

ры) [2] (таблица 2).

Таблица 2 — Показатели периодических медосмотров в Гомельской области за 2010–2012 гг.

| Число осмотренных по производственным вредностям | 2011 г. | 2012 г. |
|---|---------|---------|
| В условиях воздействия промышленных аэрозолей, пыли | 20406 | 25601 |
| В условиях воздействия вибрации | 16155 | 22295 |
| В условиях воздействия химических веществ | 33780 | 47096 |
| Работающих в шуме | 39241 | 46340 |

Таким образом, ведущим вредным фактором трудового процесса является повышенный уровень шума, воздействию которого подвергается 45,4 % работающих граждан. Вторым вредным этиологическим фактором является повышенная запыленность воздуха рабочей зоны, в условиях воздействия которой занято 29,9 % работающих. В условиях, с повышенным содержанием химических веществ, работают 18,6 %. Кроме того, для всех рабочих профессий характерна тяжесть труда, обусловленная вынужденной рабочей позой [3].

Выводы

Главными проблемами в существующей системе профилактических медицинских осмотров являются:

- 1) отсутствие заинтересованности в качественных медосмотрах нанимателей и работников;
- 2) участие в ряде случаев в осмотрах врачей, которые не курируют постоянные предприятия;
- 3) отсутствие необходимой диагностической базы, дефицит узких специалистов в УЗ;
- 4) значительное увеличение количества лиц, проходящих периодические медосмотры в связи с новым постановлением и увеличением нагрузки на врачей отделений профилактики и узких специалистов ЛПУ[1].

ЛИТЕРАТУРА

1. Профессиональные болезни верхних дыхательных путей и уха: руководство для врачей / под ред. В. И. Баби-яка, Я. А. Накатиса. — СПб.: Гиппократ, 2009.
2. Артамонова, В. Г. Профессиональные болезни / В. Г. Артамонова, Н. Н. Шаталов. — М.: Медицина, 1996.
3. Литвяков, А. М. Профессиональные заболевания: учеб. пособие / А. М. Литвяков, А. Н. Щупакова. — М., 2005.

УДК 618.3-06:613.25

ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ

Галимова Е. Р.

Научный руководитель: ассистент О. Н. Кононова

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

В последние годы ожирению, как междисциплинарной проблеме посвящено большое число исследований. Не менее важными являются проблемы влияния ожирения на течение гестационного процесса [3]. Развитие ожирения неразрывно связано с нарушениями пищевого поведения [1]. Пищевое поведение — это компонент образа жизни и действий биологического существа, включающий в себя поиск, выбор, приготовление и поглощение пищи, а также все условия и ритуалы, сопровождающие эти процессы, и их последствия для организма. Выделяют 3 вида пищевого поведения — ограничительный, эмоциогенный и экс-

тернальный. Ограничительное пищевое поведение характеризуется чрезмерным пищевым самоограничением и бессистемными строгими диетами, к которым время от времени прибегают все больные ожирением. При эмоциогенном типе пищевого поведения стимулом к приему пищи становится не голод, а эмоциональный дискомфорт. При экстернальном пищевом поведении желание поесть стимулируется не реальным чувством голода, а внешним видом еды, ее запахом, текстурой либо созерцанием того, как едят другие [1].

Любые отклонения в пищевом поведении наиболее актуальны у беременных женщин с сопутствующим ожирением.

Цель

Изучение пищевого поведения беременных женщин, страдающих ожирением.

Материалы и методы исследования

Нами обследовано 87 беременных женщин, в том числе 20 (группа 1) с нормальной массой тела (средний ИМТ — $19,5 \pm 0,5$), 19 женщин (группа 2) с избыточной массой тела (средний ИМТ — $26,4 \pm 0,05$), 24 женщины (группа 3) с ожирением 1 степени (средний ИМТ — $32,4 \pm 0,5$) и 12 женщин (группа 4) с ожирением 2 степени (средний ИМТ — $37,3 \pm 0,6$), 12 женщин (группа 5) с ожирением 3 степени (средний ИМТ — $41,2 \pm 0,6$). Все респондентки имели срок гестации до 12 недель и не страдали токсикозом 1 половины беременности. Для исследования был использован голландский опросник DEBQ. Средний возраст пациенток составил от $24,2 \pm 0,9$ до $31,2 \pm 0,9$ лет и достоверно не отличался между группами. По весу, индексу массы тела, объему талии и объему бедер женщины всех групп достоверно отличались между собой ($p < 0,001$). Анализируя данные, полученные при заполнении опросника DEBQ, отметили, что ограничительный тип пищевого поведения, был типичен для женщин, имеющих избыточную массу тела и ожирение 1 и 2 степени ($2,8 \pm 0,1$ балла в группе 2; $2,7 \pm 0,2$ балла в группе 3; $2,8 \pm 0,2$ балла в группе 4,5). У беременных группы 1 нарушений типа пищевого поведения не отмечалось ($2,4 \pm 0,2$ балла). Однако достоверной разницы средних показателей не получено ($p > 0,1$). У 100 % женщин с ожирением 2, 3 степени и у $74,8 \pm 12,9$ % женщин с избыточной массой тела достоверно чаще отмечался ограничительный тип пищевого поведения по сравнению с беременными, имеющими нормальную массу тела ($36,4 \pm 11,8$ %, $p < 0,05$). У женщин с ожирением 1 степени реже отмечался ограничительный тип пищевого поведения по сравнению с женщинами с ожирением 2 степени ($64,3 \pm 12,8$ % против 100 %). Эмоциогенное пищевое поведение, отмечалось у женщин с нормальной массой тела ($1,9 \pm 0,2$ баллов) и у женщин с ожирением 1 степени ($2,2 \pm 0,2$ балла). У женщин с избыточной массой тела и беременных с ожирением 2 степени данный тип пищевого поведения не наблюдался. В процентном соотношении женщины всех групп не отличались по частоте встречаемости эмоциогенного пищевого поведения ($p > 0,1$).

По шкале экстернального пищевого поведения беременные всех групп имели более высокие балльные показатели по сравнению со средними показателями ($3,1 \pm 0,2$ баллов в группе 1; $3,0 \pm 0,1$ баллов в группе 2; $3,4 \pm 0,2$ баллов в группе 3; $3,3 \pm 0,03$ баллов в группе 4,5 против $2,7$ баллов). Достоверные отличия в баллах имели между собой женщины с избыточной массой тела и женщины с ожирением 2,3 степени ($3,0 \pm 0,1$ балла против $4,3 \pm 0,03$ балла, $p < 0,05$). По частоте встречаемости экстернального типа пищевого поведения достоверные различия выявлены между женщинами с ожирением 2 степени и женщинами с нормальной массой тела (100 % случаев против $71,4 \pm 12$ % соответственно, $p < 0,05$).

Таким образом, у всех беременных женщин, независимо от массы тела, были выявлены те или иные нарушения пищевого поведения.

Заключение

Наши исследования показали, что при беременности как у женщин с нормальной массой тела, так и у беременных с избыточной массой тела и ожирением имеются различные нарушения пищевого поведения. В одних случаях (при нормальной массе тела) это может быть проявлением адаптации к гестационному процессу, а в других (при наличии ожирения и избыточной массы тела) — быть причиной дальнейших метаболических нарушений на протяжении беременности и послеродового периода.