

развития составляющих МС. На любом этапе развития заболевания важны мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни, борьбу с избыточной массой тела, перееданием и несбалансированным питанием, оптимизацию двигательного режима путем введения достаточного режима дозированных физических нагрузок, отказ от вредных привычек, соблюдать редуцированную по калориям диету, включение в рацион продуктов с низким гликемическим индексом.

Однако немедикаментозные подходы у большей части детей и подростков зачастую малоэффективны, что приводит к снижению мотивации на выполнение рекомендаций врача. В связи с этим немаловажное значение приобретает «воспитание» рациональных пищевых привычек, поэтому одним из основных терапевтических звеньев лечения ожирения становится обучение правильному стереотипу питания. В процессе обучения формируется концепция умеренного и постепенного снижения массы тела и стабилизация достигнутого положительного эффекта. В совокупности все эти мероприятия направлены на изменение образа жизни. Эффективным и «безвредным» для организма похуданием считается потеря 0,5-1 кг массы тела в неделю (не больше!).

Эффективность лечения метаболического синдрома Х, как любого хронического заболевания, зависит от его давности. Наибольшего эффекта следует ожидать в самом начале порочного круга, когда избыточный вес рассматривается не как эстетическая проблема, а как сигнал к действию.

**Список литературы**

1. Алешин С. Метаболический синдром Х: состояние высокого риска. Ортомолекулярная медицина 2003, 15-16
2. Алмазов В.А., Благосклонная Я.Б., Шлякто Е.В., Красильникова Е.М.// Метаболический сердечно-сосудистый синдром –СПб.: Издательство СПбГМУ, 1999, 208-209
3. Левинская Л.Н., Метаболический синдром. Особенности гастроэнтерологических проявлений. Журнал «Медицина и экология», 2010, №4(57), 22-23
4. Оганов Р.Г., Александров А.А. Гиперинсулинемия и артериальная гипертензия: возвращаясь к выводам United Kingdom Prospective Diabetes Study. Русский медицинский журнал 2002, 486-491.
5. Старкова Н.Т., Дворяшина И.В. Метаболический синдром инсулинорезистентности: основная концепция и следствие. Тер. Архив, 2004-10, 54-58.
6. Чазова И.Е., Мычка В.Б. Метаболический синдром и артериальная гипертензия. Consillium medicum 2002, 587-590
7. Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ. The metabolic syndrome. Lancet 2005; 1415-20.
8. Report of the Second Task Force on Blood Pressure Control in Children 1987. 79-81.

**ПОСТОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

Богагырев А.М., Дуркин С.О.

*Республиканская клиническая больница №1, Ижевск, Россия, Dustygoldman@gmail.com*

Сахарный диабет характеризуется стойким повышением уровня сахара в крови вследствие абсолютного или относительного дефицита инсулина. Заболевание приводит к нарушению всех видов обмена веществ, в том числе обмен веществ эпителиальных клеток, что сопровождается повреждением, прежде всего, кровеносных сосудов и дистрофическими процессами в паренхиматозных органах. Приводит к диабетической ангио- и нейропатии. Больные сахарным диабетом имеют высокую склонность к гнойно-воспалительным процессам, что вызывает необходимость гангренной нижних конечностей.

Нередко, оперативные вмешательства по поводу желчнокаменной и мочекаменной болезней, острого аппендицита, опухолей и других сопровождаются выраженной декомпенсацией сахарного диабета, к тому же само оперативное вмешательство, наркоз,

эмоциональная реакция являются стрессовыми факторами, усугубляющими нарушение метаболизма. Склонность к катаболическим процессам, нарушения в иммунной системе, а также наличие ангио-, нейропатий осложняют послеоперационное течение, которое часто сопровождается замедлением заживления и инфицированием ран.

**Цель работы:** изучить влияние сахарного диабета на развитие послеоперационных осложнений у пациентов.

**Задачи.** Изучить статистику послеоперационных осложнений у больных сахарным диабетом, на основе которой произвести корреляционное исследование.

**Материалы и методы исследования.** Истории болезней оперированных пациентов, имевших в анамнезе сахарный диабет и больных без данной патологии.

**Результаты исследования.** По данным научной литературы несмотря на очевидные успехи современной диабетологии, частота послеоперационных осложнений у больных сахарным диабетом достигает 30-37 %, а послеоперационная летальность — 9-26 %. Однако в ходе проведения статистических исследований, нам удалось установить, что послеоперационные осложнения у больных сахарным диабетом встречаются лишь на 12% чаще, чем у больных без данной патологии. Это обуславливается хорошим уровнем послеоперационной подготовки больных и высоким качеством выполнения самого оперативного вмешательства.

**Вывод.** Исходя из данных, полученных в ходе работы, мы можем сделать вывод, что больные диабетом при адекватном лечении и хорошо корригируемой гипергликемии имеют такой же риск развития послеоперационных раневых осложнений, как и обычные пациенты.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНДЕКСА ТЕПЛОТДАЧИ ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С РАЗЛИЧНЫМ РОСТОМ И МАССОЙ ТЕЛА**

Зубко Е.А.

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия, katia.zubko@ya.ru*

Значительное количество работ посвящено изучению теплоотдачи у недоношенных новорожденных. Были выявлены гендерные различия в соматометрических показателях у лиц, относящихся к юношескому возрастному периоду.[1]

Целью настоящей работы явилось изучение показателей теплоотдачи у мелких и крупных доношенных новорожденных города Краснодара.

**Материалы и методы.** Данные площади и массы тела доношенных новорожденных (52 мальчиков и 52 девочек), вычисленные по формуле М. Рубнера  $ПТ = Sc/M$  (см<sup>2</sup>/кг), где М – масса тела новорожденного, а Sc – площадь тела новорожденного, определяющаяся по формуле Ю.Р. Шейх-Заде, П.А. Галенко-Ярошевского(2000)  $Sc = d(HM)1/2$  (см<sup>2</sup>), где Н – длина тела новорожденного.[3] Статистический анализ проводился в рамках программы Microsoft Excel. Различия расценивались как достоверные при  $P < 0,05$ , т.е. в тех случаях, когда вероятность различия превышала 95%.

**Результаты и обсуждение.** В результате проведенного исследования были выявлены достоверные различия ПТ между группами крупных и мелких девочек ( $654,22 \pm 11,55$  см<sup>2</sup>/кг и  $680,12 \pm 2,59$  см<sup>2</sup>/кг, соответственно); между группами крупных и мелких

мальчиков ( $637,87 \pm 1,76$  см<sup>2</sup>/кг и  $664,32 \pm 3,34$  см<sup>2</sup>/кг, соответственно); между группами крупных девочек и мальчиков ( $654,22 \pm 11,55$  см<sup>2</sup>/кг и  $637,87 \pm 1,76$  см<sup>2</sup>/кг, соответственно); между группами мелких девочек и мальчиков ( $680,12 \pm 2,59$  см<sup>2</sup>/кг и  $664,32 \pm 3,34$  см<sup>2</sup>/кг, соответственно). Выявлена отрицательная значимая связь между длиной и ПТ, массой тела и ПТ (соответственно,  $r_1 = -0,63$ ,  $r_2 = -0,95$ ).

Теплоотдача является видовым признаком и зависит от температуры окружающей среды, площади и массы тела, уровня обмена веществ, который определяется трофической функцией нервной системы. [2] Следовательно, для поддержания одинаковой температуры тела интенсивность энергообмена у малых организмов должна быть выше, чем у крупных.

**Выводы:**

1. Выявлено, что длина, масса тела новорожденного и его индекс теплоотдачи находятся в обратно пропорциональной зависимости;

2. Установлено, что индекс теплоотдачи у девочек выше такого у мальчиков; наибольший показатель теплоотдачи - у мелких девочек, а наименьший - у крупных мальчиков.

#### Список литературы

1. Байбаков С.Е., Бахарева Н.С., Шейх-Заде Ю.Р., Чупрунова Н.С. Морфометрическое определение гендерных различий в телосложении человека. *Морфология*. 2014. Т. 145. № 2. С. 63-66.
2. Шейх-Заде Ю.Р., Байбаков С.Е., Бахарева Н.С., Чупрунова Н.С. Ключевые вопросы теории телосложения человека. *Вестник Московского университета. Серия XXIII. Антропология*. 2014. № 4. С. 31-41.
3. Шейх-Заде Ю.Р., Галенко-Ярошевский П.А. Математическая модель площади тела человека // *Бюл. экспер. биол. мед.*, 2000. Т. 129. № 3. С. 356-357.

#### ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ У БОЛЬНЫХ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Казахунова А.В., Власов Г.В., Харитонов Б.С., Лагун М.А.

*ГОУ ВПО «Саратовский Государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России», Клиническая больница им. С.Р. Миротворцева СГМУ, Саратов, Россия, koza-dereza55@yandex.ru*

Механическая желтуха у 90% больных является осложнением желчнокаменной болезни (ЖКБ). При обтурации желчевыводящих путей закономерно развивается холангит, осложняющийся печеночной недостаточностью и, в ряде случаев, сепсисом [2,3].

На фоне этих осложнений хирургическое вмешательство с открытым доступом является весьма опасным и приводит к высокой летальности, которая может достигать 13-83% [1,4].

В 2014-2015 гг. в клинику факультетской хирургии поступило 1367 больных с различными формами холецистита. Механическая желтуха отмечена у 356 больных (26,0%). Среди них было 89 мужчин и 267 женщин в возрасте от 28 до 93 лет. 67% больных были в возрасте старше 60 лет, 14% пациентов - старше 80 лет. Отмечена поздняя обращаемость пациентов. Позднее 24 часов с момента начала заболевания доставлено 68% больных.

Диагноз острого холецистита устанавливался на основании данных физикальных, лабораторных и инструментальных исследований.

При УЗИ органов гепатопанкреатодуоденальной зоны обнаружена желчная гипертензия, проявляющаяся расширением гепатикохоледоха или внутрипеченочных желчных протоков у 266 обследованных (74,7%).

При эндоскопическом исследовании патология верхних отделов желудочно-кишечного тракта была установлена у всех обследованных. Отсутствие желчи в двенадцатиперстной кишке отметили у 230 больных (64,6%).

При эндоскопической ретроградной панкреатохолеангиографии (ЭРПХГ) установлены следующие причины механической желтухи: холедохолитиаз у 277 больных (77,8%), доброкачественный стеноз и стриктуры гепатикохоледоха и большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСД) у 63 пациентов (17,7%), комбинированная патология у 19 пациентов (5,3%).

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) была выполнена всем больным с холедохолитиазом. У 58% пациентов длина разреза была менее 1,0 см, то есть явилась органосохраняющей операцией на БСД. Литоэкстракция была успешно выполнена у 264 больных (95,3%). Выполнение литоэкстракции не удалось у 13 больных с камнями холедоха более 2-х сантиметров.

Осложнения эндоскопической ретроградной панкреатохолеангиографии, папиллосфинктеротомии и от манипуляций различными инструментами отмечены у 10 больных (3,6%). Кровотечения из области БСД наблюдались в первые сутки после вмешательства у 4-х пациентов, остановленные консервативно, острый панкреатит развился у 6 пациентов.

13 больных (4,6%), у которых ЭПСТ с литоэкстракцией не удалась, были оперированы в сроки от 2 до 8 суток со дня поступления. Этим пациентам выполнены лапароскопические холецистэктомии с холедохотомией, литоэкстракцией и наружным дренированием холедоха в различных модификациях. Осложнений и летальности не было.

**Выводы:**

1. Лечение больных холециститом, осложненным механической желтухой, должно начинаться с рентгеноэндоскопической диагностики и лечебных эндоскопических вмешательств. Открытые хирургические вмешательства показаны при невозможности выполнения эндохирургических операций.

2. Применение эндоскопических вмешательств позволяет уменьшить число послеоперационных осложнений и летальности.

#### Список литературы

1. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. М.; 2006.
2. Григорьева И.Н., Никитин Ю.П. Распространенность желчнокаменной болезни в различных регионах. *Клин. мед.* 2007; 9: 27-30.
3. Ильченко А.А. Заболевания желчного пузыря и желчных путей: Руководство для врачей. М.; 2006.
4. Archer S.B. et al. Bile Duct Injury During Laparoscopic Cholecystectomy. Results of a National Survey. *Ann. Surg.* 2001; 234 (4):549-558.

#### АНАЛИЗ СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ХРОСОМНЫХ АНОМАЛИЙ ПЛОДА НА ПРИМЕРЕ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кайгородцев М.А.

*Тюменский государственный медицинский университет  
Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
Тюмень, Россия, student\_mikhail@mail.ru*

**Актуальность.** Хромосомные аномалии плода - это нарушения развития организма, вызванные измененной наследственной информацией. Эти нарушения возникают вследствие мутации наследственной информации, содержащейся в хромосомах. Установлено, что более 40% спонтанных аборт и около 7% мертворождений обусловлено хромосомными aberrациями. Патология, сопровождающая дисбаланс хромосомного материала, вызывает различные аномалии развития у носителей и может быть связана не только с множественными врожденными пороками развития, но и с умственной и физической отсталостью, нарушениями полового развития, бесплодием и не вынашиванием беременности. Популяционная частота