

Недосыпание • Психотропные препараты Основные способы лечения при избыточном весе и ожирении • К ним относят соблюдение диеты с повышенным содержанием клетчатки, витаминов и других биологически активных компонентов и ограничением употребления легкоусваиваемых организмом углеводов, а также физические упражнения. • Общий подход при лекарственном лечении ожирения состоит в испытании всех известных препаратов для лечения ожирения Борьба с ожирением. Снижения веса можно добиться либо уменьшением потребления пищи (соблюдением диеты), либо увеличением энергозатрат (физическими упражнениями), либо сочетанием того и другого. За исключением особых обстоятельств, худеть больше чем на 1 кг в неделю нежелательно. Более того, хотя для большинства людей потеря нескольких килограммов ничем не грозит, к быстрому снижению веса можно приступать только под наблюдением врача. Следует также иметь в виду, что постоянные критические замечания по поводу тучности ребенка или подростка приносят больше вреда, чем пользы. Наконец, необходимо подчеркнуть, что любая диета для беременных женщин и растущих детей должна быть полноценной. Использование несбалансированных модных диет, даже если они и обеспечивают снижение веса, может иметь очень тяжелые последствия.

Галецкая О.С., Черник И.В.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СД1 У ДЕТЕЙ ПО ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Максимчик Н.И.

Цели исследования – провести анализ показателей заболеваемости и распространенности СД1 среди детей Гродненской области. Материал и методы. Проанализировано 187 амбулаторные карты и истории болезни пациентов, получающих лечение в эндокринном отделении УЗ «ГОДКБ» за период с 2007 по 2010 г. (2007 г. – 19, 2008 г. – 38, 2009 г. – 54, 2010 г. – 76 истории). Рассчитывали показатели заболеваемости, распространенности на 100 тыс. детского населения о количественном, возрастном и половом составе детского населения в районах Гродненской области. Полученные результаты обработаны с помощью программ Microsoft Excel (2007), Statistica 6.0. При указании возраста развития заболевания данные представлены как выборочное среднее и ошибка среднего ($M \pm m$). Результаты и обсуждение.

Характеристика детей с СД-1 по полу (таблица 1).

Год	Девочки	Мальчики
2007	10	9
2008	18	20
2009	25	29
2010	37	39

На 01.01.2011 г. в Гродненской области зарегистрировано 187 пациентов с СД1т из них 90 девочек и 97 мальчика. На базе исследования в стационаре детского отделения нами была замечена корреляционная зависимость выявления СД1 от возраста детей: 1 пик – в возрасте 1-3 года (14,7%), 2 пик – в возрасте 5-7 лет (18,6%), 3 пик – в возрасте 11-13 лет (15,6%), 4 пик – в возрасте 15-17 лет (19,7%). Длительность заболевания до 5 лет была отмечена у 64,10% детей, от 5 до 9 лет – 27,35%, более 10 лет – у 6,84% детей с СД-1. У мальчиков до 14 лет сахарный диабет типа 1 развивался в возрасте ($7,9 \pm 0,51$) года, у девочек – ($6,3 \pm 0,65$) года. На фоне наблюдения в стационарных и амбулаторных условиях было замечено, что незадолго до выявления СД у ребёнка последний не раз был на приёме у педиатра (затянувшееся простудное заболевание, внебольничная пневмония). Ребёнок неоднократно был на приёме у невролога (жалобы на плохой сон, раздражительность, снижение памяти, аппетита), у отоларинголога (отиты). Или была проведена вакцинация, либо ребенок накануне принимал витаминные препараты в высокой дозе. Если в 1988 г. в Беларуси зарегистрировано 29 детей с СД в возрасте 0-14 лет на 100 тыс. населения этого возраста, то в 2001 – 54,7, а в 2010 только по Гродненской области 46 человек, тогда как по республике эта цифра составила 138 человек. В наблюдаемой группе детей обращает на себя внимание частое выявление СД1 в весеннее время года – 42%, что можно связать с весен-

ним авитаминозом. Характерно несоблюдение режима питания (поздний завтрак, основной приём пищи-во второй половине дня). Следует отметить употребление в большом количестве легкоусвояемых углеводов (шоколад, конфеты, сахар в неограниченном количестве) и диетически неприемлемых продуктов – чипсы, крендельки и др. Известно, что СД1 типа у детей является хроническим не излечимым заболеванием, при котором развиваются осложнения, способствующие ранней инвалидности и смертности. Поэтому актуальной стратегией в снижении диабетических осложнений СД 1 типа является ранняя их диагностика и лечение. Выводы 1. Согласно статистическому анализу в Беларуси на сегодняшний день имеет место рост общей и первичной заболеваемости СД у детей и подростков. 2. Несоблюдение режима питания, употребление углеводов в большом количестве и др. являются экзогенными факторами, способствующими в развитии сахарного диабета.

Ганчар Е.П.

К ВОПРОСУ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Кажина М.В., д.м.н., профессор

При выборе метода контрацепции у женщин с ожирением, помимо надежной профилактики незапланированной беременности, встает вопрос и о том, как избежать влияния используемых методов на углеводный и липидный обмен, сердечно-сосудистую систему и функцию других органов, вовлеченных в патологическую цепь обменных нарушений. Одной из причин отказа от приема комбинированных оральных контрацептивов (КОК) является боязнь увеличения массы тела на фоне их использования. Низкое содержание эстрогенов, высокая селективность гестагенов, входящих в состав современных КОК, позволяют минимизировать влияния КОК на массу тела. Цель исследования – изучение влияния перорального препарата Ярина на антропометрические показатели, метаболический статус пациенток с ожирением. Материалы и методы. В исследование были включены 42 женщины с ожирением I степени в возрасте 18–38 лет, решившие использовать для контрацепции гормональные препараты. Низкодозированный оральная контрацептив Ярина, состоящий из 30 мкг этинилэстрадиола и 3 мг дроспиренона, принимали на протяжении 6 месяцев по 1 таблетке ежедневно в течение 21 дня с последующим 7-дневным перерывом. Перед назначением препарата и через 6 месяцев приема контрацептива проводили комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование пациенток: измеряли массу тела, соотношение окружности талии и окружности бедер, индекс массы тела (ИМТ), исследовали содержание в сыворотке крови общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), коэффициент атерогенности. Для оценки инсулинорезистентности использовали индекс НОМА. Статистическая обработка данных проведена с использованием компьютерных программ STATISTICA 6.0. Результаты исследования. У всех женщин достигнут хороший контрацептивный эффект и не зарегистрировано каких-либо побочных эффектов, потребовавших отмены препарата. При анализе динамики антропометрических показателей на фоне приема контрацептива не отмечено нарастания ИМТ, изменения характера распределения жира ($p > 0,05$). Фоновые исследования показали, что у 33,3 % женщин с ожирением имелись нарушения липидного спектра крови, в том числе у 19% имела место гиперхолестеринемия, у 14,3% – гипертриглицеридемия. При исследовании в динамике уровня триглицеридов, ХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, коэффициента атерогенности у пациенток с ожирением достоверных различий выявлено не было ($p > 0,05$). При исследовании соотношения инсулина и глюкозы, как косвенного показателя чувствительности рецепторов инсулина в тканях (НОМА) отмечено достоверное увеличение этого индекса ($p < 0,05$), что говорит о снижении чувствительности к инсулину при приеме гормональных контрацептивов, в то время как исходная резистентность к инсулину была выявлена у 9,5 % пациенток с ожирением, принимавших данный КОК. Выводы. Полученные данные позволяют считать, что препарат Ярина может использоваться у пациенток с умеренным ожирением в течение полугода без риска увеличения массы тела и выраженного нарушения содержания липидов сыворотки крови. Дополнительный контроль при