

4. Физиотерапия: национальное руководство. Под ред. Пономаренко Г.Н. – М., 2009.

5. Шелякин А.М., Пономаренко Г.Н. Микрополяризация мозга / Под ред. О.В.Богданова. – СПб.: ИИЦ Балтика, 2006. – 223 с.

РЕАБИЛИТАЦИИ ГЕНЕРАТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ганчар Е.П., Кажина М.В., Яговдик И.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский
университет», Гродно

Метаболический синдром (МС) является актуальной проблемой современного общества. Медико-социальная значимость МС обусловлена высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, ранней инвалидизацией и преждевременной смертностью. Эксперты ВОЗ оценили ситуацию по распространенности МС как новую пандемию XXI века [1, 3, 4]. Одним из главных признаков МС является ожирение. По прогнозам ВОЗ, в ближайшие 20 лет ожидается увеличение числа пациентов с ожирением в популяции с 30 до 50% [6, 9]. Распространено ожирение и среди беременных женщин. Так в США избыточная масса тела и ожирение при беременности зарегистрированы у 18,5-38,3% женщин, в Великобритании – у 39,5-44,5%, в Австралии – у 18,5-42%, в Италии – у 33%, в Китае – у 1,8% [7].

В последнее время предметом глубокого изучения стали вопросы количественной и качественной характеристики акушерской патологии у женщин с МС. На фоне МС у женщин часто наблюдаются нарушения менструального цикла, бесплодие [2, 4, 8, 9]. В случае наступления беременности врачи сталкиваются с рядом осложнений: угрозой прерывания, гестозами, фетоплацентарной недостаточностью, кровотечениями, высокой частотой оперативных вмешательств [6, 7]. По данным Макацария А.Д., частота осложнений беременности на фоне МС достигает 100% [5]. В литературе описаны патогенетические факторы акушерских осложнений на

фоне МС: это гипергликемия, тромбофилия, гипергомоцистеинемия, дислипидемия, дефицит прогестерона, дефицит магния, дефицит витаминов А, Е, С, активация перекисного окисления липидов [5]. Несмотря на широкое распространение МС среди беременных и доказанную высокую частоту акушерских осложнений, в литературе нет достоверных данных об эффективности коррекция нарушений гомеостаза в условиях МС на прегравидарном этапе с целью снижении частоты осложнений беременности, родов и послеродового периода.

Цель исследования – разработать и оценить эффективность предложенного комплекса мероприятий на прегравидарном этапе, направленного на снижение частоты гестационных осложнений у женщин с МС.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели нами были выделены 2 группы пациенток. Основную группу составили 24 женщины с МС, получающие терапию с прегравидарного этапа. В группу сравнения вошли 26 беременных с МС, которые не получали превентивного лечения с прегравидарного этапа. Критерии включения: наличие МС согласно критериям International Diabetes Federation (2005). Критерии исключения: наличие аллергических реакций к компонентам предложенного нами комплекса. Обследуемые группы были сходны по основным характеристикам: возрасту, акушерскому, гинекологическому анамнезу, частоте и характеру экстрагенитальной патологии.

Для пациенток основной группы разработан пошаговый комплекс мероприятий: 1-й шаг – диагностический, 2-й шаг – I этап прегравидарной подготовки (3-6 месяцев), 3-й шаг – II этап прегравидарной подготовки (3 месяца).

Диагностический шаг включал антропометрию, измерение артериального давления, исследования липидного спектра крови, анализ показателей, характеризующий углеводный обмен, гемостазиограмму, обследование на инфекции, передающиеся половым путем, определение типа пищевого поведения, психологическое тестирование, инструментальные методы обследования (УЗИ органов малого таза, почек, сердца, ЭКГ), консультацию эндокринолога, терапевта.

1-ый этап прегравидарной подготовки включал базисную, стандартизированную и индивидуальную терапию. Обязательной составляющей базисной терапии явилось соблюдение умеренно гипокалорийной диеты, режима физических упражнений, элементов психотерапевтического воздействия. Стандартизированная терапия включала назначение омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, таурина. Индивидуальная терапия включала назначение метформина, либо орлистата, либо сибутрамина, гипотензивной терапии, психологической коррекции. I этап прегравидарной подготовки считался эффективным при снижении массы тела на 10-15%, нормализации уровня холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности, липопротеидов высокой плотности, глюкозы, артериального давления.

II этап прегравидарной подготовки также включал базисную, стандартизированную, индивидуальную терапию. Базисная терапия – продолжение соблюдения гипокалорийной диеты, физической активности. Стандартизированная терапия включала назначение омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, фолиевой кислоты, антиоксидантов. Индивидуальная терапия – назначение прогестерона, коррекция тромбофилии, продолжение гипотензивной терапии, психологической помощи. После наступления беременности проводилась коррекция ведения пациентки акушером-гинекологом, терапевтом, эндокринологом. Все женщины основной группы подписали информационное согласие на проведение терапии с прегравидарного этапа.

Статистическая обработка данных проведена с использованием компьютерной программы STATISTICA 6,0. Для анализа полученных результатов использовались методы непараметрической статистики – сравнение групп осуществлялось с использованием критерия Манна-Уитни. Оценку эффективности метода проводили с помощью метода парных сравнений Вилкоксона. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что все проведенные лечебные мероприятия у женщин основной группы в течение 3-6 месяцев эффективно снизили

массу тела в среднем на $7,3 \pm 3,21$ кг. Основные показатели метаболического статуса на фоне комплекса лечебных мероприятий у женщин с МС основной группы отражены в таблице.

Таблица - Метаболический статус на фоне комплекса лечебных мероприятий у женщин с МС основной группы

Показатель	До лечения	После лечения	P
Гликемия, ммоль/л	$5,2 \pm 1,0$	$4,5 \pm 0,8$	$<0,05$
ХС, ммоль/л	$5,5 \pm 1,0$	$4,9 \pm 0,8$	$<0,05$
ТГ, ммоль/л	$1,8 \pm 0,8$	$1,3 \pm 0,6$	$<0,05$
ХС ЛПВП, ммоль/л	$1,2 \pm 0,4$	$1,4 \pm 0,4$	$<0,001$
ХС ЛПНП, ммоль/л	$3,5 \pm 0,9$	$2,8 \pm 0,8$	$<0,001$

Уменьшение объема жировой ткани способствовало улучшению метаболических процессов, снижению атерогенных фракций липидов и повышению ХС ЛПВП, уменьшению гликемии натощак, нормализации артериального давления. Коррекция гипергомоцистенемии проводилась 8,3% пациенток основной группы, низкомолекулярные гепарины в профилактических дозах получали 12,5% женщин с МС. Беременность наступила у 22 (91,7%) пациенток с МС, получивших терапию на прегравидарном этапе.

В ходе исследования было подтверждено, что на фоне МС беременность, роды, послеродовый период протекают со значительным числом осложнений. В основной группе гестоз развился у 22,7% женщин. При этом средняя степень гестоза наблюдалась лишь в одном случае – 4,5%. В группе сравнения у 57,7% беременных развился гестоз, гестоз средней степени тяжести выявлен у 15,4% женщин, тяжелая форма гестоза наблюдалась у 3,8% беременных ($p < 0,05$). Угроза прерывания беременности в основной группе отмечена в 18,2% случаев, в группе сравнения - в 42,3% случаев ($p < 0,05$). Нарушение маточно-плацентарно-плодового кровотока выявлено у 9,1% пациенток основной группы, у 34,6% пациенток группы сравнения ($p < 0,05$). Несвоевременное излитие околоплодных вод выявлено у 18,2% беременных (30,8% у пациенток в группе

сравнения, $p < 0,05$). Слабость родовых сил зарегистрирована у 4,5% женщин основной группы (15,4% у женщин группы сравнения, $p < 0,05$).

В ходе нашего исследования в основной группе такого осложнения как гипотоническое кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периодах зафиксировано не было, тогда как в группе сравнения данное осложнение отмечено у 7,7% пациенток ($p < 0,05$). Кесарево сечение выполнено 46,2% пациенткам с МС, не получавшим терапию с прегравидарного этапа, 27,3% женщин основной группы ($p < 0,05$). Частота преждевременных родов составила в основной группе – 9,1%, в группе сравнения – 15,4% ($p < 0,05$). Послеродовый период у пациенток группы сравнения в 15,4% случаев осложнился субинволюцией матки, у рожениц основной группы данного осложнения выявлено не было ($p < 0,05$).

В состоянии асфиксии родилось 11,5% детей группы сравнения, тогда как в основной группе данного осложнения не выявлено ($p < 0,05$). Перинатальное поражение ЦНС гипоксического генеза имело место у 4,5% новорожденных основной группы (19,2% детей группы сравнения, $p < 0,05$). Гипотрофия плода отмечена у 4,5% детей основной группы, у 19,2% новорожденных группы сравнения ($p < 0,05$).

Выводы: Разработанный нами метод прегравидарной подготовки женщин с МС позволит существенно улучшить исходы беременности: снизить частоту преждевременных родов, снизить частоту и степень тяжести гестоза, фето-плацентарной недостаточности, аномалии родовой деятельности, субинволюции матки, предупредить кровотечения в послеродовом периоде, снизить частоту перинатальных осложнений.

Литература

1. Бутрова, С.А. Метаболический синдром: патогенез, клиника, диагностика, подходы к лечению / С.А. Бутрова // Русский медицинский журнал. - 2001. - № 2. – С. 56-60.
2. Геворкян, М.А. Метаболический синдром с позиций гинеколога / М.А. Геворкян // Лечащий врач. – 2007. – № 3. – С. 79-83.
3. Диденко, В.А. Метаболический синдром X: История вопроса и этиопатогенез / В.А. Диденко // Лабораторная медицина. - 1999. - № 2. - С. 49-57.

4. Дубоссарская, З.М. Метаболический синдром и гинекологические заболевания / З.М. Дубоссарская, Ю.А. Дубоссарская // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2010.- № 2. – С. 28-38.

5. Метаболический синдром и тромбофилия в акушерстве и гинекологии / А.Д. Макацария, Е.Б. Пшеничникова, Т.Б. Пшеничникова, Т.Б. Бицадзе. – Москва. ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. - 480 с.

6. Михалевич, С.И. Метаболический синдром в акушерстве / С.И. Михалевич, А.В. Ещенко, Н.Л. Андреева // Искусство медицины. – 2011. - №1. – С. 157-166.

7. 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.

8. Подзолкова, В.Н. Ожирение и репродуктивная функция женщины: учеб.пособие / В.Н. Подзолкова. - Москва: РГМУ, 2006. – 30 с.

9. Прилепская, В.Н. Проблема ожирения и здоровье женщины / В.Н. Прилепская // Гинекология. - 2005. - №4. - С. 3-6.

РАННЯЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

Глинская Т.Н., Вальчук Э.Э., Судиловская С.В., Сироткина Е.А.

ГУ «РНПЦ трансфузиологии и медицинских
биотехнологий», Минск

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», Минск

Актуальность. Ежегодно в Беларуси регистрируется более 3 000 случаев рака желудка. Радикальное хирургическое лечение включает проксимальную или дистальную резекцию желудка или гастрэктомию. Частота встречаемости постгастрэктомических расстройств составляет от 15-20% до 60% и выше, которые проявляются нарушениями функции пищеварения, трофологического и психологического статуса, опосредованными обменными нарушениями и эндокринными расстройствами, изменениями гематологических показателей, вторичными нарушениями органов и систем (дистрофические процессы, остеопороз). Нарушения функций и структур организма ведут к ограничению способности к передвижению, самообслуживанию,