

# Bölüm 1

## Gebelikte Beslenme ve Destek Tedavileri



Yağmur SOYKAN<sup>1</sup>  
İsmail GÜLER<sup>2</sup>

### Giriş

Gebelik, hızla büyüyen fetus ve plasentanın gereksinimlerinden kaynaklanan anatomik, fizyolojik ve biyokimyasal değişimlerin olduğu bir uyum sürecidir. Bazı besin maddelerinin yetersiz veya aşırı alımının etkileri kısa ve uzun vadede gözlenebilir. Fetusun hem yetersiz hem de aşırı beslenmesi, fetal metabolik yolların kalıcı değişikliklerine yol açabilir ve bu yollarla ilgili bazı çocukluk ve yetişkin hastalıkları riskini artırabilir. Barker Hipotezi olarak adlandırılan gelişimsel model, fetusun bulunduğu ortamın gen ekspresyonunu etkilemesiyle çocukluk ve yetişkinlikte hastalıkların gelişimini etkileyen epigenetik değişikliklere neden olduğunu varsaymaktadır [1]. İkinci Dünya Savaşı'nda Hollanda'daki kıtlık sırasında gebe olan kadınların yetişkin yavrularının sağlık durumu hakkındaki çalışmalar bu hipotezi desteklemektedir [2].

Gebelikte maternal enerji ihtiyacı gebe olmayan kadınlara göre artmıştır. Gebeliğin 3. trimesterinde maternal bazal metabolizma hızı, gebe olmayanlarla karşılaştırıldığında %10-20 artmıştır. İkiz gebeliği olanlarda bu artış %10 daha fazladır [3]. Dünya Sağlık Örgütü'nün değerlendirmesine göre, normal bir gebelikteki toplam enerji ihtiyacı, 77.000 kcal olup birinci trimester için ilave edilmesi gereken miktar 0 kcal/gün, ikinci trimester için 340 kcal/gün, üçüncü trimester için 452 kcal/gün düzeyindedir [4]. Kalori alımı yetersiz olduğunda fetal büyüme ve gelişme olumsuz yönde etkilenir. Gebelerde günlük kalori gereksinimi 2200-2900

<sup>1</sup> Op. Dr. Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, dr.soykan@hotmail.com

<sup>2</sup> Doç. Dr. Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, driguler@yahoo.com



## Klinisyenler için Pratik Beslenme İzlemi

1. Gebeye her türlü yiyeceği istediği miktarda tüketebileceği ve tuz kullanabileceğini öğütleyin
2. Sosyoekonomik koşulları kötü olan gebeler için yeterince besin aldığından emin olun.
3. Kilo alımını izleyin. İdeal olan kilo alımı normal vücut kitle indeksine (VKİ) sahip olan bir kadında yaklaşık 11-16 kg'dır.
4. Bazen besinsel olarak yanlış diyeti saptamak için gebeleri periyodik olarak çağırarak besin alımını araştırın.
5. Günlük en az 27 mg elemental demir sağlayan ilaç vermek gerekir. Gebelikten önce ve erken haftalarda folat desteği verin. Bilinen yetersizlik alanlarında iyot desteği sağlayın.
6. Gebelerde anemi için özellikle 28 ile 32. haftalarda hematokrit veya hemoglobinin konsantrasyonunu değerlendirin.

## Gebelikte Kaçınılması Gereken Yiyecekler

- Şarküteri salataları
- Şarküteri etleri
- Çiğ lahana
- Pastörize edilmemiş(çiğ) süt ve süt ürünleri
- Pastörize edilmemiş meyve suları
- Çiğ ve kısmen pişirilmiş yumurtalar( çiğ yumurta içeren yiyecekler)
- Çiğ veya az pişmiş kümes hayvanları eti, et, balık, kabuklu deniz ürünleri
- Tütsülenmiş balık

## Kaynaklar

1. Barker DJ, Thornburg KL. The obstetric origins of health for a lifetime. Clin Obstet Gynecol 2013; 56: 511.
2. Roseboom T, de Rooij S, Painter R. The Dutch famine and its long-term consequences for adult health. Early Hum Dev 2006; 82:485.
3. Shinagawa S, Suzuki S, Chihara H, Otsubo Y, Takeshita T, Araki T Maternal Basal Metabolic Rate in Twin Pregnancy. Gynecologic and Obstetric Investigation 2005;60: 145-148
4. Jebeile H, Mijatovic J, Louie JCY, Prvan T, Brand-Miller JC. A systematic review and meta-analysis of energy intake and weight gain in pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2016 Apr;214(4):465-483. doi: 10.1016/j.ajog.2015.12.049. Epub 2015 Dec 29. PMID: 26739796.



5. Institute of Medicine. Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines <http://iom.edu/Reports/2009/Weight-Gain-During-Pregnancy-Reexamining-the-Guidelines.aspx> (Accessed on June 18, 2015).
6. Stephens TV, Payne M, Ball RO, Pencharz PB, Elango R. Protein requirements of healthy pregnant women during early and late gestation are higher than current recommendations. *J Nutr.* 2015 Jan;145(1):73-8. doi: 10.3945/jn.114.198622. Epub 2014 Sep 24. PMID: 25527661.
7. Ota E, Tobe-Gai R, Mori R, Farrar D. Antenatal dietary advice and supplementation to increase energy and protein intake. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; :CD000032.
8. Institute of Medicine. Dietary reference intakes: The essential guide to nutrient requirements. National Academies Press; Washington, DC 2006.
9. Innis SM. Trans fatty intakes during pregnancy, infancy and early childhood. *Atheroscler Suppl* 2006; 7:17.
10. Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Dowswell T, Viteri FE. Intermittent oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; CD009997.
11. Institute of Medicine. Iron deficiency anemia: Recommended guidelines for the prevention, detection, and management among U.S. children and women of childbearing age. National Academy Press; Washington, DC 1993.
12. [http://ods.od.nih.gov/factsheets/Calcium\\_pf.asp](http://ods.od.nih.gov/factsheets/Calcium_pf.asp) (Accessed on June 22, 2015).
13. Buppasiri P, Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Ngamjarus C, Laopaiboon M. Calcium supplementation (other than for preventing or treating hypertension) for improving pregnancy and infant outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; CD007079.
14. Carducci B, Keats EC, Bhutta ZA. Zinc supplementation for improving pregnancy and infant outcome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021 Mar 16;3(3):CD000230. doi: 10.1002/14651858.CD000230.pub6. PMID: 33724446; PMCID: PMC8094617.
15. Fawzi W.W., Msamanga G.I., Urassa W, Hertzmark E, Petraro P, Willett WC et al., Vitamins and Perinatal Outcomes among HIV-Negative Women in Tanzania; *N Engl J Med* 2007;356:1423-31.
16. World Health Organization. Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995 to 2005: WHO global database on vitamin A deficiency, 2009. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44110/1/9789241598019\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44110/1/9789241598019_eng.pdf) (Accessed on March 01, 2017).
17. Molloy A. M.,Quadros E.V.,Sequeira J.M., Troendle J.F.,Scott J.M.,Kirke P.N. et al., Lack of Association between Folate-Receptor Autoantibodies and Neural-Tube Defects; *N Engl J Med* 2009;361:152-60.
18. Boskovic R., Einarson A., Maltepe C. Wolpin J., Koren G Diclectin Therapy for Nausea and Vomiting of Pregnancy: Effects of Optimal Dosing; *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2003;830-833
19. Rumbold A, Ota E, Nagata C, Shahrook S, Crowther CA. Vitamin C supplementation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Sep 29;(9):CD004072. doi: 10.1002/14651858.CD004072.pub3. PMID: 26415762.
20. Chester DN, Goldman JD, Ahuja JK, Moshfegh AJ. Dietary Intakes of Choline: What We Eat in America, NHANES 2007-2008. Food Surveys Research Group Dietary Data Brief No. 9. October 2011. <http://ars.usda.gov/Services/docs.htm?docid=19476> (Accessed on April 22, 2016).
21. Bi WG, Nuyt AM, Weiler H, Leduc L., Santamaria C., Wei SQ Association Between Vitamin D Supplementation During Pregnancy and Offspring Growth, Morbidity, and Mortality: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2018; 172:635.



## ANTENATAL BAKIM

22. Christopher M. Zahn, MD; Joseph R. Wax, MD; Yasser Y. El-Sayed, MD; and Jeffrey L. Ecker, MD. Update on seafood consumption during pregnancy. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2017
23. Dietz P.M., England L.J., Shapiro-Mendoza Carrie K., Tong Van T., Farr Sherry L., Callaghan William M. Infant Morbidity and Mortality Attributable to Prenatal Smoking in the U.S. *Am J Prev Med* 2010;39(1):45-52
24. Rasmussen, Kathleen M, et al. New guidelines for weight gain during pregnancy: what obstetrician/gynecologists should know. *Current opinion in obstetrics & gynecology* 2009; 21(6): 521-6