

экстернального или компульсивного НПП у 48 пациенток (35,3%) возникали периоды НПП эмоциогенного, в 66 случаях (48,5%) — ограничительного типа. Гиперлептинемия зарегистрирована у всех женщин с ожирением: $68,9 \pm 1,4$ нг/мл (максимальный 213,9 нг/мл у 30-летней женщины с морбидным ожирением) при норме до 17,0 нг/мл. Несмотря на высокий уровень лептина в крови, булимию и полифагию испытывали все больные, причем чем больше гиперлептинемия, тем чувство голода и отсутствие насыщения выраженнее. Этиология ожирения, его давность не влияли на выраженность гиперлептинемии. Известно, физиологическая роль лептина — блокировать чувство голода и сообщать в ЦНС об энергетических запасах в организме, т. е. у наблюдаемых женщин подтверждается лептинорезистентность. Уровень лептина в крови не зависел от степени ожирения ($p > 0,05$), но существенно зависел от темпа прогрессирования тучности в последние 6 мес.: чем значительнее темп увеличения массы тела, тем выраженнее гиперлептинемия;

коэффициент корреляции $r + 0,67$. Следовательно, лептинорезистентность предшествует гиперлептинемии и НПП, когда больные не могут контролировать свой аппетит и чувство насыщения. Длительное лечение группы больных ($n=29$) сибутрамином снижало их аппетит, но не подавляло гиперлептинемию, т. е. лептинорезистентность сохранялась на фоне лечения анорексигенами, что является, очевидно, одной из причин рецидива ожирения после курса сибутрамина и требует осмысления в рациональности применения таких препаратов для лечения ожирения. Обнаружена тесная корреляция между уровнем лептина и С-пептида в крови ($r + 0,52$): гиперлептинемия усугубляет инсулинорезистентность у больных ожирением, а гиперинсулинизм еще в большей степени нарушает пищевое поведение. В настоящее время пока нет способов избавления больных от лептинорезистентности, но поиск преодоления лептинорезистентности является насущной необходимостью в решении проблемы лечения ожирения.

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ УЗЛОВ В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ

© И. В. Терещенко, Н. Е. Залесная

ГОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е. А. Вагнера Росздрава, Пермь

Узловой зоб не является предраковым заболеванием. Чаще всего узлы в тиреоидной ткани обнаруживаются при УЗИ щитовидной железы (ЩЖ). У 1828 жителей Пермского региона (128 муж., 1700 жен.) в возрасте от 16 до 79 лет проведено УЗИ ЩЖ. Наличие узла(ов) в ЩЖ найдено у 695 чел. (38%). Для подавляющего большинства таких пациентов наличие узла ассоциировалось с раком. Тревога возникала у всех без исключения больных старше 25 лет с впервые выявленными узлами в ЩЖ и/или при увеличении объема («росте») одного или нескольких узлов. У 109 чел. появилось нарушение сна, чувство угнетенности, потеря интереса к привычным занятиям, постоянная тревога. В $\approx 2/3$ случаев такое состояние исчезало без психотропных средств после посещения врача, а чаще — нескольких врачей (как правило, мнению только одного врача пациенты не доверяли). Тем не менее даже кратковременный стресс приводил к обострению хронических соматических заболеваний (гипертонической болезни, синдрома патологического климакса и др.). У 1/3 наблюдаемых боль-

ных узловым зобом канцерофобия оказалась стойкой с выраженной симптоматикой. Возможные причины этого — личностные особенности человека, субклинический гипотиреоз ($\approx 10\%$ случаев); онкологические операции по поводу рака молочных желез или матки в анамнезе (19 женщин); социально-экономическая неустойчивость. Канцерофобия у таких больных приводила к утрате трудоспособности. Им приходилось применять анксиолитики ($n=37$); 18 чел. получали длительные курсы амитриптилина, 7 пациентов были вынуждены неоднократно лечиться в отделении неврозов стационарно. Таким образом, нет сомнений, что такие эмоциональные срывы следует избегать. Однако врач, проводя УЗИ ЩЖ, должен насторожить клинициста, если обнаруженный узел имеет признаки малигнизации (известно, УЗИ ЩЖ — главный метод ранней диагностики рака ЩЖ). Для предупреждения канцерофобии при сонографической диагностике узлов в ЩЖ целесообразно врачам использовать менее понятную больным латинскую терминологию, например «фокальное образование», ука-

зывать размеры узла, избегая в описании «узел вырос на...», не рекомендовать УЗИ ЩЖ повторно через 2–3 мес, если нет подозрения на онкологический процесс.

Необходимо санитарное просвещение, что узловой зоб и рак ЩЖ — совершенно разные заболевания. Профилактика канцерофобии даст экономическую выгоду.

ТИПЫ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ОЖИРЕНИИ У ЖЕНЩИН ПЕРМСКОГО РЕГИОНА

© **И. В. Терещенко, П. Е. Каюшев**

ГОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е. А. Вагнера Росздрава, Пермь

Цель — изучить типы нарушений пищевого поведения (НПП) у женщин трудоспособного возраста с ожирением, проживающих в Пермском регионе. Проведено анкетирование и изучены дневники питания у 149 чел., из них у 13 женщин — избыточная масса тела, у 136 — ожирение. Помимо углубленного общеклинического обследования, проверяли утреннее содержание в крови инсулина, С-пептида, лептина, тиреотропина (ТТГ), свободного тироксина (св.Т4). НПП выявили в 100 % случаев. Анализ ответов на опросники для разных типов НПП показал смешанный характер нарушений у всех больных. Однако из 122 работающих женщин у 80 % преобладал компульсивный тип НПП. Из них 66 чел. объясняли социальными причинами отказ от завтраков и обильную еду в вечерние часы. У 32 чел. выявлен гипотиреоз: субклинический у 27 женщин (ТТГ > 5,0–10,0 мМЕ/мл, св.Т4 — в норме), у 5 — манифестный (ТТГ ≥ 10,0; св.Т4 понижен), хотя и больные с ожирением и гипотиреозом объясняли социальными факторами свое НПП. Известно, отсутствие аппетита после ночного сна — классический признак гипотиреоза. У обследованных женщин компульсивный тип НПП появился наиболее часто после 25 лет: нередко после родов в период вскармливания ребенка; в ряде случаев совпало с началом трудовой деятельности. Редкие приемы пищи днем (обычно перекусы) приводили

к дискинезии желчевыводящих путей. Хронический холецистит и желчнокаменная болезнь обнаружены у ≈1/2 больных. Подавляющее большинство больных с компульсивным типом НПП испытывали в вечернее время внезапные приступы резкой слабости, потливости и голода, которые купировались приемом углеводов. Такие состояния можно расценить как проявления спонтанных гипогликемий. Это удалось подтвердить у 22 женщин с нарушением толерантности к глюкозе: гликемия во время таких приступов колебалась от 2,95 ммоль/л до 3,2 ммоль/л. Гиперинсулинемия зарегистрирована у 1/3 больных с НПП компульсивного типа. На фоне компульсивного типа НПП встречались эпизоды ограничительного, эмоциогенного, экстернального типов НПП. Смешанный характер НПП встретился не только при компульсивном типе, но и при других типах НПП. Например, эпизоды ограничительного поведения у женщин с экстернальным типом и т. д. Независимо от типа НПП и от типа ожирения (абдоминальный тип был у 98 чел, глютеофеморальный — у 51 чел.) в 100 % случаев наблюдалась стойкая гиперлептинемия. Семейное ожирение (у обоих супругов, также у детей) выявлено только у 6 % женщин. Очевидно, НПП, в первую очередь, вызывают гормональные расстройства: дисбаланс между орексигенными и анорексигенными факторами.