом нельзя сказать, что прибавка веса по неделям беременности будет одинаковой для всех: у некоторых вес во время беременности начинает увеличиваться уже с первых дней беременности, у других значительный набор веса при беременности начинается только после 20 недели беременности.

В западной литературе избыток массы тела чаще оценивают по индексу массы тела (ИМТ) или по индексу Кетле. Он определяется по формуле: масса тела (кг) / рост в квадрате (м).

ИМТ <19,8 (пониженная масса тела): 12,5–18 кг

ИМТ 19,8–26 (нормальная масса тела): 11,5–16 кг

ИМТ 26,1–29 (излишняя массы тела): 7–11,5 кг

ИМТ > 29 (ожирение): 6 кг.

Риск чрезмерных прибавок повышается при исходных нарушениях липидного обмена, у повторнородящих, при неполном восстановлении массы после предыдущих родов, у отказавшихся от курения, а также при несоблюдении норм здорового питания [1].

Беременность воспринимается как время, чтобы ослабить ранее установленные жесткие правила в отношении диеты и физической активности, что позволяет женщинам потреблять

нездоровую пищу и вести малоподвижный образ жизни. У беременных сталкиваются эмоциональные конфликты между ограничением увеличения массы тела для «меня» и оправданием получения достаточного питания для ребенка. Поэтому увеличение массы тела не воспринимается негативно и подразумевается отсутствие самоконтроля. Проблема может быть решена путем получения практической и авторитетной информации для управления массой тела. Женщины считают, что их медицинские работники представляют подробную информацию о том, что пациентки не должны делать во время беременности, но редко дают информацию о том, что они должны делать в отношении рациона питания и физической активности для профилактики чрезмерной прибавки массы тела. Следовательно, женщины часто используют сведения из различных источников, которые фильтруются с помощью «здорового смысла» [8].

Диетические вмешательства во время беременности эффективны в снижении прибавки массы тела. Результаты достигаются путем внедрением еженедельных индивидуальных занятий с диетологом по поводу ограничения калорий, еженедельным ведением пищевого дневника и поддержки по электронной почте [9].

Для поддержания нормальной массы тела во время беременности можно рекомендовать:

- Есть часто и небольшими порциями около 6 раз в день.
- Держать под рукой, такие закуски как крекеры, сушеные фрукты и йогурт.
- Не употреблять от жирных продуктов и сладких напитков.
- Избегать продуктов быстрого питания (таких как сырные палочки, панированные куриные котлеты и картофель фри).
- Ограничить использование приправ, особенно соли, которая задерживает воду в организме.
- При приготовлении пищи отказаться от жарки.
- Выбирать продукты, богатые клетчаткой, такие как цельное зерно, фрукты и овощи.

Меню беременной женщины должно быть разнообразным: 6–11 частей в нем составляют зерновые, 3–5 частей – овощи, 2–4 части – фрукты, 3–5 частей – молочные продукты, 2–3 части – мясные изделия, бобовые или орехи, 1 часть — сладости. Энергетическая ценность рациона зависит от ИМТ, но в среднем равна 2500 ккал в сутки. Нужно заметить, что беременным ни в коем случае нельзя голодать, так как при этом возникает кетонемия. Для контроля изменения массы тела полезно вести график результатов систематического взвешивания.

Во время беременности необходимо помнить, что основная задача – не снизить количество жировой ткани, а не набрать дополнительной, при этом обеспечивая нормальный рост и развитие плода. Предоставление пациентке некоторых реальных советов для улучшения ее пищевого поведения может дать положительный результат. Женщина должна чувствовать, что ее врач или акушерка заботится о ней и ее ребенке.

Список литературы:

1. Покусаева В.Н., Никифоровский Н.К., Мариновичева Е.И., Никифоровская Е.Н. Факторы риска патологического увеличения массы тела при беременности // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 4. – С. 19–24.
2. Athukorala C, Rumbold AR, Willson KJ, Crowther CA. The risk of adverse pregnancy outcomes in women who are overweight or obese. BMC Pregnancy Childbirth. 2010; 10:56 doi: 10.1186/1471-2393-10-56.
3. Baeten JM, Bukusi EA, Lambe M. Pregnancy complications and outcomes among overweight and obese nulliparous women. Am J Public Health. 2001; 91: 436–440.

4. Brunner S, Stecher L, Ziebarth S, Nehring I, Rifas-Shiman SL, Sommer C, et al. Excessive gestational weight gain prior to glucose screening and the risk of gestational diabetes: a meta-analysis. *Diabetologia*. 2015; 58:2229-2237. doi: 10.1007/s00125-015-3686-5.
5. Crane J.M, White J., Murphy P., Burrage L., Hutchens D. The effect of gestational weight gain by body mass index on maternal and neonatal outcomes. *J Obstet Gynaecol Can*. 2009; 31: 28-35.
6. Martin K.E., Grivell R.M., Yelland L.N., Dodd J.M. The influence of maternal BMI and gestational diabetes on pregnancy outcome. *Diabetes Res Clin Pract*. 2015; 108: 508-513. doi: 10.1016/j.diabres. 2014.12.015.
7. Oken E., Kleinman K.P., Belfort M.B., Hammitt J.K., Gillman M.W. Associations of gestational weight gain with short-and longer-term maternal and child health outcomes. *Am J Epidemiol*. 2009; 170: 173-180. doi: 10.1093/aje/kwp101.
8. Padmanabhan U., Summerbell C.D., Heslehurst N. A qualitative study exploring pregnant women's weight-related attitudes and beliefs in UK: the BLOOM study // *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015 Apr 22; 15: 99. doi: 10.1186/s12884-015-0522-3.
9. Spencer L., Rollo M., Hauck Y., MacDonald-Wicks L., Wood L., Hutchesson M., Giglia R., Smith R., Collins C. The effect of weight management interventions that include a diet component on weight-related outcomes in pregnant and postpartum women: a systematic review protocol // *JBIC Database System Rev Implement Rep*. 2015 Jan; 13(1):88-98. doi: 10.11124/jbisrir-2015-1812.