

Медицинские науки

УДК 76.29.48

КОНЦЕПЦИЯ УПРАВЛЕНИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ОБОСНОВАННОГО ПИТАНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ²

П. Марков

Медицинский университет Софии

Аннотация. Проблема: Бесспорным научным фактом является то, что питание беременных женщин это изменяемый экзогенный фактор, который играет мощную эндогенную модуляторную роль в метаболических процессах и здоровье, как будущей матери, так и ожидаемого ею ребенка. Целью данной работы является разработка и представление современной концепции управления сбалансированной диеты у беременных женщин. Методологической основой послужили национальная и европейская базы нормотворчества и рекомендации экспертов. Результаты: Предлагаются 7 конкретных и легко запоминающихся «шагов» по устранению дефицита наиболее часто встречающихся дисбалансов питательных веществ – отсутствие полноценного белка, витаминов и минералов, а также чрезмерное потребление энергетических компонентов – жира и олигосахаридов. Сделан вывод о том, что реализация на практике концепции управления здоровым питанием, обеспечивает удовлетворение повышенных физиологических потребностей обмена веществ у женщины во время беременности и внутриматочного роста и развития плода.

Ключевые слова: управление, сбалансированная диета, беременные женщины, шаги.

² Материал представил д.м.н., проф. Т. Попов (София, Болгария), рецензент к.м.н., доцент, С.Т. Кохан (Чита, Россия).

CONCEPT OF MANAGEMENT OF PHYSIOLOGICALLY BASED NUTRITION DURING PREGNANCY

P. Markov

Medical University of Sofia

Abstract: Problem: the indisputable scientific fact is that the nutrition of pregnant women is variable exogenous factor which is a potent endogenous modulatory role in the metabolic processes and health of the expectant mother and the expected baby. The aim of this work is the development and introduction of modern management concept of a balanced diet in pregnant women. The methodological basis is national and European database of rule-making and expert advice. Results: the author offers 7 specific and easy to remember "steps" to address shortages of the most common imbalances of nutrients - lack of complete protein, vitamins and minerals as well as excessive consumption of energy components - fat and oligosaccharides. It is concluded that the implementation in practice of the concept of control a healthy diet, provides increased satisfaction of physiological needs of metabolism in women during pregnancy and intrauterine growth and development of the fetus.

Keywords: management, balanced diet, pregnant women, steps.

Проблема: Бесспорным научным фактом является то, что питание беременных женщин это изменяемый экзогенный фактор, который играет роль мощного эндогенного модулятора в метаболических процессах и здоровье, как матери, так и ожидаемого ею ребенка. Экспертное мнение медицинских специалистов единодушно: несбалансированное питание у беременных женщин связано с серьезными рисками для здоровья, так как повышаются, или становятся специфическими физиологические потребности организма матери в связи с внутриутробным ростом и развитием плода, и, следовательно, медицинскими и биологическими требованиями к потребляемой ею пище.

Целью данной работы является *разработка, и представление простой в применении на практике современной концепции управления сбалансированной диеты у беременных женщин.*

Методологической основой концепции послужили рекомендации, содержащиеся в Стратегии Европейского здравоохранения 2014-2020 и в Болгарии [3-6].

Результаты

Предлагаются 7 конкретных «шагов» к сбалансированному и физиологически оправданному питанию во время беременности.

ПЕРВЫЙ ШАГ:

Удовлетворение растущей (но не «в два раза») потребности в пищевой энергии, [4].

Основанием послужили физиологически обоснованные рекомендации к потреблению энергии без беременности и во время беременности (Физиологические нормы питания для населения Болгарии (ФН, 2005)), [5], составляющие: 68 kcal/день в I триместре беременности; 266 kcal/день во II триместре беременности; 496 kcal/день в III триместре – при около 2000 kcal/день для той же возрастной группы небеременных женщин [4].

ВТОРОЙ ШАГ:

Удовлетворение растущей потребности в полноценном белке (г/день) [4].

Белок особенно важен для обновления и белкового синтеза клеток и норма полноценного белка (каковым является белок животного происхождения - яйца, мясо, рыба, молоко и молочные продукты) составляет от 47г/день при отсутствии беременности и до 90 г/день во время беременности.

ТРЕТИЙ ШАГ:

Увеличение среднесуточного рекомендуемого потребления жиров и углеводов во время беременности [4].

Рекомендации такие же, как и для небеременных женщин детородного возраста, а именно:

- *Жиры - 30% от общего энергетического объема пищи в день (E%);*

- *Комплекс углеводов - 55-75Е%;*
- *Кристаллический сахар - не более 10Е%.*

ЧЕТВЕРТЫЙ ШАГ:

Увеличение потребления витаминов и минералов [4]:

На **30%** - витамина С, никотиновой кислоты и витаминов В₂ и В₁₂; на **50%** - фолиевой кислоты и витамина В₆; на **60%** - витамина А; на 30% кальция и магния; на 80% - цинка и фосфора; на 100% - йода и железа.

Биологическая роль витаминов и минералов, как основных микроэлементов, участвующих в метаболических и синтетических процессах, требуют удвоения количества их основных природных источников, и в частности - овощей и фруктов от 200 г/день до 400 г/день каждой из 2-х указанных групп [1, 2].

ПЯТЫЙ ШАГ:

Оценка и мониторинг динамики основных медико-биологических критериев для правильной (сбалансированной) диеты:

1. Оценка массы тела

Интегральным показателем для оценки антропометрического состояния питания является индекс массы тела (ИМТ), или Body Mass Index (BMI). Нормальным весом считается ИМТ от 18,5 до 24,99. Он рассчитывается по формуле [2, 5]:

$$\text{ИМТ} = \frac{\text{масса тела (в кг)}}{(\text{рост})^2 \text{ (в м}^2\text{)}}$$

2. Увеличение веса

- Среднее прибавление веса во время беременности у здоровых женщин составляет в целом: 10-12,5kg, в том числе - материнские запасы - жир, кровь, ткани матки, молочные железы;

- Около 5кг – плод, плацента и амниотическая жидкость.

3. Дополнительные критерии правильного питания:

- Увеличение массы тела в I и II триместрах беременности – «незначительное» плюс прибавка, около + 6кг;
- в III триместре беременности - при нормальном весе: + 6кг или + 350-400г/неделю;
- при пониженном весе увеличение должно составлять +0,5 кг/неделю;
- при избыточном весе: + 0,3 кг/неделю.

4. Клиническая оценка увеличения веса

- *Контроль веса во время беременности проводится 1 раз/месяц во II и III триместрах;*

- *При увеличении веса <1 кг или >3кг/месяц, беременная женщина направляется на консультацию к специалисту в области питания и диетологии; При ИМТ<18,5, увеличение веса должно составлять 12,5 - 18,0 кг.*

- *При начальном пониженном весе (ИМТ <18,5) увеличение должно составлять 12,5 - 18,0 кг.*

ШЕСТОЙ ШАГ:

Проведение периодического медицинского обследования на наличие проблем со здоровьем, связанных с беременностью, таких как [2, 3]:

1. Ожирение

- Рекомендации для беременных женщин с начальным ожирением

Для того чтобы свести к минимуму риск для здоровья матери и ребенка, беременные с ожирением не должны поправляться более чем на 7 кг за всю беременность. Рекомендуется снижение веса проводить до беременности или после родов. На практике, однако, это часто невозможно и даже спорно. По усмотрению лечащего врача, беременная женщина направляется к специалисту в области питания и диетологии.

2. Отек

Отеки у беременных женщин, как правило, бывают двух типов: общие (с преэклампсией) и физиологические (в ногах) из-за давления увеличенной матки на венозные сосуды в области таза. Овладение физиологических отеков требует особых изменений в рационе питания, в том числе в потреблении натрия.

3. Преэклампсия

Характеризуется: гипертонией, протеинурией и отеками. Появляется после 20 недели беременности. Риск возникновения высок тогда, когда налицо чрезмерное увеличение массы тела; недостаточное потребление белка, витамина В₆, фолиевой кислоты, кальция, магния и незаменимых жирных кислот.

4. Гестационный диабет

Характеризуется различной степенью тяжести нарушений углеводного баланса, впервые появляющийся во время беременности. Более 50% беременных женщин, страдающих ожирением, развивают гестационный диабет.

При патологическом уровне сахара в крови натощак или после еды на 24-28 неделе, беременную женщину направляют на консультацию к специалисту и проводят тест глюкозного баланса в полости рта. Проводится консультация с эндокринологом и диетологом с целью медицинского контроля веса и определения адекватного диетического рациона. Профилактические меры включают в себя: ограничение потребления простых сахаров; увеличение потребления сложных углеводов (цельного зерна и продуктов из цельного зерна) [1, 3].

5. Слишком низкое увеличение веса

Выясняются возможные причины: внутриутробная задержка роста плода (задержка развития); внутриутробная гибель плода; недоедание; сопутствующие заболевания.

СЕДЬМОЙ ШАГ:

Разрабатывается и предлагается беременной женщине индивидуальный физиологически обоснованный полезный режим питания.

Консультирующий врач определяет индивидуальный характер питания беременной женщины, основываясь на ее специфических потребностях, особенностях организма и антропометрического состояния [1-3]. Диета уравнивается с точки зрения энергии и питательных веществ. Она включает в себя разнообразные составляющие и в соответствующих количествах представителей всех основных групп продуктов:

Комплексные углеводы - цельное зерно и картофель - около 250 г/сутки; Овощи и фрукты – по 400 г/день; ***Белковая пища*** - молоко (в основном – кислое, йогурт) около 300 г/день и брынза/творог - около 60 г/день. Каждую неделю рекомендуется: мясо – готовая порция по 120 г 3 раза в неделю; рыба - по 150 г 2 раза; яйца - 4-5 штук в неделю; фасоль – по 200 г 2 раза. Дополнительные ***растительные жиры*** 30 г/день; мед и кондитерские изделия – 35 г/день; ***жидкость*** - около 2 л/сутки.

Рекомендуется ***пятикратный прием пищи***: завтрак должен составлять 25% энергетического объема суточного питания; Утренняя закуска - 10%; Обед - 30%; Полдник - 10%; Ужин - 25% [4].

В заключение:

Концепция управления сбалансированным питанием у беременных женщин основывается на достижениях современной медицины. Чтобы исход беременности был успешным - без рисков для здоровья матери и новорожденного ребенка, нужно ввести ее в консультативную практику каждого наблюдающего беременность гинеколога и/или акушерки.

Список литературы

1. Марков П., Марков М., Воденичарова А., Байкова Д. Оценка потребления кальция, железа и витамина С женщинами фертильного возраста. // Международна научна школа "Парадигма". Лято - 2015 сборник научни статии в 8 тома. А. В. Берлов, Т. Попов и Л. Ф. Чупров. 2015. С. 211-214.
2. Марков П., Марков Д., Воденичарова А., Байкова Д. Социально-медицинские проблемы пищевого дисбаланса в детородном возрасте // Сборник материалов III. Междун. науч.-практ. конф. «Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности». Улан-Удэ: ВСГУТУ, 2014. С. 144-145.
3. Петрова С., Препоръки за здравословно хранене преди и по време на бременност и кърмене, „Булвест”, 2008.
4. «Физиологични норми за хранене на населението в България», Указ № 23, ДВ, бр.63, 2005.
5. EU Platform on Diet, Physical Activity and Health, 2005.
6. European Action Plan on Food and Nutrition Policy 2015-2020. WHO: Europe.

References

1. Markov P., Markov M., Vodenicharova A., Bajkova D. Ocenka potreblenija kal'cija, zheleza i vitamina S zhenshhinami fertil'nogo vozrasta. // Mezhdunarodna nauchna shkola "Paradigma". Ljato - 2015 sbornik nauchni statii v 8 toma. A. V. Berlov, T. Popov i L. F. Chuprov. 2015. S. 211-214.
2. Markov P., Markov D., Vodenicharova A., Bajkova D. Social'no-medicinskie problemy pishhevogo disbalansa v deterodnom vozroste // Sbornik materialov III. Mezhdun. nauch.-prakt. konf. «Formy i metody social'noj raboty v razlichnyh sferah zhiznedejatel'nosti». Ulan-Udje: VSGUTU, 2014. S. 144-145.
3. Petrova S., Prepor#ki za zdravoslovno hranene преди и по време на бременност и к#rmene, „Bulvest”, 2008.

4. «Fiziologichni normi za hranene na naselenieto v B#lgarija», Ukaz № 23, DV, br.63, 2005.
5. EU Platform on Diet, Physical Activity and Health, 2005.
6. European Action Plan on Food and Nutrition Policy 2015-2020. WHO: Europe.