

ОЦЕНКА ПРИБАВКИ МАССЫ ТЕЛА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

*И.К. Байтерьяк, А.Х. Яруллин, И.И. Байтерьяк, А.А. Акинфиев, Н.Б. Ахметзянова,
Н.Н. Крупина, Р.П. Малинкина*

*Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — доктор мед. наук И.Ф. Фаткуллин)
Казанского государственного медицинского университета*

К настоящему времени в системе диспансерного учета беременных женщин достигнуты определенные успехи: повысился процент ранней явки, дорожной госпитализации, многопрофильного обследования, лечения, стационарного родоразрешения и т.д. По данным различных авторов [1, 2, 4, 5], частота поздних токсикозов снизилась с 5—6% до 2,1%. Тем не менее эта проблема достаточно остра в связи с тем, что она может вызвать другие осложнения перинатального характера и витально угрожающие состояния для беременной.

На состоявшемся пленуме правления научного общества акушеров-гинекологов России (1996 г.) было подчеркнута важное значение взвешивания беременной при каждой ее явке в ранней диагностике поздних гестозов, декомпенсаций сердечной деятельности, функционирования почек, печени и др. Данное обследование как обязательный тест включено в программу диспансеризации беременных и получило повсеместное распространение. Однако существенным его недостатком, достоверно влияющим на качество результатов, является отсутствие нормативов прибавки веса, учитывающих исходную массу тела. Используемые показатели интегральны и не рассчитаны на женщин местной диаспоры. Весо-ростовые показатели (ВРП) Брона, Кетля, Пондерила—Шифлиса по национальным условиям и режиму питания существенно отличаются от принятых в Российской Федерации. Среди российских женщин широко распространено алиментарное ожирение, в том числе и среди беременных с частотой от 5,3 до 16% [3].

В течение пяти лет на двух участках женской консультации № 6 Приволжс-

кого района г. Казани велись наблюдения за беременными в целях унифицирования оценки нарастания массы тела. На учет ставили первобеременных в возрасте от 18 до 35 лет на сроках 8—9 недель гестации, у которых исключали экстрагенитальную патологию, способную нарушить паритетность объемов циркулирующей жидкости и циркулирующей крови.

По специальной программе обследована 2741 женщина. Для систематизированного отражения реально существующего признака — массы тела — построен вариационный ряд с классовым промежуток в 2 кг. При таком шаге вариационного ряда определились 30 классов — весовых категорий беременных. На учет были поставлены женщины, у которых масса тела не превышала 40 кг и даже была меньше — 36 кг (родоразрешена путем кесарева сечения, масса тела плода — 4150 г, что составляло 13% от массы тела самой женщины). У 11 беременных масса тела достигала 100 кг и более, а у одной — 120 кг (родоразрешена естественным путем при доношенном сроке, масса тела плода — 3000 г, то есть 2,5% от массы тела роженицы). Данные обеих женщин были исключены из статобработки как феноменальные.

Вариационный ряд включал полный объем первичного материала по измерению одного признака у всех представителей изучавшейся группы. Разнообразие объектов, составляющих группу, — основное свойство всякой совокупности, по которой составляется вариационная кривая с нормальным распределением и двумя модальными классами. По законам биометрии была произведена аппроксимация 30 классов в десять

Нормативы прибавки веса у беременных при физиологическом гестационном развитии

Весовая группа, кг	Частота, %	Прибавка массы тела при гестационном развитии		
		за I половину	за II половину	за весь период
До 44	5	3,64±0,92	5,27±1,12	8,91±1,02
45—49	6	3,59±1,26	5,81±2,36	9,40±1,82
50—54	8	3,64±1,63	5,72±2,71	9,36±2,17
55—59	10	3,72±2,41	6,20±2,69	9,97±2,55
60—64	12	3,69±2,22	6,18±2,29	9,86±2,26
65—69	18	4,22±1,41	6,59±2,61	10,82±2,01
70—74	10	3,47±1,70	7,62±2,46	11,16±2,08
75—79	10	4,19±1,85	8,08±2,27	12,27±2,06
80—84	5	4,21±1,82	8,51±2,03	12,72±1,92
Свыше 85	5	4,32±1,62	8,75±2,14	13,67±1,86

в пределах разброса сигмы, равной 2,0. Беременным рекомендовалось питание, свойственное их образу жизни и потребностям, а не диета, исключавшая переизбыток. Посещение женской консультации осуществлялось в еженедельном режиме. Было зарегистрировано за период беременности по 28—30 явок женщин (см. табл.).

Таким образом, нормативы нарастания массы тела, рассчитанные исходя из числа женщин и количества посещений ими консультаций, отвечают высоким требованиям вероятности безошибочных прогнозов. Они предложены нами для практического применения в женских консультациях и стационарах акушерской службы республики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадяжина В.И. Организация работы в женской консультации. — М., 1984.
2. Грищенко В.И. Диагностика поздних токсикозов у беременных. — М., 1978.

3. Прохоров В.Н. Процессы липидной пероксидазы у беременных с ожирением. /Сб.: Акт. вопр. акуш. и гин. на совр. этапе. — Пермь, 1989. — С. 91.

4. Федорова М.В. Диагностика и лечение внутриутробной гипоксии плода. — М., 1982.

5. Шехтман М.М. Заболевания почек у беременных. — М., 1980.

Поступила 19.09.97.

ESTIMATION OF THE BODY MASS INCREASE IN EARLY DIAGNOSIS OF COMPLICATIONS IN PREGNANTS

I. K. Baiteryak, A. Kh. Yarullin, I. I. Baiteryak, A. A. Akinfiyev, N. B. Akhmetzyanova, R. P. Malinkina, N. N. Krupina

S u m m a r y

The investigations to reveal the regulations of the body mass increase in women were performed within 5 years on a special program at two sectors of the women's consultation clinic. Women were registered (2741 persons) for gestation periods of 8—9 weeks with weekly presence. The data were processed on computer following the biometry laws. The regulations of the body mass increase in women of ten weight categories within first and second half of pregnancy development and within 40 weeks as a whole are derived.