

вышено у больных аллергическими заболеваниями. Представляет интерес дальнейшее изучение данного пептида с целью выяснения его перспективности как возможного иммуномодулирующего лекарственного средства.

ГОРМОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ ОЖИРЕНИЯ

Герещенко И.В.

ГОУ ВПО «Пермская государственная
медицинская академия Росздрава»,
Пермь

Абдоминальное и глутеофemorальное ожирение (АО, ГФО) считаются разной патологией. Более опасной признано АО, которое относят к метаболическому синдрому. Цель исследования – сравнить содержание гормонов в крови при АО и ГФО. Обследовано 32 больных с АО и 54 – с ГФО в возрасте от 18 до 43 лет. Группу сравнения составили 23 практически здоровых человек. Гиперинсулинемия наблюдалась у всех больных: $151,1 \pm 6,8$ пкмоль/л при АО, $197,9 \pm 17,3$ пкмоль/л при ГФО ($p > 0,05$) при норме $97,7 \pm 20,2$ пкмоль/л ($p < 0,05$). Уровень кортизола в крови достоверно превышал кортизолемию здоровых, соответственно $622,4 \pm 56,1$ нг/мл и $707,1 \pm 49,5$ нг/мл при АО и ГФО и $145,2 \pm 9,96$ нг/мл у здоровых ($p < 0,05$). При обоих типах ожирения отмечена достоверная гипертестостеронемия: $0,37 \pm 0,04$ нг/мл у здоровых, $2,85 \pm 1,2$ нг/мл при АО, $3,66 \pm 1,7$ нг/мл при ГФО. У больных существенно повышена активность ренина плазмы (АРП): $4,46 \pm 2,0$ нг/мл/час, $4,54 \pm 1,1$ нг/мл/час; $2,04 \pm 0,15$ нг/мл/час – у здоровых. Уровень ПРЛ, СТГ, ФСГ, ЛГ оказался нормальным при АО и ГФО. Тиреоидная функция была в норме: ТТГ при АО $1,49 \pm 0,25$ мМЕ/мл, при ГФО $1,32 \pm 0,2$ мМЕ/мл; у здоровых $1,89 \pm 0,2$ мМЕ/мл; Т3 соответственно $1,96 \pm 0,2$ нмоль/л, $1,9 \pm 1,1$ нмоль/л, $1,98 \pm 0,09$ нмоль/л; Т4 $134,1 \pm 6,9$ нг/мл, $135,6 \pm 4,96$ нг/мл, $116,6 \pm 2,8$ нг/мл ($p > 0,05$). Не выявлено четкой корреляционной зависимости между уровнем гормонов и степенью, типом, давностью ожирения. Даже при морбидном ожирении, независимо от его типа, средние показатели уровня инсулина, кортизола, тестостерона, АРП и других гормонов оказались без существенных отличий от таковых у больных с начальными степенями ожирения. Клиническая симптоматика заболевания от типа ожирения не зависела: все больные предъявляли большое количество разнообразных жалоб. Помимо жалоб на избыточный вес, у подавляющего большинства больных были жалобы на головные боли. Синдром повышения внутричерепного давления установлен у 71% больных АО и у 83,6% больных ГФО. Астенический синдром был у 29,1% и у 36,4% больных. Тканевые отеки как проявление гиперинсулинизма выявлены у 67,7% больных АО и у 67,3% больных ГФО. Нарушения менструальной функции (НМФ) выявлены у 53,1% женщин с АО и 61,1% - с ГФО ($p > 0,05$), причём больные не отличались по клиническим формам НМФ, соответственно опсоменорея встретилась у 38,7% женщин с АО и у 41,8% - с ГФО; аменорея – у 9,7 и 9,1% женщин, менометроррагии –

у 6,5 и 9,0% пациенток; ановуляторное бесплодие – у 26,9 и 20,5% соответственно ($p > 0,05$). Гирсутизм и другие признаки гиперандрогении (гипертрихоз, угревая сыпь и т.д.) также обнаружены в равной частоте случаев при АО и ГФО. Повышение АД наблюдалось у больных с отягощённой наследственностью по гипертонической болезни в равной частоте случаев при обоих типах ожирения. Достоверных отличий между средними показателями САД и ДАД не установлено: САД $123,2 \pm 2,5$ мм рт.ст. и $118,7 \pm 1,5$ мм рт.ст.; ДАД $78,2 \pm 1,1,8$ мм рт.ст. и $77,4 \pm 1,0$ мм рт.ст. ($p > 0,05$). Ясно, что исследованные нами гормоны не являются теми факторами, которые вызывают отложение жира либо в области сальника, либо в подкожной клетчатке, в том числе в области тазового пояса. Очевидно, в этом участвуют открытые в последние годы биологически активные вещества и гормоны, секретируемые жировой тканью. Одним из таких гормонов является лептин, уровень которого в крови проверен сплошным методом у 17 больных ожирением II и III степени. В 100% случаев установлена гиперлептинемия: $54,65 \pm 4,9$ нг/мл (колебания уровня от 30,4 нг/мл до 93,9 нг/мл при норме 13-17 нг/мл). Повышение секреции лептина четко коррелировало со степенью ожирения, но не зависело от его типа: при ожирении II степени $42,2 \pm 4,1$ нг/мл, при III степени $69,2 \pm 6,7$ нг/мл ($p < 0,05$). Гиперлептинемия не зависела от гиперинсулинизма и инсулинорезистентности. Не выявлено корреляционной связи уровня лептина и С-пептида, кортизола, ПРЛ, т.е. секреция лептина зависит от количества жировых клеток и, очевидно, не регулируется ПРЛ, инсулином, кортизолом. Выборочно у 6 чел. (3 чел. с АО, 3 чел. с ГФО) проверена динамика лептинемии. При снижении массы тела гиперлептинемия уменьшается и при АО, и при ГФО. Таким образом, гормональные нарушения при обоих типах ожирения сходны, и нельзя согласиться с мнением, что АО по своему прогнозу намного опаснее ГФО.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Терских И.А.

Курский государственный медицинский университет,
Курск

Методы рефлексотерапии (РТ) давно и широко применяются при различных заболеваниях у взрослых (Табеева Д. М, 1980, Мачерет Е. Л., Самосюк И.З., 1982). Однако, по настоящее время у исследователей не сложилось единого мнения о методике применения рефлексотерапии в комплексном лечении больных хроническими заболеваниями легких (ХЗЛ), протекающих с синдромом бронхиальной обструкции. Детский контингент требует ещё более дифференцированного подхода к выбору и назначению РТ с учетом особенностей течения респираторного заболевания, возраста и психоэмоционального статуса.

Объектами исследования были 50 больных ХЗЛ обоего пола, разделенные на 2 группы, равных по численности и сопоставимых по тяжести течения бо-