

антибактериальных препаратов не выявлено ($p > 0,05$).

Выводы

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о том, что штаммы *E. coli*, *Proteus spp.*, *P. aeruginosa*, выделенные от пациентов с хроническим пиелонефритом, имели тенденцию к снижению доли чувствительных к антибиотикам штаммов по сравнению с микроорганизмами, изолированными при остром пиелонефрите.

ЛИТЕРАТУРА

1. Микробиологический пейзаж и продукция бета-лактамаз расширенного спектра действия при инфекции мочевыводящих путей / И. М. Устьянцева [и др.] // Клиническая медицина. — 2009. — № 3. — С. 56–59.
2. Резистентность возбудителей амбулаторных инфекций мочевыводящих путей по данным многоцентровых микробиологических исследований УТИАР-I и УТИАР-II / В. В. Рафальский [и др.] // Урология. — 2004. — № 2. — С. 13–17.
3. Современное состояние антибиотикорезистентности основных возбудителей пиелонефрита / С. К. Яровой [и др.] // Урология. — 2010. — № 2. — С. 21–27.
4. Antimicrobial resistance patterns of *E. coli* detected from hospitalized urinary culture samples / M. Mohammadi [et al.] // Asian. J. Biol. Sci. — 2010. — № 3. — P. 195–201.
5. Ronald, A. The etiology of urinary tract infection: traditional and emerging pathogens / A. Ronald // Dis. Mon. — 2003. — Vol. 49. — P. 71–82.

УДК 613.25:615.814.1+615.874.2

РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ И РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Латышева В. Я., Барбарович А. С., Дробышевская В. А.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Алиментарное ожирение в современном обществе достигло уровня эпидемии и превратилось в серьезную медико-социальную проблему. Его распространенность колеблется от 25 до 53,5 %. Количество лиц с избыточной массой тела продолжает прогрессивно увеличиваться. Если данная тенденция сохранится, то к середине текущего столетия все население развитых стран будет страдать данной патологией. Социально-экономический прогресс, урбанизация и гиподинамия, преобразование стереотипов питания с разнообразием высококалорийных и доступных продуктов в значительной мере способствуют распространению тучности [1, 2].

Традиционно в терапии ожирения использовались основные принципы диеты № 8, применяемой в отечественной медицине в качестве основной для лечения этого заболевания [5]. Данный тип питания предполагал ограничение суточной калорийности до 1750–1800 ккал за счет легко усваиваемых углеводов до 100–200 г в день, умеренное ограничение жиров до 65–75 г. Количество белка соответствовало физиологическим нормам (в среднем 70–90 г), ограничение свободной жидкости до 1,0–1,2 л в день [3, 4]. Для усиления эффекта использовали разгрузочные дни с частотой один раз в неделю. Диета имела ряд недостатков, затрудняющих ее применение и снижающих эффективность лечения [4, 5].

Цель

Разработка и обоснование гипокалорийной разгрузочно-диетической терапии в сочетании с рефлексотерапией для коррекции клинико-метаболических показателей при алиментарном ожирении.

Материал и методы исследования

Предложенная диета применена к 40 женщинам в возрасте от 22 до 60 лет с ожирением алиментарного генеза II–III степени.

При лечении нарушенного липидного обмена предложена методика сочетания классических принципов традиционной китайской медицины и новые методические варианты составления базового рецепта. Методика основывалась на индивидуальной программе питания с возможной коррекцией акупунктурного рецепта, при формировании которого предполагалось сочетание акупунктуры классических меридианов и ауркулярных точек. Следствием этого предусматривалась оптимизация лечебного питания с учетом индивидуальных потребностей организма, оценка эффективности последовательного применения гипокалорийного и эукалорийного высокобелкового рациона в комплексе с рефлексотерапией (РТ) при продолжительном периоде воздействия.

Проводимое лечение определяло главную идею рациональной диетотерапии «создание нового стереотипа питания в последующие годы жизни». Данный тип питания основан на принципах учета патогенетических механизмов заболевания, совмещением хорошей переносимости с высокой эффективностью диеты, простотой приготовления блюд и сохранением физиологической суточной калорийности.

Пациентам исследуемой группы в амбулаторных условиях была проведена последовательно меняющаяся диетическая коррекция четырех вариантов гиполлипидемического рациона с калорической редукцией 1200–1500 ккал/сут на период активного воздействия в сочетании с РТ и эукалорийной — на период поддержания массы тела с суточной калорийностью 1800–2100 ккал/сут, направленная на закрепление и стабилизацию полученных результатов.

Включение РТ в курсовое лечение способствовало повышению гипотензивного эффекта диеты, достоверному снижению массы тела, окружности талии, индекса массы тела, нормализации липидного профиля.

Программа рассчитана на 96 дней в виде четырех курсов и состояла из 10 ежедневных процедур с интервалом 2 недели, что обеспечивало долгосрочность и безопасность результатов на амбулаторно-поликлиническом этапе и являлась достаточной для достижения терапевтического эффекта.

Предложенный срок лечения обозначен опытным путем: использование кратковременного влияния не дал необходимый лечебный эффект, а при увеличении сроков воздействия терялась психологическая мотивация к пролонгированному лечению. Дальнейшее увеличение количества процедур в одном сеансе приводило к усилению резистентности к предложенной терапии.

Все лечение состояло из четырех последовательных циклических курсов, каждый из которых рассчитан на 24 дня.

При отсутствии показаний со стороны сердечно-сосудистой системы рекомендовали физиологические нормы употребления соли (3–5 г) и жидкости. Объем жидкости не превышал 1,5 л в осенне-зимнее время и 2 л — в весенне-летний период с употреблением за 30 мин до еды. В промежутках между приемами пищи рекомендовали употребление соков, напитков, минеральной или питьевой воды, а также разрешалась замена приема пищи жидкостью по желанию пациента.

После цикла диетотерапии рекомендовали 4–6-месячный перерыв с целью стабилизации массы тела на фоне постепенного дальнейшего расширения диеты. При необходимости курсы повторяли до достижения оптимальной массы тела.

Предлагаемая маложирная диета эффективна и легка в исполнении, учитывала возможность индивидуальной коррекции, хорошо переносилась пациентами, а также воспроизводилась по желанию после окончания курса лечения самостоятельно или в ходе консультаций с врачом. В случае временной физиологической остановки веса рекомендовалось дальнейшее тщательное соблюдение режимов питания. В некоторых случаях было целесообразно увеличить физическую активность в дообеденное время,

так как именно в этот период идет, согласно суточным биоритмам организма, наиболее высокий естественный расход калорий. Кулинарную обработку продуктов и блюд проводили на пару, путем их отваривания или запекания. Разрешалось добавление сахара в кофе и чай по желанию, температура пищи обычная.

Ежедневное составление меню-раскладки и расчета калорийности рациона позволило пациенту постепенно самостоятельно ограничивать количество потребляемой пищи, сохранять хорошее самочувствие на период лечения, держать под контролем проводимое лечение с потенциальной возможностью перерасчета калорийности для ускорения или замедления темпов похудения с учетом возникающих физических нагрузок.

Результаты исследования и их обсуждение

Редукция массы тела интенсивно наблюдалась в первую неделю от начала проводимой терапии: в среднем за сутки с 1 по 4 день вес снижался приблизительно до 1200 г, к 5 дню — по 500–600 г, к 6–7 — по 200 г. Далее наступала стабилизация массы тела на определенных цифрах в течение 7–14 дней, затем следовало дальнейшее ее снижение.

В результате первого курса (24 дня) отмечалось снижение массы тела в среднем до 5–6 кг. Значительные изменения претерпевали показатели (окружность талии и окружность бедер в сторону их уменьшения от 5 до 10 см). После второго курса происходило дальнейшее изменение массы тела и ростовесовых показателей в сторону их уменьшения в среднем до 4–5 кг и 5–7 см соответственно.

Результатом третьего курса лечения явилось сочетание снижения массы тела в среднем на 3–4 кг и антропометрических показателей от 2 до 5 см. Четвертый курс был направлен на закрепление и стабилизацию полученных результатов.

Выводы

1. Установлено, что чередование в течение 12 недель гипокалорийной маложирной и эукалорийной диетотерапии на фоне проведения РТ позволяет нормализовать или существенно снизить избыточную массу тела без развития побочных явлений и осложнений при создании энергетического дефицита.

2. Последовательная циклическая программа диетотерапии и РТ вызывает редукцию массы тела вследствие чередования режимов питания с нарастанием пищевого калоража к вечернему времени и одновременно сохраняет у пациентов максимальную приверженность к дальнейшему лечению.

3. Изменение образа жизни и модификация питания оказывает благоприятный эффект у пациентов и улучшает качество жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барановский, А. Ю. Диетология / А. Ю. Барановский. — СПб: Спутник врача, 2006. — 960 с.
2. Батурич, А. Метаболический синдром: современные способы диетотерапии / А. Батурич, А. Похожева, С. Дербенева // Врач. — 2006. — № 8. — С. 18–21.
3. Бубнова, М. Ожирение в практике врача / М. Бубнова // Врач. — 2005. — № 3. — С. 42–43.
4. Бунина, Е. М. Лечение первичного ожирения длительным дозированным голоданием в сочетании с психотерапией / Е. М. Бунина, Т. Г. Вознесенская, И. С. Коростелева // Журн. неврол. и психиатр. — 2006. — № 12. — С. 37–42.
5. Гаерик, М. В. Влияние гипокалорийной диеты, применяемой в амбулаторных условиях, на биохимические показатели крови у больных разного возраста, страдающих ожирением / В. М. Гаврик, М. М. Гапаров // Вопр. питания. — № 5. — 2006. — С. 22–27.

УДК 616.833.5-08:611.827

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИФАКТОРНОЙ КОРЕШКОВОЙ КОМПРЕССИЕЙ НА ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ

Латышева В. Я., Олизарович М. В., Шумеева А. А.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**