

ФИЗИКАЛНАТА ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИЕТО И ПРОФИЛАКТИКАТА НА НАДНОРМЕНОТО ТЕГЛО И МЕТАБОЛИТНИТЕ НАРУШЕНИЯ

Проф. д-р Иван Топузов

Катедра "Кинезитерапия", Югозападен университет, Благоевград,

Анализът на литературата показва, че в значителната си част изследователите и терапевтите по света, работещи по проблемите на затлъстяването и метаболитните нарушения, са се насочили към откриването на най-подходящите медикаментозни средства за вътрешно и външно приложение (1,9,10,11,12,13). Практиката показва, че те най-често довеждат до обща редукция на телесната и мастната маса, но не и до отстраняване на излишно-натрупаните тлъстини в областта на женския басейн (корема, ханша и бедрата), което допълнително подчертава тази част на тялото (3,5,7,8,19).

По-благоприятно и по-безопасно за пациентките е използването на средствата на физикалната терапия, които са по-природосъобразни и са доказали с векове и хилядолетия своята ефективност (2,15,16,20). Нашите изследвания са насочени именно в тази насока, като отдаваме приоритет на физическата активност (кинезитерапията) в комбинация с други физикални методи и средства (5,6,14,17,18).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

В 3-месечни курсове за рехабилитация са включени 281 жени на възраст 18-51 години. Всички са със затлъстяване от гиноиден тип I–III степен и целият (егематозна фибросклеротична паникулопатия) I–IIIб степен (8), с изходна телесна маса до 80 кг и средна релативна телесна маса 121,6%. Разделени са в пет групи в зависимост от прилаганите методи и средства. Рехабилитацията е провеждана в амбулаторни и санаториални условия. Наред с кинезитерапията при всички пациентки препоръчваме диетичен режим - хипоенергийно хранене. Енергийният дефицит е от около –800 ккал/ден - резултат на енергиен внос от около 1200 до 1600 ккал и енергоразход около 2000 до 2400 ккал/ден. Телесната маса бе определяна в кг с точност до 50 г и съпоставяна с таблицата на Шерман за жени. Освен обиколките на талията и ханша измервахме и тези на ниво хълбоци и бедро. От сумата на четирите обиколки изчисляваме бал на обиколките, който ни дава реална представа за размерите на женския басейн. Чрез Body Stat-1500 по метода на биоелектрическия импеданс определяхме мастната маса в % и кг и телесната вода в %. Определян беше и *целулитният бал* в точки (8). Резултатите са обработени статистически по метода на вариационния анализ.

РЕЗУЛТАТИ И АНАЛИЗ

1 група. Индивидуална кинезитерапия (контролна група).

Индивидуалната кинезитерапия в домашни условия включва гълги разходки (средно 5 км на ден), походи, излети и комплекс от упражнения за женския басейн, който се изпълнява 1 път дневно.

Наблюдаваните 73 жени, прилагащи индивидуална кинезитерапия в домашни условия и гореспоменатия диетичен режим (контролна група) показаха обща средна редуция на телесната маса 4,0 кг и на мастната маса - 2,3 кг. Резултатите за двата показателя са статистически значими ($p < 0,05$). Балът от телесните обиколки и целулитният бал не показват достоверни изменения ($p > 0,05$).

Следователно, индивидуалната кинезитерапия в домашни условия и хипоенергийният режим довеждат до умерена редуция на телесната и мастната маса, но не се отразяват съществено на размерите на женския басейн и на тежестта на целулита.

2 група. Индивидуална кинезитерапия и локална фитотерапия с антицелулитни балсами.

Пациентките (42) бяха подложени на индивидуална кинезитерапия в домашни условия и диетичен режим (както в контролната група). Антицелулитните балсами се прилагаха по 5 пъти седмично чрез мануален самомасаж в засегнатите от затлъстяването и целулита зони на тялото. Получи се умерена редуция на телесната и мастната маса, която не се различава статистически значимо от тази в контролната група ($p > 0,05$). Същевременно намалението на целулитния бал (-6,3 т.) е статистически достоверно, както спрямо началото на лечебния курс в тази група, така и спрямо контролната група.

Следователно, използването на антицелулитните балсами локално има положителен ефект и подпомага редуцията на целулитните образувания.

3 група. Индивидуална кинезитерапия и електротерапия.

Пациентките (48) изпълняваха диетично-двигателната програма на контролната група, като при тях бе приложена и комплексна електротерапия с апаратите целутрон, лимфатик-прес масаж, липотрон, вакуум и термоодеало. Процедурите бяха правени през ден - общо 12-15 на курс. Получи се статистически значима редуция на телесната и мастната маса ($p < 0,05$), на мастната още в края на 1 месец ($p < 0,05$), докато на телесната едва в края на 3 месец ($p < 0,05$). С мастната маса корелира и балът от четирите телесни обиколки - той също намаля значимо още в края на 1 месец ($p < 0,05$). За разлика от него, целулитният бал се понижи статистически значимо ($p < 0,05$) едва в края на 2 месец.

4 група. Индивидуална кинезитерапия и лазертерапия.

Рехабилитационният курс (с 51 жени) беше 3-месечен, но лазерпунктурните процедури се изпълняваха само през 1 месец - 15 процедури (по 5 седмично) в индивидуално подбраните биологично-активни точки (БАТ). Времетраене на облъчването в точка от 30 секунди до 1 минута. Най-често третираните БАТ бяха стомах 36 и дебело черво 14 - двустранно, а от аурикулярните: уста, стомах, черен дроб, глад, жажда и антистресова. Дифузното облъчване с мощност 20 мват и времетраене 20 минути обхващаше засегнатите зони от женския басейн. И след приключване на процедурите пациентките продължаваха да спазват препоръчания диетично-двигателен режим. В края на всеки месец провеждахме контролни прегледи с изследване на показателите. В резултат на приложеното лечение телесната маса бе редуцирана с 5,1 кг, а мастната - с 4,5 кг за трите месеца, като резултатите и за двата показателя стават статистически значими още в края на 2 месец ($p < 0,05$). Балът от четирите телесни обиколки и целулитният бал намаляха статистически значи-

мо ($p < 0,05$), като измененията и в двата показателя бяха най-големи през 1^{-ви} месец.

Следователно, в тази група измененията при всички изследвани показатели са най-големи през 1^{-ви} месец, следват тези през 2^{-ри}, а през 3^{-ти} те са най-малки – до нулеви. Това показва, че после-ефектът на лазерното въздействие не е по-дълготраен от 2 месеца, от което следва, че през 3 месец може да се предприеме нов подобен курс, ако няма противопоказания за това.

5 група. Специална кинезитерапия.

В амбулаторно-пробеждани рехабилитационни процедури бяха обхванати 67 жени. Използваният комплекс от упражнения се изпълняваше по три пъти седмично под контрола на кинезитерапевт. Времетраенето му, заедно с упражненията за вработване и бягането на място, бе между 45 и 60 минути. Получи се значителна редукция на телесната и мастната маса, като резултатите са статистически достоверни ($p < 0,05$). Достоверно намаляха балът от четирите телесни обиколки и целулитният бал ($p < 0,05$).

През 1^{-ви} месец отчетохме статистически значима дехидратация -2 л, ($p < 0,05$), докато в следващите два загубата на вода бе незначителна ($p > 0,05$). Същевременно липолизата показва активиране предимно през 2^{-ри} месец, резултат от което е достоверно намалената през този период мастна маса ($p < 0,05$). Анализът на резултатите, получени по месеци, показва, че редукцията на телесната маса е различна за всеки от трите месеца на лечението. Тя е най-голяма през 1^{-ви} месец, а през 3^{-ти} е незначителна ($p < 0,05$). Мастната маса намалява най-много през 2^{-ри} месец. **Може да се приеме, че редукцията на телесната маса през 1^{-ви} месец се дължи до голяма степен на дехидратация, докато през 2 месец тя се дължи предимно на липолиза.** Тежестта на целулита намалява едва през 3^{-ти} месец - резултат на настъпилата вече водна и мастна локална редукция на засегнатите зони, което облекчава тяхното отпичане и освобождаване от отпадни продукти, каквито са целулитните образувания. Това още веднъж потвърждава, че рехабилитацията на целулита, в сравнение със затлъстяването, изисква по-продължително, поне 3-месечно третиране.

Сравнителният анализ на резултатите от 3-месечната рехабилитация на затлъстяването от гиноиден тип и целулита с различни методи и средства показва следното: в петте групи по време на тримесечните рехабилитационни курсове изследваните показатели се променят различно. Промените зависят от една страна от приложените методи и средства и от друга – от различните периоди на проведени курс. Съществува асинхронност при помесечното проследяване на параметрите, като някои от тях се подобряват предимно в началото, а други към края на курса.

Следователно, рехабилитацията на затлъстяването от гиноиден тип и целулита с кинезитерапевтични процедури е по-ефективна, когато включва локални процедури за повлияване на засегнатите участъци и е с достатъчна продължителност във времето - трябва да продължава поне три месеца.

ИЗВОДИ

1. Рехабилитацията на гиноидното затлъстяване и целулита с индивидуална кинезитерапия и хипоенергийно хранене води до умерена редукция на телесната и мастната маса, но без значими изменения в областта на женския басейн.
2. Рехабилитацията на гиноидното затлъстяване и целулита е по-ефективна при съчетаването на кинезитерапия с локално-действащи физикални процедури в областта на женския басейн – масаж с антицелулитни средства, електротерапия и лазертерапия.
3. Кинезитерапията в съчетание с лазертерапия и електротерапия води до най-го-

ляма редукция на телесната и мастната маса и целулита в 1^{ви} месец от тримесечната рехабилитация – периодът на провеждане на комплексните процедури.

4. Специалната кинезитерапия води до значима редукция на телесната и мастната маса, телесната вода, телесните обиколки и тежестта на целулита, като редукцията на телесната маса се дължи на намаляване на телесната вода през 1^{ви} месец, и на редуциране на мастната маса през 2^{ви} месец.
5. При рехабилитацията на затлъстяването от гиноиден тип и целулита се наблюдават асинхронност във времето за повлияване на показателите и асинхронност в действието на различните методи и средства.

КНИГОПИС

1. Андреева-Гатева, Антиоксиганти и метаболитни сърдечно-съдови фактори, дисертация, София, 2002.
2. Попов, Б., Алтернативното хранене, Актуална липидология, 1, 2000, 25-27.
3. Попова, Д., Лептинът в патогенезата на затлъстяването, Конференция, Актуални проблеми на затлъстяването, София, 15.12.1997 г.
4. Станкушева, Т., Затлъстяване и ендокринни нарушения при жени, МФ, София, 1985.
5. Топузов, Ив., Д. Денчева, Етиопатогенеза и фитотерапия на целулита и затлъстяването от гиноиден тип, Клиника и предклиника, ЦИМ, 2000, XXXVI, 2, 3 – 11.
6. Топузов, Ив., Д.Ш.Стојмановска, Промени во структурата на телото по редукция на телесната маса со различни средства, Физичка култура, 28, 2000, 1-2, 84 – 86.
7. Топузов, Ив., Пубертетният целулит при девойките – прекурсор на затлъстяването от гиноиден тип при жените, Педиатрия, 2001, 2, 10 – 12.
8. Топузов, Ив., Ендокринни и метаболитни механизми участващи във формирането и поддържането на женския басейн, Ендокринология, 2001, 4, 14-20. Топузов, Ив., Женският басейн – моделиране с комплексна кинезитерапия, изд. “Св. Иван Рилски”, София, 2003.
9. Цанев, А., Т. Станкушева, Т. Драгиев, Лечение на липодистрофия с хепарин, В: “Хранене и затлъстяване”, София, БАН, 1974.
10. Цанев, А., В. Христов, Затлъстяване, София, МФ, 1986.
11. Atkinson, R.L., R.Blank, J. Loper, D. Shumacher, R. Lutes, Combined drug treatment of obesity, Obesity Research, Vol.3 , Suppl.4 Nov. 1995, 497S-500S.
12. Bray, G. A., Pharmacological treatment of obesity, Obesity Research, Vol.3 Suppl.4 Nov.1995 a, 415S-424S.
13. Bray, G, Fr, Greenway, Current and Potential drugs for treatment of obesity, Endocrine Rew, 1999, 20 (6): 805 – 875.
14. Dencheva, D., Iv. Topousov, Phytotherapy of cellulite and obesity of gynoideous type with anticellulite balsam, Second IPSF Sc. Symposium, Albena, BG, 3 – 7 Nov. 2000, 49.
15. Greenway, Fr., G. Bray, D. Heber, Topical fat reduction, Obesity Res, vol 3, Suppl 4, 1995, 561 S – 568 S.
16. Greenway, Fr., G. Bray, Regional fat loss from the thigh in obese women after adrenergic modulation, Clin Ther.,1987; 9 (6) : 663 – 669.
17. Topousov, Iv., Z. Goranova, Rehabilitation of cellulite and obesity of gluteofemorale type, International Scientific Congress, Katowice, October 20 – 22, 2000, 35 – 38.
18. Topousov, Iv., A. Nikolova, K. Bisharova, Physiotherapy and the topical fat reduction of the women pool, 3-rd Jubilee Congress of BAKR, 8-10 June 2001, Sofia, Bulgaria, Abstracts, 134 – 135.
19. Vernon, R.G.,Effect of diet on lipolysis and its regulation,Proc.Nutr.Soc.,51, 1992, 397 - 408.
20. Wurtman, J., R. Wurtman, Composition and method for losing weight, US pat 5595772, 1997.