

так как именно в этот период идет, согласно суточным биоритмам организма, наиболее высокий естественный расход калорий. Кулинарную обработку продуктов и блюд проводили на пару, путем их отваривания или запекания. Разрешалось добавление сахара в кофе и чай по желанию, температура пищи обычная.

Ежедневное составление меню-раскладки и расчета калорийности рациона позволило пациенту постепенно самостоятельно ограничивать количество потребляемой пищи, сохранять хорошее самочувствие на период лечения, держать под контролем проводимое лечение с потенциальной возможностью перерасчета калорийности для ускорения или замедления темпов похудения с учетом возникающих физических нагрузок.

Результаты исследования и их обсуждение

Редукция массы тела интенсивно наблюдалась в первую неделю от начала проводимой терапии: в среднем за сутки с 1 по 4 день вес снижался приблизительно до 1200 г, к 5 дню — по 500–600 г, к 6–7 — по 200 г. Далее наступала стабилизация массы тела на определенных цифрах в течение 7–14 дней, затем следовало дальнейшее ее снижение.

В результате первого курса (24 дня) отмечалось снижение массы тела в среднем до 5–6 кг. Значительные изменения претерпевали показатели (окружность талии и окружность бедер в сторону их уменьшения от 5 до 10 см). После второго курса происходило дальнейшее изменение массы тела и ростовесовых показателей в сторону их уменьшения в среднем до 4–5 кг и 5–7 см соответственно.

Результатом третьего курса лечения явилось сочетание снижения массы тела в среднем на 3–4 кг и антропометрических показателей от 2 до 5 см. Четвертый курс был направлен на закрепление и стабилизацию полученных результатов.

Выводы

1. Установлено, что чередование в течение 12 недель гипокалорийной маложирной и эукалорийной диетотерапии на фоне проведения РТ позволяет нормализовать или существенно снизить избыточную массу тела без развития побочных явлений и осложнений при создании энергетического дефицита.

2. Последовательная циклическая программа диетотерапии и РТ вызывает редукцию массы тела вследствие чередования режимов питания с нарастанием пищевого калоража к вечернему времени и одновременно сохраняет у пациентов максимальную приверженность к дальнейшему лечению.

3. Изменение образа жизни и модификация питания оказывает благоприятный эффект у пациентов и улучшает качество жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барановский, А. Ю. Диетология / А. Ю. Барановский. — СПб: Спутник врача, 2006. — 960 с.
2. Батулин, А. Метаболический синдром: современные способы диетотерапии / А. Батулин, А. Похожева, С. Дербенева // Врач. — 2006. — № 8. — С. 18–21.
3. Бубнова, М. Ожирение в практике врача / М. Бубнова // Врач. — 2005. — № 3. — С. 42–43.
4. Бунина, Е. М. Лечение первичного ожирения длительным дозированным голоданием в сочетании с психотерапией / Е. М. Бунина, Т. Г. Вознесенская, И. С. Коростелева // Журн. неврол. и психиатр. — 2006. — № 12. — С. 37–42.
5. Гаерик, М. В. Влияние гипокалорийной диеты, применяемой в амбулаторных условиях, на биохимические показатели крови у больных разного возраста, страдающих ожирением / В. М. Гаврик, М. М. Гапиров // Вопр. питания. — № 5. — 2006. — С. 22–27.

УДК 616.833.5-08:611.827

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИФАКТОРНОЙ КОРЕШКОВОЙ КОМПРЕССИЕЙ НА ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ

Латышева В. Я., Олизарович М. В., Шумеева А. А.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Частой причиной компрессии спинальных корешков, а также радикулотомедуллярных артерий на уровне поясничного отдела позвоночника может быть множественная дистрофическая патология, включающая выпадение грыжи межпозвоночного диска (МПД), оссификацию связок позвоночника, гипертрофию желтой связки, а также варикоз вен позвоночного канала [1, 2]. Возможна кальцификация грыжи МПД с формированием выступа (остеофита).

При сочетанных формах дистрофических поражений позвоночника с компрессией нервных корешков пациенты подлежат хирургическому лечению, при этом необходимо учитывать характер неврологических расстройств [2, 3].

Цель

Анализ вариантов клинической картины у пациентов с полиэтиологической корешковой компрессией на поясничном уровне.

Материал и методы исследования

Методикой исследования было стандартное ортопедическое и неврологическое обследование 69 человек (чел), находившихся на лечении в Гомельской областной клинической больнице в 2005–2012 гг. и требующих хирургического лечения при полифакторных поясничных радикулопатиях. Диагноз устанавливали согласно классификации, разработанной в Белорусском НИИ неврологии, нейрохирургии и физиотерапии [4] с учетом статистической классификации МКБ 10-го пересмотра.

Результаты и обсуждение

Пациенты с сочетанием грыжи межпозвоночного диска и дистрофического стеноза

Особенности распределения пациентов с дистрофическим стенозом в сочетании с грыжей МПД по полу и возрасту представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Половозрастная характеристика при поясничном стенозе и грыже МПД

Возраст, лет	Количество пациентов		Пол			
	п	%	женский	%	мужской	%
20–29	3	6,8	1	2,3	2	4,5
30–39	15	34,1	9	20,5	6	13,6
40–49	12	27,3	6	13,6	6	13,6
50–59	12	27,3	2	4,5	10	22,7
60 и старше	2	4,5	1	2,3	1	2,3
Всего	44	100	19	43,2	25	56,8

Как следует из таблицы в исследованной группе преобладали лица от 30 до 60 лет (39 (88,6 %) человек), преимущественно мужчины (56,8 %).

В данной группе (44 человека) болевые ощущения в позвоночнике беспокоили 33 (75 %) пациентов, при этом на их постоянный характер указали 14 (31,8 %) человек. Непостоянные боли, возникающие преимущественно при физической нагрузке, отмечали 10 (22,7 %) пациентов, при сидении — 9 (20,5 %), при ходьбе — 5 (11,4 %), в положении лежа — 3 (6,8 %) человек.

На боли в одной конечности указали 42 (95,5 %) пациента, при этом у одного из них боль в ноге с противоположной стороны грыжевого выпячивания, у 2 (4,5 %) — болевые ощущения отмечались в обеих нижних конечностях. Постоянный характер боли был у 31 (70,5 %) человек, непостоянные боли, возникающие преимущественно при ходьбе, отмечали 8 (18,2 %) пациентов, при сидении — 5 (11,3 %).

Характер болевых ощущений в нижней конечности в данной группе установлен следующий: ноющие — у 17 (38,6 %) чел., тянущие — у 16 (36,4 %), стреляющие — у 14 (31,8 %), сжимающие — у 6 (13,6 %), жгучие и крутящие — по 4 (9,1 %) чел., режу-

щие — у 2 (4,5 %), усиливающиеся при кашле и чихании (17 — 38,6 %) человек. У некоторых пациентов различные типы болей сочетались.

Симптомы натяжения (Ласега) отмечались у 43 (97,7 %) пациентов основной группы. Перекрестный вариант этого симптома определялся у 2 (4,4 %), двусторонний — у 10 (22,7 %) человек. Резко выраженный симптом Ласега был у 9 (20,5 %) человек, умеренно выраженный — у 28 (63,6 %), слабо выраженный — у 7 (15,9 %).

Наличие парезов или параличей нижней конечности и нарушения функции тазовых органов (НФТО) могут указывать на значительную компрессию спинномозгового корешка либо радикулоишемию. Нами учитывались все виды таких расстройств. В данной группе пациентов двигательный дефицит отмечался в 11,4 % случаев, при этом парез стопы встретился в 4 случаях, плегия стопы — в 1.

Рефлекторная сфера изучена по изменению коленного и ахиллова рефлекса. В основной группе снижение, соответствующее локализации грыжи рефлекса, отмечалось у 25 (56,9 %) человек, арефлексия — у 14 (31,8 %), гиперрефлексия выявлялась — у 1 (2,2 %) обследованного. У остальных пациентов 4 (9,1 %) чел. — рефлекс был сохранен.

Среди пациентов гипальгезия и анальгезия определялась по дерматомам, соответствующим компремированному нервному корешку и выявлена у 26 (59,1 %), гиперальгезия — у 2 (4,5%), не была изменена — у 16 (36,4 %) человек.

Отмечен 1 (2,3 %) случай НФТО по типу недержания мочи, который развился у женщины 34 лет с парамедианной грыжей МПД L_{IV}-L_V на фоне стеноза позвоночного канала.

Характеристика подгруппы при сочетании остеофита и грыжи межпозвонкового диска

Особенности распределения пациентов с диагностированным сочетанием грыжи МПД и остеофита по полу и возрасту представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Половозрастная характеристика пациентов

Возраст, лет	Количество пациентов		Пол			
	n	%	женский	%	мужской	%
40–49	10	58,8	4	23,5	6	35,3
50–59	5	29,4	2	11,8	3	17,6
60 и старше	2	11,8	0	6,8	2	11,8
Всего	17	100	6	35,3	11	64,7

В результате анализа результатов, представленных в таблице 2, установлено, что в исследованной группе преобладали лица зрелого возраста 15 (88,2 %) человек, преимущественно мужчины (64,7 %).

В группе пациентов с наличием остеофита на фоне грыжи МПД на одном уровне, страдающих радикулопатией (17 человек), болевые ощущения в позвоночнике беспокоили 13 (76,4 %) пациентов, при этом на их постоянный характер указали 5 (29,4 %). Непостоянные боли, возникающие преимущественно при физической нагрузке, отмечали 4 (23,5 %) чел., при сидении — 3 (17,6 %), при ходьбе — 2 (11,8 %), в положении лежа — 1 (5,9 %) обследованный. У некоторых пациентов усугубление болей отмечалось при воздействии нескольких факторов, но, тем не менее, боль не носила постоянный характер.

На боли в одной конечности указали 15 (88,2 %) человек, у 2 (11,8 %) пациентов болевые ощущения были в обеих нижних конечностях. Боли в ноге ощущали все обследованные данной подгруппы, при этом на постоянный характер указали 13 (76,5 %) человек. Непостоянные боли, возникающие преимущественно при ходьбе, отмечали 3 (17,6 %) пациентов, при сидении — 4 (23,5 %).

Характер болевых ощущений в нижней конечности в основной группе был следующим: ноющие — у 8 (47,1 %), тянущие — у 6 (35,3 %) обследованных, стреляющие — у 4 (23,5 %), сжимающие — у 2 (11,8 %), жгучие и крутящие — по 1 (5,8 %), усили-

вающиеся при кашле и чихании — у 7 (41,2 %) чел. У некоторых пациентов различные типы болей сочетались.

Симптом Ласега отмечался у всех пациентов данной группы, при этом у 3 (17,6 %) из них отмечен перекрестный вариант. По степени выраженности они распределялись следующим образом: резко выраженный — у 1 (5,9 %) человек, умеренно выраженный — у 12 (70,6 %), слабо выраженный — у 4 (23,5 %) пациентов.

Парезов мышц нижних конечностей в данной группе пациентов не отмечалось.

Рефлекторная сфера изучена по изменению коленного и ахиллова рефлекса. В основной группе снижение соответствующего локализации грыжи рефлекса отмечалось у 11 (64,7 %) человек, полное его отсутствие — у 1 (5,9 %). У остальных обследованных (5 (29,4 %) чел.) рефлекс был сохранен.

При исследовании выявлены следующие нарушения чувствительности: гипалгезия и анальгезия по дерматомам, соответствующим компремированному нервному корешку, определялась у 7 (41,2 %), нарушение чувствительности отсутствовало у 10 (58,8 %) человек.

НФТО по типу недержания в данной группе отмечалось у женщины в возрасте 56 лет со срединной грыжей МПД L_V.

Выводы

1. Частота клинических проявлений у пациентов с поясничной грыжей МПД различалась в зависимости от наличия сопутствующего дистрофического стеноза или остеофита.

2. В группе пациентов со стенозом двигательный дефицит отмечался в 11,4 % случаев, при наличии остеофита парезов и параличей не выявлено.

3. Установлено различие между этими группами по выраженности симптомов натяжения. В группе со стенозом доля лиц с резко выраженным симптомом Ласега составила 20,5 %, при остеофите — 5,9 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Парфенов, В. А. Диагноз и лечение при острых болях в нижней части спины / В. А. Парфенов // Российский медицинский журнал. — 2007. — № 4. — С. 17–21.
2. Меркушина, И. В. Проблемы дискогенных дорсалгий: патогенез, клиника, лечение / И. В. Меркушина // Фарматека. — 2011. — № 19. — С. 35–44.
3. Маркин, С. П. Современный взгляд на проблему боли в позвоночнике / С. П. Маркин // Российский медицинский журнал. — 2009. — № 11. — С. 15–19.
4. Антонов, И. П. Классификация заболеваний периферической нервной системы / И. П. Антонов // Журн. неврол. и психиатр. им. Корсакова. — 1985. — № 4. — С. 481–487.

УДК 618.56-002:577.175.14

УРОВНИ ЦИТОКИНОВ ИНТЕРЛЕЙКИНА-10 И ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ- α У РОДИЛЬНИЦ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА

Лашкевич Е. Л.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Физиологическое течение беременности во многом определяется соотношением иммуномодулирующих и иммуносупрессивных эффектов, в регуляции которых непосредственно участвуют компоненты цитокиновой сети [1]. Во время беременности возникает общая и локальная иммуносупрессия, которая обеспечивает иммунологическую толерантность материнского организма в отношении плода, что также способствует активации латентной инфекции и условно-патогенной флоры (грибы рода *Candida*, *Enterococcus*, *Streptococcus B* и др.) во влагалище здоровых женщин [2, 3]. Риск родоразрешения раньше 34 недель беременности выше в 7,7 раз у женщин с высоким уровнем