



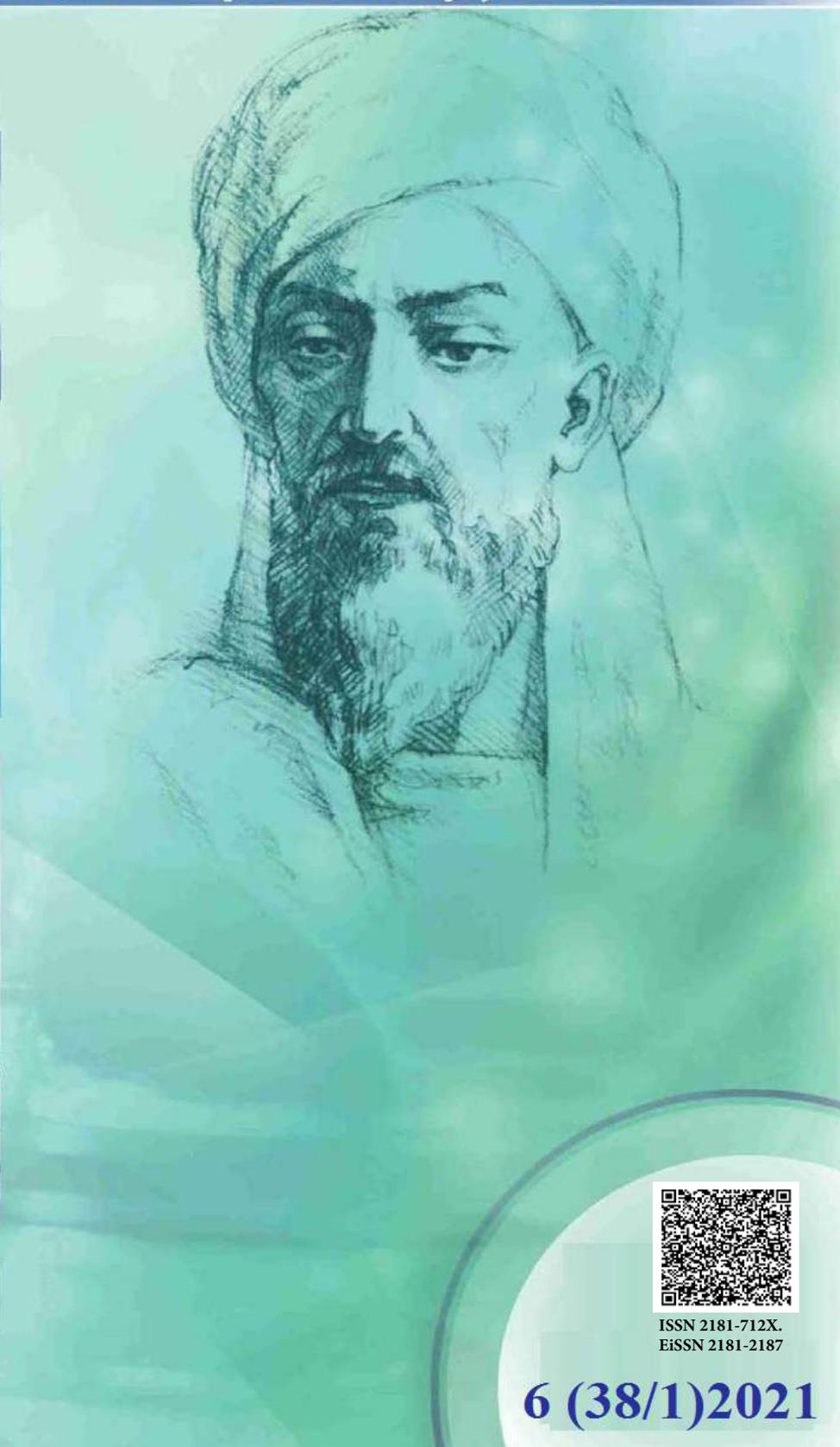
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

6 (38/1)2021

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.АБДУМАЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОЙЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ш.Э. ОМОНОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
К.Б. ШОДМАНОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
М.Ш. ХАКИМОВ
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПАТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN
MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

*Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

6 (38/1)

2021

ноябрь-декабрь

<i>Tukhtabaev G.M., Yusupbaev R.B., Tukhtabaev A.A.</i> STUDY OF MARKERS IN PREGNANT WOMEN WITH HYPERTENSIVE SYNDROME USING DAILY MONITORING OF BLOOD PRESSURE.....95	<i>Ganiev Abdurashid Ganievich</i> PECULIARITIES OF THE COURSE OF "ARVI" IN CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS.....152
<i>Fozilov F.A., Khamidov F.Sh., Zokirov Sh.K., Khamidova M.Z., Abdurahmanov A.A., Muminov M.M.</i> ASSESSMENT OF THE DEGREE OF SEVERITY ALOPECIA TOOL ALOPECIA AREATA IN ADOLESCENTS.....100	<i>Dr. Imran Aslam, Yuldashev S. J., Abdurakhmanova Z. E., Ibragimova E. F., Normetova S. Y.</i> PRACTICAL PROBLEMS OF DRUG TREATMENT157
<i>Haydarova G.A.</i> ACUTE PYELONEPHRITIS DURING PREGNANCY.....103	<i>Abdurazzakova M.D., Ismailova Sh.I.</i> MANAGEMENT OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN PREGNANT WOMEN WITH HEPATITIS C.....162
<i>Khaitov I.B., Tavasharov B.N.</i> ACTUAL PROBLEMS OF ECHINOCOCCOSIS OF LIVER AND PARASITIC WORM IN HUMAN PARASITOCENOSIS.....105	<i>Ganiev A.G., Nazarov K.D., Zhumaniyazova N.M.</i> ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN: CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL RISK FACTORS FOR BACTERIAL COMPLICATIONS, OPTIMIZATION OF THERAPY....165
<i>Xayrieva M.F.</i> FEATURES OF THE EXAMINATION OF REG IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE.....109	<i>Garifulina L.M., Goyibova N.S., Ibragimova Yu.B.</i> MECH ANISM OF DAMAGE TO THE FUNCTIONAL STATE OF KIDNEYS IN OBSESSED CHILDREN.....169
<i>Khamdamov I. B., Khamdamov A. B.</i> DIFFERENTIATED APPROACH TO THE CHOICE OF HERNIOPLASTY METHOD IN WOMEN OF FERTILE AGE.....112	<i>Hikmatova M. F., Khamdamova M.T.</i> COMPREHE NSIVE ANTHROPOMETRIC STUDY OF THE HEALTH STATUS OF GIRLS INVOLVED IN SPORTS.....174
<i>Khamdamova M.T., Barotova M.M.</i> COMPARATIVE ANALYSIS OF THE RESULTS OF LABORATORY TESTS IN WOMEN WITH CERVICAL PATHOLOGIES.....115	<i>Sobirova Mokhichekhra Rasuljan qizi.</i> A NEW LOOK AT THE SOLUTION TO THE PROBLEMS OF FEMALE GENITAL PROLAPSE.....179
<i>Khamidov F.Sh., Khamidova M.Z., Abduvaliev B.Sh., Nasriddinova N.B., Botirov K.Z., Kuchkarov A.A., Fozilov F.A.</i> VITILIGO AND PROTOPIK: INDEX OF VITILIGO PROGRESSION IN CHILDREN.....118	<i>Makhmudova S.E., Agababayan L.R.</i> PROGNOSIS AND EARLY DIAGNOSIS OF PREECLAMPSIA BASED ON ENDOTHELIAL PREDICTORS.....182
<i>Khamidova M.Chas., Khamidov F.Sh., Packages A.B., Aliyev L.M., Muminov M.M. Abdusamadov A.A., Pulatov B.T.</i> THERAPY OF ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN.....121	<i>N.A. Sultonova, M.N. Negmatullayeva</i> CAUSES OF MISSCARRIAGE IN EARLY GESTATION PERIOD.....187
<i>Xolmuradova Z. E., Garifulina L. M., Ashurova M. J. Qudratova G. N.</i> DETERMINATION OF MECHANISMS THAT DEVELOP ARTERIAL HYPERTENSION IN OBSERVANTS WITH OBESITY.....124	<i>Rabiev S.N., Khamdamova M. T.</i> FETOMETRIC CHARACTERISTICS OF THE FETUS DEPENDING ON THE TYPE WOMEN'S CONSTITUTIONAL BODY SHAPES.....191
<i>Sharipov R.X., Rasulova N.A.</i> COMPARATIVE EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF BRONCHODILATORS IN THERAPY OF BRONCHOOBSTRUCTIVE SYNDROME.....128	<i>Rakhmanova L.K., Rakhmanov A.M.</i> RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF KIDNEY AMYLOIDOSIS IN CHILDREN.....194
<i>Sharipova Latifa Xakimovna</i> FEATURES OF THE CARDIO-RESPIRATORY SYSTEM IN CHILDREN WITH VISUAL IMPAIRMENT.....131	<i>G.U. Sultanmuratova, G.S. Babadzhanova</i> ANALYSIS OF PREGNANCY, LABOR, CARBOHYDRATE AND LIPID METABOLISM IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH METABOLIC SYNDROME.....201
<i>Shernazarov F.Kh., Fayziev O.A.</i> STUDYING THE PREVALENCE OF THE PROBLEM OF FAST FOOD AMONG STUDENTS.....136	<i>Razikova I.S., Irsaliev F.X., Boboeva D.T., Saidvalieva N.B., O'runov D.D., Ergashev F.B.</i> RESPIRATORY ALLERGOSIS METHODS OF ETIOLOGICAL TREATMENT.....206
<i>Ergasheva Yu.Y.</i> RISK OF SUICIDE IN SOMATOFORM DISORDERS.....139	<i>Boltaeva M.M., Akhmedov F.K.</i> THE CURRENT STATE OF THE PROBLEM OF CAESAREAN SECTION.....212
<i>Eshbayev E.A., Yusupova M.A.</i> MORPHOLOGY AND HYSTOCHEMISTRY OF ACTIVATIVE LIVER DYSTROPHY OF PREGNANT WOMEN.....143	<i>Botirov K.Z., Khamidov F.Sh., Tursunbaeva M., Kuchkarov A.A., Nasriddinova N.B., Abdurahmonov A.A., Pulatov B.T.</i> EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF COMPREHENSIVE TREATMENT OF PATIENT CHILDREN WITH STREPTODERMIA BULLOSIS IN PEDIATRIC PRACTICE.....216
<i>Yuldasheva G.G.</i> MODERN ASPECTS OF PERINATAL MORBIDITY AGAINST THE BACKGROUND OF PREECLAMPSIA.....147	<i>G.Sh. Mavlonova</i> EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE TREATMENT OF JUVELE UTERINE BLENDING IN GRILS219

**ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ,
РОДОВ, УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНОВ У ЖЕНЩИН
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

Г.У. Султанмуратова¹, Г.С. Бабаджанова²

¹Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, г. Ургенч, Республика Узбекистан

²Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Республика Узбекистан

✓ **Резюме**

Частота встречаемости ожирения во время беременности составляет 12,3–38%. Такие пациентки подвержены в 2–3 раза большему риску развития гестационного сахарного диабета (ГСД) а их дети – риску развития макросомии. Нами обследовано 88 беременных женщин, госпитализированных в перинатальный центр Хорезмской области. Были изучены частота возникновения осложнений беременности и родов, а также показатели углеводного и липидного обменов. У женщин с МС беременность чаще осложняется не вынашиванием, преэклампсией, развитием ГСД, макросомии плода и оперативным родоразрешением, характеризуется нарушениями углеводного и липидного обмена. Это указывает на необходимость проведения подготовки к планируемой беременности.

Ключевые слова: метаболический синдром, беременность, репродуктивный возраст, ожирение, липидный обмен, углеводный обмен.

**ANALYSIS OF PREGNANCY, LABOR, CARBOHYDRATE AND LIPID METABOLISM IN
WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH METABOLIC SYNDROME**

G.U. Sultanmuratova¹, G.S. Babadzhanova²

¹Urgench branch of the Tashkent medical academy, Urgench city, Republic of Uzbekistan

²Tashkent medical academy, Tashkent, Republic of Uzbekistan

✓ **Resume**

The incidence of obesity during pregnancy is 12.3–38%. Such patients are at 2–3 times higher risk of developing gestational diabetes mellitus (GDM), and their children are at risk of developing macrosomia. We examined 88 pregnant women hospitalized in the perinatal center of the Khorezm region. We studied the incidence of complications of pregnancy and labor, as well as indicators of carbohydrate and lipid metabolism. In women with metabolic syndrome, pregnancy is more often complicated by miscarriage, preeclampsia, the development of GDM, fetal macrosomia and operative delivery, and is characterized by disorders of carbohydrate and lipid metabolism. This indicates the need for preparation for the planned pregnancy.

Key words: metabolic syndrome, pregnancy, reproductive age, obesity, lipid metabolism, carbohydrate metabolism.

**МЕТАБОЛИК СИНДРОМ БЎЛГАН РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА
ҲОМИЛАДОРЛИК ВА ТУҒРУҚНИНГ КЕЧИШИ, ЛИПИД ВА УГЛЕВОД
АЛМАШИНУВИНИНГ ТАҲЛИЛИ**

Г.У. Султанмуратова¹, Г.С. Бабаджанова²

¹Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали, Урганч шаҳри, Ўзбекистон Республикаси

²Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон Республикаси

✓ Резюме

Семизлик ҳомиладорлик даврида 12,3-38% ҳолатларда учрайди. Бундай беморларда ҳомиладорлик қандли диабетни ривожланиши хавфи 2-3 баравар юқори бўлади, болалари эса макросомия ривожланишига мойил бўлишади. Биз Хоразм вилояти перинатал марказига ётқизилган 88 ҳомиладор аёлни текширдик ва ҳомиладорлик ва тузруқ асоратлари, шунингдек углевод ва липид алмашинуви кўрсаткичларини ўрганиб чиқдик. Метаболик синдром бўлган аёлларда ҳомиладорлик кўпинча ҳомила тушиши, преэклампсия, ҳомиладорлик қандли диабетни ривожланиши, ҳомила макросомияси, оператив тузруқ билан мураккаблашади ва шу билан бирга углевод ва липид алмашинуви бузилиши билан ҳам тавсифланади. Бу ўз навбатида режаслаштирилган ҳомиладорлик учун тайёргарлик зарурлигини кўрсатади.

Калит сўзлар: метаболик синдром, ҳомиладорлик, репродуктив ёшдаги аёллар, семизлик, липид алмашинуви, углевод алмашинуви.

Актуальность

Метаболический синдром (МС) представляет собой комплекс метаболических, гормональных и клинических нарушений, в основе которых лежит инсулинорезистентность и компенсаторная гиперинсулинемия [2, 5, 9]. Согласно данным ВОЗ, 1,7 млрд человек на планете имеет избыточный вес, 60% из которых составляют женщины старше 30 лет. Одним из главных признаков МС является ожирение. МС и ожирение, которыми страдают каждый 5-й человек планеты, признаны неинфекционной пандемией современности из-за высокой и нарастающей распространенности в мире. Этот рост составляет 10% от их предыдущего количества за каждые 10 лет. Распространенность ожирения среди беременных женщин отмечается в пределах 12,3–38% случаев [3, 4]. Чрезмерное гестационное увеличение массы тела (ГУМТ) зачастую обусловлено отсутствием должного контроля врача, обеспечивающего антенатальный уход за беременной женщиной. По данным R.L. Emery и соавт. (2018), 50–80% беременных с ожирением не получают правильных рекомендаций по питанию, образу жизни, допустимой прибавке массы тела.

Избыточный вес влияет на репродуктивное здоровье женщин и является одной из причин развития экстрагенитальной патологии у беременных. По данным ряда авторов экстрагенитальные заболевания являются причиной материнской смертности в 12-20% и в 40% - перинатальной заболеваемости и смертности [7, 8]. Участие терапевта в ведении беременных стало сегодня необходимым в антенатальном уходе.

Со стороны акушеров-гинекологов актуальность проблемы МС рассматривается, прежде всего, в плане реализации

репродуктивной функции [10]. Акушерско-гинекологические проблемы представляются в виде двух направлений: 1) планирование беременности, 2) вынашивание беременности. При планировании беременности женщины сталкиваются с такими патологиями как ановуляция, бесплодие, невынашивание беременности.

А в случае вынашивания беременности - угроза прерывания, фетоплацентарная недостаточность, преэклампсия и эклампсия, дистоция плечиков при фетальной макросомии, кровотечения в родах и послеродовом периоде, высокая частота оперативных вмешательств и индукции родов.

Преэклампсия на фоне МС протекает более тяжело, чем «чистая» форма и возникает в более раннем гестационном сроке. По данным литературы частота развития преэклампсии у женщин с МС достигает 75-80% [10]. МС является фактором риска развития гестационного сахарного диабета (ГСД). Частота развития данного осложнения на фоне МС составляет 1-14% [1, 3]. Срок беременности не влияет на прогрессирование диабета, однако нарушения углеводного обмена возникают чаще на 24-28 неделях беременности, так как в этот период активно функционирует плацента, продуцирующая ряд контринсулярных гормонов и, прежде всего плацентарный лактоген. Однако недиагностированная или нелеченная гипергликемия во II или III триместрах беременности может привести к осложнениям в развитии плода. Наиболее часто при таком состоянии встречается макросомия. Инсулин матери через плаценту не проникает, он разрушается в ней ферментом инсулиназой. Поэтому в условиях хронической гипергликемии поджелудочная железа плода начинает вырабатывать избыточное количество собственного инсулина. Избыток

углеводов под воздействием инсулина плода преобразуется в жир. Сочетание гипергликемии матери и избыточной продукции инсулина у плода приводит к его макросомии. Увеличиваются печень, сердце, поджелудочная железа, происходит избыточное отложение подкожного жира и возникает диспропорция частей тела - диабетическая фетопатия [1, 3].

По данным ряда авторов, у пациенток с МС чаще наблюдается невынашивание беременности [10]. У женщин с ожирением и СПКЯ частота невынашивания беременности достигает 40–50%. [3, 4]. Это осложнение беременности связывают с наличием недостаточности лютеиновой фазы, яичниковой гиперандрогонии, гиперинсулинемии [4].

Частота самопроизвольных выкидышей до рождения первого ребенка у женщин с ожирением составляет 25–37% [3].

МС отягощает не только беременность, но и роды. Роды крупным плодом встречается у каждой третьей беременной с МС [2, 6]. Частым осложнением в родах является преждевременное излитие околоплодных вод, частота которого варьирует от 20 до 47%, что превышает таковую у здоровых беременных в 1,5–2 раза [2, 6]. МС оказывает негативное влияние на длительность родов, у 10–15% женщин в процессе родов развивается слабость родовой деятельности. Доля аномалий родовой деятельности в виде неудовлетворительного прогресса родов при МС в 2–2,5 раза выше, чем у женщин с нормальной массой тела [2]. Высокая частота осложнений родового акта при МС ведет к увеличению родовспомогательных пособий, частота оперативного родоразрешения возрастает в 2–4 раза. При МС увеличивается частота, как плановых кесаревых сечений, так и экстренных, которые чаще производят в связи с отсутствием эффекта от родовозбуждения, стимуляции родовой деятельности или при неубедительном состоянии плода, а также при тазово-головной диспропорции из-за крупного плода [6].

МС является фактором риска акушерских кровотечений в связи с наличием нарушений гемостаза у данного контингента женщин. Общеизвестно, что частота кровотечений при кесаревом сечении в 4 раза выше, чем при самопроизвольных родах. По данным литературы [2], число абдоминальных родоразрешений у рожениц с МС составляет до 30% - еще один фактор высокого риска акушерских кровотечений. Наиболее частые

показания к оперативному родоразрешению: клинически узкий таз, преэклампсия тяжелой степени, неубедительное состояние плода [6].

Для женщин с МС характерно частое возникновение осложнений в послеродовом периоде. Это связано с высокой частотой как оперативных вмешательств (рассечений промежности, часто связанных с крупным плодом, ревизии полости матки, производимых в связи с кровотечениями), так и оперативного родоразрешения. В структуре послеродовых заболеваний преобладают инфекционные и тромботические осложнения [2, 5, 10].

Таким образом, беременные с МС изначально формируют группу риска по невынашиванию, преэклампсии, развитию ГСД, макросомии плода, аномалиям родовой деятельности. Это диктует необходимость назначения дифференцированной специфической терапии в период подготовки к планируемой беременности пациенток с МС, направленной на коррекцию метаболических нарушений, что позволит не только пролонгировать беременность, но и предотвратить развитие осложнений.

Цель исследования. Изучить течение беременности и родов у женщин репродуктивного возраста с метаболическим синдромом и проанализировать состояние углеводного и липидного обменов.

Материал и методы

Нами проведено проспективное исследование 88 пациенток, госпитализированных в отделение гинекологии и патологии беременных перинатального центра Хорезмской области в 2020-2021гг соответственно срокам гестации. В основную группу вошли 48 беременных женщин с МС. В группу сравнения вошли 25 беременных с гестационным сахарным диабетом (ГСД) или СД 2го типа, АГ, дислипидемией, а также имевшие индекс массы тела (ИМТ) свыше 25 кг/м² до беременности. В контрольную группу вошли 15 беременных женщин с физиологическим течением беременности. В исследуемых группах сравнивалась частота возникновения осложнений беременности и родов, а также показатели углеводного и липидного обменов. Беременные основной группы разделены на подгруппы:

а) пациентки с инсулинорезистентностью и дислипидемией (n=12),

в) пациентки с АГ, инсулинорезистентностью и дислипидемией (n=15),

с) пациентки с АГ и дислипидемией (n=21).

В исследовании использованы клинические, акушерско-гинекологические, лабораторные - биохимические исследования крови, ультразвуковой и статистический методы обследования.

Результат и обсуждение

Средний возраст пациентов основной группы составил 31,0 (26,0–34,0) лет, в группе контроля – 28,0 (24,0–31,0) лет, а в группе сравнения – 28,5 (25,0–32,0) лет. Группы обследованных женщин были сопоставимы по возрасту, достоверных различий между группами не найдено. В структуре гинекологической патологии, выявленной в анамнезе, у беременных с МС преобладал синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – в 31,3%, миома матки наблюдалась в 16,7%, первичное бесплодие – в 8,3% случаев. Все эти пациентки получали прегравидарное лечение. В структуре экстрагенитальной патологии в основной группе преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы, которые выявлены у 40 (83,3%) беременных, среди них АГ I-II степени имели 36 (90%) пациенток. Патология щитовидной железы наблюдалась у 29 (64,4%) беременных основной группы исследования. В анамнезе у беременных с МС выявлена высокая частота прерывания беременности на ранних сроках гестации: неразвивающаяся беременность – в 8,3% случаев и самопроизвольный выкидыш – в 12,5% случаев по сравнению со здоровыми беременными ($p < 0,05$). Выявлено значимое различие у беременных основной группы по частоте развития преждевременных родов в анамнезе – в 22,9% ($p < 0,05$) по сравнению с группой контроля. Анализ возникновения гестационных осложнений в анамнезе показал значительно частое развитие у беременных с МС рвоты беременных – в 29,2% ($p > 0,05$), угрозы прерывания беременности – в 47,9%, преэклампсии лёгкой степени – в 16,7% ($p > 0,05$), нарушений маточно-плодово-плацентарного кровотока различной степени – в 37,5% ($p > 0,001$) по сравнению с показателями в группе контроля. Статистически значимые отличия выявлены по частоте возникновения аномалий родовой деятельности в 29,2% ($p > 0,05$) и тромбоэмболических осложнений – в 4,2% ($p > 0,05$) в анамнезе у

беременных с МС по сравнению с группой контроля.

Оценка степени нарушения жирового обмена. В основной группе исследования индекс массы тела (ИМТ) более 25 кг/м² до беременности имели 81,2% (39) беременных, среди них избыточную массу тела – 21% (10), ожирение I степени – 46% (22), ожирение II степени – 23% (11); ожирение III степени – 10% (5) пациентов. Среднее значение ИМТ беременных в основной группе исследования составило 33,4 (30,3–35,8) кг/м², что соответствовало I степени ожирения. Среднее значение ИМТ у беременных группы сравнения в в-подгруппе (с АГ, инсулинорезистентностью и дислипидемией) составило 34,2 (29,4–37,1) кг/м², у беременных с-подгруппы (с АГ и дислипидемией) – 34,2 (32,2–36,4) кг/м², у беременных а-подгруппы (с инсулинорезистентностью и дислипидемией) – 31,2 (29,2–33,5) кг/м². Не было выявлено статистически значимых различий в значениях ИМТ в подгруппах по сочетанию главных признаков МС.

Исследование углеводного обмена. Для диагностики ГСД всем беременным в основной группе был проведен пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ-75), определен уровень иммунореактивного инсулина и рассчитан индекс НОМА-IR: (уровень иммунореактивного инсулина, мкЕд/мл × уровень глюкозы, ммоль/л) / 22,5. По результатам исследований в основной группе ГСД выявлен в 70,4% (19); СД 2 типа страдали 29,6% (8) пациенток. Наибольших значений индекс НОМА-IR достиг у беременных в-подгруппы (с инсулинорезистентностью, дислипидемией и АГ) – 4,0. У беременных с-подгруппы (с инсулинорезистентностью и дислипидемией) индекс НОМА-IR составил 3,6, а у беременных а-подгруппы (при наличии АГ и дислипидемии) – 2,6, что является пороговым значением, склонным к повышению в поздние сроки гестации.

Исследование показателей липидного обмена выявило наличие дислипидемии у беременных с МС. Во всех исследуемых группах беременных показатели липидограммы (липопротеины низкой плотности (ЛПНП) (146.91±31,8 мг/дл) были в 3 раза ($p < 0,05$), триглицериды (201.25±43,5 мг/дл) - в 1,8 раза, общий холестерин (243.56±31,4 мг/дл) - в 1,5 раза выше этих показателей, чем у беременных группы контроля. Уровень липопротеинов высокой

плотности (ЛПВП) находился в пределах нормальных значений во всех группах, не обнаружено снижения значений менее 1,1 ммоль/л. Среднее значение ЛПВП основной группы составило $81.19 \pm 29,4$ мг/дл, было выше в 1,4 раза показателей контрольной группы.

Оценка клинического течения беременности и родов. При анализе течения гестационного периода у беременных с МС была выявлена более высокая частота угрожающего выкидыша в 56,3% (27) случаев против 12,9% (4) в группе контроля. Нарушение маточно-плодово-плацентарного кровообращения наблюдалось у 13 беременных (27,1%) основной группы против 6,5% (2) в группе контроля. Частота развития преэклампсии лёгкой ортиги степени у беременных основной группы составила 25% (12), что было значительно больше, чем в группе контроля – 3,2% (1) ($p > 0,01$). Преэклампсия тяжелой степени развилась только у беременных из основной группы в 18,8% (9) случаев. Длительное течение заболевания и отсутствие эффекта от проводимой терапии послужило показанием для досрочного родоразрешения у 1 беременной в сроке 25–26 недель, у 1 женщины – в 36–37 недель. В остальных случаях адекватная терапия позволила пролонгировать беременность и родоразрешить в сроке 37–40 недель. Преждевременные роды отмечались в 10,4% (5) случаев у беременных основной группы и в 3,2% (1) случае в контрольной группе ($p > 0,05$). Статистически значимые различия выявлены в основной и контрольной группах по частоте оперативного родоразрешения пациентов – 58,3% (28) – против 12,9% (4) соответственно.

Средний срок родоразрешения беременных с МС составил 38,3 (37,4–39,1) недель; 89,6% (43) беременных основной группы были родоразрешены в срок доношенной беременности.

В основной группе родилось 44 доношенных ребёнка, средняя масса тела которых составила 3245,0 (2930,0–3495,0) г, показатели физического развития новорожденных от матерей основной и контрольной групп не отличались ($p > 0,05$).

Выводы

У женщин с МС беременность чаще осложняется невынашиванием, преэклампсией, развитием ГСД, макросомией плода и оперативным родоразрешением,

характеризуется нарушениями углеводного и липидного обмена. Это указывает на необходимость проведения подготовки к планируемой беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Белоцерковцева Л.Д. Состояние углеводного и жирового обмена и риск перинатально патологии у беременных с ожирением / Л.Д. Белоцерковцева, Т.М. Васечко, Е.Н. Ерченко // Вестник новых медицинских технологий. – 2008. – Т.15, №2. – С.5.
2. Бутрова С.А. Метаболический синдром: патогенез, клиника, диагностика, подходы к лечению / С.А. Бутрова // Русский медицинский журнал. - 2001. - №2. – С. 56-60.
3. Савельева, И.В. Беременность и метаболический синдром: состояние проблемы / И.В. Савельева // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2010. - №2. - С. 28-31.
4. Геворкян, М.А. Метаболический синдром с позиций гинеколога / М.А.Геворкян // Лечащий врач. – 2007. – №3. – С. 79-83.
5. Особенности течения беременности родов и раннего неонатального периода у женщин с метаболическим синдромом / Н.В. Стрижова, И.К. Сиракян, А.В. Саркисова, А.С. Гавриленко, С.А. Хлынова // Акушерство и гинекология. – 2004. - №6. – С.22-24.
6. Дубоссарская, З.М. Метаболический синдром и гинекологические заболевания / З.М. Дубоссарская, Ю.А. Ду- боссарская // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2010.- №2. – С. 28-38.
7. Михалевич, С.И. Метаболический синдром в акушерстве/ С.И. Михалевич, А.В. Ещенко, Н.Л. Андреева // Искусство медицины. – 2011. - №1. – С.157-166.
8. Шляhto, Е.В. Метаболический синдром: прошлое, настоящее и будущее / Е.В. Шляhto, Е.И. Баранова, О.Д. Беляева // Эфферентная терапия. – 2007. – Т.13, №1. – С.74-75.
9. Bonora, E. The metabolic syndrome and cardiovascular disease / E. Bonora // *Arm Med.* – 2006. – Vol.38, №1. – P.64-80.
10. Метаболический синдром и тромбофилия в акушерстве и гинекологии / А.Д. Макария, Е.Б. Пшеничникова, Т.Б. Пшеничникова, Т.Б. Бицадзе. – Москва. ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. - 480 с.

Поступила 09.11.2021