

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 экстрасистолией 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 — мониторингирование 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, гидрокинезитерапии 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 гидрокинезитерапии 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 гимнасти-

кой 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

в санатории «Лесной» г. Красноярска.

До и после лечения больным ИБС 1-3 групп проводили спировелоэргометрическое исследование (аппараты ВЭ-02, Мингограф-34, Спиrolит-2). На высоте физической нагрузки определяли потребление кислорода на 1 кг массы тела, частное от дыха, двойное произведение (пульс x давление). Амбулаторное мониторирование ЭКГ осуществлялось с помощью комплекса «Хьюлетт-Паккард». До и после лечения записывали ЭКГ на магнитную ленту в отведениях V2 и V5 в течение 24 часов. Определяли следующие показатели: среднее число желудочковых аритмий 1-3 класса по Б.Лауну за 24 часа (1971); среднее число желудочковых аритмий 4а – 4б класса по Б.Лауну за 24 часа; среднее число наджелудочковых экстрасистол за 24 часа; среднее число эпизодов болевой (БИМ и «немой» (НИМ) ишемии миокарда за 24 часа; среднюю длительность 1 эпизода БИМ, НИМ за 24 часа (мин.); общую длительность БИМ, НИМ за 24 часа (мин.). Исследование рандомизированное, контролируемое. Медикаментозное лечение в группах больных ИБС осуществлялось В-блокаторами.

Статистическая обработка результатов исследования

вательно, уровень физической работоспособности и коронарного резерва сердца у больных ИБС 1-3 групп существенно не различался. После курса лечения: показатели физической работоспособности у больных ИБС 1-3 групп возрастали: достоверно увеличилась мощность пороговой нагрузки, частное от дыха, потребление кислорода на 1 кг массы тела, двойное произведение. Причем у больных ИБС 2 группы больше, чем у больных ИБС 1 и 3 групп.

По данным амбулаторного мониторирования ЭКГ, до лечения у больных ИБС 1-3 групп среднее число желудочковых и наджелудочковых аритмий достоверно не различалось. После курса лечения в 1 группе больных ИБС среднее число желудочковых аритмий 1-3 класса по Б.Лауну достоверно уменьшилось на 57,4%, наджелудочковых экстрасистол – на 52,5%, желудочковых аритмий 4а – 4б классов по Б.Лауну недостоверно уменьшилось на 6,5%. Во 2 группе больных ИБС после курса лечения среднее число желудочковых аритмий 1-3 класса по Б.Лауну достоверно уменьшилось на 66,2%, наджелудочковых экстрасистол – на 59,4%, желудочковых аритмий 4а – 4б класса по Б.Лауну недо-

Таблица 1

Показатели физической работоспособности у больных ИБС со стабильной стенокардией на пороговой нагрузке до и после лечения контрастными ваннами и физическими тренировками

Показатели физической работоспособности	Группа больных	Средние величины показателей (M ± m) и достоверность различий				
		До лечения	После лечения	P	P	
					До лечения	После лечения
1. Мощность пороговой нагрузки (Вт)	1	101,6 ± 2,1	136,1 ± 1,4	< 0,001	P _{1,2} > 0,05	< 0,001
	2	101,5 ± 1,1	144,4 ± 1,2	< 0,001	P _{1,3} > 0,05	< 0,001
	3	101,4 ± 1,3	125,9 ± 1,3	< 0,001	P _{2,3} > 0,05	< 0,001
2. Частное от дыха (ед)	1	2,11 ± 0,04	2,38 ± 0,01	< 0,001	P _{1,2} > 0,05	< 0,05
	2	2,05 ± 0,03	2,49 ± 0,02	< 0,001	P _{1,3} > 0,05	< 0,01
	3	2,08 ± 0,05	2,30 ± 0,02	< 0,001	P _{2,3} > 0,05	< 0,01
3. Потребление кислорода (мл/мин/кг) на 1 кг массы тела	1	19,12 ± 0,21	21,54 ± 0,10	< 0,001	P _{1,2} > 0,05	< 0,01
	2	19,02 ± 0,12	21,98 ± 0,11	< 0,001	P _{1,3} > 0,05	< 0,001
	3	18,86 ± 0,18	20,88 ± 0,18	< 0,001	P _{2,3} > 0,05	< 0,001
4. Двойное произведение (ед)	1	201,9 ± 4,3	264,5 ± 1,2	< 0,001	P _{1,2} > 0,05	< 0,001
	2	201,7 ± 2,3	272,3 ± 1,0	< 0,001	P _{1,3} > 0,05	< 0,001
	3	201,4 ± 5,2	252,3 ± 1,3	< 0,001	P _{2,3} > 0,05	< 0,001

выполнялась на персональном компьютере «Intel Pentium-II». Достоверность различий анализировали с помощью t – критерия Фишера-Стьюдента для связанных и несвязанных выборок в доверительном интервале более 95%, при нормальном распределении вариационного ряда. Для оценки связи признаков применяли корреляционный анализ с использованием коэффициента корреляции (r). Достоверность коэффициентов корреляции и их различий принимали при P < 0,05.

Результаты и обсуждение

Как видно из таблицы 1, в группах больных ИБС до лечения достоверной разницы в величине показателей физической работоспособности не отмечалось. Следо-

стительно уменьшилось на 3,7%. В 3 группе больных ИБС после курса лечения среднее число желудочковых аритмий 1-3 класса по Б.Лауну достоверно уменьшилось на 36,5%, наджелудочковых – на 31,7%, желудочковых аритмий 4а – 4б класса по Б.Лауну недостоверно уменьшилось на 3,3%. Уменьшение среднего числа желудочковых аритмий 1-3 класса по Б.Лауну, наджелудочковых экстрасистол после курса лечения во 2 группе больных ИБС были достоверно большими, чем в 1 и 3 группах. Следовательно, применение общих контрастных ванн и физических тренировок на велоэргометре в течение 3 месяцев в год оказывает более выраженное тренирующее и антиаритмическое воздействие у больных ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК с на-

рушениями ритма, чем применение общих контрастных ванн и физических тренировок в течение 1 месяца в год в санаторных условиях.

В 1-3 группах больных ИБС до лечения достоверных различий показателей, характеризующих БИМ и НИМ не отмечалось. После курса лечения у больных ИБС 1 группы достоверно уменьшились: среднее количество эпизодов БИМ на 41,9%, средняя длительность 1 эпизода БИМ – на 57,1%, общая длительность БИМ – на 40,3%; среднее количество эпизодов НИМ – на 37,0%, средняя длительность 1 эпизода НИМ – на 47,4%, общая длительность НИМ – на 44,2%. Во 2 группе больных ИБС после курса лечения достоверно уменьшились среднее число эпизодов БИМ на 46,7%, средняя длительность 1 эпизода БИМ – на 60,9%, общая длительность БИМ – на 43,4%; среднее количество эпизодов НИМ – на 47,3%, средняя длительность 1 эпизода НИМ – на 51,3%, общая длительность НИМ – на 49,3%. В 3 группе больных ИБС после курса лечения достоверно уменьшились среднее число эпизодов БИМ на 23,85%, средняя длительность 1 эпизода БИМ – на 30,2%, общая длительность БИМ – на 27,4%; среднее число эпизодов НИМ – на 24,3%, средняя длительность 1 эпизода НИМ – на 34,1%, общая длительность НИМ – на 29,4%. Во 2 группе больных ИБС уменьшение показателей БИМ и НИМ после курса лечения было достоверно большим, чем в 1 и 3 группах. Следовательно, применение общих контрастных ванн и физических тренировок на велоэргометре в течение 3 месяцев в год оказывает более выраженное влияние на БИМ и НИМ (43,4–60,9%), чем применение общих контрастных ванн и физических тренировок в течение 1 месяца в год (40,3–57,1%) у больных ИБС.

Установлено, что у больных ИБС 1 и 3 групп антиаритмическое влияние коррелировало с уменьшением ишемии миокарда. Так, коэффициент корреляции (r) между средним количеством эпизодов БИМ и средним количеством желудочковых аритмий 1-3 класса по Б.Лауну за 24 часа составил в 1 группе (+0,59), во 2 – (+0,64), в 3 – (+0,62); между средним количеством эпизодов НИМ и средним количеством желудочковых аритмий 1-3 класса по Б.Лауну составил (+0,61), (+0,63), (+0,63) соответственно. Можно полагать, что антиаритмическое влияние общих контрастных ванн в сочетании с физическими тренировками на велоэргометре у больных ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК с нарушением ритма во многом обусловлено уменьшением ишемии миокарда.

Оценивая результаты лечения больных ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК с желудочковыми аритмиями 1-3 класса по Б.Лауну, наджелудочковой экстрасистолией следует сказать, что применение общих контрастных ванн и физических тренировок на велоэргометре существенно улучшает клиническое течение заболевания. При этом отмечается исчезновение или уре-

жение приступов стенокардии, уменьшение ощущений перебоев в работе сердца в покое и при физических нагрузках, снижение систолического и диастолического АД у лиц с сопутствующей гипертонической болезнью. Переносимость лечения была хорошей, приступы стенокардии во время процедур и после них не отмечались.

У 32 (88,9%) больных ИБС 1 группы, у 34 (87,2%) – ИБС 2 группы, у 32 (86,5%) – 3 после курсового лечения отмечалось повышение физической работоспособности и коронарного резерва сердца. У 4 (11,1%) больных ИБС 1 группы, у 5 (12,8%) – 2, у 5 (13,5%) – 3 показатели физической работоспособности снижались, т.е. происходило снижение уровня их физической работоспособности и коронарного резерва сердца.

Установлено, что у больных ИБС 1-3 групп со сниженным уровнем физической работоспособности при пробе с физической нагрузкой обнаружена ишемия миокарда, которая не наблюдалась до лечения. При амбулаторном мониторинге ЭКГ после лечения у этих больных общая длительность болевой и «немой» ишемии миокарда увеличилась, что указывает на ухудшение коронарного кровообращения. При мониторинге ЭКГ до лечения у этих больных регистрировались желудочковые аритмии 4а – 4б класса по Б.Лауну, среднее количество которых после лечения достоверно увеличивалось.

Итак, применение общих контрастных ванн в сочетании с физическими тренировками на велоэргометре (1 и 3 месяца в год) противопоказано больным ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК с желудочковыми аритмиями 4а – 4б класса по Б.Лауну.

Таким образом, применение общих контрастных ванн в сочетании с физическими тренировками на велоэргометре в течение 1 и 3 месяцев в год у больных ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК оказывает существенное антиаритмическое воздействие. Антиаритмическое влияние общих контрастных ванн в сочетании с физическими тренировками коррелирует у больных ИБС с уменьшением проявлений болевой и «немой» ишемии миокарда. Применение общих контрастных ванн в сочетании с физическими тренировками на велоэргометре (1 или 3 месяца в год) дает существенный тренирующий эффект у больных ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК с желудочковыми аритмиями 1-3 класса по Б.Лауну, наджелудочковой экстрасистолией, который проявляется повышением уровня физической работоспособности и коронарного резерва сердца. Ограничением для назначения общих контрастных ванн в сочетании с физическими тренировками на велоэргометре (1 или 3 месяца в год) у больных ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК является выявление при мониторинге ЭКГ по Холтеру у таких больных желудочковых аритмий 4а – 4б класса по Б.Лауну, потому что при этом происходит ухудшение коронарного кровообращения.

THE INFLUENCE OF PROLONGED CONTRAST BATHES AND PHYSICAL TRAININGS (3 MONTHS PER YEAR) ON EXERCISE PERFORMANCE AND ON ARRHYTHMIA IN PATIENTS WITH STABLE ANGINA

(A.S. Klemenkov)
(Krasnoyarsk State Medical Academy)

112 examinations of patients with coronary heart disease (CHD), stable angina II functional class with ventricular and supraventricular premature beats were done in health center. Patients had contrast bathes treatment in combinations with physical trainings on bicycle ergometer during 1 or 3 months per year. Exercise performance state was estimate with the help of spiroergometry, veloergometry; the influence of physical factors on rhythm disturbance and myocardial ischemia – electrocardiographic Holter monitoring. There was demonstrated, that contrast bathes in combinations with physical trainings on bicycle ergometer or therapeutic physical training during 3 months per year have more expressed effect in comparison with physical training 1 month per year.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каспаров Э.В., Клеменков А.С., Кубушко И.В. и др. Магнитотерапия в комплексном восстановительном лечении больных коронарной болезнью сердца с нарушением ритма. – Красноярск-Томск-Москва. – Сибирь, 2002. – 172 с.
2. Клеменков С.В., Левицкий Е.Ф., Давыдова О.Б. Физиотерапия больных коронарной болезнью сердца с нарушением ритма. – Красноярск-Томск-Москва. – Сибирь, 2002. – 336 с.
3. Клеменков С.В., Чашин Н.Ф., Разумов А.Н., Левицкий Е.Ф. Оптимизация восстановительного лечения больных коронарной болезнью сердца с нарушением ритма преформированными физическими факторами и физическими тренировками. – Красноярск-Томск-Москва. – Сибирь, 2002. – 239 с.
4. Клеменков С.В., Разумов А.Н., Давыдова О.Б. и др. Бальнеотерапия и физические тренировки в восстановительном лечении больных коронарной болезнью сердца с нарушением ритма и проводимости. – Красноярск-Томск-Москва. – Сибирь, 2002. – 296 с.
5. Клеменков С.В., Явися А.М., Разумов А.Н. и др. Оптимизация восстановительного лечения больных коронарной болезнью сердца с нарушением ритма и проводимости длительным комбинированным применением бальнеотерапии и физических тренировок. – Красноярск-Москва. – Сибирь, 2002. – 125 с.
6. Клеменков С.В., Каспаров Э.В., Разумов А.Н. и др. Восстановительное лечение больных коронарной болезнью сердца с нарушением ритма и проводимости с помощью физических факторов. – Красноярск-Москва-Томск-Пятигорск. – Т.1. – Кларетианум, 2003. – 332 с.
7. Клеменков С.В., Разумов А.Н., Левицкий Е.Ф., Клеменков А.С. Восстановительное лечение больных коронарной болезнью сердца с нарушением ритма с помощью физических факторов. – Красноярск-Москва-Томск-Пятигорск. – Т.2. – Кларетианум, 2003. – 276 с.
8. Кубушко И.В., Каспаров Э.В., Клеменков С.В. и др. Оптимизация восстановительного лечения больных ишемической болезнью сердца с нарушением ритма комбинированным применением бальнеотерапии с электротерапией или физическими тренировками. – Красноярск-Москва. – Сибирь, 2003. – 151 с.
9. Клеменков С.В., Каспаров Э.В., Петрова М.М. и др. Оптимизация восстановительного лечения больных коронарной болезнью сердца с нарушением ритма комбинированным применением электросна с психотерапией или углекислыми ваннами. – Красноярск. – Кларетианум, 2004. – 144 с.
10. Клеменков С.В., Разумов А.Н., Каспаров Э.В. и др. Оптимизация восстановительного лечения больных ишемической болезнью сердца с нарушением ритма длительным применением бальнеотерапии в амбулаторных условиях. – Красноярск-Москва. – Кларетианум, 2004. – 120 с.

© ЕСЬКОВ В.М., ЖИВОГЛЯД Р.Н., ЗУЕВСКАЯ Т.В. –

ОСОБЕННОСТИ ГОМЕОСТАЗА ЧЕЛОВЕКА НА СЕВЕРЕ РФ ПРИ ГИРУДОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА

В.М. Еськов, Р.Н. Живогляд, Т.В. Зуевская

(Сургутский государственный университет, ректор – д.ф.-м.н., проф. Г.И. Назин, медицинский факультет, кафедра морфологии – д.м.н., проф. Зуевский)

Резюме. Мониторинг состояния нейромоторного, нейротрансмиттерного и нейровегетативного системокомплексов у населения Обского Севера РФ выявил ряд особенностей. В частности, у большинства (94-97%) обследованных здоровых жителей и с гинекологическими процессами состояние функциональных систем организма (ФСО) оценивается как парасимпатикотоническое, с преобладанием тонического состояния фазатона мозга (как некоторого центрального регулятора ФСО). Гирудотерапия (в частности, при хроническом сальпингоофорите) вызывает колебательные движения показателей ФСО и способствует восстановлению показателей ФСО к норме. Это дает больший эффект, чем прием фармпрепаратов.

Ключевые слова. Хронический сальпингоофорит, фазатон мозга, гомеостаз, гирудотерапия

В настоящее время установлено [2-4], что существует тесная связь между тонической моторной системой и парасимпатическим отделом вегетативной нервной системы с задействованием холинергического нейротрансмиттерного механизма, а также между фазической моторной системой и симпатическим отделом ВНС с

задействованием катехоламинергического нейротрансмиттерного механизма. Таким образом, можно рассматривать тонический моторно-вегетативный системокомплекс (ТМВС) и фазический моторно-вегетативный системокомплекс (ФМВС), между которыми происходит в физиологических условиях непрерывное ней-