

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И НАРУШЕНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Вершина М.А.

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Федорова Е.П.  
Запорожский государственный медицинский университет  
Кафедра семейной медицины, терапии и кардиологии ФПО

Цель исследования: Определить и оценить типы пищевого поведения пациентов с ожирением и изучить его взаимосвязь с показателями качества жизни. Материалы и методы: На базе отделений УНМЦ «Университетской клиники» обследовано 60 пациентов (36 женщин (60%) и 24 мужчин (40%)) с ожирением в возрасте от 32 до 80 лет (средний возраст –  $58,4 \pm 1,2$ ). Всем больным проведены стандартизированные антропометрические исследования: измерение роста, веса, окружности шеи (ОШ), груди (ОГ), талии (ОТ), бедер (ОБ), бедра (ОБ1), плеча (ОП1), соотношение ОТ/ОБ, расчет ИМТ. Лабораторные исследования включали определение: глюкозы крови, гликозилированного гемоглобина (HbA1c), общего холестерина, ЛПНП, ЛПВП, триглицеридов (ТГ). Для оценки расстройств пищевого поведения использовали Голландский опросник DEBQ, который позволял выделить три типа: ограничительный, эмоциональный и экстернальный. Качество жизни (КЖ) оценивали согласно опросника SF-36. Статистический анализ проводили с помощью программы Statistica 6.0. Полученные результаты: Ожирение I степени выявлено у 42 больных (70%), II степени – у 12 (20%), III степени – у 6 (10%). ИМТ в среднем составил  $34,6 \pm 0,6$  кг/м<sup>2</sup>. У всех пациентов выявлен абдоминальный тип ожирения. ОТ у женщин составил  $112 \pm 2,5$  см, у мужчин –  $115 \pm 2,9$  см. Нарушения пищевого поведения выявлены у 55% больных. Чаще экстернальный 43,4% (33% женщин и 67% мужчин) и ограничительный 30% (77% женщин и 33% мужчин) типы. Комбинация типов – у 19,3% (67% женщин и 33% мужчин). Корреляционный анализ показал достоверную сильную прямую связь ожирения с ТГ ( $r=0,78$ ,  $p \leq 0,05$ ) и ЛПНП ( $r=0,74$ ,  $p < 0,05$ ), ИМТ – с глюкозой ( $r=0,73$ ,  $p \leq 0,05$ ), HbA1c ( $r=0,59$ ,  $p \leq 0,05$ ). С увеличением веса и возраста снижались показатели КЖ: как физиологический ( $r=-0,46$ ,  $p \leq 0,05$ ), психологический компонент ( $r=-0,38$ ,  $p \leq 0,05$ ), так и эмоциональный ( $r=-0,41$ ,  $p \leq 0,05$ ), что мешало пациентам выполнять работу и повседневную деятельность. Выводы: у 55% больных выявлены ограничительный и экстернальный типы нарушений пищевого поведения, чаще у женщин. Вес тела зависел от обмена глюкозы и показателей липидограммы. Наиболее значимыми факторами, оказывающими отрицательное влияние на показатели КЖ, являются вес, возраст, в результате чего значительно снижается КЖ, затрагивая все сферы их жизнедеятельности.

## ОСОБЕННОСТИ КАРДИАЛЬНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ИМЕЮЩИХ СТАТУС КУРИЛЬЩИКА

Визир-Тронова Е.В.

Научный руководитель: проф. Сыволап В.В.  
Запорожский государственный медицинский университет  
Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Цель работы – изучить вклад курения в процесс патологической структурно-геометрической и функциональной перестройки миокарда у больных гипертонической болезнью. Обследовано 100 больных гипертонической болезнью II стадии, 53 мужчины и 47 женщин. В зависимости от статуса курения (стаж не менее 10 лет) все пациенты были разделены на 2 группы: в группу курящих включено 30 пациентов, в группу не курящих – 70 пациентов. Группы больных сопоставимы по возрасту, полу, индексу массы тела, уровню «тощаковой» глюкозы, величине «офисного» САД, ДАД, ПАД, среднего АД, ЧСС. У больных ГБ, которые имели статус курильщика, по данным трансторакальной эхокардиоскопии, выявлен достоверно больший размер левого предсердия в диастолу на 8,1 % ( $p=0,014$ ), в систолу на 10,8 % ( $p=0,026$ ), достоверное преобладание толщины ЗСЛЖс на 6,1 % ( $p=0,028$ ), толщины МЖПд на 11,6 % ( $p=0,004$ ), толщины МЖПс на 10,7 % ( $p=0,034$ ), ИММЛЖ на 12,2 % ( $p=0,034$ ), диастолического внутримиекардиального напряжения на 13,9 % ( $p=0,025$ ), достоверное удлинение периода изометрического расслабления на 33,3 % ( $p=0,026$ ). Вывод. Модулирующее влияние курения на процессы патологического ремоделирования сердца у гипертоников проявляется в увеличении систолического и диастолического размеров левого предсердия, толщины стенок и массы миокарда левого желудочка, увеличении диастолического внутримиекардиального напряжения левого желудочка, изменении диастолического наполнения левого желудочка, со снижением активной релаксации, увеличением вклада позднего наполнения и удлинением времени изометрического расслабления.

## НЕОАД'ЮВАНТНА СИСТЕМНА ПОЛІХІМІОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ЗІ ЗЛОЯКІСНИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ ПОРОЖНИНИ РОТА, РОТОВОЇ ТА ГОРТАННОЇ ЧАСТИНИ ГЛОТКИ ЗАНЕДБАНИХ СТАДІЙ

Воробйов М.О., Шмикова О.В.  
Науковий керівник: проф. Шевченко А.І.  
Запорізький державний медичний університет  
Кафедра онкології і онкохірургії

Мета роботи. Порівняти ефективність використання неoad'ювантної системної поліхіміотерапії (ПХТ) при застосуванні різних комбінацій хіміопрепаратів та променевої терапії з радіотермометричним (РТМ) контролем при лікуванні хворих на місцеворозповсюджений рак слизової порожнини рота, ротової