

Постоянное наблюдение и поддержка пациента во время лечения ожирения. Желательно еженедельно или хотя бы раз в две недели повторно измерять ИМТ, проверять дневник питания, высказывать пациенту одобрение, наблюдать за увеличением двигательной активности и физических нагрузок.

Темы для обсуждения с пациентами в целях успешного изменения пищевого поведения

1. Ведение пищевого дневника.
2. Снижение массы тела — изменение стиля жизни на долгий срок.
3. Изменение пищевых привычек.
4. Роль физической активности в лечении ожирения и способы ее повышения.
5. Анализ ситуаций, провоцирующих переедание, и поиск путей их устранения.
6. Почему так важно планировать меню на день.
7. Влияние стресса и негативных эмоций на аппетит.
8. Еда как способ борьбы с негативными эмоциями, поиск альтернативных путей для борьбы с ними.
9. Умение владеть чувствами и эмоциями.

Таким образом, роль врача общей практики в профилактике заключается в выявлении пациентов с ожирением, постоянном диспансерном наблюдении за ним с модификацией образа жизни, первостепенными факторами которого являются рациональное сбалансированное питание и регулярные физические нагрузки.

Осознание того, что ожирение, пожалуй, как никакое другое заболевание носит отчетливо выраженный семейный характер, открывает перед врачами общей практики новые возможности по его профилактике и лечению, а также по профилактике и лечению заболеваний, причинно связанных с ожирением.

Ожирение нельзя вылечить без участия, активного сотрудничества и взаимопонимания между врачом и пациентом, поэтому для достижения хорошего эффекта просто необходимо, чтобы пациенты правильно понимали врача, логику и обоснованность тех или иных рекомендаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заславский, А. Ю. Европейские клинические рекомендации – 2008. «Лечение ожирения у взрослых» / А. Ю. Заславский. — Донецк: Издатель, 2011. — С. 32.
2. Еганян, Р. А. Школа здоровья. Избыточная масса тела / Р. А. Еганян, А. М. Калинина. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2013. — С. 186.
3. Соболева, Н. П. Биоимпедансный скрининг населения России в центрах здоровья: распространенность избыточной массы тела и ожирения / Н. П. Соболева // Российский медицинский журнал. — 2014. — № 4. — С. 4–13.
4. Корж, А. Н. Современные подходы к профилактике ожирения / А. Н. Корж // Международный медицинский журнал. — 2012. — № 3. — С. 39–43.

УДК 616.12-005.4-036.8:612.014.464-08

ВЛИЯНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В БЛИЖАЙШЕМ И ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Ковальчук Л. С., Ковальчук П. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Интерес к изучению проблем оптимизации санаторно-курортного лечения и повышения качества жизни (КЖ) кардиологических пациентов возрастает в современных условиях при существующей тенденции к сокращению сроков их пребывания в стационарах, диверсификации методов курортной терапии, увеличении количества пациентов с сопутствующей патологией [1].

В связи с осознанием определенной ограниченности возможностей медикаментозной терапии у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) из-за побочных эффектов усиливается внимание к физиотерапевтическим методам лечения, которые содержат широкий диапазон воздействия на систему регуляции гемодинамики и различные виды обменов [2].

Одним из перспективных путей в этом направлении является использование медицинского озона, обладающего широким спектром воздействия на биологические структуры. В терапевтических концентрациях особенно при парентеральном введении озono-кислородной смеси активизируется система антиоксидантной защиты, усиливается микроциркуляция в зоне ишемии, наблюдается явно выраженный иммуномодулирующий эффект [3].

Цель

Изучение влияния озонотерапии (ОЗТ) в комплексном восстановительном лечении пациентов с ИБС на КЖ в ближайшем и отдаленном периоде.

Материал и методы исследования

Исследование проведено в санаторно-курортной организации РУП «Гомельское отделение Белорусской железной дороги». В исследование включено 85 пациентов с ИБС: первая основная группа (ОГ-1) представлена 35 пациентами, получавшими ОЗТ в комплексном санаторном лечении; вторую основную группу (ОГ-2) составили 30 пациентов, которые получали ОЗТ в виде монотерапии; контрольную группу (КГ) — 20 человек, которые получали комплексное санаторное лечение без ОЗТ. Разделение пациентов на группы проводилось с учетом возраста, пола, характера течения и длительности заболевания. Соответствие пациентов с ИБС со стабильной стенокардией (ФК I–II) в КГ и в основных группах было примерно одинаковым.

Мужчин среди обследованных пациентов было 46 (54,1 %), женщин — 39 (45,9 %). В исследование включены лица с ИБС, получавшие санаторно-курортное лечение, преимущественно трудоспособного возраста: 45–50-летних было 28 (32,9 %), 51–60-летних — 57 (67,1 %) чел.

Все группы пациентов наблюдались на амбулаторно-поликлиническом этапе медицинской реабилитации. Осмотр этих же лиц проводился через 3, 6 и 12 мес. после санаторно-курортного лечения. КЖ изучалось с помощью анкетирования.

Озоно-кислородная смесь для лечебных целей синтезировалась в потоке чистого медицинского кислорода при помощи автоматической медицинской озонотерапевтической установки УОТА 60–01 «Медозон», г. Москва.

Результаты исследования и их обсуждение

Наш опыт применения ОЗТ показал, что оптимальным методом оздоровления является внутривенное капельное введение озонированного физиологического раствора (концентрация озона 2,5–3,0 мг/л) 2–3 раза в неделю (всего 6–8 процедур) с включением диетотерапии, аэротерапии, бальнеолечения, гидропатических процедур, психотерапии. Озонотерапевтические процедуры переносились хорошо, без побочных явлений.

Методика оценки качества жизни NAIF (New Assessment and Information form to Measure Quality of life, P. Y. Hugenholtz and R.A.M. Erdman, 1995) [4] изложена в методических рекомендациях, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь [5].

Важным преимуществом исследования КЖ является то, что оценка состояния пациента базируется на его субъективном восприятии. Из огромного множества переменных, характеризующих КЖ пациентов и анализируемых в работах европейских врачей, наиболее значимыми оказались следующие: физическая мобильность, эмоциональное состояние, сексуальная функция, социальный статус, познавательная функция, экономическое состояние.

При субъективном исследовании в ближайшем и отдаленном периоде основными были жалобы на общую слабость (42 чел. — 49,4 %) в сочетании с головной болью (23 чел. — 27,1 %), головокружением (12 чел. — 14,1 %), одышкой (28 чел. — 32,9 %), с неприятными ощущениями и болью в области сердца (32 чел. — 37,6 %).

Таким образом, наиболее частыми и постоянными были жалобы на общую слабость, периодические боли в области сердца, одышку. Это позволяет сделать вывод, что данные жалобы являются стойкими дезадаптирующими синдромами.

Контрольное обследование через 3 мес. показало, что у пациентов, в комплексное санаторное лечение которых была включена ОЗТ (ОГ-1), а также при монотерапии озонкислородной смесью (ОГ-2) достоверно уменьшилось количество приступов стенокардии, дозы принимаемого нитроглицерина, а также частота эпизодов ишемии на электрокардиограмме.

Значения различных параметров КЖ в ближайшем и отдаленном периоде были весьма переменными, но все они достоверно различались (от $p < 0,05$ до $p < 0,001$) через 3, 6 и 12 мес. по отношению к контрольным данным.

Так, физическая мобильность до лечения у пациентов КГ, ОГ-1 и ОГ-2 составила, соответственно, $55,8 \pm 1,8$, $57,1 \pm 1,1$, $58,7 \pm 1,0$ % и по сравнению со здоровыми лицами, сопоставимыми по возрасту ($85,7 \pm 0,8$ %), статистическое различие оказалось высокодостоверным ($p < 0,001$). Наиболее значимое повышение физической мобильности отмечалось через 3 мес. у пациентов ОГ-1 и ОГ-2. Так, в ОГ-1 этот показатель составил $83,1 \pm 1,3$ % и приближался к аналогичному показателю практически здоровых лиц, в ОГ-2 он был несколько меньше — $77,2 \pm 0,7$ %.

Через 6 мес. повышение данного показателя составило в ОГ-1 — $81,7 \pm 0,7$ %, в ОГ-2 — $74 \pm 1,6$ %. Названный показатель по сравнению с КГ являлся высокодостоверным ($p < 0,001$). К 12 мес. в основных группах отмечалось снижение данного показателя, которое было по сравнению с исходными данными также высокодостоверным ($p < 0,001$).

ИБС относится к факторам высокого риска ухудшения психоэмоционального статуса, развития у пациентов с сердечно-сосудистой патологией депрессии. В связи с этим непреложным требованием к лечению ИБС должно быть улучшение психоэмоционального статуса больных и их КЖ в целом.

Эмоциональное состояние у пациентов основных групп стабилизировалось, сохранялось достоверное различие по отношению к контролю через 3, 6 и 12 мес. Динамика данного показателя была наиболее выраженной через 3 мес. у пациентов ОГ-1 и несколько меньше к этому сроку — у больных ОГ-2. К 6 и 12 мес. отмечалось дальнейшее снижение данного показателя, однако по сравнению с исходными данными обследуемых групп больных его величина оказалась достоверно различной ($p < 0,001$).

Психоэмоциональный фон у пациентов ОГ-1 через 3–6 мес. значительно улучшился, они стали более активными как на работе, так и в домашних условиях. Круг общения увеличился (29 чел. — $82,9$ %), однако незначительная часть респондентов (6 чел. — $17,1$ %) по-прежнему ограничивала общение. Эти пациенты связывали свое состояние с частым угнетенным, подавленным настроением и нежеланием расширять круг своих знакомых. Через 3–6 мес. после комплексного лечения с включением ОЗТ (ОГ-1) пациенты подтвердили относительную стабильность эмоционального статуса (незначительное снижение у 80 %, умеренное — у $14,3$ %, выраженное — у $5,7$ %). В КГ отмечено также недостоверное увеличение показателя эмоционального статуса в ближайшем и отдаленном периоде.

Показатель сексуальной функции у пациентов ОГ-1 и ОГ-2 был наибольшим через 3 и 6 мес., затем несколько снижался к 12 мес., в КГ же его увеличение было недостоверным.

У обследованных были снижены и социальные функции, отражающие их участие в трудовом процессе. Социальная деятельность наибольших величин достигла через 3 и 6 мес. В ОГ-1 она составила $81,5 \pm 0,9$ %, в ОГ-2 — через 3 мес. — $81,3 \pm 0,8$ %, а через 6 мес. — $76,4 \pm 1,1$ %, что несколько ниже, чем в ОГ-1. В КГ отмечено также ее увеличение, но оно было недостоверным в сравниваемые сроки по отношению к основным группам.

Через 3 мес. показатель когнитивной функции у пациентов КГ несколько повысился и составил $71,4 \pm 1,6$ %; остальные показатели через 6 и 12 мес. были почти на одинаковом уровне, также как исходно ($63,6 \pm 1,8$ %). Резко выраженное повышение показателя когнитивной функции отмечено у пациентов ОГ-1 и ОГ-2.

Экономическое положение у пациентов ОГ-1 через 3–6 мес. значительно улучшилось и было высокодостоверным по сравнению с пациентами КГ ($p < 0,001$), у лиц из ОГ-2 высокий показатель был через 3 мес., затем несколько снизился через 6 и 12 мес.

Интегральный показатель для общей характеристики КЖ был резко снижен до лечения во всех группах пациентов. Так, из 85 обследованных значительное снижение было выявлено у 30,6 %, умеренное — у 57,4 % и незначительное — в 12 % случаев. После проведенного лечения выявлено увеличение данного показателя на протяжении 3–6 и 12 мес. Вместе с тем следует отметить, что наиболее высоким он был через 3, 6 и 12 мес. ($p < 0,001$) у пациентов ОГ-1, получавших ОЗТ.

Таким образом, суммарный показатель КЖ имел достоверную положительную динамику у пациентов ОГ-1 и несколько менее выраженную положительную динамику в ОГ-2 по сравнению с лицами контрольной группы.

Выводы

1. Анализ параметров КЖ у пациентов с ИБС до санаторного лечения выявил их значительное снижение. Все величины, характеризующие интегральный показатель по сравнению с КГ (практически здоровыми лицами) оставались достоверно сниженными.

2. Оценка КЖ пациентов после восстановительного лечения с включением ОЗТ через 3, 6 и 12 мес. выявила при помощи анкетирования увеличение как интегрального показателя, так и всех его параметров по сравнению со здоровыми лицами.

3. Эффективность медицинской реабилитации пациентов с ИБС с определением параметров КЖ позволяет объективизировать процесс восстановительного лечения, прогнозировать исход заболевания, а также будет способствовать совершенствованию новых стратегий лечения кардиологических пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карпов, Ю. А. Лечение стабильной ишемической болезни сердца: профилактика приступов стенокардии и улучшение качества жизни / Ю. А. Карпов // Атмосфера. Новости кардиологии. — 2016. — № 4. — С. 24–28.
2. Evaluation of a cardiac prevention and rehabilitation program for all patients at first presentation with coronary artery disease / K. F. Fox [et al.] // J. Cardiovasc. Risk. — 2002. — Vol. 9, № 6. — P. 355–359.
3. Быков, А. Т. Озонотерапия в комплексном лечении больных с ишемической болезнью сердца / А.Т. Быков, Е. И. Сычева, К. Н. Конторщикова. — СПб., 2000. — 112 с.
4. Белова, А. Н. Тесты и опросники в медицинской реабилитации / А. Н. Белова, О. Н. Щепеткова. — М.: Антидор, 2002. — С. 205–224.
5. Пушкарев, Л. А. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов: метод. рекомендации / Л. А. Пушкарев, Н. Г. Аринчина. — Минск: БНИИЭТИН, 2000. — 16 с.

УДК 612.014.464:612.013

ГЕРОПРОТЕКТОРНОЕ ДЕЙСТВИЕ ОЗОНО-КИСЛОРОДНОЙ СМЕСИ

Ковальчук П. Н., Ковальчук Л. С., Шахлан Л. П.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Одной из главных задач современной геронтологии является активное долголетие. Поэтому в комплексной профилактике старения надо стремиться к триединству эффектов: ювенологическому — замедлению темпов старения, уменьшению биологического возраста человека; профилактическому — отдалению сроков возникновения возрастной патологии, а в конечном итоге — увеличению продолжительности жизни.

Известен ряд лекарственных веществ — геропротекторов, способных оказывать стимулирующее действие на стареющий организм с целью лечения и профилактики преждевременной старости. К этой группе относят витамины, биогенные стимуляторы, адаптогены, липотропные средства, пептидные регуляторы цитомединов, антиоксиданты, стволовые клетки.

Важнейшим немедикаментозным природным средством с геропротекторным действием является озono-кислородная смесь, влияние которой на организм человека верифицировано многочисленными исследованиями как отечественных, так и зарубежных