

проводимой терапии. Общий объем кровопотери составил 1800 мл. Аппаратом Cell Sever проводилась реинфузия аутоэритроцитов.

В палате отделения реанимации и интенсивной терапии получала лечение 5 суток, на 9-е сутки выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Выводы:

1. Несвоевременное обращение за медицинской помощью, неадекватная антигипертензивная терапия привела к прогрессированию преэклампсии, развитию HELLP-синдрома, полной ПОНРП, матки Кювелера и антенатальной гибели плода и едва не закончилось утратой репродуктивной функции у первородящей пациентки.

2. Выбранная акушерская тактика позволила добиться сохранения репродуктивной функции за счёт остановки маточного кровотечения, не прибегая к гистерэктомии.

Список литературы:

1. Ghulmiyyah L, Sibai B Maternal mortality from preeclampsia/eclampsia. Semin Perinatol. 2012 Feb; 36(1): 56-9.

2. Streegers EA, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. Pre-eclampsia. Lancet, 2010, 21; 376(9741):631-442.

3. ВОЗ. Материнская смертность. Информационный бюллетень №348. Май 2012 г. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/ru/index.html>.

4. Стародубов В.И., Суханова Л.П. Репродуктивные проблемы демографического развития России. М.: ИД «Менеджер здравоохранения»; 2012. – 320 с.

5. Клинические рекомендации (протокол). Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия. Москва. 2014. 55 с.

УДК 618-019

**Стрелова Д.А., Воронцова А.В., Звычайный М.А.
ПРОБЛЕМА ОЖИРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК ЖЕНСКОЙ
КОНСУЛЬТАЦИИ**

Кафедра акушерства и гинекологии лечебно-профилактического
факультета

Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Strelova D.A., Vorontsova A.V., Zvychainyi M.A
PROBLEM OF OBESITY IN PATIENTS OF FEMALE CONSULTATION**

Department of obstetrics and gynecology

Ural state medical university

Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: chekasina_dasha@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрены аспекты избыточной массы тела и ожирения у пациенток, посещающих женскую консультацию, а также взаимосвязь развития гинекологической и экстрагенитальной патологии и повышенной массы тела.

Annotation. The article deals with the aspects of overweight and obesity in patients attending the women's consultation, as well as the relationship between the development of gynecological and extragenital pathology and increased body weight.

Ключевые слова: избыточная масса тела, ожирение, гинекологическая патология, репродуктивное здоровье

Keywords: overweight, obesity, gynecological pathology, reproductive health

Введение

На сегодняшний день ожирение является проблемой медицины XXI в., в связи со стремительным распространением и ростом числа заболеваемости и смертности, связанных с избыточной массой тела и ожирением. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения, в 2016 г. более 1,9 млрд взрослых старше 18 лет имели избыточный вес. С 1975 по 2016 г. число людей, страдающих ожирением, в мире выросло более чем втрое [3]. Увеличение доли людей с избыточной массой тела и ожирением наблюдается повсеместно и затрагивает, в том числе, женщин репродуктивного возраста. Около 30% женщин детородного возраста страдают ожирением и еще около 25% женщин данной группы имеют избыточную массу тела [2].

Ожирение является фактором, негативно влияющим на здоровье женщины в любом возрасте. Так, в пубертатном периоде у девочек с ожирением наблюдается преждевременное половое созревание, раннее менархе. У женщин репродуктивного возраста ожирение лежит в основе формирования эндокринно-обусловленных патологий, приводящих к бесплодию, если такой женщине удалось забеременеть, то у нее можно ожидать развитие гестационного сахарного диабета, преэклампсии, кроме того, может реализоваться внутриутробное программирование на метаболические расстройства у будущего ребенка. Наконец, женщины с ожирением в периоде пери- и постменопаузы подвержены большим рискам на развитие гиперпластических процессов, онкозаболеваний и патологии сердечно-сосудистой системы [1].

Цель исследования – определение частоты встречаемости повышенной массы тела у женщин, посещающих женскую консультацию, и взаимосвязи повышенной массы тела с развитием гинекологической и экстрагенитальной патологии.

Материалы и методы исследования

Проспективное и ретроспективное исследование было проведено на базе гинекологического кабинета Городского Эндокринологического центра МАУ ГKB № 40. Было обследовано 64 женщины различного возраста, друг за другом

обратившихся на прием с лечебно-диагностической и консультативной целью в течение 5 последовательных дней, из них было сформировано 2 группы (отобрано равное количество женщин для удобства проведения статистического анализа в зависимости от показателя индекса массы тела (ИМТ): 1 группа-30 женщин с нормальной массой тела (ИМТ 18,5-24,9 кг/м²); 2 группа – 30 женщин с избыточной массой тела и ожирением (ИМТ ≥ 25 кг/м²).

У женщин, обратившихся на прием к гинекологу, были произведены: сбор жалоб и анамнеза, физикальный осмотр (определение массы тела, окружности талии, окружности бедра, окружности шеи, расчет ИМТ), гинекологический осмотр.

Статистическая обработка данных проводилась с применением среднего значения, среднего отклонения, экстенсивного показателя, t-критерия Стьюдента, коэффициента корреляции Пирсона.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного анализа выяснено, что повышенная масса и ожирение у женщин, обратившихся на прием в женскую консультацию, встречается в 46,8% случаев, из них 54% пациенток с избыточной массой тела, 34% женщин с ожирением 1 степени, 4% женщин с ожирением 2 степени и 8% женщин с ожирением 3 степени. При этом ни у одной из женщин до посещения акушера-гинеколога не был выставлен диагноз «избыточная масса тела» / «ожирение», хотя 88,5% пациенток имели экстрагенитальную патологию и наблюдались у других специалистов.

В результате анализа проведенного сбора анамнеза выяснено, что средний возраст пациенток 1 группы составляет 40,21 \pm 2,62 лет, второй - 44,1 \pm 2,22 лет. Средний возраст наступления менархе в 1 группе - 12,92 \pm 0,19 лет, во второй 13,0 \pm 0,24 лет ($p > 0,05$). Процентное количество женщин, находящихся в пери- и постменопаузе у пациенток с нормальной массой тела составило 45,5%, во группе пациенток с повышенной массой тела - 63%. При этом средний возраст наступления менопаузы в 1 группе составил 48,26 \pm 1,01, во 2 группе - 46,94 \pm 1,31 лет ($p > 0,05$). В результате проведенного корреляционного анализа между ИМТ и возрастом наступления менархе выяснено, что связь в обеих группах отрицательная средней силы ($r_1 = -0,47$ $r_2 = -0,45$), т.е., чем больше ИМТ, тем раньше у этих женщин наступило менархе. Дополнительно была определена корреляционная связь между ИМТ и возрастом наступления менопаузы. Корреляционная связь в обеих группах положительная средней силы ($r_1 = 0,34$ и $r_2 = 0,63$), т.е., чем выше ИМТ, тем позже наступает менопауза.

После проведенного физикального осмотра пациенток выяснено, что в первой группе среднее значение массы тела составляет 58,63 \pm 0,93, во второй 80,61 \pm 2,81 ($p < 0,001$). Среднее значение роста тела в первой группе составляет 166,42 \pm 0,91, во группе пациентов с избыточной массой тела и ожирением 164,15 \pm 0,99 ($p < 0,001$). Среднее значение ИМТ в первой группе составляет 20,42 \pm 0,34, во второй группе 29,72 \pm 0,88 ($p < 0,001$). Среднее значение

окружности талии в группе пациенток с нормальной массой тела составляет $72,42 \pm 1,23$, в группе с избыточной массой тела/ожирением $88,02 \pm 2,46$ ($p < 0,001$). Округность талии более 88 см является предиктором развития метаболического синдрома, следовательно, пациентки второй группы более подвержены развитию метаболического синдрома. Среднее значение окружности бедра в первой группе составляет $46,93 \pm 0,80$, во второй $56,50 \pm 1,19$ ($p < 0,001$). Среднее значение окружности шеи в первой группе составляет $31,39 \pm 0,26$, во второй $34,03 \pm 0,33$ ($p < 0,001$). Округность шеи более 32,5 см также является фактором риска развития метаболического синдрома и сосудистых катастроф, что вновь доказывает наличие склонности пациенток второй группы к реализации возможного метаболического синдрома. При проведении корреляционного анализа между показателями физикального осмотра определена положительная корреляционная связь средней силы между ИМТ и ОШ в обеих группах исследования ($r_1 = 0,57$ и $r_2 = 0,65$), однако между показателями ИМТ и ОТ была определена сильная положительная корреляционная связь и в первой и во второй группе ($r_1 = 0,73$ и $r_2 = 0,84$). Корреляционная связь между ИМТ и ОБ в первой группе средней силы ($r_1 = 0,52$), во второй группе корреляционная связь сильная ($r_2 = 0,71$).

В результате проведенного анализа патологии репродуктивной системы выяснено, что патология в первой группе встречается в 66% случаев, во второй группе в 100% случаев ($p < 0,05$). Была проанализирована структура гинекологической патологии, в том числе патологии молочных желез среди женщин с нормальной массой тела и избыточной массой тела/ожирением. Наличие инфекционно-воспалительных гинекологических заболеваний в группе женщин с нормальной массой тела наблюдалось в 41% случаев, при этом чаще встречались хронический цервицит, бактериальный вагиноз, хронический эндометрит. В группе с избыточной массой тела/ожирением инфекционно-воспалительные заболевания встречались лишь у 23% пациенток, среди которых преобладали хронический цервицит, хронический аднексит и бактериальный вагиноз ($p > 0,05$). Частота встречаемости патологии молочных желез в обеих группах была одинакова - 70%, причем структура патологии также оказалась схожа: в 1 группе диффузная фиброзно-кистозная мастопатия встречалась в 75%, во второй в 77%; кисты молочных желез - в 16% случаев в обеих группах и фиброаденома молочных желез в 1 группе встречалась в 9%, а во 2 - в 5% случаев ($p > 0,05$). Структура гинекологической патологии представлена на рисунке 1.

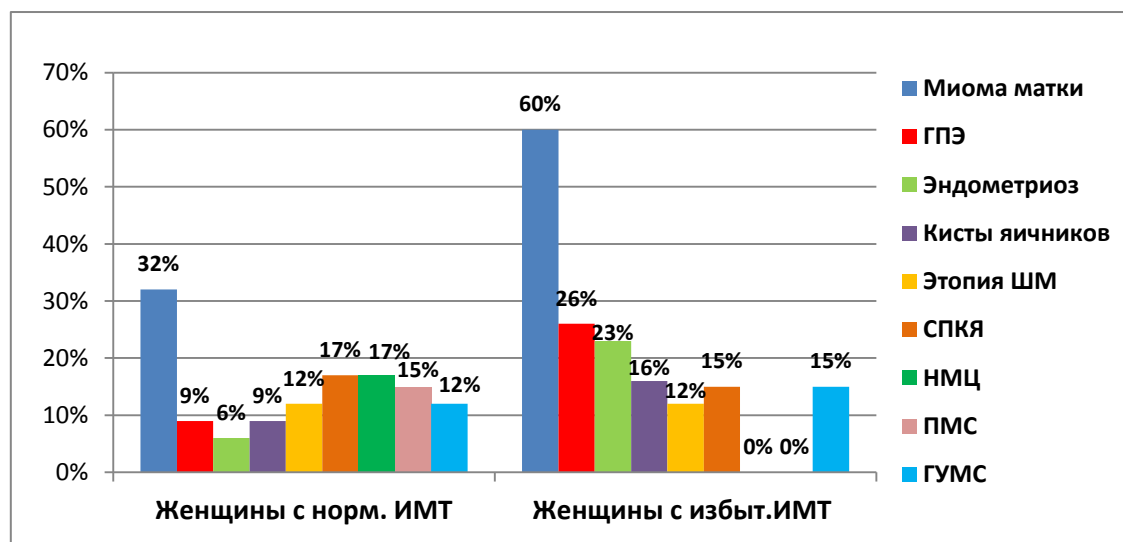


Рис.1 Структура гинекологической патологии среди женщин с различным ИМТ

Также был произведен анализ экстрагенитальной патологии среди пациенток обеих групп. Наличие экстрагенитальной патологии в 1 группе отмечалось в 88,2% случаев, во 2 группе - в 88,5% случаев ($p>0,05$). Структура экстрагенитальной патологии представлена на рисунке 2. У женщин с повышенной массой тела преобладали эндокринопатии (у 54%), заболевания желудочно-кишечного тракта (у 34%) и анемия (у 27%); тогда как в группе женщин с нормальной массой тела – на первом месте также оказались эндокринопатии (но несколько реже – у 35% обследованных), далее – патология соединительной ткани (у 23%) и анемия (у 16%).

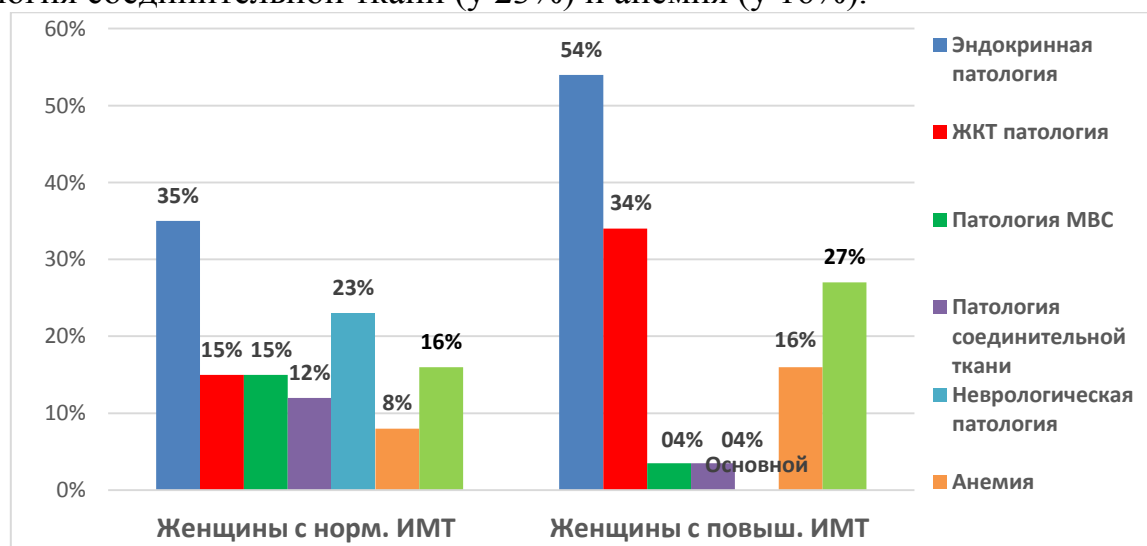


Рис.2 Структура экстрагенитальной патологии среди женщин с различным ИМТ

Между наличием гинекологической/экстрагенитальной патологии и фактом повышенного и нормального ИМТ была выявлена связь умеренной силы ($r=0,31$). Таким образом, неважно, есть ли у женщины ожирение или еще избыточная масса тела, но у данной пациентки уже имеется взаимосвязь между массой тела и развитием гинекологической и экстрагенитальной патологии.

Также была определена связь слабой силы между наличием патологии и фактом принадлежности к репродуктивному возрасту и возрасту пери- и постменопаузы.

Выводы:

1. Почти половина женщин (46,8%), обратившихся в женскую консультацию, нуждаются в коррекции метаболических расстройств, но, к сожалению, даже не имеют выставленного диагноза при посещении других специалистов. Данное обстоятельство ухудшает течение гинекологической патологии и затрудняет выбор и переносимость назначенного лечения и требует от врача акушера-гинеколога проведения коррекции массы тела для безопасного назначения гормональной терапии и эффективного лечения различной гинекологической патологии.

2. Для женщин с повышенной массой тела характерно более раннее наступление менархе и более позднее наступление менопаузы, что увеличивает длительность работы репродуктивной системы и количество менструальных циклов на протяжении жизни женщины, что может способствовать развитию различных гиперпластических процессов репродуктивной системы

3. Гинекологическая патология среди женщин с избыточной массой тела/ожирением встречается в 100% случаев, при этом в структуре патологии преобладают в основном гиперпластические процессы (миома матки, гиперплазия эндометрия, эндометриоз), что, вероятно, можно объяснить многообразием патологических влияний метаболических процессов на репродуктивную систему женщины.

4. Наличие уже избыточной массы тела, а тем более ожирения, тесно взаимосвязано с развитием гинекологической и экстрагенитальной патологии.

Список литературы:

1. Горбатенко Н.В. Влияние ожирения на развитие нарушения репродуктивной функции у женщин / Н.В. Горбатенко, В.Ф. Беженарь, М.Б. Фишман // Ожирение и метаболизм. – 2017. – Т.14. – №5. – С. 3-8

2. Aricha-Tamir B. Downsizing pregnancy complications: a study of paired pregnancy outcomes before and after bariatric surgery/ B. Arisha-Tamir, A.Y. Weintraub, I Levi, E. Sheiner // Surgery for Obesity and Related Diseases. – 2012. – Т.8. – №4. – 434-439

3. World Health Organization (WHO). Fact sheet: Obesity and overweight. October 18, 2017. URL: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (дата обращения: 21.11.18).

УДК 618-3

**Теребенина И.Д., Ваганова И.Ю., Кудрявцева Е.В.,
ОЦЕНКА РОЛИ НЕКОТОРЫХ ГЕНОВ-КАНДИДАТОВ В
ФОРМИРОВАНИИ БОЛЬШИХ АКУШЕРСКИХ СИНДРОМОВ**

Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПП и педиатрического факультета