

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ГОРОДА СУРГУТА

Л. Д. Белоцерковцева, Е. Н. Конченкова

В статье представлены результаты анкетирования беременных женщин г. Сургута по вопросам питания. Проведен анализ взаимосвязи между особенностями пищевого поведения во время беременности и риском рождения крупного плода, а также затронуты клинические аспекты дозирования фолиевой кислоты. Пищевое поведение у половины анкетированных беременных женщин нельзя признать оптимальным.

Ключевые слова: питание, пищевое поведение, беременность, фолаты, перинатальные исходы.

ВВЕДЕНИЕ

Здоровое и правильное питание беременных в современных условиях является актуальной проблемой. Состояние здоровья населения в значительной степени определяется особенностями рациона. Здоровым следует считать питание, обеспечивающее нормальный рост и развитие ребенка, профилактику заболеваний и устойчивость к воздействию неблагоприятных факторов среды. Полноценное питание определяется не только энергетической ценностью пищи, сбалансированностью рациона по белкам, жирам и углеводам, но и обеспеченностью микроэлементами и витаминами. Поступающие в организм женщины пищевые вещества (белки, жиры, углеводы, макро- и микроэлементы, витамины) используются для питания материнского организма и жизнеобеспечения плода. Поэтому пищевое поведение женщины во время беременности влияет не только на состояние ее организма, но и на полноценное развитие и здоровье будущего ребенка. Значение полноценного питания беременной для нормального развития плода доказано многочисленными клиническими исследованиями [1].

Для Ханты-Мансийского автономного округа – Югры вопросы здорового питания населения особенно актуальны, учитывая негативное климатическое влияние на организм человека в условиях урбанизированного Севера. Горожане хорошо осознают взаимосвязь правильного питания и качества жизни, в то же время по ряду субъективных причин и объективных обстоятельств (территориальная удаленность от центров производства продуктов питания, закрытие

собственных производств пищевой промышленности) значительная доля населения не следует правилам здорового питания. Социально-гигиенический мониторинг свидетельствует о сохраняющихся на протяжении ряда лет значительных отклонений в структуре питания населения г. Сургута. Установлено избыточное употребление мяса и мясопродуктов, макаронных и кондитерских изделий, и низкий уровень употребления молочных продуктов, овощей, фруктов, рыбы [2].

У 20–40 % практически здоровых лиц, проживающих в Северных регионах России, отмечаются признаки недостаточности витаминов, минеральных веществ. Среди основных причин формирования состояния недостаточности витаминов и минеральных веществ на Крайнем Севере можно выделить следующие: во-первых, алиментарный фактор, обусловленный низким уровнем потребления самих продуктов питания, содержащих эти вещества, а в ряде случаев и другие соединения (провитамины, микроэлементы), обеспечивающие их синтез и биологическую активность в организме; во-вторых, невысокое содержание некоторых минеральных веществ и витаминов в наиболее часто употребляемых пищевых продуктах, в-третьих – существующий дисбаланс этих веществ в суточном рационе [3].

Эффективность борьбы за сохранение и укрепление здоровья связана не только и не столько с оптимизацией лечебной помощи населению, охраной окружающей среды как фактора риска нарушения здоровья, сколько с формированием у каждого ин-

EATING FEATURES OF PREGNANT WOMEN IN SURGUT

L. D. Belotserkovtseva, E. N. Konchenkova

The article presents the results of the questionnaire survey of pregnant women of the Surgut city on nutrition. The analysis of the relationship between the characteristics of eating behavior during pregnancy and risk of fetus macrosomia is conducted. The clinical aspects of the folic acid dosage are considered. The eating behavior of the half of interviewed pregnant women is impossible to declare desirable.

Keywords: nutrition, eating behavior, pregnancy, folates, perinatal outcomes.

дивидуума здоровьесохраняющего мышления, здоровых привычек, устремлений, поведенческих мотиваций, что в целом определяет его здоровый образ жизни [4].

Нерациональное питание во время беременности приводит к увеличению частоты осложнений беременности (преэклампсия, невынашивание, анемия), родов (аномалии родовой деятельности, родовой травматизм), задержки внутриутробного развития плода и патологии новорожденного, гипогалактии в послеродовом периоде. Рациональное питание беременных способствует значительному снижению рождения детей крупной массы, а также уменьшению числа детей, родившихся травмированными [5].

Период внутриутробного роста и развития – один из самых уязвимых в жизненном цикле каждого существа. Питание матери во время беременности имеет ключевое значение в регуляции развития системы мать–плацента–плод и тем самым влияет на здоровье и продуктивность потомства. Для этой группы пациентов характерно физиологическое увеличение массы тела, связанное с уникальным изменением обменных процессов. Поступающая энергия у них затрачивается не на физическую активность, а преимущественно на основной обмен. В связи с этим исключительная роль в гестационном дисбалансе энергообмена принадлежит избытку или недостатку макронутриентов, поступающих в организм с пищей. Пренебрежение нормами здорового питания при беременности приводит к патологии углеводно-жирового обмена и неадекватному увеличению веса в течение гестации. Это, в свою очередь, неблагоприятно сказывается на акушерских и перинатальных исходах, а также провоцирует риск метаболических нарушений у матери и ее ребенка в будущем [6].

Субоптимальное питание матери приводит к низкому весу ребенка при рождении, а также оказывает существенное влияние на заболеваемость новорожденных. Переедание, преобладание в рационе углеводов с высоким гликемическим индексом и насыщенных жиров, в свою очередь, способствует гипергликемии, гестационному сахарному диабету, эпигенетическим модификациям генома плода, ожирению матери и рождению крупных детей [7].

Дефицит витаминов в прегимплантационный период и во время беременности, когда потребность женского организма в этих незаменимых пищевых веществах особенно велика, наносит ущерб здоровью матери и ребенка, повышает риск перинатальной патологии, является одной из причин нарушения физического и умственного развития детей [8].

В настоящее время широко распространены исследования, посвященные изучению роли фолиевой кислоты в патогенезе сосудистых нарушений вне и во время беременности. Общеизвестно, что фолиевая кислота относится к «критическим» нутриентам в период беременности и последующей лактации. Потребность в фолатах у беременной женщины значительно возрастает, что связано с ростом матки, формированием плаценты, увеличением объема эритроцитов и ростом эмбриона. Недостаточность фолатов во время беременности приводит к развитию преэклампсии, порокам развития плода (расщепление позвоночника, дефекты мозговой оболочки, анэнцефалия), невынашиванию беременности, антенатальной гибели плода, задержке его развития. Беременным и кормящим

женщинам рекомендуется 400–800 мкг фолатов в сутки, а всем остальным 400 мкг в сутки, верхний предел физиологической потребности 1 000 мкг в сутки. Привычный режим питания в современных условиях в большинстве случаев дефицитен по содержанию фолиевой кислоты, кроме того, при тепловой обработке разрушается до 90 % фолацина, который содержится в сырой пище.

Снижение уровня фолатов приводит к нарушению метилирования гомоцистеина в метионин и, следовательно, к снижению уровня S-аденозилметионина (SAM) и повышению уровня гомоцистеина. SAM участвует в синтезе эссенциальных фосфолипидов (фосфатидилхолина) и нейротрансмиттеров (серотонин, мелатонин, адреналин, дофамин). Гомоцистеин является продуктом метаболизма метионина, поступающего в организм с пищей. При накоплении в количествах, превышающих физиологические нормы, гомоцистеин токсичен. Гомоцистеин является прооксидантом и может повреждать нервную ткань, вызывает повреждения эндотелия и оксидативный стресс. Наиболее тяжелые случаи обусловлены гомозиготными дефектами в генах, отвечающих за метаболизм гомоцистеина. Полиморфизм гена метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR), в частности аллель 677T, широко распространен в популяции. Частота гомозиготности составляет около 10–12 %, а гетерозиготности – около 40 % европейской расы [9].

Синтетическая фолиевая кислота не является эндогенным метаболитом фолатов и поэтому крайне медленно перерабатывается в организме. Передозировка фолиевой кислоты перегружает и без того замедленные метаболические пути переработки фолатов и вызывает физиологический дефицит активных эндогенных фолатов. Этот крайне неожиданный феномен (снижение концентраций фолатов в крови при увеличенном потреблении фолиевой кислоты) может возникать вследствие блокировки метаболизма фолатов синтетической фолиевой кислотой (так называемый «фолиевый парадокс»). Например, дигидрофолат (ДГФ), образующийся из избыточной синтетической фолиевой кислоты, является эффективным ингибитором фермента MTHFR – основного фермента фолатного метаболизма. Ингибирование этого фермента ведет к ослаблению интенсивности биотрансформаций в цикле фолатов и, следовательно, приводит к дефициту активных фолатов, которые необходимы для профилактики врожденных пороков развития плода [10].

Важным фактором эффективности и безопасности приема фолиевой кислоты считается ее дозирование. Совместный анализ результатов дотации фолиевой кислоты, проведенный немецкими, швейцарскими и австрийскими специалистами, показал, что минимально эффективной является суточная доза 400 мкг, а верхний порог профилактической (не лечебной!) дозы не должен достигать 1 000 мкг/сут. Высокие дозы витамина (от 1 000 до 5 000 мкг/сут) имеют такой же результат по снижению риска дефектов нервной трубки на 50–80 %, как и прием 400–800 мкг/сут. Доказана небезопасность длительного приема фолатов в дозе более 1 000 мкг/сут для женщин: такие назначения ассоциированы с повышением риска злокачественных опухолей, инсулинорезистентности, набора избыточной массы тела, а также неврологических расстройств. Последнее связано с тем, что высокий уровень фолатов в крови может маскировать дефицит витамина

B12. Установлены статистические корреляции между приемом высоких доз фолатов матерями во время беременности и аллергическими заболеваниями у детей, инсулинорезистентностью, нарушением познавательных способностей и зрения. Обнаружена статистически достоверная связь высокого уровня фолатов в плазме крови женщин, участвовавших в протоколах вспомогательных репродуктивных технологий с переносом нескольких эмбрионов, и увеличением вероятности многоплодной беременности [11].

Условно выделяют три группы риска дефектов нервной трубки (ДНТ) и других фолатзависимых аномалий развития; в каждом конкретном случае необходимо оценивать совокупность факторов риска.

I. Группа низкого риска ДНТ и фолатзависимых аномалий развития. К ней относят женщин и их партнеров, если в персональном или семейном анамнезе нет рисков фолатзависимых врожденных дефектов, т. е. исключен умеренный и высокий риск (факторы перечислены ниже).

II. Группа умеренного риска. В эту группу следует отнести женщин, для которых верно одно или несколько из следующих утверждений, или их партнеров, в отношении которых верны утверждения 1 и 2.

1. Наличие фолатзависимых аномалий развития (дефекты развития сердца, конечностей, мочевых путей, орофациальные дефекты, врожденная гидроцефалия, но не ДНТ) в персональном или семейном анамнезе.

2. Случаи ДНТ в семейном анамнезе – у родственников 1–2-й степени родства (по рекомендациям Международной Федерации гинекологии и акушерства (FIGO) 2015 г. супружеские пары с ДНТ у родственников 1-й степени родства следует относить к группе высокого риска).

3. Прием препаратов с тератогенным действием (карбамазепин, вальпроовая кислота, фенитоин, фенобарбитал, метотрексат, триамтерен, триметоприм, колестирамин и др.). Рекомендации FIGO этих пациенток также относят к группе высокого риска ДНТ.

К группе среднего/высокого риска следует также отнести пациенток, страдающих эпилепсией или судорожным синдромом иной этиологии, для лечения которых необходимы вальпроовая кислота или карбамазепин.

4. Наличие у матери мальабсорбции вследствие медицинских или хирургических причин, приводящей к снижению концентрации фолатов в эритроцитах (болезнь Крона, целиакия, желудочное анастомозирование, выраженные заболевания печени, диализ, алкоголизм). Рекомендации FIGO таких пациенток также относят к группе высокого риска ДНТ.

5. Сахарный диабет 1-го или 2-го типа до беременности. Согласно рекомендациям FIGO, этих пациенток также относят к группе высокого риска ДНТ.

6. Алиментарные ограничения, в том числе недостаточное потребление свежих фруктов и овощей (в РФ сочетанный дефицит трех и более витаминов и минералов диагностируют у 70–80 % беременных).

7. Ожирение (ИМТ выше 30 кг/м²). Согласно рекомендациям FIGO, этих пациенток также относят к группе высокого риска ДНТ.

III. Группа высокого риска. К ней относят женщин при наличии у них самих или их партнеров ДНТ в персональном анамнезе либо при выявлении ДНТ во время предыдущих беременностей.

Факторами, дополнительно снижающими уровень фолатов в эритроцитах матери (и повышающими риск возникновения ДНТ у плода), могут выступать следующие: мутации гена 5-метилтетрагидрофолатредуктазы (MTHFR) как в гомозиготном, так и в гетерозиготном варианте; курение и алкоголизм; нарушение всасывания в ЖКТ; низкий социально-экономический статус (по данным Росстата на 2014 г., 11,2 % населения имеют доход ниже величины прожиточного минимума) и недостаточное разнообразие рациона.

Для предупреждения фолатзависимых врожденных пороков развития и осложненного течения беременности наиболее эффективно назначение фолатов до наступления беременности. Окончательное заращение нервной трубки происходит к 28-му дню внутриутробного развития (т. е. еще до постановки женщины на учет по беременности) – именно в этот период высоки риски, связанные с фолатным дефицитом.

Для профилактики ДНТ, других пороков развития и осложненного течения беременности всем без исключения женщинам, готовящимся к зачатию, необходимо в течение 3 месяцев прекоцепционного периода и как минимум на протяжении I триместра гестации принимать фолаты (оптимально в составе фолатсодержащих комплексов) в дозировке 400–800 мкг/сут. В группах высокого риска ДНТ доза должна быть увеличена до 4 000 мкг/сут (под контролем содержания фолатов в крови). Наиболее целесообразно поступление фолатов из витаминного комплекса, дополнительно содержащего витамины B6 и B12 (оба витамина участвуют в фолатном цикле и необходимы для адекватного усвоения алиментарно поступающих фолатов).

Женщинам с умеренным риском назначают по 1 000 мкг фолиевой кислоты в сутки по меньшей мере за 3 мес. до зачатия. При высоком риске возникновения ДНТ и других фолатзависимых аномалий развития рекомендуют прием 4 000 мкг фолатов в сутки по меньшей мере за 3 мес. до зачатия. При этом около 800 мкг фолатов должно поступать в организм из мультивитаминного комплекса, а остальное количество – из монопрепарата синтетической фолиевой кислоты. Следует принять во внимание, что рекомендации по дозировке фолиевой кислоты предполагают применение препаратов на фоне сбалансированного рациона питания [11].

Для оптимальной работы щитовидной железы матери и плода необходимо достаточное поступление йода. Йод является необходимым компонентом гормонов щитовидной железы – тироксина и трийодтиронина, которые играют важную роль в поддержании нормальной скорости метаболических процессов в организме, а также роста и развития нейронов. Ежедневное употребление йода не одинаково в различных странах мира. Это зависит от содержания йода в почве и воде различных регионов, что влияет на привычный рацион жителей. Основным источником этого микроэлемента в пище служит йодированная соль. Потребление йода может варьировать даже среди людей, живущих в одной и той же географической области, а также у одного и того же человека в разные дни. Другими источниками йода служат препараты, контрастные вещества, добавки к продуктам питания. Данный элемент легко всасывается в желудочно-кишечном тракте в виде неорганического йода. 90 % всего йода, который содержится в человеческом организме, накапливается в щитовидной железе. Оставшаяся часть

(10 %) формирует внеклеточный резерв, состоящий из недавно поглощенного йода и того, который образуется в результате метаболизма белков-предшественников гормонов щитовидной железы. В щитовидной железе йод находится в виде белков-предшественников гормонов щитовидной железы или в виде йодсодержащих аминокислот [12].

Основной причиной развития диффузного зоба в регионах РФ является недостаточное поступление йода с продуктами питания. В йододефицитных регионах, какими являются практически все регионы России, с йодным дефицитом связано 90–95 % случаев увеличения ЩЖ, у детей – до 99 %. Доля спорадических случаев зоба, обусловленных нарушением гормоногенеза вследствие генетических нарушений, составляет не более 5 % [13].

Этиотропным вариантом лечения диффузного эутиреоидного зоба является назначение препаратов йода. Учитывая важную роль йода не только в предупреждении развития зоба у беременной и плода, но и его влияние на формирование структур мозга, рекомендован прием препаратов йода в дозе 200–250 мкг в день в течение беременности и в период лактации [13, 14].

Альтернативой увеличению профилактической дозировки йода может быть использование йодированной соли, в которой, согласно ГОСТам 13830–91 и Р 51575–2000, содержится 45 мкг йода на 1 г соли. Следует учитывать, что при нагревании (в том числе при кипячении) йод сильно испаряется, а при хранении соли, даже в закрытой упаковке, заявленное содержание йода сохраняется не дольше 3–4 мес. При неправильном использовании обогащенных йодом продуктов профилактическая доза йода также должна составлять 200 мкг/сут. Достоверно известно, что более высокие показатели умственного развития зарегистрированы у детей, рожденных матерями, получавшими во время беременности профилактические дозы йода до 300 мкг в день. Йод необходим для нормального развития щитовидной железы и мозга плода. В популяциях с йододефицитом отмечают высокий уровень эндемического кретинизма, врожденных заболеваний щитовидной железы. Дополнительный прием препаратов йода в прегонцепционный период снижает показатели неонатальной и младенческой смертности, оптимизирует психосоматическое развитие детей. В то же время необходимо контролировать суммарное количество микроэлемента, получаемое пациенткой в период подготовки к беременности: с обогащенной пищей, в составе мультивитаминных препаратов и путем дополнительной дотации монопрепаратов йода [11].

Исследования В. Н. Покусаевой (2014) свидетельствуют о том, что адекватная диета при беременности вполне может быть самостоятельным лечебным фактором в полном понимании словосочетания «диетотерапия». Полученные результаты свидетельствуют о необходимости более раннего, в идеале – прегравидарного начала информирования женщин об особенностях образа жизни при беременности. Индивидуальные повторные консультации с выяснением особенностей фактического питания женщины, установлением его погрешностей и конкретной формулировкой советов по коррекции выявленных нарушений позволяют существенно изменить рацион и режим питания, приблизив их к рекомендуемому при беременности. Кроме того, нельзя забывать,

что те беременные, которые склонны к недооценке роли собственного поведения и переоценке роли внешних факторов, как правило, не соблюдают рекомендации и часто набирают излишний вес. Поэтому врачам женских консультаций необходимо уделять больше внимания разъяснительной работе, направленной на пропаганду здорового питания при беременности: начинать ее как можно раньше и проводить в течение всей гестации. Это, в свою очередь, требует улучшения информирования врачей по вопросам здорового образа жизни [15].

Цель работы – изучить пищевое поведение беременных женщин, проживающих в г. Сургуте, оценить приверженность к приему фолиевой кислоты и калия йодида с целью профилактики осложнений гестации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучение особенностей питания беременных проводили на основании добровольного информированного согласия с помощью метода анкетирования, по специально разработанной анкете. Данное исследование одобрено этическим комитетом БУ ВО «Сургутский государственный университет». Всего было проведено анкетирование 284 беременных женщин в возрасте от 18 до 41 года, проживающих на территории г. Сургута и наблюдавшихся в женских консультациях в 2017 г. 256 обследованных (90 %) достигли III триместра беременности, когда уже сформировались пищевые привычки, остальные 28 женщин (10 %) опрашивались в I и II триместрах беременности. Средний возраст беременных составил $28,9 \pm 0,3$ г ($M \pm m$), первородящих было 153 (54 %), повторнородящих – 131 (46 %), у двух (0,7 %) была многоплодная беременность (двойня). Анализ исходов беременности проводился на основании данных историй родов. Статистическая обработка данных проведена с использованием приложений Microsoft Excel, проверку гипотезы взаимосвязи между признаками проводили с использованием непараметрического критерия χ^2 . Статистически значимыми считались значения при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате исследования установлено, что 22,5 % ($n = 64$) беременных принимают пищу 5 раз в день и более, 55,3 % ($n = 157$) 3–4 раза в день, 22,2 % ($n = 63$) – 2–3 раза. При этом 1,1 % ($n = 3$) не ужинали, в 54,6 % ($n = 155$) случаев принимали пищу более чем за 2 ч до сна, в 44,3 % ($n = 126$) – менее чем за 2 ч до сна. На вопрос «Сколько кусочков сахара Вы добавляете в чай или кофе?» 45,8 % ($n = 130$) беременных ответили, что сахар они не используют; 51,8 % ($n = 147$) женщин ответили, что добавляют от 1 до 5 кусочков. Больше количество сахара (6 и более кусочков) употребляет 2,4 % ($n = 7$) опрошенных. Компоты и сладкие газированные напитки никогда не пьют 40,1 % ($n = 114$) женщин, 31,7 % ($n = 90$) употребляет 1 раз в неделю, 19,4 % ($n = 55$) – 2–3 раза в неделю, 4–6 раз и чаще употребляли 8,8 % ($n = 25$) женщин. Нами выявлено, что 20 % ($n = 57$) опрошенных не добавляют соль в пищу, 24,6 % ($n = 70$) добавляют иногда, 55,4 % ($n = 157$) беременных добавляют соль в приготовленные блюда. 85,2 % ($n = 242$) женщин готовили пищу на растительном масле, 0,4 % ($n = 1$) на маргарине, 4,9 % ($n = 14$) на сливочном масле, 9,5 % ($n = 27$) не жарят. Указали на потребление алкоголя один раз в месяц 2,8 %

(n = 8) опрошенных, 0,7 % (n = 2) – раз в две недели. Иногда питаются в ресторанах быстрого питания («fast-food») 44,7 % (n = 127) беременных. Установлено, что 66,9 % (n = 190) женщин не перекусывают по ночам, 25,4 % (n = 72) перекусывают редко, 7,7 %

(n = 22) беременных женщин перекусывает часто. После приемов пищи 68,3 % (n = 194) опрошенных предпочитает полежать, отдохнуть, 31,7 % (n = 90) занимаются домашними делами или выходят на прогулку (табл. 1).

Таблица 1

Пищевое поведение опрошенных беременных

Показатель	Характеристики пищевого поведения			
Частота приема пищи число беременных, %	5 раз и более 22,5	3–4 раза 55,3	2–3 раза 22,2	1 раз -
Интервал между последним приемом пищи и ночным сном (ч) число беременных, %	Более 2 54,6	Менее 1 44,3	Не ужинают 1,1	
Употребление сахара (г) число беременных, %	Нет 45,8	10–50 51,8	60–90 2,4	100 и более -
Употребление сладких напитков число беременных, %	Никогда 40,1	1 раз в неделю 31,7	2–3 раза в неделю 19,4	4–6 раз в неделю и чаще 8,8
Употребление алкоголя число беременных, %	Нет 96,5	Раз в месяц 2,8	Раз в 2 недели 0,7	
Употребление продуктов «fast-food» число беременных, %	Никогда 54,9	Иногда 44,7	Часто 0,4	
Добавление соли в готовые блюда число беременных, %	Нет 20	Иногда 24,6	Обычно 55,4	
Использование жира при приготовлении пищи число беременных, %	Не жарят 9,5	Растительное масло 85,2	Маргарин 0,4	Сливочное масло 4,9
Ночной прием пищи число беременных, %	Никогда 66,9	Редко 25,4	Часто 7,7	Всегда -
Предпочтения после еды число беременных, %	Пассивный отдых 68,3		Прогулка, домашние дела 31,7	

При изучении рациона беременных женщин выявлено, что красное мясо несколько раз в день употребляли 5,3 % (n = 15) женщин, 42 % (n = 119) опрошенных употребляли мясо ежедневно, 4–6 раз в неделю – 20 % (n = 57), 1–3 раза в неделю – 23,9 % (n = 68), 8,8 % (n = 25) – редко. Рыбу в рационе ежедневно использовали 2,5 % (n = 7), 1–3 раза в неделю – 46,5 % (n = 132), 4–6 раз в неделю – 3,9 % (n = 11), 47,1 % (n = 134) – редко. Куриное мясо несколько раз в день употребляли 1,1 % (n = 3) женщин, 8,1 % (n = 23) опрошенных употребляли куриное мясо ежедневно, 19,7 % (n = 56) – 4–6 раз в неделю, 56 % (n = 159) – 1–3 раза в неделю, 15,1 % (n = 43) – редко. Куриное яйцо съедали несколько раз в день 1,1 % (n = 3) беременных, ежедневно – 6,7 % (n = 19), 4–6 раз в неделю – 8,8 % (n = 25), 1–3 раза в неделю – 38,7 % (n = 110), редко – 44,7 % (n = 127).

7,4 % (n = 21) опрошенных беременных женщин употребляли свежие овощи несколько раз в день, 42,6 % (n = 121) – ежедневно, 4–6 раз в неделю – 16,5 % (n = 47), 1–3 раза в неделю – 25,4 % (n = 72), редко – 8,1 % (n = 23). Свежие фрукты несколько раз в день принимали в пищу 27,1 % (n = 77) беременных, ежедневно употребляли – 55,6 % (n = 158), 4–6 раз в неделю – 10,9 %

(n = 31), 1–3 раза в неделю – 5,3 % (n = 15), редко – 1,1 % (n = 3). 4,6 % (n = 13) беременных женщин несколько раз в день употребляли торты, пирожные, конфеты, 17,6 % (n = 50) – употребляли сладости ежедневно, 4–6 раз в неделю – 16,9 % (n = 48), 1–3 раза в неделю – 27,1 % (n = 77), редко – 33,8 % (n = 96) (табл. 2).

При анализе приема витаминных препаратов и микроэлементов во время беременности отмечена высокая приверженность беременных к препаратам йода и фолиевой кислоты. На прием фолиевой кислоты в виде монопрепарата или в составе поливитаминных комплексов в течение беременности указали 96,5 % (n = 274) опрошенных, препаратов йодида калия – 98,2 % (n = 279).

Проведенное исследование показало, что 51 % (n = 145) женщин соблюдают режим питания, умеренно употребляют сахар, ограничивают прием сладких напитков, используют растительное масло при приготовлении блюд, ежедневно употребляют фрукты и овощи, мясо или рыбу, что обеспечивает организм беременной женщины достаточным количеством необходимых для развития плода макро- и микронутриентов и в то же время предотвращает избыточную прибавку массы тела женщины, макросомию плода

Рацион опрошенных беременных

Продукт	Частота приема пищи, %				
	несколько раз в день	ежедневно	4–6 раз в неделю	1–3 раза в неделю	редко
Мясо	5,3	42	20	23,9	8,8
Рыба	–	2,5	3,9	46,5	47,1
Куриное мясо	1,1	8,1	19,7	56	15,1
Яйцо куриное	1,1	6,7	8,8	38,7	44,7
Свежие овощи	7,4	42,6	16,5	25,4	8,1
Свежие фрукты	27,1	55,6	10,9	5,3	1,1
Торты, пирожные	4,6	17,6	16,9	27,1	33,8

и тем самым осложнения беременности, родов и перинатального периода. Однако 44 % ($n = 126$) опрошенных употребляют пищу менее чем за 2 часа до сна, 55 % ($n = 157$) – подсаливают готовые блюда, 68,3 % ($n = 194$) предпочитают отдохнуть после приема пищи, 17,6 % ($n = 50$) ежедневно едят сладости, что является фактором риска развития нарушений жирового и углеводного обмена, развития артериальной гипертензии и способствует осложненному течению беременности и неблагоприятным перинатальным исходам.

В Сургутском клиническом перинатальном центре из числа анкетированных родоразрешены 183 женщины. У 164 пациенток (89,6 %) роды закончились своевременно, у 9 (4,9 %) – преждевременно, у 10 (5,5 %) – роды были запоздалыми. Средний вес новорожденных составил $3422,7 \pm 42,2$ г ($M \pm m$), 97,8 % ($n = 179$) детей родились в удовлетворительном состоянии, в 4 (2,2 %) случаях роды осложнились асфиксией новорожденных. Среди женщин, предпочитающих ужинать менее чем за 2 часа до сна, частота рождения детей с признаками макросомии (более 75 перцентилей с учетом срока родоразрешения) составила 24,6 % ($n = 45$), но значимой взаимосвязи между временем последнего приема пищи и весом новорожденного не выявлено ($\chi^2 = 0,004$, $p > 0,05$). Среди беременных, склонных к чрезмерному употреблению простых углеводов, доля рождения крупных детей составила

40 %, но различия оказались статистически не значимыми ($\chi^2 = 0,336$, $p > 0,05$).

Среди родивших 38 женщин (20,8 %) принимали фолиевую кислоту в дозах, превышающих рекомендуемые профилактические (3000–3800 мкг/сут). В этой группе родилось 8 детей (21,1 %) с массой более 75 перцентилей с учетом срока родоразрешения. При сравнении с группой, принимавшей фолиевую кислоту в дозировке не более 1000 мкг в сутки в течение всей беременности, не выявлено статистически значимых различий по риску рождения детей с признаками макросомии ($\chi^2 = 0,775$, $p > 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пищевое поведение у половины анкетированных беременных женщин города Сургута нельзя признать оптимальным.

Более 96 % опрошенных информированы о важном значении фолиевой кислоты и препаратов йода во время беременности и соблюдают рекомендации по их приему.

Результаты исследования диктуют необходимость индивидуального консультирования по вопросам рационального питания во время беременности. Начиная с прегравидарной подготовки и ранних сроков беременности, врачу необходимо проводить оценку пищевого поведения беременной и давать рекомендации по его коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Малышкина А. И., Назарова А. О., Батрак Н. В., Жолобов Ю. Н., Козырина А. А., Кулиева Е. Ю., Назаров С. Б. Особенности пищевого поведения беременных женщин // Российский вестник акушера-гинеколога. 2014. № 3. С. 73–75.
2. Куяров А. В., Мартынов М. Ю., Куяров А. А., Попова А. В. Социально-гигиенический мониторинг качества питания населения северного города // Вестн. СурГУ. Медицина. 2017. № 4. С. 44–48.
3. Жиляков Е. В., Байрагов Н. А. Фактор питания как причина железодефицитных состояний у беременных // Успехи современного естествознания. 2009. № 7. С. 59–60.
4. Швецов А. Г., Швецов Д. А. Здоровьесотворчество как воспитательно-образовательная система формирования здоровья населения // Вестн. СурГУ. Медицина. 2011. № 10. С. 22–29.
5. Гмошинская М. В., Конь И. Я. Изучение пищевого поведения беременных женщин в Москве // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2013. № 3. С. 115–118.
6. Munim S., Maheen H. Association of gestational weight gain and pre-pregnancy body mass index with adverse pregnancy outcome // J. Coll. Physicians Surg. Pak. 2012. V. 11. № 22. P. 694–698.
7. Нетребенко О. К. Метаболическое программирование в антенатальном периоде // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2012. Т. 11. № 6. С. 58–64.
8. Taddese A. Z., Henok T. A. Micronutrients and pregnancy: effect of supplementation on pregnancy and pregnancy outcome: a systematic review // Nutr. J. 2013. Vol. 12. P. 20.
9. Тютюнник В. Л., Кан Н. Е., Михайлова О. И. Применение фолатов при беременности // Акушерство и гинекология. 2014. № 8. С. 4–9.
10. Громова О. А., Керимкулова Н. В., Гришина Т. Р., Калачева А. Г., Галустян А. Н. Положительные и отрицательные взаимодействия микронутриентов и роль витаминно-минеральных комплексов для развития беременности // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2012. № 11 (2). С. 63–70.
11. Прегравидарная подготовка : клинический протокол / авт.-разраб. В. Е. Радзинский [и др.]. М. : Редакция журнала StatusPraesens. 2016. 80 с.
12. Лепори Л. Р. Беременность и витамины. Мини-атлас / Луис Рауль Лепори ; пер. с англ. М. : МЕД-пресс-информ, 2013. 120 с.
13. Российские клинические рекомендации. Эндокринология / Под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. 592 с.
14. Фадеев В. В. По материалам клинических рекомендаций по диагностике и лечению заболеваний щитовидной железы во время беременности и в послеродовом периоде Американской тиреоидной ассоциации // Клинич. и эксперимент. тиреоидология. 2012. Т. 8. № 1. С. 7–18.
15. Покусаева В. Н. Новые подходы к профилактике патологического увеличения массы тела при беременности // Вестн. РУДН. Сер. Медицина. 2014. № 1. С. 66–72.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Белоцерковцева Лариса Дмитриевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии Медицинского института, Сургутский государственный университет, главный врач, Сургутский клинический перинатальный центр; e-mail: info@surgut-kpc.ru.

Конченкова Елена Николаевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии Медицинского института, Сургутский государственный университет; e-mail: een79@yandex.ru.

ABOUT THE AUTHORS

Belotserkovtseva Larisa Dmitrievna – Doctor of Science (Medicine), Professor, Head of Obstetrics, Gynaecology and Perinatology Department, Medical Institution, Surgut State University, Chief Physician, Surgut Regional Clinical Prenatal Centre; e-mail: info@surgut-kpc.ru.

Konchenkova Elena Nikolaevna – PhD (Medicine), Associate Professor, Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Medical Institute, Surgut State University; e-mail: een79@yandex.ru.