Физическая реабилитация при ожирении (диплом)

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

Глава 1. Общие понятия об ожирении

1.1 Ожирение: определение

1.2 Распространенность заболевания

1.3 Этиология и патогенез заболевания

1.4 Клиника

1.5 Методы лечения: психотерапия, диетотерапия, медикаментозная терапия

Выводы по первой главе

Глава 2. Методы физической реабилитации при ожирении

2.1 Лечебная физическая культура

2.2 Массаж

2.3 Физиотерапия

2.4 Лечебно-верховая езда

Выводы по второй главе

Заключение

Библиографический список

ВВЕДЕНИЕ

Немногим более 10 лет назад на повестку дня, как в научном мире, так и в области практической медицины, встал вопрос о стремительном росте числа людей, страдающих избыточной массой тела и ожирением. Хотя ожирение как отдельное заболевание существует очень давно, но внимание общества к данной проблеме до недавнего времени оставалось крайне недостаточным.

Ожирение - серьезная медико-социальная и экономическая проблема современного общества. Актуальность ее определяется в первую очередь высокой распространенностью, так как четверть населения экономически развитых стран мира имеет массу тела, на 15% превышающую норму. По прогнозам экспертов ВОЗ, к 2025 году в мире будет насчитываться более 300 миллионов человек с диагнозом «ожирение». Предупреждение и лечение ожирения представляет важнейшую медицинскую, социальную, демографическую, государственную проблему. Настораживает и тот факт, что происходит «омоложение» этого вида патологии.

До последнего времени ожирение находится на первом месте среди заболеваний обмена веществ, однако при этом не является частой причиной обращений людей к врачу, так как пациенты зачастую не осознают важности борьбы с избыточным весом.

Несвоевременное и неадекватное лечение ожирения приводит к изменениям во всех внутренних органах и является причиной многих заболевания органов и систем, в том числе сердечно-сосудистой системы, инвалидизирующих людей в возрасте социальной активности.

Неблагоприятная ситуация в отношении здоровья населения в плане избыточного веса, сложившаяся в нашей стране, подчеркивает необходимость совершенствования медицинской помощи и реабилитационных мероприятий с целью улучшения этих показателей.

К сожалению, в обществе, да и в сознании некоторых врачей, еще сильны представления, что ожирение - это личная проблема человека, прямое следствие ленивой праздной жизни и непомерного переедания. Пожалуй, ни при какой другой болезни самолечение не практикуется с таким размахом как при ожирении.

Однако научно обоснованная и правильно организованная лечебно- профилактическая помощь больным с ожирением существенно влияет на физическую трудоспособность и социальные условия жизни людей. Большое значение при этом играет физическая реабилитация - лечебная физкультура, рефлекторно-сегментарный, точечный, вибрационный массаж, бальнеотерапия, физиотерапия и др.

К сожалению, последняя монография на русском языке, посвященная проблеме ожирения была издана в середине 80-х годов. С тех пор были получены новые сведения, и представления, в ней приведенные, были существенно пересмотрены или получили дальнейшее развитие.

На сегодняшний день стоит задача разработки новых наиболее эффективных методов физической реабилитации, способствующих пролонгированию периода поддержания достигнутого веса и улучшению качества жизни больных.

Предмет нашего исследования – ожирение как научная и медицинская проблема, а объект – методы физической реабилитации больных ожирением.

Цель нашего исследования – изучить современное состояние проблемы физической реабилитации при ожирении.

Для реализации поставленной цели сформулированы следующие задачи:

1) рассмотреть особенности ожирения как заболевания;

2) рассмотреть различные методы лечения при ожирении: психотерапию, диетотерапию, медикаментозную терапию;

3 определить наиболее эффективные методы лечебной физической культуры при ожирении;

4) рассмотреть другие методы физической реабилитации при ожирении, как то массаж, физиотерапию, лечебно-верховую езду.

Теоретико-методологической базой исследования послужили научные труды и публикации по лечебной физкультуре и физической реабилитации таких авторов, как В.И. Дубровский, В.А.Епифанов, С.Н. Попов, А.С. Темных и другие.

Тема ожирения в рамках реабилитации также является предметом многочисленных исследований. Отдельные аспекты заболевания рассмотрены в работах Е.А. Беюл, М.М. Гинзбурга, И.И. Дедова, Д.Я. Шурыгина и т.д.

Для написания работы нами использовались следующие методы исследования: изучение, обработка и систематизация теоретического и материала; эмпирические наблюдения, анализ сложившейся практики: формально-логические – индуктивные, дедуктивные, традуктивные умозаключения; содержательно-теоретические – анализ и синтез.

Работа состоит из введения, двух глав, заключения, библиографического списка.

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОНЯТИЯ ОБ ОЖИРЕНИИ

1.1 Ожирение: определение

Большинство определений рассматриваемого нами заболевания рассматривают ожирение как группу болезней и патологических состояний, характеризующихся избыточным отложением жира в подкожной жировой клетчатке и других тканях и органах, обусловленным метаболическими нарушениями, и сопровождающихся изменениями функционального состояния различных органов и систем [5, с. 12].

При этом некоторыми исследователями делается акцент на рецидивном и хроническом характере болезни. Так, например, А.С. Темных, А.Б. Муллер, Г.С. Несов понимают под ожирением хроническое заболевание обмена веществ, проявляющееся избыточным развитием жировой ткани, прогрессирующее при естественном течении, имеющее определенный круг осложнений и обладающее высокой вероятностью рецидива после окончания курса лечения [41, с. 147].

Наиболее часто применяемым диагностическим критерием ожирения является избыток общей массы тела по отношению к норме, установленной статистически. Однако подчеркнем, что величиной, во многом определяющей тяжесть течения заболевания, является не столько вес тела сам по себе, сколько избыток жировой массы. Этот избыток может существенно различаться даже у больных, имеющих одинаковый возраст, рост и вес. Последнее зависит от веса других компонентов тела и в частности от степени развития скелетной мускулатуры. В этой связи достаточно актуальна разработка и внедрение в клинику диагностических приемов, направленных на определение состава тела и именно массы жира.

Остается открытым вопрос, насколько статистическая норма массы тела соответствует физиологической норме? В последнее время на Западе большей популярностью пользуется показатель идеальной массы тела. Этот показатель был разработан по заказу медицинских страховых кампаний и по замыслу должен был определить, при какой массе тела наступление страховых случаев заболевание или летальный исход) наименее вероятны. Идеальная масса тела определяется с учетом конституции человека (нормостеническая, астеническая и гиперстеническая) [32, с. 60].

1.2 Распространенность заболевания

Характеризуя эпидемиологическую ситуацию в целом, можно указать, что в экономически развитых странах, включая Россию в среднем каждый третий житель имеет массу тела, превосходящую максимально допустимую. Показатели заболеваемости в разных странах несколько различаются, и определяется это не только различными условиями жизни и традициями питания, имеющими отношение к развитию ожирения, но и разными подходами к самому определению ожирения и отсюда с некоторой несопоставимостью оценок как факта наличия избыточной массы тела, так и степени ее выраженности.

Исследования эпидемиологии ожирения ведутся очень широко, и результаты этих исследований практически повсеместно весьма и весьма неутешительны. Фактически мы имеем дело с пандемией этого заболевания.

По данным E.А. Беюл и соавторов [5], в 70-е годы в СССР у 15-20% людей избыток массы тела превышал 15% от максимально допустимой нормы. В некоторых возрастных группах этот показатель был существенно выше, чем в среднем. Так, у женщин в возрасте 35-55 лет он приближался к 50%. Однако напомним, что эти данные относятся к 70 м годам и к Советскому Союзу. К сожалению, мы не смогли найти более поздних эпидемиологических оценок, посвященных России.

Что касается зависимости частоты ожирения от пола, то практически повсеместно женщины болеют или чаще мужчин, или, во всяком случае, не реже. Также наблюдается рост частоты ожирения у детей и подростков. Последнее важно еще и тем, что ожирение в этой возрастной группе является весьма значимым предиктором ожирения у взрослых.

Общеизвестна зависимость частоты ожирения от возраста. Она минимальна у детей и подростков. Далее как у мужчин, так и у женщин наблюдается рост заболеваемости ожирением, достигающий пика к 45-55 годам. В пожилом и старческом возрасте частота ожирения снижается. Последнее, по мнению большинства ученых, является мнимым и связано отнюдь не с обратным развитием жировых накоплений, а либо с изменением состава тела - с уменьшением мышечной массы при сохраненной жировой, либо с более ранней гибелью полных людей от сопутствующих заболеваний.

Ожирение чаще встречается у жителей крупных городов, чем в сельской местности. Ученые полагают, что данная зависимость обусловлена условиями трудовой деятельности. Действительно, труд в сельской местности обычно требует больших расходов энергии, чем в городах. Есть и прямые исследования, показывающие, что у занимающихся физическим трудом ожирение встречается реже, чем у работников умственного труда.

Выявляется зависимость частоты ожирения от уровня образования. В ряде исследований установлено, что ожирение тем вероятней, чем ниже уровень образования. Зависимость частоты ожирения от уровня образования на первый взгляд представляется парадоксальной, особенно если учесть, что люди с низким образованием чаще занимаются физическим трудом, а люди с высоким уровнем образования - умственным. Вероятней всего, причина связи высокого образования с более низкой частотой ожирения заключается в том, что образованные люди все таки лучше понимают вред ожирения для здоровья, лучше разбираются в жирогенных свойствах тех или иных продуктов питания и, соответственно, соблюдают посильные самоограничения, препятствующие нарастанию избыточного веса.

У детей выявляется довольно интересная зависимость между школьной успеваемостью и заболеваемостью ожирением. Показано, что дети, имеющие ожирение, характеризуются в среднем более высокой успеваемостью, чем их худые сверстники. Причина более высокой успеваемости детей с ожирением скорее всего кроется в том, что опять же в силу избыточного веса они реже участвуют в играх и, следовательно больше времени проводят за подготовкой к урокам. Исследователи полагают, что более высокая успеваемость полных детей может быть и следствием их стремления усилить свой социальный статус, сниженный, по их мнению, из-за полноты [5, с. 98].

Эпидемиологические исследования позволяют выявить еще одну закономерность. Речь идет о так называемом семейном ожирении. Степень выраженности ожирения у детей довольно четко коррелирует с ожирением у их родителей. Причем, как отметили некоторые авторы, эта связь выражена сильнее чем связь ожирения у детей с потреблением ими энергии или двигательным режимом. Более тесно ожирение у детей связано с ожирением у матери, чем с ожирением у отца. Так, при ожирении у отца вероятность развития этого заболевания у детей составляет 50%. Если ожирением больна мать, то дети будут иметь избыточный вес с вероятностью 60%, наконец, если ожирением больны и отец и мать, то у детей оно разовьется с вероятностью 80% [47, с. 105].

1.3 Этиология и патогенез заболевания

Многочисленные этиологические факторы можно разделить на экзогенные (переедание, снижение двигательной активности) и эндогенные (генетические, органические поражения ЦНС, гипоталамо-гипофизарная область) [47, с. 144]. В настоящее время установлено, что регуляция отложения и мобилизации жира в жировых депо осуществляется сложным нейрогуморальным (гормональным) механизмом, подкорковые образования, симпатическая и парасимпатическая нервные системы и железы внутренней секреции. На жировой обмен оказывают выраженное влияние стрессовые факторы (психическая травма) и интоксикация ЦНС.

Регуляции поступления пищи осуществляется пищевым центром, локализованным в гипоталамусе. Поражения гипоталамуса воспалительного и травматического характера приводят к повышению возбудимости пищевого центра, повышенному аппетиту и развитию ожирения. В патогенезе ожирения определенная роль принадлежит и гипофизу. Говоря о развитии ожирения, нельзя недооценивать значение гормональных факторов, поскольку процессы мобилизации отложения жира тесным образом связаны с функциональной активностью большинства желез внутренней секреции. Сниженная двигательная активность естественно ведет к снижению энерготрат и неокислившиеся жиры в большинстве случаев откладываются в жировых депо, что ведет к тучности.

Ожирение является серьезным заболеванием, нуждающимся в специальном лечении, оно может существенно влиять на все важнейшие органы и системы, являясь фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ишемическая болезнь сердца, атеросклероз, гипертоническая болезнь), например, сердечной недостаточности. Кроме того, существует зависимость между степенью ожирения и выраженностью дыхательной недостаточности. Высокое стояние диафрагмы у лиц с ожирением уменьшает ее экскурсию и способствует развитию воспалительных процессов (бронхит, пневмония, ринит, трахеит) в бронхолегочной системе. Выявляются заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический холецистит, желчнокаменная болезнь, хронический колит). Печень у таких больных обычно увеличена вследствие жировой инфильтрации и застоя. Из-за ожирения возрастает статическая нагрузка на опорно-двигательный аппарат (суставы нижних конечностей, позвоночник), возникают артрозы коленных и тазобедренных суставов, плоскостопие, грыжи межпозвоночного диска (остеохондроз). Развивается диабет, возникают нарушения менструального цикла, аменорея, бесплодие, подагра. Ожирение может лежать в основе функциональных нарушений деятельности нервной системы (ослабление памяти, головокружения, головные боли, сонливость днем и бессонница ночью). Возможно возникновение депрессивного состояния: жалобы на плохое самочувствие, переменчивость в настроении, вялость, сонливость, одышка, боли в области сердца, отеки и т.п. [14, с. 4-8]

Можно утверждать, что при наличии ожирения достоверно увеличивается частота развития злокачественных опухолей некоторых локализаций. Показано, что у больных с ожирением значительно чаще, чем у худых, развивается рак почки, рак толстой кишки, рак легких, рак молочных желез и опухоли женской половой сферы. Механизм связи ожирения и рака остается не выясненным, как, кстати, и сами механизмы опухолевого роста. Полагают, что развитию, например, рака толстой кишки при ожирении способствует жирная еда и гиподинамия, а повышение частоты рака яичника или молочной железы увеличивается в следствии нарушения обмена половых гормонов, которое может наблюдаться при ожирении.

Ожирение существенно влияет на среднюю продолжительность жизни. Известно, что больные ожирением 3-4 степени живут в среднем на 15 лет меньше.

Все сказанное выше, позволяет взглянуть на ожирение как на болезнь эволюции человека или как на болезнь современного образа жизни. Действительно, столь высокую распространенность ожирения в популяции экономически развитых стран нельзя объяснить, не принимая в расчет некоторых особенностей современного образа жизни, существенных для развития ожирения. По аналогии с инфекционными заболеваниями можно говорить о пандемии ожирения, выделяя в качестве пандемических факторы, способствующие его развитию. Это, прежде всего, малоподвижность и питание с большим количеством жирных продуктов. Увеличение частоты ожирения в последнее время напрямую связано с усилением действия именно этих факторов.

1.4 Клиника

К сожалению, до настоящего времени нет единого мнения о том, каков должен быть избыточный вес, чтобы можно было говорить об ожирении. В отечественной медицине принято определять избыток веса по таблицам Личутина - Левицкого, где для мужчин и женщин в разных возрастных группах приведены данные о так называемой максимально допустимой массе тела. Любое превышение данной величины следует считать избыточным весом. Об ожирении же следует говорить только в том случае, когда избыток веса превышает норму более чем на 10% [5, с. 112].

В медицине большинства стран Запада избыточный вес определяют исходя из индекса массы тела или индекса Кетле - отношения массы тела, выраженной в килограммах к квадрату роста в метрах (высота роста минус 100 соответствует нормальной массе). Полагают что для людей в возрасте 20-55 лет, имеющих рост близкий к средним значениям (мужчины - 168-188 см и женщины 154-174 см) индекс Кетле довольно точно отражает ситуацию [5, с. 124]. При этом принимают во внимание, что в возрасте свыше 30 лет масса тела может быть больше у мужчин на 2,5-6 кг, у женщин - на 2,5-5 кг, особенно с учетом объема грудной клетки (узкая, широкая, нормальная).

Большое клиническое значение имеет не только степень выраженности ожирения, но и распределения жира. Действительно, в тех случаях, когда основная масса жира расположена на туловище и в брюшной полости, значительно возрастает вероятность развития осложнений, связанных с ожирением (гипертоническая болезнь, ИБС, ИНСД).

Довольно простой и достаточно точный критерий, отражающий ситуацию с распределением жира, определяется как отношение длин окружностей талии и бедер. Полагают, что в норме у женщин этот показатель не превышает 0,8, а у мужчин - 1,0. Как было установлено в недавних исследованиях, довольно точно ситуацию с абдоминальным накоплением жира характеризует размер окружности талии. При этом желательно, чтобы окружность талии у мужчины была меньше 94 см, а у женщин она не превышала 80 см [5, с. 107].

В настоящее время наиболее распространена классификация по Д.Я Шурыгину, учитывающая полиэтиологичность ожирения. Она включает в себя:

1) формы первичного ожирения: алиментарно-конституциональную и нейроэндокринные (гипоталамо-гипофизарная; адипозо-генитальная дистрофия), встречающиеся у детей и подростков;

2) формы вторичного (симптоматического) ожирения: церебральная, эндокринная [47, с. 68].

По характеру течения ожирение делится на прогрессирующее, медленно прогрессирующее, стойкое и регрессирующее.

Исследователь В.И. Дубровский отдельно рассматривает классификацию первичного, алиментарного ожирения, являющегося самым распространенным на сегодняшний день. Такое ожирение возникает при избыточном питании высококалорийной пищей, содержащей жиры и углеводы. И усугубляется оно в основном малой физической активностью.

Вторичным исследователь называет ожирение, которое проявляется при заболеваниях желез внутренней секреции и ЦНС.

При первичном ожирении он различает четыре степени:

I степень - масса тела на 15-29 % выше нормального;

II степень - на 30-49 %;

III степень - на 50-100 %;

IV степень - более 100 % [29, с. 56].

1.5 Методы лечения: психотерапия, диетотерапия, медикаментозная терапия

Психотерапевтическая коррекция веса в нашей стране не получила пока широкого распространения. Возможно, причина этого явления коренится в первую очередь в страхе населения перед любым врачом, в названии специальности которого звучит приставка «психо». Кроме того, услуги психотерапевта объективно дороги. Ими могут воспользоваться немногие «солидные клиенты».

Психотерапевтическая коррекция избыточного веса имеет ряд неоспоримых преимуществ по сравнению с другими способами. Кроме оказания чисто психотерапевтической помощи, психотерапевт, являющийся квалифицированным сертифицированным врачом, способен выявить у своих клиентов терапевтическую и эндокринологическую патологию и направить их к профильным специалистам. Курс лечения у психотерапевта менее продолжителен, чем, к примеру, курс приема пищевых добавок, используемых для тех же целей. При грамотном отборе клиентов эффективность лечения составляет около 80%. Кроме того, использование психотерапии никак не исключает лечения у специалиста диетолога и гимнастики. В то же время, как любой метод лечения, психотерапия имеет свои показания и противопоказания, которые врач должен оценить прежде, чем примется за реализацию терапевтической программы.

Ч. Цитренбаум [43] не рекомендует браться за лечение людей

‑ переживающих острую психотравмирующую ситуацию;

‑ обращающихся за лечением по настоянию (или ради) третьих лиц;

‑ недостаточно мотивированных, перепробовавших «тысячу верных способов», и желающих доказать (в первую очередь, себе), что и психотерапия им не поможет;

‑ имеющих незначительный избыток веса (лечение будет подкреплять их навязчивое представление об избыточном весе).

По мнению Л.О. Пережогина [32] работа с пациентом должна начинаться с первого звонка. Первая беседа с врачом будет иметь для него решающее значение в выработке позитивных установок.

Перед первым сеансом пациенту необходимо дать «домашнее задание». Оно включает разработку индивидуальной диеты, комплекса физических упражнений, рассчитанного на 30-40 минут в день, если это необходимо, его просят проконсультироваться с терапевтом, эндокринологом и диетологом.

На первом сеансе осуществляется подстройка к пациенту, корректируется его диета и комплекс упражнений. Выясняются особенности его истории, параллельно рассказываются терапевтические истории. Дается инструкция взвешиваться еженедельно на одних и тех же весах. Пациенту необходимо объяснить сущность используемого терапевтического метода, и если вы видите его готовность к терапии, можно дать ему возможность испытать состояние транса.

Перед вторым сеансом необходимо поставить пациенту условие похудеть на несколько килограммов, используя диету и гимнастику. Это подкрепляет его мотивацию и создает уверенность в успехе. Максимально насыщен собственно терапевтической работой второй сеанс. Используются такие техники, как якорение, рефрейминг, прямые и косвенные воздействия и т.д. Оставшиеся 4-5 сеансов должны фиксировать достигнутый успех. В ходе их пациентов желательно обучить самогипнозу. Это весьма надежный способ предотвращения рецидивов.

Избавление от избыточной жировой массы становится нереальной задачей, если человек получает с пищей значительно больше калорий, чем тратит. Превышение суточной калорийности пищи над энерготратами всего лишь на 200 ккал приводит к увеличению резервного жира в организме на 10-20 г в день и на 3,5-7,2 кг в год. Не случайно в борьбе с избыточным весом первоочередное внимание уделяется рационализации питания, особенно приведению к норме жировых и углеводных компонентов пищи, учета необходимого баланса между «приходом» и «расходом» энергии. Энергетические потребности человека зависят от различных факторов: основного обмена он индивидуален для каждого человека, типа активности, климатических условий, наследственных факторов и т.д. [8, 24].

begun Стать партнером Дать объявление

Работа с 1 С.

Размести резюме и работа сама найдет тебя. Быстро и эффективно!

omsk.hh.ru • Омск Оптом от "Промпоставки"

Пряности. Орехи. Специи. Добавки и ингредиенты! Сушеные овощи и травы!

prompostavka.ru • Омск

Основной обмен ‑ это энерготраты организма в состоянии полного покоя, натощак. В среднем он составляет 1 ккал в 1 час на 1 кг веса тела. Более точно его можно определить по специальным таблицам [2].

По данным К. Купера (1995) уровень основного обмена изменяется в зависимости от калорийности питания. При ужесточении диеты уже через 2-3 недели наблюдается уменьшение основного обмена. Иными словами, организм - подвижная система, он быстро привыкает к различным изменениям. Еще более ужесточается диета – ужесточается и экономия основного обмена. На практике это часто приводит к тупиковым ситуациям [24].

Например, если человек, которому для идеального веса необходимо в сутки 2000 ккал, переходит на трехмесячную диету с потреблением 300-500 ккал в день, то его обмен веществ приспосабливается к более низкому числу калорий. К третьей неделе перестроенный обмен веществ поддерживает вес человека уже только при 1000 ккал в день. Предположим, цель достигнута, и после этого человек переходит к 1500 ккал в день. И с удивлением замечает, что даже при таком умеренном питании прибавляет полкилограмма в неделю, хотя теперь потребляет даже меньшее количество калорий, чем до диеты. Пониженный уровень обмена веществ, приводящий к быстрому набору веса, может целый год после завершения диеты оставаться неизменным. Вот почему многие из моих тучных пациентов после частого применения ограничительных диет менее жалуются, что прибавляют в весе даже больше, чем раньше. Чтобы избежать всего этого, надо постоянно придерживаться ограничительной диеты и сочетать ее с физической нагрузкой [24].

Серьезной проблемой является выбор диеты. Большинство из них научно не обоснованно, и снижение веса обходится за счет значительного ослабления организма, вызванного недостатком некоторых питательных веществ. Часто новомодные диеты приносят больше вреда, чем пользы. Поэтому, чтобы избежать полноты, нужно есть минимальное количество пищи, необходимое для утоления чувства голода, а также питаться рационально и сбалансированно, используя биологически полноценные продукты. Изучение несбаланси-рованных рационов питания, из которых последовательно выводились углеводы, жиры, белки, свидетельствует о значительном снижении работоспособности мышц, особенно в тех случаях, когда в рационе уменьшалось количество белков. Специальные тесты неизменно выявляли при этом также ухудшение слуха, зрения и точности произвольных движений.

Избавляться от лишних килограммов нужно постепенно, так как резкое похудание может иметь серьезные отрицательные последствия: ухудшение самочувствия, ослабление мышечного тонуса, депрессию и т.д. В диетологии действует мудрое правило, ограничивающее потерю массы тела 0,5 кг в неделю, то есть около 2 кг в месяц. Кроме того, медиками доказано, что только те килограммы, которые теряются медленно и методично, набрать вновь очень трудно [19].

В.И. Белов (1994) приводит следующие рекомендации по снижению массы тела [4]:

1. В течение всего периода перехода на новый низкокалорийный рацион питания нужно выработать привычку есть не спеша и вставать из-за стола с небольшим чувством голода, так как насыщение через кровь происходит примерно через 30 минут после начала приема пищи.

2. Исключить из рациона питания бесполезные продукты с так называемыми «пустыми» калориями: сахар, конфеты, пирожные, алкоголь. Ограничить употребление соли, сливок, сметаны, молока с высоким содержанием жира, сливочного масла и других животных жиров, мучных и макаронных изделий, картофеля, каш, варенья. Соли требуется всего 4-5 г в день.

3. Стараться употреблять как можно более однообразную пищу в один прием. При таком питании насыщение происходит быстрее, а усвоение пищи протекает гораздо эффективнее. Для этого нужно развести во времени употребление продуктов, которые лучше усваиваются в отдельности - хлеб, молоко, виноград, яблоки и другие фрукты (кроме груш). В разовый рацион включать продукты, хорошо сочетающиеся и дополняющие друг друга. Например, белковую пищу (мясо, рыбу, яйца, творог) сочетать с любой зеленью и овощами, кроме картофеля; крахмалистую пищу (хлеб, каши, картофель, макароны) ‑ с зеленью и овощами (но не с белками). Особенно вредны для пищеварения сладкие десерты: пока переваривается первое блюдо, сладости в организме подвергаются брожению, превращаясь в спирт и уксус. Поэтому употребление фруктов и меда целесообразно выделить в отдельный прием пищи. Если это правило не соблюдать, то значительная часть пищи будет разлагаться, вызывать раздражение желудка, в результате чего человек постоянно испытывает ложное чувство голода, часто принимает пищу и постоянно переедает. Разнообразие в питании при таком рационе должно обеспечиваться за счет включения в меню различных продуктов в течение суток, недели или месяца.

4. Употреблять ежедневно продукты, способствующие расходованию жиров из резервов организма: капусту, морковь, свеклу, зеленый салат. Отдавать предпочтение растительному маслу и хлебу грубого помола.

5. Принимать пищу следует не по расписанию, а тогда, когда наступает чувство голода. Привычка питаться в одно и то же время приводит к тому, что из-за выработки временного пищевого рефлекса приходится съедать лишние порции, совершенно не нужные организму. По этой же причине лучше не завтракать сразу после сна, а дождаться появления чувства голода. На это может потребоваться несколько часов. Последний прием пищи должен быть не позже 18-19 часов. Доказано, что продукты, поступившие в организм в дневные часы, расходуются на обеспечение жизнедеятельности человека, а в вечерние - откладываются в виде жира.

6. После выполнения физической нагрузки рекомендуется не принимать пищу хотя бы в течение 1 часа, так как жиры продолжают сгорать и после физической нагрузки. Нужно помнить, что большая физическая нагрузка снижает аппетит, а малая ‑ повышает.

7. Прекрасным дополнительным средством для профилактики и лечения ожирения является кратковременное (1-3 дня) голодание. Оно эффективно только в том случае, если его проводить регулярно: 24-36 часов раз в неделю и 2-3 дня раз в месяц ‑ полный отказ от пищи. Более длительное голодание рекомендуется применять только под контролем специалиста или в клинике. Когда пища не поступает в организм, он реализует свои внутренние запасы. Причем в наибольшей степени расходуются жировые ткани.

Во время похудения организм использует накопленные жиры, часть мышечной ткани, активно избавляется от шлаков. При окислении жиров образуются кетоновые тела, что повышает кислотность крови. Расщепление белков повышает уровень мочевых кислот. Возникающая интоксикация приводит к дополнительной потере жидкости, нарушению обменных Процессов, замедляя потерю веса. Именно поэтому при соблюдении диет необходимо пить больше, чтобы эффективно выводить продукты метаболизма из организма. Обезвоживание ухудшает очистительные и выделительные функции организма, повышает тромбообразование, снижает функциональную активность почек, приводя к камнеобразованию.

Первое, чему необходимо научиться современному человеку, ‑ своевременно утолять жажду чистой водой из природных источников, выпивая ее не менее 1 литра в день. Это актуально как для людей с нарушениями обмена веществ, так и для здоровых. Пить лучше всего за полчаса до еды и через 1,5-2 часа после еды. Избыток воды, поступивший с пищей, смешиваясь с желудочным соком, снижает его концентрацию и ухудшает пищеварение [44].

Медикаментозная терапия ожирения показана при индексе массы тела (ИМТ) 27 кг/м2 и более. Лекарственные препараты рекомендуют назначать пациентам с ожирением только в составе комплексной программы лечения, которая должна включать диетотерапию, физические нагрузки, коррекцию поведения и режима питания, что позволяет повысить эффективность снижения массы тела. Она осуществляется под наблюдением опытных врачей (эндокринолога, диетолога, терапевта, семейного доктора).

При этом не рекомендуют использовать медикаментозные препараты для лечения ожирения в косметологических целях и в тех случаях, когда снижение массы тела возможно без их применения. Медикаментозное лечение противопоказано беременным и кормящим, пациентам с декомпенсацией сердечно-сосудистой патологии, неконтролируемой артериальной гипертензией, психическими нарушениями и некоторыми другими состояниями. Кроме того, у части больных снижение массы тела может быть временно противопоказано

Медикаментозные средства, применяемые для снижения массы тела, подразделяют на две основные группы:

1) препараты для подавления аппетита;

2) препараты, уменьшающие всасывание питательных веществ из кишечника (диетические корректоры).

Также выделяют ряд других препаратов, включающих микроэлементы, витамины, аминокислоты, пептиды, гормоны и др.

При первичном назначении препаратов для уменьшения массы тела рекомендуется прибегать к месячному пробному курсу лечения. Этот период позволяет оценить чувствительность пациента к применяемой терапевтической схеме. Если пациент не похудел в течение данного периода, дальнейшее лечение этим препаратом, по-видимому, будет неэффективно даже при использовании максимальных доз [19].

Выводы по первой главе

Ожирение – это как группа болезней и патологических состояний, характеризующихся избыточным отложением жира в подкожной жировой клетчатке и других тканях и органах, обусловленным метаболическими нарушениями, и сопровождающихся изменениями функционального состояния различных органов и систем. Отмечен рецидивный и хроническом характер болезни. Наиболее часто применяемым диагностическим критерием ожирения является избыток общей массы тела по отношению к норме, установленной статистически.

Существует несколько классификаций ожирения: по полиэтиологичному признаку, по характеру течения, по степени развития.

Судя по данным различных исследований, на сегодняшний день мы имеем дело с пандемией этого заболевания.

Причины ожирения можно разделить на экзогенные (переедание, снижение двигательной активности) и эндогенные (генетические, органические поражения ЦНС, гипоталамо-гипофизарная область).

Ожирение является серьезным заболеванием, нуждающимся в специальном лечении, оно может существенно влиять на все важнейшие органы и системы, являясь фактором риска развития самых различных заболеваний.

Методы лечения ожирения подразделяются на физические, психотерапевтические, медикаментозные и диетотерапию.

В первой главе мы кратко рассмотрели психотерапевтические и медикаментозные методы и диетотерапию.

ГЛАВА 2 МЕТОДЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ОЖИРЕНИИ

2.1 Лечебная физическая культура

Снижение объема физической активности, вследствие урбанизации и автоматизации процессов труда при высоком уровне психоэмоционального напряжения оказывает неблагоприятное влияние на деятельность различных органов и систем. Поэтому повышение массы тела является фактором риска развития артериальной гипертонии, сахарного диабета, ишемической болезни сердца, атеросклероза и других сопутствующих заболеваний [9, с. 3].

Как было сказано выше, одной из основных причин возникновения ожирения наряду с нарушением режима питания является снижение физической активности человека, поэтому проведение реабилитации с использованием физических упражнений при данном заболевании представляется достаточно аргументированным.

Активная физическая деятельность, регулярные занятия физической культурой и спортом играют важную роль в поддержании нормального веса. Лечебное влияние физических упражнений при ожирении осуществляется в основном по механизму трофического действия. Физические упражнения оказывают общетонизирующее влияние на организм и нормализующее воздействие на нервную и эндокринную регуляцию всех трофических процессов, способствует восстановлению нормальных моторно-висцеральных рефлексов, что приводит к нормализации нарушенной функции.

Физические упражнения, тонизируя ЦНС, повышают и активность желез внутренней секреции, активность ферментативных систем организма. Специально подбирая физические упражнения, можно воздействовать преимущественно на жировой, углеводный или белковый обмен. Так, длительно выполняемые упражнения «на выносливость» увеличивают энерготраты организма за счет сгорания углеводов и жиров; силовые упражнения влияют на белковый обмен и способствует восстановлению структур тканей, в частности при дистрофиях, вызванных нарушением питания и адинамией. Специфическое лечебное действие физических упражнений может проявляться и по механизму формирования компенсаций [41. с. 257].

В основе проведения занятий физическими упражнениями лежит принцип определения величины предельных нагрузок, установление допустимого их уровня и адаптация занимающихся к постепенно возрастающим нагрузкам. Для обеспечения эффективности тренирующих занятий необходимо активизировать функциональные резервы сердечнососудистой системы. К сожалению, среди большого количества методик расширения двигательной активности людей недостаточно четко определены критерии величин предельных нагрузок с учетом функционального статуса каждого занимающегося. Каждый этап реабилитации должен строится исходя из индивидуальных возможностей пациентов, а значит необходимо составлять план тренирующих нагрузок на оптимальном уровне, т.е. в каждом конкретном случае установить индивидуальную поэтапную программу занятий физическими упражнениями [26, с. 25]. Среди большого количества работ не найдено общепринятых методик занятий физическими упражнениями, отсутствует классификация самих физических упражнений, а так же имеются противоречивые данные по поводу точных методик контроля и регуляции физических нагрузок в соответствии состояния занимающихся, т.е. не осуществляется оптимального педагогического контроля при проведении групповых занятий лечебной гимнастики с людьми, страдающими избыточной массой тела.

Все вышесказанное требует еще раз заострить внимание на методике проведения занятий физическими упражнениями при ожирении в соответствии с состоянием каждого занимающегося, на разработке методик индивидуальных программ физических нагрузок, а так же на конкретных методиках по этапам физической реабилитации [13].

При лечении и реабилитации больных с ожирением применяется комплекс методов, важнейшими среди которых являются физические упражнения и диета, направленный на выполнение следующих задач:

- улучшение и нормализацию обмена веществ, в частности, жирового обмена;

- уменьшение избыточной массы тела;

- восстановление адаптации организма к физическим нагрузкам;

- нормализация функций сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и других систем организма, страдающих при ожирении;

- улучшение и нормализация двигательной сферы больного;

- повышение неспецифической сопротивляемости [35, с. 165].

Важное место в лечении и реабилитации при ожирении занимает рациональное питание с ограничением жиров и углеводов. Количество жира в суточном рационе снижают до 0,7 – 0,8 г/кг, при этом должны присутствовать растительные жиры (1,3 – 1,4 г/кг), резко ограничивают количество углеводов – до 2,5 – 2,7 г/кг (суточная норма 5,2 – 5,6 г/кг), прежде всего за счет исключения сахара, хлеба, кондитерских изделий, сладких напитков и др. Количество белков в пище остается нормальным – 1,3 – 1,4 г/кг или немного выше, что предупреждает потери тканевого белка, повышает энерготраты за счет усвоения белков, создает чувство сытости. В рационе питания кроме того нужно предусмотреть:

1) ограничение в суточном приеме свободной жидкости до 1 – 1,2 л, что усиливает распад жира как источника «внутренней» воды;

2) ограничение количества поваренной соли до 5 – 8 г в день. Пищу готовят почти без соли, добавляя ее во время еды, исключают соленые продукты;

3) исключение алкогольных напитков, которые ослабляют самоконтроль за потреблением пищи и сами являются источником энергии;

4) исключение возбуждающих аппетит блюд и продуктов: пряностей, крепких бульонов и соусов;

5) режим 5 – 6 разового (дробного) питания с добавлением к рациону между основными приемами пищи овощей и фруктов;

6) употребление в питании продуктов (чернослив, курага, свекла), способствующих нормальному опорожнению кишечника, с этой целью хороший самомассаж живота, ползание на четвереньках [30, c. 117].

Необходимым условием успешного лечения, а тем более восстановления больных ожирением является правильный режим двигательной активности. Метод лечебной физкультуры является патогенически обоснованным, а потому важным и неотъемлемым элементом комплексной реабилитации больных ожирением. При выборе физических упражнений, определении скорости и интенсивности их выполнения следует учитывать, что упражнения на выносливость (длительные умеренные нагрузки) способствуют расходу большого количества углеводов, выходу из депо нейтральных жиров, их расщеплению и преобразованию. ЛФК назначается во всех доступных формах, подбор их должен соответствовать возрастным и индивидуальным особенностям больных, обеспечивая повышенные энерготраты. Целесообразно использование физической нагрузки средней интенсивности, способствующей усиленному расходу углеводов и активизации энергетического обеспечения за счет расщепления жиров.

В.И. Дубровский [17] считает, что при правильном комплексном лечении, включающем физические упражнения и рациональную диету, все проявления ожирения исчезают, особенно при первичной, алиментарной, форме.

По его мнению, задачи лечебной физкультуры состоят в следующем:

- стимулировать обмен веществ, повышая окислительно-восстановительные процессы и энергозатраты;

- способствовать улучшению нарушенного функционального состояния сердечно-сосудистой системы и дыхания;

- снизить массу тела больного в сочетании с диетотерапией;

- повысить физическую работоспособность;

- способствовать нормализации жирового и углевидного обмена.

Методика физической реабилитации лиц с ожирением В.И. Дубровского учитывает как показания, так и противопоказания к назначению лечебной физкультуры в соответствии со степенью развития заболевания.

Так, показаниями к назначению лечебной физкультуры служат первичное и вторичное ожирение I, II, III, IV степеней. В этом случае возможны утренняя гигиеническая гимнастика, лечебная гимнастика, упражнения на тренажерах, дозированные прогулки по ровной местности и с восхождениями (терренкур), специальные упражнения в бассейне, плавание в открытых водоемах, бег, туризм, гребля, катание на велосипеде, лыжах, коньках, подвижные и спортивные игры.

Противопоказания касаются в основном занятий на тренажерах:

- ожирение любой этиологии IV степени;

- сопутствующие заболевания, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения II и III стадии;

- гипертензионные и диэнцефальные кризы;

- обострения калькулезного холецистита;

- повышение АД выше 200/120 мм рт. ст.;

- урежение пульса до 60 ударов в минуту.

Другие формы лечебной физкультуры противопоказаны при гипертензионных и диэнцефальных кризах, обострении сопутствующих заболеваний.

В лечебной физкультуре общая физическая нагрузка должна быть субмаксимальной и индивидуализированной в соответствии с функциональными возможностями организма больного. Для достижения наибольшего эффекта различные формы лечебной физкультуры должны чередоваться в течение дня. Продолжительность каждой процедуры лечебной гимнастики - от 5 до 45-60 мин. В лечебной гимнастике следует использовать предметы и снаряды- медицинболы (1-4 кг), гантели (1-3 кг), эспандеры и т. д. [28, с. 311]

Наибольший эффект снижения массы тела и улучшения функционального состояния сердечно-сосудистой системы у больных первичной формы - I степени вызывают упражнения на тренажерах (велотренажер, гребной велоэргометр, тредмил - беговая дорожка). Больным со II степенью ожирения в возрасте до 40 лет, имеющим функциональные изменения сердечно-сосудистой системы или признаки миокарднодистрофии при сопутствующей гипертонической бряезни не выше I стадии либо артериальной гипертензии, ранее занимавшихся физической культурой или спортом, следует рекомендовать во время занятий на тренажерах физическую нагрузку, вызывающую прирост частоты сердечных сокращений на 75 % от исходной частоты сердечного ритма (в покое), при этом следует 5 мин нагрузки чередовать с 3-минутными паузами для отдыха. Продолжительность одного занятия - от 30 до 90 мин, а курс - 18-20 процедур [28, с. 313-314].

У больных с ожирением III степени и с сопутствующими заболеваниями (гипертоническая болезнь На стадии в фазе ремиссии, недостаточность кровообращения не выше I стадии), физически не подготовленных в возрасте до 60 лет во время занятий на тренажерах рекомендуют физическую нагрузку, вызывающую прирост частоты сердечных сокращений на 50 % от исходной частоты сердечного ритма (в покое). При этом следует чередовать 8-минутные нагрузки с 5-минутными паузами для отдыха. Продолжительность занятия - от 20 до 60 мин. На курс - 18-20 процедур [28, с. 315].

Занятия на тренажерах целесообразно сочетать с лечебной гимнастикой, специальными физическими упражнениями в бассейне для воздействия на мышцы брюшного пресса и другими формами лечебной физкультуры.

Бег в течение 1-2 мин следует чередовать с ходьбой и дыхательными упражнениями. Прогулки следует проводить 2-3 раза в течение дня, начиная с 2-3 км и достигая постепенно 10 км в день (дробно).

Во время прогулок можно чередовать медленную ходьбу с ускоренной (50-100 м), после чего рекомендуются дыхательные упражнения и спокойная ходьба. Постепенно ускоренную ходьбу увеличивают до 200-500 м. После тренировки в течение 2-3 мес. показан бег трусцой, начиная с 25-50 м и постепенно увеличивая до 300-500 м за счет нескольких пробежек в течение дня. Бег разрешается в любое время дня, а также вечером.

В.И. Дубровский также рекомендует в качестве еще одного средства самомассаж как самостоятельное воздействие, а также в процедурах лечебной гимнастики. Самомассаж, по его мнению, увеличивает энерготраты и снижает массу тела.

Другой исследователь, С.Н. Попов, разработал целый комплекс занятий лечебной физкультурой в виде макроциклов, которые подразделяются на два периода: вводный, или подготовительный, и основной [33, с. 261-269]. Во вводном (подготовительном) периоде основная задача – преодолеть сниженную адаптацию к физической нагрузке, восстановить обычно отстающие от возрастных нормативов двигательные навыки и физическую работоспособность, добиться желания активно и систематически заниматься физкультурой. С этой целью применяются следующие формы ЛФК: лечебная гимнастика (с вовлечением крупных мышечных групп), дозированная ходьба в сочетании с дыхательными упражнениями, самомассаж. Основной период предназначен для решения всех остальных задач лечения и восстановления. Помимо ЛГ, УГГ больным рекомендуют дозированную ходьбу и бег, прогулки, спортивные игры, активное использование тренажеров. В последующем физические упражнения направлены на то, чтобы поддержать достигнутые результаты реабилитации; применяются бег, гребля, плавание, велосипед, зимой – ходьба на лыжах. Одним из важных факторов профилактики и лечения ожирения является правильное дыхание: чтобы жиры освободили заключенную в них энергию, они должны подвергнуться окислению.

Занятия должны быть длительными (45 – 60 мин и более), движения выполняются с большой амплитудой, в работу вовлекаются крупные мышечные группы, используются махи, круговые движения в крупных суставах, упражнения для туловища (наклоны, повороты, вращения), упражнения с предметами. Большой удельный вес в занятиях лиц с избыточным весом должны занимать циклические упражнения, в частности ходьба и бег.

При этом необходимо учитывать следующее.

1) занятия ходьбой и бегом могут быть рекомендованы больным с III степенью ожирения очень осторожно, так как излишняя статическая нагрузка может привести к нарушениям в опорно-двигательном аппарате, в этом случае больным можно рекомендовать занятия на гребном и велотренажере, плавание.

2) допуск к занятиям, особенно бегом, осуществляет врач при удовлетворительном функциональном состоянии занимающихся, в процессе занятий необходим систематический медико-педагогический контроль [17, с. 302].

Дозированная ходьба: очень медленная – от 60 до 70 шагов/мин (от 2 до 3 км/ч) при ожирении ІІІ степени; медленная – от 70 до 90 шагов/мин (от 2 до 3 км/ч) при ожирении ІІІ степени; средняя – от 90 до 120 шагов/мин (от 4 до 5,6 км/ч) при ожирении ІІ – І степени; быстрая – от 120 до 140 шагов/мин (от 5,6 до 6,4 км/ч) при ожирении ІІ – І степени; очень быстрая – более 140 шагов/мин. Ее применяют для лиц с хорошей физической тренированностью. Особое внимание нужно обратить на дыхание: дышать следует глубоко и ритмично, выдох должен быть продолжительнее вдоха (2 – 3 – 4 шага – вдох, на 3 – 4 – 5 шагов – выдох). Первые недели тренировок в ходьбе необходим кратковременный отдых 2 – 3 мин для выполнения дыхательных упражнений [33, с. 263].

Бег «трусцой», бег дозированный. Беговое занятие строится следующим образом: перед бегом проводится разминка (10 – 12 мин), затем бег «трусцой» 5 – 6 мин плюс ходьба (2 – 3 мин); затем отдых (2 – 3 мин) – и так 2 – 3 раза за все занятие. Постепенно интенсивность бега увеличивается, а продолжительность уменьшается до 1 – 2 мин, количество серий доводится до 5 – 6, а пауза между ними увеличивается. После 2 – 3 недель (или более) тренировок переходят к более длительному бегу умеренной интенсивности до 20 – 30 мин с 1 – 2 интервалами отдыха [33, с. 264].

Примерная схема занятий по физической реабилитации:

- больные с ожирением ІІІ степени и удовлетворительным состоянием сердечно-сосудистой системы 3 раза в неделю занимаются ЛГ, по одному разу – дозированной ходьбой и спортивными играми.

- больные с ожирением ІІ – І степени с сопутствующими заболеваниями, но с удовлетворительным состоянием сердечно-сосудистой системы: 2 раза в неделю – ЛГ, 2 раза – дозированная ходьба (ДХ), по одному разу дозированный бег (ДБ) и спортивные игры (СИ).

- больные с ожирением ІІ – І степени без сопутствующих заболеваний: 2 раза – ЛГ, 1 раз – ДХ, 2 раза – ДБ, 1 раз – СИ [23, с. 265].

Плавание, как и гребля, также оказывает положительный эффект при ожирении, поскольку занятия этими видами спорта приводять к значительным энерготратам. Занятия греблей и плаванием можно организовать на санаторном и поликлинических этапах. В случае необходимости используются гребные тренажеры. Занятие плаванием состоит из 3 частей: вводной (10 – 15 мин) – занятие в зале («сухое» плавание); основной (30 – 35 мин) – плавание умеренной интенсивности различными способами с паузами для отдыха и дыхательных упражнений (5 – 7 мин) и заключительной (5 – 7 мин) – упражнения у бортика для восстановления функций кровообращения и дыхания [5, с. 265-266].

Занятия на тренажерах. В комплексном лечении ожирения занятия на тренажерах занимают существенное место. При этом следует учитывать, что систематические физические упражнения, выполняемые на тренажерах (с чередованием каждые 3 – 5 мин работы и отдыха) в течение 60 – 90 мин занятий, благоприятно влияют на клинические показатели и наиболее эффективно воздействуют на липидный обмен. При этом ЧСС под нагрузкой не должна превышать 65 – 75% от индивидуального максимального пульса.

В процессе занятий обязательны система контроля за состоянием здоровья и самоконтроль. С этой целью измеряют ЧСС и АД, оцениваются показатели самочувствия и проводят функциональные пробы (проба Мартине, велоэргометрический тест, дыхательные пробы Штанге, Генчи и др.).

При эндокринных и церебральных формах ожирения нагрузка умереннее, длительность занятий – 20 – 30 мин, используются упражнения для средних мышечных групп и дыхательные упражнения (диафрагмальное дыхание). Упражнения на выносливость назначаются позже и довольно осторожно, силовые упражнения не рекомендуются. Используется также массаж, водные процедуры, другие физиопроцедуры по показаниям.

2.2 Массаж

Задача массажа при коррекции массы тела - улучшение крово- и лимфообращения в тканях и органах, уменьшение жировых отложений в отдельных областях [6, 10].

Методика массажа зависит от особенностей тела пациента и возможностей проведения данного вида массажа. Если пациент не может лежать на животе (из-за больших отложений жира, одышки) то его укладывают на спину, подкладывая под голову валик или подушку. Массаж начинают с нижних конечностей, начиная с бедра, переходя на голень и стопы по отсасывающей методике. Применяют приемы, поглаживание, растирание, разминание и вибрацию. Следует особое внимание уделять местам перехода мышц в сухожилия. Заканчивается массаж нижних конечностей обхватывающими поглаживаниями по всей поверхности нижних конечностей от столы до таза.

Если больной может лечь на живот, то сеанс общего массажа начинают со спины, затем переходят на шейный отдел сзади, спину, таз. Все приемы проводить с акцентом на разминание, особенно боковые стороны спины (широчайших мышц). Затем производить массаж конечностей по отсасывающей методике. Далее больной переворачивается на спину. Массируется левая нога по передней ее поверхности, затем левая рука от плеча, до пальцев кисти. Затем переходят на правую ногу, массируя ее по передней поверхности; после - на правую руку. Завершают сеанс массажем груди и живота, находясь оправа от больного. На животе все движения производят по часовой стрелке. Акцент делают на приемах разминания (накатывание, надавливание). В заключении встряхивают нижние и верхние конечности и живот. Интенсивность и длительность процедур постепенно увеличивать от 15 до 60 минут. После процедуры необходим пассивный отдых в течении 15-30 минут. Курс лечения – 15-20 процедур [6].

А.М. Крефф (1998) отмечает следующие особенности проведения массажа для коррекции ожирения [22]:

1. Лучшее время для проведения корригирующего массажа ‑ утром, после легкого завтрака, а для ослабленных людей ‑ перед обедом.

2. Учитывать особенности клинических форм, таких как слабость брюшного пресса, наличие запоров, возраст; поэтому некоторые приемы не применять (например, ударные).

3. Интенсивность и длительность процедур постепенно увеличивать от 15 до 60 мин и более.

4. Общий массаж с некоторыми отклонениями проводить не более 1-2 раз в неделю и при этом учитывать реакцию больного на массаж.

5. При ухудшении состояния, самочувствия, появлении слабости и других неблагоприятных явлений массаж по дозировке уменьшить или временно отменить.

6. После процедуры необходим пассивный отдых в течение 15-30 мин. Желательно и перед массажем отдыхать 10-15 мин, особенно людям с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

7. Если разрешено врачом, то широко использовать массаж в бане с посещением парной.

Используется также точечный массаж следующих точек: RP4 - основная точка ускорения жирового обмена, TR12 - точка снижения аппетита (массаж 3 раза в день); точка уха «голод» (точка синтетического аппетита на правом и левом ухе) [45].

2.3 Физиотерапия

Наряду с диетотерапией и двигательным режимом больным ожирением обосновано назначение естественных и преформированных физических факторов. По мнению многих специалистов, физические средства занимают второе по значению место в комплексной терапии ожирения.

Задачи физиотерапии: оказать влияние на основные звенья патогенеза заболевания, содействовать нормализации (коррекции) деятельности эндокринной системы, постепенно снизить массу тела, стимулировать адаптационно-компенсаторные механизмы, способствовать нормализации обмена веществ, повысить энерготраты организма, улучшить функции нервной, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, препятствовать развитию осложнений и болезней - спутников ожирения.

Большое место в комплексной физиотерапии принадлежит потогонным процедурам. Они показаны больным ожирением, у которых нет нарушений со стороны сердечно-сосудистой деятельности [27].

В качестве потогонных процедур можно использовать общие световые ванны. Они проводятся при температуре 55-60 °С в течение 15-20 мин через день (10-15 процедур на курс лечения). Световые ванны хорошо чередовать с хлоридными, натриевыми (морскими) ваннами. Для получения потогонного эффекта используют общие влажные укутывания (45-60 мин ежедневно). С этой же целью применяют суховоздушные и паровые горячие процедуры.

Следует помнить, что эти процедуры, особенно баня-парильня (русская баня), весьма нагрузочны для больных ожирением. Поэтому они применяются лишь у больных ожирением I-II степени без явлений недостаточности кровообращения. Пребывание в сауне составляет 8-12 мин, его повторяют в течение процедуры 2-3 раза. При пользовании русской баней пребывание в парильне не должно превышать 10 мин при температуре на полке 69-70 °С и относительной влажности воздуха 30-40%. Для стимуляции потоотделения можно использовать также некоторые другие теплолечебные процедуры (грязевые и паровые ванны, парафиновые аппликации и др.) [18].

Принципиальное значение (при отсутствии противопоказаний) имеет включение в лечебный комплекс гидро- и бальнеотерапии, способствующих снижению массы тела, улучшению обменных процессов кровообращения, поддерживающих мышечный и психоэмоциональный тонус, оказывающих тонизирующий и закаливающий эффект, повышающих двигательную активность больного.

Наиболее активны контрастные ванны, при которых желательно сочетать действие температурного фактора и движения. Эти ванны нормализуют артериальное давление, улучшают сократительную функцию миокарда, состояние центральной нервной системы, усиливают теплопродукцию организма.

При ожирении широко используются души: душ Шарко, циркулярный, веерный, шотландский, подводный душ-массаж. При этих воздействиях наряду с температурным раздражением определенную роль играет и механическое раздражение кожных рецепторов. Водяная струя производит глубокий массаж тканей, улучшает крово- и лимфообращение, способствует снижению массы тела.

Из бальнеологических процедур больным показаны углекислые, сульфидные, радоновые, скипидарные и другие ванны. Они стимулируют процессы обмена веществ, улучшают капиллярное кровообращение и функцию тканевого дыхания, оказывают нормализующее влияние на центральную нервную систему, нейроэндокринную регуляцию обмена веществ.

Минеральные воды применяются также для подводных кишечных промываний. Для этих целей чаще всего используют гидрокарбонатные минеральные воды. Они способствуют нормализации моторной функции сигмовидной кишки и прекращению запоров, устраняют нарушения кислотно-щелочного и электролитного баланса. Особенно они оправданы при первой степени ожирения, когда наблюдаются привычные запоры и нет признаков кардиореспираторной недостаточности.

Потере массы тела способствует применение кислородных коктейлей (пены), обогащенных витамином С. Кислородную пену принимают 3 раза в день за 1-1,5 ч до еды по 1-1,5 л (до чувства насыщения). Можно 6-7-кратным приемом кислородной пены заменить пищу в разгрузочные дни. Курс лечения – 25-30 дней. В амбулаторных условиях 1 раз в неделю или декаду устраивают 2 разгрузочных кислородных дня [18].

Из процедур общего действия, применяемых как на курортах, так и во внекурортных условиях для лечения больных ожирением, следует упомянуть о климатотерапии.

Климатические факторы влияют на терморегуляторный аппарат, улучшают нейроэндокринную регуляцию, функции дыхания и кровообращения, повышают интенсивность окислительно-восстановительных процессов в тканях, нормализуют реактивность организма, оказывают закаливающее и тренирующее действие на организм в целом и отдельные его системы. Климатотерапию проводят в виде аэро-, гелио- и талассотерапии.

Эффективность комплексного лечения больных ожирением повышают морские купания (или плавание в пресной воде). Они применяются по режиму умеренного (температура не ниже 18 °С) или чаще по режиму слабого (температура воды не ниже 20 °С) воздействия.

С целью стимуляции всего организма, улучшения настроения и работоспособности больного, нормализации обмена веществ, в том числе и жирового, можно использовать и ультрафиолетовые лучи. Применяют общие ультрафиолетовые облучения по основной или замедленной схеме (до 2-2,5 биодозы, 20-24 процедуры) [37].

Для улучшения состояния углеводного, липидного и водно-солевого обмена, устранения проявлений кетоацидоза показаны питьевые минеральные воды. Для питьевого лечения больных ожирением применяют маломинерализованные или среднеминерализованные воды различного химического состава: гидрокарбонатные, хлоридные натриевые, сульфатно-кальциево-магниевые, углекислые, солено-щелочные и др. Они способствуют повышению гликогенообразовательной функции печени, снижению повышенного уровня различных фракций липидов, положительным сдвигам электролитного баланса, повышению щелочных резервов организма. Минеральные воды уменьшают резорбцию пищевых жиров и обладают послабляющим и диуретическим действием, благоприятно влияют на сопутствующие заболевания органов пищеварения.

2.4 Лечебно-верховая езда

Лечебная верховая езда (иппотерапия) - эффективный метод восстановительной терапии при ожирении. Иппотерапия представляет собой комплексный многофункциональный метод реабилитации. В сущности, иппотерапия - есть не что иное, как форма лечебной физкультуры (ЛФК), где в качестве инструмента реабилитации выступают лошадь, процесс верховой езды и физические упражнения, выполняемые человеком во время верховой езды [38]. В процессе верховой езды в работу включаются все основные группы мышц тела. Это происходит на рефлекторном уровне, поскольку сидя на лошади, двигаясь вместе с ней, больной инстинктивно старается сохранить равновесие, чтобы не упасть с лошади и тем самым побуждает к активной работе как здоровые, так и пораженные мышцы, не замечая этого. Механизм воздействия иппотерапии на организм человека тот же, что и у любой другой формы ЛФК. Под влиянием физических упражнений отмечается усиление функции вегетативных систем.

Иппотерапия воздействует на организм человека через два фактора: психогенный и биомеханический. Верховая езда требует от индивида концентрации внимания, осознаваемых действий, умение ориентироваться в пространстве.

В психотерапевтических взаимоотношениях лошадь является:

- истинным посредником во взаимоотношениях иппотерапевта и всадника, - получателем информации, (команда всадника, подаваемая лошади - стоять, двигаться, поворот и т.д.),

- усилителем послания (реакция лошади на команду всадника),

- немедленным передатчиком ответа (повиновение лошади и выполнение ею команд всадника) [46].

Во время занятий иппотерапией обеспечивается одновременное включение в работу всех групп мышц тела всадника. Причем это происходит на рефлекторном уровне, поскольку занимающийся инстинктивно старается сохранить равновесие, чтобы не упасть с лошади, и тем самым побуждает к активной работе все основные мышечные группы. Кроме того, ни один из видов реабилитации не вызывает у занимающегося такой разнонаправленной мотивации к самостоятельной активности, которая сопутствует занятиям иппотерапией.

Можно назвать два основных фактора воздействия иппотерапии на занимающихся: это эмоциональная связь с животным и достаточно жесткие, требующие активной мобилизации физических и психических усилий условия езды на лошади. Именно их сочетание и создает уникальную терапевтическую ситуацию, присущую исключительно этому методу. К наиболее важным терапевтическим факторам иппотерапии относятся: комплексная активизация и мобилизация организма - физическая, мотивация, психологическая. Характерной особенностью данного метода реабилитации является то, что занятия иппотерапией, проходящие в эмоциональной насыщенной атмосфере сопровождаются, как правило, общим подъемом активности занимающихся, повышением настроения, психического статуса.

Иппотерапия способствует активности познавательной сферы психики занимающихся. Необходимость постоянной концентрации внимания при верховой езде, сосредоточенности, максимально возможной собранности и самоорганизации, потребность запоминать и планировать последовательность действий, как при езде, так и при уходе за животным активизирует психические процессы. Происходит развитие слухо-моторной и зрительно-моторной координации занимающихся.

Сходство иппотерапии с другими видами ЛФК состоит в том, что иппотерапия - лечение движением лошади. Принципиальным отличием иппотерапии от других методов реабилитации является комплексность воздействия ипотерапии на физическую и психическую сферу занимающихся. Под комплексностью воздействия иппотерапии следует понимать одновременное реабилитационное воздействие на физическое и психическое состояние здоровье клиентов. Принципиальным отличием иппотерапии от других технологий является то, что она располагает физиотерапевтическими возможностями, так как температура лошади на 1-1,5 градусов выше тела человека. Можно отметить также одновременное оказание тренировочного и ослабляющего воздействия на мышцы занимающегося через трехмерные колебания спины лошади. Когда человек приходит на занятия иппотерапией он видит перед собой не людей в белых халатах, а манеж, лошадь и инструктора. Процесс реабилитации воспринимается всадником как процесс обучения навыкам верховой езды. Во время этого процесса, всадники преодолевают свои психические и физические трудности, благодаря большой мотивации, которая формируется при обучении верховой езде [34].

Отличительной чертой иппотерапии является субъектно-субъектный подход во взаимоотношениях между инструктором, больным и лошадью. Иппотерапевт воздействует на всадника, всадник воздействует на лошадь, а лошадь на всадника и инструктора. Такой подход позволяет реализовать активность клиента в решении своих проблем и превращает его из объекта воздействия в субъект, что является важным фактором для социальной, психологической и физической реабилитации клиента.

Критерии эффективности иппотерапии как инновационной технологии работы с людьми с ожирением можно условно подразделить на две группы: медицинские и социальные.

К медицинским критериям относятся:

1) происходит укрепление и тренировка мышц тела пациента, причем особенностью воздействия является то, что происходит одновременно тренировка слабых мышц и расслабление спастичных;

2) происходит укрепление равновесия. Этот эффект достигается из-за того, что во время лечебной верховой езды (ЛВЕ) имеет место постоянная необходимость в сохранении всадником равновесия на протяжении всего занятия без перерывов ни на один момент;

3) улучшается координация движений и пространственной ориентации. Это происходит, потому что во время тренировок имеет место постоянная необходимость в ориентировании всадника на пространстве манежа;

4) улучшается психо-эмоциональное состояние занимающихся, повышается уровень самооценки личности. Этот результат достигается за счет того, что во время занятий ЛВЕ человек начинает ощущать себя не больным и слабым, каким он чувствует в обычной жизни, а всадником, который управляет большим сильным и грациозном животным, который слушается и выполняет его команды;

5) в процессе верховой езды они не используют никаких приспособлений, связывающих их с их инвалидностью. Они используют то же самое, что и обычные всадники. Успехи в освоении навыков верховой езды и искусства управления лошадью повышают, как ничто другое, самооценку личности и придают больным людям уверенность в своих силах, веру в себя. Нельзя не отметить этический аспект влияния иппотерапии на больных. Лечебная езда дает реабилитируемому полноценное ощущение движения тела в пространстве, дает возможность ощутить работу своих мышц [34].

К социальным критериям относятся следующие:

1) улучшаются коммуникативные функции занимающихся. Этот результат достигается за счет того, что во время занятий, всадники общаются и действуют совместно с иппотерапевтами и коноводами и друг с другом;

2) проведение соревнований по конному спорту способствует повышению уровня самооценки больными самих себя, своих возможностей и своего потенциала. Проведение соревнований так же способствует изменению отношения общества к людям с ограниченными возможностями. Видя всадника на лошади, люди видят в нем именно всадника, а не человека с проблемами. Видя, что люди с ограниченными возможностями могут заниматься таким сложным видом спорта как конный, нормальные люди начинают понимать, что инвалиды это такие же люди как они, могут то же, что и все, но даже больше, потому что не всякий здоровый человек умеет ездить верхом;

3) посредством улучшения физического, психологического и эмоционального состояния, иппотерапия способствует улучшению эффективности и качества процесса социализации личности реабилитируемого;

4) за счет совместной деятельности иппотерапия способствует интеграции больных в общество, расширяет горизонты их возможностей, помогая преодолевать барьеры заболевания [46].

От лечебной физкультуры иппотерапия отличается тем, что она способна вызвать у занимающегося сильную разнонаправленную мотивацию. С одной стороны, больной боится большого строптивого животного, он не уверен в себе, а с другой стороны - испытывает желание проехать верхом, научиться управлять лошадью. Это желание помогает ему преодолеть страх и повысить самооценку. Продолжительность сеансов варьируется в зависимости от болезни, физической подготовки больного. В проведении уроков участвуют коновод, инструктор и один-два страхующих, если тяжесть заболевания требует особых мер предосторожности. Все же управлять животным всадник должен самостоятельно, чтобы шел процесс преодоления собственных комплексов и страхов. Инструктор задает различные упражнения, в которых должна применяться физическая сила, смекалка, и фантазия. Нагрузку дают целенаправленно, например, подтянув или ослабив стремена.

Выводы по второй главе

Одной из основных причин возникновения ожирения наряду с нарушением режима питания является снижение физической активности человека, поэтому проведение реабилитации с использованием физических упражнений при данном заболевании представляется достаточно аргументированным. Важная роль при этом, помимо рационального питания с ограничением жиров и углеводов, отводится методике проведения занятий физическими упражнениями при ожирении в соответствии с состоянием каждого занимающегося, на разработке методик индивидуальных программ физических нагрузок.

В качестве наиболее эффективного, предлагается комплекс занятий лечебной физкультурой в виде макроциклов, которые подразделяются на два периода: вводный, или подготовительный, и основной. При этом целесообразно использование физической нагрузки средней интенсивности, способствующей усиленному расходу углеводов и активизации энергетического обеспечения за счет расщепления жиров.

Комплекс лечебной физкультуры включает в себя дозированную ходьбу, бег «трусцой», бег дозированный, плавание, гребля, занятия на тренажерах. При ожирении также показан самомассаж.

При этом стоит учесть, что данный комплекс не является общепоказательным, к каждому больному необходим индивидуальный подход с учетом его физических и психологических особенностей.

Еще одним методом физической рабилитации при ожирении является массаж, задача которого ‑ улучшение крово- и лимфообращения в тканях и органах, уменьшение жировых отложений в отдельных областях.

Наряду с диетотерапией и двигательным режимом больным ожирением обосновано назначение естественных и преформированных физических факторов. Среди них: потогонные процедуры, гидро- и бальнеотерапии (души, углекислые, сульфидные, радоновые, скипидарные и другие ванны), применение кислородных коктейлей, климатотерапия, использование ультрафиолетовых лучей, питьевые минеральные воды.

Необычным, но очень эффективным методом физической реабилитации при ожирении является иппотерапия, поскольку представляет собой комплексный многофункциональный метод реабилитации. Под комплексностью воздействия иппотерапии следует понимать одновременное реабилитационное воздействие на физическое и психическое состояние здоровье клиентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ожирение, являющееся проблемой цивилизации, вследствие гиподинамии и переедания влечет за собой функциональные нарушения систем организма, способствует возникновению многих клинических осложнений, отрицательно влияющих на состояние здоровья и продолжительность жизни. Оно предрасполагает к развитию диабета, артериальной гипертонии, атеросклероза, дегенеративных заболеваний сердца, некоторых заболеваний печени и почек, легких, кожи, костно-суставной системы, желчнокаменной болезни, подагре.

Методы лечения ожирения подразделяются на физические, психотерапевтические, медикаментозные и диетотерапию.

Психотерапевтическая коррекция веса в нашей стране не получила пока широкого распространения, однако этот способ лечения имеет ряд неоспоримых преимуществ по сравнению с другими способами

В борьбе с избыточным весом первоочередное внимание уделяется также рационализации питания, особенно приведению к норме жировых и углеводных компонентов пищи, учета необходимого баланса между «приходом» и «расходом» энергии.

Выбор диеты является серьезной проблемой - большинство из них научно не обоснованно, и снижение веса обходится за счет значительного ослабления организма, вызванного недостатком некоторых питательных веществ. Избавляться от лишних килограммов нужно постепенно, так как резкое похудание может иметь серьезные отрицательные последствия: ухудшение самочувствия, ослабление мышечного тонуса, депрессию и т.д. В диетологии действует мудрое правило, ограничивающее потерю массы тела 0,5 кг в неделю, то есть около 2 кг в месяц. При соблюдении диет необходимо пить больше, чтобы эффективно выводить продукты метаболизма из организма.

Медикаментозная терапия ожирения показана при индексе массы тела (ИМТ) 27 кг/м2 и более. Лекарственные препараты рекомендуют назначать пациентам с ожирением только в составе комплексной программы лечения, которая должна включать диетотерапию, физические нагрузки, коррекцию поведения и режима питания, что позволяет повысить эффективность снижения массы тела. Медикаментозная терапия осуществляется под наблюдением опытных врачей (эндокринолога, диетолога, терапевта, семейного доктора).

Одной из основных причин возникновения ожирения наряду с нарушением режима питания является снижение физической активности человека, поэтому проведение реабилитации с использованием физических упражнений при данном заболевании является очень важным моментом в лечении данного заболевания.

В целом при физической реабилитации целесообразно использование физической нагрузки средней интенсивности, способствующей усиленному расходу углеводов и активизации энергетического обеспечения за счет расщепления жиров.

Большинство методик по физической реабилитации строится на общем принципе увеличения физической нагрузки для людей с ожирением. Однако, на наш взгляд, при наличии данного заболевания необходим комплексный подход, учитывающий как можно больше факторов заболевания.

Наиболее цельный комплекс занятий лечебной физкультурой в виде макроциклов, которые подразделяются на два периода: вводный, или подготовительный, и основной, предлагает С.Н. Попов. Именно его мы и рассмотрели более подробно.

Во вводном (подготовительном) периоде основная задача – преодолеть сниженную адаптацию к физической нагрузке, восстановить обычно отстающие от возрастных нормативов двигательные навыки и физическую работоспособность, добиться желания активно и систематически заниматься физкультурой. С этой целью могут применяться следующие формы физической реабилитации: лечебная гимнастика (с вовлечением крупных мышечных групп), дозированная ходьба в сочетании с дыхательными упражнениями, самомассаж.

Основной период предназначен для решения всех остальных задач лечения и восстановления. Помимо лечебной гимнастики, больным рекомендуют дозированную ходьбу и бег, прогулки, спортивные игры, активное использование тренажеров.

Помимо основных методов, в физической реабилитации при ожирении активно применяется плавание и гребля, которые также приводят к положительным результатам за счет значительных энерготрат. Также существенное место в комплексном лечении ожирения занимают занятия на тренажерах. При этом следует учитывать, что систематические физические упражнения, выполняемые на тренажерах (с чередованием каждые 3 – 5 мин работы и отдыха) в течение 60 – 90 мин занятий, благоприятно влияют на клинические показатели и наиболее эффективно воздействуют на липидный обмен.

Занятия по физической реабилитации при ожирении должны быть длительными (45-60 мин и более). В процессе занятий обязательны система контроля за состоянием здоровья и самоконтроль.

В работе была приведена примерная схема занятий по физической реабилитации. Однако на сегодняшний день остается актуальным вопрос разработки методик индивидуальных программ физических нагрузок в соответствии с состоянием каждого занимающегося, а так же на конкретных методиках по этапам физической реабилитации.

Еще одним методом физической рабилитации при ожирении является массаж, задача которого ‑ улучшение крово- и лимфообращения в тканях и органах, уменьшение жировых отложений в отдельных областях.

Наряду с диетотерапией и двигательным режимом больным ожирением обосновано назначение естественных и преформированных физических факторов. Среди них: потогонные процедуры, гидро- и бальнеотерапии (души, углекислые, сульфидные, радоновые, скипидарные и другие ванны), применение кислородных коктейлей, климатотерапия, использование ультрафиолетовых лучей, питьевые минеральные воды.

Необычным, но очень эффективным методом физической реабилитации при ожирении является иппотерапия, которая представляет собой комплексный многофункциональный метод реабилитации. В сущности, иппотерапия - есть не что иное, как форма лечебной физкультуры (ЛФК), где в качестве инструмента реабилитации выступают лошадь, процесс верховой езды и физические упражнения, выполняемые человеком во время верховой езды. Во время занятий иппотерапией обеспечивается одновременное включение в работу всех групп мышц тела всадника. Причем это происходит на рефлекторном уровне, поскольку занимающийся инстинктивно старается сохранить равновесие, чтобы не упасть с лошади, и тем самым побуждает к активной работе все основные мышечные группы.

Принципиальным отличием иппотерапии от других методов реабилитации является комплексность воздействия ипотерапии на физическую и психическую сферу занимающихся. Под комплексностью воздействия иппотерапии следует понимать одновременное реабилитационное воздействие на физическое и психическое состояние здоровье клиентов. На физическом уровне происходит укрепление и тренировка мышц тела пациента, равновесия, улучшается координация движений и пространственной ориентации, психо-эмоциональное состояние занимающихся, повышается уровень самооценки личности. Этот результат достигается за счет того, что во время занятий ЛВЕ человек начинает ощущать себя не больным и слабым, каким он чувствует в обычной жизни, а всадником, который управляет большим сильным и грациозном животным. Поэтому мы пришли к выводу, что данный метод физической реабилитации наиболее эффективный.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

Актуальные вопросы оздоровления, реабилитации и спортивной медицины: материалы науч.-практ. конф., посвящ. 10-летию фак. физ. культуры и спорта ЮуРГУ. - Челябинск, 2005. - 93 с.

Бальк, А. Гимнастика для вашего здоровья: энциклопедия здоровья / А. Бальк. - М.: Кристина и К, 1996. - 280 с.

Бальсевич, В.К. Физическая культура для всех и каждого / В.К. Бальсевич. – М.: Физкультура и спорт, 1988. – 207 с.

Белов, В.И. Энциклопедия здоровья: Молодость до ста лет / В.И. Белов. - М.: Химия, 1994. - 320 с.

Беюл, Е.А. Ожирение / Е.А. Беюл, В.А. Оленева, В.А. Шатерников. - М.: Медицина, 1985. - 190 с.

Бирюков, А.А. Секреты массажа / А.А. Бирюков. - М.: Молодая гвардия, 1984. - 175 с.

Болезнь и здоровье: две стороны приспособления. - М.: Медицина, 1998. – 480 с.

Брег, П.С. Чудо голодания / П.С. Брег. - М.: Молодая гвардия, 1990. - 56 с.

Вардимиади, Н.Д. Лечебная физкультура и диетотерапия при ожирении / Н.Д. Вардимиади, Л.Г. Машкова. – Киев: Здоровье, 1998. - 47 с.

Васечкин, В.И. Справочник по массажу / В.И. Васечкин. - Л.: Медицина, 1990. - 192 с.

Васин, Ю.Г. Физические упражнения - основа профилактики ожирения / Ю.Г. Васин. - 2-е изд., перераб. и доп. – Киев: Здоровье, 1989. - 99 с.

Вербов, А.Ф. Основы лечебного массажа / А.Ф. Вербов. - СПб.: Феникс, 2002. - 320 с.

Гинзбург, М.М. Ожирение как болезнь образа жизни. Современные аспекты профилактики и лечения / М.М. Гинзбург, Г.С. Козупица, Г.П. Котельников. – Самара: Изд-во Самарского Госмедуниверситета, 1997. - 48 с.

Дедов, И.И. Патогенетические аспекты ожирения / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, Т.И. Романцова // Ожирение и метаболизм. - 2004. - № 1. - С. 3-9.

Джосвик, Ф. Вопросы и ответы. Пособие по терапевтической верховой езде / Ф. Джосвик, М. Киттередж, Л. Макковен, К. Макпарлэнд, С. Вудз. - М.: МККИ, 2000. – 268 с.

Дубровский, В.И. Массаж: учебник / В.И. Дубровский. - М.: Владос, 2001. - 496 с.

Дубровский, В.И. Лечебная физкультура: учебник для студентов вузов / В.И. Дубровский. - М.: МИА, 2006. – 598 с.

Епифанов, В.А. Лечебная физкультура и спортивная медицина: учеб. для вузов / В.А. Епифанов - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007 - 568 с.

Каминский А., Коваленко А. Медикаментозная терапия ожирения / А. Каминский, А. Коваленко // Рациональная фармакотерапия. – 2008. - № 1.

Книга о лице и теле: Практическое руководство по уходу за внешностью / Под общ. ред. М. Стоппард. - М.: Московская палитра, 1994. – 412 с.

Комплексная профилактика заболеваний и реабилитации больных и инвалидов: учебн. пособие / Под редакцией С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320с.

Корешкин, И.А. Все способы похудения / И.А. Корешкин. - СПб.: Нева, 2001. - С. 123-125.

Крефф, А.М. Женщина и спорт / А.М. Крефф, М.Ф. Камю. - М.: ФиС 1998. - 137 с.

Кузнецов, А.К. Физическая культура / А.К. Кузнецов. – СПб.: Нева, 2004. – 324 с.

Купер, К. Питание и здоровье: Аэробика для хорошего самочувствия / К. Купер. - М.: ФиС, 1999. – 148 с.

Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации: руководство для врачей / Под ред. А.Ф. Каптелина, И.П. Лебедевой. – М.: Медицина, 1995. – 400с.

Лечебная физическая культура: справочник / Под общей ред. проф. В.А. Епифанова. - М.: Медицина, 1987. – 528 с.

Лечебная физкультура и спортивная медицина: учебник для вузов – М.: Медицина, 1999 - 304 с.

Максименко, А.М. Основы теории и методики физической культуры: учебное пособие. - изд. 2-е, испр. и доп. - М., 2001. - 471 с.

Матвеев, Л.П. Теория и методика физической культуры. Введение в предмет: учебное пособие / Л.П. Матвеев. – СПб.: Лань, 2004. – 543 с.

Медицинская реабилитация: руководство для врачей / Под ред. В.А. Епифанова - М.: Мед-пресс-информ, 2005 - 328 с.

Мкртумян, А.М. Снижение массы тела - залог коррекции метаболических нарушений у пациентов с ожирением / А.М. Мкртумян // Медицина. Качество жизни. - 2003. - С. 58-61.

Пережогин, Л.О. Психотерапевтическая коррекция избыточного веса / Л.О. Пережогин. – М.: ООО «Фирма «Клавель», 2004. - 204 с.

Попов, С.Н. Лечебная физическая культура: учебник для институтов физической культуры / С.Н. Попов. - М.: Академия, 2005. – 528 с.

Рухадзе, М.М. Патофизиологическое обоснование райттерапии / М.М. Рухадзе. – Тбилиси, 1992. – 64 с.

Спортивная медицина, лечебная физическая культура и массаж: учебник / под ред. С.Н. Попова. - М.: Физкультура и спорт, 2001. - 351 с.

Спортивная медицина: учебное пособие для вузов / под ред. В.А. Епифанова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 336 с.

Татонь, Я. Ожирение: патофизиология, диагностика, лечение / Я. Татонь. – Варшава: Польское Медицинское Издательство. - 1981. – 355 с.

Трубачева, Т.П. Иппотерапия / Т.П. Трубачева. – Красноярск, 1998. – 168 с.

Физическая культура / под ред. С.К. Елисеевой. – М.: Логос, 2003. – 324 с.

Физическая культура. Адаптивная физическая культура: учебное пособие / А.С. Темных, А.Б. Муллер, Г.С. Несов. – Красноярск: ИПЦ КГТУ, 2006. – 351 с.

Физическая реабилитация: учебник / Под общей ред. проф. С.Н. Попова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2005. – 608 с.

Холодов, Ж.К. Теория и методика физического воспитания и спорта / Ж.К. Холодов, В.С. Кузнецов. – М.: Академия, 2003. – 480 с.

Цитренбаум, Ч. Гипнотерапия вредных привычек / Ч. Цитренбаум, М. Кинг, У. Коэн. - М.: Класс, 1998. - 192 с.

Шилко, И.П. Питание и здоровье / И.П. Шилко. - М.: Молодая гвардия, 1994. - 135 с.

Шорин,.А. Массаж лечение болезни руками / Г.А. Шорин, О.Ю. Терентьев, Т.Г. Мутовкина. – Челябинск ЧКИФК, 1997. - 134 с.

Штраус, И. Иппотерапия. Нейрофизиологическое лечение с применением верховой езды / И. Штраус. - М.: ИРПО, 2000. – 240 с.

Шурыгин, Д. Я. Ожирение / Д.Я. Шурыгин, П.О. Вязицкий, К.А. Сидоров. – Л.: Медицина, 1980. - 262 с.

Энциклопедический словарь по физической культуре и спорту. – М.: Физкультура и спорт, 2003. – 300 с.