

Оцінювання якості консультування жінок з приводу збільшення маси тіла під час вагітності

С.О. Остафійчук, Н.І. Генік

Івано-Франківський національний медичний університет

Мета дослідження: оцінювання якості проведення антенатального консультування жінок з приводу гестаційного збільшення маси тіла на основі розроблених та запропонованих нами опитувальників для пацієнок та акушерів-гінекологів.

Матеріали та методи. Обстежено 117 жінок в терміні доношеної вагітності, серед яких нормальний індекс маси тіла (ІМТ) до вагітності був у 81 жінки, підвищений у 26 та недостатній у 10 вагітних. У дослідженні також взяли участь 42 акушера-гінеколога, які працюють в жіночих консультаціях міста та ведуть антенатальний догляд. Опитувальники включали такі напрямки: консультування лікарями жінок з приводу збільшення маси тіла протягом вагітності, поради щодо зміни харчування під час вагітності, обговорення ускладнень вагітності та пологів, пов'язаних з патологічним збільшенням маси тіла, заохочення до фізичної активності, інформування щодо зниження маси тіла після пологів та відношення пацієнок до порад медиків з наведеної тематики.

Результати. У жінок з нормальним вихідним ІМТ патологічне збільшення виявилось достовірно вищим, ніж у жінок з надмірною масою тіла та ожирінням ($p < 0,01$), отже профілактика патологічного збільшення маси тіла під час вагітності найбільш активно проводиться серед жінок з надмірною масою тіла та ожирінням та незначно уваги приділяють пацієнкам з нормальною та низькою масою тіла. Недостатня увага медиків приділена індивідуальному розрахунку необхідного збільшення маси тіла із урахуванням вихідного ІМТ, низькому рівню знань як пацієнок, так і професіоналів, щодо фізичної активності під час вагітності. Питання післяпологового зменшення маси тіла, за даними $90,5 \pm 4,5\%$ лікарів та $94,0 \pm 2,2\%$ жінок, не обговорювалося взагалі. $83,3 \pm 5,8\%$ лікарів виявили зацікавленість жінок обраною тематикою і готовність активного спілкування. Серед вагітних позитивне відношення до порад лікаря щодо харчування та фізичної активності виявили $64 \pm 4,4\%$ жінок. Профілактика патологічного гестаційного збільшення маси тіла є важливою і необхідною складовою антенатального нагляду.

Ключові слова: збільшення маси тіла, фізична активність, вагітність.

За даними літератури, до 40% жінок з нормальною масою тіла під час вагітності мають надмірне збільшення маси тіла, що значно підвищує частоту акушерських та перинатальних ускладнень. Патологічне гестаційне збільшення маси тіла, навіть серед жінок з нормальною масою тіла до вагітності, асоціюється зі збільшенням материнських та перинатальних ускладнень як під час вагітності, так і у віддалений період. Жінки з надмірним збільшенням маси тіла знаходяться в групі ризику з виникнення прееклампсії, макросомії, аномалій пологової діяльності, оперативного розродження, післяпологового ожиріння. У вагітних з недостатнім збільшенням маси тіла зростає частота плацентарної дисфункції, гіпотрофії плода, порушеної адаптації новонароджених в неонатальний період [7].

Найбільш повне керівництво зі збільшення маси тіла під час вагітності розроблено та опубліковане Інститутом медицини [ІОМ] у Сполучених Штатах Америки в 2009 році, переглянуто та ухвалено Американським коледжем акушерів і гінекологів в 2013 році [6, 8]. В Україні нормативним документом, який регламентує гестаційне збільшення маси тіла, є наказ МОЗ України № 417 [1]. Протоколи створені для медичних працівників для використання їх при консультуванні жінок щодо особливостей харчування та фізичної активності під час вагітності з метою попередження патологічного збільшення маси тіла. У таблиці наведені рекомендовані норми збільшення маси тіла під час вагітності залежно від вихідного індексу маси тіла (ІМТ), яке вираховують за формулою: $ІМТ = \text{маса тіла (кг)} / \text{зріст (м)}^2$. Вагітним пропонують не збільшувати калорійність їжі протягом I триместру, тоді як під час II і III триместрів жінки вимагають відповідно близько 300 та 450 додаткових калорій на день [2].

Доведення інформації про харчову та фізичну активність до пацієнок відбувається під час антенатальних візитів та є ключовим моментом у профілактиці патологічного збільшення маси тіла [4]. Експерти Інституту медицини (ІОМ) також рекомендують лікарям заохочувати жінок до принаймні 30 хв фізичних вправ помірної інтенсивності частотою 4–5 днів на тиждень [4, 5]. Однак мало що відомо про те, як ці настанови виконують лікарі при консультуванні пацієнок, і як пацієнтки відносяться до таких розмов. За результатами одного дослідження, майже 27% вагітних повідомили, що вони взагалі не отримували порад щодо гестаційного збільшення маси тіла, а 36% повідомили, що їм порадили таке збільшення маси тіла, що виходило за межі міжнародних рекомендацій [7]. Опитування американських та канадських акушерок і лікарів показали, що медики були стурбовані психологічним аспектом впливу розмов на дану тематику в порівнянні з такими питаннями, як куріння, тосикоманія і домашнє насильство. На їхню думку, маса тіла не є пріоритетом для порад в допологовому догляді [3].

З метою оцінювання якості проведення антенатального консультування жінок з приводу гестаційного збільшення маси тіла нами розроблені та запропоновані опитувальники для пацієнок та лікарів акушер-гінекологів.

Мета дослідження: оцінити якість проведення консультування жінок з приводу збільшення маси тіла під час вагітності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами обстежено 117 жінок в терміні доношеної вагітності. Усі вагітні спостерігалися в жіночих консультаціях та поступали на пологи в Івано-Франківський міський клінічний пологовий будинок. Нами опрацьовані індивідуальні карти вагітних та історії пологів, за даними яких ми вивчали вік, освіту, паритетність, шкідливі звички (куріння, споживання алкоголю та заборонених ліків під час

Рекомендоване збільшення маси тіла протягом вагітності залежно від вихідного ІМТ (кг/м²)

Тип маси тіла	ІМТ, кг/м ²	Рекомендоване збільшення маси тіла протягом усієї вагітності, кг	Рекомендоване збільшення маси тіла за тиждень в II-III триместрах, кг/тиж
Недостатня маса тіла	<18,5	12,5-18	0,51 (0,44-0,58)
Нормальна маса тіла	18,5-24,9	11,5-16	0,42 (0,35-0,50)
Надлишкова маса тіла	25-29,9	7-11,5	0,28 (0,23-0,33)
Ожиріння*	≥30	5-9	0,22 (0,17-0,27)

* – Недостатні докази для забезпечення окремих рекомендацій для лікування ожиріння I, II і III ступенів.

вагітності), гестаційне збільшення маси тіла при попередніх вагітностях, заняття спортом до та під час вагітності, розраховували вихідний ІМТ та збільшення маси тіла під час даної вагітності. Дані занесли в розроблену копію історії хвороби.

Усі вагітні були повнолітні, середній вік становив 27,6±4,81 року. Більша половина жінок (54,7±4,6%) мали вищу освіту. Першовагітних жінок було 71 (60,7±4,5%) та 46 (39,3±4,5%) повторновагітних. При опитуванні щодо шкідливих звичок виявлено, що 8 (6,8±2,3%) жінок палили під час вагітності. Половина пацієток (54,3±7,3%) мали надмірне збільшення маси тіла при попередніх вагітностях. Тільки 15 (15,4±3,3%) жінок займалися спортом до вагітності.

У ході обстеження виявили, що нормальний ІМТ до вагітності був у 81 (69,2±4,3%) жінки, підвищений – у 26 (22,2±3,8%) та недостатній – у 10 (8,5±2,6%) вагітних. Перед пологами збільшення маси тіла в рекомендованих межах (таблиця) відзначено тільки у 33 (40,7±5,5%) пацієток з нормальною, у 14 (53,8±9,8%) підвищеною та у кожній третій низькою вихідною масою тіла. Більше половини пацієток з нормальним вихідним ІМТ мали патологічне збільшення маси тіла, з яких 37,0±5,4% надмірну. У жінок з надмірною масою тіла патологічне збільшення відзначено у 46,2±9,8%, а у вагітних з недостатньою масою тіла гестаційне збільшення маси тіла нижче нормативів (від 12,5 до 18 кг) виявлене у 70,0±14,5%. Аналіз вихідної маси тіла та рекомендованого збільшення під час вагітності проводили згідно з керівництвом зі збільшення маси тіла під час вагітності (ІОМ, 2013) та наказом МОЗ України № 417 [1, 6, 8].

У дослідженні добровільно взяли участь 42 акушері-гінекологи, які працюють в жіночих консультаціях міста та ведуть антенатальний догляд. Оцінювання якості проведення консультування жінок з приводу збільшення маси тіла під час вагітності проводилося на основі індивідуальної усної бесіди з вагітними та лікарями, а також на основі розроблених нами опитувальників. Усі пацієнтки оформили «Інформовану згоду на участь в дослідженні».

Отриманий цифровий матеріал обробляли статистично з використанням програм Microsoft Excel 2000 та Statistica 5.11.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За даними опитування всі лікарі зазначили, що тематика гестаційного збільшення маси тіла є обов'язковим компонентом антенатального нагляду та обговорюється з усіма пацієнтками. Позитивна відповідь була і на запитання про обговорення з жінками індивідуального збільшення маси тіла. Пацієнтки також погодилися, що всі лікарі жіночих консультацій ставили питання щодо збільшення маси тіла протягом вагітності. Однак, за нашою оцінкою, поради щодо конкретних величин не завжди відповідали існуючим нормативам (таблиця). Так, більшість лікарів, не враховуючи ІМТ, радили збільшення 10–12 кг (42,7±4,6%), до 12–15 кг (14,5±3,3%) і тільки 6,8±2,3% враховували надмірну масу тіла і

ожиріння пацієток і рекомендували їм 5–7 кг. Третині жінок з недостатньою та 18 (15,4±3,3%) з нормальною вихідною масою тіла було запропоновано збільшення до 10 кг. За даними 18 вагітних, лікарі не уточнювали необхідне гестаційне збільшення маси тіла, а у 3 пацієток з ожирінням порада становила «не поправлятися взагалі». У результаті нами виявлено, що у жінок з нормальним вихідним ІМТ патологічне збільшення виявилось достовірно вищим, ніж у жінок з надмірною масою та ожирінням (p<0,01). Це свідчить про недостатню увагу медиків до індивідуального розрахунку необхідного збільшення маси тіла із урахуванням вихідного ІМТ.

В основному, за даними 87,2±3,1% жінок, акушери самі піднімали питання маси тіла, проте 7 (6,0±2,2%) вагітних зауважили, що самостійно висловлювали зацікавленість, і тільки 8 вказали, що не пам'ятають розмов на дану тематику.

І лікарі, і пацієнтки, зазначили, що зважування проводили при кожному відвідуванні жіночої консультації. Однак дві третини жінок відзначили, що щотижневе збільшення маси тіла вони з акушерами не обговорювали. У відповідях лікарів виявлено, що майже кожен четвертий фахівець починає звертати увагу на збільшення маси тіла після 30 тиж вагітності, кожен третій віддає перевагу таким розмовам при першому візиті та в III триместрі і тільки 46,2±4,6% – протягом усієї вагітності. За даними жінок, регулярний контроль маси тіла проводили у вагітних з надмірною масою тіла та з ожирінням та менше уваги приділяли пацієнткам з нормальною та зменшеною масою тіла. На основі відповідей двох опитуваних сторін зроблено висновок, що гестаційне збільшення маси тіла в I триместрі не оцінювали та не брали до уваги при розрахунку загального збільшення маси тіла перед пологами.

Консультування більшості вагітних щодо харчування обмежувалося порадами «збалансованої повноцінної дієти», третина медиків радили відмовитися від солодкого та мучного, практично всі радили споживати вітаміни. Однак не уточнювали необхідне співвідношення поживних речовин та добової кількості калорій.

Питання післяпологового зниження маси тіла, за даними 90,5±4,5% лікарів та 94,0±2,2% жінок, не обговорювалося. Тільки 7 вагітних зазначили, що запитували про це самостійно, але конкретних порад не отримали. Відповіді фахівців зводилися до того, що маса тіла самостійно знизиться після пологів, деякі радили прогулянки. Згідно з опитуванням, лікарі вважають, що післяпологове зниження маси тіла стосується самої пацієнтки, деякі не мають часу на дане питання, оскільки існують більш важливі проблеми, а частина вважає не коректним порушувати дану тему.

Спілкуючись з медиками, зроблено висновок, що всі лікарі повідомляють пацієток про можливі акушерські та перинатальні ускладнення, пов'язані з патологічним гестаційним збільшенням маси тіла, а при аналізі відповідей вагітних виявлено, що тільки 71 (60,7±4,5%) жінка знає про такі ускладнення надмірного збільшення маси тіла як ускладнені пологи, макросомія, зростання частоти оперативного розродження. 17 вагітних зауважили, що фахівці не кон-

кретизували ускладнення, а обмежувалися фразою «важко народити». Крім того, в жодному випадку не було обговорення наслідків при недостатньому збільшенні маси тіла.

Цікавими виявилися відповіді на запитання про заохочення пацієнток до фізичної активності з метою профілактики патологічного збільшення маси тіла. Найчастішими порадами лікарів було більше рухатися на свіжому повітрі, не виконувати важку роботу, кожній третій жінці радили займатися гімнастикою для вагітних, 3 лікарі порадили виконувати вправи для зміцнення м'язів тазового дна, 4 – займатися йогою. Однак ні у відповідях медиків, ні пацієнток не знайдено конкретних рекомендацій щодо рівнів фізичної активності та місць проведення вправ. Обмежувати фізичну активність пропонували 23 (19,7±3,7%) жінкам з неускладненим перебігом вагітності, а 5 лікарів зазначили, що не заохочували жінок до фізичної активності протягом вагітності. Багато жінок вважають, що рухова активність при виконанні професійної діяльності та домашньої роботи є достатньою, деякі намагалися уникати додаткової фізичної активності з метою попередження ускладнень вагітності та ушкодження плода. Частина опитаних жінок хвилювалися з приводу лактації при виконанні фізичних вправ.

При опитуванні про відношення пацієнток до обраної тематики 35 (83,3±5,8%) лікарів зауважили зацікавленість жінок і активне обговорення. Серед вагітних позитивне відношення до порад лікаря щодо харчування та фізичної активності виявили 75 (64±4,4%) жінок, 30 (25,6±4,0%) готові відповідати на питання з ініціативи лікаря та 12 (10,3±2,8%) вагітних зазначили, що дана тема їх не цікавить і вони не готові обговорювати її з медиками. Інформацію вважали цікавою та необхідною більшість першовагітних (80,0±4,6%) та

повторновагітні, які мали надмірне збільшення маси тіла при попередніх вагітностях (84,0±7,3%). Половина жінок самостійно вивчали дану тематику в літературі, в інтернеті і тільки 24 (20,5±3,7%) вагітним, окрім усних порад, професіоналами були запропоновані друковані матеріали з рекомендаціями про особливості харчування під час вагітності.

ВИСНОВКИ

Консультування жінок з приводу гестаційного збільшення маси тіла є невід'ємною складовою догляду за вагітними. За нашими даними, профілактику патологічного збільшення маси тіла під час вагітності найбільш активно проводили серед жінок з надмірною масою тіла та ожирінням і мало уваги приділяли пацієнткам з нормальною та недостатньою масою тіла. Ми вважаємо, що оцінювання збільшення маси тіла слід розпочинати вже з I триместру, враховуючи індекс маси тіла до вагітності. Навіть при регулярному зважуванні вагітних більшість лікарів не проводили оцінювання щотижневого збільшення маси тіла, враховуючи нормативні дані з різницею збільшення залежно від триместру. Незважаючи на короткочасність антенатальних візитів, лікарям слід не тільки рекомендувати збалансоване харчування, але й уточнювати щоденний раціон та його калораж, пропонувати пацієнткам самостійно вести харчовий щоденник з подальшим оцінюванням медиком. На основі проведеного опитування ми виявили низький рівень знань як пацієнток, так і професіоналів, щодо фізичної активності під час вагітності.

Отже, на сьогоднішній день залишається актуальним подальше вивчення та подолання бар'єрів на шляху заохочення жінок до фізичної активності під час вагітності з метою профілактики надмірного збільшення маси тіла.

Оценка качества проведения консультирования женщин по поводу прибавки массы тела во время беременности

С.А. Остафийчук, Н.И. Геняк

Цель исследования: оценка качества проведения антенатального консультирования женщин по поводу гестационной прибавки массы тела на основе разработанных и предложенных нами опросников для пациенток и акушеров-гинекологов.

Материалы и методы. Обследовано 117 женщин в сроке доношенной беременности, среди которых нормальный индекс массы тела (ИМТ) до беременности был у 81 женщины, повышенный у 26 и недостаточный у 10 беременных. В исследовании также приняли участие 42 врача акушера-гинеколога, которые работают в женских консультациях города и проводят антенатальное наблюдение. Опросники включали следующие направления: проведение врачами консультирования о прибавке массы тела во время беременности, советы по изменению питания во время беременности, обсуждение осложнений беременности и родов, связанных с патологической прибавкой массы тела, поощрение физической активности, информирование по снижению массы тела после родов и отношение пациенток к советам медиков на данную тематику.

Результаты. У женщин с нормальным исходным ИМТ патологическая прибавка оказалась достоверно выше, чем у женщин с избыточной массой тела и ожирением ($p < 0,01$). Профилактику патологической прибавки массы тела во время беременности наиболее активно проводят среди женщин с избыточной массой тела и мало внимания уделяется пациенткам с нормальной и недостаточной массой. Недостаточное внимание медики уделяли индивидуальному расчету необходимой прибавки массы тела с учетом исходного ИМТ, низкому уровню знаний как пациенток, так и профессионалов, о критериях физической активности во время беременности. Вопрос послеродового уменьшения массы тела,

по данным 90,5±4,5% врачей и 94,0±2,2% женщин, не обсуждался вообще. 83,3±5,8% врачей отметили заинтересованность женщин к выбранной теме и готовность к активному общению. Среди беременных положительное отношение к советам врача об особенностях питания и физической активности обнаружили у 64±4,4% женщин. Профилактика патологической гестационной прибавки массы тела является важной и крайне необходимой составляющей антенатального наблюдения.

Ключевые слова: прибавка массы тела, физическая активность, беременность.

Assessment of quality of counseling women about weight gain during pregnancy

S.A. Ostafiihchuk, N.I. Henyk

The aim of the study is the evaluation of quality of antenatal counseling women about gestational weight gain based in questionnaires for patients and obstetricians.

Material and methods. The study involved 117 women in full-term pregnancy. There were 81 normal-weight women before pregnancy, 26 women with increased BMI and 10 low-weight pregnant. 42 obstetricians of antenatal clinics also took part in the study. Questionnaires included the following directions: carrying doctors consulting about weight gain during pregnancy, advices on changing nutrition behavior, discuss maternal and fetus complications associated with abnormal weight gain, encourage physical activity, information on postpartum weight loss and the patient feelings about doctors advice.

Results and conclusions. In normal-weight women the pathological weight gain was higher than in women with overweight and obesity ($p < 0.01$). Prevention of abnormal weight gain during pregnancy is the most actively conducted among women with overweight and obesity as in patients with normal and low weight. We identified insufficient attention to individual weight gain according BMI, a low level of knowledge as patients and professionals on

nutrition and physical activity during pregnancy. Questions postpartum weight loss, according to 90,5±4,5% of obstetricians and 94,0±2,2% of women not discussed at all. Positive attitude to the doctor's advice about healthy eating and exercise during pregnancy

was found in 64±4,4% of women. Prevention of pathological gestational weight gain is a very important and very necessary part of antenatal care.

Key words: *weight gain, physical activity, pregnancy.*

Сведения об авторах

Остафийчук Светлана Александровна – Кафедра акушерства и гинекологии им. И.Д. Ланового Ивано-Франковского национального медицинского университета, 76000, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2; тел.: (050) 950-07-70. E-mail: voloshka76@rambler.ru

Геник Наталия Ивановна – Кафедра акушерства и гинекологии им. И.Д. Ланового Ивано-Франковского национального медицинского университета, 76000, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2; тел.: (050) 950-07-70. E-mail: voloshka76@rambler.ru

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Наказ МОЗ України № 417 від 15.07.2011 «Методичні рекомендації щодо організації амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
2. Butte N.F. Energy requirements during pregnancy and lactation / N.F. Butte, J.C. King // *Public Health Nutr.* – 2005. – Vol. 8, № 7A. – P. 1010–1027.
3. Chang T. Perspectives about and approaches to weight gain in pregnancy: a qualitative study of physicians and nurse midwives / T. Chang, M. Llanes,

- K.J. Gold, M.D. Fetters // *BMC Pregnancy Childbirth.* – 2013. – № 13. – P. 47–57.
4. Elizabeth A.D. Patient-provider communication about gestational weight gain among nulliparous women / A.D. Elizabeth, M.D. Elaine, E.F. Kathryn // *BMC Pregnancy Childbirth.* – 2013. – № 13. – P. 231–240.
5. Impact of compliance with different guidelines on physical activity during pregnancy and perceived barriers to leisure physical activity / Santos P.C., Abreu S.,

- Moreira C., Lopes D., Santos R., Montenegro N., Mota J. // *J. Sports Sci.* – 2014. – Vol. 32, № 14. – P. 1388–1408.
6. IOM, Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Institute of Medicine and National Research Council of the National Academies, Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines, Food and Nutrition Board on Children, Youth, and Families, ed. Rasmussen KM and Yaktine AL. 2009, Washington, D.C.: The National Academies Press.

7. Nutrition and Exercise Reduce Excessive Weight Gain in Normal-Weight Pregnant Women / Ruchat S.M., Davenport M.H., Giroux I., Hillier M., Batada A. et al. // *Med. Sci. Sports. Exerc.* – 2012. – Vol. 44, № 8. – P. 1419–1426.
8. Weight Gain During Pregnancy. US Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Maternal and Child Bureau. Child Health USA, 2013.

Стаття постуила в редакцію 21.12.2015

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

МАММОГРАФИЯ И УЗИ ВЫЯВЛЯЮТ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОДИНАКОВО ЭФФЕКТИВНО

Ученые пытались выяснить, какой способ диагностики позволяет эффективно выявлять рак молочной железы.

В исследовании, проведенном учеными во главе с Венди Берг (Wendie Berg) из Медицинского центра при Университете Питтсбурга (University of Pittsburgh Medical Center), приняли участие 2809 женщин из США, Канады и Аргентины. Авторы пытались выяснить, какой способ диагностики позволяет эффективно выявлять рак молочной железы.

Женщины, принимавшие участие в эксперименте, трижды прошли процедуру онкоскрининга: в одних случаях проводилось ультразвуковое исследование, а в других – маммографическое. Кроме того все участницы подверглись биопсии, что позволило подтвердить или опровергнуть предположительный диагноз.

Оказалось, что и УЗИ, и маммография, позволяли обнаруживать опухоли молочной железы с одинаковой эффективностью. Проводя ультразвуковое исследование, врачи чаще получали

ложно-положительные результаты, однако этот метод позволял обнаружить более количество узловых инвазивных форм рака, чем маммография. Авторы также подчеркивают, что УЗИ нередко является единственно возможной диагностической процедурой.

Ученые считают, что ультразвуковое обследование должно назначаться в качестве дополнительного исследования при проведении скрининга.

Источник: <http://medportal.ru/>