

УДК 613.2 + 613.6.

ПИТАНИЕ КАК ИНВЕСТИЦИЯ В ЗДОРОВЬЕ МАТЕРЕЙ: АНАЛИЗ АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫХ ФАКТОРОВ

Симченко А.В., Крастелева И.М., Купрашвили Н.А., Манкевич Н.И.

ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», Минск, Республика Беларусь

Резюме. Исследование включало анализ питания и изучение состояния здоровья беременных и кормящих женщин с акцентом на алиментарно-зависимые патологии. Результаты показали высокую частоту алиментарно-зависимых заболеваний у исследуемой группы. Анализ структуры питания выявил выраженный дисбаланс, характеризующийся дефицитом белковых, овощных и молочных продуктов в рационе при одновременном избыточном потреблении углеводсодержащих продуктов, главным образом простых сахаров и изделий кондитерской группы. Выявленные алиментарные факторы имеют значительное влияние на течение беременности, приводя к осложнениям. Для коррекции питания участницам были предложены рекомендации по рационализации питания, включая использование специализированных продуктов, таких как «Беллакт Мама+». Рекомендации по питанию и профилактике алиментарно-зависимых заболеваний должны быть интегрированы в систему медицинского сопровождения беременных и кормящих матерей.

Ключевые слова: питание беременных; питание кормящих матерей; сбалансированное питание; экстрагенитальная патология; анемия; метаболический синдром; анализ питания; нутритивная поддержка

Введение. Питание матери является ключевым фактором, влияющим на здоровье плода, новорожденного ребенка, здоровье самой женщины в период беременности и лактации в концепции эпигенетического программирования «первых 1000 дней развития». Несбалансированный или недостаточный рацион матери может привести к развитию алиментарно-зависимой патологии – заболеваниям и осложнениям, обусловленным дефицитом или избытком питательных веществ, нарушающих метаболические процессы. По данным Всемирной организации здравоохранения, адекватное питание с самых ранних этапов гестации критически важно для нормального физического и умственного развития ребенка и влияет на его здоровье в долгосрочной перспективе [1].

Алиментарные факторы включают как нутритивные дефициты (дефицит железа, витаминов, йода и других), так и избыточное питание (чрезмерное потребление калорий, насыщенных жиров и простых сахаров), ведущее к ожирению и метаболическим нарушениям. Оба этих аспекта способны существенно осложнять течение беременности, повышая риски акушерской и перинатальной патологии. В частности, нехватка незаменимых микронутриентов ассоциирована с проблемами фертильности, с нарушениями развития плода, что может приводить к невынашиванию, преждевременным родам, рождению детей с низкой массой тела. С другой стороны, избыточное питание и связанные с ним состояния

(избыточная масса тела, ожирение) увеличивают риск гестационных осложнений (метаболический синдром, артериальная гипертензия, нарушения углеводного обмена). Более трети беременных женщин сталкиваются с анемией: причиной служит недостаточное поступление железа с пищей на фоне возросшей потребности, усугубляемое рвотой при токсикозах и хроническими заболеваниями пищеварительной системы. Анемия беременных преимущественно железодефицитная [1–3].

Дефицит витамина D ассоциирован с неблагоприятными исходами беременности: установлено, что уровень 25(OH)D < 20 нг/мл в 3,3 раза повышает риск преждевременных родов по сравнению с нормальным уровнем; дефицит витамина D во II триместре коррелирует с повышенной частотой преэклампсии, а недостаточное поступление этого витамина связывают с риском гестационного диабета. Не менее важно обеспечить организм фолиевой кислотой: дефицит фолатов на ранних сроках может привести к тяжелым порокам развития нервной системы плода (дефекты нервной трубки и др.). В целом множественный дефицит микронутриентов матери способен поставить под угрозу исход беременности, приводя к сочетанию осложнений – от невынашивания до врожденных аномалий и последующих метаболических нарушений у ребенка [1].

Гипотиреоз (в том числе субклинический) во время беременности способен нарушать овуляцию и фертильность еще на этапе пла-

нирования. Во время беременности гипотиреоз повышает риск выкидышей, преждевременных родов, преэклампсии, плацентарной недостаточности и задержки развития плода [2].

Ожирение рассматривается как серьезный фактор риска осложненного течения беременности. Ключевыми патогенетическими звеньями развития ожирения выступают чрезмерное употребление высококалорийной, жирной и рафинированной пищи в сочетании с низкой двигательной активностью. Уже на этапе прегравидарной подготовки избыточный вес нередко сочетается с микронутриентными дефицитами, что усугубляет нарушение обмена веществ и может негативно отразиться на зачатии. У женщин с ожирением вероятность возникновения акушерских и перинатальных осложнений выше, чем у женщин с нормальной массой тела. Избыточная масса тела многократно повышает риск нарушений углеводного обмена (гестационного диабета), метаболических нарушений, преэклампсии, невынашивания беременности и аномалий родовой деятельности. Гестационный диабет существенно влияет на исходы: повышается частота макросомии плода, полигидрамниона, преждевременных родов, а у матери – гипертензивных осложнений и инфекций мочевых путей. Новейшие исследования показывают: даже транзиторная гипергликемия при гестационном сахарном диабете может неблагоприятно «программировать» обмен веществ ребенка, повышая риск ожирения и сахарного диабета 2-го типа у потомства [1; 3–5].

Настоящее исследование анализирует питание и состояние здоровья женщин в перинатальном и послеродовом периодах.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 100 беременных женщин (30 – в первом, 33 – во втором и 37 – в третьем триместре) и 120 кормящих матерей, госпитализированных в отделения патологии беременности и послеродового периода ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» в 2024 г. Для сбора данных использовали анкету-интервью, включающую перечень вопросов, отражающих все сферы пищевого рациона, пищевые привычки и отношение к своему питанию, предпочтения в питании, частоту потребления различных групп продуктов и напитков, использование витаминно-минеральных комплексов; проводился анализ трехдневных дневников питания. Изучались

анамнез, наличие хронических заболеваний, таких как диабет и гипертония, которые могут влиять на питание. Все участницы дали письменное информированное согласие на участие в исследовании. Анализ данных проведен с использованием пакета Excel.

Результаты и обсуждение. Питание беременных женщин в I триместре находилось в тесной зависимости от пищевых привычек, сформировавшихся до наступления беременности: преобладал эпизодический характер приема пищи без соблюдения режима; рацион характеризовался диспропорцией нутриентного состава, в 2/3 случаев выявлен дефицит белка; основу пищевого рациона составляли продукты, богатые углеводами, включая десерты и фрукты; при этом овощи, молочные продукты и источники растительных жиров оставались недостаточно представленными. Ко II–III триместру у беременных наблюдался рост доли белков в рационе, однако сохранялось гиперизбыточное потребление углеводсодержащих продуктов (фруктов и десертов), тогда как уровень потребления овощей оставался недостаточным. Отмечается подмена понятий голода и жажды, недостаточное различение ощущений в потребности жидкости приводит к перееданию. Психологическая потребность в стресс-регуляции у беременных преимущественно компенсируется за счет употребления продуктов кондитерской группы. Кроме того, в рационе всех участниц исследования фиксируется наличие продуктов глубокой промышленной переработки.

Рацион кормящих матерей включал значимое количество источников белка и молочной продукции, однако сохранялось доминирование углеводной составляющей, а потребление овощей демонстрировало еще более выраженный дефицит.

Анализ рациона беременных и кормящих женщин выявил диспропорцию: чрезмерное потребление простых углеводов при дефиците сложных углеводов, овощей, молочной продукции и растительных жиров. Такая структура питания потенциально повышает риск развития макро- и микронутриентной недостаточности в связи с возросшими физиологическими потребностями беременной женщины, плода, кормящей матери и новорожденного ребенка.

Результаты анализа состояния здоровья беременных и кормящих женщин отражены в табл. 1.

Таблица 1 – Характеристика состояния здоровья участниц исследования.

| Группа/показатели | Беременные женщины, % (абс.), n = 100 | | | Женщины в период лакта- ции, n = 120 |
|---|--|------------------------|-------------------------|---|
| | I триместр, n = 30 | II триместр, n = 33 | III триместр, n = 37 | |
| Возрастные группы, г | | | | |
| 20–25 | 0 | 6,1 % (2) | 8,1 % (3) | 13,3 % (16) |
| 26–30 | 20,0 % (6) | 15,2 % (5) | 29,7 % (11) | 24,2 % (29) |
| 30–35 | 23,3 % (7) | 42,4 % (14) | 32,4 % (12) | 31,7 % (38) |
| 35–40 | 40,0 % (12) | 36,4 % (12) | 32,4 % (12) | 26,7 % (32) |
| старше 40 | 16,6 % (5) | 0 | 0 | 4,2 % (5) |
| Паритет беременности | | | | |
| 1 | 23,3 % (7) | 36,4 % (12) | 43,2 % (16) | 39,2 % (47) |
| 2 | 43,3 % (13) | 33,3 % (11) | 40,5 % (15) | 27,5 % (33) |
| 3 | 20,0 % (6) | 9,1 % (3) | 8,1 % (3) | 15,8 % (19) |
| 4 | 0 | 6,1 % (2) | 0 | 6,7 % (8) |
| Более 5 | 13,3 % (4) | 15,2 % (5) | 10,8 % (4) | 9,2 % (11) |
| Экстрагенитальная патология | | | | |
| патология эндокринной системы (гипотиреоз) | 46,7 % (14) | 54,5 % (18) | 51,4 % (19) | 29,2 % (35) |
| патология сердечно-сосудистой системы (нарушения ритма, ВПС) | 16,6 % (5) | 21,2 % (7) | 18,9 % (7) | 30,8 % (37) |
| патология желудочно-кишечного тракта (гастрит) | 23,3 % (7) | 15,2 % (5) | 24,3 % (9) | 17,5 % (21) |
| хроническая ЛОР-патология | 3,3 % (1) | 9,1 % (3) | 32,4 % (12) | 17,5 % (21) |
| нарушения жирового обмена | 20,0 % (6) | 18,2 % (6) | 24,3 % (9) | 15,0 % (18) |
| метаболический синдром, артериальная гипертензия | 13,3 % (4) | 9,1 % (3) | 18,9 % (7) | 11,7 % (14) |
| патология мочевой системы | 26,7 % (8) | 21,2 % (7) | 32,4 % (12) | 17,5 % (21) |
| Генитальная патология | | | | |
| кольпит | 10,0 % (3) | 15,2 % (5) | 18,9 % (7) | 22,5 % (27) |
| воспалительные заболевания органов малого таза | 20,0 % (6) | 18,2 % (6) | 29,7 % (11) | 14,2 % (17) |
| синдром поликистозных яичников | 23,3 % (7) | 15,2 % (5) | 10,8 % (4) | 6,7 % (8) |
| миомы | 20,0 % (6) | 21,2 % (7) | 24,3 % (9) | 17,5 % (21) |
| патология шейки матки | 26,7 % (8) | 27,3 % (9) | 37,8 % (14) | 25,8 % (31) |
| эндометриоз | 13,3 % (4) | 12,1 % (4) | 16,2 % (6) | 5,8 % (7) |
| Осложнения беременности | | | | |
| бесплодие в анамнезе | 50,0 % (15) | 45,5 % (15) | 43,2 % (16) | 33,3 % (40) |
| вспомогательные репродуктивные технологии (ЭКО) | 66,7 % (20) | 30,3 % (10) | 43,2 % (16) | 22,5 % (27) |
| многоплодная беременность | 30,0 % (9) | 33,3 % (11) | 32,4 % (12) | 6,7 % (8) |
| многократные угрозы прерывания | 83,3 % (25) | 72,7 % (24) | 78,4 % (29) | 45,0 % (54) |
| антифосфолипидный синдром | 6,7 % (2) | 9,1 % (3) | 16,2 % (6) | 12,5 % (15) |
| многоводие | 0 | 0 | 8,1 % (3) | 5,0 % (6) |
| маловодие | 0 | 3,0 % (1) | 5,4 % (2) | 3,3 % (4) |
| плацентарная недостаточность | 0 | 3,0 % (1) | 21,6 % (8) | 20,8 % (25) |
| гестационный сахарный диабет | 10,0 % (3) | 6,1 % (2) | 24,3 % (9) | 18,3 % (22) |
| преэклампсия | 0 | 0 | 8,1 % (3) | 4,2 % (5) |
| анемия | 13,3 % (4) | 39,4 % (13) | 43,2 % (16) | 45,0 % (54) |

Большинство женщин, участвовавших в исследовании, находились в возрастной категории 26–40 лет. Доля женщин старше 40 лет наблюдалась только в группе 1-го триместра и в группе кормящих матерей. Большая доля участниц исследования была в возрасте 30–40 лет, что объяснимо тем, что выборка участниц происходила на базе отделений патологии перинатального центра 4-го уровня, кото-

рый специализируется на оказании медицинской помощи женщинам с беременностями высокого риска. В исследовании участвовали женщины с паритетом беременности 1 и 2, в то же время в каждой группе было 7–10 женщин с паритетом беременности 3 и более.

При анализе экстрагенитальной патологии наибольшую частоту имели заболевания, обусловленные патологией эндокринной системы

(преимущественно гипотиреоз) 47,0–54,5 %; патологией мочевой системы 27,0–32,4 % и желудочно-кишечного тракта 23,0–24,3 %; нарушения жирового обмена и метаболический синдром 20,0–24,3 %. Указанная категория заболеваний может быть обусловлена алиментарно-зависимыми факторами, что приводит к нарушению обменных процессов и формированию дефицитных состояний, которые влияют на здоровье репродуктивной системы, возможность зачатия и течение беременности.

Согласно литературным данным, указанные факторы могут влиять на репродуктивную сферу женщины, осложнять течение беременности (угрозы прерывания, преэклампсия).

Эмоциональное состояние женщин также влияло на их питание: в исследуемой группе наблюдалась высокая частота многократных угроз прерывания беременности (72–83 %), что связано с наличием хронических заболеваний и недостаточностью питания.

Одним из фоновых состояний, приводящих к заболеваниям мочевой системы, является недостаточный водный режим, что создает предрасположенность к инфекциям мочевых путей, они могут иметь усугубляющее течение во время беременности и приводить к преждевременным родам или задержке развития плода. По данным интервьюирования установлено, что в структуре питьевого режима участниц преобладали соки, компоты, чай и кофе, тогда как употребление чистой воды отмечалось лишь у каждой третьей женщины.

К основным факторам развития заболеваний желудочно-кишечного тракта относятся сформированные пищевые привычки в сочетании с нерегулярным приемом пищи, дефицитом пищевых волокон в рационе, а также преобладанием продуктов глубокой переработки, полуфабрикатов, жирных и рафинированных блюд. Указанные особенности питания могут способствовать нарушению процессов всасывания и усвоения нутриентов, формированию дефицита железа, фолиевой кислоты, магния и других микроэлементов. Нарушения липидного обмена и признаки метаболического синдрома выявлены у каждой пятой женщины с избыточной массой тела, недостаточной физической активностью, при высоком потреблении насыщенных жиров и простых углеводов.

При анализе данных генитальной патологии у исследуемых женщин наиболее часто встречались патология шейки матки (27,0–

37,8 %) и воспалительные заболевания органов малого таза (18,0–29,7 %). Миомы матки и синдром поликистозных яичников также имели существенную долю, преимущественно у женщин группы I триместра.

При анализе особенностей течения беременности обращает на себя внимание тот факт, что большинство женщин, участвовавших в исследовании, находились на стационарном лечении в связи с плановой госпитализацией при многоплодной беременности и в случаях беременности, наступившей в результате вспомогательных репродуктивных технологий. Многократные угрозы прерывания фиксируются у 72–83 % исследуемых женщин.

Ведущим дефицитным состоянием у большинства пациенток была анемия, она наблюдалась в 39,4 % случаев у женщин во II триместре и в 43,2 % случаев у женщин III триместра, у 45,0 % женщин в послеродовом периоде.

Выводы. Значительная доля экстрагенитальной патологии у беременных женщин связана с алиментарно-зависимыми факторами, что требует особого внимания к их коррекции. Ведущими осложнениями беременности у исследуемых пациенток были анемия, гестационный диабет и фетоплацентарная недостаточность.

Избыточное потребление углеводов и недостаток белков, овощей и молочных продуктов в рационе беременных женщин способствует развитию ожирения и метаболического синдрома, что увеличивает риск осложнений беременности. Нарушения углеводного обмена и гестационный сахарный диабет тесно связаны с алиментарными нарушениями, требующими особого внимания к питанию.

На основе полученных данных всем участницам аудита составлены рекомендации по коррекции рациона питания, включая введение специализированных продуктов «Беллакт Мама+».

Профессиональные рекомендации по питанию, профилактике алиментарно-зависимых патологий и назначению специализированных продуктов питания должны быть частью медицинского сопровождения женщин в период беременности и лактации. Рациональное питание согласно «концепции первых 1000 дней – программирования здоровья» – одна из эффективных и научно обоснованных стратегий обеспечения благополучия матери и ребенка, она требует пристального внимания со стороны врачей и системы здравоохранения.

Список цитированных источников

1. Микронутриентный статус беременной женщины: риски, связанные с дефицитом, и методы коррекции. / С.Г. Макарова [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2020. – № 5. – С. 56–64. <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2020.5.156-64>.
2. Сафонова, А.О. Особенности течения и исходы беременности у женщин, проживающих в условиях йодного дефицита / А.О. Сафонова, Ю.А. Дударева // Мать и дитя на Кузбассе. – 2023. – № 3. – С. 24–28.
3. Серегина, Д.С. Ожирение – ведущее патогенетическое звено патологического течения беременности и родов // Журнал акушерства и женских болезней / Д.С. Серегина, И.П. Николаенков, Т.Н. Кузьминых – 2020. – Т. 69. – № 2. – С. 73–82. doi: 10.17816/JOWD69273-82.
4. Этиология и патогенез бесплодия при ожирении как компонент метаболического синдрома // Вестник современной клинической медицины / М.В. Ткачева, А.Ю. Гордеева, А.В. Белостоцкий [и др.] – 2016. – Т. 9. – № 5. – С. 75–79.
5. Особенности питания женщин в период лактации: пути оптимизации. Российский педиатрический журнал / Т.В. Буцкая [и др.] // – 2020. – №23(4). – С. 252-258. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9561-2020-23-4-252-258>.

**NUTRITION AS AN INVESTMENT IN MATERNAL HEALTH:
ANALYSIS OF ALIMENTARILY DEPENDENT FACTORS**

Simchenko A.V., Krastelyeva I.M., Kuprashvili N.A., Mankevich N.I.

Republican Scientific and Practical Center “Mother and Child”, Minsk, Republic of Belarus

Abstract: This study involved the analysis of nutrition and the health status of pregnant and breastfeeding women, with a focus on alimentary-dependent pathologies. The results revealed a high frequency of alimentary factors, including iron deficiency anemia, obesity, and metabolic syndrome. The main dietary issues include a deficiency of protein, vegetables, and dairy products, as well as an excess of carbohydrates, particularly simple sugars and desserts. The identified alimentary factors significantly affect the course of pregnancy, leading to complications. To address these issues, recommendations were provided for optimizing the diet, including the use of specialized nutrition products such as “Bellact Mama+”. Nutrition recommendations and the prevention of alimentary-dependent diseases should be integrated into the medical care system for pregnant and breastfeeding women.

Keywords: pregnant nutrition; breastfeeding nutrition; balanced diet; extragenital pathology; anemia; metabolic syndrome; nutritional analysis; nutritional support.