

кусственного (электрические импульсы) и естественного (движение) возбуждения мышцы в двигательных актах пациента. Таким образом, исследуемый метод совмещает в себе основные направления двигательной реабилитации: кинезо-, физиотерапию и функциональное ортезирование. Результаты проведенного исследования показали эффективность и безопасность сеансов восстановительной терапии на "Erigo" со встроенным блоком функциональной электростимуляции пациентов в остром периоде ишемического инсульта. С учетом данных клинического обследо-

вания и шкальных оценок была установлена более высокая эффективность занятий на аппаратном комплексе "Erigo" при восстановлении двигательных функций по сравнению со стандартной программой реабилитации. При проведении курса роботизированной механотерапии не выявлено выраженных и стойких изменений показателей центральной и церебральной гемодинамики, что свидетельствует о безопасности применения метода. Разница в приросте мышечной силы в паретичной конечности была достоверно значимой ($p < 0.05$) между группами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Витензон А. С., Петрушанская К. А. От естественного к искусственному управлению локомоцией. – М., 2003. – 440 с.
2. Горбешко Г. А., Кочетков А. В., Усольцева Н. И. Сочетанное применение ФПЭС и реабилитационного велотренажера у пациентов с ПСМТ // Медицинский алфавит. – 2008. – № 1. – С. 6–7.
3. Реабилитация неврологических больных / А.С. Кадыков, Л.А. Черникова, Н.В. Шахпаронова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 560 с.:ил.
4. Суслина З.А., Варакин Ю.А., Верещагин Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга: Эпидемиология. Основы профилактики. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 256 с.
5. Черникова Л.А., Демидова А.Е., Домашенко М.А., Эффект применения роботизированных устройств ("Эриго" и "Локомат") в ранние сроки после ишемического инсульта // Вестник восстановительной медицины. 2008; 5: 73–75.
6. Hidler JM, Wall AE: Alterations in muscle activation patterns during robotic-assisted walking. J Clin Biomech. 2005; 2:184–93.
7. Van Peppen RP, Kwakkel G, Wood-Dauphinee S, Hendriks HJ: The impact of physical therapy on functional outcomes after stroke: What's the evidence? Clin Rehabil 2004; 18:833–862.
8. Walsh T, Cotter S, Boland M, Grealley T: Stroke unit care is superior to general rehabilitation unit care. Ir Med J 2006; 9:300–302.

Резюме. Пятьдесят восемь пациентов с гемипарезом в остром периоде ишемического инсульта были обследованы и разделены на две группы: I группа включала 38 пациентов, которые получали курс реабилитационной терапии с включением в него занятий на роботизированной системе "Erigo" и функциональной электростимуляции от модуля MOTIONSTIM 8 (Medel). Больные группы II (20) получали комплексное лечение без включения в него функциональной стимуляции. Для оценки реабилитационных мероприятий использовалась 6-балльная шкала парезов и электрофизиологическое обследование (импедансная кардиография, ультразвуковая доплерография пораженной средней мозговой артерии, вызванные потенциалы) до, во время и после сеанса роботизированной механотерапии. Было установлено, что применение функциональной электростимуляции безопасно в остром периоде инсульта и эффект от сочетания ФЭС с роботизированной механотерапией выше, чем при традиционной кинезиотерапии.

Ключевые слова: ишемический инсульт, реабилитация, роботизированная механотерапия, функциональная электростимуляция, центральная и церебральная гемодинамика.

Abstract. Combined application of functional stimulation and robotic gait reconstruction at the patients in acute stroke period. Fifty-eight patients with hemiparesis in acute period of ischemic stroke were examined and divided into two groups: the 1st one included 38 patients which have got the rehabilitation course applying robotic device Erigo and functional electrostimulation using MOTIONSTIM 8 module. The patients of the 2nd group (n=20) got complex treatment without including functional stimulation. For estimation of rehabilitation measures we used six marks paresis scale and electrophysiological examination (impedance cardiography, transcranial Doppler ultrasonography of the damaged middle cerebral artery, evoked potentials) before, at the time and after robotic device session. It was established that the applying of functional electrostimulation is safety in acute stroke period and the effect of combined application of functional stimulation and robotic device surpasses the traditional kinesiotherapy.

Keywords: an ischemic stroke, the rehabilitation, the robotized mechanical therapy, functional electrostimulation, the central and cerebral haemodynamics.

КОНТАКТЫ

Даминов Вадим Дамирович – тел. +7 (903) 108 88 50, e-mail – daminov07@mail.ru.

Зимина Екатерина Викторовна – тел. +7 (903) 108 88 50, e-mail – daminov07@mail.ru.

Уварова Ольга Анатольевна – тел. +7 (903) 108 88 50, e-mail – daminov07@mail.ru

Кузнецов Алексей Николаевич – тел. +7 (903) 108 88 50, e-mail – daminov07@mail.ru

ДИНАМИКА МАССЫ ТЕЛА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ

УДК.616-056.52-08

Лобыкина Е.Н., к.м.н., доцент, зав. кафедрой гигиены и эпидемиологии ГОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Росздрава», г. Новокузнецк

Высокая распространенность избыточной массы тела и ожирения среди населения Российской Федерации и развитие многочисленных осложнений данного заболевания ставит перед врачами поиск наиболее эффективных методов лечения данной патологии [1–4]. Существующие немногочисленные способы лечения

ожирения имеют низкую результативность, особенно на этапе удержания массы тела [5].

В основе современного лечения алиментарного ожирения лежит признание хронического характера заболевания и, следовательно, необходимости долгосрочного лечения [6]. В настоящее время одним из способов

лечения хронических неинфекционных заболеваний, к которым относится и ожирение, является групповое наблюдение и обучение пациентов [7–9].

Была разработана программа «Комплексный способ лечения избыточной массы тела и ожирения (диетологический и психотерапевтический аспект)», направленная в первую очередь на формирование у пациентов с избыточной массой тела и ожирением нового рационального стереотипа пищевого поведения. Особенностью разработанной программы являлась реализация диетологического и психотерапевтического аспектов на всем этапе обучения и лечения пациентов. Программа, в отличие от разработанных ранее программ, включала образовательную и практическую (лечебную) часть и была рассчитана на 15 групповых занятий в течение 6 месяцев: 12 встреч (1 раз в неделю) в течение 3 месяцев и по 1 визиту поддержки в течение последующих 3 месяцев. Каждая встреча состояла из 3 блоков (информационный, диетологический и психотерапевтический). Форма обучения – групповая по 15 человек в группе. Для обучения и лечения использовались различные методы изложения материала – лекции, беседы, практические занятия – психологические тренинги.

Информационный блок включал темы, необходимые для повышения уровня информированности врачей по различным аспектам ожирения. Представленная информация доступна как для эндокринолога, так и для любого врача терапевтического профиля, т.к. образовательные программы могут проводить врачи различных специальностей. Диетологический блок включал различные аспекты питания при ожирении (например, сведения о калорийности наиболее распространенных продуктов питания, расчет суточной калорийности питания, обучение навыкам самоконтроля и т.д.) Психотерапевтический блок был представлен различными вариантами тренингов, направленных не только на коррекцию пищевого поведения, повышение мотивации для соблюдения гипокалорийного питания, но и на коррекцию эмоциональной сферы, личностный рост, повышение самооценки пациентов и их уверенности в собственных силах.

Была поставлена цель исследования: оценить эффективность разработанной программы «Комплексный способ лечения избыточной массы тела и ожирения (диетологический и психотерапевтический аспект)».

Материалы и методы исследования. Эффективность комплексной программы оценивалась на основании 3-хлетнего наблюдения за пациентами. Весь период лечения был разделен на три этапа: I – снижение массы тела (первые 6 месяцев), II – стабилизация массы тела (с 6-го по 12-й месяц) и III – динамическое наблюдение пациентов (с 12-го по 36-й месяц). По завершении каждого этапа исследования проводилась оценка эффективности лечения по антропометрическим, метаболическим, поведенческим критериям.

Избыточную массу тела и ожирение диагностировали по показателям индекса массы тела (ИМТ) – отношения массы тела (в кг) к росту (в м²). Нормальная масса тела диагностировалась при ИМТ, равном диапазону значений от 18,5–25,0 кг/м², избыточная масса тела при ИМТ, равном 25,0–29,9 кг/м², ожирение 1-й степени при ИМТ 30,0–34,9 кг/м², ожирение 2-й степени при ИМТ 35,0–40,0 кг/м² и ожирение 3-й степени при ИМТ свыше 40,0 кг/м² [10].

Оценка эффективности профилактической программы, которая реализовывалась на базе «Школы коррекции избыточного веса», была проведена на основании динамики массы тела. Из всех пациентов, давших согласие на программу, были сформированы 2 группы. В 1-ю группу (группового лечения и наблюдения) (58 человек) вошли пациенты, прошедшие интенсивный курс комплексной программы лечения и мотивационного обучения в группе. Пациенты этой группы в 22,4% случаев имели ожирение 1-й степени, в 51,7% – ожирение 2-й

степени, в 15,5% – ожирение 3-й степени, в 10,3% – избыточную массу тела.

Во 2-ю группу – индивидуального лечения (45 человек) вошли пациенты, которые по разным причинам не смогли работать по программе в группе (неудобный график проведения занятий, психологическое нежелание работы в группе, особенности трудовой деятельности, связанные с посменной работой и частыми командировками). Пациенты этой группы в 13,3% случаев имели ожирение 1-й степени, в 51,1% – ожирение 2-й степени, в 22,2% – ожирение 3-й степени, в 13,3% – избыточную массу тела.

Группу сравнения (3-ю группу) составили 73 пациента (все женщины), прошедшие стационарное лечение в эндокринном отделении № 2 МЛПУ «ГКБ№ 1» и которым во время госпитализации были исключены эндокринные формы ожирения, сахарный диабет 1-го или 2-го типа, неконтролируемая артериальная гипертензия. При выписке всем больным, помимо коррекции сопутствующей ожирению патологии (артериальной гипертензии, нарушения толерантности к углеводам, сосудистым заболеваниям), для лечения ожирения была рекомендована немедикаментозная терапия (гипокалорийная диета с исключением из рациона богатых жирами и легкоусвояемыми углеводами продуктов и умеренная физическая активность). Кроме выписного эпикриза каких-либо памяток, буклетов по питанию при выписке больным не выдавалось. Больные данной группы после выписки из эндокринного стационара получали от врачей обычные рекомендации. Несмотря на то, что после выписки из стационара 4 пациентам (5,8%) было предложено использовать ксеникал в дозе 360 мг в сутки, а 11 пациентам (15,1%) был назначен метформин 1500 мг в сутки, лекарственные препараты пациенты, как показал телефонный опрос, не использовали. Никто из пациентов после выписки из стационара не обратился за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения по месту жительства. На вопрос, какие способы лечения используют пациенты на момент телефонного опроса, все пациенты ответили, что стараются ограничивать себя в питании (согласно рекомендациям, обозначенным в выписных эпикризах) и увеличить двигательную нагрузку. Еженедельный в течение 3 месяцев, а затем и ежемесячный в течение следующих 3 месяцев осмотр у пациентов контрольной группы не проводился. Таким образом, в группу сравнения вошли пациенты, которые в качестве лечения использовали немедикаментозные методы лечения (диетотерапию и двигательную нагрузку), принятые в настоящее время в рамках стандартного медицинского обслуживания. Пациенты этой группы в 1,4% случаев имели ожирение 1-й степени, в 26,0% – ожирение 2-й степени, в 31,5% – ожирение 3-й степени, в 41,1% – избыточную массу тела.

После проведения полного курса обучения-лечения (6 мес.) каждый пациент 1-й и 2-й групп получал подробные письменные рекомендации, которые содержали перечень немедикаментозных методов лечения (особенности структуры питания и поведенческих навыков), а также указания на необходимость выполнения вышеуказанных лечебных мероприятий, ведения дневника питания с указанием контроля массы тела. Пациентам назначался день следующей консультации, а за неделю до которого производилось телефонное напоминание предстоящей консультации. Помимо этого пациентам сообщался номер телефона, по которому они могли получить в случае необходимости повторную консультацию. Основу лечебных мероприятий составили немедикаментозные методы лечения – дието- и психотерапия. Пациентам с ИМТ > 30 лекарственные средства не назначались для того, чтобы пациент мог сам убедиться в эффективности лечения, даже без приема лекарственных препаратов.

Больные с избыточной массой тела и ожирением находились на амбулаторном контроле, соблюдали обычный для себя режим, работали или учились. Контрольное об-

следование осуществлялось через 1, 3, 6, 12, 36 месяцев, У пациентов основных (1-й и 2-й) групп вмешательства и группы сравнения (3-й) анализировались данные дневников питания, антропометрические данные, психоэмоциональное состояние, проводилось исследование метаболических показателей. До начала и в конце исследования по дневникам самоконтроля проводилась оценка питания всех пациентов.

В течение 3 лет осуществляли регулярные телефонные контакты. В повторном обследовании через 12 и 36 месяцев приняли участие все пациенты 1-й и 2-й группы (группа вмешательства). Из всех пациентов (73 человек) 3-й группы (группа сравнения) через 1 месяц продолжилось наблюдение только за 52 (71,2%) больными. Несмотря на то, что пациентам данной группы лечение по программе не проводилось, при каждом контрольном посещении им предоставлялась информация по питанию, давались рекомендации по здоровому образу жизни. Однако отсутствие результатов снижения массы тела, негативное отношение к традиционным методам лечения не позволили в полной степени контролировать показатели липидного и углеводного обменов, т.к. пациенты отказались от клинико-лабораторных исследований 38 (52,1%) пациентов. Динамику веса определяли на основании телефонного опроса. Основными причинами отказа от участия в исследовании являлись изменение места жительства, нежелание общения в связи с отсутствием снижения массы тела.

Проведенные в начале наблюдения исследования показали, что по таким признакам, как возраст, пол, рост, вес, образование, социально-экономическое положение пациенты сравниваемых групп не различались. По длительности болезни, наличию сопутствующих заболеваний и осложнений, формы ожирения группы были сопоставимы между собой. Исходные различия между группами были статистически незначимы ($p < 0,05$).

Для проведения объективного сравнительного анализа результаты лечения оценивали по количественным стандартам, рекомендованным ВОЗ и Российской ассоциации эндокринологов [11–12]. Снижение массы тела менее 5% от исходной оценивалось как недостаточный эффект, 5–10% – удовлетворительный и более 10% – как хороший [11–12].

Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета программ SPSS 14.0 (SPSS Lab., США) и Primer of Biostatistics 4.03. Проверка нормальности распределения количественных признаков проводилась с использованием критерия Колмогорова-Смирнова. Для количественных признаков общее межгрупповое различие оценивалось при помощи критерия Крускала – Уоллиса. Парное межгрупповое сравнение показателей производилось по U-критерию Манна-Уитни, при количестве групп более 2 парное межгрупповое сравнение производилось по критерию Данна. При качественных признаках общее межгрупповое различие находилось по критерию χ^2 . Различия значений долей в двух несвязанных выборках определялось по z-критерию. Для оценивания результативности лечения (одна группа до и после лечения) применялся критерий Мак-Нимара. Критическое значение уровня значимости принималось равным 0,05.

Результаты исследования. На этапе снижения массы тела в течение 3 месяцев снижение массы тела в основных группах (1-й и 2-й группах) достоверно не отличалось между собой (табл. 1).

Уменьшение массы тела укрепило желание пациентов продолжить лечение. На этапе поддержания массы тела за период с 3-го по 12-й месяц прослеживается несколько большее снижение веса во 2-й группе, что объясняется более индивидуальным подходом к ведению пациента в процессе осуществления лечебных мероприятий. Через 36 месяцев прослеживается дальнейшая динамика веса у пациентов основных групп, в большей степени выраженная также во 2-й группе (табл. 1).

Анализ результатов лечения пациентов в 3-й группе показал, что рекомендованное после стационарного

обследования лечение способствовало снижению веса через 1 и 3 месяца в среднем на 1,3 кг. На этапе поддержания веса – динамика веса в среднем составила менее 1 кг. Через 36 месяцев ни у одного из пациентов 3-й группы не было выявлено снижение массы тела.

Из основных групп наблюдения не выбыл ни один человек. Из 3-й группы на контрольное посещение через 6 месяцев откликнулось 52 пациента (71,2%). Несмотря на то, что пациентам данной группы лечение по программе не проводилось, при каждом контрольном посещении им предоставлялась информация по питанию, давались рекомендации по здоровому образу жизни. Динамику веса, состояние аффективной сферы определяли на основании телефонного опроса.

Если в течение всего периода наблюдения в 1-й и 2-й группах тенденции к увеличению массы тела отмечено не было, то в 3-й группе через 6 месяцев наблюдалось увеличение массы тела. Так, через 6 месяцев в среднем прослеживалась прибавка массы тела на 0,46%, через 12 месяцев – на 1,52%, через 36 месяцев – на 3,6% от исходной массы тела. Случаев прибавки массы тела в основных группах (1 и 2) не наблюдалось.

Табл. 1. Динамика массы тела (кг) на фоне различных способов лечения

Группа		Динамика (снижение) массы тела (M±sd, min-max)				
		За 1 мес.	За 3 мес.	За 6 мес.	За 12 мес.	За 36 мес.
1 группа (групповое лечение)	Абс	2,68±1,28 (0,5 – 6,0)	4,55±1,61 (1,2–8,2)	6,45±1,98 (2,5– 12,2)	8,42±2,62 (2,4–13,0)	10,16±3,79 (3,5–17,5)
	%*	3	5,1	7,2	9,4	11,2
2 группа (индивидуальное лечение)	Абс	2,56±1,1 (0,6–5,6)	5,07±1,66 (2,2– 10,2)	7,28±2,07 (3,0–13,5)	9,67±2,77 (5,5–16,3)	11,14±4,30 (4,0–23,0)
	%*	2,7	5,5	7,9	10,5	11,9
3 группа (стандартное лечение)	Абс	1,31±1,11 (0,0–4,5)	1,3±1,29 (0,0 – 5,5)	0,53±0,92 (0,0 – 3,8)	0,13±0,45 (0,0 – 1,5)	0,06±0,29 (0,0 – 1,5)
	%*	1,3	1,25	0,5	0,14	0,07
p 1-2	Q**	0,579	0,932	1,25	1,307	0,669
	p	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
p 1-3	Q**	5,085	7,431	8,053	8,234	7,956
	p	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
p 2-3	Q**	4,205	7,880	8,766	8,995	8,142
	p	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01

* - % снижения массы тела по сравнению с исходной

** - расчет значимости различий между группами проводился по критерию Данна

При оценке результатов лечения по критериям ВОЗ было отмечено, что через 1 месяц клинически значимого снижения массы тела (более >5% от исходной) достигли только 10,3% пациентов 1-й группы и 8,9% пациентов 2-й группы. В 3-й группе у всех пациентов наблюдался недостаточный эффект снижения массы тела (менее 5% от исходных показателей) (табл. 2). При сравнительном анализе темпов снижения веса (с помощью критерия χ^2 с поправкой Йетса), было установлено, что при отсутствии статистически значимых различий через 1 месяц лечения между 1-й и 2-й группой ($\chi^2=0,01$, $p=0,9299$), между 1-й и 3-й группой различия были статистически значимы ($\chi^2=3,86$, $p=0,0494$). Между 2-й и 3-й группой статистически значимых различий не наблюдалось ($\chi^2=2,83$, $p=0,0922$).

Табл. 2. Оценка результатов лечения (снижения массы тела) за 1 месяц (в %)

Результат снижения веса		Группы			Всего
		1 (групповое лечение)	2 (индивидуальное лечение)	3 (стандартное лечение в ЛПУ)	
Нет (<5%)	Абс.	52	41	52	145
	%	89,7	91,1	100,0	93,5
Удовлетворительный (5-10%)	Абс.	6	4	-	10
	%	10,3	8,9	-	6,5
Всего	Абс.	58	45	52	155
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

Через 6 месяцев в 1-й группе эффект лечения отсутствовал (<5%) у 10 человек (17,2%), а во 2-й группе только у 3 пациентов (6,7%). Клинически значимый эффект сни-

жения массы тела (более >5% от исходной) был получен уже у 82,7% пациентов 1-й группы, причем из них 8,6% имело хороший (т.е. более 10%) результат (табл. 3).

Во 2-й группе снижение массы тела более >5% от исходной массы имели уже 93,4% пациентов, среди которых у 17,8% отмечен хороший результат.

В 3-й группе эффективность лечения всех пациентов была низкой. Достоверные различия через 6 месяцев лечения между 1-й и 2-й группой не наблюдались ($\chi^2=3,935$, $p=0,140$). Выявлены статистически значимые различия между 1-й и 3-й ($\chi^2=76,352$, $p<0,001$) и между 2-й и 3-й группами ($\chi^2=85,595$, $p<0,001$).

Табл. 3. Оценка результатов лечения (снижения массы тела) за 6 месяцев (в %)

Результат снижения веса		Группа			Всего
		1 (групповое лечение)	2 (индивидуальное лечение)	3 (стандартное лечение в ЛПУ)	
Нет (<5%)	Абс.	10	3	52	65
	%	17,2	6,7	100,0	41,9
Удовлетворительный (5-10%)	Абс.	43	34	-	77
	%	74,1	75,6	-	49,7
Хороший (>10%)	Абс.	5	8	-	13
	%	8,6	17,8	-	8,4
Всего	Абс.	58	45	52	155
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

Как видно из таблиц, в процессе реализации комплексной программы снижения веса как при групповом, так и при индивидуальном лечении на этапах снижения веса и начального этапа поддержания массы тела получено клинически значимое снижение массы тела у 82,7% пациентов 1-й и 93,4% пациентов 2-й группы.

Однако известно, что не менее важным этапом является этап долгосрочного удержания массы тела.

Согласно данным литературы, наиболее интенсивная потеря массы тела происходит в течение первых 3 месяцев, а затем, к шестому месяцу, темп снижения замедляется, что обусловлено снижением основного обмена и комплаентности лечения [13]. Поэтому после завершения лечения по программе рекомендации врачей пациентам 1-й и 2-й групп были направлены на удержание достигнутых пациентами результатов.

Табл. 4. Оценка результатов лечения (снижения массы тела) за 12 месяцев (в %)

Результат снижения веса		Группы			Всего
		1 (групповое лечение)	2 (индивидуальное лечение)	3 (стандартное лечение в ЛПУ)	
Нет (<5%)	Абс.	1	-	52	53
	%	1,7	-	100,0	34,4
Удовлетворительный (5-10%)	Абс.	34	21	-	55
	%	58,6	47,7	-	35,7
Хороший (>10%)	Абс.	23	23	-	46
	%	39,7	52,3	-	29,9
Всего	Абс.	58	44	52	154
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

Контрольный осмотр пациентов через 12 месяцев показал, что, несмотря на отсутствие активной поддержки со стороны врача диетолога и психотерапевта, клинически значимое снижение массы тела имели

98,3% пациентов в 1-й и все пациенты во 2-й группе. При этом среди них 39,7% в 1-й группе и 52,3% пациентов 2-й группы имели хороший результат (снижение массы тела более 10% от исходной). В контрольной группе эффективность лечения, как и при предыдущих контрольных осмотрах, была низкой (табл. 4).

Через 12 месяцев лечения между 1-й и 2-й группой статистически значимых различий не наблюдалось ($\chi^2=2,192$, $p=0,334$). Между 1-й и 3-й ($\chi^2=106,064$, $p<0,001$) и между 2-й и 3-й группами были получены статистически значимые различия ($\chi^2=93,055$, $p<0,001$).

В связи с тем, что ожирение склонно к рецидивам, допускается увеличение массы тела в течение 2 лет не более 3 кг от достигнутого в процессе лечения веса [4, 13].

Результаты исследования показали, что через 36 месяцев после начала лечения только в 3,4% и 4,5% случаях (в 1-й и 2-й группах соответственно) снижение веса было менее 5% (табл. 5).

Табл. 5. Оценка результатов лечения (снижения массы тела) за 36 месяцев (в %)

Результат снижения веса		Группы			Всего
		1 (групповое лечение)	2 (индивидуальное лечение)	3 (стандартное лечение в ЛПУ)	
Нет (<5%)	Абс.	2	2	52	56
	%	3,4	4,5	100,0	36,4
Удовлетворительный (5-10%)	Абс.	24	16	-	40
	%	41,4	36,4	-	26,0
Хороший (>10%)	Абс.	32	26	-	58
	%	55,2	59,1	-	37,7
Всего	Абс.	58	44	52	154
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

Через 36 месяцев статистически достоверных различий лечения между 1-й и 2-й группой получено не было ($\chi^2=0,305$, $p=0,859$).

В отличие от основных групп, между 1-й и 3-й группой ($\chi^2=102,273$, $p<0,001$), между 2-й и 3-й наблюдались статистически значимые различия ($\chi^2=88,242$, $p<0,001$).

Таким образом, результаты лечения ожирения по разработанной программе показали, что через 3 месяца у половины пациентов (55,1% и 51,1% 1-й и 2-й групп соответственно) выявлено клинически значимое снижение массы тела (>5%). На этом этапе статистически значимых преимуществ между групповым и индивидуальным лечением выявлено не было. Через 6 месяцев после начала лечения клинически значимое снижение массы тела было выявлено уже у 82,7% пациентов 1-й и 93,4% пациентов 2-й группы. Более высокая эффективность лечения по разработанной программе при групповом и индивидуальном лечении, удержание массы тела и через 36 месяцев от начала лечения позволяют рекомендовать использование данной программы как при групповом, так и при индивидуальном способе лечения. Крайне низкая эффективность традиционного лечения ожирения среди пациентов 3-й контрольной группы требует внедрения разработанной программы в практику ЛПУ.

ЛИТЕРАТУРА

- Аметов А.С. Ожирение – эпидемия XXI века // Тер. архив. – 2002. – № 10. – С. 5–7.
- Дедов И.И. Проблема ожирения: от синдрома к заболеванию // Ожирение и метаболизм. – 2006. – № 1. – С. 2–4.
- Демидова Т.Ю. Ожирение – основа метаболического синдрома // Леч. врач. – 2002. – № 3. – С. 28–30.
- World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. – Geneva, 1997.
- Вознесенская Т.Г. Причины неэффективности лечения ожирения и способы ее преодоления // Пробл. эндокринологии. – 2006. – Т. 52, № 6. – С. 51–54.
- Бутрова С.А., Плохая А.А. Лечение ожирения: современные аспекты // Рус. мед. журнал. – 2001. – № 24. – С. 1140–1146.
- Дедов И.И., Бутрова С.А., Савельева Л.В. Эффективность мотивационного обучения больных ожирением // Ожирение и метаболизм. – 2004. – № 2. – С. 25–29.
- Оганов Р.Г., Хальфин Р.А. Руководство по профилактике. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 464 с.
- Оганов Р.Г., Калинина А.М., Поздняков Ю.М. и др. Организация Школ здоровья в первичном звене здравоохранения. Организационно-методическое письмо Минздрава РФ. – М., 2002. – 30 с.
- Савельева Л.В. Современные подходы к лечению ожирения // Пробл. эндокринологии. – 2001. – № 10 (2). – С. 80–84.
- Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Ожирение. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 456 с.
- Эндокринология: Клинические рекомендации / Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 304 с.
- Балкаров И., Моисеев С., Фомин В., Краснова Е. Ожирение: терапевтические аспекты проблемы // Врач. – 2004. – № 9. – С. 6–10.

Резюме. На основании изучения динамики массы тела 176 женщин проведена оценка эффективности разработанной профилактической программы, которая реализовывалась на базе «Школы коррекции избыточного веса» (индивидуальный и групповой способ лечения) и традиционного лечения ожирения в лечебно-профилактических учреждениях. Результаты лечения показали более высокую эффективность лечения по разработанной программе при групповом и индивидуальном лечении и удержание массы тела через 36 месяцев от начала лечения. Это позволяет рекомендовать использование данной программы как при групповом, так и при индивидуальном способе лечения. Крайне низкая эффективность традиционного лечения ожирения среди пациентов контрольной группы требует внедрения разработанной программы в практику лечебно-профилактических учреждений.

Ключевые слова: ожирение, способ лечения.

Abstract. On the basis of studying of dynamics of weight of a body of 176 women the estimation of efficiency of the developed preventive program which was realized on base «School of correction of excess weight» (an individual and group way of treatment) and traditional treatment of adiposity in treatment-and-prophylactic establishments is spent. Results of treatment of adiposity have shown higher efficiency of treatment under the developed program at group and individual treatment and deduction of weight of a body in 36 months from an initiation of treatment. It allows to recommend use of the given program, both at group, and at an individual way of treatment. The lowest efficiency of traditional treatment of adiposity among patients of control group demands introduction of the developed program in practice of treatment-and-prophylactic establishments.

Keywords: adiposity, a way of treatment.

КОНТАКТЫ

ГОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Росздрава», Новокузнецк, кафедра гигиены и эпидемиологии, зав. кафедрой: к.м.н., доцент Лобыкина Е.Н.: (3843) 45-48-73, E-mail: Postmastergiduv@rambler.ru

РОЛЬ ИМПУЛЬСНОГО ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ

УДК 618.16-002.16-007. 61-036.12-092-07:615.849.11 (045)

Шарапова Людмила Евгеньевна, к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета СГМУ им. В.И. Разумовского

Андреева Елена Николаевна, д.м.н., профессор, зав. отделением эндокринной гинекологии и маммологии ЭНЦ РАМН

Коршунова Галина Александровна, к.м.н., старший научный сотрудник лаборатории пат. физиологии ФГУ «СарНИИТО» Росмедтехнологий.

Чехонацкий Андрей Анатольевич, к.м.н., доцент, заведующий кафедрой нейрохирургии СГМУ им. В.И. Разумовского

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава

Введение. Хронические дистрофические заболевания вульвы – склеротический лишай (СЛ) и плоскоклеточная гиперплазия (ПГ) относятся к доброкачественным заболеваниям наружных гениталий. В практической деятельности до настоящего времени используют термины крауроз и лейкоплакия вульвы.

На современном этапе нет конкретной этиопатогенетической концепции развития склероатрофического лишая и плоскоклеточной гиперплазии вульвы, не разработаны методы эффективной терапии и профилактики при указанной патологии [1,2].

Большое количество подходов и методов, существующих в настоящее время, для лечения склеротического лишая и лейкоплакии вульвы недостаточно эффективны, часто сопровождаются нежелательными побочными явлениями. Рандомизированные исследования не показали значительного эффекта при применении мазевых форм тестостерона или эстрогенов, витаминных комплексов, циклоспоринов, ретиноидов или антибиотиков [3]. Однако, по мнению Saunders et al, 2009, наиболее часто для лечения заболевания используются современные кортикостероидные мази [4].

Бургуджиева Т. А., 1974, с помощью метода сенсорной хронасиметрии доказала, что при дистрофических за-

болеваниях вульвы имеется функциональное изменение центрального и периферического отделов кожного анализатора [5]. Морфологические изменения нервных волокон и нервных окончаний при краурозе и лейкоплакии вульвы описаны в 1965 году Л.И. Декстер и Э.Л. Нейштадт [6].

И.В. Ушаков, 1990, в своих исследованиях показал, что при зуде возникает состояние, характерное для повышенного тонуса всего парасимпатического отдела вегетативной нервной системы [7].

Гробель О.В., 2000, предложен способ хирургического лечения крауроза и лейкоплакии вульвы, включающий удаление вульвы в пределах кожно-слизистых покровов и денервацию вульвы путем переченения веточек срамного нерва и промежностных заднебедренного кожного нерва, полового нерва, бедренно-полового нерва и в верхнем отделе канала подвздошно-пахового нерва [8]. Данный вид лечения снимал патологическую импульсацию и, по мнению автора, являлся надежной мерой профилактики озлокачествления. Вместе с тем данный вид лечения инвазивный, требует оперативного вмешательства, оказывает влияние на сексуальную функцию женщины.

В связи с этим изучение и разработка новых способов лечения при данной патологии, связанных с неинвазивным воздействием на систему иннервации половых