

### **Результаты**

После проведенного лечения отмечена положительная динамика: уменьшение толщины хориоидеи более чем на 2 мм, компенсация ВГД до 18,5 мм рт. ст., исчезновение болевого синдрома. Описанный клинический случай демонстрирует возможность применения брахитерапии у пациентов с синдромом Стерджа-Вебера, сопровождающегося ангиомой хориоидеи с вторичной болевой глаукомой.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Аветисов, Э. С. Справочник по офтальмологии / Э. С. Аветисов. — М.: Медицина, 1987. — 376 с.
2. Ангиоматозы в неврологической клинике / Н. А. Фомина-Чертоусова, М. А. Ямин, П. А. Шевкун.
3. Шамшинова, А. М. Наследственные и врожденные заболевания сетчатки и зрительного нерва / А. М. Шамшинова. — М.: Медицина, 2001. — 528 с.
4. Shields, J. A. Atlas of intraocular tumors / J. A. Shields, C.L.Shields. — 1999. — P. 3–142.

УДК 613.25-08-24]616-071.3

## **ВЛИЯНИЕ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ НА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С АЛИМЕНТАРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ**

**Дробышевская В. А.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Ожирение и избыточная масса тела являются одной из важных проблем медицины на протяжении многих лет, что обусловлено широкой распространенностью и характером осложнений данной патологии [1, 4]. Современная медицина располагает значительным арсеналом средств, направленных на снижение массы тела. Однако прогноз лечения в большинстве случаев сопряжен с последующим краткосрочным результатом, высокой вероятностью риска рецидива, большим числом отказов от лечения [3].

Алиментарное ожирение, в особенности его абдоминальная форма, чревато таким грозным последствием, как метаболический синдром, в основе которого лежит артериальная гипертензия, а также комплекс клинико-биохимических нарушений с пусковым механизмом инсулинорезистентности и гиперинсулинемии, требующие неотложной коррекции питания [5]. В связи с вышеизложенным, возникает необходимость в дальнейшей разработке и усовершенствовании эффективной разгрузочно-диетической терапии (РДТ) и рефлексотерапии (РТ), направленной на снижение и стабилизацию массы тела, оптимальную компенсацию имеющихся метаболических нарушений.

**Целью** исследования явилась оценка клинической эффективности и переносимости РТ и маложирной РДТ в динамике лечения.

### **Материал и методы**

В исследовании, которое проводили в условиях отделения реабилитации санаторно-оздоровительного комплекса Белорусской железной дороги, участвовали 40 женщин в возрасте от 19 до 59 лет. Антропометрическое исследование включало определение массы тела, измерение окружности талии (ОТ), окружности бедер (ОБ). Степень ожирения рассчитывали по индексу массы тела (ИМТ) и соотношению ОТ/ОБ [3]. При составлении рациона учитывали вкусовые пристрастия, возраст и профессию, психоэмоциональный статус и физическую активность обследованных лиц.

### **Результаты и обсуждения**

Установлено, что методы маложирной гипокалорийной и эукалорийной РДТ и РТ при лечении алиментарного ожирения и избыточной массы тела значительно усиливают свою эффективность при сочетанном воздействии в определенных временных критериях [2]. Программа рассчитана на 96 дней и обеспечивает долгосрочность и безопасность ре-

зультатов. Данный срок лечения обозначен опытным путем: использование кратковременного влияния не дает необходимый лечебный эффект, а при увеличении сроков воздействия теряется психологическая мотивация к дальнейшему прохождению лечения.

Исследование показало, что включение РТ способствовало повышению гипотензивного эффекта диеты, наблюдалось достоверное снижение массы тела и ИМТ, а также нормализация липидного профиля. Все лечение состояло из четырех последовательных циклических курсов, каждый из которых рассчитан на 24 дня. В течение первых 10 дней проводили курс РТ согласно предложенной рецептуре в сочетании с малокалорийной диетой «Вариант 1» (В 1), в последующие 14 дней между периодами активного воздействия РТ пациенты последовательно самостоятельно использовали эукалорийные диеты «Вариант 2, 3, 4» (В 2, 3, 4) с сохранением физиологической суточной калорийности [2]. По мере необходимости назначали повторные консультации. Периодичность и время воздействия определены опытным путем. Схема лечения представлена на таблице 1.

Таблица 1 — Алгоритмы совместного использования рефлексотерапии и разгрузочно-диетической терапии

Сроки лечения, 96 дней							
1-й курс		2-й курс		3-й курс		4-й курс	
10 дней	14 дней	10 дней	14 дней	10 дней	14 дней	10 дней	14 дней
РТ+В 1	В 2	РТ+В 1	В 3	РТ+В 1	В 4	ИРТ+В 1	В 2

Особенно интенсивно редукция массы тела наблюдалась в первую неделю от начала проводимой терапии: в среднем за сутки с 1 по 4 день вес снижался приблизительно до 2,5 кг, 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 наблюдалось дальнейшее ее снижение на фоне последовательно сменяющейся РДТ по схеме «Вариант 2, 3, 4». В результате первого курса (24 дня) наблюдалось снижение массы тела в среднем до 5–6 кг. Значительные изменения претерпевали показатели ОТ и ОБ в сторону их уменьшения от 5 до 10 см. После второго курса происходило дальнейшее изменение массы тела и роста-весовых показателей в сторону их уменьшения в среднем до 4–5 кг и 5–7 см соответственно. Результатом третьего курса лечения явилось снижение массы тела в среднем на 3–4 кг на фоне дальнейшего снижения антропометрических показателей от 2 до 5 см. Четвертый курс терапии ставил своей целью дальнейшее закрепление и стабилизацию полученных результатов. На протяжении всего курса пациентам рекомендовали соблюдение режима физической активности.

Применение РТ на основе комплексного воздействия облегчал переход на эндогенное питание и ускорял ацидотический криз, который на фоне РТ наступал, как правило, к 3–4 дню лечения, в то время как без ее применения только к 7–10 дню. Чем резче был выражен ацидотический криз, вызывающий анорексигенное действие, тем благоприятнее был терапевтический эффект. Выявлена также следующая закономерность: чем больше масса тела, тем эффективнее протекало ее снижение. Большинство больных удовлетворительно переносили предложенный курс лечения. Вместе с тем, у 51,3 % обследованных лиц в первые дни лечения в вечернее время отмечали чувство голода. Однако эти ощущения прошли самостоятельно и не требовали дополнительной коррекции питания. В процессе проводимой РДТ и РТ у всех пациентов наблюдалось улучшение самочувствия, уменьшились жалобы на жажду, сухость во рту.

Динамика антропометрических показателей у пациентов алиментарным ожирением представлена в таблице 2.

Данные коэффициенты до лечения превышали норму, что свидетельствовало о наличии у всех больных ожирения 1–3-й степени абдоминального типа.

Масса тела в среднем по группе составила до лечения  $90,1 \pm 4,1$  кг, после проведенного курса терапии —  $74,5 \pm 3,2$  кг, ИМТ до лечения в среднем по группе был равен

$32,3 \pm 1,4$  кг/м<sup>2</sup>, после лечения —  $26,7 \pm 1,1$  кг/м<sup>2</sup>, ОТ/ОБ уменьшился от 0,9 до 0,8 ( $P < 0,001$ ). Значения ОТ изменились в диапазоне от  $103,1 \pm 2,4$  до  $87,5 \pm 2,2$  см.

Таблица 2 — Результаты анализа антропометрических показателей до и после лечения

Показатель	До лечения	После лечения	Изменение, %
Масса тела, кг	$90,1 \pm 4,1$	$74,5 \pm 3,2^{***}$	17,4
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	$32,3 \pm 1,4$	$26,7 \pm 1,1^{***}$	17,3
ОТ, см	$103,1 \pm 2,4$	$87,5 \pm 2,2^{***}$	15,1
ОТ/ОБ	$0,9 \pm 0,1$	$0,8 \pm 0,0^{***}$	9,3

*Примечание.* <sup>1</sup> Достоверные различия с показателями после лечения ( $P < 0,001$ )

Изучение динамики средних значений антропометрии выявило тенденцию к статистически значимому снижению массы тела на 17,4 %, ИМТ — на 17,3 %, ОТ — на 15,1 %, ОТ/ОБ — на 9,3 %. Снижение массы тела за представленный период на фоне проводимого лечения объяснялось потерей избыточного количества жидкости и жировой ткани в массе тела вследствие активации липолиза и усиления основного обмена и связано с переключением организма на эндогенное питание с преимущественным использованием жиров как основного источника энергии [4].

### **Выводы**

1. Общедоступным, объективным и неинвазивным методом диагностики нарушенного липидного обмена явились антропометрические показатели, которые позволили формировать группы риска по метаболическому синдрому с дальнейшей возможной коррекцией РДТ и РТ. Окружность талии и абдоминальное ожирение, наряду с другими факторами риска, явились объектом для достижения целевых уровней.

2. Предложенная методика последовательной циклической схемы маложирной РДТ и РТ обусловила максимальную приверженность пациентов к дальнейшему продолжению лечения и одновременно вызывала стабильную редуцицию массы тела вследствие соблюдения физиологической суточной калорийности между периодами активного воздействия РТ.

3. Технология сочетанного применения РТ и РДТ позволила эффективно, безопасно и в более короткие сроки редуцировать массу тела, нормализовать антропометрические показатели, повысить уровень мотивации к продолжению лечения и сохранить долгосрочные результаты.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Антропометрические и гормонально-метаболические показатели при абдоминальном ожирении / А. А. Плохая [и др.] // Пробл. эндокринологии. — 2003. — № 4. — С. 18–22.
2. Дробышевская, В. А. Методика лечебного питания при алиментарном ожирении / В. А. Дробышевская // Проблемы здоровья и экологии. — 2005. — № 1. — С. 87–88.
3. ИРТ и РДТ при алиментарном и гипотиреоидном ожирении / Р. Г. Оганов [и др.] // Военно-мед. журн. — 1998. — № 10. — С. 81–82.
4. Компьютерная томография и антропометрические измерения в диагностике висцерального ожирения у мужчин / И. В. Дворяшина [и др.] // Пробл. эндокринологии. — 2001 — № 3. — С. 18–22.
5. The role of dietary fat in body fatness: evidence from a preliminary meta — analysis of ad libitum low-fat dietary intervention studies / A. Astrup [et all.] // Br. Nutr. — 2007. — Vol. 83, № 1. — P. 25–32.

**УДК: 614.2**

## **АНАЛИЗ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ ПРИ ОЦЕНКЕ РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

**Дубинин С. Е., Янченкова Е. М.**

**Государственное учреждение «Гомельский областной центр гигиены,  
эпидемиологии и общественного здоровья»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

Проводимые в соответствии с законодательством Республики Беларусь государственный санитарный надзор, гигиеническая экспертиза и аудит, гигиеническая паспортизация,