

УДК 618.2:618.3:613.21-27:616.39-083.2:314.72

ЖАБЧЕНКО І.А., КОРНІЄЦЬ Н.Г., ТЕРТИЧНА-ТЕЛЮК С.В.

Державна установа «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології
Національної академії медичних наук України ім. О.М. Лук'янової»,
відділення патології вагітності та пологів,
м. Київ

Державний заклад «Луганський державний медичний університет»,
медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології,
м. Рубіжне

ОСОБЛИВОСТІ ФАКТИЧНОГО ХАРЧУВАННЯ ВАГІТНИХ - ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

Одним із чинників, що визначає фізіологічність перебігу вагітності, є харчування жінки.

Мета дослідження – вивчити особливості фактичного харчування у вагітних – переміщених осіб.

Матеріали та методи. Для виконання завдання дослідження за заздалегідь складеною анкетой проведено клінічне інтерв'ю 85 вагітних – переміщених осіб (основна група) в терміні гестації 22 – 38 тижнів та 31 вагітної – місцевої мешканки (контрольна група).

Результати дослідження та їх обговорення. Розраховуючи енергетичну цінність добового раціону вагітних досліджуваних груп, ми дійшли висновку, що середня енергетична цінність раціону в основній групі сягала $2913,1 \pm 282,5$ ккал (в групі контролю – $2222,3 \pm 193,3$ ккал; $p < 0,05$), що на 12,67% перевищує фізіологічну норму енергетичної цінності добового раціону вагітних у другій половині вагітності. Для вагітних – переміщених осіб притаманним є незбалансоване та нераціональне харчування за його окремими складовими частинами за рахунок підвищеної кількості жирів та вуглеводів, дефіцит білків з дисбалансом пластичних та енергетичних резервів, незамінних амінокислот, надлишкове вживання жирів з переважанням жирів тваринного походження.

Висновки. Виявлені зміни потребують корекції раціону як за кількісним, так і за якісним складом задля забезпечення неускладненого перебігу вагітності та розвитку плода.

Ключові слова: вагітність, пологи, харчування, нутритивний статус, вагітні – переміщені особи.

Збереження здоров'я та життя як матері, так і новонародженого, за визначенням ООН, є основним завданням розвитку в галузі охорони здоров'я кожної держави. Виходячи з цього, профілактика акушерських ускладнень гестації, які є причиною материнської захворюваності, а також високого рівня перинатальної смертності, народження немовлят з екстремально низькою вагою і, як наслідок, зростання показників захворюваності і інвалідності з дитинства, залишається пріоритетним напрямком сучасної акушерської науки і практики в Україні. Військова агресія в Україні і пов'язані з нею складні соціально-економічні умови, екологічні

негаразди, висока ступінь урбанізації і перебування в умовах персистуючого стресу негативно відбиваються не лише на показниках здоров'я породіль та їх дітей, а й на медико-демографічній ситуації в цілому.

Одним із чинників, що визначає фізіологічність перебігу вагітності, є харчування жінки. Здорове, раціональне харчування, яке означає адекватне в кількісному та повноцінне в якісному відношенні вживання їжі, задовольняє енергетичні та пластичні потреби організму матері та плода, що розвивається внутрішньоутробно, забезпечує необхідний рівень обміну речовин, засвоєння достатньої кількості білків,

вітамінів та мінералів [2, 3, 11, 14, 15]. Саме адекватне поповнення ззовні організму вагітної жінки білками, жирами, вуглеводами, вітамінами та мінералами забезпечує повноцінний розвиток плода без нанесення шкоди організму самої матері [2, 3, 9, 10]. Виходячи з цього, цілком закономірною є точка зору про те, що вагітні жінки є найвразливішими щодо негативного впливу недостатнього за кількістю або неповноцінного за складом харчування [2, 9, 10, 14].

Продукти харчування в організмі вагітної виконують як будівельну (пластичну), так і енергетичну функції. В процесі травлення складні складові частини їжі розщеплюються та через стінки кишечника всмоктуються у кров, забезпечуючи потреби всіх клітин організму матері і плода. Під час внутрішньоутробного розвитку плода потреба у поживних речовинах зростає.

Водночас порушення харчування в різні терміни вагітності по-різному впливають на стан плода. Так, голодування та недостатня кількість білку та вітамінів у передімплантаційному періоді зазвичай призводять до загибелі зародка, а в період органогенезу можуть сприяти вадам розвитку плода [2, 3, 7, 8, 10, 11, 15].

Нераціональне харчування як у кількісному (недостатньо або занадто калорійна їжа), так і в якісному відношенні (незбалансованість раціону за основними компонентами: білки, жири, вуглеводи, мінеральні речовини, вітаміни) сприяють розвитку акушерських ускладнень вагітності (пreekлампсія, невиношування, анемія, плацентарна дисфункція (ПД)) та пологів (аномалії пологової діяльності, травматизм у пологах), порушень стану плода і новонародженого (синдром затримки росту плода (СЗРП), дезадаптація в ранньому неонатальному періоді тощо) [2, 5, 6, 7, 10]. Переважання в раціоні вагітної вуглеводів та жирів є причиною надлишкової прибавки ваги жінкою, що асоціюється із раннім гестозом у 10-17% жінок, загрозливим абортom у 8%, несвоєчасним злиттям навколоплідних вод у 10-40%, слабкістю пологової діяльності у 10-35%, переносуванням вагітності у 10-29%, макросомією плода у 12-15%, пreekлампсією у 25-63%, передчасними пологами у 5-10%, що веде до зростання частоти оперативного розродження та пологового травматизму матері й новонародженого [4, 6, 9, 10]. На думку багатьох авторів, у вагітних з ожирінням є ризик розвитку гіпертензії, гестаційного діабету, постопераційних інфекцій, тромбофлебиту

[10]. Ожиріння до вагітності збільшує материнську смертність. Тому необхідно планувати вагітність і проходити корекцію харчування до і під час вагітності [2, 3, 4, 6, 10].

Порушення гемостазу з тенденцією до гіперкоагуляції, зниження фібрінолітичних властивостей крові, порушення інвазії трофобласту та ПД, що притаманні для вагітних з надлишковою вагою та ожирінням, є однією з патогенетичних ланок маніфестації СЗРП у таких вагітних [4, 5, 16].

Проте для росту матки, плаценти, молочних залоз, плода важливим є вживання достатньої кількості білка, особливо в другій половині вагітності [2, 3]. За даними Ю.П. Вдовиченко і співав. (2017) [5], дисбаланс між вимогами плода до певних умов розвитку та невідповідністю тих можливостей, що надає материнський організм, зокрема при незбалансованому харчуванні, є одним із чинників розвитку СЗРП, який асоціюється з високою перинатальною захворюваністю і смертністю, а також інвалідизацією дітей за рахунок тяжкої хронічної патології [2, 3, 6, 8, 9, 10, 11]. Не викликає сумнівів значення порушення харчування для розвитку серцево-судинних захворювань, цукрового діабету 2-го типу, остеопорозу, деяких форм злоякісних новоутворень у майбутньої матері. Саме ці захворювання вагітної, насамперед артеріальна гіпертензія, цукровий діабет з ушкодженням судин, хронічна серцево-судинна недостатність, еутиреодний зоб є причиною СЗРП, в патогенезі якого одну з провідних ролей відіграють порушення поглинання поживних речовин та кисню материнським організмом чи передачі їх плоду. Водночас порушення кровоплину в спіральних артеріях, що відповідають за процеси перфузії у плаценті, сприяють розвитку інфарктів в ній [5].

Дефіцит споживання білка, вітамінів та мінералів є однією з причин порушень мікронутритивного статусу вагітної, що клінічно проявляється залізодефіцитною анемією (ЗДА), яка також асоціюється з ПД, невиношуванням і недоношуванням вагітності, пreekлампсією, аномаліями пологової діяльності, кровотечами в пологах і ранньому післяпологовому періоді, гнійно-септичними ускладненнями та гіпогалактією [12]. Саме із ЗДА, що передуює вагітності, Е.К.Айламазян і співав. (2009) [1] пов'язують порушення ембріогенезу, маніфестацію СЗРП, а також анемію у плода і новонародженого.

Нестача біологічно активних компонентів їжі, які відіграють провідну роль у забезпеченні захисно-адаптаційної спроможності організму вагітної, є однією з причин зниження неспецифічної резистентності до негативних і шкідливих факторів довкілля, формування імунodefіцитних станів, порушення функції антиоксидантного захисту (АОЗ) [6, 11, 16].

За даними Т.Ф. Татарчук (2017) [15], Україна посідає одне з останніх місць у світі із споживання необхідних мікроелементів. Розбалансоване, полідефіцитне харчування у вагітних є причиною зростання захворюваності на патологію серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, захворювань обміну речовин тощо; немовлята від таких матерів зазвичай народжуються з низькою вагою тіла, мають адаптаційні порушення в ранньому неонатальному періоді, які в подальшому є підґрунтям для неврологічної симптоматики, ендокринної патології тощо. Недостатнє в кількісному відношенні та незбалансоване харчування матері сприяє розвитку гіпогалакції та зменшенню поживних якостей грудного молока, що потребує своєчасної і адекватної корекції задля здорового та фізіологічного розвитку дитини [2, 7, 11, 14, 15].

З точки зору чисельних сучасних дослідників [3, 9, 10, 15], найбільшого негативного впливу від недостатнього харчування зазнають вагітні жінки, діти та люди похилого віку. Військова агресія на теренах України сприяла формуванню найуразливішого до розбалансованого та недостатнього харчування прошарку населення – вагітних - переміщених осіб (ВПО). Втім до сьогодні в Україні відсутні рекомендації щодо організаційних і гігієнічних заходів задля оптимізації харчування вагітних з контингенту внутрішньо переміщених осіб, програма антенатального спостереження таких вагітних не враховує особливості їх психоемоційного статусу та сформованої харчової поведінки, що гальмує, а в окремих випадках, заважає формуванню позитивного досвіду вагітності.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – вивчити особливості фактичного харчування у вагітних – переміщених осіб для подальшої розробки алгоритму обстеження та прогнозування ризику розвитку ускладнень вагітності, що сприятиме зниженню рівня перинатальних втрат та покращенню репродуктивного здоров'я жінок.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для виконання завдання дослідження, яке посідало у вивченні фактичного харчування вагітних, за заздалегідь складеною анкетною проведено клінічне інтерв'ю 116 вагітних в терміні гестації 22 – 38 тижнів. Серед досліджуваних жінок 85 із числа ВПО сформували основну групу, 31 вагітна, що була постійною мешканкою даної території, - контрольну. Стан фактичного харчування оцінювався за якісними та кількісними параметрами, підґрунтям для яких став наказ МОЗ України від 03.09.2017 № 1073 «Про затвердження Норм фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах і енергії».

Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою методів описової та варіаційної статистики з використанням критерію Ст'юдента та методу кутового перетворення Фішера. Обчислення отриманих результатів здійснювали на персональному комп'ютері з використанням програм Statistica for Windows і Microsoft Excel 7.0. Розбіжності визначали як достовірні при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік вагітних – переміщених осіб в середньому становив $27,74 \pm 0,57$ років (група контролю $26,3 \pm 0,64$ років). Переважна більшість вагітних основної (74 - 77,1%) та контрольної (28 - 80,0%) груп перебували в зареєстрованому шлюбі. Як свідчать результати проведеного аналізу, 40,7% вагітних основної групи не мали постійного місця роботи у зв'язку з його втратою після переміщення на підконтрольну Україні територію Луганської області. У контрольній групі не працювала кожна друга вагітна (17 – 48,6%). Постійно працевлаштованими були 49 (51,0%) жінок основної та 17 (48,6%) контрольної групи, навчалися в основній і контрольній групах 8,3% (8) і 2,8% (1) відповідно.

Оцінюючи якісно стан фактичного харчування досліджуваних вагітних, встановлено, що в основній групі достовірно переважали жінки із суттєвим підвищенням апетиту (52,9% проти 32,3% в групі контролю; $p < 0,05$). Переважна більшість вагітних (44,7% - основна група, 67,7% - група контролю) досліджуваних груп мали помірний апетит, і лише 2,4% вагітних із числа ВПО скаржилися на зниження апетиту. На регулярне харчування з 3-и разовим основним прийомом

мом їжі вказували 36 (42,4%) вагітних основної та 19 (61,3%) групи контролю ($p < 0,05$). Проте щоденно споживали перші блюда 45 (52,9 %) ВПО та 25 (80,6%) вагітних контрольної групи ($p < 0,05$).

Майже половину харчового раціону обстежених ВПО складала хлібобулочні та макаронні вироби, причому перевагу білому хлібу віддавали 63,5% вагітних. Серед вагітних контрольної групи така ж харчова поведінка відзначалася достовірно рідше і була зареєстрована лише у 45,2% вагітних ($p < 0,05$). Часте споживання здоби відзначали 55,3% ВПО та 35,5% вагітних контрольної групи ($p < 0,05$).

Загальна кількість споживання м'ясних продуктів в раціоні вагітних обох груп була суттєво меншою від норми особливо серед вагітних основної групи, де добове його споживання не перевищувало в середньому 110,22±9,79 г (в групі контролю 145,33±12,33г).

Зниження протеїнової цінності харчування відбувалося головним чином за рахунок значного зменшення в раціоні вагітних обох груп риби, морепродуктів та яєць. Так, на регулярне вживання річкової риби вказували лише 35,3% ВПО (в групі контролю - 54,8%; $p < 0,05$), яєць - 70,6% (в групі контролю - 87,1%; $p < 0,05$). Особливо цінну рибу (тріска, судак, скумбрія), яка є багатю на Ω -жирні кислоти, вживали поодинокі вагітні досліджуваних груп. Відомо, що продукти з високим вмістом Ω -жирних кислот, особливо докозагексаєнової кислоти, відіграють провідну роль в розвитку головного мозку та сітківки плода. Дефіцит Ω -жирних кислот в харчовому раціоні вагітних асоціюється з розвитком преєклампсії, передчасних пологів, післяпологової депресії та низькою вагою новонародженого. Своєчасне і адекватне відновлення дефіциту докозагексаєнової кислоти за рахунок раціонального і збалансованого харчування покращує розумову діяльність дитини, знижує ризик розвитку цукрового діабет I типу та гіпертонічної хвороби у зрілому віці [2, 3, 7, 8, 10].

При аналізі вживання вагітними досліджуваних груп молочних продуктів виявлено суттєве їх зниження в добовому раціоні вагітних за рахунок меншого вживання кисломолочних продуктів та твердих сортів сиру. Тільки 68,2% вагітних основної групи (в групі контролю - 83,9%; $p < 0,05$) вказували на регулярне вживання молока та молочних продуктів. Недостатнє споживання молочнокислих продуктів, які є джерелом молочнокислої мікрофлори, є одним з чинників

порушення процесів травлення і всмоктування поживних речовин у кишечнику вагітної. Відмова від споживання або недостатнє споживання твердих сирів, які багаті на кальцій, сприяє виснаженню депо кальцію в організмі вагітної і маніфестації пов'язаних з гіпокальціємією ускладнень вагітності, зокрема преєклампсії.

Найбільш частою особливістю харчової поведінки вагітних з групи переміщених осіб є достовірне і суттєве збільшення споживання хлібу та цукру в порівнянні з нормою. Так, середнє добове споживання у вагітних основної групи білого хлібу сягало 361,82±26,15 г і цукру 78,9±7,6 г (в групі контролю середнє добове споживання хлібу - 199,33±18,23 г, цукор - 49,6±3,9 г; $p < 0,05$). На думку Г.А. Анохіної (2017) [2] основним постачальником вуглеводів до організму жінки при вагітності має бути гречана і кукурудзяна крупи, пшоно, овочі та фрукти з низькою калорійністю. Як свідчать результати проведеного аналізу харчової поведінки досліджуваних вагітних, для жінок основної групи притаманний дисбаланс основних харчових речовин з переважання вуглеводів легкого і швидкого засвоєння, що є підґрунтям для швидкого і значного набору надлишкової ваги і включення патогенетичного механізму розвитку плаценти - асоційованих ускладнень вагітності.

Ціла низка харчових продуктів, які переважають в раціоні вагітних з групи внутрішньо переміщених осіб, вміщують транс-жири, які при тривалому застосуванні сприяють порушенню процесів обміну жирів і в кінцевому результаті приводять до порушень обміну інсуліну. З підвищенням споживанням транс-жирів асоціюється СЗРП і народження дитини з низькою вагою [2, 3, 5, 6, 9, 10]. Аналогічні порушення харчування матері під час вигодовування немовляти грудним молоком можуть бути причиною зміни складу грудного молока і сприяти потраплянню транс-жирів до організму немовляти. Клінічно доведеним є факт негативного впливу транс-жирів на стан інтелекту у дітей, що проявляється підвищеним ризиком затримки психічного розвитку.

Не викликає сумнівів негативний вплив алкоголю на розвиток вагітності і стан внутрішньоутробного плода. Проведений аналіз свідчить про відсутність достовірної різниці в частоті вживання алкогольних напоїв вагітними досліджуваних груп. Так, лише кожна 5-а вагітна (23,5%) із числа ВПО і кожна 4-а вагітна контрольної групи (19,4%) під час проведення інтерв'ю вказали на нерегулярне вживання легких алкогольних напоїв.

Отримані результати кількісного аналізу стану фактичного харчування вагітних обох груп свідчить про суттєві відхилення від рекомендованих нормативів раціону вагітних як за загальним калоражем, так і за кількістю основних продуктів харчування та їх складових частин - білків, жирів, вуглеводів, вітамінів, мінеральних речовин. Найбільш значущими виявилися відхилення в основній групі.

Результати проведеного аналізу свідчать про суттєвий дефіцит білкових складових раціону та збільшення частки джерел постачання до організму вагітних вуглеводів. Здебільшого відзначалось нераціональне співвідношення тваринних та рослинних жирів, що свідчить про загальний незбалансований характер харчування вагітних досліджуваних груп. Порівнюючи кількісні показники основних продуктів харчування у тижневому раціоні жінок основної і контрольної груп з існуючими рекомендованими нормативами [13], виявлено певні негативні закономірності. Так, фактичне тижневе споживання м'ясних продуктів у вагітних основної і контрольної групи сягало $305,2 \pm 28,7$ г і $590,3 \pm 56,8$ г, що складає відповідно 38,13% і 73,75% від норми фізіологічної потреби. Суттєва нестача м'ясних продуктів в тижневому раціоні притаманна перш за все вагітним основної групи. Так, середній тижневий раціон м'ясних продуктів в цій групі жінок був на 48,3% меншим, ніж в групі контролю ($p < 0,05$). Водночас для вагітних основної групи притаманний і суттєвий дефіцит вживання риби ($279,9 \pm 27,7$ г, в групі контролю - $483,6 \pm 47,9$ г; $p < 0,05$), що становить 69,98% від норми фізіологічної потреби і 57,88% від пересічного показника вживання риби вагітними контрольної групи. Аналогічні тенденції зберігалися щодо споживання яєць: в основній групі фактичне тижневе вживання яєць складало 50,0% як від норми фізіологічної потреби, так і від фактичного споживання в групі контролю ($1,52 \pm 0,13$ та $3,24 \pm 0,31$ відповідно; $p < 0,05$). Таким чином для вагітних основної групи притаманний суттєвий дефіцит споживання тваринних протеїнів.

Незважаючи на те, що лише 68,2% вагітних основної та 83,9% вагітних у групі контролю вказували на регулярне вживання молокопродуктів, добове і тижневе вживання цільного молока у вагітних контрольної групи достовірно перевищувало пересічний показник в групі внутрішньо переміщених вагітних (основна група $1541,8 \pm 112,4$ мл, група контролю $2110,8 \pm 208,9$ мл; p

$< 0,05$). Водночас для вагітних обох груп притаманне зменшення споживання кисломолочних продуктів.

Однією з особливостей фактичного тижневого раціону вагітних досліджуваних груп є значне, майже в 3 рази, перевищення споживання жирів тваринного і рослинного походження ($488,5 \pm 46,7$ г та $410,2 \pm 40,4$ г). Водночас вагітні основної групи відрізнялись достовірним надлишковим вживанням хліба та виробів з борошна ($2355,3 \pm 155,6$ г, група контролю - $1649,7 \pm 147,8$ г; $p < 0,05$), яке на 34,59% перевищує норми фізіологічної потреби і на 42,80% фактичне споживання хліба і виробів з борошна жінками групи контролю.

Фактичний тижневий раціон вагітних основної групи також вміщував $608,6 \pm 52,5$ г цукру, що достовірно перевищує пересічний показник в групі контролю ($420,4 \pm 41,9$ г; $p < 0,05$) та на 73,89% норми фізіологічної тижневої потреби.

Тижневе споживання вуглеводів, які легко засвоюються, у вагітних основної групи зростало за рахунок надлишкового вживання картоплі, фактичне споживання якої сягало $2989,6 \pm 218,7$ г, що достовірно перевищує показники в групі контролю ($2350,3 \pm 207,3$ г; $p < 0,05$) та на 113,54% норми фізіологічної тижневої потреби.

Загалом загальна кількість продуктів у раціоні вагітних основної групи була достатньою за рахунок споживання овочів ($2418,8 \pm 221,5$ г; група контролю - $3452,6 \pm 322,1$ г; $p < 0,05$) та фруктів ($1220,8 \pm 116,6$ г; група контролю - $2254,6 \pm 194,3$; $p < 0,05$). Проте для вагітних основної групи є характерною сезонність у вживанні фруктів та овочів: збільшення у літньо-осінній період та зменшення у зимово-весняний, що відповідає загальносвітовим тенденціям. Водночас переважна більшість вагітних повідомила про відсутність різноманітності у фруктовому-овочевому меню особливо в зимово-весняний період.

Пересічний показник добової спожитої рідини у вагітних основної групи складав $1290,1 \pm 124,2$ мл проти $1334,6 \pm 129,2$ мл у вагітних групи контролю, що відповідає нормам фізіологічної добової потреби [13].

Результати аналізу основних складових частин харчового раціону вагітних та їх енергетична цінність свідчать про суттєвий дисбаланс білків, жирів і вуглеводів в добовому раціоні вагітних ВПО. Так, середнє споживання білку вагітними основної групи складало $57,5 \pm 5,3$ г, що на 29,96% менше, ніж в групі контролю ($82,1 \pm 8,1$ г; $p < 0,05$) і на 47,73% менше добової фізіоло-

гічної норми. Такий виражений дефіцит білку в раціоні вагітних може відігравати провідну роль в розвитку акушерських ускладнень вагітності, зокрема анемії, ПД, СЗРП, невиношування і недоношування вагітності. Адже білок – це основний пластичний матеріал для побудови клітин, синтезу гормонів та ферментів в організмі матері, побудови тканин і систем плода. Фізіологічний стан материнського організму і внутрішньоутробного плода залежить не лише від кількості споживаних білків, а й від їх якості. Білки тваринного походження містять усі необхідні для людського організму і незамінні для вагітної жінки та плода, що розвивається, амінокислоти. Основним поставачальником білка до організму вагітних є молоко і молочні продукти, зокрема негострий і домашній сир, йогурти, який доповнюється білками м'яса, риби, яєць. Білки рослинного походження зазвичай поступаються поживною цінністю тваринним білкам, проте містять інші важливі компоненти: вуглеводи, вітаміни групи В, мінеральні речовини та клітковину. Джерелом рослинних протеїнів є хлібо-булочні та макаронні вироби, крупи та бобові. Згідно сучасним фізіологічним нормам потреб в основних харчових речовинах і енергії [13], раціональним вважається співвідношення білків тваринного і рослинного походження 60% до 40%. Фізіологічний перебіг вагітності і розвиток плода у другій половині вагітності забезпечує щодобове споживання 1,3 г білків на 1 кг маси тіла, тобто 110-120 г [13]. Результати дослідження свідчать, що не зважаючи на загальну нестачу протеїнів в раціоні вагітних основної групи, зберігалась позитивна тенденція до переважання білків тваринного походження (59,9 %, в групі контролю - 63,2 %).

Загалом недостатнє споживання протеїнів вагітні досліджуваних груп компенсували за рахунок підвищеного споживання жирів та вуглеводів. Так, середньодобова кількість спожитих жирів у вагітних основної групи становила $96,3 \pm 9,2$ г (в групі контролю – $72,3 \pm 7,1$ г; $p < 0,05$), що на 20,38% перевищує фізіологічну потребу, яка згідно Наказу МОЗ України від 03.09.2017 № 1073 «Про затвердження Норм фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах і енергії» [13] має бути обмеженою і не перевищувати 1,3-1,5 г на 1 кг маси. Жири, як і білки, відіграють у побудові клітин організму значущу роль, входячи до складу клітинних мембран; є джерелом енергії та регулюють процеси засвоєння жиророзчинних вітамінів (А, Є, Д), каротіноїдів та мікроелементів, зокрема кальцію та магнію). Для фізіологічного перебігу вагітно-

сті важливе значення має якість споживаних жирів. Основним джерелом високоякісних жирів є вершки, сметана, вершкове масло, риба, м'ясо, а також соняшникова, кукурудзяна, оливкова та соєва олія, насіння, горіхи. Аналізуючи якісний склад добового раціону вживаних жирів вагітними досліджуваних груп встановлено, що оптимальний баланс тваринних та рослинних жирів (60-70% проти 30-40% відповідно) в добовому раціоні притаманний лише вагітним групи контролю (в групі контролю - 59,9% проти 40,1%), а співвідношення тваринних та рослинних жирів в основній групі складало 79,2% проти 20,8%. Збільшення тваринної частки добового раціону жирів у ВПО відбувалося за рахунок споживання сала та маргарину. Отже, середньодобовий раціон вагітних основної групи характеризується збільшеним споживанням жирів з достовірним переважанням жирів тваринного походження.

Привертає до себе увагу також значне переважання в добовому раціоні вагітних основної групи вуглеводів. Середньодобове вживання вуглеводів складало $454,1 \pm 42,7$ г (в групі контролю - $310,8 \pm 27,9$ г; $p < 0,05$), що на 46,11% перевищує пересічний показник в групі контролю і на 29,74% фізіологічну норму потреби у жінок з індексом маси тіла 18-24. При аналізі джерел вуглеводів в раціоні вагітних основної групи переважали білий хліб і хлібобулочна продукція, а також макаронні вироби зазвичай з м'яких сортів пшениці, для яких притаманні низький вміст клейковини і значний – крохмалю, що обумовлює високий глікемічний індекс цих продуктів. Саме цими властивостями вуглеводів, що легко засвоюються, пояснюється висока питома вага жінок з надлишковою вагою та ожирінням серед вагітних основної групи, яка сягає 44,7% (в групі контролю – 22,6%; $p < 0,05$), і надлишкова прибавка ваги в них за вагітність (49,4%, в групі контролю – 25,8%; $p < 0,05$).

Джерелом вуглеводів має бути: гречана, кукурудзяна та вівсяна крупи, хліб з борошна грубого помелу, картопля, овочі, фрукти. У зимовий період потрібно обов'язково використовувати сухофрукти, соки (яблучний, сливовий, томатний), свіжоморожені фрукти з обмеженою кількістю цукру.

Вуглеводи в організмі вагітної не виконують надважливих будівельних функцій, проте є основним джерелом енергії [2, 3, 10, 11, 13]. Збільшення споживання вуглеводів, особливо сахарози, асоціюється з ожирінням та пов'язаними з ним ускладненнями вагітності і пологів.

Розраховуючи енергетичну цінність добового раціону вагітних досліджуваних груп, ми дійшли висновку: середня енергетична цінність раціону ВПО сягала $2913,1 \pm 282,5$ ккал (в групі контролю – $2222,3 \pm 193,3$ ккал; $p < 0,05$), що на 12,67% перевищує фізіологічну норму енергетичної цінності добового раціону вагітних у другій половині вагітності [13].

ВИСНОВКИ

У вагітних-переміщених осіб виявлено:

1. Незбалансоване та нераціональне харчування за його окремими складовими частинами за рахунок підвищеної кількості жирів та вуглеводів;
2. Дефіцит білків з дизбалансом пластичних та енергетичних резервів, незамінних амінокислот;
3. Надлишкове вживання жирів з переважанням жирів тваринного походження;
4. Підвищення енергетичної цінності добового раціону за рахунок надлишкового вживання вуглеводів, що легко засвоюються. Виявлені зміни потребують корекції раціону як за кількісним, так і за якісним складом задля забезпечення неускладненого перебігу вагітності та розвитку плода.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Акушерство. Национальное руководство / Э. К. Айламазян, В. И. Кулаков, В. Е. Радзинский, Г. М. Савельева. – Москва: Изд-во Гэотар-медиа, 2009. – 1200 с.
2. Анохіна Г.А. Харчування під час вагітності / Г.А. Анохіна // Репродуктивна ендокринологія. – 2017. - № 5 (37). – с. 34 – 35.
3. Анчева И.А. Функциональное питание при беременности / И.А. Анчева // Вопросы питания. - 2016. - № 4, том 85 – С. 22 - 28.
4. Атласов В.О. Современные направления совершенствования перинатальной помощи у женщин с ожирением / В.О. Атласов, С.Н. Гайдук, Т.И. Прохорович // Журнал акушерства и женских болезней. — 2007. — т.LVI, выпуск 4. — С. 46 – 51.
5. Вдовиченко Ю.П. Затримка росту плода: Клініко-патогенетичні складові та засоби попередження. / Вдовиченко Ю.П., Танько О.П., Самойлова М.В., Шарашидзе К.З. - Київ, 2017. - 43 с.
6. Венцківський Б.М. Новий підхід до профілактики плацентарної недостатності у жінок з ожирінням / Б.М. Венцківський, М.Є. Яроцький, В.О. Товстановська // Збірник наукових праць Асоціації акушерів - гінекологів України. - Київ: Інтермед, 2009. - С. 87 - 88.
7. Громова О.А. О профилактической, лечебной и избыточной дозе Омега - 3 полиненасыщенных жирных кислот в предгравидарный период, во время беременности и кормления грудью /О.А. Громова, И.Ю. Торшин, О.А. Лиманова, В.Н. Серов // Эффективная фармакотерапия. - 2014. - №45. - С. 28 - 36.
8. Дзгоева Ф.Х. Питание во внутриутробный период жизни: фетальное программирование метаболического синдрома / Дзгоева Ф.Х. // Ожирение и метаболизм. – 2015. – № 12. – С. 10–17.
9. Жук С.І. Реалії сучасної акушерської практики / С.І. Жук, О.Д. Щуревська, Т.В. Пехеньо // ЗДОРОВ'Є ЖЕНЩИНЫ. – 2017. - №3 (119). - С. 20 - 22.
10. Кахиани М.И. Нарушения питания у беременных — состояние проблемы / М.И. Кахиани // Журнал акушерства и женских болезней. - 2008. - т.LVII, выпуск 2. - С. 121 -124.
11. Михеева Г.А. Функциональные ингредиенты в продуктах питания беременных и кормящих женщин / Г.А. Михеева, Л.Н. Шатнюк// Материал X Всероссийского Конгресса диетологов и нутрициологов «Питание и здоровье». - М., 2008 - С. 80 – 81.
12. Наказ МОЗ України від 02.11.2015 № 709 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при залізодефіцитній анемії».
13. Наказ МОЗ України від 03.09.2017 № 1073 «Про затвердження Норм фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах і енергії».
14. Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности [WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
15. Татарчук Т.Ф. Прегравидарная подготовка / Т.Ф. Татарчук // Репродуктивна ендокринологія. – 2017. - № 5 (37). - С. 8 - 9
16. Rossy E. Dietary fish oil diminishes lymphocyte adhesion to macrophage and endothelial cell monolayers immunology/ E. Rossy, M. Costa, P. Sanderson, P.C. Calder // Eur. J. Clin. Nutr. - 2007. - Vol. 61(8). - P.469 – 475.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ – ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ

ЖАБЧЕНКО И.А., КОРНИЕЦ Н.Г.,
ТЕРТЫЧНАЯ-ТЕЛЮК С.В.

Одним из факторов, определяющих физиологическое течение беременности, является питание женщины. **Цель исследования** - изучить особенности фактического питания у беременных - перемещенных лиц. **Материалы и методы.** Для выполнения задачи исследования по заранее составленной анкете проведено интервьюирование 85 беременных - перемещенных лиц (основная группа) в сроке гестации 22 - 38 недель и 31 беременной - местной жительницы (контрольная группа). **Результаты исследования и их обсуждение.** Рассчитывая энергетическую ценность суточного рациона беременных исследуемых групп, мы пришли к выводу, что средняя энергетическая ценность рациона в основной группе достигала $2913,1 \pm 282,5$ ккал (в группе контроля - $2222,3 \pm 193,3$ ккал; $p < 0,05$), что на 12,67% превышает физиологическую норму энергетической ценности суточного рациона беременных во второй половине беременности. Для беременных - перемещенных лиц характерно несбалансированное и нерациональное питание за счет повышенного количества жиров и углеводов, дефицита белков с дисбалансом пластических и энергетических резервов, незаменимых аминокислот, избыточное употребление жиров с преобладанием жиров животного происхождения. **Выводы.** Выявленные изменения требуют коррекции питания как по количественному, так и по качественному составу для обеспечения неосложненного течения беременности и развития плода.

Ключевые слова: беременность, роды, питание, нутритивный статус, беременные - перемещенные лица.

SUMMARY

FEATURES OF ACTUAL NUTRITION OF PREGNANT WOMEN - DISPLACED PERSONS

ZHABCHENKO I.A., KORNIETZ N.G.,
TERTYCHNAYA-TELYUK S.V.

One of the factors that determines the physiology of pregnancy is the nutrition of a woman. **The aim of the study** - to study the features of actual nutrition in pregnant women - displaced persons. **Materials and methods.** In order to fulfill the research task, a pre-completed questionnaire was conducted on 85 pregnant women-displaced persons (main group) during gestation period 22 - 38 weeks and 31 pregnant woman - a local resident (control group). **Results of the research and their discussion.** By calculating the energy value of the daily diet of pregnant study groups, we concluded that the average energy value of the diet in the main group reached 2913.1 ± 282.5 kcal (in the control group 2222.3 ± 193.3 kcal, $p < 0.05$), which is 12.67% higher than the physiological norm of the energy value of the daily diet of pregnant women in the second half of pregnancy. For pregnant women - displaced persons inherent unbalanced and inappropriate nutrition in its individual constituents due to the increased number of fats and carbohydrates, deficiency of proteins with imbalance of plastic and energy reserves, essential amino acids, excessive consumption of fats with predominance of fats of animal origin. **Conclusions.** The revealed changes require a correction of the diet, both quantitative and qualitative, in order to ensure uncomplicated pregnancy and fetal development.

Key words: pregnancy, labors, food, nutritive status, pregnant women-displaced persons.