

УДК 618.3-008.6

© Колектив авторів, 2011.

ОСОБЛИВОСТІ ТРОФОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ВАГІТНИХ З РАННІМ ГЕСТОЗОМ

Т. В. Ковалюк, В. О. Бенюк, В. Я. Голота, І. А. Усевич, В. Л. Колесник

*Кафедра акушерства і гінекології №3 (зав. кафедри – проф. В. О. Бенюк),
Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ.*

FEATURES OF WOMEN TROPHOLOGICAL STATUS WITH NAUSEA AND VOMITING IN EARLY PREGNANCY

T. V. Kovalyuk, V. O. Benyuk, V. Y. Golota, I. A. Usevich, V. L. Kolesnik

SUMMARY

The article presents the results of the trophological status study in 235 pregnant women with nausea and vomiting in early pregnancy. The performance of body mass index, anthropometric data of thickness of skin and fat folds is demonstrated, point estimates the percentage of fat component in the body of pregnant women.

ОСОБЕННОСТИ ТРОФОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БЕРЕМЕННЫХ С РАННИМ ГЕСТОЗОМ

Т. В. Ковалюк, В. А. Бенюк, В. Я. Голота, И. А. Усевич, В. Л. Колесник

РЕЗЮМЕ

В статье представлены результаты изучения трофологического статуса 235 беременных женщин с проявлениями раннего гестоза. Продемонстрированы показатели индекса массы тела, антропометрические данные толщины кожно-жировых складок, приведены расчеты процентного содержания жирового компонента в организме беременных женщин.

Ключові слова: ранній гестоз, трофологічний статус, індекс маси тіла.

XXI століття – час феноменальних змін: надзвичайно швидко оновлюються і збільшуються в об'ємах знання людини, розширюються межі та швидкості пересувань, з'являються непередбачувані шляхи вирішення проблем та постають нові життєві питання, формуються нові традиції та звички на основі науково-соціальних досягнень. Але залишаються незмінними основні завдання акушерства – збереження репродуктивного здоров'я, забезпечення фізіологічного перебігу вагітності та пологів, народження здорової дитини.

В аспекті забезпечення фізіологічного перебігу вагітності і до сьогодні не вирішена проблема гестозу. Близько 60-90% вагітних страждають від нудоти, гіперсалівації, ранкового блювання, специфічних харчових вподобань [1, 8]. Часто симптоми раннього гестозу є першою маніфестною ознакою початку вагітності. Ранній гестоз суттєво погіршує якість життя вагітної жінки та її оточуючих, зменшує ефективність праці, збільшує кількість днів непрацездатності та сприяє виникненню інших форм акушерської патології, таких, як гіпотензія, залізодефіцитна анемія, загроза переривання вагітності, пізній гестоз, а також перинатальної патології (хронічна гіпоксія та гіпотрофія плода, дефекти розвитку нервової системи, асфіксія новонароджених) [2, 4].

У другій половині XX століття виникла наука трофологія, основи якої розробляв радянський фізіо-

лог Олександр Михайлович Уголев. Трофологія інтегрувала теорію адекватного харчування, еволюційну фізіологію, теорію універсальних елементарних функціональних блоків, метатехнологічний підхід, який об'єднує загальні закономірності природних і штучних (створених людиною) технологій [5, 6]. З того часу дослідження харчового (нутритивного, аліментарного, трофологічного) статусу і його вплив на стан здоров'я та розвиток патологічних станів займає провідне місце в різних галузях медицини. Трофологічний статус – станнутривної забезпеченості організму в даний період часу, який визначає роботу (функціонування) органів та метаболічних систем організму. Опубліковані дані, що близько 40% пацієнтів, які знаходяться в стаціонарах, мають трофологічні порушення різного ступеню вираженості. Затрати на лікування пацієнта з нормальним трофологічним статусом в 1,5-5,0 разів менші, ніж зі змінним [3]. Будь-які ознаки нездоров'я, як правило, свідчать про негарзди внутривної забезпеченості організму. Оцінка трофологічного статусу є важливим клінічним параметром і одним з основних чинників в прогнозуванні перебігу патологічного стану і повинна проводитися для кожного пацієнта [3, 5, 7].

Мета – оцінка трофологічного статусу вагітних з проявами раннього гестозу з подальшою розробкою методики прогнозування ймовірності гестозу у кож-

ної конкретної жінки на етапі планування вагітності та профілактики його розвитку.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

На першому етапі нами обстежено 235 вагітних з проявами раннього гестозу різного ступеню тяжкості, які звернулися до центральної жіночої консультації Святошинського району м. Києва або були направлені на стаціонарне лікування до пологового будинку №3 м. Києва.

Оцінку трофологічного статусу організму проводили за допомогою антропометричних методів. Антропометричні виміри є простим та доступним методом, який дозволяє за допомогою розрахункових формул оцінити склад тіла пацієнта та динаміку його зміни. На сьогодні експерти по харчуванню ВООЗ рекомендують використовувати при скринінговій оцінці трофологічного стану індекс маси тіла Кетле (ІМТ). Цей показник максимально корелює з масою тіла, вмістом жиру і фізіологічним станом організму та мінімально – з довжиною тіла.

Визначали ІМТ по формулі:

$$IMT = \frac{Маса\ тіла\ (кг)}{Зріст^2\ (м)}$$

Оцінка трофологічного статусу за показником індексу маси тіла проводиться у відповідності з таблицею, наведеною І. Є. Хорошиловим з співав. (2001).

Для оцінки трофологічного статусу важливе визначення процентного вмісту жиру. Його визначали за допомогою каліперметричного методу. Каліпером вимірювали товщину шкірно-жирової складки в чотирьох точках: на рівні середньої третини плеча над біцепсом і трицепсом, під кутом правої лопатки і на

рівні правої пахової області на відстані 2-3 см та вище пупартової зв'язки. Розрахувавши сумарну товщину шкірно-жирових складок по таблицях J.V. Durmin і J.C. Womersley, визначали відсоток жирового компоненту в організмі. Нормальним, чи бажаним, вмістом жирового компоненту в організмі здорової людини є діапазон 9,0-21,5% (в середньому 16,0-17,0%). При більш високих показниках вмісту жиру спостерігається зниження фізичної працездатності, порушення обмінних процесів та створюються умови до розвитку різноманітних патологічних станів.

Використовуючи обвідно-каліперометричний метод, розрахунковим способом визначали обвід м'язів плеча (ОМП).

$$ОМП(см) = ОП(см) - 0,314 ШЖСТ (мм.),$$

де ОП – окружність плеча в см, ШЖСТ – товщина шкірно-жирової складки над трицепсом в мм.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати визначення трофологічного статусу вагітних по показнику ІМТ надані в таблиці 1.

Як видно з наведених даних, чотири з п'яти жінок, що страждали на ранній гестоз мали надмірний трофологічний статус різного ступеню вираженості. Зокрема, надмірне харчування спостерігалось у 17,9±5,2% жінок, ожиріння 1-го ступеню зустрічалось в обстежуваній групі в 21,7±3,5%, ожиріння 2-го ступеню – 30,6±4,3%, ожиріння 3-го ступеню – 10,2±1,7% обстежених жінок. Вагітних з тяжким ступенем ожиріння було 2,6±0,4%. Також серед обстежених вагітних 11,9±2,1% мали ейтрофічний трофологічний статус, 3,4±0,9% – знижене харчування та 1,7±0,4% – недостатність харчування легкого ступеня.

Таблиця 1

Характеристика трофологічного статусу обстежених жінок по індексу маси тіла

ІМТ	Характеристика трофологічного статусу	Обстежувані жінки (n=235)	
		кількість, абс. ч.	кількість, %
17,0–18,4	Недостатність харчування легкого ст.	4	1,7±0,4
18,5–19,4	Знижене харчування	8	3,4±0,9
19,5–22,9	Нормальний (ейтрофічний)	28	11,9±2,1
23,0–27,4	Надмірне харчування	42	17,9±5,2
27,5–29,9	Ожиріння 1-го ступеню	51	21,7±3,5
30,0–34,9	Ожиріння 2-го ступеню	72	30,6±4,3
35,0–39,9	Ожиріння 3-го ступеню	24	10,2±1,7
40,0 і >	Ожиріння 4-го ступеню	6	2,6±0,4

Для оцінки трофологічного статусу нами також проведено вимірювання обводу середини плеча, тов-

щина шкірно-жирової складки над трицепсом плеча та розрахунок показника обводу м'язів плеча (табл. 2).

Таблиця 2

Характеристика певних соматометричних показників в групі обстежених вагітних

Трофологічний статус	Обвід плеча (см)	Товщина шкірно-жирової складки над трицепсом плеча (мм)	Обвід м'язів плеча (см)
Недостатність харчування легкого ст.	22,70±4,78	11,30±2,95	19,20±3,35
Знижене харчування	24,80±4,32	12,80±2,85	20,80±3,35
Ейтрофічний	26,50±5,78	14,20±3,25	22,00±3,58
Надмірне харчування	29,60±5,25	17,40±3,85	24,10±4,26
Ожиріння 1-го ступеню	34,60±6,76	21,30±3,65	27,90±3,65
Ожиріння 2-го ступеню	39,70±5,87	29,80±4,65	30,30±5,76
Ожиріння 3-4-го ступенів	45,90±6,98	39,30±8,03	33,60±4,08

Як видно з наведених даних, у обстежених жінок спостерігається наростання соматометричних показників відповідно до збільшення ступеня ожиріння. Так, обвід плеча збільшується на 32,7% у жінок з третім ступенем ожиріння в порівнянні з таким у жінок з першим ступенем і на 73,2% в порівнянні з таким у жінок з ейтрофічним статусом. Товщина шкірно-жирової складки над трицепсом у вагітних з третім ступенем

ожиріння зростає на 84,5% в порівнянні з відповідним показником при першому ступені ожиріння і на 176,8% в порівнянні з показником при ейтрофії.

Також ми визначали процент жиру в організмі обстежених жінок. Величина жирових відкладень в організмі людини є найбільш чутливим компонентом, який відображає, перш за все, енергетичну адекватність харчування.

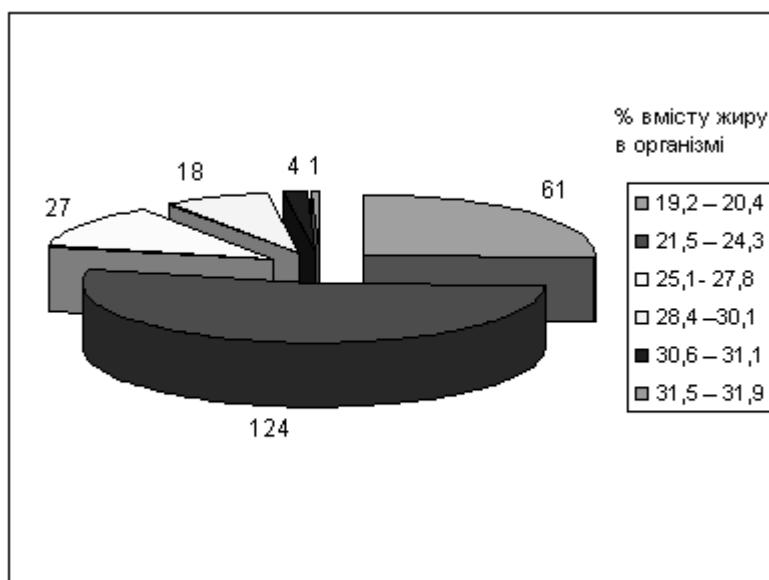


Рис. 1. Вміст жиру в організмі вагітних жінок обстеженої групи.

Як свідчать наведені дані, у 74,0% обстежених вагітних вміст жиру в організмі був вищим 22,0%. Як зазначають В.М. Луфт та А.Л. Костюченко (2002), при наявності показників вмісту жиру в організмі більше вказаної величини може спостерігатися зниження функціональних резервів організму.

ВИСНОВКИ

1. При оцінці трофологічного статусу у вагітних з проявами раннього гестозу встановлено переважання жінок з надмірним харчуванням. Вміст жиру в організмі у 74,0% обстежених жінок перевищував 22,0%.

2. Оцінка трофологічного статусу є зручним та доступним методом, який можна застосувати як критерій в прогнозуванні розвитку раннього гестозу у вагітних та у жінок, які планують вагітність.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гайдуков С. Н. Очерки акушерской патологии / Гайдуков С. Н. – СПб: СПбГПМА, 2002. – 372 с.
2. Кахиани М. И. Роль сбалансированного питания в течении и исходах беременности у женщин с различным трофологическим статусом : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец.

14.01.01 «Акушерство и гинекология» / М. И. Кахиани. – СПб, 2009. – 22 с.

3. Луфт В. М. Клиническое питание в интенсивной медицине. Практическое руководство / В. М. Луфт, А. Л. Костюченко. – СПб., 2002. – 176 с.

4. Патологічне акушерство. Том II /за ред. проф. В. О. Бенюка. – К.: «Професіонал», 2009. – 340 с.

5. Уголев А. М. Теория адекватного питания и трофология / Уголев А. М. – СПб: Наука, 1991. – 186 с.

6. Хорошилов И. Е. Новые подходы в лечебном

питании беременных и кормящих женщин : пособие для врачей / Хорошилов И. Е. – Петрозаводск: Интел-Тек, 2003. – 16 с.

7. Andreasen K. R. Obesity and pregnancy / K. R. Andreasen, M. L. Andersen, A. L. Schantz // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2004. – Nov. – Vol. 83 (11). – P. 1022–1029.

8. Fields S. J. Obesity and the risk of toxemia of pregnancy / S. J. Fields, M. Vainder, G. Livshits // Ann Hum. Biol. – 1996. – Sep-Oct. – Vol. 23 (5). – P. 353–362.