

держания В-лимфоцитов, экспрессирующих CD19⁺ антиген, по сравнению с показателями контрольной группы (табл. 2).

При оценке гуморального звена иммунитета обнаружены однонаправленные (достоверное повышение) изменения уровней Ig M и Ig G в сыворотке крови во всех обследуемых группах детей с инфекционным мононуклеозом (табл. 1, 2, 3). При этом концентрация Ig A в сыворотке крови оказалась повышенной в средней и старшей возрастных группах, в то время как у больных раннего возраста данный показатель статистически значимых различий с параметрами контроля не имел. Содержание ЦИК в крови достоверно от контрольных величин отличалось только у больных старшей возрастной группы.

Результаты проведенных исследований установили у детей с инфекционным мононуклеозом в острый период заболевания изменения показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета. Сравнительный анализ иммунологических параметров показал, что у детей в возрастной группе 1-3 года отмечалась недостаточная активность факторов гуморальной защиты. Возможно, подобные изменения связаны с относительно незрелой иммунной системой у детей раннего возраста.

Таким образом, полученные нами данные убедительно свидетельствуют, что у детей с инфекционным мононуклеозом в острый период болезни сохраняются закономерности иммунологических изменений в онтогенезе. Однако с существенными колебаниями, вероятно, обусловленными EBV-инфекцией.

THE CELLULAR AND HUMORAL IMMUNITY STATE IN CHILDREN WITH INFECTIOUS MONONUCLEOSIS

A.E. Golovanova, A.A. Savchenko, L.M. Kurtasova

(Medical Research Institute for Northern Problems – Siberian Division of Russian Academy of Medical Sciences; Krasnoyarsk State University; Krasnoyarsk State Medical Academy)

82 children at the age of 5-14 years having moderate form of infectious mononucleosis (caused by of EBV) in acute phase are observed. This research includes studying cell-mediated and humoral immunity indices that children of three age scales had (1-3 years old, 4-6 years old, 7-14 years old). The useful increase in leucocytes contenting in blood, the increase in lymphocytes with phenotype spectrum changes, the decrease of index of differentiation and the rising of humoral factors producing are determined. Children with infectious mononucleosis in acute phase have intact regularity of immunologic changes in ontogenesis, though with essential variations, probably, caused by EBV-infections.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аршавский И.А. Физиологические механизмы и закономерности индивидуального развития. – М.: Наука, 1982.
2. Зборовская А.А., Алейникова О.В., Коломиец Н.Д. и др. Выявление серологических маркеров вируса Эпштейна-Барр при злокачественных лимфомах у детей. // Гематология и трансфузиология. – 1998. – № 1. – С.36-38.
3. Иванова В.В., Родионова О.В., Аксенов О.А. и др. Новые подходы к диагностике и прогнозированию течения инфекционного мононуклеоза у детей. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2001. – № 4. – С.22-28.
4. Нисевич Н.И., Гаспарян М.О. Инфекционные болезни у детей – достижения и проблемы. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2001. – № 6. – С.5-9.
5. Поляков В.Е., Лялина В.Н., Воробьева М.Л. и др. Инфекционный мононуклеоз (болезнь Филатова) у детей и подростков. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 1998. – № 6. – С.50-55.
6. Уразова О.И., Помогаева А.П., Новицкий В.В. и др. Особенности течения у детей инфекции, вызванной вирусом Эпштейна-Барр. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2001. – № 4. – С.57-58.
7. Asada H., Miyagawa S., Sumikawa Y. et al. CD4+ T-lymphocyte-induced Epstein-Barr virus reactivation in a patient with severe hypersensitivity to mosquito bites and Epstein-Barr virus-infected NK cell lymphocytosis. // Arch. Dermatol. – 2003. – Vol. 139, № 12. – P.1601-1607.
8. Haskova V., Kaslik J., Riha J., Rovensky J. Simple method of circulating immune complex detection in human sera by polyethylene glycol precipitation. // J. Immunol. – 1978. – Vol. 154. – P.399-406.
9. Hochberg D., Souza T., Catalina M. et al. Acute infection with Epstein-Barr virus targets and overwhelms the peripheral memory B-cell compartment with resting, latently infected cells. // J. Virol. – 2004. – Vol.78, № 10. – P.5194-5204.
10. Schaade L., Kleines M., Hausler M. Application of virus-specific immunoglobulin M (IgM), IgG, and IgA antibody detection with a polyantigenic enzyme-linked immunosorbent assay for diagnosis of Epstein-Barr virus infections in childhood. // J. Clin. Microbiol. – 2001. – Vol. 39, № 11. – P.3902-3905.
11. Thorley-Lawson D.A., Gross A. Persistence of the Epstein-Barr virus and the origins of associated lymphomas. // N. Engl. J. Med. – 2004. – Vol. 350, № 13. – P.1328-1337.

© ХВОСТОВА О.И., КОЛТУН В.З., ЛОБЫКИНА Е.Н. –

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОЖИРЕНИЯ ПРИ ЭМОЦИОГЕННОМ ТИПЕ НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

О.И. Хвостова, В.З. Колтун, Е.Н. Лобыкина

(Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, ректор – д.м.н., проф. А.А.Луцик, кафедра медицинской экологии, эпидемиологии и здорового образа жизни, зав. – проф. В.З.Колтун)

Резюме. В статье описывается современный подход (диетологический и психотерапевтический) в лечении ожирения при эмоциогенном типе нарушения пищевого поведения. Катамнестически — через 3 месяца вес снизился в среднем на 12 кг в 75% случаев у пролеченных больных и удерживается уже двенадцать месяцев в этих пределах.

Ключевые слова. Ожирение, психологические типы нарушения пищевого поведения, лечение.

В последние десятилетия проблема ожирения и избыточной массы тела приобретает все большую актуальность, как во всем мире, так и в России. Популяционные исследования, проведенные в ряде стран, показали, что количество людей, с избыточной массой тела, составляют 25-30% [1].

Ожирение означает аномально высокую пропорцию жировой ткани в организме. В современных условиях ожирение — это одна из самых распространенных форм патологии среди населения, способствующей проявлению и развитию многих заболеваний, ухудшающих состояние здоровья и сокращающих продолжительность жизни человека. Увеличению числа лиц с избыточной массой тела и ожирением способствуют особенности жизни современного человека: всё возрастающая нервно-эмоциональная нагрузка, сочетающаяся с низкой физической активностью и выраженным дисбалансом пищевых веществ рациона.

Стремление за короткий срок избавиться от большого количества килограмм приводит к компенсаторному увеличению приема пищи и повторной прибавке веса (так называемый «синдром рикошета»). В основе современного лечения алиментарного ожирения, лежит признание хронического характера ожирения, и, следовательно, необходимости долгосрочного лечения. Соответственно этому, снижение веса на 5-10 кг в течение 4-6 месяцев и сохранение этого результата на протяжении длительного времени эффективнее, чем потеря за короткий срок 15 кг и приобретение 20 кг [2].

У многих тучных людей на фоне слишком строгой диеты возникает «диетическая депрессия» [5], выражающаяся в жалобах на упадок сил, апатичность и безынициативность, снижение активности, самоизоляцию, утрату полового влечения, чувство беспомощности, утрату веры в себя, чувство вины. В этих случаях расстройство пищевого поведения являются ведущим фактором нарастания массы тела.

Одновременно с диетотерапией должна проводиться коррекция пищевого поведения, так как у большинства больных наблюдаются нарушения психологических форм пищевого поведения, способствующих усилению влечения к пище [3].

Целью настоящего исследования явилось достижение стойкого снижения веса на длительный период путем формирования нового рационального стереотипа пищевого поведения при наличии эмоциогенного пищевого поведения и выработка индифферентного, безразличного и спокойного отношения к пище при стрессе, используя психотерапию и диетотерапию.

Материал и методы

В исследование по выявлению типа нарушения пищевого поведения и выработке эффективного лечения были включены 124 больных с ожирением в возрасте от 23 до 64 лет.

Известно 3 типа нарушения пищевого поведения: эмоциогенный тип, к нему относят компульсивное пи-

щевое расстройство и синдром ночной еды; экстернальный тип и ограничительный [4].

Эмоциогенное пищевое поведение (гиперфагическая реакция на стресс или «пищевое пьянство»). При нем человек принимает пищу не потому, что голоден, а потому что беспокоен, тревожен, раздражен, у него плохое настроение, он удручен, подавлен, обижен и т.д. Другими словами стимулом к приему пищи является не голод, а эмоциональный дискомфорт. Человек заедает свои горести и несчастья. Показано решающее значение для становления подобного типа пищевого поведения наследственной дисфункции церебральных систем, регулирующих пищевое поведение. Наибольшее значение в этой дисфункции имеет серотонинэргическая недостаточность. Прием пищи в состоянии эмоционального дискомфорта способен привести к усилению активности серотонинэргических систем мозга. Так, вслед за потреблением повышенных количеств высокоуглеводной легкоусвояемой пищи в крови увеличивается уровень глюкозы, что ведет к гиперинсулинемии. В условиях последней гематоэнцефалический барьер становится проницаем для триптофана — в ЦНС, увеличивается уровень триптофана, что ведет к усилению синтеза серотонина. Серотонин является нейромедиатором мозга, который участвует в формировании насыщения и эмоционального комфорта. Учитывая указанную зависимость, вполне возможно назвать высокоуглеводную пищу лекарством, эмпирически найденным больными. Равноценное значение в формировании эмоциогенного пищевого поведения имеют, и особенности воспитания с раннего детского возраста, когда прием пищи стандартно использовался родителями для успокоения ребенка. Немаловажную роль играют и особенности личности больного — высокая социальная ориентированность, высокая стрессодоступность, склонность к тревожно-депрессивным реакциям, психическая незрелость.

Компульсивное пищевое поведение наблюдается в 25% случаев у больных ожирением, проявляется приступами переедания как бы спрессованными во времени. При нем больной переедает не постоянно в течение дня, а в короткие отрезки времени, не превышающие двух часов. Больной не может сам регулировать свой прием пищи и остановить переедание. Приступ прерывается сам, как правило, из-за избыточного переполнения желудка.

Синдром ночной еды отмечается в 9% случаев у больных ожирением. Выражается клинической триадой симптомов — утренняя анорексия, вечерняя и ночная булимия и нарушения сна.

Экстернальный тип пищевого поведения проявляется повышенной реакцией не на внутренние, гомеостатические стимулы к приему пищи, а на внешние стимулы, такие как вид пищи, реклама пищевых продуктов, вид человека принимающего пищу и т.д. Именно эта особенность лежит в основе переедания за компанию и перекусов на улице. Основой повышенного реа-

гирования на внешние стимулы приема пищи является не столько повышенный аппетит, сколько сниженная насыщаемость.

Еще один вид нарушения пищевого поведения — ограничительное пищевое поведение. Имеются в виду, прежде всего, хаотично используемые больными резкие ограничения приема пищи, которые он не может выдерживать долгое время, и которые ведут к декомпенсации в психической и вегетативной сферах.

Методология лечения ожирения

В процессе проведенного исследования в 80% у больных ожирением обнаружен эмоциогенный тип нарушения пищевого поведения.

Лечение при эмоциогенном типе нарушения пищевого поведения проявлялось в следующем: заключается контракт, при котором ответственность за лечение делят между собой врач психотерапевт, врач диетолог и больной. Затем проводится рациональная психотерапия. Рациональную психотерапию на первом сеансе осуществляет врач-психотерапевт совместно с врачом-диетологом с использованием психологических приемов убеждения, укрепления уверенности больного в достижении результата за установленный диетпрограммой промежуток времени на рекомендуемое количество килограммов. Больному объясняют механизмы развития заболевания, возникновения патологического состояния, роль самосознания, самоконтроля в процессе выздоровления. Достигают такого понимания больным своего состояния и путей выхода из него, чтобы он безоговорочно и искренне принимал предлагаемый способ лечения. Формируют активную положительную социально значимую мотивацию на достижение конечной цели. Больному объясняют, что мотив — это тот предмет, который, выступая в качестве средства удовлетворения потребности, побуждает, организует и определенным образом направляет поведение человека. Мотивация находится под влиянием внешних и внутренних воздействий, причем ведущим, как правило, является внутреннее воздействие (внутреннее побуждение). Внешние воздействия выступают в виде «социальной почвы».

Успех ждет только тех, для кого стройная фигура является не целью, а средством улучшить не только свое здоровье, но и решить какие-либо не менее важные жизненные проблемы (увидеть своих внуков и правнуков, выглядеть привлекательной, подниматься по лестнице без труда, нравиться мужчинам, улучшить работу кишечника, очистить свой организм от вредных ингредиентов).

После этого начинается первый психотерапевтический сеанс: погружают больного в трансное состояние и проводят сеанс внушения, корректируя эмоциональную сферу.

После первого сеанса психотерапии врач-диетолог на основе показателей индекса массы тела согласовывает с больным диетпрограмму: за какой промежуток времени, и на какое количество килограмм рекомендуется снизить вес. Затем в течение 1,5–2,0 часов прово-

дит обучение его методике диетотерапии. Для снижения массы тела врач-диетолог на 1 месяц назначает больному диету общей калорийностью 1000 ккал. Врач-диетологом осуществляется подбор продуктов и блюд с учетом индивидуальных предпочтений больного и рекомендуется набор продуктов и блюд пониженной энергетической ценности. Затем, на 1 месяц калорийность увеличивается до 1200 ккал, после чего доводится до величины, соответствующей норме потребности организма больного в пищевых веществах и энергии с учетом пола, возраста, роста, веса и физической активности. В основе диетотерапии лежат следующие основные принципы: норма потребления белка, ограничение потребления животного жира, ограничение легкоусваиваемых углеводов. Низкокалорийная диета достаточно легко переносится, благодаря психотерапевтически достигнутой дезактуализации проблемы, нормализации и осознания адекватного пищевого поведения, укреплению процесса насыщения, стабилизацию психоэмоционального состояния.

Второй психотерапевтический сеанс проводят с использованием нейролингвистического программирования, для этого больной излагает красочное и подробное описание желаемой функции, представляет достижение рекомендуемого снижения веса. Предварительно больному рассказывается о множестве частей, функционирующих в его целостном «Я», каждая из них существует только для того, чтобы приносить пользу.

Под руководством психотерапевта больной воображает «часть личности», ответственную за сохранение спокойствия при стрессовых ситуациях и отсутствие повышенного употребления при этом продуктов. Затем врач психотерапевт вступает в коммуникацию с названной «частью личности», активизирует внимание больного на желаемом результате и закрепляет возникшие физиологические реакции с помощью тактильного контакта и подкрепляет выработанный условный рефлекс.

На третьем сеансе проводят поведенческую психотерапию, используют технику нейролингвистического программирования «Смещение якорей» с формированием индифферентного, безразличного и спокойного отношения к пище при стрессе.

Лечение проводят курсом в 3 сеанса, которые назначаются через 3–5 дней. Повторное поддерживающее лечение продолжают в течение 3 месяцев по 1 сеансу в неделю, путем проведения трансного сеанса на закрепление рациональной формы пищевого поведения.

Катамнестически у пролеченных больных через 3 месяца вес снизился в 75% случаев в среднем на 12 кг и удерживается уже двенадцать месяцев в этих пределах.

Таким образом, мы считаем, что соединение диетологического и психотерапевтического аспектов в лечении ожирения с учетом типа нарушения пищевого поведения, позволяет достигнуть стойкого снижения веса на длительный период. Способ используется при проведении «Школы снижения веса» в Муниципальном центре медицинской профилактики, в эндокринологическом диспансере при МУГБ №1 г. Новокузнецка.

THE MORDEN APPROACHES TO THE TREATMENT OF OBESITY IN EMOTIOGENOUS TYPE OF EATING BEHAVIOR DISORDER

O.I. Khvostova, V.Z. Koltun, Ye.N. Lobykina
(Novokuznetsk Postgraduate Medical Institute)

The article presents modern approaches (dietary and psychotherapeutic aspects) to the treatment of obesity in emotiogenous type of eating behavior disorder. A mean weight loss of 12 kg has been detected in 75% of patients after a 3 month-course of treatment and such weight reduction is already being maintained for 12 months.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бунина Е.М., Вознесенская Т.Г., Коростелева И.С. Лечение первичного ожирения длительным дозированным голоданием в сочетании с психотерапией. // Журнал неврологии и психиатрии. — 2001. — № 12. — С.37-42.
2. Бутрова С.А., Плохая А.А. Лечение ожирения: современные аспекты. // Рус. мед. журнал. — 2001. — № 24 (9). — С.1140-1146.
3. Вахмистров А.В., Вознесенская Т.Г., Посохов С.И. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении. // Журнал неврологии и психиатрии. — 2001. — № 12. — С.19-24.
4. Вознесенская Т.Г., Сафонова В.А., Платонова Н.М. Нарушение пищевого поведения и коморбидные синдромы при ожирении и методы их коррекции. // Журнал неврологии и психиатрии. — 2000. — № 12. — С.49-52.
5. Stuncard A., Obesity W.B. — Company, 1980.

© КЛЕМЕНКОВ А.С. —

ВЛИЯНИЕ КОНТРАСТНЫХ ВАНН И ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ (3 МЕСЯЦА В ГОД) НА ФИЗИЧЕСКУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И АРИТМИИ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

А.С. Клеменков

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. И.П.Артюхов; кафедра восстановительной медицины и курортологии, зав. — д.м.н., проф. С.В.Клеменков)

Резюме. Проведено обследование 112 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) со стабильной стенокардией 2 функционального класса (ФК) с желудочковой и наджелудочковой экстрасистолой в условиях санатория. Больные получали лечение общими контрастными ваннами в сочетании с физическими тренировками на велоэргометре в течение 1 или 3 месяцев в год. Состояние физической работоспособности оценивалось с помощью спирометрии, велоэргометрии; влияние физических факторов на нарушение ритма и ишемию миокарда — мониторингирования ЭКГ по Холтеру. Доказано, что общие контрастные ванны в сочетании с физическими тренировками на велоэргометре при назначении их в течение 3 месяцев в год оказывают достоверно более выраженное тренирующее воздействие у больных ИБС, чем при назначении этих физических факторов в течение 1 месяца в год.

Ключевые слова. Контрастные ванны, физические тренировки, физическая работоспособность, нарушение ритма, стабильная стенокардия

Немедикаментозные методы приобретают все большее значение в реабилитации больных ишемической болезнью сердца (ИБС) [1-10].

Недостаточно исследованы возможности применения бальнеотерапии, преформированных физических факторов, комбинированной физиотерапии у больных ИБС с нарушениями сердечного ритма [1-10]. Настоящая работа является частью многоцентровых исследований по проблеме применения бальнеотерапии, гидрокинезотерапии и физических тренировок в восстановительном лечении у больных ишемической болезнью сердца с нарушениями ритма [1-10]. Эти исследования позволили выявить некоторые особенности влияния различных бальнеофакторов на ИБС и определить дифференцированные подходы к их назначению. Вместе с тем, до сих пор остаются мало исследованными вопросы комбинированного применения гидрокинезотерапии и физических тренировок у больных ИБС с нарушениями ритма, особенно в условиях пригородного санатория [1-10].

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния общих (при назначении их 1 или 3 месяца в год) контрастных ванн в сочетании с физическими тренировками на велоэргометре или лечебной гимнастики

на физическую работоспособность и нарушения ритма больных ишемической болезнью сердца со стабильной стенокардией 2 функционального класса (ФК) в условиях санатория.

Материал и методы

Обследовано 112 больных ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК по Канадской классификации с нарушениями ритма. Средний возраст больных 50 ± 1 год. У 14 больных ИБС сочеталась с гипертонической болезнью 1 степени и у 14 — 2 степени по классификации ВОЗ.

Больные были разделены на 3 равноценные группы, сопоставимые по основным клиническим показателям. Первая группа — 36 больных ИБС, получавших курс общих контрастных ванн и физических тренировок на велоэргометре (через день, в течение 1 месяца) в условиях санатория. Вторая группа — 39 больных ИБС, получавших курс общих контрастных ванн и физических тренировок на велоэргометре (через день, в течение 3 месяцев) в условиях санатория. Третья группа — 37 больных ИБС, получавших курс общих контрастных ванн и лечебной гимнастики (через день, в течение 1 месяца) в условиях санатория. Лечение осуществлялось