

АО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА»

Тема: Интерпретация гравидограмм

Амирова Ш.А.

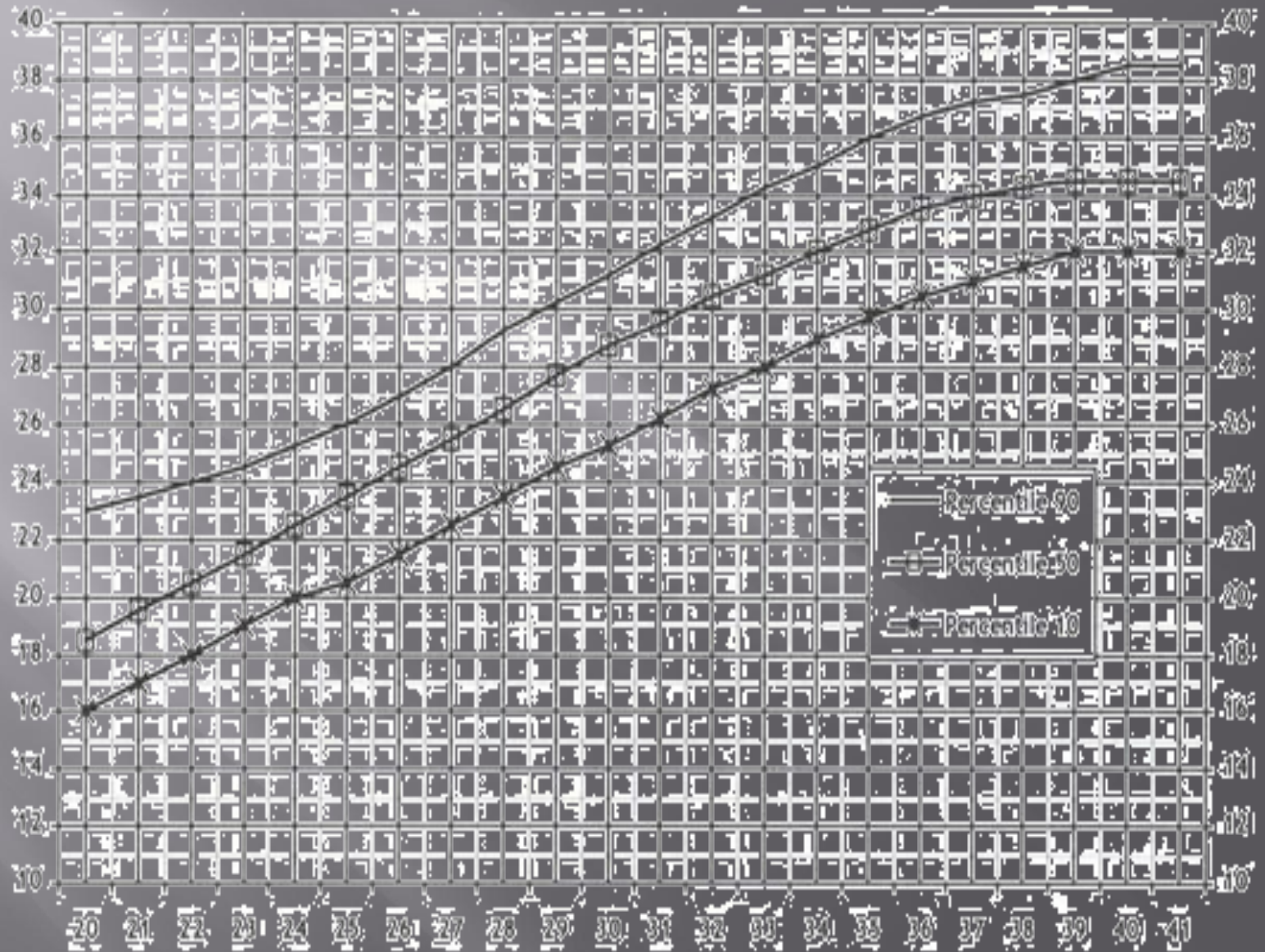
Астана 2013

▣ ГРАВИДОГРАММА



- ▣ Ведение гравидограммы обязательно при каждом посещении во втором и третьем триместре. На гравидограмме отмечается высота стояния дна матки (ВДМ) в см (на вертикальной оси) соответственно сроку беременности (на горизонтальной оси). Строится график изменения ВДМ при беременности. *Важно не находжение измеренной высоты дна матки между линиями, а параллельность им.*

Недели беременности



- ▣ Различают три типа конституции или варианты соотношений основных размеров тела и отдельных его частей.
- ▣ Нормостенический (средний) тип - средний рост, правильное соотношение его с поперечными разделами тела, пропорциональные размеры головы, шеи, туловища и конечностей. Встречается наиболее часто.
- ▣ Астенический тип - высокий рост с преобладанием тела в длину над поперечными размерами
- ▣ Гиперстенический тип - невысокий рост с относительным преобладанием поперечных размеров тела.
- ▣ Состояние питания пациента в настоящее время чаще всего определяют используя индекс Кетле, называемый еще индексом массы тела. Индекс массы тела равен массе тела (кг), деленной на рост (в м) в квадрате.

- ▣ Индекс массы тела (ИМТ) = вес (кг) ÷ [рост (м)]²
- ▣ Индекс массы тела (индекс Кетле)
- ▣ в пределах 20 - 24,9 - свидетельствует об удовлетворительном питании
- ▣ в пределах 25 - 29,9 - свидетельствует об ожирении I - II степени
- ▣ в пределах более 30 - свидетельствует об ожирении III - IV степени

- При оценке величины прибавки массы тела в течение беременности учитывается массо-ростовой коэффициент (МРК) женщины в зависимости от характера телосложения ($\text{МРК, \%} = \text{масса тела, кг} \div \text{рост, см} \times 100$).
- Для женщин нормального телосложения МРК находится в пределах 35-41%;
- имеющих избыточную массу тела МРК - 42-54%;
- с недостаточной массой тела МРК - 30-34%.
- В каждой весовой категории женщин на гравидограмме представлены линии, отражающие границы нормальной прибавки массы тела во время беременности. При очередном взвешивании в графе "Масса, кг" отмечается величина массы тела, а точкой отмечается величина прибавки массы тела соответственно сроку беременности. Полученные точки соединяются между собой, образуя кривую, отражающую характер прибавки массы тела женщины в течение беременности.

- ▣ Выход кривой за границы нормы при последующих измерениях массы тела беременной является одним из признаков осложнений беременности (отеки, многоводие, маловодие и др.).
- ▣ Общая прибавка массы тела у всех беременных (с ранних сроков до 40 нед.) менее 7 кг или отсутствие ее нарастания в течение нескольких посещений врача может указывать на внутриутробную задержку роста плода.
- ▣ У женщин, имеющих первоначально недостаточную массу тела, допускается большая прибавка массы тела, чем у остальных. При отсутствии видимых отеков разгрузочные дни у этой категории беременных рекомендуется проводить после тщательного обследования, поскольку они могут относиться к риску наступления преждевременных родов или рождения детей с низкой массой тела.

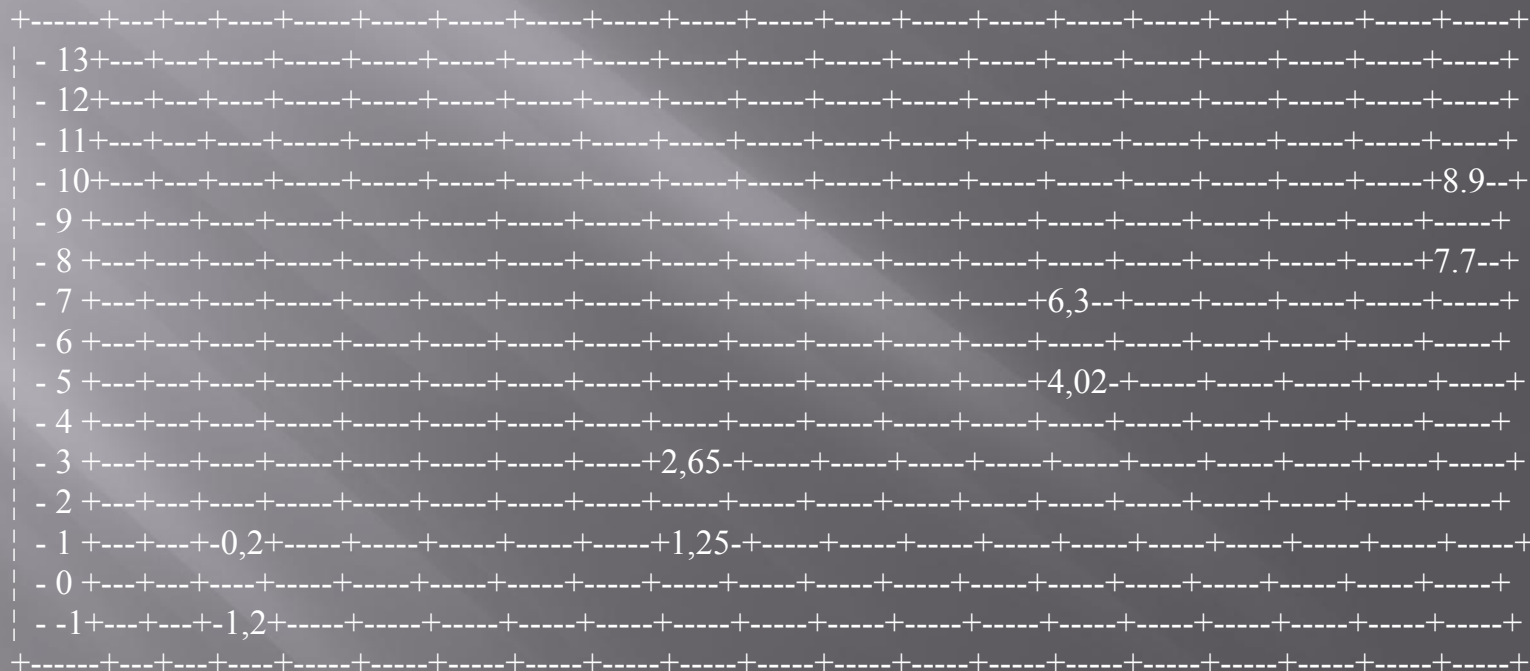
График для беременных с ожирением

Масса - ростовой | Средняя величина прибавки массы тела у беременных с ожирением /M +/- 16; 8,3 +/- 2,12/

коэффициент | 48,36 +/- 6,31%

162 +/- 68 г до 20 нед. | 367 +/- 30 г 21-30 нед. | 268 +/- 53 г 31-40 нед.

Недели | 5-6 | 7-8 | 9-10 | 11-12 | 13-14 | 15-16 | 17-18 | 19-20 | 21-22 | 23-24 | 25-26 | 27-28 | 29-30 | 31-32 | 33-34 | 35-36 | 37-38 | 39-40 | 41-42



Масса |
кг |

■ Список литературы

- Макацария А.Д., Бицадзе В.О. Тромбофилии и противотромботическая терапия в акушерской практике / А.Д.Макацария, В.О. Бицадзе. — М.: Триада-Х, 2003. — 904 с.
- Николаева Е.И., Бобкова М.В. HELLP-синдром или острый жировой гепатоз беременных / Е.И. Николаева, М.В.Бобкова // Медицинская помощь. — Медицина, 1994. — № 2. — С. 23–25.
- Сидорова И.С. Гестоз / И.С. Сидорова. — М., 1997. — С. 130–136.
- Суров А.В. Hellp-синдром в акушерстве / А.В. Суров // Акушерство и гинекология. — 1997. — № 6. — С. 7–9.
- Савельева Г.М., Шалина Р.И., Белякова Г.И. HELLP-синдром: этиология, патогенез, диагностика, лечение / Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, Г.И. Белякова // Вестник российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 1997. — № 2. — С. 33–37.
- Хадасевич Л.С., Харева О.В., Абрамов А.А. Преэклампсия беременных, осложнённая HELLP-синдромом / Л.С.Хадасевич, О.В. Харева, А.А. Абрамов // Архив патологии. — 1999. — Т. 61, № 6. — С. 41–43.