

учреждение

**Среднего профессионального образования
(среднее специальное учебное заведение)**

«Саткинский медицинский техникум»

**Учебно - методическое пособие
для студентов медицинских техникумов и колледжей
по дисциплине:**

ОП.01. Здоровый человек и его окружение

Раздел: «Здоровое питание беременной женщины»

специальности:

34.02.01 «Сестринское дело»

**Составила преподаватель
ГБПОУ**

**«Саткинский медицинский
техникум» Матвеева А.Е.**

Сатка 2019 год

Введение.

Здоровое питание (здоровая диета, англ. *healthy diet*) — это питание, обеспечивающее рост, нормальное развитие и жизнедеятельность человека, способствующее укреплению его здоровья и профилактике заболеваний. Соблюдение правил здорового питания в сочетании с регулярными физическими упражнениями сокращает риск хронических заболеваний и расстройств, таких как ожирение ожирение, сердечно-сосудистые заболевания ожирение, сердечно-





ПИТАНИЕ – одна из базовых потребностей человека.

Еда - это счастье и проклятье человечества, ведь она поддерживает жизнь, но она же и губит (некачественные продукты, переедание, ожирение).



Здоровое питание для беременных.

Организация правильного питания беременных женщин является важнейшим условием нормального течения и благополучного исхода беременности, обеспечения адекватного развития плода, а затем роста новорожденного ребенка, а также поддержания здоровья беременной женщины.



Основные принципы питания беременных женщин.

Питание беременных

Поступление достаточного
количества факторов
питания для плода

Обеспечение пищевых
потребностей организма
беременной женщины



Главными рекомендациями для беременной женщины в области питания являются:

1. **Полное удовлетворение** физиологических потребностей беременных в пищевых веществах и энергии.
2. **Максимальное разнообразие** пищевого рациона с включением всех групп пищевых продуктов.
3. Обеспечение дополнительного поступления **во второй половине беременности:**
 - белка;
 - энергии;
 - кальция и железа;
 - пищевых волокон.



Главными рекомендациями для беременной женщины в области питания являются:

4. **Дополнительный** прием витаминно-минеральных препаратов.
5. **Ограничение** потребления продуктов, содержащих большое количество насыщенных жиров и простых углеводов.
6. **Ограничение** потребления продуктов с высоким аллергизирующим потенциалом, а также продуктов, богатых эфирными маслами, специями и пряностями.
7. **Исключение из рациона** кофе, алкогольных напитков, газированных напитков. отказ от курения, алкоголя и чрезмерного потребления кофеина.



Питание беременных в зависимости от срока гестации

- **В первой половине** беременности, когда плод еще невелик, а женщина продолжает вести обычный образ жизни, потребность в основных пищевых веществах и энергии практически не меняется и соответствует физиологическим нормам. Важно, чтобы пища была максимально разнообразна и включала все группы продуктов. Особое внимание следует обратить на достаточное содержание в рационе свежих овощей, фруктов, ягод, зелени, являющихся полноценными источниками витаминов и минеральных веществ.

Во второй половине беременности для обеспечения высоких темпов роста плода, дальнейшего роста плаценты, матки потребность в пищевых веществах возрастает.



Влияние дефицита некоторых пищевых веществ в рационе беременных женщин на развитие плода и ребенка

Нарушения питания	Эффект на развитие плода/ребенка
Дефицит энергии и белка	Внутриутробная гипотрофия Низкая масса тела при рождении Нарушения развития головного мозга
Дефицит ПНЖК, дисбаланс соотношения $\omega 6$: $\omega 3$ ПНЖК	Нарушения развития головного мозга, нейросетчатки
Дефицит фолиевой кислоты	Дефекты развития нервной трубки (spina bifida)
Дефицит или избыток витамина А	Врожденные уродства
Дефицит йода	Нарушения нервно-психического развития
Дефицит цинка	Врожденные аномалии развития

ПИЩЕВОЙ РАЦИОН БЕРЕМЕННОЙ

Белки

Даже временный дефицит белков приводит к задержке развития плода и снижению его массы тела, снижается масса мозга, печени, сердца. При голодании матери для питания плода используются, прежде всего, глобулины. Нарушение соотношения альбуминов и глобулинов в сыворотке крови беременных может влиять на эмбриогенез.

Недостаточное количественное содержание белков в пищевом рационе беременной за счет изменения биохимического состава крови, миометрия, значительно увеличивает риск самопроизвольных аборт, преждевременных родов, повышен перинатальной смертности, вероятности возникновения анемии.



«ЖИЗНЬ – ЕСТЬ СПОСОБ СУЩЕСТВОВАНИЯ БЕЛКОВЫХ ТЕЛ»

Ф.Энгельс



Источники белка

Молоко 1,00

Изолированный соевый белок 1,00

Яйца 1,00

Говядина 0,92

Гороховая мука 0,69

Фасоль консервированная 0,68

Овес 0,57

Чечевица 0,52

Арахис 0,52

Пшеница 0,40



Жиры

На развитие потомства оказывают влияние количественные и качественные показатели состава жира в пищевом рационе беременных. Недостаток общего количества жира влияет на массу новорожденного, на содержание определенных липидов в плазме крови, что сказывается на дальнейшем их развитии. Важное значение придается линолевой и линоленовой полиненасыщенным жирным кислотам. Недостаток некоторых полиненасыщенных жирных кислот приводит к существенным изменениям развития нервной системы.



Жиры - липиды



Функции:

гормональная (половые гормоны, мужские и женские)

защитная – мембраны клеток (чем больше жиров в мембране клеток, тем больше она живет)

энергетическая (как резерв, не норма для организма)

Источники жиров

животного

происхождения - сливки, сыры, яйца, сливочное масло.

Источники жиров

растительного

происхождения - растительные масла, орехи, семечки.



Углеводы

Избыток углеводов в пищевом рационе беременной, особенно легкоусвояемых, значительно повышает частоту внутриутробной гибели плода. При недостаточном потреблении углеводов и более высокой скорости окисления глюкозы у беременных, особенно в последний период беременности, возникает снижение уровня глюкозы в крови. Это приводит к усилению катаболизма белков у плода и отрицательно сказывается на его развитии.



Углеводы, а именно глюкоза – основной источник **энергии**. Из нее в большей степени синтезируется АТФ, универсальное «топливо» клетки и всего организма.

Следующие функции углеводов:

- структурная и рецепторная, входят в состав мембраны клеток.
- входят в состав ДНК, РНК (хромосом, генетической информации)



Источники углеводов:

овощи, фрукты, злаки,
молочный сахар - лактоза.

В растительных
организмах на долю
углеводов приходится до
80% сухой массы.



Углеводы участвуют в переваривании и усвоении белков, жиров и самих углеводов.

Суточная потребность в 4-5 раз выше потребности в белках и жирах.



Стереотипы питания беременных.



Совет старшего поколения, гласящий: «Ешь за двоих», можно забыть. Безусловно, почти каждая женщина в период беременности ест больше, чем обычно. Но это не значит, что надо в себя “пихать” еду, даже когда этого не хочется. Не волнуйтесь, ребенок сам подскажет вам, когда голоден, главное – дать ему разнообразную и богатую полезными веществами еду, а количество он отрегулирует сам.





Приблизительные ежедневные нормы питания в период беременности:

- Не менее 100 гр. твёрдого сыра или 200 гр. творога (можно молоко и кефир, но в твёрдом сыре и твороге намного больше кальция, необходимого беременным).
- Мясо и рыба (достаточно 2-3 мясных и рыбных блюд в неделю).
- Овощи и фрукты (как в сыром, так и в вареном виде).
- 1 яйцо (можно в составе какого-то блюда).
- Около 300 гр. хлеба (лучше с отрубями - улучшает перистальтику кишечника, помогает при запорах).





Питание во время лактации

- Процесс лактации – энергоемкий, сопровождается секрецией значительных количеств молока, содержащего белки, жиры, углеводы, минеральные вещества, витамины, что требует восполнения в рационе матери этих важнейших пищевых ингредиентов.

- Питание кормящей матери, кроме обеспечения организма женщины необходимыми пищевыми веществами и энергией с целью поддержания ее здоровья, должно обеспечить достаточную продолжительность лактации и оптимальный состав молока.



При кормлении грудью, нужно



- на 30% больше калорий,
- на 45% больше белков,
- на 30% больше жиров.
- на 125% больше витамина А,
- на 50% больше витамина В,
- на 65% больше витамина С,
- на 100% больше витамина D,
- на 40% больше витамина Е,
- на 50% больше фолиевой кислоты,
- на 35% больше витамина РР,
- на 50% больше кальция,
- на 50% больше магния,
- на 30% больше йода,
- на 25% больше фосфора,
- на 25% больше железа.

Правильное соотношение продуктов в рационе

- Очень важно иметь представление о нормальном соотношении продуктов в вашем ежедневном пищевом рационе. Это так называемая **пирамида питания**. 45% пищевого рациона должны составлять злаки и изделия из них (каши, хлеб, лапша). 30% — овощи и фрукты. 20% — молоко, все молочные продукты и все сорта мяса. И только 5% пищевого рациона должны составлять вместе сахар и жиры. Прием пищи должен осуществляться дробно (часто и небольшими порциями).



Питьевой режим кормящей женщины

- Кормящая женщина должна употреблять на 1 л в сутки жидкости больше, чем обычно, причем не менее 0,5 л молока или кефира. Предпочтительнее всего пить минеральную воду без газов или кипяченую воду. Следует отказаться от газированных напитков, алкоголя, крепкого чая или кофе. Перед первым и последним кормлением ребенка предлагается выпить стакан кефира или молока.



Питание кормящей мамы



Гипогалактия



- Гипогалактия — снижение функций молочных желез, которое может проявляться в нарушении процессов лактопоэза, лактогенеза или молокоотдачи, а также в сокращении лактации по времени (менее 5 месяцев). Гипогалактия - сравнительно частая помеха к правильному проведению грудного вскармливания. Как самостоятельное нарушение лактации гипогалактия служит причиной перевода до 30% детей на искусственное вскармливание.



I. Различают первичную и вторичную гипогалактию.

- Первичная гипогалактия вызывается нервными и гормональными расстройствами женского организма. Сюда относят заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы и др.), функциональную неполноценность молочных желез при инфантилизме, "семейную" гипогалактию.
- Вторичная гипогалактия вызывается заболеваниями матери (кроме нейроэндокринных), осложнениями беременности, родов и послеродового периода.

II. Различают раннюю и позднюю гипогалактию

Ранняя форма гипогалактии развивается в первые 10 дней послеродового периода. Поздняя возникает спустя 10 и более дней после родов.

III. В зависимости от выраженности дефицита молока различают 4 степени гипогалактии.

- Гипогалактия 1 степени - дефицит молока по отношению к потребности ребенка не превышает 25%.
- При гипогалактии 2 степени дефицит молока составляет 50%;
- При 3 степени - 75%;
- При 4 степени дефицит молока превышает 75%.

Причины и факторы риска развития гипогалактии

- Причины и факторы риска развития гипогалактии многообразны. Чаще они связаны с заболеванием матери. К "материнскому фактору" следует отнести все заболевания,отягощающие течение беременности, родов и послеродового периода.



- В меньшей степени гипогалактия зависит от состояния ребенка ("детский фактор"). К ним относятся: недостаточность сосательного рефлекса у новорожденного, связанного в первую очередь с недоношенностью; позднее прикладывание ребенка к груди; аэрофагия - в тех случаях, когда объем заглатываемого воздуха превышает 10% объема желудка, наполненного молоком, аэрофагия считается патологической, она ведет к нарушению нормального грудного вскармливания и затуханию лактации; аномалии развития новорожденного (дефекты неба и верхней губы).

Определение суточной потребности в молоке

Для определения суточного количества молока, необходимого ребенку в первые 7-8 дней жизни, целесообразно пользоваться формулой Финкельштейна:

$$X = (70 \text{ или } 80) \times (n-1)$$

где X - суточная потребность в молоке, n — день жизни ребенка.

При массе ребенка 3200 г. и менее пользуются коэффициентом 70, а при большей массе - 80.

Начиная со 2 недели жизни ребенка, необходимое ему суточное количество молока определяют объемным методом:

1. в возрасте 0-2 месяцев - 1/5 массы тела;
2. в возрасте 2-4 месяцев - 1/6 массы тела;
3. в возрасте 4-6 месяцев - 1/7 массы тела.

Диагностика

- Сбор анамнеза, опрос матери (перинатальная патология, течение родов, семейный анамнез)
- Осмотр матери и ребенка (Осмотр и пальпация молочных желез, обследование ребенка)
- УЗ-исследование молочных желез, позволяющее обеспечить визуализацию диагностируемого объекта и получение большого объема достоверной информации при выявлении первичного и вторичного лактостаза, всех стадий мастита, симптомов улучшения или ухудшения в очаге воспаления в процессе лечения, начальных проявлений мастопатии при последующем диспансерном наблюдении женщин, перенесших послеродовой мастит. УЗ-диагностика позволяет выявлять недостаточность развития железистой ткани при первичной гипогалактии.



Лечение гипогалактии

Для лечения гипогалактии необходимо устранять перечисленные причины, вызвавшие гипогалактию, наладить режим питания, сна и отдыха.

Рекомендуется:

- Частое (через 2 часа) прикладывание ребенка к груди.
- За 15 минут до кормления теплый компресс на молочную железу.

Курсом 15 дней:

- Витаминотерапия:
- Фолиевая кислота - 0,0056, аскорбиновая и пантотеновая кислота по 0,3 в порошках 3 раза в день.
- Витамин Е по 1 капсуле 2 раза в день.
- Раствор тиамин бромид 3% по 1 мл 1 раз в день.
- Раствор пиридоксин гидрохлорид 5% по 1 мл 1 раз в день.
- Апилак по 1 табл. 2 раза в день под язык.
- Глутаминовая кислота по 1,0 3 раза в день за 1 час до кормления. Назначать таблетки, покрытые оболочкой, или таблетки, растворимые в кишечнике (*acidi glutaminici abductae, enterosolubiles*).



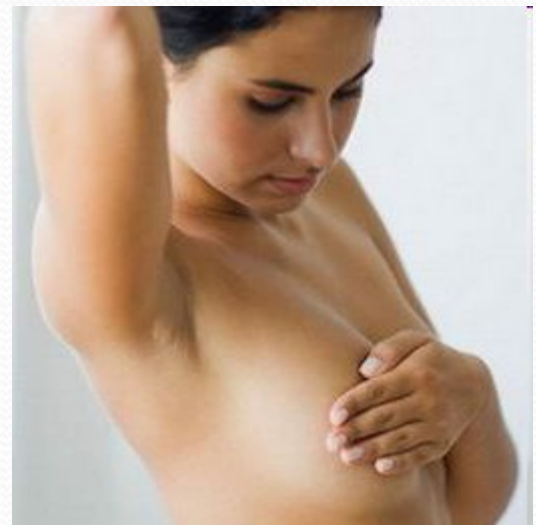
Профилактика гипогалактии

● Ранняя профилактика:

Рациональная профилактика должна начинаться ещё в период детства будущей матери. Полноценное питание, предупреждение тяжелых и хронических заболеваний, занятия гимнастикой и спортом во все периоды детства и юности предупреждают недоразвитие молочных желез и всей репродуктивной сферы в целом.

● Профилактика во время беременности

Заблаговременное лечение женщин, планирующих рождение ребёнка, и благополучное течение беременности. Правильное питание беременной и кормящей женщины. Гигиена беременной и кормящей женщины. Женщинам рекомендуется носить хлопчатобумажное белье, бюстгальтер должен быть свободным. Будущая мать должна знать важность грудного вскармливания и грудного молока, про опасность искусственного вскармливания как для ребёнка, так и для неё самой. Будущей матери важно получить практические рекомендации о том, как наладить грудное вскармливание.



Профилактика гипогалактии

- **Профилактика во время родов и кормления грудью**

Немаловажно, чтобы были физиологические роды в благоприятном возрасте (между 21 и 35 годами). Применение в родах анестезии и стимуляции является одной из причин возникновения гипогалактии. Самая важная мера профилактики — раннее прикладывание новорожденного к груди матери, отсутствие предлактационного кормления, а также допаивания и докармливания ребёнка. Частое прикладывание новорожденного к груди стимулирует лактацию, так же как и психологический комфорт матери. В послеродовом периоде важно соблюдение режима питания, водного режима, а также соблюдение режима сна и отдыха кормящей женщиной. Огромное значение имеет психологический настрой кормящей женщины и благоприятной эмоциональный фон в семье. Также важно значение имеет профилактика и своевременное лечение трещин сосков в период становления лактации.

Лактационные кризы



- Лактационные кризы - это временное уменьшение количества молока, возникающее циклически (через 1-1,5 месяцев) , продолжительностью около 3-4, реже 6-8 дней. Для здорового и хорошо упитанного ребенка лактационные кризы опасности не представляют. Если мать знает о возможности возникновения этих кризов и своевременно переходит на увеличение частоты прикладываний ребенка к груди, то объем лактации восстанавливается у нее достаточно быстро. Недопустимо, чтобы уже в начале криза предпринимались попытки докармливания ребенка из бутылочки, и ставилась под угрозу возможность продолжения естественного вскармливания.

Лактационные кризисы

- Лактационные кризисы обычно возникают на 3-6 неделях, 3-м, 4-м, 7-м, 8-м месяцах лактации.



Тактические решения при лактационном кризе

1. Необходимо заранее известить кормящую мать о возможности возникновения лактационного криза.
2. Необходимо обеспечить своевременный переход на увеличение частоты прикладываний ребенка к груди, т.к. в таком случае объем лактации восстанавливается достаточно быстро.
3. **NB!** Недопустимо, чтобы уже в начале криза предпринимались попытки докармливания ребенка из бутылочки, и ставилась под угрозу возможность продолжения естественного вскармливания



Используемые источники.

1. И.И. Мельников Питание беременных и кормящих женщин. – М., 2011. – С. 3-9
2. Хейди Э. Муркофф и Шэрон Мэйзел Правильное питание во время беременности. – изд. АСТ., 2011
3. <http://www.baby.ru/blogs/post/76677844-76209939/>
4. <http://baby-calendar.ru/preparaty/vitaminy/>
5. <http://www.missfit.ru/food/maternity/>
6. <http://mamaexpert.ru/article/zdorovoe-pitanie-dlya-beremennyh><http://mamaexpert.ru/article/zdorovoe-pitanie-dlya-beremennyh>
7. https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%F0%E4%EE%F0%E2%EE%E5_%EF%E8%F2%E0%ED%E8%E5
8. <http://profmama.ru/journal/zdorovoe-pitanie-beremennoj>