

Оценка состояния пациентов по шкале депрессии Бека выявила в контроле снижение уровня депрессии на 14-й и 21-й дни лечения на 14,6 и 21,9 %. В основных группах на 14-й день депрессивная симптоматика снижалась более эффективно: соответственно на 25,7, 26 и 22 %, что на 10 % опережало контроль. Тестирование на 21-й день лечения выявило регресс депрессии в основных группах на 41, 35, 34 %, что на 15,6 % опережало показатели контроля.

Вегетативные проявления (сердцебиения, потливость, гиперемия, тремор) по усредненным показателям шкалы снижались на 14-й день до умеренно выраженных (3–4 балла) и максимально — на 21-й день лечения при всех формах СВД, достигая в основных группах слабовыраженного характера (1–2 балла).

Выводы

Включение в программу лечения больных СВД метода краниоаурикулярной электротерапии позволяет оптимизировать клинический результат, повысить эффективность комплексной терапии. Выявленная опережающая динамика регрессирования показателей по шкалам тревоги (на 16,1 %), депрессии (на 15,6 %), снижение показателей вегетативных нарушений до слабовыраженных (1–2 балла) позволяет оценить данный метод как перспективный и рекомендовать в лечебную практику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александр, Ф. Психосоматическая медицина / Ф. Александр. — М., 2006. — 352 с.
2. Бройтигам, В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. — 376 с.
3. Самосюк, И. З. Акупунктура: Медицинская энциклопедия / И. З. Самосюк, В. П. Лысенюк. — М.: АСТ-Пресс, 2004. — 526 с.
4. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. — СПб.: АДИС, 1994.

УДК 612. 123 + 612. 66] : 616. 831 – 005

ВЛИЯНИЕ ЛИПИДНОГО СОСТАВА КРОВИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Медведева Г. А., Потылкина Т. В., Дроздов Д. Н., Моравинец Ю. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение образования

«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В последние десятилетия избыточная масса тела становится одной из важнейших проблем для населения большинства стран мира. Эта проблема актуальна даже для стран, в которых часть населения постоянно голодает. Тем более актуальна данная проблема в промышленно развитых государствах.

Крайним вариантом увеличения массы тела является развитие ожирения. Оно характеризуется наличием ряда метаболических нарушений, что отражается в изменениях биохимических параметров крови. Одними из ключевых показателей являются содержание холестерина и триглицеридов. Повышение их концентраций в организме называется гиперлипидемия [1].

Главной причиной гиперлипидемии у человека является употребление слишком жирной пищи. Под ее влиянием развивается так называемая пищевая гиперлипидемия. В течение периода пищевой гиперлипидемии артериальная стенка подвергается воздействию продуктов липолиза алиментарных хиломикрон и ЛПОНП, так называемых ремнантов, обладающих высокими атерогенными свойствами, т. к. они способны проникать в артериальную стенку и способствовать отложению в ней эфиров холестерина.

При ожирении возникает порочный круг: избыточная масса тела способствует развитию гипертензии, гиперхолестеринемии, дислипидемии, прогрессированию атеросклероза, а указанные заболевания, в свою очередь, приводят к ограничению физической активности и тем самым могут способствовать нарастанию избыточной массы тела.

В настоящее время не вызывает сомнения то, что избыточная масса тела часто не только сочетается, но и способствует развитию тяжелых заболеваний, сокращающих продолжительность человеческой жизни. Одним из таких заболеваний является атеросклероз.

Местным проявлением атеросклероза является поражение артерий эластического типа, в которых постепенно формируются атеросклеротические бляшки, суживающие просвет сосуда, нарушающие кровоток. Последнее приводит к обратимой или необратимой ишемии тех органов, артерии которых поражены атеросклерозом. В первую очередь страдают сердце — развивается ишемическая болезнь сердца, и мозг — возникают ишемическая болезнь мозга — транзиторная ишемия, ишемические атаки, инсульт и др. [2].

В силу важности липидного состава крови для поддержания нормальной жизнедеятельности организма, изучение его содержания и влияние на развитие патологических состояний организма является актуальной задачей.

Цель исследования

Изучение влияния уровня холестерина и триглицеридов в плазме крови на антропометрические показатели и развитие сосудистых нарушений у жителей г. Пинска.

Материал и методы исследования

В ходе исследований установлено количественное содержание холестерина и триглицеридов в плазме крови лиц, имеющих патологии нервной системы, вызванные нарушением мозгового кровообращения. Определение содержания липидов проводилось стандартными методами: холестерин — методом прямой фотометрии, основанной на реакции Либермана-Бурхардта, триглицериды — колориметрическим методом [3].

Результаты и обсуждение

При выполнении работы было обследовано 660 человек в возрасте 40–80 лет и старше с острым нарушением мозгового кровообращения, проживающих в г. Пинске. Обследованные имели следующие нарушения мозгового кровообращения: транзиторная ишемическая атака (ТИА), субарахноидальное кровоизлияние (СК), внутримозговое кровоизлияние (ВМК) и инфаркт мозга. Наиболее часто встречаемой патологией является инфаркт мозга, причем, с возрастом количество лиц с данной патологией увеличивается, и частота встречаемости составляет: в 40–50 лет — 62–66 %, в 71–80 лет — 80–85 %. У всех обследованных определено количественное содержание холестерина и триглицеридов. При СК отклонения липидного состава крови от нормы практически нет. Это связано с тем, что СК, как правило, встречается у лиц, не страдающих гипертонической болезнью, а в основе таких случаев лежит аномалия сосудов мозга. При ВМК показатели липидного состава крови несколько отклоняются от нормы, что может быть связано с гипертонической болезнью, характеризующейся кровоизлиянием в ткань мозга. При ТИА липидный состав крови также несколько отклоняется от нормы, в результате чего возникает ишемия мозга. Наибольшее отклонение в содержании липидов отмечено при инфаркте мозга. Полученные результаты представлены в таблице 1.

Результаты анализа, представленные в таблице 1, свидетельствует о том, что при ИМ имеются значительные отклонения в содержании ХС и ТГ от нормы.

В ходе работы оценено содержание ХС и ТГ у лиц разного пола. Полученные результаты статистически обработаны. Установлено, что достоверного различия в содержании холестерина у лиц разного пола не наблюдается. Однако для мужчин этот показатель несколько выше, чем у женщин, в среднем на 10 %. С возрастом наблюдается общее увеличение содержания холестерина как в группе мужчин, так и в группе женщин.

Таблица 1 — Показатели липидного состава крови при ИМ

Возраст, лет	Пол	ХС, ммоль/л	ТГ, ммоль/л
40–50	жен	5,85 ± 0,16	1,15 ± 0,16
	муж	5,87 ± 0,17	1,53 ± 0,18
51–60	жен	5,91 ± 0,19	1,31 ± 0,17
	муж	5,92 ± 0,18	1,55 ± 0,19
61–70	жен	6,22 ± 0,25	1,45 ± 0,18
	муж	6,31 ± 0,26	1,61 ± 0,21
71–80	жен	6,22 ± 0,25	1,55 ± 0,19
	муж	6,31 ± 0,27	1,71 ± 0,22
81 и старше	жен	6,51 ± 0,29	1,64 ± 0,21
	муж	6,51 ± 0,29	1,75 ± 0,23
Норма		5,3	0,9–1,47

Уровень триглицеридов имеет достоверное различие у мужчин и женщин в возрасте 40–60 лет.

У обследованных лиц проводилось измерение роста и массы тела. На основании этих показателей был рассчитан индекс массы тела (ИМТ).

Влияние липидного состава крови на показатели физического развития, оцениваемые расчетом ИМТ у лиц с нарушениями мозгового кровообращения среди разных возрастных групп населения г. Пинска, приведены в таблице 2.

Результаты анализа, представленные в таблице 2 свидетельствуют о том, что при ИМ имеются значительные отклонения в физическом развитии. Практически для всех обследованных поло-возрастных групп лиц отмечается превышение ИМТ, а его значение, превышающее 31 ед. характеризуется как ожирение I степени.

Таблица 2 — Показатели липидного состава крови и ИМТ у лиц с ИМ

Возраст, лет	Пол	Индекс массы тела (ИМТ)	ХС, ммоль/л	ТГ, ммоль/л
Норма		18–25	5,3	0,9–1,47
40–50	муж	26	5,52 ± 0,18	1,46 ± 0,06
	жен	32	5,49 ± 0,17	1,15 ± 0,05
51–60	муж	28	6,20 ± 0,30	1,47 ± 0,07
	жен	36	5,68 ± 0,21	1,29 ± 0,06
61–70	муж	26	6,24 ± 0,31	1,56 ± 0,08
	жен	31	5,81 ± 0,29	1,45 ± 0,07
71–80	муж	25	6,43 ± 0,32	1,60 ± 0,08
	жен	31	5,89 ± 0,29	1,51 ± 0,07

В ходе проведения исследований рассчитано содержание холестерина и триглицеридов на единицу плотности тела. Полученные результаты представлены на рисунках 1–2.

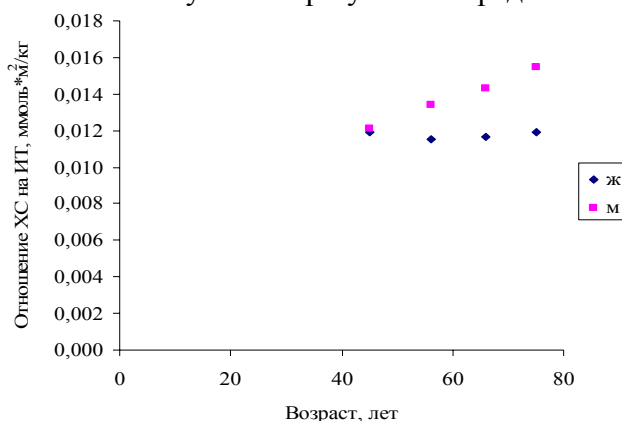


Рисунок 1 — Содержание холестерина на единицу плотности тела

Из рисунка 1 видно, что содержание холестерина на единицу плотности тела у мужчин и женщин различается в возрасте 50 лет и старше. Наблюдается следующая зависимость — с возрастом и увеличением общей массы тела содержание холестерина у мужчин повышается более интенсивно, чем у женщин. Таким образом, при увеличении массы тела женщин, содержание холестерина может быть меньше, чем у мужчин с той же массой тела. Данная закономерность, возможно, связана с различием в метаболизме холестерина женского и мужского организма и является провоцирующим звеном в развитии патологии сосудов у мужчин по сравнению с уровнем заболеваемости женщин.

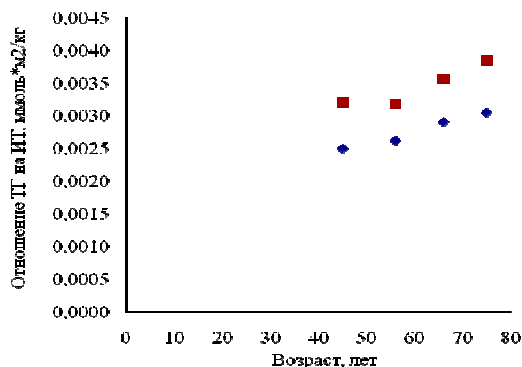


Рисунок 2 — Содержание триглицеридов на единицу плотности тела

Из рисунка 2 видно, что динамика ТГ у мужчин и женщин несколько различается — соотношение ТГ мужчин относительно женщин составляет 1,3 раза. Однако возрастные изменения этого показателя происходят синхронно, выходя за границы верхней нормы в возрасте старше 60 лет.

Выводы

1. Наибольшее отклонение липидного состава крови наблюдается у лиц с ИМ.
2. Достоверного различия в содержании холестерина у лиц разного пола не наблюдается. С возрастом наблюдается общее увеличение содержания холестерина как в группе мужчин, так и в группе женщин; уровень триглицеридов имеет достоверное различие у мужчин и женщин в возрасте 40–60 лет.
3. Практически у всех обследованных отмечен избыток массы тела.
4. Отложение ХС и ТГ у мужчин происходит быстрее, чем у женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаврик, М. В. Влияние гипокалорийной диеты, применяемой в амбулаторных условиях, на биохимические показатели крови у больных разного возраста, страдающих ожирением / М. В. Гаврик, М. М. Гаппаров // *Вопр. питания.* — 2006. — № 5. — С. 22–27.
2. Недзведь, М. К. Патологическая анатомия и патологическая физиология: учебник / М. К. Недзведь, Ф. И. Висмонт, Т. М. Недзведь. — Минск: Выш. шк., 2007.
3. Камышников, В. С. Справочник по клинико-биохимической лабораторной диагностике: в 2 т. / В. С. Камышников. — Минск: Беларусь, 2000.

УДК 612.661-055.2-053.6/(476.2)

ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМПОВ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ ДЕВОЧЕК Г. ГОМЕЛЯ

Мельник В. А., Козакевич Н. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Половое созревание — значительное событие в общем процессе роста и биологического созревания человека. На этом этапе во многих тканях, органах и системах ор-