

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 глютеофemorальное 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-

лезни, выраженности бронхиальной обструкции и активности воспалительного процесса.

Заболевание клинически проявлялось у них малопродуктивным кашлем, одышкой при физической нагрузке, симптомами умеренно выраженной неспецифической интоксикации. Физикально при исследовании легких обнаруживались коробочный перкуторный тон, жесткость дыхания, рассеянные сухие хрипы. При изучении функции внешнего дыхания падение ОФВ до $63,0 \pm 4,2\%$, МОС₂₅-до $56,1 \pm 3,1\%$, МОС₅₀-до $43,2 \pm 2,6\%$, МОС₇₅-до $29,3 \pm 3,2\%$ от должных величин.

Основу лечебного комплекса составляли базовая лекарственная терапия, физиопроцедуры в сочетании с различными видами лечебной физкультуры. Рефлексотерапия применялась по показаниям с бронхоспазмолитической, общеукрепляющей целью по общепринятым и оригинальным методикам. В связи с этим нами были апробированы две схемы акупунктуры: аурикулотерапия и сочетание ее с воздействием на ряд корпоральных точек. В результате лечения в группе больных, получивших РТ с воздействием только аурикулярные точки, значительные улучшения, заключавшиеся в исчезновении одышки, уменьшения кашля, аускультативных симптомов, улучшения отделения мокроты. Улучшение было незначительным у 2 больных, а у 18 каких-либо изменений в течении болезни не было.

При изучении функции внешнего дыхания в этой группе больных лишь у 4 из них отмечалось увеличение ОФВ₁ и ФЖЕЛ на 10-15% по сравнению с исходными величинами. В 21 наблюдении показатели бронхиальной проходимости практически не изменялись.

В отличие от них в группе больных, получивших ИРТ с воздействием на аурикулярные и корпоральные точки, значительное улучшение зарегистрировано у 22 из 25 больных., Положительная динамика клинических проявлений болезни у них сопровождалась ростом ОФВ₁ и МОС₂₅, МОС₅₀, МОС₇₅ в среднем на 20-25% от исходных величин. В 3 случаях РТ оказало мало или неэффективной.

Клинико-лабораторные и функциональные методы исследования в динамике, а также оценка эффективности лечения позволили определить место РТ в общем терапевтическом комплексе детей с указанной патологией и сформулировать основные принципы ее использования в сочетании с другими видами воздействия.

1. При наличии показаний для противовоспалительной терапии ее предпосылают рефлексотерапии.

2. При наличии явного или скрытого бронхоспазма назначается корпоральная РТ многопрофильного действия (бронхоспазматического, гипосенсибилизирующего, общеукрепляющего). На цикл 10-12 процедур ежедневно, либо через день, возможно в сочетании с противовоспалительной медикаментозной, ингаляционной терапией.

3. Показанием для корпоральной и аурикулярной РТ с первых дней пребывания ребенка в стационаре является клинически выраженный бронхоспазм (приступы удушья, затрудненного дыхания) легкой и

средней степени тяжести (до купирования бронхоспазма 2-5 процедур).

4. Сделан вывод о необходимости при включении РТ в комплексе лечебных мероприятий у больных ХЗЛ отдавать предпочтение сочетанным акупунктурным воздействиям на аурикулярные и корпоральные точки.

5. Наиболее показательные и стабильные результаты были получены в тех случаях, когда в комплексе лечения проводились два цикла РТ по 8-10 процедур с перерывом в две недели.

Таким образом, методы РТ могут использоваться в комплексе лечебных мероприятий для активной терапии и профилактики ХЗЛ и обострений сопутствующих заболеваний.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Томнюк Н.Д., Рябков И.А.,

Жиго П.Т., Абузьяров А.И., Кембель В.Р.

*Городская клиническая больница № 6,
Красноярск*

Лечение осложненных форм язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста остается весьма актуальной проблемой и сложной задачей, о чем свидетельствует множество публикаций по этому вопросу.

Язвенное поражение желудка и ДПК в возрастной группе старше 60 лет по данным различных авторов колеблется от 3,5% до 31,2% от общего числа гастродуоденальных язв. С увеличением возраста увеличивается заболеваемость, изменяется соотношение полов, возрастает частота желудочной локализации, чаще сочетаются язвы желудка и язвы ДПК; увеличивается количество осложнений, следовательно, растет процент летальных исходов.

Наше сообщение базируется на результатах лечения 311 больных находившихся во втором хирургическом отделении клинической больницы № 6 (1999-2004 г.).

Больные были разделены на две группы: первая от 61 до 75 лет, как группа «пожилых» людей; вторая от 76 до 90 лет, так называемая группа «старческого» возраста. Соответственно первая группа составила 189 (60,8%), вторая – 122 (39,2%) человека.

Мужчин было 173, женщин 138; соответственно язв желудка и ДПК 108 (35%) и 203 (65%).

При анализе течения язвенной болезни было установлено, что дуоденальные язвы, впервые выявленные в пожилом и старческом возрасте у 139 (68,47%) были «старые» - язвенная болезнь имела место до достижения больными 60-летнего возраста и у 64 (31,53%) «старческие». Относительно язв желудка – у 32(30%) выявлены «застарелые» и 76 (70%) «старческие» язвы.

Такое разделение язв у лиц пожилого и старческого возраста на наш взгляд является целесообразным, так как отражает их клинические и патоморфологические различия. Если «старые» язвы по пато-