

особенность экспрессии позволяет использовать CD57 в комплексе с другими маркерами для определения степени злокачественности нейроэндокринных опухолей лёгких.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ

Соловьёва Н.А., Совершаева С.Л.,
Ишекова Н.И.

Северный государственный медицинский
университет, Архангельск,
e-mail: natalysolovyov@ya.ru

Актуальность данной проблемы заключается в том, что количество лиц, имеющих избыточную массу тела и ожирение, прогрессивно увеличивается. За последние 30 лет во многих странах Европейского региона ВОЗ распространенность этого явления возросла в три раза [4; 8]. По прогнозам экспертов ВОЗ к 2025 году избыточный вес и ожирение могут страдать примерно 300 миллионов человек [2; 4; 8]. В России, в среднем, 30% лиц трудоспособного возраста имеют ожирение и 25% – избыточную массу тела [1;6]. Среди российских женщин частота ожирения колеблется от 30 до 40% [2; 3; 9]. От 10 до 13% смертей связаны с ожирением [1; 2; 4; 6; 8]. Накопление избыточной массы тела нередко приводит к ожирению, которое **сопровождается высоким риском заболеваемости, снижением качества жизни и ее продолжительности** (ВОЗ, 1997).

По этиопатогенетическому принципу избыточную массу тела и ожирение подразделяют на первичное и вторичное (около 5% от всех случаев) [1; 2; 6]. По **типу** распределения жировой ткани различают: – *андроидный тип* – отложение жировой ткани преимущественно в верхней части тела. Разновидность андроидного типа ожирения – *абдоминальное ожирение*, более характерно для мужчин; – *гиноидный тип* – жировая ткань скапливается в основном в нижней части тела, характерен для женщин. Андроидное и гиноидное ожирение дифференцируют на основе измерения соотношения окружностей талии и бедер (норма – 0,7-0,8); – *смешанный тип* – жировая ткань распределена относительно равномерно [2; 6; 7].

Анатомическая классификация: *гипертрофическое ожирение* – увеличение размеров жировых клеток без существенного роста их общего количества. *Гиперпластическое* – происходит увеличение числа жировых клеток (адипоцитов). *Смешанное* – сочетание гипертрофии и гипертрофии адипоцитов [2; 3; 7].

Физиологические исследования роли центральной нервной и эндокринной систем, рецепторов пищеварительного тракта и факторов внутренней среды, участвующих в регуляции приема пищи, легли в основу представлений о патогенезе ожирения.

Факторы, вызывающие накопление избыточной массы тела и ожирение:

1) энергетический дисбаланс – преобладание энергии потребления над энергией расхода. Необходимо учитывать количество энергии, качественный состав пищи, режим приема пищи при определении риска ожирения. Ожирение, при равном калорическом избытке, быстрее развивается, если перерывы между приемом пищи длительные, а порции обильные (длительнее удерживается высокая концентрация инсулина). Ожирению способствует никтофагия – смещение максимума пищевой активности на поздние вечерние часы. Наиболее часто встречаемые пищевые нарушения: гиперфагическая реакция на стресс – чрезмерное периодически неконтролируемое потребление пищи, особенно высококалорийной, в состоянии эмоционального дискомфорта, когда пища – наиболее доступный способ почувствовать себя лучше, формируется порочная эндокринная реакция. Данные нарушения нередко сочетаются у одного пациента. Механизмы возникновения пищевых нарушений до конца не установлены. Полагают, что они связаны с нарушением трансмиссии серотонина в структурах головного мозга, отвечающих за регуляцию пищевого поведения. Пищевые нарушения представляют серьезную проблему для лечения ожирения [1; 2; 3; 6; 7].

2) переизбыток в детском возрасте, формирующее функционально-морфологическую основу для экспрессии генетического феномена и развития ожирения как патофизиологического процесса [2; 3; 6; 7; 8].

3) снижение физической активности, способствующее накоплению избыточной массы тела и ожирению [3; 5; 6; 9]. Вследствие гиподинамии снижается окисление жира в мышцах. Коррекция избыточной массы тела и ожирения с помощью средств двигательной активности, при отсутствии эндокринных и сопутствующих заболеваний, по данным исследований достоверно снижает и приводит к стабилизации массы тела [3; 6; 9]. Однако, необходимо учитывать, что только систематические и адекватные физические нагрузки способствуют нормализации массы тела [1; 3; 5; 6; 9].

4) наследственная предрасположенность к ожирению («семейное ожирение»). От 40% до 80% тучных детей имеют родителей с ожирением [1; 2; 6]. **Наследуется не само ожирение, а склонность к полноте – способность организма накапливать жир при нормальном режиме питания.** **Генные мутации:** гипоталамическое ожирение – развивается гиперфагия; синдром Иценко-Кушинга – развитие вторичного ожирения; гипотиреоз – снижение скорости обменных процессов; инсулинома – опухоль В-клеток поджелудочной железы, вызывающих ожирение и способствующих развитию сопутствующих заболеваний. **Генные мутации вызывают**

ожирение у 1,3% всей человеческой популяции [2; 3; 7]. На сегодняшний день выявлены не все факторы генетической предрасположенности, влияющие на развитие ожирения. Механизм эффективной коррекции генетических мутаций не найден [1; 2; 3; 7].

5) возрастное ожирение связано со снижением деятельности щитовидной железы, вырабатывающей гормоны, которые участвуют в обмене веществ. Скорость обменных процессов уменьшается, поэтому распространенность ожирения среди обоих полов с возрастом закономерно повышается (в детском возрасте – около 10%). Далее этот показатель нарастает примерно до 15-20% у лиц юношеского возраста и до 35-50% у лиц зрелого возраста [1; 2; 3].

6) половая предрасположенность. Ожирение чаще встречается у женщин, чем у мужчин (т.к. скорость метаболизма у женщин ниже). Другой причиной является гормональные изменения: увеличение скорости метаболизма ассоциировано с лютеиновой фазой менструального цикла, поэтому при возрастной перестройке, со снижением выработки лютеина, происходит закономерное нарастание массы тела [2; 3]. У женщин частота и степень выраженности лишней массы тела связана с количеством детей [2; 3].

В исследованиях показана связь избыточной массы тела с рядом заболеваний: у людей с избыточным весом значительно чаще развиваются заболевания опорно-двигательного аппарата – остеохондроз позвоночника, обменно-дистрофический полиартрит; более высок риск развития инсулиннезависимого диабета (диабет 2 типа); ишемическая болезнь сердца; гипертония; инсульт; атеросклероз сосудов; инфаркт миокарда (в 4-5 раз выше, чем при нормальном весе); болезни гепатобиллиарной зоны – дискинезия желчного пузыря, хронический холецистит, желчно-каменная болезнь; опухоли ряда локализаций: рак легкого, рак эндометрия, яичников, молочной железы, предстательной железы, толстой и прямой кишки, желчного пузыря, поджелудочной железы, печени и почек. Наблюдаются нарушения менструально-овариальной функции и бесплодие, у 66% женщин, больных ожирением наблюдается бесплодие, ассоциированное с нарушениями продукции половых гормонов [1; 2; 3; 6; 7; 10]. Продолжительность жизни, в зависимости от степени ожирения, уменьшается в среднем от 5 до 15 лет [1; 2; 6]. Ожирение ухудшает качество жизни: вызывает состояние хронического стресса, тревожно-депрессивные реакции, чувство вины, беспомощности или агрессии и враждебности [2; 3; 6; 7]. После проведения коррекции, при возврате к прежнему рациону питания и образу жизни, рецидив возвращения избыточной массы тела и ожирения достаточно высок: исходная масса тела восстанавливается в среднем в 95 случаев из 100, в течение полугода (эффект weight

cycling – кругооборот веса). Поддержание массы тела, задача не менее важная, чем его снижение [1; 3; 4; 5; 9;]. Таким образом, физиологические аспекты избыточной массы тела требуют дальнейшего исследования для поиска наиболее эффективных путей решения проблемы ожирения, которая становится всё более актуальной и вызывает обоснованную тревогу в мире.

Список литературы

1. Бутрова С.А. Терапия ожирения // Ожирение; под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – С. 378-406.
2. Гинзбург М.М., Крюков Н.Н. Ожирение. Влияние на развитие метаболического синдрома. Профилактика и лечение. – М.: Медпрактика-М, 2002. – 128 с.
3. Гинзбург М. М. Программа доктора Гинзбурга. – М.: Изд-во Эксмо, 2009. – 408 с.
4. Глобальная стратегия ВОЗ в области рациона питания, физической активности и здоровья. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2004.
5. Джакистик Дж.М., Галлагер К.И. Физические нагрузки для коррекции массы тела // Избыточный вес и ожирение; под ред. Д.Г. Бессесен, Р. Кушнер. – М.: Бино, 2004. – С. 98-114.
6. Коррекция избыточной массы тела: Руководство для врачей / П.И. Сидоров, Н.И. Ишекова, А.Г. Соловьёв. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 144 с.
7. Рунихин А.Ю. Современные подходы к лечению ожирения // Лечащий врач. – 2006. – №2.
8. A strategy for Europe on nutrition, overweight and obesity-related health issues. – Brussels, European Commission, 2007.
9. Brown T., Avenell A., Edmunds L.D., Moore H., Whittaker V., Avery L., Summerbell. Systematic review of long-term lifestyle interventions to prevent weight gain and morbidity in adults. – С. School of Health and Social Care, University of Teesside, Middlesbrough, UK, 2009 Sep.
14. WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007-2012. Hunter D.J., Eckstein F.J. Exercise and osteoarthritis // Anat. – 2009 Feb – №214(2). – P. 197-207.
11. BapTIHospital, Boston, MA 02120, USA. – djhunter@caregroup.harvard.edu.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ЛИГАТУРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Хромова В.Н.

Городская клиническая больница №2
им. В.И. Разумовского, Саратов,
e-mail: armaur@list.ru

Несмотря на внедрение в клиническую практику новейших антибактериальных средств, шовных материалов и постоянный контроль за соблюдением правил асептики и антисептики, проблема раневых осложнений в послеоперационном периоде продолжает оставаться актуальной. Одним из таких осложнений являются лигатурные свищи, частота возникновения которых составляет примерно 1,4-8,2%. Результаты их лечения характеризуются весьма высоким числом рецидивов составляющих около 5,3%. Хирургическая тактика лечения лигатурных свищей преимущественно консервативная.

Нами произведено изучение результатов консервативного и оперативного лечения больных с лигатурными свищами послеоперацион-