

ХУЛОСА

Ш.Ш. Амонов, М. Олимӣ, Ф.Б.Боқиев

FAST TRACK ЧАРРОҲӢ —
СТРАТЕГИЯИ МУЛТИМОДАЛӢ
ҲАНГОМИ ХОЛЕСИСТИТИ САНГДОР
ДАР БЕМОРОНЕ, КИ НУҚСОНИ
КЛАПАНӢ ВА КОРОНАРӢ ДОРАНД

Мақсади тадқиқот. Арзёбии самаранокии татбиқи барномаи «Fast Track» дар муолиҷаи чарроҳии бемориҳои санги сафро дар беморони нуқсони клапанӣ ва коронарӣ дошта.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Кор дар асоси табобати чарроҳии 21 нафар беморони холелитиаз бо нуқсонҳои якҷояи клапанӣ ва коронарӣ дар давраи солҳои 2015-2019 асос ёфтааст. Маҷмӯи ташҳиси пешакӣ аз ташҳиси ултрасадо, электрокардиография, эхокардиография, ташҳиси функ-

сияи нафаскашӣ ва рентгенографияи қафаси сина, эзофагостродуоденоскопия, ТК ва ТМР ва таҳқиқоти лабораторӣ иборат аст.

Натиҷаи тадқиқот. Давомнокии чарроҳӣ ба ҳисоби миёна 31 ± 10 дақиқа буд. Ҳеҷ гуна ходисаҳои оризаҳои интрачарроҳӣ ва конверсия чой нашофт. Давомнокии миёнаи бистарӣ дар беморхона $2,2 \pm 0,8$ рӯз аст. Дар давраи пас аз чарроҳӣ оризаҳо ба қайд гирифта нашуданд. Натиҷаи марговар набуд.

Хулоса. Истифодаи барномаи барқарорсозии босуръати беморон Fast track - дар беморони холелитиаз якҷоя бо нуқсони клапани митралӣ ва коронарӣ метавонад, давомнокии бистаришавии беморон ва қобилияти кории беморонро зудтар барқарор кунад.

Калимаҳои калидӣ: холесистити сангдор, барномаи FAST TRACK, нуқсони клапанӣ, нуқсони коронарӣ, холесистэктомияи лапароскопӣ.

УДК 616.329-007.43-053.2-036.1-089

Н.Н. Ахпаров, Р.З. Боранбаева, С.Б. Сулейманова, А.Ж. Оразалинов

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ГРЫЖЕЙ
ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

АО «Научный Центр педиатрии и детской хирургии» МЗ, Алматы, Республики Казахстан

Сулейманова Сауле Бахтияровна - к.м.н., отделение хирургии Научного Центра педиатрии и детской хирургии МЗ РК, Алматы, пр. Аль-Фараби, 146, 050040, e-mail: saule_suleiman@mail.ru

Цель исследования. Изучить результаты диагностики и лечения детей с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

Материалы и методы исследования. Обобщен анализ результатов диагностики и лечения 41 пациентов, находившихся в отделении хирургии Научного Центра педиатрии и детской хирургии г. Алматы за период с 2002 по 2019гг. Среди них, бессимптомная (случайно выявленная) формы у 2 (5%) детей, параззофагеальная форма грыжи – 8 (20%), скользящая грыжа – 24 (58%) пациентов с симптомами недостаточности кардии, вторичные грыжи на фоне заболеваний ЖКТ – у 7 (17%), из них: на фоне гастродуоденита – 5 детей, на фоне язвы желудка – 2.

Результаты исследования и их обсуждение. В 26 (67%) случаях применена антирефлюксная операция по методу Nissen, у 13 (33%) пациентов выполнена операция клапанной гастропликации по методу Thall. Хирургическое вмешательство привело к разрешению симптомов во всех случаях.

Заключение. Применение комплекса инструментальных методов диагностики и сравнительный анализ полученных данных позволяет выявить клинические варианты грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, оценить функциональное состояние органов пищеварительного тракта, что принципиально важно в выборе патогенетически обоснованного лечения, включая хирургическое.

Ключевые слова: диафрагмальная грыжа, дисфагия, дети

N.N. Akhparov, R.Z. Boranbaeva, S.B. Suleimanova, A.Zh. Orazalinov

DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF CHILDREN WITH HIATAL HERNIA

АО "Scientific Center of Pediatrics and Pediatric Surgery" MH, 050040, Almaty, Republic of Kazakhstan

Sulejmanova Saule Bahtiyarovna – Candidate of Medical Sciences; Department of surgery of Scientific Center of Pediatrics and Pediatric Surgery, Almaty, Republic of Kazakhstan, Al-farabi Avenue 146, 050040; e-mail: saule_suleiman@mail.ru

Aim. To study the results of diagnostics and treatment of children with hiatal hernia.

Materials and methods. The analysis of the results of diagnostics and treatment of 41 patients at the department of surgery of the Scientific Center of Pediatrics and Pediatric Surgery for the period of 2002-2019 was performed. The asymptomatic (accidentally detected) form was found in 2 (5%) children, para-esophageal hernia in 8 (20%) cases, and the sliding hernia was observed in 24 (58%) patients with symptoms of cardia failure. Secondary hernias against the background of gastrointestinal diseases were observed in 7 (17%) cases of which 5 children had gastroduodenitis and 2 patients had stomach ulcers as a background disease.

Results and discussion. 26 (67%) patients received anti-reflux surgery by the Nissen method, and 13 (33%) patients received valvular gastroplication by the Thall method. The surgery resulted in the resolution of symptoms in all cases.

Conclusion. The use of a set of instrumental diagnostic methods and comparative analysis of the data obtained allows/identifying clinical variants of hiatal hernia, assess the functional state of the digestive tract, which is fundamentally important in the choice of pathogenetically based treatment, including surgical.

Keywords: diaphragmatic hernia, dysphagia, children.

Актуальность. Проблема грыжи пищеводного отверстия диафрагмы у детей, как и ассоциированный с их течением рефлюкс-эзофагит, является приоритетными направлениями научных исследований в современной педиатрии, задачи которого сводятся к оптимизации методов консервативного и хирургического лечения заболевания. Именно врожденные и наследственные аномалии соединительной ткани могут служить основой развития многих патологических состояний у детей, оказывая негативное влияние на течение хронических заболеваний, сопровождающихся снижением качества жизни ребенка [6, 11].

Цель исследования. Изучить результаты диагностики и лечения детей с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

Материалы и методы исследования. За период с 2002 по 2019гг. на базе отделения хирургии Научного Центра педиатрии и детской хирургии (г. Алматы) находилось 41 пациентов в возрасте от 9 месяцев до 15 лет, среди них: 23 (56%) девочек и 18 (44%) мальчиков. В зависимости от клинических проявлений и результатов диагностики, пациенты были подразделены на следующие формы: бессимптомная (случайно выявленная) у 2 (5%) детей, параэзофагеальная форма грыжи – 8 (20%), скользящая грыжа – 24 (58%) пациентов с симптомами недостаточности кардии, вторичные грыжи на фоне заболеваний ЖКТ – у 7 (17%), из них: на фоне гастродуоденита – 5 детей, на фоне язвы желудка – 2. Наблюдение у гастроэнтеролога проходили 16 (39%) детей, неоднократно получив курс консервативной терапии, однако в большинстве случаев развились тяжелые осложнения в виду поведенческих нарушений питания, вторич-

ные последствия рефлюкс-эзофагита, респираторные проявления.

Для детей сравниваемых форм были характерны жалобы на боли за грудиной практически у каждого второго 24 (51%) детей; рвота и дисфагия во всех 100% случаях. Отставание в физическом развитии и дефицит массы тела, являющийся результатом нарушений алиментарного характера, имелись у всех детей, так гипотрофия I степени – 27 (66%) детей, II степени – у 14 (34%). Из респираторных проявлений: кашель у 18 (44%) детей, обструктивные заболевания дыхательных путей у 9 (22%), аспирационная пневмония – у 8 (20%), проявления апноэ – у 2 (5%).

Комплекс диагностического обследования включал ультрасонографию желудка, эзофагогастроскопию, полипозиционную рентгеноскопию пищевода, желудка с контрастированием.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, гастроэзофагеальной зоны проводили утром, натощак на аппарате «Siemens sonoline Si - 450» (Австрия) с конвексным датчиком 5МГц. Ультрасонография гастроэзофагеальной зоны осуществлялась в два этапа: оценка исследуемой зоны натощак и после заполнения полости желудка жидкостью (молочной взвесью). Моторная функция оценивалась по методике В.Г. Сапожникова: ребенку натощак давали выпить 2/3 разового объема молочной взвеси, приготовленной на 5% глюкозе, которая выполняла в дальнейшем роль акустического маркера. Это обеспечивало акустическое контрастирование желудка и позволило четко дифференцировать характер расположения желудка, определить его форму, структуру и толщину стенок. В наших наблюдениях у 34 (83%)

пациентов визуализированы утолщение стенок желудка с тракцией кардиофундального угла через пищеводное отверстие диафрагмы, деформация и зияние кардиальной розетки у 24 (59%), при динамическом наблюдении визуализирован турбулентный поток жидкости из полости желудка в пищевод.

Рентгенологическое исследование осуществлялось по общепринятой методике, рекомендованной П.В. Власовым (2007) и В.Б. Римашевским (2010), на аппарате «Philips» (2007). Подготовка пациентов осуществлялась по предложениям В.Б. Римашевского. Соблюдали классические принципы исследования пищевода: обзорная рентгеноскопия грудной клетки и брюшной полости, рентгеноскопия пищевода с бариевой взвесью в вертикальном положении, рентгеноскопия желудка после заполнения контрастной взвесью, затем в положении Тренделенбурга с целью выявления заброса бария из желудка в пищевод. Последующее продвижение контрастной взвеси (пассаж) по отделам тонкой кишки фиксировали на отсроченных снимках. По результатам обзорной рентгенографии органов грудной клетки у 8 (20%) выявлены округлые просветления на фоне тени сердца в заднем средостении, в половине из которых с уровнем жидкости. Для дифференциации применено контрастное исследование. Так, газовый пузырь желудка, находящийся в брюшной полости уменьшен у 31 (76%) (рис. 1), тень грыжевого мешка совпадает с тенью пролабирующего желудка и повторяет его контуры. Подвижность обоих куполов диафрагмы

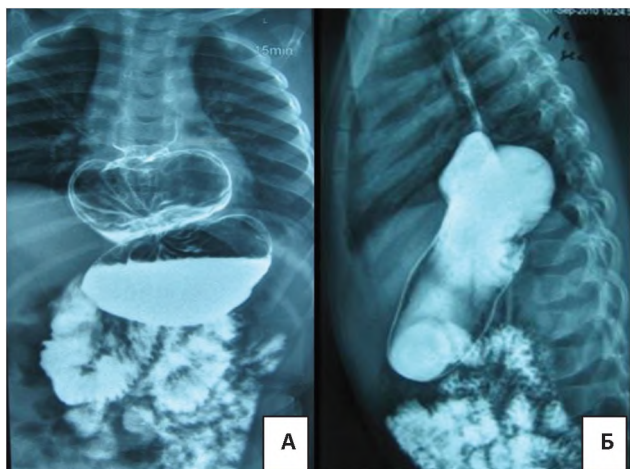


Рисунок 1. Исследование контрастного раствора на «пассаж». Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, эзофагеальная форма

А. Высокое впадение пищевода в желудок, смещение свода и верхней трети желудка в заднее средостение
Б. Деформация желудка по каскадному типу

не нарушены. Тупой угол впадения пищевода в желудок с расширением пищевода в нижней трети определен у всех 100%.

Фиброгастроскопия выполнена у всех детей на этапах диагностики и лечения с использованием гибкого фиброэндоскопа с торцевой оптикой «Olympus» (Япония) с возможностью забора биопсийного материала для дальнейшего гистологического исследования. Исследование проводилось по общепринятой методике Г.Б. Гершман (1980). При фиброэндоскопии смещение линии пищеводно-желудочного перехода выше эзофагеального кольца диафрагмы и пролабирание складок желудка в пищевод выявлено у 32 (78%) детей в разной степени (рис. 2), у 8 (20%) от желудочно-пищеводного преддверия, представленная «кардиальными зарубками» определялись складки слизистой оболочки желудка, идущие через пищеводное отверстие диафрагмы параллельно, наличие пищеводно-желудочного рефлюкса у 24 (59%). Для оценки тяжести рефлюкс-эзофагита применена классификация Savary-Miller, так катаральный эзофагит диагностирован у 12 (29%) детей, фибринозно-эрозивный – у 8 (20%), эрозивно-язвенный – у 4 (10%) детей.

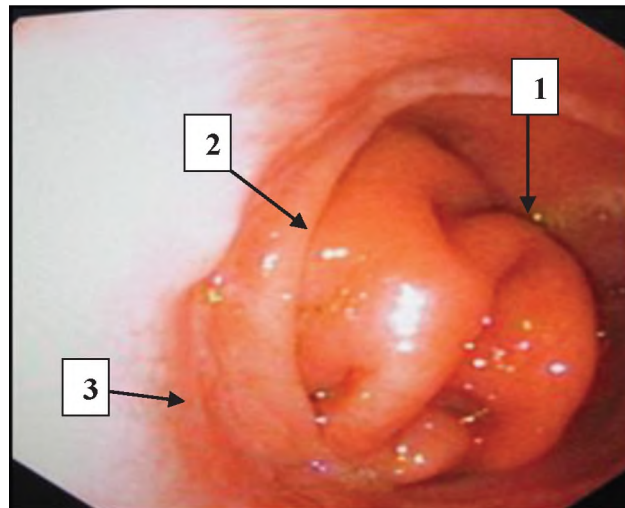


Рисунок 2. Фиброэзофагоскопия. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Катаральный эзофагит

1. Пропалс слизистой желудка в дистальную часть пищевода
2. Отсутствие смыкания стенок на уровне диафрагмального сужения
3. Катаральный эзофагит

Результаты исследования и их обсуждение. Хирургическая коррекция потребовалась 39 (95%) больным (рис. 3). Во всех случаях операции на-

правлены на низведение кардиального отдела пищевода и желудка под диафрагму, ушивание грыжевых ворот диафрагмы (хиалопластику), укрепление пищеводно-диафрагмальной связки (круорографию) и эзофагофундопликации для ликвидации желудочно-пищеводного рефлюкса.

В 26 (67%) случаях применена антирефлюксная операция по методу Nissen с окутыванием пищевода в кардиальном отделе дном желудка в виде полной манжетки, среди них фундопликация по Nissen лапароскопически применена у 11 (28%) детей. У 13 (33%) пациентов нами использовалась модифицированная операция клапанной гастропликации, предусматривающая создание неполной манжетки, окутывающей пищевод по передней поверхности на $\frac{1}{2}$ по методу Thall.

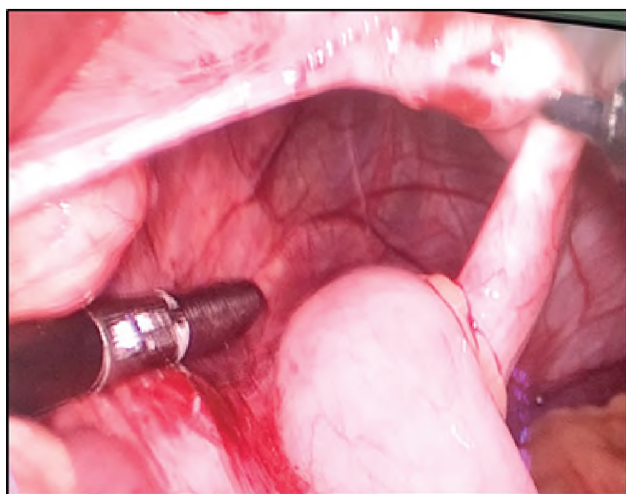


Рисунок 3. Интраоперационное фото.
Параэзофагеальная грыжа пищеводного
отверстия диафрагмы

Катамнез в течение 2 лет после операции. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Энтеральное кормление начато со 2-го дня после операции. Хирургическое вмешательство привело к разрешению симптомов во всех случаях.

Отдаленные результаты были сосредоточены на качестве жизни ребенка, условиях кормления, сопутствующих дисфагических проявлениях, гастроэзофагеальном рефлюксе, регистрировались кривые веса и роста ребенка, респираторных осложнениях, приводящие к хроническим заболеваниям легких.

У всех детей период в долгосрочных наблюдениях протекал удовлетворительно, кормление проводилось в возрастном объеме *per os*, с положительной весовой кривой в соответствии с

нормативными возрастными кривыми роста и веса. С контрольно-диагностической целью детям выполнено рентгенологическое исследование, фиброгастроскопию. Рецидивов не выявлено, рефлюкс-заброс купирован, рефлюкс-эзофагит восстановлен. Результаты лечения удовлетворительные.

В последние годы поиск новых подходов, сравнивающих наиболее широко используемые методы лечения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы у детей от консервативного до хирургического с использованием интраэзофагеальных стентов, сеткой, вариантов диафрагмохиалопластики не привело к выработке единой тактике лечения данной патологии у детей. Ни у кого не остается сомнений, что успехи консервативного лечения с использованием антацидных, антисекреторных и прокинетических препаратов за счет подавления гастроэзофагеального рефлюкса, не приводят к излечению, а лишь дают временный эффект, тем самым пролонгируя сроки заболевания и способствуя росту числа осложнений [1, 2, 4, 5]. Хирурги видят своей задачей восстановление анатомо-физиологического взаимоотношения элементов пищеводно-желудочного перехода и диафрагмы за счет выбора метода хирургических вмешательств с учетом степени выраженности рефлюкс-эзофагита и сопутствующей патологии [3].

Существуют споры относительно того, какую технику следует использовать для восстановления очень больших грыж пищеводного отверстия диафрагмы, следует ли использовать сетку у детей и, если она используется, то какого типа (биологическая или синтетическая), какая конфигурация (полностью или частично охватывающая пищевод) и какой метод фиксации [7, 8, 14].

Гастропексия обычно выполняется, чтобы минимизировать риск рецидива. Описаны различные способы фиксации передней стенки желудка к брюшной стенке, в том числе чрескожная эндоскопическая гастропексия, кардиопексия и фундопликация. Последнее (частичное или полное) обычно является стандартным выбором, благодаря его преимуществу в предотвращении рефлюкса. Немецкое рандомизированное исследование с участием 40 пациентов сравнило лапароскопическую сетчатую хиалопластику с простой кардиофреникопексией (LMAH-C) по сравнению с лапароскопической сетчатой хиалопластикой с фундопликацией (LMAH-F). Частота рецидивов гастроэзофагеального рефлюкса произошла у пациентов, которым был проведен LMAH-C (33%), по сравнению с теми, кто подвергся LMAH-F (17%) [12-13].

Мы предпочитаем тотальную фундопликацию по методу Nissen (360 градусов), но в силу сохранения возможности физиологического опорожнения (при необходимости), мы адаптировали показания к каждому пациенту индивидуально применив альтернативой модифицированный метод Thall.

Выводы. Применение комплекса инструментальных методов диагностики и сравнительный анализ полученных данных позволяет выявить клинические варианты грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, оценить функциональное состояние органов пищеварительного тракта, что принципиально важно в выборе патогенетически обоснованного лечения, включая хирургическое, способствующее лучшему восстановлению анатомо-физиологической деятельности желудочно-кишечного тракта.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 6-14 см. в REFERENCES)

1. Губергриц Н.Б. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: современные представления о патогенезе и лечении / Н.Б. Губергриц, Г.М. Лукашевич, О.А. Голубова // Современная гастроэнтерология. – 2012. – № 3 (65). – С. 105–113.
2. Дронова О.Б. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь при некоторых хирургических заболеваниях верхних отделов желудочно-кишечного тракта / О.Б. Дронова, А.А. Третьяков // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2012. – Т. 171. – № 6. – С. 35–37.
3. Лишов Е.В. Анатомия пищеводно-желудочно-го перехода и диафрагмы как фактор выбора метода хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы / Е.В. Лишов, А.А. Перминов // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2011. – № 4 (80). – Ч. 2. – С. 106–108.
4. Пучков К.В. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. / К.В. Пучков, В.Б. Филимонов – М.: Медпрактика-М, 2003. – 172 с.
5. Сигал Е.И. Доброкачественные заболевания пищевода / Е.И. Сигал, М.В. Бурмистров // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2009. – № 2. – С. 40–47.

REFERENCES

1. Gubergrits N. B. Gryzhi pishchevodnogo otverstiya diafragmy: sovremennye predstavleniya o patogeneze i lechenii [Hiatal hernias: current understanding of the pathogenesis and treatment]. *Sovremennaya gastroenterologiya - Modern gastroenterology*, 2012, No. 3 (65), pp. 105–113.
2. Dronova O. B. Gastroezofagealnaya refluksnaya bolezni pri nekotorykh khirurgicheskikh zabolovaniyakh verkhnikh otdelov zheludочно-kishechnogo trakta [Gas-

troesophageal reflux disease in some surgical diseases of the upper gastrointestinal tract]. *Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova – Herald of surgery named after I. I. Grekov*, 2012, Vol. 171, No. 6, pp. 35–37.

3. Lishov E. V. Anatomiya pishchevodno-zheludochnogo perekhoda i diafragmy kak faktor vybora metoda khirurgicheskogo lecheniya gryzh pishchevodnogo otverstiya diafragmy [Anatomy of the esophagus-gastric junction and diaphragm as a factor in choosing the method of surgical treatment of hiatal hernia]. *Byulleten Vostochno-Sibirskogo nauchnogo tsentra SO RAMN – Herald of the East Siberian scientific center of the Siberian branch of the Russian Academy of medical Sciences*, 2011, No. 4 (80), Part. 2, pp. 106–108.

4. Puchkov K. V. Gryzhi pishchevodnogo otverstiya diafragmy [Esophageal hernia]. Moscow, Medpraktika-M Publ., 2003. 172 p.

5. Sigal E. I. Dobrokachestvennye zabolovaniya pishchevoda [Benign diseases of the esophagus]. *Tikhookeanskiy meditsinskiy zhurnal - Pacific medical journal*, 2009, No. 2, pp. 40–47.6,

6. Carrott P. W., Hong J., Kuppusamy M. et al. Clinical ramifications of giant paraesophageal hernias are underappreciated: making the case for routine surgical repair. *Annals of Thoracic Surgery*, 2012, Vol. 94, pp. 421–428.

7. Duranceau A. Massive hiatal hernia: a review. *Diseases of the Esophagus*, 2016, Vol. 29, pp. 350–366.

8. Frantzides C. T., Carlson M. A., Loizides S. et al. Hiatal hernia repair with mesh: a survey of SAGES members. *Surgical Endoscopy*, 2010, Vol. 24, pp. 1.017–1.024.

9. Kohn G., Price R. R., DeMeester S. R. et al. Guidelines for The management of hiatal hernia. *Surgical Endoscopy*, 2013, Vol. 27 (12), pp. 4.409–4.428.

10. Low DE, Unger T. Open repair of paraesophageal hernia: reassessment of subjective and objective outcomes. *Annals of Thoracic Surgery*, 2005, Vol. 80, pp. 287–294.

11. Menon S, Trudgill N. Risk factors in the aetiology of hiatus hernia: a metaanalysis. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2011, Vol. 23, pp. 133–138.

12. Muller-Stich B. P., Achtstatter V., Diener M. K. et al. Repair of paraesophageal hiatal hernias—is fundoplication needed? A randomized controlled pilot trial. *Journal of The American College of Surgeons*, 2015, 221 (2), pp. 602–610.

13. Newman R. M., Newman E., Kogan Z. et al. A combined laparoscopic and endoscopic approach to acute primary gastric volvulus. *Journal of Laparoendoscopic and Advanced Surgical Techniques*, 1997, Vol. 7(3), pp. 177–181.

14. Oelschlaeger B. K., Pellegrini C. A., Hunter J. G. et al. Biologic prosthesis to prevent recurrence after laparoscopic paraesophageal hernia repair: long-term follow-up from a multicenter, prospective, randomized trial. *Journal of Laparoendoscopic and Advanced Surgical Techniques*, 2011, Vol. 213, pp. 461–468.

ХУЛОСА

Ахпаров Н.Н., Боранбаева Р.З.,
Сулейманова С.Б., Оразалинов А.Ж.

ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ МУТТАҲИДАИ СУРГИЧОНИИ КҶДАКОН БО ЭТЕРАПАСИС

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши натиҷаҳои ташхис ва табобати кӯдаконе, ки дар онҳо рағи хиати дорад.

Маводҳо ва усулҳои таҳқиқот. Таҳлили натиҷаҳои ташхис ва табобати 41 беморе, ки дар шӯъбаи ҷарроҳии Маркази илмӣ педиатрия ва ҷарроҳии кӯдакони Алмаато дар давраи солҳои 2002 то 2019 ҷамъбаст карда шудаанд. Дар байни онҳо асимптоматикӣ (тасодуфан ошкор карда шудааст) дар 2 (5%) кӯдакон, шакли парезофагалии hernia - 8 (20%), hernia сурхшуда - 24 (58%) беморони дорони аломатҳои нокомии дил, герни дуюм ба сабаби бемориҳои меъдаву рӯда - 7 (17%), аз он ҷумла: дар заминаи гастродуоденит - 5 кӯдак, дар заминаи захми меъда - 2.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокима. Дар 26 ҳолат (67%) ҷарроҳии антирефлюкс Ниссен истифода шудааст, дар 13 (33%) бемор, гастропликасияи клапка бо усули Thall гузаронида шудааст. Ҷарроҳӣ дар ҳама ҳолатҳо ба ҳалли нишонаҳо оварда расонид.

Хулоса Истифодаи як қатор усулҳои ташхиси методологӣ ва таҳлили муқоисавии маълумоти бадастомада имкон медиҳад, ки вариантҳои клиникии ҷарроҳии кушодашавии диафрагма, арзёбии ҳолати функционалии рӯдаи ҳозима, ки дар интиҳоби табобати патогенетикӣ, аз ҷумла ҷарроҳӣ, муҳим аст.

Калимаҳои асосӣ: hernia диафрагматикӣ, дисфагия, кӯдакон.

УДК 618.3

З.К. Бойматова¹, Ш.Н. Орипова¹, Р.Я. Алиева¹, Р.Ш. Орипова¹, Д.М. Гулакова¹,
Ш.Дж. Сайдахмадова²

ПОКАЗАТЕЛИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

¹ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»

²ГОУ РМК МЗ и СЗН РТ.

Бойматова Зарина Кахорджоновна, старший научный сотрудник акушерского отдела ГУ Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии Душанбе, ул. Шотемур, 73 А кв 15. тел + (992) 935354535, E-mail tniaqip@mail.ru

Цель исследования. Оптимизация подходов к диагностике патологической инсулинорезистентности и связанных с ней осложнений.

Материалы и методы исследования. Был проведен клинический анализ течения и исходов беременностей у 85 пациенток в различные сроки беременности. Обследуемые группы беременных: I - основная группа - 61 пациентка с факторами риска развития метаболических нарушений во время данной беременности. II группа сравнения 24 практически здоровых без заболеваний предрасполагающих к развитию метаболических нарушений.

Результаты исследования и их обсуждение. С увеличением срока гестации отмечалась тенденция к увеличению значений индекса и к сроку беременности 36-38 недель он составил $2,43 \pm 0,96$, что превышает значения данного индекса в норме вне беременности. В основной группе, во 2 триместре, на 20% превышает нормативные значения индекс инсулинорезистентности. В III триместре величина на 68,5% превышает его референсные значения ($p < 0,001$).

Заключение. Инсулинорезистентность в целом влияет на беременность и оказывает отрицательное влияние на течение беременности, вызывая высокую частоту осложнений: угрожающий выкидыш, преэклампсию, хроническую плацентарную недостаточность.

Ключевые слова: инсулинорезистентность, индекс Нота, гестационный процесс.

Z.K. Boymatova¹, Sh.N. Oripova, R.Y. Alieva¹, R.Sh. Oripova¹, D.M. Gulakova¹, Sh.J. Saidahmadova²

INDICATORS OF INSULIN RESISTANCE DURING THE PREGNANCY

¹SI Research institute of obstetrics, gynecology and perinatology, Dushanbe, Tajikistan

²SEI RMK, Ministry of Healthcare and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan