

Пациенту была проведена лучевая терапия (телегамматерапия) гипофиза без улучшения состояния, затем — правосторонняя адреналэктомия с кратковременным улучшением состояния. Несмотря на прием препаратов, блокирующих стероидогенез в надпочечниках, у пациента были тяжелые проявления гиперкортицизма.

Для диагностики АКТГ-эктопического синдрома была проведена КТ легких, которая выявила образование около 2 см в диаметре в левом легком. Больной был оперирован в онкологическом отделении по поводу карциноида левого легкого, также была проведена резекция левого надпочечника.

Состояние пациента значительно улучшилось, однако, через полгода появились симптомы рецидивирующего гиперкортицизма, который при обследовании был связан с рецидивом карциноида в легких. Повторная радикальная операция по поводу карциноида легких привела к значительному улучшению состояния, состояние компенсации наблюдается в течение года.

Заключение

Таким образом, топическая диагностика АКТГ-эктопического синдрома крайне затруднена. Клинические проявления гиперкортицизма сходны при различной этиологии заболевания (первичном и центральном гиперкортицизме и АКТГ-эктопическом синдроме). Наиболее важным методом исследования является визуализация органов, где, чаще всего, локализуется опухоль. При этом лучше использовать наиболее информативные методы исследования (КТ и МРТ), так как размеры новообразования могут быть чрезвычайно малы и выявление их с помощью рентгенологического исследования почти невозможно, что и произошло в приведенном нами клиническом случае.

УДК 613.25:612.014.5[:616-084]

АЛИМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ И АССОЦИИРОВАННЫЕ С НИМ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Каплиева М. П.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Ожирение — это хроническое рецидивирующее заболевание, сопровождающееся избыточным жиротложением. Алиментарно-конституциональное ожирение возникает в результате дисбаланса между повышенным потреблением питательных веществ и сниженным расходом энергии. Основными типами жиротложения являются абдоминальный и глютеофеморальный.

Абдоминальное (висцеральное) ожирение инициирует развитие инсулинорезистентности, являющейся патогенетической основой метаболического синдрома. Кроме ожирения этот синдром включает сахарный диабет типа 2, артериальную гипертензию (АГ), ишемическую болезнь сердца (ИБС), гиперкоагуляцию. Высокая смертность от перечисленных заболеваний является не только медицинской, но и общей социальной проблемой, что диктует необходимость профилактики алиментарно-конституционального ожирения.

Результаты и обсуждение

Нами обследовано 1235 человек в возрасте от 18 до 65 лет одного из учреждений г. Гомеля. Среди обследованных, мужчины составили 39,3 %, женщины — 60,7 % соответственно. Распределение обследованных по возрасту показало, что лиц до 20 лет было 0,7 %, от 20 до 45 лет — 58,5 %, от 45 до 60 лет — 35,5 %, старше 60 лет — 5,3 %.

Оценка массы тела проводилась с помощью индекса массы тела (ИМТ), тип жирового отложения определяли с помощью отношения объема талии к объему бедер. У всех обследованных измеряли артериальное давление (АД), а у лиц с избытком массы тела проводилось анкетирование по разработанному автором опроснику.

Определение ИМТ у обследованных лиц показало, что избыточная масса тела различной степени отмечалась более чем у половины обследованных (68,9 %). В возрастной группе от 20 до 45 лет ожирение (ИМТ > 30) наблюдалось в 12,4 % случаев, а среди лиц старше 45 лет — у 19,8 % случаев. Пограничный избыток массы тела (ИМТ 25–29,9) отмечался, преимущественно, в этих же возрастных группах (16,1 %) у лиц от 20 до 45 лет и 20,6 % — у лиц от 45 до 60 лет соответственно. В возрастной группе до 20 лет не было случаев ожирения.

Определение типа жирового отложения среди обследованных с избытком массы тела и ожирением 1–3 степени показало, что у всех мужчин и 86,5 % женщин наблюдался абдоминальный тип жирового отложения, который ассоциируется с метаболическим синдромом. У 13,5 % женщин выявлен глутеофеморальный или гиноидный тип жирового отложения.

Среди обследованных лиц с ожирением было проведено анкетирование. Из 53 респондентов лишь 72 % знали о наличии у них ожирения, остальные считали себя «нормальными». На вопрос о причинах ожирения около 25,1 % ответили отрицательно, то есть не знали, почему у них имеется избыток массы тела. Алиментарную причину (избыток потребления жиров и углеводов в питании) указали 17,1 %, а 29,8 % — связывали ожирение с наследственностью.

На вопросы об индивидуальном уровне холестерина в сыворотке крови, а также о знании нормальных его показателей 79,4 % ответили отрицательно. Оказалось, что лишь один респондент ответил правильно. Лишь 5,2 % ежегодно контролировали свой уровень холестерина в крови.

Измерение АД у обследованных показало, что у лиц с ожирением 1–2 степени АД наблюдалась в 46,3 % случаев, а среди лиц с пограничным ИМТ — у 29,8 %. Таким образом, более 70 % лиц с ИМТ страдали АД. Среди анкетированных лиц 22 % затруднились указать норму АД. Большинство пациентов с АД не контролировали АД домашними тонометрами, а 20 % респондентов с АД состояли на диспансерном учете у участкового терапевта, но гипотензивные препараты принимали нерегулярно.

Среди обследованных пациентов у 11,9 % лиц от 45 до 60 лет ранее был выявлен сахарный диабет типа 2. Однако контроль гликемии в домашних условиях проводили лишь пять респондентов, остальные контролировали гликемию лишь один раз в месяц при посещении эндокринолога.

Неожиданными оказались результаты опроса обследованных об осложнениях ожирения. Большинство затруднились ответить или ответили неправильно, и лишь 27 % указали артериальную гипертензию и сахарный диабет.

На вопрос: «Пытались ли вы бороться с избытком массы тела?» более половины опрошенных ответили отрицательно, у 39 % попытки не увенчались успехом, и лишь у 7 % было достигнуто снижение массы тела.

При анализе вопроса о кратности питания в течение дня 75 % респондентов ответили «двукратно». Самым большим по объему и калорийности был ужин. Такая тенденция в питании отражает пищевые привычки у большинства городского населения, что является опасным фактором риска развития висцерального ожирения и сахарного диабета типа 2.

Результаты анкетирования показали, что население мало информировано об опасности ожирения, методах его профилактики и лечения. Поэтому 42 % респондентов с ожирением пожелали наблюдаться в специальном консультативном кабинете по ожирению.

Ожирение является болезнью цивилизации, в формировании которой доминируют средовые факторы (гиподинамия, неправильный ритм питания, переедание, избыточное

потребление жиров и углеводов). Неправильное пищевое поведение и низкая физическая активность в семье привели к «омоложению» ожирения и метаболического синдрома.

Первичная профилактика ожирения должна осуществляться среди детей в семьях. Вторичная профилактика ожирения включает мероприятия по контролю массы тела в периоды пубертата, во время беременности, лактации и климакса у женщин, а также у мужчин старше 25 лет.

Выводы

1. Ожирение и избыток массы тела с ИМТ > 25 отмечались у 68,9 % лиц обоего пола, обследованных в безвыборочной взрослой популяции лиц от 18 до 65 лет. Наибольшая частота избытка массы тела и ожирения выявлена в возрастной группе 45–60 лет.

2. У всех лиц мужского пола и 86,5 % женского пола наблюдался неблагоприятный абдоминальный тип жиротложения.

3. Более 70 % лиц с избытком массы тела и ожирением страдали артериальной гипертензией.

4. Результаты анкетирования показали низкий уровень знаний населения об осложнениях ожирения и методах его лечения.

5. С целью профилактики ожирения необходимо создание консультативного кабинета по профилактике и лечению ожирения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилова, Л. И. Метаболический синдром / Л. И. Данилова, Н. В. Мурашко. — Минск, 2004. — 12 с.

2. Чазова, И. Е. Метаболический синдром / И. Е. Чазова, В. Б. Мычка. — М.: Медиа Медика, 2004. — 168 с.

УДК 616.12-008.331-085

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ С ПОМОЩЬЮ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА «ЛИЗОРЕТИК»

Караулько И. В., Аль-Масри Хуссан Абдулькарим, Галушкина А. В.

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

Учреждение здравоохранения

«Гродненская центральная городская поликлиника № 5»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Артериальная гипертензия (АГ) остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем, несмотря на все усилия ученых, врачей и органов управления здравоохранением [1]. Это обусловлено широким распространением АГ, а так же тем, что АГ является важнейшим фактором риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО) — инфаркта миокарда (ИМ), мозгового инсульта (МИ), которые определяют высокую смертность от этих заболеваний [2].

В Республике Беларусь в 2009 г. лечебно-профилактическими учреждениями зарегистрировано 1,5 млн больных АГ. При этом каждый третий житель трудоспособного возраста в Республике Беларусь умирает от ССО АГ и ишемической болезни сердца (ИБС), которые занимают 1-е место в структуре смертности и первичной инвалидизации взрослого населения [1, 5].

Данные современной доказательной медицины однозначно свидетельствуют о том, что главным условием успешного влияния на исходы АГ является достижение «целевых уровней» АД. Согласно национальным рекомендациям по диагностике и лечению АГ 2007 г. таким «целевым уровнем» является 140/90 мм рт. ст., а у лиц с сахарным диабетом — менее 130/80 мм рт. ст. [3].