

TRAHUNR

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990

Impact Factor: 5.878

JOURNAL OF
REPRODUCTIVE
HEALTH AND
URO-NEPHROLOGY
RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 2, ISSUE 3

2021

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-
нефрологических исследований

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский институт

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

№ 3
2021

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990

Главный редактор:
Chief Editor:

Негмаджанов Баходур Болтаевич

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии №2
Самаркандского Государственного медицинского института

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Obstetrics
and Gynecology Department No. 2 of the
Samarkand State Medical Institute

Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна

доктор медицинских наук, профессор
Кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского
Государственного стоматологического института

Doctor of Medical Sciences, Professor
Departments of Obstetrics and Gynecology
Tashkent State Dental Institute

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес
профессор, член Европейского общества
репродукции человека и эмбриологии
Prof. Medical Director of the Instituto
Europeo de Fertilidad. (Madrid, Spain)

Ramašauskaitė Diana

профессор, руководитель Вильнюсского центра
перинатологии, профессор и руководитель клиники
акушерства и гинекологии при институте клинической
медицины Вильнюсского университета (Prof. Clinic of
Obstetrics and Gynecology Vilnius University Faculty
of Medicine, Latvia)

Аюпова Фарид Мирзаевна

доктор медицинских наук, профессор,
заведующая кафедрой Акушерства и гинекологии №1
Ташкентской медицинской академии.

Зокирова Нодира Исламовна

доктор медицинских наук, профессор кафедры
акушерства и гинекологии №1, Самаркандского
Государственного медицинского института

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич

доктор медицинских наук, профессор заведующий
кафедрой Эндоскопической урологии факультета
непрерывного медицинского образования
медицинского института РУДН.

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна

доктор медицинских наук, профессор кафедры
акушерства и гинекологии №2, Бухарского
медицинского института.

Окулов Алексей Борисович

доктор медицинских наук, профессор кафедры
медицинской репродуктологии и хирургии
Московского государственного
медико-стоматологического университета.

Махмудова Севара Эркиновна

ассистент кафедры Акушерства и гинекологии
факультета последипломного образования
Самаркандского Государственного медицинского
института (**ответственный секретарь**)

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Boris Chertin

MD Chairman, Departments of Urology & Pediatric
Urology, Shaare Zedek Medical Center, Clinical Professor in
Surgery/Urology, Faculty of Medicine, Hebrew University,
Jerusalem. (Профессор хирургии/урологии, медицинский
факультета ивритского университета)

Fisun Vural

Doçent Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İdari
ve Eğitim Sorumlusu. Доцент Университета
естественных наук, учебно-исследовательской
больницы клиники акушерства и гинекологии.

Melike Betül Öğütmen

SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Nefroloji
Kliniği idari ve Eğitim Sorumlusu.
Доцент Университета естественных наук,
учебно-исследовательской
больницы клиники нефрологии.

Аллазов Салах Алазович

доктор медицинских наук, профессор
кафедры урологии, Самаркандского
Государственного медицинского института

Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна

доктор медицинских наук, доцент,
заведующая кафедрой №2 педиатрии с
курсом неонатологии, Самаркандского
Государственного медицинского института

Локшин Вячеслав Нотанович

доктор медицинских наук, профессор,
член-корр. НАН РК, президент Казахстанской
ассоциации репродуктивной медицины.

Никольская Ирина Георгиевна

доктор медицинских наук, профессор
ГБУ МО МОНИАГ.

Шалина Раиса Ивановна

доктор медицинских наук, профессор
кафедры акушерства и гинекологии педиатрического
факультета РНИМУ им.Н.И.Пирогова

Page Maker | Верстка: Хуршид Мирзахмедов

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Телефон: +998 (94) 404-0000

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ | LITERATURE REVIEW

1. Аллазов С.А., Искандаров Ю.Н., Махмудов Ш.Б. Некротический фасциит наружных половых органов у мужчин Allazov S.A., Iskandarov Y.N., Mahmudov Sh.B. Necrotizing fasciitis of the external genital organs in men.....	4
2. Аллазов С.А., Умаров А.У. Почечная колика урологического генеза Allazov S.A., Umarov A.U. Renal colic of urological genesis.....	10
3. Боборахимова У.М. Коррекция массы тела у женщин с ожирением, планирующих использовать гормональную контрацепцию Boboraximova U.M. Weight management for the overweight woman planning to use hormonal contraception.....	14
4. Искандаров Ю.Н., Муминов С.Р., Аллазов С.А. Понятие объемных новообразований в урологии Iskandarov Y.N., Mo'minov S.R., Allazov S.A. The concept of volumetric neoplasms in urology.....	19
5. Назарова Г.Х., Махмудова С.Э. Современное значение прогностических маркеров в развитии преэклампсии Nazarova G.X., Mahmudova S.E. Modern significance of prognostic markers in the development of preeclampsia	23
6. Маманазаров Д.М., Аллазов С.А., Мурадова Р.Р. Урогенитальная неспецифическая инфекция у женщины Mamanazarov D.M., Allazov S.A., Muradova R.R. Urogenital non-specific infection in women.....	27
7. Шодмонова З.Р., Батиров Б. Стриктура уретры: современный подход к проблеме Shodmonova Z.R., Batirov B. Stricture of urethra: modern approach to the problem.....	30

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ | ORIGINAL ARTICLES

1. Абдуллаева Л.М., Сафарова Л.А. Особенности течения родов и послеродового периода у вич-позитивных женщин Abdullaeva L.M., Safarova L.A. Features of the management of childbirth and the postpartum period in hiv-positive women.....	35
2. Абдурахманова С.И., Каттаходжаева М.Х., Сулаймонова Н.Ж., Назарова Д.Г. Изменения про- и противовоспалительных цитокинов до и после лечения у женщин с сочетанной формой миомы матки и аденомиоза Abduraxmonova S.I., Kattakhoeva M.Kh., Suleymanova N.J., Nazarova D.G. Changes in pro- and anti-inflammatory cytokines before and after treatment in women with combined form of uterine fibrous and adenomyosis.....	38
3. Агабабян Л.Р., Насирова З.А., Алиева М.Я. Клиническая характеристика пациенток с преждевременной недостаточностью яичников Agababyan L.R., Nasirova Z.A., Alieva M.Y. Clinical characteristics of patients with premature ovarian insufficiency.....	42
4. Исанбаева Л.М., Каттаходжаева М.Х., Бобоев К.Т. Генетические аспекты лекарственной устойчивости при терапии женщин с миомой матки Isanbayeva L.M., Kattakhoeva M.Kh., Boboev K.T. Genetic aspects of drug resistance in the treatment of women with uterine fibroids.....	45
5. Каттаходжаева М.Х., Сафаров А.Т., Умаров З.М., Сулаймонова Н.Ж. Влияние перинатальных показателей на тазовое предлежание плода Kattakhoeva M.Kh., Safarov A.T., Umarov Z.M., Sulaymonova N.J. Effect of perinatal indicators on fetal breech.....	49
6. Ким В.С. Анализ клинических проявлений и особенности родоразрешения пациенток с COVID 19 Kim V.S. Analysis of clinical manifestations and significance of patients with COVID 19.....	53
7. Ким В.С. Материнские и перинатальные исходы у пациенток с COVID 19 Kim V.S. Maternal and perinatal outcomes in patients with COVID 19.....	56
8. Умаров З.М., Каттаходжаева М.Х., Сафаров А.Т. К вопросу о тактике ведения беременности и родов при тазовых предлежаниях плода Umarov Z.M., Kattakhoeva M.Kh., Safarov A.T. On the tactics of management of deliveries in breech presentations.....	58




УДК 613.888-51:616.1

Боборахимова Умида Мусаевна
Ассистент Самаркандский Государственный
Медицинский институт
Самарканд, Узбекистан

КОРРЕКЦИИ МАССЫ ТЕЛА У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ, ПЛАНИРУЮЩИХ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ГОРМОНАЛЬНУЮ КОНТРАЦЕПЦИЮ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Boboraximova Umida Musaevna, Weight management for the overweight woman planning to use hormonal contraception, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 3, pp. 14-18

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-3-3>

Boboraximova Umida Musaevna
Assistant Samarqand State medical institute
Samarqand, Uzbekistan.

WEIGHT MANAGEMENT FOR THE OVERWEIGHT WOMAN PLANNING TO USE HORMONAL CONTRACEPTION (LITERATURE REVIEW)

Boboraximova Umida Musaevna
Assistant Samarqand davlat tibbiyot instituti
Samarqand, O'zbekiston

GORMONAL KONTRATSEPTSIYANI QO'LLASHNI REJALASHTIRGAN SEMIZ AYOLLARDA TANA VAZNINI TUZATISH (ADABIYOTLAR TAHLILI)

Актуальность. Ожирение представляет особую значимость для здоровья женщин детородного возраста, являясь серьезным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, желчнокаменной болезни, бесплодия, перинатальной патологии, злокачественных новообразований [1-4]. В настоящее время частота ожирения у женщин старше 20 лет в популяции достигает 35% [5], причем в возрасте 30-39 лет ожирение встречается в 2 раза чаще [6].

В основе нарушений функций системы гонадостата у женщин с ожирением лежат изменения центральных регулирующих механизмов функции яичников, коры надпочечников и изменения метаболизма половых стероидов на периферии, в частности в жировой ткани [2, 4-7]. По мнению большинства исследователей, нарушения менструального цикла (НМЦ) и развитие неоплазий у молодых женщин вторичны и являются следствием ожирения [2, 3, 8, 9]. По данным ряда авторов, для восстановления цикличности менструальной функции у женщин с ожирением нередко бывает достаточно снижения массы тела на 10-15% [3,4].

Нередко у пациенток с ожирением бывшая ранее регулярной менструальная функция на том или ином этапе ведения пациентки нарушается и бывает трудно ее восстановить. Нарушения менструального цикла в виде дисфункциональных маточных кровотечений, олиго- и аменорея встречаются чрезвычайно часто. Высока частота бесплодия.

Избыток жировой ткани приводит к накоплению стероидов, и количество и активность циркулирующих в крови эстрогенов снижается. Аномальное функционирование гипоталамуса приводит не только к нерегулярным менструальным циклам, но и к гипомеменструальному синдрому и вторичной аменорее. В.Н.Серов при изучении менструальной функции у женщин с послеродовым ожирением выявил нарушение тонической и циклической секреции гонадотропинов, приводящее в 63 % случаев к развитию ановуляторных кровотечений, с последующим развитием гипомеменструального синдрома либо ациклических кровотечений на фоне гиперпластических процессов эндометрия.

По мнению большинства исследователей, нарушения менструального цикла вторичны и являются следствием ожирения. При алиментарном ожирении в 6 раз чаще отмечаются нарушения менструальной функции и почти в 2 раза чаще – первичное бесплодие. Имеется прямая зависимость между нарастанием массы тела и тяжестью нарушений овариальной функции, что сопровождается ановуляцией, неполноценностью лютеиновой фазы цикла и снижающимся числом беременностей. В гинекологической эндокринологии наблюдается целый ряд синдромов ассоциированных с ожирением. Примером этого является известный всем нейроэндокринный синдром периода полового созревания, или так называемый юношеский базофилизм; послеродовый нейрообменно-эндокринный синдром, одним из основных симптомов которого является прибавка, иногда

очень значительная, массы тела; синдром поликистозных яичников, у многих пациенток сопровождающийся повышением массы тела или обменными нарушениями, которые встречаются при ожирении; климатерический синдром, в частности, и развивающийся на этом фоне постменопаузальный метаболический синдром.

Таким образом, нарушения эндокринной системы с периода полового созревания и менопаузы тесно связаны сожирением.

Раздел I. Клинические проявления ожирения у женщин репродуктивного возраста

Выделяют два типа отложения жировой ткани у женщин феминный (гиноидный, глутеофemorальный), при котором отложение жира в основном происходит в области бедер и ягодиц, и андронидный (висцеральный, центральный) с преимущественным накоплением жиров висцеральной области. Наиболее неблагоприятным считается абдоминальный тип ожирения, сочетающийся, как правило, с комплексом гормональных метаболических факторов риска [2-4]. В настоящее время абдоминальное ожирение рассматривается как один из компонентов метаболического синдрома, описанного в 1988г. G. Reaven как «синдром X» [7].

Накопление жировой ткани в области бёдер и ягодиц («нижний» тип ожирения) регулируется, главным образом, ферментом липопротеин липазой; для этой области характерны процессы липогенеза, а активность липолиза низкая, в связи с чем гиноидное

ожирение не влияет на здоровье и меняет только внешний облик женщины.

Раздел I. Пищевое поведение женщин репродуктивного возраста с ожирением.

Для оценки пищевого поведения пациенток мы использовали краткий адаптированный частотный опросник [13], включающий 24 пункта, и состоящий из 2 частей: 1-ая часть оценивает частоту потребления жира (15 пунктов); 2-ая часть даёт оценку частоты потребления продуктов растительного происхождения (9 пунктов). Все данные оценивали по балльной системе. Данный опросник мы адаптировали к условиям национального питания вашей стране. Опросник предназначен для самостоятельного заполнения и подсчёта набранной суммы баллов самим опрошиваемым. Пищевое поведение оценивали до и в процессе (через 6 месяцев) лечения с помощью представленных ниже анкет.

Анкета пищевого поведения

Постарайтесь вспомнить, как Вы питались на протяжении этого года. Как часто Вы употребляли перечисленные ниже продукты? Сделайте отметку крестиком в одном из соответствующих квадратов для каждого вида продуктов. Чтобы оценить результаты опроса, отметьте те крестиком часто употребляемые продукты или группы продуктов, в графе справа напишите количество баллов, которое соответствует их частоте употребления. Затем подсчитайте общую сумму баллов оценки Вашего питания.

Опросник №1

Определение частоты потребления жиров

ПЕРЕЧЕНЬ ПРОДУКТОВ	Реже чем 1 раз в месяц	2-3 раза в месяц	1-2 раза в месяц	3-4 раза в месяц	5 и более раз в неделю	СУММА БАЛЛОВ
	Баллы					
	0	1	2	3	4	5
Масло подсолнечное						
Масло оливковое						
Рыба не жирная (хек, треска)						
Рыба жирная (сельдь, сардины, скумбрия, палтус)						
Масло сливочное, маргарин, другие животные жиры, в том числе для приготовления блюд (для жарения, выпечки)						
Говядина жирная						
Свинина, баранина, ветчина						
Молоко, кефир, йогурт, ряженка жирностью более 3 %						
Сметана, сливки, мороженое						
Печень, мозги, почки						
Колбаса вареная, жирная, сосиски, сардельки						
Колбаса полукопченая, копченая						
Сыр жирный 30% и более						
Творог жирный (18%), творожная масса						
Яйца						
Жареная курица						
Жареный картофель, чипсы						
Сало						
Печенье, пирожное, торт, шоколад						
Общая сумма баллов						

Анализ данных опроса, проведенного с помощью анкеты №1, осуществлялся на основании подсчета общей суммы баллов, по следующим критериям:

- общая сумма баллов > 27. Ваша диета обогащена жиром и холестерином. Вам необходимо реже потреблять богатые животными жирами продукты, заменив их рыбой, зерновыми, бобовыми, овощами и фруктами, а также растительными маслами
- 25 - 27 баллов. Вы довольно часто потребляете жирные продукты. Попробуйте уменьшить их потребление, начав с продуктов, для которых Вы набрали наибольшее количество баллов.

- 22 — 24 баллов. Ваша диета является типичной для современного человека. Желательно заменить часть жировых продуктов на продукты с низким содержанием жира
- 18 — 21 баллов. Если у Вас имеются факторы риска атеросклероза, стремитесь достигнуть показателя потребления жиров < 17 баллов
- < 17 баллов Вы предпочитаете продукты с низким содержанием жира и поступаете правильно! Придерживайтесь этого питания для профилактики атеросклероза.

Опросник №2

Определение потребления зерновых продуктов, овощей фруктов.

ПЕРЕЧЕНЬ ПРОДУКТОВ	Реже чем 1 раз в месяц	2-3 раза в месяц	1-2 раза в месяц	3-4 раза в месяц	5 и более раз в неделю	СУММА БАЛЛОВ
	Баллы					
	0	1	2	3	4	
Хлеб пшеничный (белый, серый)						
Хлеб ржаной (черный)						
Картофель вареный						
Морковь, свекла, капуста, огурцы, томаты, кабачки, баклажаны, перец сладкий						
Макароны, рис, ячмень, пшено, крупа перловая						
Крупа овсяная, манная, гречневая						
Бобовые (фасоль, горох, бобы, чечевица)						
Апельсины, груши, бананы, яблоки, соки, апельсиновый и яблочный						
Абрикосы, арбуз, виноград, дыня, персики, слива, черешня, сухофрукты.						
Грейпфрут, мандарины, ананас, ягоды (клубника, крыжовник и др.)						
Общая сумма баллов						

Анализ данных, полученных с помощью анкеты №2, следует анализировать на основании подсчета общей суммы баллов по следующим критериям:

- если сумма баллов > 30. Вы набрали желаемую сумму баллов. Вы потребляете достаточно зерновых продуктов, овощей и фруктов. Придерживайтесь этого питания.
- 20 — 29 баллов. Вам следует включить в свой рацион больше трех продуктов, для которых Вы набрали наименьшие баллы
- < 20 баллов. В Вашей диете не достаточно важных компонентов питания. Вам следует включить в дневной рацион указанные продукты, богатые клетчаткой для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с атеросклерозом.

Мы рекомендуем добиться, чтобы соотношение баллов опросника №2 к баллам опросника №1 было выше 1,5. Это можно сделать при правильной регулировке питания (рекомендации даны в пояснениях) и повышении физических нагрузок.

Для внедрения принципов рационального питания необходимо проводить расчет калорийности суточного рациона, предложенный ВОЗ [2, 10, 24]. Схема этого расчета для женщин такова:

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

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

Раздел II. Медикаментозные средства, направленные на снижение веса.

Обязательной составляющей базисной терапии является соблюдение умеренно гипокалорийной диеты, режима физических упражнений, элементы психотерапевтического воздействия и постоянное консультирование/обучение новым навыкам пищевого поведения. Только переход на рациональное сбалансированное питание позволяет добиться стабильной потери избыточной массы тела. Применение медикаментозной терапии облегчает соблюдение рекомендаций по питанию и способствует более

быстрому и интенсивному снижению массы тела, а также помогает удержать достигнутые результаты и предотвратить развитие рецидива.

Медикаментозная терапия ожирения нужна так же, как и при любом другом хроническом заболевании. В настоящее время установлено, что излечить ожирение лекарственными препаратами невозможно, а поэтому их назначение носит вспомогательный характер и является дополнением к диетическому и физиотерапевтическому методам лечения.

Основные показания к медикаментозному лечению: • для облегчения соблюдения диеты • как временное мероприятие после начала лечения у некоторых больных с депрессией и больных с заболеваниями ЖКТ, которым трудно соблюдать диету • при коротких курсах с 6-месячным и годичным интервалом, для сохранения массы тела после рецидива

• больным, у которых масса тела при применении диеты не снизилась. По механизму действия препараты для лечения ожирения можно разделить на три группы:

• снижающие потребление пищи (аноректики): теронак, минифаж, меридиа, прозак, изолипан, тримекс

• увеличивающие расход энергии (термогенные симпатомиметики): эфедрин, кофеин, сибутрамин

• уменьшающие всасывание питательных веществ: ксеникал.

Из медикаментозных препаратов у инсулинрезистентных пациентов 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/сутки контролем глюкозотолерантного теста. Длительность терапии 3-6 мес., в том числе на фоне стимуляции овуляции [36]. Мета анализы показывают, что применение метформина при ожирении приводит к значимому снижению массы тела [35].

Раздел III. Хирургические методы лечения ожирения.

В последние годы при тяжелых формах ожирения, а так же при неэффективности медикаментозной и немедикаментозной терапии все чаще прибегают к хирургическим методам, к выполнению, так называемых бариатрических операций. Эти операции действуют на снижение веса за счет либо значительного сокращения потребления пищи, либо за счет ограничения всасывания пищи в

кишечном тракте. К наиболее часто применяемым современным операциям при ожирении относятся гастрощунтирование (ГШ), регулируемое бандажирование желудка (БЖ), вертикальная гастропластика (ВГП), билиопанкреатическое шунтирование (БПШ) в модификации Scopinaro, БПШ в модификации Hess – Marceau (DuodenalSwitch), а также продольная резекция желудка (ПРЖ). Окончательное решение о проведении операции и выборе ее вида принимает хирург в зависимости от выраженности ожирения и сопутствующих заболеваний. Как правило, в течение первого года после хирургического вмешательства избыточная масса тела уменьшается на 50-70% от исходной, причем наиболее интенсивно в первые 6 месяцев. После оперативного лечения пациенты нуждаются в проведении заместительной терапии препаратами железа, кальция, показан также прием поливитаминов. Важно отметить, что даже хирургическое вмешательство не освобождает пациента от соблюдения правил рационального питания, т. к. увеличение калорийности за счет превышения жиров более чем на 30% от суточной нормы замедляет процесс снижения массы тела.

Очень справедливо отмечают Шагазанова Б.Х. и Шодманова Ш.А.: «Терапия ожирения, как и любого хронического заболевания – процесс пожизненный, и только совместными усилиями врача и пациента можно добиться положительного результата, причем основная ответственность за лечение возлагается на самого больного».

Заключение

Несмотря на простоту диагностики ожирения, успехи в профилактике и лечении пока нельзя считать удовлетворительными. Обычная рекомендация “меньше есть и больше двигаться” не способна кардинально помочь больному с ожирением.

Не каждая пациентка, обратившаяся к гинекологу по поводу проблем связанных с нарушениями менструальной и репродуктивной функции, предъявляет жалобы на избыточную массу тела. И не каждый гинеколог владеет методиками обследования и лечения таких больных, несмотря на то, что лечение любой патологии необходимо начинать с уменьшения избыточной массы тела, если таковая имеется. Здравоохранение экономически развитых стран только начинает нарабатывать подходы к лечению ожирения, отвечающие современным представлениям о природе этого заболевания. Первые шаги, сделанные в этом направлении, обнадеживают.

Подходы к лечению ожирения женщин репродуктивного возраста на основе исходной массы тела

ИМТ	Характеристика	Подходы к лечению
25-30	Избыток массы тела	Самостоятельное изменение пищевого поведения, увеличение физических нагрузок
31-35	Класс I	Консервативное, в том числе медикаментозное лечение, при неэффективности – установка внутрижелудочного баллона
36-40	Класс II	Консервативное лечение, установка баллона, при наличии сопутствующих заболеваний – хирургическое лечение. Как правило, основной акцент делается на малоинвазивные технологии
Более 40	Класс III	При неэффективности консервативных мероприятий показано хирургическое лечение. Значительная часть пациентов нуждается в предоперационной подготовке (диетотерапия, установка внутрижелудочного баллона в качестве первого этапа)

Таким образом, ожирение является глобальной проблемой, требующей не только внимания со стороны здравоохранения, но и рассмотрения ее на правительственном уровне каждого

экономически развитого государства и в первую очередь с позиций репродуктивного здоровья женщины.

Список литературы

1. Закон Республики Узбекистан «Об охране репродуктивного здоровья граждан», 12.03.2019
2. Абдуллаева Л.М., Агабабян Л.Р., Боборахимова У. Гормональная контрацепция - преимущества и недостатки.
3. Абдуллаева Л.М., Агабабян Л.Р., Боборахимова У., Избыток массы тела у женщин репродуктивного возраста и методы его коррекции.
4. Абдуллаева Л. М., Боборахимова У.М., Агабабян Л.Р. Программа расчета приемлемости комбинированной оральной контрацепции у женщин с ожирением
5. Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан уведомляет о факте поступления документов заявки на регистрацию программы для ЭВМ «Программа расчета приемлемости комбинированной оральной контрацепции у женщин с ожирением» DGU 2020 №1436
6. Андреева Е.Н., Григорян О.Р., Волевоч Н.Н., Мельниченко Ж.А. Влияние комбинации сибутрамин/меформин на уровень антимюллерова гормона, углеводный и липидный обмена в терапии синдрома поликистозных яичников у женщин с метаболическим синдромом. //Акушерство и гинекология. 2016, с. 112-119 Доступно в eLibrary.ru
7. Белов Г.В., Каипов А.К., Атабаев И.Н., Нуруев М.К. Физическая реабилитация женщин с алиментарным ожирением в условиях города ОШ// Научное обозрение. Медицинские науки. 2019. 60-65
8. Беляков Н.А., Мазуров В.И., Чубриева С Ю . Метаболический синдром X.// Эфферентная терапия. - 2000. — Том 6. - №2. С. 3 — 15.
9. Бессесен Д.Г., Кушнер Р. Избыточный вес и ожирение. – М.: Бином, 2014
10. Горелова И.В., Рулев М.В., Попова П.В. Влияние ожирения на результаты вспомогательных репродуктивных технологий// Проблемы репродукции. 2018;24(6):39-45
11. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире. ВОЗ, 2010
12. Информационный бюллетень ВОЗ №311, январь 2015
13. Карахалис Л.Ю., Пономарев В.В., Безруков А.Г., Пенжоян Г.А., Донченко Е.А. Ведение пациенток с синдромом поликистозных яичников в интергенетическом интервале. Проблемы репродукции. 2017. №5, стр. 61-64
14. Киселева Н.Г., Перова Н.В., Олферьев А.М., Митяев А.А., Оганов Р.Г. Оценка «пищевого риска» дислипидемий с помощью опросника, адаптированного для врачебной практики. // Кардиология. - 1998. — №10. -С. 91-96.
15. Можинская Ю.В., Белик С.Н., Подгорный И.В., Аветисян З.Е. Ожирение как фактор риска репродуктивных неудач.//Синергия наук. 2017, №16, с. 732-740. Доступно: eLIBRARY.RU, eLIBRARYID: 30457571
16. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А., Манухина Е.И. Гинекологическая эндокринология. ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2017, 285 с.
17. Мишарина Е.В., Абашова Е.И., Потин В.В. Ожирение и репродуктивная функция женщины. Журнал акушерства и женских болезней. 2016, том LXV, выпуск 5. с. 64-74
18. Подзолкова Н.М., Колода Ю.А., Подзолков А.В. Терапия беспл бесплодия у пациенток с ожирением: современный взгляд на проблему//Проблемы репродукции – 2012. - №3. – с. – 37-41
19. Серов В.Н., Прилепская В.Н., Овсянникова Т.В. Гинекологическая эндокринология. Москва. МЕДпресс-информ, 2015. 504 с.
20. Бессесен Д.Г., Кушнер Р. Избыточный вес и ожирение. – М.: Бином, 2014
21. Толпыгина М.Г., Абашова Е.И., Боровик Н.В. Патогенез нарушения функции яичников у женщин с сахарным диабетом 1-го типа//Журнал акушерства и женских болезней. 2018.Т.67.№1.с. 5-12. DOI.: 10.17816/JOWD6715-12
22. Шалина М.А. Метаболический синдром у женщин старшего возраста.//Журнал акушерства и женских болезней.2019. – Т.68. - №3. – с. 81-88
23. Эседова А.Э., Гаджиева З.Ш., Идрисова М.А., Касумова З.М.Состояние здоровья женщин в постменопаузальном периоде на фоне ожирения.//Вестник последипломного медицинского образования. 2017, №3, с.47
24. CedergenMI. Maternalmorbid obesity andthe resk of adverspregnancy outcome. ObstetGynecol. 2004; 103:219-24. DOI: 10.1097/01.AOG. 0000107291.46.159.00
25. Dag ZO, Dilbaz B. Impactofobesityoninfertility in women. J Turk GerGynecolAssoc. 2015; 16(2):111-7. DOI: 10/5152/tgga.2015.15232
26. FlgalKM, CarrollMD, KitBK, Ogden CLPrevalence of obesity andtrends inthe distribution ofbody mass index amongUS adults, 1999-2010. Jama. 2012; 307(5):491-7.DOI: 10.1001/jama.2012.39
27. FrancsS. Genetic and environmental origins of obesityrelevantto reproduction. ReprodBiomedOnline 2009; 12:526-31