

УДК 618.3:616.393

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С НЕДОСТАТОЧНЫМ ПИТАНИЕМ

А.Ф. Низамова, к. м. н., МУ «Родильный дом № 3», **М.Б. Красникова**, к. м. н., управление здравоохранения администрации городского округа г. Уфы, **Т.Б. Трубина**, д. м. н., гинекологическое отделение, Городская клиническая больница № 8, **В.Б. Трубин**, д. м. н., профессор, кафедра акушерства и гинекологии № 2, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Изучено влияние недостаточного фактического питания на течение беременности, родов, состояние плода и новорожденного у 182 женщин. Выявлен недостаток белка, микроэлементов (кальция, железа, магния), витаминов (В1, В2, С). Установлен высокий удельный вес осложненного течения беременности (анемия, фетоплацентарная недостаточность, поздние гестозы), родов (разрывы мягких родовых путей, аномалии родовой деятельности), заболеваний новорожденных (асфиксия различной степени тяжести). Применение разработанной комплексной системы по дифференцированной коррекции рациона фактического питания беременных женщин позволило сбалансировать пищевой рацион согласно государственным стандартам и снизить число осложнений беременности, родов, улучшить состояние плода и новорожденного.

The article studies the influence of factual undernutrition on gestation course, delivery, fetus and neonate condition of 182 women. Deficiency of proteins, microelements (calcium, iron, magnesium), vitamins (B1, B2, C) is defined. The author finds out specific weight of complicated gestation course (anemia, fetoplacental insufficiency, late gestosis), delivery (tear of soft maternal passages, labor anomaly), neonate diseases (asphyxia of different gravity). The usage of the developed complex system of differentiated ration correction of factual nutrition for pregnant women has helped to balance dietary intake in accordance with the state standards, to reduce the amount of pregnancy and delivery complications and to improve the condition of fetus and neonate.

Введение. Значение полноценного питания беременной для нормального развития плода доказано многочисленными клиническими исследованиями [4]. Доказано [6], что нерациональное питание, как в количественном, так и в качественном отношении, приводит к возникновению различных осложнений беременности и родов, патологии плода и новорожденного.

Недостаточное питание беременных может быть связано с экономическими условиями. Социальная группа повышенного риска – это женщины с низким достатком [1].

Особенностями питания беременных с низким доходом является однообразный и ограниченный ассортимент употребляемых продуктов (избыточное потребление хлебобулочных изделий, малое количество овощей, фруктов, ягод, соков, свежего мяса, рыбы, яиц, молочных продуктов, растительного масла) [5]. В рационе беременных с низкими доходами значительно меньше нормы содержится важнейших пищевых веществ: белков (особенно животных), жиров, витаминов (в

наибольшей степени витаминов А, Д, Е, В12, В2, В1, В6), минеральных веществ (калия, кальция, магния, фосфора, железа, цинка, йода, кобальта, меди, молибдена, селена). Содержание углеводов повышено за счет увеличенного потребления крахмала (с мучными изделиями, макаронами, хлебом).

Одной из причин перинатальной заболеваемости и смерти плода является недостаток белков в рационе питания матери. Задержка внутриутробного развития плода является одним из наиболее широко распространенных синдромов перинатального периода, усугубляющих течение многих заболеваний [2, 7].

Недостаточная обеспеченность витаминами наносит большой вред здоровью матери и ребенка, снижает устойчивость к инфекционным заболеваниям, является одной из причин недоношенности, гипотрофии, врожденных уродств, появления на свет ослабленных детей [3]. У матерей с недостаточным и неполноценным питанием лактация продолжается 3,5 месяца,

в то время как у женщин с оптимальным питанием – 6,8 месяца.

Однако многие вопросы этой важной проблемы остаются еще не решенными. Вопросы оптимизации фактического питания беременных в различных социальных группах, в условиях женской консультации, требуют дальнейшего изучения и разработки комплексных, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий как в течении беременности, так и в послеродовом периоде.

Целью исследования явилась оптимизация питания женщин во время беременности, в период лактации при недостаточном его варианте путем применения методов коррекции с учетом медико-социальных факторов.

Материалы и методы исследования

Изучено влияние питания на течение беременности, родов, послеродового периода, состояние плода и новорожденного у 182 женщин с недостаточным рационом фактического питания.

При обследовании женщин применялись современные информативные методы исследования: клинические, бактериоскопические, бактериологические, ультразвуковые, изучение биоценоза влагалища, цитологические (на атипичные клетки), метод прямой иммунофлуоресценции, метод полимеразной цепной реакции, кольпоскопия, методы гигиенической оценки питания (анкетно-опросный метод, опросно-весовой метод, методы биохимической оценки питания, определение общего белка, микроэлементов – калия, натрия, магния, кальция, общего холестерина).

Результаты исследования

Наибольшее число (43,9%) беременных находились в возрасте от 20 до 24 лет. Социальное положение наблюдаемых беременных женщин: домохозяйки (33,5%), учащиеся (24,1%), рабочие (17%), служащие (25,4%). Из ранее перенесенных экстрагенитальных заболеваний наибольшее число составили хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (28,3%); хронические воспалительные заболевания мочевыделительной системы (20,3%); заболевания дыхательной системы (9,9%); хронические заболевания ЛОР-органов (11,5%). У 14,8% женщин во время беременности обострились хронические экстрагенитальные заболевания, 19,2% пациенток перенесли ОРВИ во время беременности. Перенесенные гинекологические заболевания представлены: вагинитами (55,5), фоновыми заболеваниями шейки матки (29,7%), хроническими сальпингоофоритами (19,8%).

Для оценки медико-социальных факторов было проведено анкетирование женщин с использованием специально разработанной анкеты. Результаты анкетирования показали, что состоят в зарегистрированном браке 64,8% женщин, в незарегистрированном браке – 32,4%, матери-одиночки – 2,7%. Благоприятный психологический климат в семье был у 85,6% женщин, плохой – у 8,3%. Имели стрессовые ситуации в семье 6,1% пациенток. Свои жилищно-бытовые условия считают хорошими 36,8% беременных, удовлетворительными – 42,8% и плохими – 20,3%

При оценке социально-экономических факторов учитывался среднемесячный заработок на одного члена семьи, который был снижен у 63,1% женщин. Психологический климат на рабочем месте был благоприятным у 78,3% и напряженным у 21,6%, в том числе служебные конфликты были у 2,7% женщин. Четырехразовое питание соблюдали в течение беременности только 11,5% женщина, чаще использовался трехразовый режим питания (71,9%). Беспорядочно питались 16,4% женщин. При анкетировании на вопрос самооценки собственного питания, как правило, были получены ответы, свидетельствующие о неудовлетворенности фактическим питанием, касающейся его качества, что объясняли невозможностью (материальной необеспеченностью) приобретать достаточное количество мясopодуkтов, рыбы, фруктов, сливочного масла. Названные продукты заменялись хлебобулочными и макаронными изделиями.

При объективном обследовании нормальную массу тела имели 38,5% женщин, повышенную – 19,2%, недостаточную – 42,3% женщин. При изучении результатов анализа крови железодефицитная анемия выявлена у 75,8% женщин, в том числе по степени тяжести: анемию легкой степени имели 60,9%, средней степени тяжести – 19,6%. При определении биохимических показателей крови диагностирован недостаток общего белка, альбумина, кальция, магния.

Оценка характера фактического рациона питания беременных женщин проводилась опросно-весовым методом по системе Еврокодов, при этом были выявлены наиболее часто потребляемые блюда. В рационе женщин содержалось мало творога, сыра, свежей рыбы. Доминирующими в рационе питания были мучные изделия. Таким образом, система Еврокодов позволила определить, что такой рацион свидетельствует об однообразии продуктов питания. Расчетным методом определили химический состав и энергетическую ценность пищевого рациона из расчета на один день, при этом выявили недостаток белка в рационе. Содержание жиров в рационе было повышенным. Содержание углеводов также превышало норму. В употребляемых продуктах проводился анализ содержания микроэлементов и витаминов. При этом установлено недостаточное содержание витаминов (B1, B2, C) и минеральных веществ (кальция, железа, магния) в рационе обследованных беременных женщин из расчета на 100 г съеденной части.

Все женщины из группы с недостаточным фактическим питанием имели осложненное течение беременности. Доминирующими осложнениями беременности были железодефицитная анемия (75,8%), хроническая фетоплацентарная недостаточность (63,2%), поздние гестозы (32,9%), угроза прерывания беременности (27,4%), синдром задержки развития плода (16,0%). Осложнения в родах представлены: разрывами мягких родовых путей (32,4%), несвоевременным излитием околоплодных вод (18,1%), аномалиями родовой деятельности (преимущественно слабостью) – 13,7%. Доношенных новорожденных родилось 92,8%, недоношенных 7,2%.

В асфиксии различной степени тяжести родились 22,0% новорожденных, в том числе средней степени 6,6%, тяжелой степени – 0,5%. Средний вес доношенных новорожденных у женщин с недостаточным питанием составил $2920,0 \pm 350$ г.

Выводы

На основании проведенной клинической характеристики женщин с недостаточным фактическим питанием нами разработана научно обоснованная комплексная система дифференцированного подхода по коррекции рациона фактического питания беременной женщины с учетом медико-социальных факторов. Разработан недельный рацион с ежедневными таблицами фактического питания с соответствующими внесенными коррекциями с использованием питательной смеси «Берламин-Модуляр».

Таким образом, комплексное обследование беременных при недостаточном фактическом питании показало высокий удельный вес женщин с пониженной массой тела. Изучение качества фактического питания с использованием системы Еврокодов показало снижение содержания белка и калорийности пищи у этой группы женщин. Также выявлено в пищевом рационе пониженное содержание микроэлементов и витаминов группы В и С. Изучение особенностей течения беременности свидетельствует о высоком удельном весе поздних гестозов, анемии, угрозы прерывания беременности. В течении родов отмечается высокий процент аномалий родовой деятельности, травм мягких родовых путей. У новорожденных отмечается высокий удельный вес асфиксии.

Применение разработанной системы коррекции недостаточного питания с использованием дифференцированных таблиц суточного и недельного рациона с учетом медико-социальных факторов позволило сбалансировать содержание белков, жиров, углеводов, микроэлементов и витаминов в пищевом рационе беременных женщин соответственно государственным стандартам. Достоверно снизился при недостаточном питании процент анемий – с 75,8 до 67,6%, фетоплацентарной недостаточности – с 63,2 до 42,8%, позднего гестоза – с 32,9 до 25,7%, синдрома задержки развития плода – с 16,0 до 12,4%, у новорожденных снизился процент асфиксий с 22,0 до 15,3%. Полученные данные позволяют рекомендовать применение разработанной системы в практическом здравоохранении.



ЛИТЕРАТУРА

1. Доценко В.А. Питание при беременности. СПб., 2007. с. 224.
2. Перцев Н.М. Лекарственная терапия беременных женщин, кормящих матерей и детей: метод. рекомендации. Киев, 1999. с. 37.
3. Петровский К.С. Гигиена питания. М., 2003. с. 528.
4. Петровский К.С. Гигиена питания. М., 2000. с. 320.
5. Хорошилов И.Е. Новые подходы в лечебное питание беременных и кормящих женщин. СПб., 2003. с. 55.
6. Шайхова Г.И. Использование специализированного продукта питания при железодефицитной анемии. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. Ташкент, 2006. с. 94-97.
7. Шехтман М.М. Железодефицитная анемия и беременность. Гинекология 2005; 2: 164-172.