

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Шавкатова Г.Ш.¹, Худоярова Д.Р.²

¹Шавкатова Гулноза Шавкатовна – независимый соискатель;

²Худоярова Дилдора Рахимовна – доктор медицинских наук, доцент,
кафедра акушерства и гинекологии № 1,
Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: метаболические нарушения во время беременности являются одними из наиболее тяжелых осложнений беременности и составляют 17-24% от общего количества беременных и рожениц. Родоразрешение, ликвидируя причину заболевания, не устраняет механизмы прогрессирования изменений в органах и системах, связанных с основными звеньями патогенеза метаболических состояний. Очевидной остается необходимость разработки и внедрения оптимальных методов обследования, схем лечения, методов и сроков родоразрешения МС тяжелой степени. Цель исследования - изучить особенности течения беременности у женщин с МС и выявить клинко-атогенические механизмы метаболического синдрома и связь её с экстрагенитальными заболеваниями. Были обследованы 60 беременных на ранних и поздних сроках гестации, которые находились в акушерском отделении клиники № 1 Самаркандского медицинского института, а также родильном комплексе № 2. Таким образом, развитию тяжелых форм МС способствовали чаще всего такие экстрагенитальные заболевания, как нейроциркуляторная дистония и хронический пиелонефрит. Нарушение развития пуповины и параметров плода по ультразвуковому исследованию выявлялось в большей степени у пациенток второй группы.

Ключевые слова: экстрагенитальные патологии, метаболический синдром, группы риска, индекс массы тела, нейроциркуляторная дистония, хронический пиелонефрит.

OPTIMIZATION OF METABOLIC SYNDROME TREATMENT

Shavkatova G.Sh.¹, Khudoyarova D.R.²

¹Shavkatova Gulnoza Shavkatovna - independent Applicant;

²Khudoyarova Dildora Rakhimovna - Doctor of Medical Sciences, Associate Professor;
DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY № 1,
SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE,
SAMARKAND, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: metabolic disorders during pregnancy are among the most severe complications of pregnancy and account for 17-24% of the total number of pregnant women and women in childbirth. Delivery, eliminating the cause of the disease, does not eliminate the mechanisms of progression of changes in organs and systems associated with the main links in the pathogenesis of metabolic conditions. The need to develop and implement optimal examination methods, treatment regimens, methods and terms of delivery of severe MS remains obvious. The purpose of the study was to study the features of the course of pregnancy in women with MS and to identify the clinical and atogenic mechanisms of the metabolic syndrome and its relationship with extragenital diseases. 60 pregnant women were examined at early and late gestation periods, who were in the obstetric department of clinic No. 1 of the Samarkand Medical Institute, as well as the maternity complex No. 2. Thus, the development of severe forms of MS was most often contributed to by such extragenital diseases as neurocirculatory dystonia and chronic pyelonephritis. Violation of the development of the umbilical cord and parameters of the fetus by ultrasound was detected to a greater extent in patients of the second group.

Keywords: extragenital pathologies, metabolic syndrome, risk groups, body mass index, neurocirculatory dystonia, chronic pyelonephritis.

УДК 618.171:618.281-072.1

Актуальность. Метаболические нарушения во время беременности являются одной из наиболее тяжелых осложнений беременности и до сих пор остаются неразгаданной тайной, омрачающей появление на свет нового человека. Данное осложнение характеризуется высокой частотой, особенно в последние годы (2009 и позже) и составляет 17-24% от общего количества беременных и рожениц [1, 2, 6]. Родоразрешение, ликвидируя причину заболевания, не устраняет механизмы прогрессирования изменений в органах и системах, связанных с основными звеньями патогенеза гипертензивных состояний. У женщин, перенесших данное осложнение беременности, формируются хронические заболевания почек и гипертоническая болезнь, приводящие к инвалидизации, снижается качество жизни. Источники литературы свидетельствуют, что лечение метаболических нарушений во время беременности остается в значительной мере симптоматическим [3, 4, 5, 7]. Также противоречивыми

остаются мнения о сроке и методе родоразрешения таких беременных. Очевидной остается необходимость разработки и внедрения оптимальных методов обследования, схем лечения, методов и сроков родоразрешения МС.

Цель исследования. Изучить особенности течения беременности у женщин с МС и выявить клинико-патогенетические механизмы МС и связь её с экстрагенитальными заболеваниями.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 60 беременных на ранних и поздних сроках гестации, которые находились в акушерском отделении клиники № 1 СамМИ, а также родильном комплексе № 2. Беременные были разделены на 3 группы: I группа 20 женщин у которых беременность осложнилась в сроке от 22 до 34 недель. II группа 20 женщин у которых беременность осложнилась в сроке от 34 недель и более. III группа 20 женщин с нормально протекающей беременностью. Средний возраст обследованных составил $27,8 \pm 5,5$ лет.

Для обследования беременных были использованы общеклинико - функциональные, лабораторные методы исследования, результаты дополнительных методов исследований (ультразвуковая фето- и плацентометрия, доплерометрия, КТГ, морфологические и морфометрические исследования плаценты), которые вносили в индивидуальные карты обследованных.

Результаты: Во всех группах беременные предъявляли жалобы на тошноту, рвоту 1 - 2 раза в сутки, общую слабость, утомляемость. У 10% пациенток первой и 40%

второй групп имелся избыток массы тела различной степени выраженности, причем во второй группе ИМТ был статистически достоверно выше ($p < 0,01$). В результате анализа данных анамнеза у ближайших родственников обследованных женщин (50,0%) отмечены заболевания сердечно-сосудистой (гипертоническая болезнь, НЦД, инфаркт миокарда и др.), мочевыделительной (МКБ, пиелонефрит, почечная недостаточность и др.), эндокринной (СД) систем, а также имели место осложнения во время беременностей. Среди пациенток I и III групп не было заболеваний, на фоне которых могла развиваться тяжелая форма МС. Во II группе обследованных большой удельный вес в структуре экстрагенитальной патологии имели нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы в виде ВСД. Только у 8 (3,8%) пациенток с беременностью, осложненной СОРП, имело место позднее становление менструального цикла.

Продолжительность менструальных кровотечений у пациенток в среднем длилась $5,2 \pm 1,0$ дня ($p > 0,05$). Первородных было 34 (56,6%), повторнородных – 26 (43,3%) женщин. Течение настоящей беременности в общей группе обследованных осложнилось рвотой беременных у 20% обследованных, угрозой прерывания беременности - у 45% пациенток, анемией - у 65,0%. Триада Цангемейстера встречалась лишь у 28,3% беременных с МС. Чаще были выражены два симптома МС (61,7%), иногда — только один симптом (моносимптомный МС), который преимущественно наблюдался у беременных с МС на фоне НЦД (в 10% случаев). Анализируя результаты ультразвуковой биометрии, мы обнаружили, что в большинстве случаев (80,8%) размеры плода соответствовали гестационному сроку. Примечательно, что в подгруппах без СОРП в большом количестве исследований отмечено отставание размеров плода при проведении биометрии: 8,3% в I группе и 9,5% во II ($p > 0,05$).

При ультразвуковой плацентографии у 56 (93,3%) - плацента располагалась по передней и боковым стенкам матки, при этом у 16 (28,5%) из них отмечена низкая плацентация. По задней стенке матки плацента локализовалась у 4 (6,67%) обследованных беременных. Толщина плаценты находилась в пределах нормативных значений и только в 5 (8,33%) случаях нами отмечена тонкая плацента.

При оценке степени зрелости плаценты преждевременное ее созревание отмечено у 12 (20%) обследованных. В 3 (5%) исследованиях нами обнаружены кисты плаценты, у 1 (1,6%) отмечена единственная артерия пуповины. У 10 (16,6%) обследованных в плаценте обнаружены гиперэхогенные включения (были расценены как петрификаты). Обращает на себя внимание высокая частота маловодия в I и II группах обследованных (30% и 20% соответственно).

Выводы. Таким образом, развитию тяжелых форм МС и осложнений способствовали чаще всего такие экстрагенитальные заболевания как НЦД и хронический пиелонефрит. Нарушение развития пуповины и параметров плода по УЗИ выявлялось в большей степени у пациенток второй группы.

Список литературы / References

1. Абдуллаева Д.Т., Никитенко Е.В. Сочетание желчнокаменной болезни и неалкогольного стеатоза печени у беременных женщин с компонентами метаболического синдрома // Обмен научными знаниями: актуальные вопросы и перспективные направления развития, 2021. С. 304-308.
2. Ганчар Е.П., Кажина М.В. Метаболический синдром и беременность // Охрана материнства и детства, 2013. № 1. С. 68-72.
3. Папышева О.В. и др. Осложнения беременности у женщин с метаболическим синдромом // Акушерство и гинекология. Новости. Мнения. Обучения, 2018. Приложение 3 (21).

4. *Петров Ю.А., Калинина Н.С.* Особенности течения беременности у женщин с метаболическим синдромом, осложненным тромбофилией // Научное обозрение. Медицинские науки, 2020. № 1. С. 25-29.
5. *Савельева И.В.* Беременность и метаболический синдром состояние проблемы // Российский вестник акушера-гинеколога, 2010. Т 10. № 2. С. 28-31.
6. *Курбаниязова В.Э., Ахтамова Н.А., Хамидова Ш.М.* Интенсивное восстановление женщин репродуктивного возраста перенесших операцию Кесарево сечение // Проблемы биологии и медицины, 2019. № 4. Том. 113. С. 53-55.
7. *Хромылев А.В.* Метаболический синдром и беременность // Ожирение и метаболизм, 2014. № 2. С 3-7.