

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2022 №10

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AXBOROTNOMASI



ВЕСТНИК
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент

Nurmatov.B.Q., Raximov.B.B. COVID-19 BILAN KASALLANGAN BEMORLARNI DAVOLASHGA IXTISOSLASHGAN KASALXONA ICHKI MUHITI HAVOSI VA YUZALARINING VIRUS BILAN ZARARLANISHINI O'RGANISH	Nurmatov.B.K., Raximov.B.B. STUDY OF VIRUS CONTAMINATION OF INDOOR AIR AND SURFACES OF HOSPITAL WHICH SPECIALIZED IN THE TREATMENT OF COVID-19 PATIENTS	198
Саломова Ф.И., Садуллаева Х.А., Кобилжонова Ш.Р., Анварова Э. ГЕННАЯ МОДИФИКАЦИЯ В МЕДИЦИНЕ И ДЕЙСТВИЕ ИХ НА ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ	Salomova F.I., Sadullaeva Kh.A., Kobilzhonova Sh.R., Anvarova E. GENE MODIFICATION IN MEDICINE AND THEIR EFFECT ON CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS	202
Шайхова Г.И., Эрматов Н.Ж., Абдуллаева Д.Г., Асрорзода З.У., Камилова А.Ш. ФАКТОРЫ ФОРМИРУЮЩИЕ НАРУШЕНИЯ НА ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ИЗГИБАХ ПОЗВОНОЧНИКА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	Shaikhova G.I., Ermatov N.Zh., Abdullayeva D.G., Asrorzoda Z.U., Kamilova A.Sh. FACTORS FORMING DISORDERS ON THE PHYSIOLOGICAL BENDING OF THE SPINE IN CHILDREN AND ADOLESCENTS	205

Трибуна молодых**STAND OF THE YOUNG****Стр.**

Рахимова З. А., Муминова З. А., Муфтайдинова Ш.К. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С АДЕНОМИОЗОМ	Rakhimova Z.A., Muminova Z.A., Muftaydinova Sh.K. OF THE CLINICAL EFFECTIVENESS OF HORMONAL DRUGS IN THE TREATMENT OF WOMEN WITH ADENOMYOSIS	213
Мамирова М.У., Абдуллаева Л.М., Муминова З.А., Муфтайдинова Ш.К. ОСОБЕННОСТИ СНИЖЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ	Mamirova M.U., Abdullaeva L.M., Muminova Z.A., Muftaydinova Sh.K. FEATURES OF WEIGHT REDUCTION IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH OBESITY	217

ОСОБЕННОСТИ СНИЖЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ

Мамирова М.У., Абдуллаева Л.М., Муминова З.А., Муфтайдинова Ш.К.

SEMIZLIK BILAN OG'RIGAN REPRODUKTIV YOSHDAGI AYOLLARDA VAZNNI KAMAYTIRISH XUSUSIYATLARI

Mamirova M.U., Abdullaeva L.M., Muminova Z.A., Muftaydinova Sh.K.

FEATURES OF WEIGHT REDUCTION IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH OBESITY

Mamirova M.U., Abdullaeva L.M., Muminova Z.A., Muftaydinova Sh.K.

Ташкентская медицинская академия

Semirib ketish jiddiy tibbiy, ijtimoiy va tibbiy muammodir. Semirib ketgan va ortiqcha vaznli reproduktiv yoshdagi ayollarda reproduktiv tizimning disfunktsiyalari, homiladorlik, tug'ish va tug'ruqdan keyingi davrlar murakka-blashadi. Ushbu bemorlar somatik va ginekologik patologiyani rivojlanish xavfi ostida bo'ladi. Semirib ketgan ayollarning reproduktiv salomatligi holati dolzarb muammo hisoblanadi. Og'irlikni yo'qotish va metabolik tuzatish ortiqcha vaznli bemorlarning 40 foizida ovulyatsiya funksiyasini tiklashga ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Maqolada reproduktiv yoshdagi ayollarda semizlikni davolashning tavsiya etilgan usullari keltirilgan.

Kalit so'zlar: semizlik, reproduktiv funktsiyaning asoratlari, kaloriyalar, jismoniy faollik, metformin, rosgitazon.

Obesity is a serious medical, social and medical problem. Women of reproductive age with obesity and overweight have dysfunctions of the reproductive system, complicated pregnancy, childbirth and the postpartum period. These patients are at risk of developing somatic and gynecological pathology. The state of reproductive health in women with obesity is an urgent problem. Weight loss and metabolic correction have a positive effect on the restoration of ovulatory function in 40% of overweight patients. The article presents recommended methods for the treatment of obesity in women of reproductive age.

Key words: obesity, complications of reproductive function, calories, physical activity, metformin, rosgitazone.

Ожирение является серьезной медико-социальной и экономической проблемой в современном обществе. Ее актуальность определяется в первую очередь высокой распространенностью. По прогнозам экспертов ВОЗ, при сохранении существующих темпов роста заболеваемости и к 2025 г. в мире будет насчитываться более 300 млн человек с данным диагнозом, из них более 200 млн составят женщины фертильного возраста. Избыточная масса тела (ИМТ \geq 25 кг/м²) по данным ВОЗ встречается у 40% - 66,3% взрослого женского населения [5]. Ежегодно вследствие избыточной массы тела и ожирения в мире умирает 2,8 млн человек [3]. Распространенность ожирения среди женщин репродуктивного возраста составляет около 25% [6]. В развивающихся странах распространение избыточного веса и ожирения среди детей на 30% выше, чем в развитых. Если эта тенденция сохранится, то число детей с избыточным весом к 2015 году вырастет до 70 млн Dag. с соавт. [4] считает, что ожирение, в детстве, приведет к значительному увеличению связанного с избыточным весом бесплодия у взрослых. По данным литературы в США, например, ожирение имеют от 33 до 50% женщин, а 8% женщин репродуктивного возраста имеют индекс массы тела выше 40 [10]. В России частота ожирения среди женщин составляет 30-40% [1].

Ожирение – избыточное отложение жировой ткани в организме. По этиологическому признаку

различают первичное ожирение (алиментарное и обусловленное генетическими дефектами), симптоматическое (связанное с другими эндокринными и психическими заболеваниями) и ятрогенное [7]. Для количественной оценки ожирения используют индекс массы тела (ИМТ): масса тела, кг/рост, м². Согласно классификации ВОЗ ИМТ 30 и выше соответствует ожирению. Распределение жировой ткани оценивают по отношению окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ). У женщин андроидному типу ожирения соответствует величина соотношения выше 0,83, гиноидному типу – менее 0,83 [1].

У больных с ожирением повышается риск развития многих заболеваний – нарушения жирового обмена, сахарного диабета, артериальной гипертонии, холецистита, остеоартрита [24]. Избыток ароматазы в жировой ткани ведет к гиперэстрогемии и увеличению частоты эстрогензависимых заболеваний (рак молочной железы, рак эндометрия). Избыточный вес и ожирение увеличивают риск развития при беременности таких осложнений, как гестационный сахарный диабет, гипертензия, преэклампсия, преждевременные роды, антенатальная гибель плода. Для плодов это опасно с точки зрения развития аномалии развития, макросом, родовой травмы [3]. В родах значительно увеличивается частота кесарева сечения до 32,6% у женщин с ИМТ 30-35, до 36,9% - при ИМТ 35-40, до

47,4% - при ИМТ более 40 [8]. После родов чаще развиваются септические осложнения.

Очень часто ожирение сочетается с гормональной дисфункцией яичников. У 45% женщин с ожирением развивается нарушение репродуктивной функции. Частота бесплодия у женщин с ожирением составляет 33,6%, что в 2 раза чаще, чем у женщин с нормальной массой тела. У женщин с ожирением в 2-5 раз чаще возникают различные нарушения менструального цикла [4,7,8]. В практике врача-гинеколога одной из наиболее частых причин ановуляции в сочетании с инсулинорезистентностью, гиперинсулинемией и ожирением является синдром поликистозных яичников (СПКЯ), который встречается у 4-7% женщин репродуктивного возраста, и 65% из этих женщин имеют избыточную массу тела или ожирение [1]. Причинная роль ожирения в патогенезе нарушений функции репродуктивной системы подтверждается восстановлением овуляторного менструального цикла после снижения или нормализации массы тела [3, 4].

Доказано, что менструальная функция нормализуется при потере от 5 до 10% массы тела. С этой целью проводится комплексная метаболическая терапия, включающая принципы здорового питания и медикаментозные средства. Многие авторы считают, что нормализация массы тела приводит к восстановлению метаболического и гормонального гомеостаза, что способствует не только реализации генеративной функции, но и снижению риска для здоровья, выработке долговременных навыков здорового образа жизни [8]. При развитии ожирения снижение массы тела менее 5% от исходной не приводит к ожидаемому эффекту, 5-10% дает удовлетворительный эффект и более 10% - приводит к хорошему эффекту лечения [9]. Оптимальным считается снижение массы тела на 0,5-1 кг в неделю. Для внедрения принципов рационального питания необходимо проводить расчет калорийности суточного рациона, предложенный ВОЗ [2, 8]. Схема этого расчета для женщин такова:

- 18-30 лет: $(0,0621 \times \text{вес в кг} + 2,0357) \times 240$ x коэфф. физической активности;
- старше 30 лет: $(0,0342 \times \text{вес в кг} + 3,5377) \times 240$ x коэфф. физической активности.

Коэффициент физической активности рассчитывается от уровня физической активности:

- низкая физическая активность (умственная, сидячая, домашняя нетяжелая работа) – коэффициент 1,0;
- умеренная физическая активность (работа, связанная с ходьбой, занятия физкультурой не менее 3 раз в неделю) – коэффициент 1,3;
- высокая физическая активность (тяжелая физическая работа, занятия спортом) - коэффициент 1,5.

Для снижения массы тела полученную калорийность суточного рациона уменьшают на 20%. И.Б. Манухин и соавт. [9,10] предложили упрощенную

схему: пациентке с избыточной массой тела или ожирением для поддержания веса необходимо 22 ккал на 1 кг веса. Для снижения массы тела полученную суточную калорийность уменьшают на 700 ккал.

Д.Г. Бессесен и Р. Кушнер [3] дают следующие практические рекомендации:

- употреблять фрукты и овощи более 5-7 раз в сутки;
- принимать пищевые волокна по 25-30 г/сут.;
- есть сорта хлеба из муки грубого помола;
- выпивать за день не менее 1,8 л воды;
- употреблять обезжиренные молочные продукты не реже 2 раз/сут.;
- выбирать белковую пищу с пониженным содержанием жира;
- есть рыбу не реже 2 раз в неделю;
- ограничить употребление поваренной соли до 2,4 г/сут.

Использование инсулиносенситайзеров не только показано при наличии инсулинорезистентности, но и способствует снижению риска развития синдрома гиперстимуляции при экстракорпоральном оплодотворении у пациенток с СПКЯ. Из медикаментозных препаратов у инсулинрезистентных пациенток с нормальной массой тела на первом этапе рекомендуется терапия метформином. Препарат из класса бигуанидов Метформин (Глюкофаж, Сиофор) приводит к снижению периферической инсулинрезистентности, улучшая утилизацию глюкозы в печени, мышцах и жировой ткани, нормализует липидный профиль крови, снижая уровень триглицеридов и ЛПНП, не влияя на функцию β -клеток поджелудочной железы. Препарат назначается по 1000-1500 мг/сут. под контролем глюкозотолерантного теста. Длительность терапии 3-6 мес., в том числе на фоне стимуляции овуляции [11]. Метаанализы показывают, что применение метформина при ожирении и СПКЯ приводит к значимому снижению массы тела [1, 4].

В последние годы для лечения инсулинорезистентности используют росглизатон – препарат из группы тиазолидиндионов, который является селективным лигандом специфических ядерных рецепторов, способных индуцировать синтез белков, ответственных за транспорт глюкозы в клетку. Л.Б. Лиано и соавт. [11] в своем исследовании сравнили эффективность метформина и его сочетание с росглизатон у женщин с ожирением и СПКЯ. Результаты исследования показали, что уровень инсулина натощак, показатель инсулин-резистентности, уровень лютеинизирующего гомона, тестостерона, липопротеидов низкой плотности значительно снижались в обеих группах, но при сочетании препаратов эффект был более значительным.

В исследовании Е.Н. Андреевой и соавт. [1] показано, что на нормализацию углеводного и липидного обмена значительное влияние оказывает комбинация сибутрамин/метформин.