

НОВОСТИ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

**ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

№ 3-4, 2022 (99-100)

ISSN 2091-5969

**ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ
ВА РЕПРОДУКТИВ САЛОМАТЛИК
ЯНГИЛИКЛАРИ**

Марказий Осиё илмий-амалий журнали

**THE NEWS
OF DERMATOVENEROLOGY
AND REPRODUCTION HEALTH**

Central Asian Scientific and Practical Journal



СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫЕ ИНФЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЕ ПО ИСПОЛНЕНИЮ НАКАЗАНИЙ
А.Р. Рузиев, Л.У. Анварова.....69

REPRODUKTIV YOSH DAGI AYOLLARDA JINSIY A'ZOLAR PROLAPSASINING RIVOJLANISHIDA AJRATILMAGAN BIRIKTIRUVCHI TO'QIMA DISPLAZIYASINING AHAMIYATI
R.Sh. Urinova, D.D. Saidjalilova.....71

ANAMNEZIDA REPRODUKTIV YO'QOTISHLARI BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARDA BACHADON BO'YNI KASALLIKLARI XUSUSIYATLARI
O.R. Shosaidova, N.G. Ashurova.....74

ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ РАСПРОСТРАНЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
Б.Б. Кореев.....75

ULTRASOUND SIGNS OF INTRAUTERINE FETAL INFECTION IN WOMEN WITH INTRAAMNIOTIC INFECTION
S.Sh. Rakhmanova.....77

AKUSHERLIK QON KETISHIGA YUQORI XAVFLI GURUHLAR VA ULARNING AKUSHERLIK ASORATLARDAGI ULUSHINI RETROSPEKTIV O'RGANISH
O.Y. Poyanov, N.R. Zokirova, N.N. Karimova.....78

SOMATIK PATOLOGIYASI BOR QAYTA INSULT BO'LGAN BEMORLARDA REABILITASIYA QILISH CHORALARI
N.Q. Salomova.....81

INTERLEYKIN- 10 (IL-10) NING PREEKLAMPSIYA RIVOJLANISHIDAGI O'RNI: TASHXIS VA BASHORATLASH
F.K. Ahmedov, M.N. Negmatullaeva, A.Sh. Inoyatov.....84

ЗНАЧИМЫЕ ФАКТОРЫ В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ
Н.Г. Ашурова.....86

EKSTRAKORPORAL URUG'LANTIRISHI (EKU) MAVJUD HOMILADOR AYOLLARDA HOMILANI KO'TARA OLMASLIK VA TROFOBLASTIK β -GLIKOPROTEIN DARAJASI O'RTASIDAGI ALOQA
D.D. Saidjalilova, D.B. Mirzayeva, H.A. Eshtimirova.....88

EKSTRAKORPORAL URUG'LANTIRISHDAN (EKU) KEYIN AYOLLARDA HOMILADORLIK VA TUG'RUQNING KECHISHI XUSUSIYATLARI
D.B. Mirzayeva, H.A. Eshtimirova, D.D. Saidjalilova.....91

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИФРОВОЙ КРАСНОЙ ФЛУОРЕСЦЕНЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ АКНЕ
А.Ш. Алиев, У.А. Ташкенбаева, Ф.Ф. Хашимов.....93

Случай из практики

БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫЙ РАК НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
М.Н. Солметова, А.Ш. Ваисов, М.А. Гафур-Ахунов, Д.Ю. Юлдашева, М.Д. Аллаева.....96

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Г.У. Султанмуратова, Г.С. Бабаджанова, Ж.Б. Назарбаев, Н.М. Керимова.....97

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА
А.Ш. Ваисов, Н.С. Саипова, Ж.К. Рустамов, Г.Ш. Тохтаев.....100

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ
Б.Б. Кореев, А.Р. Рузиев.....104

АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ВУЛЬВЫ
Дж.Ш. Полатова, В.С. Наврузова.....106

Обзор

ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН
И.А. Ваисов, Ш.А. Юсупова, Ж.М. Умаров.....110

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ
С.С. Арифов, З.Э. Эркинлар.....114

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ТЕЧЕНИИ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ НАДПОЧЕЧНИКОГО ГЕНЕЗА
Г.Д. Азизова.....118

ВНУТРИУТРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО АКУШЕРСТВА
А.Б. Ильясов.....122

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА МИКРОФЛОРУ КОЖИ В НОРМЕ И ПРИ ДЕРМАТОПАТОЛОГИИ
Б.И. Мухамедов.....126

МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СТАТУС И АЛОПЕЦИЯ
У.А. Ташкенбаева, Ф.Х. Аббосхонова.....130

ПАМЯТИ МАЛИКИ САМАТОВНЫ АБДУЛЛАХОДЖАЕВОЙ.....133

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Г.У. Султанмуратова¹, Г.С. Бабаджанова¹, Ж.Б. Назарбаев², Н.М. Керимова²

1 - Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Республика Узбекистан

2 - Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, г. Ургенч, Республика Узбекистан

В статье представлены результаты анализа факторов риска и причин чрезмерной прибавки веса у 51 женщин с метаболическим синдромом, впервые выявленным во время беременности и обратившихся в послеродовом периоде по поводу выбора метода контрацепции. Исследования показали, что развитие метаболического синдрома у обследованных женщин репродуктивного возраста происходит в результате немодифицируемых факторов, которые уже нельзя изменить (наследственность, перенесенные заболевания, возраст и социальный статус) и модифицируемых факторов (репродуктивный анамнез, репродуктивные потери, стресс, образ жизни, пищевые привычки и другие). Таким образом, анализ факторов риска чрезмерной прибавки веса во время беременности показал необходимость тщательного контроля акушер-гинекологом пищевых привычек и набора веса беременной, а также лечение сопутствующей соматической патологии при планировании беременности.

Ключевые слова: метаболический синдром, ожирение, беременность

Homiladorlik davrida ilk marotaba aniqlangan metabolik sindrom

G.U. Sultanmuratova, G.S. Babadjanova, J.B. Nazarbayev, N.M. Kerimova

Maqolada ilk marotaba homiladorlik davrida aniqlangan metabolik sindromli 51 nafar ayolning ortiqcha vazn sabablarini tahlil qilish natijalari va xavf omillari keltirilgan. Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, reproduktiv yoshdagi ayollarda metabolik sindrom rivojlanishini o'zgartirib bo'lmaydigan (irsiyat, o'tkazilgan kasalliklar, yosh va ijtimoiy holat) va o'zgartirilishi mumkin bo'lgan omillar (reproduktiv anamnez, reproduktiv yo'qotishlar, stress, turmush tarzi, ovqatlanish odatlari) ta'siri ostida yuzaga keladi. Shunday qilib, tadqiqotga ko'ra, homiladorlikni rejalashtirishda akusher-ginekolog ayolda birga keladigan somatik patologiya davolanishiga diqqatli bo'lishi va homilador ayolning ovqatlanish odatlari va vazn ortishiga e'tiborli bo'lishi zarur.

Tayanch so'zlar: metabolik sindrom, semizlik, homiladorlik.

Metabolic syndrome first detected during pregnancy

G.U. Sultanmuratova, G.S. Babadjanova, J.B. Nazarbayev, N.M. Kerimova

The article presents the results of an analysis of risk factors and causes of excessive weight gain in 51 women with metabolic syndrome, first diagnosed during pregnancy and who applied in the postpartum period regarding the choice of a contraceptive method. Studies have shown that the development of the metabolic syndrome in women of reproductive age occurs as a result of non-modifiable factors that can no longer be changed (heredity, past diseases, age and social status) and modifiable factors (reproductive history, reproductive losses, stress, lifestyle, eating habits and other). Thus, the analysis of risk factors for excessive weight gain during pregnancy showed the need for careful monitoring by the obstetrician-gynecologist of the eating habits and weight gain of the pregnant woman, as well as the treatment of concomitant somatic pathology when planning pregnancy.

Keywords: metabolic syndrome, obesity, pregnancy

Актуальность. Согласно ВОЗ, метаболический синдром (МС) – патологическое состояние характеризующееся абдоминальным ожирением, снижением чувствительности тканей к инсулину и повышением его уровня в крови, артериальной гипертензией и дислипидемией [1,2,3]. На сегодняшний день более 1 млрд. человек в мире страдают МС, и заболеваемость данной патологией имеет тенденцию к росту.

Ускоренный рост развития МС в популяции является следствием урбанизации, избыточного питания и развития ожирения, а также малоподвижным образом жизни [4]. Ожирение является основным критерием МС и внешним симптомом его проявления, при этом абдоминальное или центральное ожирение (когда отложение лишнего жира происходит подкожно, внутрибрюшинно, в области сальника и внутренних органов) является особо значимым [5]. Распространенность ожирения среди женщин репродуктивного возраста колеблется от 1,8% до 25,3% в разных странах. По данным эпидемиологических исследований за последние 10 лет ожирение у беременных женщин регистрируется в 15-38% случаев. Повторнородящие страдают ожирением в два раза чаще.

Заболевания, возникшие до беременности и во время гестации, всегда влияют на течение беременности, родов и послеродового периода, а также являются

причиной материнской смертности в 12-20% случаев [6]. Результаты анализа течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с ожирением свидетельствуют о том, что экстрагенитальная патология встречается почти у 40% беременных женщин и обуславливает возникновение большого количества осложнений беременности и родов.

В исследованиях акушеров имеется значительное число работ, посвященных влиянию ожирения на течение беременности и родов. Имеются единичные исследования, в которых изучались некоторые метаболические показатели. Однако в доступной нам литературе мы не нашли работ, в которых можно было проследить особенности метаболического синдрома у беременных женщин. Этим вызван наш интерес к этой важной проблеме.

Цель исследования – анализ факторов риска и причин чрезмерной прибавки веса у беременных с впервые выявленным метаболическим синдромом.

Материалы и методы исследования. На базе частной клиники «Zurriyot shifo» в период 2021-2022 гг проведено проспективное исследование 51 женщин репродуктивного возраста в послеродовом периоде с метаболическим синдромом, впервые выявленным во время беременности и обратившихся по вопросу выбора метода контрацепции. Проведен общий осмотр женщин с определением клинических параметров (АД,

ЧСС), антропометрических показателей (рост, вес, индекс массы тела (ИМТ), объём талии (ОТ), Критериями включения были женщины с ожирением 2-й и 3-й степеней, впервые выявленным во время беременности. Критерии исключения: многоплодная беременность, ожирение, возникшее до беременности.

Результаты и обсуждение. Развитие метаболического синдрома, несомненно, происходит на определенном фоне, где важную роль играют факторы внешней и внутренней среды. Для изучения причин развития метаболического синдрома (МС) нами изучены некоторые модифицируемые и немодифицируемые факторы. Средний возраст обследованных составил 26,9±5,25 (от 18 до 41) лет. Большой процент женщин (70,5%) были до 30 лет. Это связано с тем, что именно женщины более старшего возраста чаще и больше прибавляют в весе, особенно во время беременности, что связано с изменением образа жизни и питания.

Изучение социального статуса обследованных выявило превалирование женщин, проживающих в сельской местности (66,7%) по сравнению с городскими жителями. Подавляющее число составляли домохозяйки, которых было в 2-3 раза больше, чем работающих женщин. Этот факт тоже можно отнести к факторам риска развития метаболического синдрома.

Анализ анамнестических данных о наследственной патологии родителей обследованных женщин показал, что наследственность чаще была отягощена эндокринными заболеваниями (сахарный диабет, ожирение) и артериальной гипертензией.

При изучении соматической заболеваемости выявлено, что среди женщин с МС, развившимся во время беременности, соматическая патология проявляла себя в основном во время беременности и на первом месте стояли простудные заболевания во время беременности (ОРВИ, хронический бронхит, гайморит). Часто выявлялся хронический холецистит, носительство вирусов гепатита С и В, что способствовало нарушению метаболических процессов в организме у 25,5% женщин. Несмотря на проводимую женщинам во время беременности плановую коррекцию йодной недостаточности, частой была и патология щитовидной железы – диффузный зоб (11,8%).

Хирургические вмешательства обычно вызывают стресс и тоже в свою очередь могут приводить к метаболическим нарушениям и гормональным изменениям. Изучение жизненного анамнеза показало, что такие операции как кесарево сечение, аппендэктомия и выскабливание полости матки по поводу аборта встречались у подавляющего большинства женщин (около 50%).

Изучение паритета беременности показало, что среди обследованных женщин около половины составляли пациентки после первой беременности – 47,1%.

Еще один фактор мог способствовать развитию МС – это неразвивающаяся беременность или самопроизвольный выкидыш, различия с контрольной группы не достоверны. Известно, что прерывание беременности приводит к изменению баланса гормонов, метаболическим изменениям, а сама процедура прерывания способствуют развитию стресса и отрицательных эмоций у женщины. Все эти факторы могут быть отнесены к не-

модифицируемым факторам риска развития МС.

Показатель индекса массы тела (ИМТ) имеет значение для определения степени ожирения – основного признака метаболического синдрома. Всем пациенткам проведены антропометрические исследования с определением ИМТ по формуле Кетле: $ИМТ = \frac{В}{P^2}$ (кг/м²). Показатели ИМТ интерпретировали согласно рекомендациям ВОЗ. Показатель роста практически у всех обследованных был на уровне среднего и выше среднего роста (160,8±0,77 см), а средний вес пациенток составил 99,6±1,3 (82-122 кг). Среднее значение ИМТ было равно 38,4±0,35 кг/м² (таблица 1). Из 51 женщины с ожирением II степени были 42 женщины (82,3%) и с ожирением III степени – 9 (17,6%). Среди обследованных чрезмерная прибавка веса выявлена уже во II триместре у 5 (9,8%) женщин и у 46 (90,2%) – в III триместре. Прибавка в весе за время беременности составила от 18 до 30 кг. В Институте медицины (Вашингтон, США) были разработаны рекомендации по набору массы тела во время беременности на основе догестационного ИМТ [7]. Женщины с недостаточным и нормальным весом могут прибавить 12,7-18,1 и 11,3-15,9 кг соответственно, тогда как у пациентки с избыточным весом и ожирением – 6,8-11,3 и 5-9 кг соответственно. Чрезмерная прибавка веса происходит в 41-74% беременностей [8]. При этом те, у кого был избыточный вес или ожирение до зачатия, имеют повышенный риск чрезмерного гестационного набора веса [9].

Таблица 1.

Антропометрические показатели обследованных женщин (n=51 пациенток)

Антропометрические показатели	M±m
Рост	160,8±0,77
Вес	99,6±1,3
ИМТ	38,4±0,35
Объём талии	116,0±0,91

Путем опроса женщин нами были изучены некоторые факторы, являющиеся модифицируемыми факторами метаболического синдрома – пищевые пристрастия и поведение, а также физическая активность женщины во время беременности. Так, данные опроса женщин выявили, что течение беременности более, чем у половины беременных осложнялось повторяющимися симптомами угрозы прерывания беременности, что требовало стационарного лечения, охранительного постельного режима дома для сохранения беременности. Четверть всех пациенток отмечали, что после прекращения тяжелой степени рвоты беременных в первом триместре, появлялся повышенный аппетит, что приводило к повышению веса. Перенесенный в анамнезе или во время беременности стресс также был отмечен пациентками, как причина повышенного аппетита. Около одной трети женщин отмечали в анкете изменение пищевых привычек во время беременности – повышенная потребность в сладком, мучных блюдах. Следовательно, среди факторов риска развития МС есть модифицируемые причины, которые часто связаны с течением беременности.

Для определения роли течения беременности нами были изучены также показатели изменения веса женщин до беременности и в периоде беременности (таблица 2). Средний вес женщин до беременности составлял 64,8±6,26 кг, а прибавка веса за время гестации

была равна 24,2±4,6 (18-30) кг. Анализ данных показал, что 55% женщин уже до начала беременности имели избыточную массу тела (ИМТ>25 кг/м²), а значит риск увеличения веса у них был выше, чем у женщин с нормальной массой тела. Прибавка веса за время гестации достигала у некоторых женщин до 25-30 кг, что более чем в 2 раза выше, чем должно быть при физиологической беременности. Только у одной пациентки прибавка веса составила 36 кг за счет развития лимфостаза, слоновости. Однако ее показатели не были включены в статистику. Такая значительная прибавка в весе может быть результатом изменения поведения, т.е. обычного подвижного образа жизни на менее подвижный, с низкой физической активностью, и изменение пищевого поведения.

Таблица 2

Изменение веса женщин за время беременности

Показатели	M±m	Граница колебаний
Вес до беременности, кг	64,8±6,26	55-85
Прибавка веса при данной беременности, кг	24,2±4,6	18-30
ИМТ до беременности	25,1±1,33	22,6-29,4
Женщины с нормальной массой тела до беременности (абс/%)	23 (45%)	
Женщины с избыточной массой тела до беременности (абс/%)	28 (55%)	

При изучении акушерской патологии (таблица 3) выявлено, что большинство женщин во время беременности страдали гестационным пиелонефритом – 18 (35,3%). Такая высокая частота пиелонефрита естественно отразилась на частоте развития гипертензивных состояний во второй половине беременности, таких как гестационная гипертензия и преэклампсия легкой степени – 39,2% (всего у 20-ти женщин). Кроме того у 3-х женщин имела место хроническая артериальная гипертензия (ХАГ). Гестационная протеинурия встречалась только в 1 случае. Среди беременных с ожирением встречаются лица, склонные как к артериальной гипотензии, так и к артериальной гипертензии. Артериальная гипертензия встречается чаще, ее диагностируют у 20-30% тучных беременных. Ю.Г. Расуль-Заде [10] диагностировала гипертоническую болезнь у 8% тучных беременных.

Недавние исследования показали, что повышение артериального давления (АД) во время беременности предшествует развитию СД2 и АГ в дальнейшем [11,12], наличие преэклампсии в анамнезе следует рассматри-

вать как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний [13,14,15].

Угроза преждевременных родов диагностирована у 7 женщин в период гестации (13,7%), причинами которой в 2 случаях были преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) и преждевременный дородовый разрыв плодных оболочек (ПДРПО) у 2 беременных. Нарушение маточно-плацентарно-плодового кровотока отмечено у 5 беременных, которое у 2 женщин осложнилось синдромом ограничения роста плода (СОРП). Все эти ситуации требовали стационарного лечения, а также охранительного постельного режима дома для сохранения беременности. Кроме того у 2 пациенток также отмечен холестаза беременных, который также мог быть причиной нарушения метаболизма.

Таблица 3

Акушерская патология беременных с впервые выявленным МС

Заболевания	n=51 пациентов	
	абс.	%
ПОНРП легкой степени	2	3,9
Гестационный пиелонефрит	18	35,3
Угроза преждевременных родов	7	13,7
ПДРПО	2	3,9
ХАГ	3	5,9
Гестационная гипертензия легкой степени	15	29,4
НМППК 1 А ст.	3	5,9
НМППК 1 Б ст.	2	3,9
СОРП 1-2 степени	2	3,9
Холестаза беременных	2	3,9
Полное предлежание плаценты	1	2,0
Гестационный сахарный диабет	1	2,0
Преэклампсия легкой степени	4	7,8
Гестационная протеинурия	1	2,0

Выводы. Таким образом, наши исследования показали, что развитие метаболического синдрома у обследованных женщин репродуктивного возраста имело 2 варианта – в результате немодифицируемых факторов, которые уже нельзя изменить (наследственность, перенесенные заболевания, возраст и социальный статус) и модифицируемых факторов (репродуктивный анамнез, репродуктивные потери, стресс, образ жизни, пищевые привычки и другие). Поэтому в период предгравидарной подготовки врачу-специалисту (акушеру-гинекологу, терапевту) необходимо оценить: ИМТ, окружность талии (ОТ) и метаболические факторы риска (липидный спектр, глюкозу крови, инсулин, индекс НОМА) у женщины, планирующей беременность. При ИМТ≥25 кг/м² и ОТ ≥80 см должны быть даны рекомендации по коррекции веса и здоровому питанию.

Список использованной литературы:

- Engin A. The Definition and Prevalence of Obesity and Metabolic Syndrome // Adv Exp Med Biol. 2017. Vol. 960. P. 1-17. doi:10.1007/978-3-319-48382-5_1.
- Saklayen M.G. The Global Epidemic of the Metabolic Syndrome // Curr Hypertens Rep. 2018. Vol. 20, № 2. P.12. Published 2018 Feb 26. doi:10.1007/s11906-018-0812-z.
- Taghizadeh S., Alizadeh M. The Role of Lipids in the Pathogenesis of Metabolic Syndrome in Adolescents // Exp. Clin. Endocrinol. Diabetes. 2018. Vol. 126, № 1. P.14-22. doi: 10.1055/s-0043-106439.
- Диагностика и лечение метаболического синдрома. Национальные клинические рекомендации / под ред. Е.И. Чазовой // Национальные клинические рекомендации / под ред. Р.Г. Оганова. 3-е издание. М.: Изд-во «Силиция-Полиграф», 2010. С. 278-315.
- Антонюк М.В., Новгородцева Т.П., Денисенко Ю.К., и др. Метаболический синдром. Актуальные вопросы диагностики, патогенеза и восстановительного лечения: монография. Владивосток: Изд-во Дальневост, федерал, ун-та; 2018. 212 с.

6. Шехтман М.М. Материнская заболеваемость и смертность при экстрагенитальной патологии // Акуш. и гинек. 1996. № 7. С. 54-56.

7. Institute of Medicine and National Research Council. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, DC: The National Academies Press; 2009. doi: 10.17226/12584.

8. Restall A., Taylor R.S., Thompson J.M.D., et al. Risk Factors for Excessive Gestational Weight Gain in a Healthy, Nulliparous Cohort. J Obes. 2014;2014:1-9. doi: 10.1155/2014/148391

9. Deputy N.P., Sharma A.J., Kim S.Y., Hinkle S.N. Prevalence and Characteristics Associated With Gestational Weight Gain Adequacy. Obstet Gynecol. 2015;125(4):773-781. doi: 10.1097/AOG.0000000000000739.

10. Расуль-Заде Ю.Г., Шехтман М.М. Значение включения полиненасыщенных жирных кислот в терапию тучных больных с целью профилактики позднего токсикоза и снижения его частоты // Тер. Архив. 1996. №10. С. 63-65.

11. Callaway L.K., Lawlor D.A., O'Callaghan M., Wil-

liams G.M., Najman J.M., McIntyre H.D. Diabetes mellitus in the 21 years after a pregnancy that was complicated by hypertension: findings from a prospective cohort study. Am J Obstet Gynecol. 2007 Nov;197(5):492.e1-7.

12. Lykke J.A., Langhoff-Roos J., Sibai B.M., Funai E.F., Triche E.W., Paidas M.J. Hypertensive pregnancy disorders and subsequent cardiovascular morbidity and type 2 diabetes mellitus in the mother. Hypertension. 2009 Jun;53(6):944-951. Epub 2009 May 11.

13. Smith G.C., Pell J.P., Walsh D. Pregnancy complications and maternal risk of ischaemic heart disease: a retrospective cohort study of 129,290 births. Lancet. 2001 Jun 23;357(9273):2002-2206.

14. Wikstrom A.K., Haglund B., Olovsson M., Lindberg S.N. The risk of maternal ischaemic heart disease after gestational hypertensive disease. BJOG. 2005 Nov;112(11):1486-1491.

15. Bellamy L., Casas J.P., Hingorani A.D., Williams D.J. Pre-eclampsia and risk of cardiovascular disease and cancer in later life: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2007 Nov 10;335(7627):974. Epub 2007 Nov 1.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА

А.Ш. Ваисов, Н.С. Саипова, Ж.К. Рустамов, Г.Ш. Тохтаев

Ташкентская медицинская академия

Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер

В статье представлен клинический случай рецидивного сифилиса у больного наблюдавшегося в различных специализированных учреждениях с диагнозами анемия, саркома, Неходжкинская лимфома и направленная в КВД с диагнозом токсикодермия. Приводятся сведения об эпидемиологии, этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, дифференциальной диагностике и лечении данного заболевания.

Ключевые слова: сифилис, Неходжкинская лимфома, эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.

Ikkilamchi zaxm diagnostikasidagi xatoliklar

A.Sh. Vaisov, N.S. Saipova, J.K. Rustamov, Toxtayev G'.Sh.

Maqolada turli ixtisoslashtirilgan muassasalarda murojaat qilgan, anemiya, sarkoma, Xodjkin bo'lmagan limfoma tashxisi qo'yilgan va toksikodermiya tashxisi bilan TTKB ga yo'llanma berilgan bemordagi ikkilamchi zaxm klinik holati keltirilgan. Ushbu kasallikning epidemiologiyasi, etiologiyasi, patogenezi, klinik ko'rinishi, diagnostikasi, differentsial diagnostikasi va davosi haqida ma'lumot berilgan.

Tayanch so'zlar: zaxm, Xodjkin bo'lmagan limfoma, etiologiya, patogenezi, klinik ko'rinish, diagnostika, davo.

Errors in the diagnosis of secondary syphilis

A.Sh. Vaisov, N.S. Saipova, J.Q. Rustamov, G.Sh. Toxtayev

The article presents a clinical case of recurrent syphilis in a patient observed in various specialized institutions with diagnoses of anemia, sarcoma, non-Hodgkin's lymphoma and referred to the ATC with a diagnosis of toxicoderma. Information about the epidemiology, etiology, pathogenesis, clinic, diagnosis, differential diagnosis and treatment of this disease is given.

Keywords: syphilis, Non-Hodgkin's lymphoma, epidemiology, etiology, clinical presentation, diagnosis, differential diagnosis, treatment.

В современных списках микроорганизмов, играющих роль в онкогенезе, нет возбудителя сифилиса – бледной спирохеты. Однако исторически именно она была пионером среди «возмутителей спокойствия». Указания на связь сифилиса в развитии рака было высказано еще в XVI веке [2]. Эволюцию представлений о роли сифилиса в патогенезе злокачественных новообразований условно можно разделить на три периода:

Первый: с момента описания сифилиса как самостоятельного заболевания Д. Фракасторо в 1530 г. [4] до лечения препаратами мышьяка в 1909 г. [3].

Статистические исследования сочетания сифилиса и рака в период лечения препаратами мышьяка, являющегося, по мнению Н.Л. Brose (1935) и G.W.

Harding II (1936), канцерогенным агентом – с 1909 г. до 1960-х гг.

Эра пенициллинотерапии сифилиса – с середины 1960-х гг. до настоящего времени – характеризуется практически полным отсутствием научных работ в отечественной и единичными работами в зарубежной литературе, посвященных влиянию сифилиса на возникновение и течение онкологических заболеваний.

Внедрение в 1906 г. в клиническую практику реакции Вассермана послужило новым толчком в изучении частоты сифилиса у больных раком различной локализации [1,5,6,7,8].

Все авторы единодушны во мнении о провоцирующей роли сифилиса в процессе онкогенеза.

Представляется клинический случай Неходжкин-