

возраст, мужской пол и наследственная предрасположенность - известные факторы риска инсульта, но, к сожалению, их коррегировать невозможно. Однако их наличие помогает идентифицировать больных с более высоким риском развития инсульта, у которых необходимо устранять модифицируемые факторы риска. Ожирение относится к основным коррегируемым факторам риска развития инсульта.

Цель исследования – изучить степень ожирения у мужчин с сосудистыми заболеваниями головного мозга. Методы исследования – антропометрия, неврологический осмотр, статистическая обработка полученных данных. Материал исследования – 461 мужчин с сосудистыми заболеваниями головного мозга.

Результаты исследования: Величины индекса массы тела, которые хорошо отражают запасы жира в организме, рассчитывались по формуле Кетле: $ИМТ = \text{Масса тела (кг)} / \text{длина тела (м)}^2$. При значении индекса находящимся в интервале от 20 до 24,99 масса тела считалась нормальной; 25 – 29,99 – I степень ожирения; 30 – 40 – II степень ожирения; >40 – III степень ожирения, 15 – 19,99 – I степень истощения.

Таблица

Распределение степени ожирения мужчин с сосудистыми заболеваниями головного мозга (%)

Заболевания	Исхудание I ст.	Нормальное	Ожирение I ст	Ожирение II ст	Ожирение III ст
Геморрагический инсульт (n=94)	2,1	21,3	45,7	29,8	1,1
Ишемический инфаркт в правом полушарии головного мозга (n=103)	4,9	31,1	41,7	21,4	0,9
Ишемический инфаркт в левом Полушарии головного мозга (n=147)	1,4	19,7	53,1	23,1	2,7
Ишемический инфаркт в области ствола головного мозга (n=82)	1,2	26,8	46,3	25,6	0
Транзиторная ишемическая атака (n=35)	0	28,6	45,7	25,7	0

Из таблицы видно, что большинство мужчин с сосудистыми заболеваниями головного мозга имеют определенную степень ожирения. Наиболее часто встречается ожирение 1-ой степени, затем ожирение 2-ой степени. Следует отметить, что по индексу массы тела достоверные отличия наблюдались при 1-ой степени ожирения у мужчин с ишемическим инфарктом в правом и левом полушариях головного мозга (37,4% и 51,2% соответственно).

Следовательно, увеличение массы тела повышает риск развития инсульта возможно за счет более высокого уровня артериальной гипертензии, глюкозы в крови, гиперлипидемии. Поэтому целесообразно рекомендовать лицам пожилого возраста гипокалорийную сбалансированную диету и физическую активность.

КОСТНЫЙ КОМПОНЕНТ У МУЖЧИН С НЕКОТОРЫМИ СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Л.П. Вильчинская

Научный руководитель – д.м.н., профессор *С.С. Усоев*
Гродненский государственный медицинский университет

Сосудистые поражения нервной системы являются одной из важнейших проблем клинической неврологии. Предрасположенность к тому или иному заболеванию связана с генотипом организма, частично выражающегося в его конституциональных, в том числе антропометрических, особенностях. Многочисленными исследованиями в медицине и антропологии подтверждены связи между конституцией и болезнями, а также характером их течения. Для определения соматотипа используют костный, мышечный и жировой компоненты. В отличие от мышечного и жирового компонентов конституции - костный компонент - является наиболее постоянным и менее подверженным влиянию факторов внешней среды и образа жизни и также может быть показателем особенностей соматотипа в любом возрасте. Цель исследования – установление связи костного компонента у мужчин с сосудистыми заболеваниями головного моз-

га. Методы исследования – клинический, антропометрический, статистический. Материал исследования – 461 мужчин с сосудистыми заболеваниями головного мозга.

Результаты исследования: для определения костного компонента использовали диаметры запястья и лодыжки, костный индекс – полусумма этих диаметров.

Таблица

Величины диаметров запястья и лодыжки, костный индекс у мужчин с некоторыми сосудистыми заболеваниями головного мозга (мм)

Заболевания	Диаметр запястья	Диаметр лодыжки	Костный индекс
Геморрагический инсульт (n=94)	62,2	72,5	67,4
Ишемический инфаркт в правом полушарии головного мозга (n=103)	60,5**	70,1 **	65,3***
Ишемический инфаркт в левом полушарии головного мозга (n=147)	59,9 ***	69,4 ***	64,7***
Ишемический инфаркт в области ствола головного мозга (n=82)	60,9 *	70,2 **	65,5 **
Транзиторная ишемическая атака (n=35)	62,2	72,4	66,7

Примечание: - отличие от больных с геморрагическим инсультом: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

Из таблицы видно, что костный компонент мужчин, перенесших геморрагический инсульт, значительно отличается от соответствующих средних значений в группе больных с ишемическим инфарктом в сторону его увеличения, критерий достоверности колеблется от $p < 0,01$ до $p < 0,001$. При сравнении этой группы с мужчинами, у которых наблюдалось преходящее нарушение мозгового кровообращения, достоверных отличий не получено. Это свидетельствует о том, что у мужчин с геморрагическим инсультом проксимальные эпифизы предплечья и голени наиболее массивны. Наоборот, при всех формах ишемического инсульта данные показатели костного компонента в соматотипе снижено.

Следовательно, имеется явная связь костного компонента конституции с некоторыми сосудистыми заболеваниями головного мозга. Этот костный индекс может быть использован при формировании групп повышенного риска к сосудистым заболеваниям головного мозга еще до развития болезни.

БИЛАТЕРАЛЬНЫЙ РАК МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Ж.Ф. Гайдук

Научный руководитель – *Т.А. Корень*

Белорусский государственный медицинский университет

Цель работы - изучение заболеваемости первично-множественным двусторонним раком молочных желез (МЖ) по данным МГКОД, выяснение факторов риска развития данной патологии и особенностей ее диагностики.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 33 больных первично-множественным билатеральным раком МЖ, лечившихся в МГКОД в период с 1996 по 2002 год, из них 16 больных (48%) - с метакронным и 17 больных (52%) - с синхронным раком. В работе использовались клинический, лабораторный и статистический методы.

При изучении предрасполагающих факторов развития первично-множественного рака МЖ в нашей группе больных установлено, что 18 больных (54%) имели нарушения репродуктивной функции, 15 больных (45%) – наличие генитальной патологии, 15 больных (45%) – заболевания гормонпродуцирующих органов и органов, участвующих в метаболизме гормонов, 8 больных (24%) имели фоновые изменения в виде фиброзно-кистозной мастопатии, 6 больных (18%) – отягощенный онкоанамнез. Большинство больных имели сочетание нескольких факторов риска. Имело место и сочетание рака МЖ с доброкачественными опухолями: 3 больные ранее были оперированы по поводу фиброаденомы молочной железы.

По данным литературы, в возникновении билатерального рака МЖ играет роль и высокая