

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ІМ. І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО-ДІЄТИЧНА
ТЕРАПІЯ І НИЗЬКОКАЛОРИЙНА ДІЄТА
В КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ
ЗАХВОРЮВАНЬ

Збірник матеріалів наукового симпозиуму

25-26 жовтня 2001 року

Тернопіль
"Укрмедкнига"
2001

Зміст

Розвантажувально-дієтична терапія в клініці внутрішніх хвороб: історія, обґрунтування, застосування, оцінка ефективності та перспективи розвитку П.П. КУЗІВ
Концепція основних сано- і патогенетичних механізмів лікувальної дії розвантажувально-дієтичної терапії у хворих з паталогією органів травлення з алергічними ускладненнями Е.Й. АРХІЙ
Розвантажувально-дієтична терапія в клініці внутрішніх хвороб – чи є сьогодні альтернатива? О.Й. БАКАЛЮК, Н.В. ГРИМАЛЮК
Вплив повного голоду на ультраструктуру синусоїдів печінки щурів Я.Я. БОДНАР, О.І. КУЗІВ, О.В. ДМИТРЕНКО, Г.В. ЛИХАЦЬКА
Апітонік-як засіб підвищення ефективності лікування хронічних бронхітів і пневмоній у хворих з неповноцінним типом харчування О.І. ВОЛОШИН, О.І. СПЛАВСЬКИЙ, Л.О. ВОЛОШИНА, М.В. КЛИНЕЦЬКИЙ
Розвантажувальна санотерапія і санопрофілактика захворювань в умовах несприятливої екології О.М. ГАНИЧ, Т.М. ГАНИЧ., В.Ю. КОВАЛЬ, Н.В. РОЗУМИК, Л.А. КОЦЮБНЯК
Значение диетотерапии в современной программе. Реабилитации больных инфарктом миокарда С.В. ГАПОТЧЕНКО, П.В. МАТЮХИН
Пути оптимизации внедрения разгрузочно-диетической терапии в учреждениях органов здравоохранения республики бурятия К.Л. ГОДИНЬЯ, Д.В. НИМАЕВА
Досвід застосування розвантажувально-дієтичної терапії та низькокалорійної дієти при ожирінні І.І. ДЕГТЯРЬОВА, Г.В. ОСЬОДЛО, М.М. КОЗАЧОК, С.В. СКОПИЧЕНКО, І.М. СКРИПНИК
Застосування розвантажувально-дієтичної терапії та низькокалорійної дієти при гострих та хронічних панкреатитах

І.І. ДЕГТЯРЬОВА, Г.В. ОСЬОДЛО, М.М. КОЗАЧОК, С.В. СКОПИ-
ЧЕНКО, І.М. СКРИПНИК

**Вплив низькокалорійної овочево-фруктової дієти на метаболічний
Х синдром**

Е.З. ДОМБРОВСЬКА

**Диетотерапия при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной киш-
ки в экологически неблагоприятных. Условиях южного приаралья.**

Б.А. ДУСЧАНОВ, Р.Б. АБДУЛЛАЕВ

Використання лецитину для корекції дієти у хворих на цироз печінки

О.Б. КВАСНИЦЬКА, М.Ю. КОЛОМОЄЦЬ

**Структурна забезпеченість адаптації імунної системи до повного трива-
лого голоду**

О.Є. КУЗІВ

**Розвантажувально-дієтична терапія і великі грануловмісні лімфоцити
крові**

О.Є. КУЗІВ, О.В. ДМИТРЕНКО, О.І. КУЗІВ, Т.В. ЛИХАЦЬКА ..

**Застосування методу класичної акупунктури при проведенні розванта-
жувально-дієтичної терапії у терапевтичних хворих**

П.П. КУЗІВ, Л.С. БАБІНЕЦЬ

**Вплив розвантажувально – дієтичної терапії на функцію травлення тон-
кої кишки у хворих на хронічний гастрит**

П.П. КУЗІВ, Л.П. БОДНАР, Р.Я. БОДНАР, О.І. КРИСЬКІВ

**Ефективність розвантажувально-дієтичної терапії в поєднанні з психо-
терапією у хворих на аліментарно-конституційне ожиріння**

П.П. КУЗІВ, М.В. БУЛИГА

**Протеоліз в умовах традиційного лікування і розвантажувально-дієтич-
ної терапії**

П.П. КУЗІВ, О.І. КРИСЬКІВ, Л.П. БОДНАР

**Нові підходи до немедикаментозних методів лікування хронічного каль-
кульозного холециститу**

П.П. КУЗІВ, Л.В. НАУМОВА

**Ефективність розвантажувально-дієтичної терапії та гірудотерапії у хво-
рих на ішемічну хворобу серця**

П.П. КУЗІВ, Л.В. РАДЕЦЬКА

**Розвантажувально- дієтична терапія у хворих з синдромом хронічної сер-
цевої недостатності**

П.П. КУЗІВ, Ю.І. СЛИВКА, Л.П. БОДНАР, Н.З. ЯРЕМА , І.М. БУТ-
ВИН, Л.В. РАДЕЦЬКА, Г.В. ЛИХАЦЬКА

**Зміни серцево-судинної системи у хворих на гіпертонічну хворобу в про-
цесі розвантажувально- дієтичної терапії**

П.П. КУЗІВ, Ю.І. СЛИВКА, Л.В. ЗОРЯ, Н.З. ЯРЕМА, І.М. БУТВИН,
Г.В. ЛИХАЦЬКА

**Морфофункціональна оцінка ефективності розвантажувально-дієтичної
терапії у хворих на хронічні неспецифічні захворювання легень**

П.П. КУЗІВ, В.Ф. ТЮРИНА

Харчування в профілактиці і терапії "хвороб цивілізації"

Г. КУЩЕК, ПОЛЬЩА

Низькокалорійные диеты – за и против

Е.Н. ЛАПТЕВА, Е.С. ЛАПТЕВА, М.Е. БОЛОТОВА, Ю.Р. ПАРИНС-
КАЯ

**Створення дієтичних кисломолочних продуктів на заняттях з мікробіо-
логії консервних виробництв**

Б.Л. ЛУГОВИЙ

**Опыт применения разгрузочно-диетической терапии у больных бронхи-
альной астмой и крапивницей**

Л.А. МАСЛОВА, Е.Д. ШЕЛЯГИНА, М.К. ЛЕБЕДЕВА

**Влияние разгрузочно-диетической терапии на показатели суточного мо-
ниторирования артериального давления и центральной гемодинамики у
больных гипертонической болезнью**

С.А. МУРАВЬЕВ, Г.А. МАКАРОВА, М.В. МАЛИШЕВСКИЙ, И.А.
ЗМАНОВСКАЯ

**Психологические аспекты разгрузочно-диетической терапии при арте-
риальной гипертонии**

С.А. МУРАВЬЕВ, Т.С. РАЕВ, Г.А. МАКАРОВА

**Стан системи протеази-антипротеази у хворих на бронхіальну астму різно-
го генезу під впливом харчової депривації**

ОРЛОВСЬКИЙ В.Ф., ПРИСТУПА Л.Н.

Использование низкокалорийных диет у больных с ожирением в санаторно-курортных учреждениях.

В.И. ПОНОМАРЕНКО, И.А. СЫСОЕВА

Стан про- та антиоксидантної систем крові у хворих на хронічні бронхіти із зниженою масою тіла та їх корекція апітоніком

О.І. СПЛАВСЬКИЙ, О.І. ВОЛОШИН, Л.О. ВОЛОШИНА

Вариабельность ритма сердца и физическая работоспособность при абдоминальном типе ожирения

С.В. СЕЛИВОНЕНКО

Питание в восстановительный. Период разгрузочно-диетической терапии

С.С. ТАРМАКОВА, А.Г. ВАХРУШКИНА, А.А. ШУМИЛОВ, Л.Н. ЛУБСАНОВА, Т.С. СЫРЕНОВА

Біологічно активні харчові добавки у лікуванні хворих на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки із супровідним ураженням гепатобілярної системи та шлунково-кишковою кровотечею

О.І. ФЕДІВ

Клиническая оценка эффективности высокопротеиновой диеты в лечении больных алиментарно-конституциональным ожирением

В.Н. ХВОРОСТИНКА, Т.А. МОЙСЕЕНКО, О.И. МОСКАЛЕНКО

Ефективність біологічно активної харчової домішки – "апітонік" у хворих на туберкульоз

В.П. ШАПОВАЛОВ, О.І. ВОЛОШИН М.В. КЛИНЕЦЬКИЙ

РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО-ДІЄТИЧНА ТЕРАПІЯ В КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ: ІСТОРІЯ, ОБГРУНТУВАННЯ, ЗАСТО- СУВАННЯ, ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

П.П.Кузів

*Тернопільська державна медична
академія ім. І.Я. Горбачевського,
Україна*

Харчування – перша і необхідна передумова людського життя. І як пише доктор Степан Зошук: "Який харч – таке здоров'я". Тому люди третього тисячоліття в найближчий час питають, як жити, щоб бути здоровими, але стикнуться з сумною дійсністю, бо переважна більшість лікарів світу в вищих навчальних закладах отримують малу або скажемо відверто – спотворену інформацію щодо харчування. Навіть визнані багатьма державами дієти не забезпечують виконання цього завдання.

Основна мета сьогодення – це запобігти та зменшити ризик виникнення хвороб цивілізації у здорових осіб. А тому перевиховання та навчання правил харчування і здоров'я є нагальною перспективою і пекучою проблемою. Якщо такий сумний стан справ щодо харчування серед лікарів, то яка ж обізнаність населення у питаннях, що корисно їсти, а що ні.

Як тут не згадати Платона, який вважав справжнім лікарем лише того, "який хворому, що живе проти засад здоров'я, дає поради, щоб змінив свої звички. Проте лікар, який відмовиться давати поради щодо лікування такому хворому, який нічого не хоче змінити у своїх згубних навичках харчування, є в моїх очах чесною людиною і справжнім лікарем".

Традиційне медикаментозне лікування не бере до уваги, що зміни у справі підтримання здоров'я нічого не варті, або скажемо даремні, коли пацієнти не змінять свого способу життя. Для підвищення рівня здоров'я хворому або здоровому недостатньо перестати курити на один день, змінити свою дієту на 1-2 тижні.

І ми сьогодні з вами будемо говорити, в основному, про наші успіхи в лікуванні хворих, а не про те, як дбаємо про здоров'я нації, бо на дорозі цьому стоять в першу чергу психологічні, соціальні та політичні перешкоди.

Проте, ми повинні пам'ятати, що "бути лікарем, значить бути готовим до того, щоб нести правду та допомогу потребуючим" (Де Лякордеер).

Технічний процес у фармакотерапії і медицині не виліковує недуги, а лише їх заліковує до відповідного рівня здоров'я (ремісії), створюючи постійну залежність цього здоров'я від подальшого лікування.

Ми повинні донести до населення, що лише зміна способу життя, може нам повернути здоров'я і що продовження життя лише лікарськими заходами без уваги на якість життя не вартує цих заходів.

Про голодування (піст) з лікувальною та профілактичною метою відомо з глибокої сивини, як "королівський" шлях до одужання від різних тілесних та душевних недуг. Воно застосовувалось у стародавній Індії, Греції та Римі. Оздоровчу дію голоду визнавали і практикували на собі та на своїх послідовниках великі мислителі: Піфагор, Сократ, Платон, Авіцена.

Професор Московського університету П. Веніамінов (1769) виклав свої погляди на голодування в трактаті "Слово про пости як спосіб попередження від хвороб".

Особливу зацікавленість до лікувального голодування виявили лікарі на початку XX століття у зв'язку з поширенням в медицині природних методів лікування.

Першою клінічною монографією з лікувального голодування була книжка "Лечебное голодание" F. Segesser (1914, Швейцарія)

Широке застосування дозованого повного голодування з лікувальною метою (О. Бухінгер – Німеччина, Е. Дьюї – США, І. Вівіні -Франція, Ф. Зегессер – Швейцарія) привернуло до себе увагу світової медичної громадськості, і в 1928 році в Амстердамі відбувся VIII Міжнародний конгрес дієтологів. На цьому конгресі з програмною доповіддю виступив Х. Детерман "Практичне застосування дозованого голодування". Конгресом було визнано застосування дозованого голодування при ожирінні, порушенні обміну речовин, диспепсіях, атеросклерозі, гіпертонії та ін.

Після конгресу дозоване голодування як метод терапії отримує все більше поширення в медичній практиці. Його успішно застосовують як лікарі Європи, так і США (Fahrner H., 1963; Gadermanu E., 1966; Hartmann J., 1967; Conradi E., 1969; Bloom W., 1959; A. Rapoport, 1965).

В колишньому Радянському Союзі лікувальне голодування вперше застосував Н.П. Нарбеков (1946), широко використовував його академік А.Н. Бакулев (1948). В психіатричній практиці лікування голодуванням проводив проф. Ю.С. Ніколаєв, яким в 1963 р. була видана монографія, що узагальнювала багаторічні (більше 20 років) результати лікування хворих на шизофренію.

У 1969 році в Москві під загальною редакцією проф. Д.Д. Федотова побачив світ збірник клініко-експериментальних робіт: "Лікувальне голодування". Названий збірник сконцентрував інтереси низки відомих

вчених: академіків П.К. Анохіна, А.А. Покровського, Н.А. Федорова, професорів Ю.С. Ніколаєва, Д.Д. Федотова, К.В. Судакова, к.м.н. Ю.Л. Шапіро, які вбачали в голодуванні одну з найбільш адекватних моделей для вирішення багатьох спеціальних проблем, зокрема харчової мотивації, адаптації, регенерації, компенсації функцій, виживання тощо. З іншого боку, теоретичні роботи є необхідними для подальшого розвитку лікувального голодування, тому що саме вони розкривають конкретні механізми терапевтичної дії голоду і тим самим ставлять його на тверду наукову основу.

Розроблена Ю.С. Ніколаєвим методика дозованого повного голодування, якій він дав назву "розвантажувально-дієтична терапія" (РДТ), стала основою для його використання в стаціонарних умовах.

Нагромаджено значний клінічний досвід застосування РДТ при хворобах серцево-судинної системи (Я.Я. Рудаков, 1980, 1981, 1994 та ін.); бронхіальної астми (А.М. Кокосов, С.Г.Осінін, 1984, 1993, 2001; С.М. Треумова, 1990; Г.Г. Альохіна, 1991, та ін.); хронічних захворюваннях шлунково-кишкового тракту (А.І. Дмитрієв, 1987, 2001; П.П. Кузів 1993, 1999, 2000; В.А.Ратніков, 1994; О.М. Ганич ы спывавт. 1988, 1993); алергії (Е.Й. Архій, 1997 та ін.); у хірургії (Ф.Н. Ромашов, В.С. Дмитрієва, Є.С. Вельхвер, А.Н. Алексеева, 1980); при ожирінні та порушенні обміну речовин (В.В. Щедрунов, 1990; Т.П. Демічева, 1994 та ін.).

У Московському науково-дослідному інституті психіатрії Міністерства охорони здоров'я Російської федерації в 1975 і 1976 роках відбулись науково-практичні конференції, присвячені застосуванню РДТ при нервово-психічних та деяких соматичних захворюваннях, за участю багатьох радянських та зарубіжних фахівців.

У травні 2001 року в м.Улан-Уде (республіка Бурятія) відбулась науково-практична конференція "Розвантажувально-дієтична терапія в клініці внутрішніх хвороб: перспективи впровадження методу в систему органів охорони здоров'я та санаторно-курортного лікування". Матеріали цієї конференції представлені в збірнику тез "Розвантажувально-дієтична терапія в клініці внутрішніх хвороб" (під редакцією проф. А.М.Кокосова. – Санкт-Петербург, 2001). У збірці узагальнено організаційний досвід Міністерства охорони здоров'я Республіки Бурятія по впровадженню РДТ у галузь охорони здоров'я, яка немає аналогів у Росії та за її межами.

І ось сьогодні (жовтень 2001 року) ми з Вами є учасниками симпозіуму: "Розвантажувально-дієтична терапія та низькокалорійна дієта в клініці внутрішніх хвороб", який проходить у м.Тернополі, в Україні.

Глибоке і всебічне вивчення патофізіології голодування тварин було проведено В.В.Пашутіним і його школою (1902), який виділив три періоди в процесі голодування і показав, що втрата маси тіла до 40-45 % характеризується поворотністю змін, і що відгодовування тварин приводить до швидкого відновлення їхньої маси тіла.

Які ж механізми дії лікувального голодування (РДТ або посту)?

Дезінтоксикаційний ефект. Забруднення довкілля зростає з кожним роком. Причиною погіршення здоров'я людини є відкладання токсичних метаболітів у клітинах органів і тканин. Очищення організму від токсинів із внутрішнього середовища тобто із клітин і міжклітинного простору можливе лише дозованим голодуванням.

Гемодинамічний ефект. В процесі дозованого голодування відбувається перерозподіл крові від шлунка і кишківника, який знаходиться в стані фізіологічного спокою, до гіпоксичних та ішемічних вогнищ. Покращення загальної циркуляції викликає розкриття спазмованих і нефункціонуючих капілярів. Гемодинамічний ефект у процесі голодування приводить до збагачення кров'ю судин мозку, серця, ендокринних залоз, шкіри та ін. органів. Об'єктивно це виявляється підвищенням розумової активності, покращанням пам'яті, припиненням приступів стенокардії, посиленням статевої функції, омолодженням шкіри тощо.

Аутолітичний ефект. Під час лікувального голодування організм переходить на ендогенне харчування. Спочатку, коли запаси глікогену ще не використані, жири згорають у полум'ї вуглеводів цілком. Пізніше організм синтезує глюкозу із жирів і білків. Одночасно з жиром відбувається засвоєння і резервних білків, що є в тканинах менш важливих для організму органів. Виявилось, що при використанні білкових резервів у першу чергу піддаються розпаду тканини змінені хворобливим процесом а також спайки, ліпоми, пухлини тощо. Відбувається фантастичний за задумом і дуже суттєвий за силою процес самоочищення і самооновлення, тобто аутоліз. Ось чому лікувальне голодування порівнюють іноді з операцією без ножа, операцією при якій природа оперує набагато тонше, ніж будь-який хірург. Який же механізм аутолізу? Ряд авторів А. де Вріз, І. Вівіні, О. Бухінгер та ін. вбачають в аутолізі якісь доцільно діючі сили. Конкретно про них не говорять, а обмежуються загальними фразами про саморегуляцію організму. Ф.М. Ромашов із співавторами (1980) вважають, що в основі аутолітичного ефекту лежить функція імунної системи, а саме В-лімфоцитів, які вивільняються із лімфатичних колекторів усього травного тракту.

Згідно з проведеними нами морфологічними дослідженнями вважаємо, що аутолітичний ефект обумовлений підвищенням кількості та функціональної активності природних кілерів, які знищують лише хворі, а не здорові клітини і тканини та стимулюють репаративні процеси.

За тривалого повного голодування відбувається депресія як клітинної, так і гуморальної ланок імунітету. На тлі вираженої імунної депресії зростає кількість та функціональна активність природних кілерів: великих гранулоцитарних лімфоцитів (ВГЛ) та їхньої тканинної форми – ріт-клітин. Саме депресією специфічного імунітету обумовлене пригнічення алергічного запалення, імунопатологічних станів.

Лікувальний ефект голоду пов'язаний з підвищенням адаптаційної здатності організму. В цьому яскравіше проявляється загальнобіологічний закон: адаптація до певних впливів супроводжується підвищенням стійкості організму не тільки до діючого фактору, але і до багатьох інших, тобто підвищується неспецифічна опірність організму (Ф.З. Меерсон, 1981, М.М. Сиротинін, 1982 та ін).

В.М. Дільман (1987) вважає, що багато захворювань можуть бути об'єднані загальними етіопатогенетичними механізмами, що дає можливість використовувати загальні засоби лікування для різних, за клінічними проявами, патологічних процесів.

Адаптогенною дією голоду можна пояснити неспецифічність методу РДТ, цього хороший лікувальний вплив при таких захворюваннях, при яких застосовуються лікарські засоби з різною фармакотерапевтичною дією.

Багато хвороб, на думку Г. Сельє, є швидше результатом помилок у нашій адаптаційній реакції на впливи різних агентів, ніж результатом прямої шкоди, спричиненої цими агентами. Тому багато захворювань вчений назвав "хворобами адаптації", хоча правильніше було б назвати їх "хворобами відсутності адаптації" (В.І. Медведєв, 1982).

Який же механізм адаптогенної дії голоду?

Вивчаючи літературу, присвячену питанням адаптації організму людини і тварин до різних впливів зовнішнього середовища, ми прийшли до висновку, що на сьогодні є достатня кількість переконливих фактів, які дають підставу вважати, що загальною реакцією організму при адаптації до більшості, якщо не до всіх екстремальних впливів, є переключення енергетичного обміну з вуглеводного типу на жировий, а ендогенне харчування при голодуванні і є жировим типом обміну в чистому і повному його прояві. Очевидно, це один із основних механізмів адаптогенності РДТ.

Таким чином, в основі лікувального ефекту РДТ лежить аутоліз нежиттєздатних клітинних структур, активне звільнення від кінцевих продуктів обміну речовин, ендотоксинів, включаючи метаболіти ліків, чужерідних антигенів, очищення рецепторів клітин, підвищення чинників неспецифічної резистентності за одночасної стимуляції репаративних процесів. РДТ здійснює корегуючий вплив на змінені показники гомеостазу і служить модулятором, який усуває структурну і функціональну патологію тканин й органів шляхом інтенсифікації метаболізму в межах фізіологічної норми, що визначається генотипом. Науково обґрунтована ефективність РДТ на живий організм дає можливість успішно використовувати цей метод в клініці внутрішніх хвороб.

З 1983 року по 2001 рік на кафедрі шпитальної терапії №1 Тернопільської медичної академії ім. І.Я. Горбачевського, яка знаходиться на базі міської комунальної лікарні №2 успішно, без ускладнень, методом РДТ проліковано 1136 пацієнтів, 842 із них страждали на хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту, 241 – на хвороби дихальної та 142 – серцево-судинної системи.

Проведені та узагальнені клініко-лабораторні, інструментальні та морфологічні дослідження у 1136 пацієнтів, які знаходились на лікуванні методом РДТ, стали основою для виконання 3-х докторських і 8-и кандидатських дисертацій.

На основі вищевикладеного можна дійти висновків, що: 1) РДТ є ефективним методом лікування при самих різних захворюваннях внутрішніх органів, зокрема шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної та дихальної систем; 2) у переважній більшості хворих РДТ викликає зменшення або ж зникнення симптоматики основного і ряду супутніх захворювань; 3) РДТ не здійснює суттєвого впливу на основні морфологічні і біохімічні показники крові. Деякі зміни, які виникають у розвантажувальному періоді (помірне підвищення кількості еритроцитів, гемоглобіну, білірубіну, сечовини, активності АлАТ, АсАТ, зниження рівня цукру в крові), є адаптивними до ендогенного харчування і нормалізуються у відновному періоді або в короткі терміни після нього. РДТ приводить до нормалізації початково підвищеної або зниженої секреторної функції шлунка, підшлункової залози, не здійснюючи суттєвого впливу на осіб з нормальною функцією названих органів. Завдяки цьому підвищується адаптація організму хворого до раніше погано переносимих продуктів харчування; 4) РДТ призводить до нормалізації Т- і В-ланок імунітету, сприяє підвищенню неспецифічної резистентності організму, що забезпе-

чує стійку клінічну ремісію; 5) проведення на фоні РДТ раціональної (індивідуальної і групової) психотерапії, аутогенного тренування, медитації, навчання хворих контролю за харчовим поведінкою і поведінкою створюють емоційний настрій, сприяють розвитку альтруїзму в особистості. Клінічне покращання виявляється стійким протягом одного-трьох років, що зумовлює позитивний вплив на емоційну сферу пацієнтів, зміцнює їх віру в цей спосіб лікування, особисту і соціальну адаптацію, розумову та фізичну працездатність; 6) РДТ має комплексний багатofакторний саногенетичний, адаптогенний вплив на ряд функціональних характеристик організму одночасно, на основі чого розроблена схема саногенетичних механізмів впливу РДТ при різних захворюваннях внутрішніх органів з урахуванням показів та протипоказів до такого лікування.

У даний час колектив кафедри шпитальної терапії №1 працює над новими перспективами розвитку методу РДТ, впровадженням його в клінічну практику не лише Тернопільської області, але й в межах нашої держави. З цією метою продовжуються наукові розробки щодо розкриття інтимних механізмів саногенної дії РДТ на здоровий та хворий організм, подальшого вдосконалення методу РДТ шляхом покращання підготовчого періоду та модифікації відновного харчування, впровадження низькокалорійної овочево-фруктової дієти, як етапу адаптації шлунково-кишкового тракту до нормального здорового способу харчування. За прикладом лікарів Бурятії, варто було б докласти зусиль для впровадження РДТ у клініки, лікарні та амбулаторії не тільки нашої області але й усієї України.

З метою реалізації поставлених завдань необхідно:

- на кафедрі організувати курси підвищення кваліфікації лікарів, фахівців з РДТ;
- знайомити громадськість у цілому і окремі категорії фахівців з методикою РДТ;
- проводити роботу серед лікарів, студентів, школярів та пацієнтів, а також населення, плекаючи серед них ідеологію здорового способу життя;
- створити виїзні науково-практичні бригади для популяризації та поширення позитивної інформації про метод РДТ.

КОНЦЕПЦІЯ ОСНОВНИХ САНО– І ПАТОГЕНЕТИЧНИХ МЕХАНІЗМІВ ЛІКУВАЛЬНОЇ ДІЇ РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО-ДІЄТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З ПАТАЛОГІЄЮ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ З АЛЕРГІЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ

Е.Й. Архій

Ужгородський національний університет, Україна

Незважаючи на досить велику кількість робіт, що демонструють позитивну лікувальну дію та переваги розвантажувально-дієтичної терапії (РДТ) при патології органів травлення (О.Ганич і інші, 1988, 1993; Е. Ткаченко і ін., 1993; А. Андрейчин, П. Кузів, 1993; В. Чернякова, 1993; А. Дмитрієв і ін., 1995; Е. Архій, 1995) чимало механізмів саногенного, адаптогенного впливу цієї терапії з метою збереження фізіологічного стану організму залишаються не розкритими.

Метою даної роботи ставилося вивчення окремих сано– і патогенетичних механізмів лікувальної дії РДТ при поєднаній патології органів травлення (ППОТ) з алергічними ускладненнями (АУ) та ролі і взаємозв'язку стану місцевої імунної системи слизових або MALT і процесів травлення при лікуванні РДТ.

Протягом 14 років проведено спостереження за 1057 хворими, що лікувалися методом РДТ, із них у 757 діагностовано поєднане ураження органів травлення з наявними двома і більше захворюваннями. В окрему групу спостережень було виділено 607 хворих ППОТ, що мали алергічні ускладнення. В умовах гастроентерологічної клініки у 108 із цих пацієнтів фіброгастроуденоскопія проводилася до- і після РДТ з метою пристінкового забору кишкового соку та для забору біопсійного матеріалу (10-15 см) за зв'язкою Трейтца з подальшим біохімічним і морфометричним обстеженням слизової оболонки тонкої кишки.

Імунологічний статус оцінювався за 26 показниками I – II рівню. Обстежено 168 хворих з ППОТ і 42 практично здорових людей. Стан MALT оцінювався за вмістом імуноглобулінів (Ig) в кишечному сокові, слині та сечі в динаміці РДТ, а саме: IgM, IgG, IgA, SIgA, визначеними за Mancini et al., 1965.

Вивчення функціонального стану слизової оболонки тонкої кишки пацієнтів з ППОТ проводилося за допомогою дослідження пептидгідролазної активності за О. Уголевим, Н. Тимофєєвою (1969), сахарозної та мальтозної активності за О. Уголевим, Н.І езуїтовою (1969) з одночасним використанням методу Dalgivist (1964).

Всі 26 показників імунологічного статусу хворих вивчалися в динаміці по періодах РДТ, зокрема в період ацидозу (ПА) – 7-9 день повного голодування без обмеження вживання води (РП), період компенсації ацидозу (ПКА) – 10-12 день всього розвантажувального періоду (РП) або голоду з повною депривацією їжі без обмежень вживання води і період відновлення (ПВ) – 5-7 день дієтичного харчування, що давало можливість оцінити вплив кожного із цих періодів лікування на імунітет і рекомендувати оптимальні терміни РП або депривації їжі для РДТ при ППОТ, як і терміни відновного харчування.

При вивченні 6 показників неспецифічної резистентності в динаміці РДТ ми спостерігали, що під впливом РДТ лише дещо поліпшується неспецифічна резистентність організму пацієнтів за даними показників С3 - компоненту комплементу, α 1-антитрипсину, НК- клітин, кисеньнезалежних систем фагоцитозу, але тривалі терміни РП у хворих з АУ при ППОТ можуть загрожувати декомпенсацією неспецифічної резистентності, враховуючи динаміку кисеньнезалежних систем фагоцитозу, тому оптимальними термінами депривації їжі, що супроводжувалися лише позитивною динамікою всіх показників вродженого імунітету виявилися 12-14 денні періоди повної депривації їжі або РП.

Крім того, важливо відзначити, що і періоди відновної (ПВ) дієти – 12-14 днів, потребують постійного лікарського контролю у зв'язку з деякою декомпенсацією проти- інфекційного захисту хворих з ППОТ і недоцільністю його медикаментозного стимулювання після РДТ.

Із динаміки змін 9-ти показників Т-клітинного імунітету теж напрашується висновок про недоцільність дуже тривалих термінів РП, оскільки показники Т-ланки імунітету у хворих ППОТ уже до лікування були понижені, а тривалий інгібуючий вплив на імунну систему, який короткочасно необхідний при АУ, при великих термінах РП може призвести до зриву адаптивно-регуляторних процесів, направлених на компенсацію і збереження фізіологічного стану Т-ланки імунітету, оскільки імуномодуючий вплив за даними визначення індексу чутливості до тімаліну мав позитивну динаміку лише до періоду ацидозу (ПА).

При вивченні показників В-системи імунітету в динаміці РДТ ми спостерігали, що РДТ значно не впливала на клональну експансію В (Ig+) . Однак, клітини В(IgA+) і В(IgG) і після РДТ достовірно перевищували кількість клітин у практично здорових людей. Досліджуючи Іg сироватки крові ми спостерігали, що РДТ через адаптативно-компенсаторні зміни гуморальної ланки імунітету комплексно підвищувала захисно-бар'єрну

функцію імунної системи. Зокрема, у хворих з АУ практично нормалізувалися рівень ІgM і ІgE, значно підвищеним залишався порівняно до норми SIgA ($p < 0,001$), і меншою мірою, але достовірно вищим, був рівень ІgG ($p < 0,05$).

Своєрідною і дуже цікавою були динаміка ІgE і циркулюючих імунних комплексів або ЦІК, оскільки протягом 14 днів в РП показник ІgE поступово зростав, хоч на відновленні наближався до норми, однак більші терміни РП могли призвести до порушення регуляції і адаптації та можливого надмірного зростання продукції ІgE і недостатньої його елімінації з усіма наслідками такої ситуації.

Важливими, очевидно ведучими при РДТ, були зміни в MALT. Вивчаючи динаміку змін Іg кишкового соку, слини та сечі при РДТ, ми спостерігали ряд адаптивно-компенсаторних змін в MALT, із яких найбільш суттєвими були зміни Іg місцевої імунної системи кишківника або GALT і особливо динаміка змін SIgA. Так, при дослідженні кишкового соку у хворих ППОТ з АУ, до РДТ ми виявляли внаслідок патології в місцевій імунній системі кишківника або GALT надмірну секрецію SIgA ($p < 0,001$), а також підвищений майже у 9 разів рівень ІgG ($p < 0,001$) та значно підвищений ІgM ($p < 0,05$). Нормальним залишався тільки рівень ІgA – мономера ($p < 0,5$).

В слині хворих з ППОТ і АУ до початку лікування також достовірно вищим за норму були SIgA і ІgG, тоді як ІgM не виявлявся зовсім, а ІgA-мономер був у межах норми. У сечі спостерігалася підвищена кількість SIgA ($p < 0,05$) та ІgG ($p < 0,05$).

Отже, за отриманими даними обстеження імунної системи при ППОТ до лікування РДТ у всіх ланках імунітету спостерігалися відхилення від норми, але найбільш суттєвими порушення імунітету виявилися в місцевій та імунній системі слизових, де навіть надмірно висока секреція SIgA, не могла захистити слизову оболонку кишківника від антигенної агресії, а у зв'язку зі значним зростанням рівнів ІgG і ІgM, виникала можливість до активації комплементу з вивільненням протеолітичних ферментів.

Під впливом РДТ, в кишковому сокові спостерігалися значні позитивні зрушення Іg : достовірно нормалізувалися ІgG і ІgM при незмінному нормальному рівневі ІgA та понижувалася, але однак залишалася достовірно вищою за норму секреція SIgA, захисні властивості якого добре відомі. Динаміка Іg слини і сечі також відтворювала позитивний характер адаптативно-регуляторних компенсаторних змін в GALT під впливом РДТ, що ведуть до зростання захисно-бар'єрних функцій MALT і

усунення умов для антигенної агресії в межах слизової оболонки кишківника.

Отже, в лікувальній дії РДТ, що реалізується через комплекс адаптогенних регуляторних механізмів впливу на всі ланки імунітету, ведучим є саногенний нормалізуючий вплив на захисно-бар'єрні функції MALT.

Часті алергічні ускладнення у хворих з ППОТ дозволяють припускати, що в патогенезі алергічних реакцій у цих хворих значне, навіть провідне місце посідають порушення процесів травлення, зокрема, недостатній гідроліз олігомерів білкової та вуглеводної природи.

Досліджуючи процеси травлення білкової їжі у 108 хворих з ППОТ і АУ як основного джерела антигенів на прикладі гідролізу п'яти олігопептидів біопсійним матеріалом тонкої кишки спостерігалось достовірне зниження гідролізу всіх олігопептидів. Отже, як і припускалося, недостатній гідроліз олігопептидів був основним джерелом антигенів. Навіть без спеціальних методів солюбілізації ферментів ми змогли спостерігати реакції щітково-облямківкових і цитозольних пептидгідролаз, які по різному реагували на лікування РДТ. Зокрема, мембранний гідроліз білкових субстратів достовірно зростає, і пептидгідролазна активність тут значно збільшувалася, тоді як цитозольний гідроліз двох депептидів, або точніше цитозольні пептидгідролази, в межах 12-14 денного РП не реагували зміною своєї активності в той чи інший бік.

Паралельно нами вивчалися і процеси травлення вуглеводів, як можливе джерело гаптенів, за даними вивчення амілолітичної, сахаразної і мальтазної активності. Оцінювалися всі етапи гідролізу вуглеводів. Під впливом РДТ гідроліз вуглеводів достовірно зростає на всіх етапах, а саме, РДТ вела до повної нормалізації порожнинного і мембранного гідролізу вуглеводів.

Таким чином, РДТ здатна забезпечувати комплексні адаптативно-регуляторні компенсаторні перебудови процесів травлення, зокрема, гідролізу олігомерів білкової та вуглеводної природи, що створює умови реадптації до їжі, її композиції та збереження фізіологічного стану процесів травлення, а тим самим і усунення великою мірою джерел антигенної агресії.

Підсумовуючи результати проведених досліджень слід підкреслити, що РДТ при ППОТ з АУ має ряд переваг перед медикаментозним лікуванням, оскільки забезпечує регуляторний вплив на весь комплекс різнонаправлених патогенетичних механізмів поєднаної патології. РДТ веде до цілої низки регуляторних адаптативно-компенсаторних саногенних перебудов травлення і імунної системи, що спрямовані на підвищення

захисно-бар'єрних функцій організму і перш за все MALT та GALT. Отже, саногенний вплив РДТ може виводити на якісно новий рівень функціонування імунної системи та водночас відновлювати травно-транспортні функції слизової оболонки тонкої кишки, що робить РДТ оптимальною методикою лікування АУ при ППОТ.

РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО-ДІЄТИЧНА ТЕРАПІЯ В КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ – ЧИ Є СЬОГОДНІ АЛЬТЕРНАТИВА?

**О.Й. Бакалюк,
Н.В. Грималюк**

*Тернопільська державна медична
академія. ім. І.Я. Горбачевського,
Україна*

Думки про можливість застосування розвантажувально-дієтичної терапії (РДТ) для лікування захворювань людини та про її ефективність діаметрально протилежні – від визнання РДТ "найбільш ефективним методом лікування і профілактики більшості захворювань людини (В.М. Нікітін, V. Grosser, L. Trang) до її характеристики "как одного из наиболее агрессивных извращений режима питания" (М.А. Самсонов). Зрозуміло, що такий діапазон думок у першу чергу пов'язаний з недостатньою вивченістю окремих аспектів механізму дії РДТ, невірною інтерпретацією закономірно виникаючих при цьому змін метаболізму, або, гірше того, ототожнюванням РДТ з іншими (патологічними) формами голодування.

Нейрофізіологічні і біохімічні механізми РДТ активно вивчалися і вивчаються в клініках близького і далекого зарубіжжя. Серед них відзначимо серію нейрофізіологічних досліджень, виконаних в лабораторії П.К. Анохіна в рамках його відомої теорії функціональних систем, комплексні лабораторно-інструментальні і біохімічні дослідження, проведені К.В. Судаковим, А.В. Покровським, Ю.С. Николаєвим, Ю.Й. Поліщуком, О.М. Кокосовим, В.В. Лобковим, О.Й. Бакалюком, П.П. Кузівим.

У даному повідомленні наведені дані літератури і результати власних досліджень по вивченню механізму дії РДТ при різноманітній патології організму людини (нервово-психічні хвороби, захворювання серцево-судинної системи, суглобів, органів дихання, хворобах обміну речовин, гепатобіліарної системи). Аналіз цих даних дозволив сформулювати концепцію про нейрофізіологічні і біохімічні механізми тривалого голодування, яка пояснює весь комплекс змін, які виникають при цьому і направлені на виникнення "генералізованої тенденції до нормалізації мета-

болізму" (Г.Й. Бабенков) на всіх рівнях – субклітинному, клітинному, тканинному, на рівні цілого організму.

Ми вважаємо, що стрижневою системою, яка забезпечує формування гомеостатичних реакцій організму за умови тривалої харчової депривації, є система "гіпоталамус – стволова ретикулярна формація – амигдаликовий комплекс – септум – гіпокамп – неостріатум – епіфіз – неокортекс". Ці структури являють собою замкнуту багатоконтурну систему автоматичного управління, діяльність якої направлена на підтримання біологічних констант в межах, які дозволяють зберегти життя індивіда.

При голодуванні змінюється рівень функціонування і активність центральних нервових і нейрогуморальних систем, що знаходить своє відображення у певних змінах електрофізіологічних і біохімічних показників, направлених на збереження життя системи в даній ситуації. У перші 2-4 дні голоду спостерігають загальне підвищення активності нейронних груп ретикулярної формації, ствола і середнього мозку, середнього і заднього гіпоталамуса, яке з часом поширюється і на ряд інших утворів (мигдаликоподібний комплекс, частина ядер гіпоталамуса, орбітальна і скронева зони кори) і стійко утримується протягом всього періоду голодування. Це зростаюче посилення активуючих впливів підтверджується зниженням величини альфа-індексу ЕЕГ, зростанням частоти альфа-ритму, зсувом максимуму реакції засвоєння ритму ЕЕГ у бік низьких частот, підвищенням амплітуди спонтанних коливань шкірно-гальванічної реакції, зниженням абсолютних сенсорних порогів слуху і шкірних відчуттів, скороченням часу рухової реакції. Активація системи гіпоталамус-гіпофіз та амигдаликових ядер одночасно призводить до змін активності ендокринних залоз, які беруть участь в адаптаційній діяльності – надниркових, підшлункової і щитовидної залоз, гонад. Розвивається весь комплекс пристосувальних реакцій, які є типовими для стану стресу – зростає продукція катехоламінів, АКТГ, глюкокортикоїдів, інсуліну, глюкагону і помірно знижується – тиреоїдних і статевих гормонів. Відзначимо, що на відміну від "істинних", інтенсивних, раптово виникаючих стресорних впливів, зрушення, які виникають при голодуванні, більш "м'які", вони розвиваються повільніше (протягом днів), і ступінь їх вираженості є строго індивідуальний.

За продовження терміну голодування у міру наростання метаболічних зрушень (дефіцит енергії, наростання ацидозу, погіршення енергозабезпечення тканин) підвищується активність септо-гіпокампальної ділянки, яка знаходиться в антагоністичних відносинах з ретикуло-гіпотала-

мо-амигдаларною системою. Відомо, що прямим стимулом, який збільшує активність септума і гіпокампа і відповідно – їх гальмівний вплив на ретикулярну формацію, гіпоталамус, амигдаларний комплекс за рахунок зростання активності їх нейронів і величини загального еферентного сигналу, є глюкокортикоїди. На відміну від ряду клінічних ситуацій, які вимагають застосування глюкокортикоїдів (найчастіше це автоімунні та автоалергічні захворювання і стани), у процесі голодування організм сам регулює ступінь активації надниркових залоз у відповідності зі своїми внутрішніми потребами, які направлені на підтримання гомеостазу і ліквідацію порушень метаболізму (читай – захворювання). Таким чином, зростання рівня глюкокортикоїдів у крові при голодуванні до певного (межового для даного індивіда) рівня включає гальмівну систему, яка блокує процес фатального вичерпання адаптивних резервів організму. Останнє вигідно вирізняє РДТ серед інших методів лікування, за яких доза глюкокортикоїдів, як правило, підбирається майже емпірично.

У цілому систему описаних вище мозкових утворів ми уявляємо собі у вигляді автоматичної структури, завданням якої є забезпечення виживання організму в екстремальних ситуаціях. Вона складається із двох блоків ("активаційного" і "гальмівного") і функціонує у певного роду "випадковому" середовищі. При кожному наблизенні до небезпечного для виживання живої системи стану ця автоматична структура намагається продовжити загальний "час життя" і відійти від цього стану, що досягається шляхом включення "активаційного" блоку – виникає реакція стрес-тривоги за Г. Сельє. Якщо вихід із цього стану затримується, або реакції стрес-тривоги виникають дуже часто, то виникає небезпека фатального вичерпання енергетичних ресурсів організму. Це призводить до включення "гальмівного" блоку, що супроводжується зниженням рівня енергозабезпечення і загальної активності організму.

Власне активацією септо-гіпокампальної гальмівної системи, а, можливо, і блоку "неостріатум-епіфіз", які тісно пов'язані з рівнем функціонуванням щитовидної і підшлункової залоз (прямий зв'язок) ми пояснюємо більшість позитивних ефектів РДТ. Вони полягають у покращанні або нормалізації системної гемодинаміки, структурно-еластичних властивостей судинної стінки, регіонарного судинного тонуусу і мікроциркуляції, фазових змінах неспецифічної імунної реактивності (імунодепресія в розвантажувальному періоді та імуностимуляція в періоді відновного харчування) з кінцевим імуномодуючим ефектом, зменшенні ступеня вираженості автоалергічних та автоімунних реакцій, активації процесів

перекисного окислення ліпідів з одночасним підвищенням активності антиоксидантної системи захисту в розвантажувальному періоді та нормалізації процесів пероксидації ліпідів з одночасним стійким підвищенням активності антиоксидантної системи захисту у періоді відновного харчування), зниженні сироваткової концентрації холестерину ліпопротеїнів низької густини, нормалізації функцій підшлункової, щитовидної залози та залоз осі "гіпофіз-гонади".

Ми вважаємо, що на сьогодні РДТ є єдиним немедикаментозним і, підкреслимо, строго індивідуальним методом, який дозволяє на тривалий час підвищити активність структур "гальмівного" блоку. Із цих позицій стає зрозумілою висока ефективність періодичного голодування або низькокалорійного харчування [(як в експерименті (В.Г.Сараєв), так і у клініці (В.Ф. Фролькіс, В.М. Нікітін)] як методу лікування і – головне! – профілактики більшості захворювань людини, і як методу, здатного затримати процес постаріння, вікову інволюцію, та у певних межах подовжити тривалість життя – адже власне з віком виникає підвищення активності гіпоталамічних та ретикулярних структур і зростання гіпоталамічного порого до гальмівних впливів.

ВПЛИВ ПОВНОГО ГОЛОДУ НА УЛЬТРАСТРУКТУРУ СИНУСОЇДІВ ПЕЧІНКИ ЩУРІВ

Я.Я.Боднар, О.І.Кузів, *Тернопільська державна*
О.В. Дмитренко, *медична академія ім. І.Я.*
Г.В.Лихацька *Горбачевського, Україна*

За електронно-мікроскопічного дослідження паренхіми печінки інтактних щурів встановлено, що синусоїди печінкової часточки побудовані із трьох видів клітин: ендотеліоцитів, клітин Купфера та ріт-клітин.

Ендотеліальні клітини, які вистилають синусоїди є плоскими. Ядро овальної форми притиснуто до одного із полюсів цитоплазми, яка огортає його вузькою смужкою. Гетерохроматин великими грудками локалізується вздовж внутрішнього листка каріолеми, еухроматину мало, ядерце, як правило, відсутнє. Цитоплазма ендотеліоцитів вузькою смужкою простягається від периферії часточки вздовж васкулярного полюсу гепатоцитів до центральної вени. Між васкулярними полюсами гепатоцитів та ендотеліоцитами локалізується простір Діссе. В цитоплазмі відростків є міжклітинні щілини або цитоплазматичні фенестри, які не перекриті діафрагмами.

Цитоплазма ендотеліоцитів бідна органалами: виявляються поодинокі мітохондрії, короткі каналці ендоплазматичної сітки, лізосоми та рибосоми. Базальна мембрана відсутня. Між ендотеліоцитами вмонтовані клітини Купфера, які дійсно утворюють частину вистилки синусоїдів. Клітини Купфера мають неправильну форму – їхня цитоплазма утворює вип'ячування у вигляді псевдоподій та мікроворсинок, а між відростками в цитоплазмі вдаються щілини. Особливістю ультраструктури Купферівських клітин є те, що в їхній цитоплазмі знаходяться своєрідні трубочки, які локалізуються під цитолоемою. Останні, напевно, є депо клітинних мембран, які необхідні для швидкої фагоцитарної реакції у відповідь на потрапляння в клітину фагоцитованого матеріалу. Ядро неправильної форми з глибокими інвагінаціями каріолеми, в якому домінує еухроматин. Гетерохроматин вузькою смужкою локалізується вздовж внутрішнього листка каріолеми та невеликими грудками серед еухроматину. Іноді виявляється невелике ядерце. В цитоплазмі контуруються поодинокі лізосоми, фагосоми різної величини та локалізації; мітохондрії розмаїті за формою та величиною; каналці гранулярної ендоплазматичної сітки, комплекс Гольджі, а також чисельні везикули та щільні тілця.

До зірчастих макрофагів (клітин Купфера) і ендотеліальних клітин з боку просвіту синусоїдів за допомогою псевдоподій прикріплюються ріт-клітин (НК – клітини, природні кілери). Це великі клітини з полярним розміщенням ядра і цитоплазми. Ядро в них велике, округлої форми, в нуклеоплазмі якого домінує гетеро- чи еухроматин, в залежності від функціонального стану клітини. Ядерце сітчастої структури, ектоповане. В каріолемі чітко контуруються пори. Органели цитоплазми ріт-клітин – чисельні: короткі каналці гранулярної ендоплазматичної сітки, розмаїті за величиною і формою мітохондрії. Особливістю структури ріт-клітин є наявність поодиноких крупних осміофільних гранул та особливого типу пухирців – паличко-серцевинних, притаманних лише їм. Ріт-клітини є тканинною формою великих грануловмісних лімфоцитів крові, які крім природньої кілерної активності, володіють ендокринною функцією. Завдяки цьому, ріт-клітини, в залежності від стану гепатоцитів можуть проявляти протилежні ефекти: наприклад, при захворюваннях печінки вони, як кілери, руйнують уражені гепатоцити, а в період виздоровлення, як ендокриноцити АРИД-системи, стимулюють проліферацію печінкових клітин. Поодинокі ріт-клітин виявляються прикріпленими до стінки синусоїдів, більшість із них локалізуються в ділянці порталних трактів.

Під впливом трьох добового голодування шурів із вільним доступом до води встановлено, що субмікроскопічна будова синусоїдів печінкових часточок зберігає описану структуру. Проте, нами виявлені деякі особливості морфології клітинної вистилки синусоїдних кровоносних капілярів. Перш за все, краще проти інтактних, контурувались плазматичні, ядерні та внутрішньоклітинні мембрани ендотеліоцитів, зірчастих та ріт-клітин. В цитоплазмі клітин Купфера збільшувалась чисельність лізосом, фагосом та трубчастих структур під цитолемою клітини. Відбувся перерозподіл ріт-клітин, все більше цих клітин ми виявляли в просвіті синусоїдів. Особливістю їх структури було те, що в ядрі домінував еухроматин, ядрце було великим, сітчастої структури і локалізувалось впритул до каріолеми. Біля ядерця контурувались чисельні гранули рибосомального типу. Зростав вміст пор у каріолемі. Серед ріт-клітин частіше зустрічались ті, в цитоплазмі яких було 2-3 крупні осміофільні гранули з однорідним електронно-щільним матриксом.

Таким чином, повний голод викликав покращення субмікроскопічної організації ендотеліоцитів, зірчастих та ріт-клітин, що супроводжувалось підвищенням їхньої функціональної активності.

АПІТОНІК-ЯК ЗАСІБ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ БРОНХІТІВ І ПНЕВМОНІЙ У ХВОРИХ З НЕПОВНОЦІННИМ ТИПОМ ХАРЧУВАННЯ

**О.І. Волошин,
О.І. Сплавський,
Л.О. Волошина,
М.В. Клинецький**

*Буковинська державна медична
академія, Україна*

Відомо, що люди з тривалим неповноцінним харчуванням схильні до частих захворювань, особливо органів дихання. Під нашим спостереженням знаходилися 34 таких хворих з загостреннями хронічних (обструктивних – 8, необструктивних – 12) бронхітів та гострою вогнищевою (12 пацієнтів) пневмонією у віці від 19 до 63 років. У всіх випадках захворювання проявлялося помірним чи значним інтоксикаційним синдромом, зниженням імунологічної реактивності та маси тіла. Контрольну групу склали 23 хворі репрезентативні за нозологією, віком та стадією захворювання.

В базовий лікувальний комплекс включали однотипні антибактеріальні, муколітичні засоби та фізіотерапевтичну процедуру. В якості за-

гальнозміцнюючого засобу в контрольній групі призначали ундевіт, в основній – апітонік по 2,5 г (порошок) двічі на день протягом двох тижнів.

Апітонік – вітчизняний біологічно активний харчовий додаток з пилку бджолиного, отриманий за допомогою кріо-механічних технологій (фірма "Плазіс ЕМ", м. Кривий Ріг), що значно підвищує біодоступність складників (їх більше 100) пилку бджолиного для хворого організму.

Встановлено, що у пацієнтів основної групи з перших днів помітніше зникав інтоксикаційний синдром, покращувався апетит, відходження мокрот, її фізичних властивостей, посилювався діурез. Фізикально виявлено прискорення регресу клінічних проявів хвороб та рентгенологічної картини в легенях. В крові на 10-12-й день відмічено нормалізацію периферичної картини крові. На 14-16-й день констатовано вірогідні позитивні зміни імунограми, хоча стверджувати про нормалізацію цих показників було ще рано. Вживання апітоніка сприяло підвищенню переносимості антибактеріальної терапії, включаючи попередження кандидозу і дисбактеріозу, збільшенню маси тіла на 2-3,5 кг. Відмічено поліпшення інших якісних показників життя хворих: сну, настрою, толерантності до фізичних навантажень тощо.

Апітонік розглядається як цінний допоміжний специфічний засіб підвищення лікування бронхо-легеневих уражень та реабілітації ослаблених людей, які піддані дії факторів ризику розвитку захворювання.

РОЗВАНТАЖУВАЛЬНА САНОТЕРАПІЯ І САНОПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ В УМОВАХ НЕСПРИЯТЛИВОЇ ЕКОЛОГІЇ

**О.М. Ганич, Т.М. Ганич.,
В.Ю. Коваль,
Н.В. Розумик,
Л.А. Коцюбняк**

*Інститут фітотерапії
Ужгородського національного
університету, Україна*

Початок ХХІ століття характеризується значним погіршенням екзо-екології, пов'язаною як з хімічним, так і з радіаційним забрудненням. На Закарпатті в останні роки комбінація обох факторів потенціювалася і паводком (1998, 2001). Тому зрозуміло, що ці фактори вплинули на ендекологію людини.

Погіршення імунологічних процесів, гомеостазу людського організму, збільшення кількості поєднаної патології з алергічним симптомокомплексом, з непереносимістю медикаментозної терапії привело до по-

треби широкого застосування немедикаментозної терапії в т.ч. і розвантажувально-дієтичної терапії (РДТ).

Наш майже 40-річний досвід лікування методом РДТ хворих різною патологією в клініці (понад 2000 хворих) дозволив в останні роки сформулювати методику санотерапії захворювань та санопрофілактику їх ускладнень. Наші попередні дані (Архій Е.Й., Пайкоші Х.А., Чопей І.В., Горленко О.М. та ін.) стосувалися вивчення імунологічного статусу організму, змін біохімічних показників та вітамінного забезпечення під впливом лікування. За останні роки вивчали порушення нуклеїнового гомеостазу, що так важливо для розуміння процесів, які спостерігаються в організмі.

Відомо, що повне аліментарне голодання супроводжується перебудовою вуглеводного, ліпідного та енергетичного обмінів. Спостерігається збільшення активності лізосомальних ферментів (Пятницкая Г.К., 1968), які ведуть до катаболізму білків м'язів (Ганич О.М. та співавт., 1986) та печінки (Нефедов А.И. и соавт., 1990; Архій Е.Й., 1996).

Після виснаження запасів глікогену та жирів посилюється споживання білків організму на енергетичні потреби із збільшенням швидкості їх обміну, все більше амінокислот вивільнюється із тканин. При розвантажувальній дієтотерапії ці зміни носять інший характер. Це доводить і вивчення показників нуклеїнових кислот, зокрема, ДНК і РНК, сумарної кількості нуклеїнових кислот, що характеризують одну із ланок білкового синтезу в печінці. Крім того, важливе значення приділяється вивченню хлоррозчинного мукопротеїду (ХРМ) – одного із складних білків, який входить до складу багатьох ферментів, хроматотропних субстанцій, сполучної і нервової тканин. Цей субстрат відіграє важливу роль у процесах росту та регенерації тканин.

Лікування методом РДТ хворих на хронічний безкам'яний холецистит приводило до зменшення кількості ДНК та сумарної кількості нуклеїнових кислот у крові, які до лікування були вірогідно збільшеними. Зокрема, рівень ДНК із 178,2 зменшився до 84,2 мг/л (при нормі 98,8 мг/л). Сумарна кількість нуклеїнових кислот із 220,6 мг/л зменшилась до 126,8 при нормі 145,8 мг/л. В той же час рівень РНК як до лікування, так і після нього коливався у межах норми. Отже, лікування методом РДТ приводить до використання власних резервів білків і їх зменшення в організмі, про свідчить динаміка показників нуклеїнових кислот.

У хворих на безкам'яний хронічний холецистит (n=21) виявлено суттєве збільшення показників ХРМ до лікування у порівнянні з контрольною групою (n=50): (1,34±0,14) мг/л при нормі 1,13±0,07 мг/л. Після лікуван-

ня методом РДТ рівень ХРМ нормалізується і вірогідно зменшується до 1,10±0,13 мг/л. Таким чином, лікування методом РДТ веде до нормалізації складних білків, які відповідають за регенерацію тканин.

Для масової профілактики ускладнень захворювань рекомендуємо проведення амбулаторно трьохденного курсу РДТ, після якого важливим для продовження санації організму є фітотерапія та прийом лужних мінеральних вод Закарпаття. Вони призначаються індивідуально, залежно від того чи іншого захворювання або при наявності поєднаної патології. Важливим фактором є врахування наявності вторинного імунodefіциту, стану сфінктерного апарата жовчного міхура та наявності алергії.

Висновки.

1. Поєднання трьохденного курсу РДТ з фіто– та бальнеотерапією після її проведення відіграє важливу роль в оздоровленні людини, яка зазнає негативного впливу екологічних факторів.

2. Короткі курси РДТ в амбулаторних умовах рекомендовано проводити двічі на рік.

3. У випадках значних порушень гомеостазу людини, особливо при поєднаній патології гепатобіліарної та бронхолегеневої систем показано довгострокові курси РДТ тривалістю від 9 до 21 днів (у окремих випадках – і до 30 днів).

ЗНАЧЕНИЕ ДИЕТОТЕРАПИИ В СОВРЕМЕННОЙ ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

*С.В. Гапотченко,
П.В. Матюхин*

Луганский государственный медицинский университет, Украина

Реабилитация больных инфарктом миокарда является одной из важнейших проблем современной кардиологии. В настоящий момент на Украине принята система поэтапной реабилитации больных инфарктом миокарда, направленная на восстановление функциональных, психологических и социальных возможностей человека, его возвращение к активной трудовой деятельности. В современном комплексе реабилитационных мероприятий одним из обязательных компонентов является разгрузочная диета, рекомендуемая всем больным с первых суток заболевания.

Целью нашего исследования было выявить влияние диеты на состояние общей адаптации к физическим нагрузкам по показателям вариабельности сердечного ритма, оцененных на различных этапах реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда.

В группу обследуемых больных было включено 18 человек с Q-инфарктом миокарда. Критериями отбора были: мужской пол, возраст (60±5) лет, продолжение активной трудовой деятельности до заболевания. В исследование не включались больные с сердечной недостаточностью более 2А, тяжелыми нарушениями АВ-проводимости, сопутствующими заболеваниями в стадии декомпенсации, гипертонической болезнью 3-ей стадии. Всем отобранным мужчинам с первых суток была назначена разгрузочная, а затем, перед выпиской из стационара, – низко-жировая холестерин снижающая диета. Общий калораж пищи около 2000. Жиры в общем рационе составляли всего 27 %, соотношение различных жирных кислот – ПНЖК/НЖК = 1,1, а потребление холестерина – менее 300 мг/д. Контрольную группу составляли 6 человек, отказавшихся от соблюдения диеты после выписки из стационара. Повторное обследование проводилось на 2-3 месяце после перенесенного инфаркта на амбулаторном этапе реабилитации.

Для определения состояния общей адаптации к физическим нагрузкам применялся стандартный набор нагрузочных проб, оцененных при помощи Холтеровской системы мониторинга "DiaCard" АО "Сольвейг" Украина. Показатели вариабельности сердечного ритма (BPC) оценивали согласно рекомендациям Американского Общества Электрокардиостимуляции и Электрофизиологии, а также Европейского Общества Кардиологов. Статистическая обработка проводилась при помощи электронных таблиц "Excel"– 5.0 и статистической программы STATISTICA FOR WINDOWS V.4.3 (StatSoft, USA). Полученные данные приведены в таблице:

Параметр	Исходные данные 3-7 сутки	Повторное обследование через 2-3 месяца	
		с диетой	Без диеты
SDNN – среднеквадратичное отклонение последовательных интервалов R-R, мс	30.0±5.3	112±8.3	68.7±6.5
SDANN стандартное отклонение от среднего значения R-R интервалов, мс.	31.2±5.1	76±4.9	51.6±5.8
pNN50 – стандартное отклонение последовательных интервалов R-R, разница	1.3±0.2	12.3±2.4	5.1±1.9
LF- мощность на частоте меньше 0.05-0.15 Гц, мс ²	7.02±1.20	6.0±4.1	6.9±3.0
HF- мощность спектра на частоте 0.15-0.4 Гц, мс ²	2.50±0.70	6.1±4.6	5.1±2.0
VLF – мощность спектра на частоте менее 0.05 Гц, мс ²	1.96±0.62	1.61±0.6	1.60±0.05
LF/HF – соотношение низко и высокочастотного компонента.	4.10±0.05	2.10±0.04	3.00±0.05

На основании полученных данных можно говорить о повышении BPC в группе больных, продолжающих увеличивать физическую нагрузку на фоне соблюдения рекомендованной диеты. На основании большего повышения общей BPC(SDNN) и уменьшения соотношения LF/Hf, свидетельствующих об уменьшении симпатического компонента по отношению к парасимпатическому, можно сделать вывод об улучшении адаптации к физическим нагрузкам у этого контингента. Однако для оценки достоверности полученных результатов требуется дальнейшее продолжение исследований с большим количеством больных.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ВНЕДРЕНИЯ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ОРГАНОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ

*К.Л. Годинья,
Д.В. Нимаева*

*Министерство Здравоохранения
Республики Бурятия*

Широкое внедрение метода разгрузочно-диетической терапии (РДТ) в лечебно-профилактическую практику предполагает проведение в обществе многоуровневую подготовку к восприятию самой тематики. Метод лечебного голодания имеет даже за пределами своих естественных физиологических функций особый отрицательный фон. Исходя из этого факта, первым необходимым условием для практического внедрения метода является создание широкой положительной информационной базы как для общественности в целом, так и для отдельных категорий специалистов, последовательно развивающих успехи РДТ местных врачей. Информационная база об РДТ, развивавшаяся в Бурятии с нуля, строилась достаточно медленно. Вначале она создавалась на основе информационных вкладов пациентов, которые поделились своим опытом лечения на курорте Горячинск, а потом в ЛРЦ "Здоровье", госпитале ветеранов войны и в других учреждениях, в средствах массовой информации и на общественных мероприятиях, посвященных методу РДТ. Систематическое накопление отзывов, анкетирование пациентов, изучение данных об изменениях их образа жизни (питание, отношение к собственному здоровью, потребление лекарств, физические упражнения) документировалось для того, чтобы обосновать необходимость рационального подхода к внедрению РДТ в лечебной сети под постоянным руководством органов здравоохранения. Но, если информационное внедрение среди населения

и больных является относительно простым процессом, обоснованным цепной реакцией согласия пациентов на РДТ, убедившихся на наглядных примерах в эффективности лечения этим методом, то по другому это обстоит во врачебной общественности. Информационное внедрение РДТ среди врачей предполагает ведение организационной работы по снижению объема якобы "научной" предубежденности у большинства из них в отношении понятия голодания как такового, не говоря уже о лечебном его значении. В связи с тем, что, к сожалению, научные знания и разработки по РДТ отечественных авторов-ученых распространены весьма недостаточно, начиная с учебных медицинских заведений, по нашим наблюдениям, врачи долго сохраняют эмоциональный статус восприятия метода, не вникая в его суть, по принципу самоторможения сознания о его эффективности.

Активное включение во внедренческий процесс (в консультативную и лечебную практику) уже специально подготовленных и обученных РДТ врачей начинается обычно с психологическо-эмоционального восприятия темы и только потом проверки на практике научных данных; когда они приобретают личную уверенность и становятся, в большей или меньшей степени, сторонниками метода и помощниками в распространении новой информации в своих коллективах и среди пациентов.

Создание организованного информационного поля (включая утвержденные формы документооборота), где отражаются профессиональные интересы медицинского персонала и интересы пациентов путём обмена опытом, является основополагающим фактором для успешного внедрения РДТ в любой лечебной структуре, независимо от ее масштаба; отсутствие этого фактора является основной причиной неудачи внедрения РДТ, как часто это наблюдалось в других местностях. С учетом того, что метод РДТ требует знаний и в области физиологии голодания и диетологии, ибо восстановительная фаза является неотъемлемой частью терапии, информационный подход дифференцируется, если речь идет о методе в целом или об отдельных его фазах.

Известно, что из трёх составляющих РДТ периодов восстановительный – самый деликатный, потому он требует особого внимания в плане информационной подготовки, в его полном понимании со стороны врачей и пациентов, ибо часто замечается нехватка осознанных мотиваций строгого соблюдения восстановительной фазы и рекомендуемых правил в долгосрочном образе жизни пациента. Интенсивность и качество информационного давления на медицинский персонал и на пациентов в от-

ношении важности соблюдения диетического поведения во многом определяет успех терапевтических результатов и период ремиссии; поэтому в практике внедрения РДТ в системе здравоохранения Бурятии разработаны разные формы и документы, стремящиеся повышать сознание и безопасность в этой ответственной фазе для пациентов и для врача. Процесс широкого внедрения РДТ не может быть ускорен, даже при наличии удовлетворительных информационно-организационных условий больше, чем это позволяет стадия многостороннего интеллектуального осознания необходимости и выгоды.

Многолетний опыт практического внедрения РДТ в различных учебных учреждениях Бурятии, что внедрение такого рода метода требует (на любой фазе) обязательного комплексного подхода и внимательной подготовки всего персонала, имеющего к нему функциональные отношения. Точное и вполне осознанное исполнение функциональных обязанностей и нормативов на каждом уровне персонала далеко не менее важно, чем работа лечащего врача, включая администрацию учреждения по всей вертикали.

РДТ – метод, особо действующий на психику пациента, который, в свою очередь, находится в другой форме морально-информационной "зависимости" от лечащего врача и от медперсонала в целом, нежели при других методах лечения (медикаментозного характера). Личный опыт испытания на себе лечебного голодания со стороны обслуживающего персонала обычно обеспечивает более высокое качество обслуживания и способствует возникновению доброжелательных отношений между пациентом и медперсоналом, улучшает их взаимопонимание. Поэтому при любом мероприятии внедрения РДТ персоналу рекомендуется применять метод на себе.

Пациенты, применяющие РДТ, как правило, обладают более активным типом сознания, зрелым интеллектом и самостоятельностью. Однако, часто остается проблема неполного понимания самого процесса перехода организма от экзогенного питания к эндогенному и не хватает психологической поддержки в случае возникновения непривычных и неприятных реакций со стороны организма в период адаптации. Период воздержания от пищи разные люди переносят по-разному. Одни пациенты слабеют, предпочитая поменьше двигаться, а другие, наоборот, резко активизируются, что побуждает создавать организационные условия для активного проведения свободного времени.

У пациентов, которые прошли курс лечения методом РДТ, часто меняется отношение как к окружающему миру, так и к самому себе, по крайней мере, непосредственно после лечения. Налицо моральное и психическое оздоровление, повышение чувства самостоятельности, уверенности в собственных силах.

Изменение характера питания носит не кратковременный, а постоянный характер, и это приводит к переменам в домашних делах, прежде всего процесса приготовления пищи. Домашнее окружение пациента не всегда готово принять и поддержать новый стиль питания своего члена семьи, а тем более последовать за ним. В результате пациент может оказаться либо в "изоляции", либо вынужден вернуться к старому режиму питания, что влечет за собой и возвращение заболевания. В связи с подобного рода обстоятельствами может создаваться впечатление, что РДТ не помогла избавиться от болезни или что поддержание нового диетического режима – трудоемкий, сложный процесс, что искажает смысл и сами результаты применения РДТ.

Заключение: Работа, проведенная в Бурятии в различных учебных учреждениях показывает систематическое повторение факторов идентичного характера, препятствующих внедрению метода при каждом начале внедренческого процесса. Среди факторов преодоления трудностей во внедрении РДТ числятся: необходимость создания постоянного и расширенного информационного оборота о развитии метода и достигнутых результатах, как клинических, так и социально-психологических; формирование финансовой мотивации и профессионального интереса у всех медработников и персонала, вовлеченных в обслуживание пациентов. Не менее важно в процессе внедрения и поддержание качества лечения в фазе ремиссии, создание условий для встреч между пациентами после РДТ и врачами для обсуждения многочисленных проблем, особенно диетического и социального характера. Для проведения более детального анализа полезно также проводить тематические анкетирования пациентов по категориям заболеваний, опыта голодания, количеству потребления лекарственных препаратов и их снижению после курса лечения.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО-ДІЄТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА НИЗЬКОКАЛОРІЙНОЇ ДІЄТИ ПРИ ОЖИРІННІ

*І.І. Дегтярєва,
Г.В. Осьодло,
М.М. Козачок,
С.В. Скопиченко,
І.М. Скрипник*

*Українська військово-медична академія,
Головний військовий клінічний гос-
піталь, Українська медична стоматологічна академія, Україна*

Для лікування ожиріння застосовуються різноманітні редуковані дієти, які часто викликають дисбаланс в організмі хворого у результаті недостатнього вмісту чи перевантаження його білками.

Метою даного дослідження було використання розвантажувально-дієтичної терапії (РДТ) та низькокалорійної дієти (НКД) з додатковим включенням у відновний період кисломолочних продуктів, що містять лактобацили, в поєднанні з лактулозою (дуфалак) у хворих на ожиріння.

Досліджувалось 30 хворих (12 військовослужбовців і 18 цивільних) на аліментарне ожиріння I-II ступеня; вік хворих коливався від 18 до 40 років. Всім пацієнтам призначалася нульова дієта (голод) протягом 2 тижнів. При цьому кожні 5 днів хворим досліджувались біохімічні показники печінки (трансаміназна активність, білірубін, тимолова проба, ГГТП, лужна фосфатаза), а також кислотно-лужний стан (КЛС) крові. В перші 5 днів хворі переживали відчуття надмірного голоду, яке до 7 дня лікування зменшувалось чи зникало. У наступні 2 тижні хворим призначався відновний період.

1 група ,15 хворих (7 військовослужбовців і 8 цивільних), в перші 3 дні відновного періоду отримували біфілайф по 1 стакану 3 рази в день у поєднанні з лактулозою (дуфалак) 10 г тричі на день; у наступні 12 днів кількість біфілайфу зменшилась до 2 стаканів, а дуфалаку – до 20 г на добу. Призначення даної дієтичної лікувальної суміші сприяло профілактиці чи відновленню мікробіоценозу товстої кишки, а також за рахунок дуфалаку – послаблюючому ефекту, що додатково приводило не тільки до дезінтоксикації організму, але й до втрати маси тіла.

2 група 15 хворих (5 військовослужбовців і 10 цивільних) в перші 3 дні відновного періоду отримували біфілайф по 1 стакану тричі на день; у наступні 12 днів – біфілайф по стакану двічі на день.

При цьому хворим обох груп, розпочинаючи з 4 дня відновного періоду, призначали овочі та фрукти у вигляді сирих салатів із капусти, огірків,

томатів, моркви із додаванням яблучного оцту чи лимонного соку і обмеженою кількістю олії. Овочі призначались також у відвареному і тушкованому вигляді: буряк, цвітна і білокачанна капуста, кабачки, баклажани. Ягоди і фрукти застосовувались у помірній кількості – 150-200 г в день, несолодкі, без додавання цукру. В якості перших страв призначались овочеві супи без підсмажень, із додаванням обмеженої кількості вершкового масла у готовий продукт. Далі в раціон вводились нежирний чи маложирний сир, курячі яйця. Через 2 тижні відновного періоду хворим продовжували призначати кисломолочні продукти, при цьому хворі 1 групи отримували кисломолочні продукти в поєднанні з дуфалаком 10 г 2 рази в день; додатково в раціон вводились нежирні сорти м'яса: телятина, яловичина, небройлерна курятина, індичатина (біле м'ясо), нежирні сорти риби. Вищеперелічені продукти призначались в основному у відвареному вигляді або смажені на сковороді з тефлоновим покриттям. При призначенні редукованої дієти хворим із ожирінням враховувалось, що для втрати маси тіла необхідне зменшення не тільки загального добового калоражу, але й обмеження жирів; при цьому жінкам в день вводили не більше 25-30 г, а чоловікам – 30-35 г жиру.

Результати досліджень показали, що в групі хворих, яким застосовувалась РДТ і НКД без введення лактулози (дуфалаку) за 6 тижнів втрата маси тіла становила 5-7 кг, в той час як в групі хворих, яким додатково вводився дуфалак, втрата маси склала 7-10 кг, що можна пояснити послаблюючим ефектом дуфалаку. Можна вважати недоцільним введення послаблюючих препаратів сени, бісакоділу та інших груп, оскільки вони викликають звикання, володіють канцерогенним ефектом і попри послаблюючого ефекту не здатні викликати профілактику чи відновлення мікробіоценозу товстої кишки. В той же час лактулоза (дуфалак) за рахунок метаболітів свого розщеплення – молочної, оцтової та інших кислот – володіє фізіологічною дією, підсилюючи перистальтику товстої кишки через підвищення осмотичного тиску в ній, при цьому не має виражених побічних ефектів, не викликає звикання і ефект препарату зберігається деякий час після його відміни [1,2,3,4, 5].

В результаті проведеної роботи можна прийти до висновку, що для лікування хворих на аліментарне ожиріння ефективним являється розвантажувально-дієтична терапія з наступним переходом на низькокалорійну дієту з різким дозованим обмеженням жирів. При цьому доцільним є введення молочнокислих продуктів, які містять лактобацили, а також лактулози (дуфалак), що володіє вираженим послаблюючим ефектом і

здатністю відновлювати мікробіоценоз товстої кишки, зокрема стимулювати ріст "корисної" сахаролітичної флори.

Список літератури:

1. Дегтярєва И.И. Заболевания органов пищеварения.-К.: Демос,1999.– 312 с.
2. Дегтярєва И.И. Заболевания органов пищеварения.-К.: Демос,2000.– 321 с.
3. Дегтярєва И.И., Скопиченко С.В., Осьодло Г.В., Скрипник И.М., Потяженко В.М. Застосування лактулози в лікувальних комплексах хворих на гострі та різні форми хронічного панкреатиту.// Галицький лікарський вісник. Т.7.№3. -2000. С. 36-40.
4. Дегтярєва И.И., Скрипник И.Н., Скопиченко С.В., Осьодло Г.В., Потяженко В.М. Влияние микробиоценоза толстой кишки на патогенетические механизмы развития заболеваний внутренних органов.// Медицина світу. Спец. випуск: гастроентерологія. – 2000. С.63-69.
5. Fridtjof Hallmann. Toxicity of commonly used laxatives. //International Medical Journal for Experimental and Clinical Research. – 2000: 6(3): P 618-628.

ЗАСТОСУВАННЯ РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО-ДІЄТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА НИЗЬКОКАЛОРИЙНОЇ ДІЄТИ ПРИ ГОСТРИХ ТА ХРОНІЧНИХ ПАНКРЕАТИТАХ

*І.І. Дегтярєва,
Г.В. Осьодло,
М.М. Козачок,
С.В. Скопиченко,
І.М. Скрипник*

*Українська військово-медична академія,
Головний військовий клінічний гос-
піталь, Українська медична стоматологічна академія, Україна*

Широко відоме застосування нульової дієти – голоду при гострих і хронічних рецидивуючих панкреатитах. В той же час лише в останні роки стала застосовуватися розвантажувально-дієтична терапія (РДТ) при хронічних панкреатитах із зовнішньосекреторною недостатністю підшлункової залози. При цьому протиріччя дані про перехідний період після застосування голоду чи РДТ при різних формах панкреатитів.

Метою даного дослідження було застосування РДТ та низькокалорійної дієти при різних формах панкреатитів і розробка перехідного періоду цього методу лікування із включенням кисломолочних продуктів, збагачених лактобацилами, у поєднанні з лактулозою (дуфалак).

1 групу хворих склали 18 чоловік – 8 військовослужбовців і 10 цивільних – (9 хворих на гострий панкреатит і 9 хворих на хронічний рецидивуючий панкреатит), захворювання у яких супроводжувалось гострими

панкреатичними атаками: вираженим больовим синдромом у верхній половині живота з ірадіацією в спину, нудотою, блювотою, наявністю гострофазових показників (підвищення амілази сечі і крові, ПРФ і РІА трипсину крові), збільшення розмірів головки і тіла підшлункової залози, зниження її ехогенності при ультразвуковому дослідженні. Всі хворі цієї групи протягом 2 тижнів отримували нульову дієту (голод). При цьому кожні 5 днів реєструвались біохімічні показники печінки (трансаміназна активність, білірубін, тимолова проба, гамма-глутаміл транспептидаза (ГГТП), лужна фосфатаза), а також кислотно-лужний стан (КЛС) крові. В той же час вищенаведені гострофазові показники повторно визначались через 2 тижні від початку лікування. Відчуття голоду у хворих спостерігалось лише в перші 3 дні, потім 0-дієту хворі даної групи переносили легко. В перші 7 днів хворим для зняття больового синдрому і диспепсичних скарг призначались Н2-гістаміноблокатори (квamatел) у поєднанні з гастроцепіном; при необхідності призначався цизаприд (перистіл) і кон-трікал. Після голоду відновний період розпочинався з 3-денного застосування біфілайфу чи біокефіру по 1 стакану 3 рази в день із додаванням в нього 10 г дуфалаку. Подібна харчова комбінація обумовлена необхідністю відновлення кишкової мікрофлори і дезінтоксикаційним ефектом лактулози (дуфалаку) [1,2,3,4]. У наступні дні до 2-х тижнів застосовувалась дана харчова суміш кисломолочних продуктів і дуфалаку, при цьому послідовно добавлялись слизисті супи, каші (вівсяна, гречана), обмежена кількість вершкового масла, овочі у відвареному вигляді (цвітна капуста, кабачки, буряк, морква), у подальшому в раціон вводились обезжирений чи маложирний творог або солодка сиркова маса, а також яечний білок у вигляді парових омлетів. Додатково призначались фруктові киселі, відвар шипшини, солодкі ягоди і фрукти без грубих оболонок (у помірній кількості). На весь відновний період виключався тваринний білок (м'ясо, риба). У всіх хворих через тиждень від початку лікування досліджували калові маси на дисбактеріоз, при цьому у 6 із них був виявлений дисбактеріоз кишківника I-II ступеня з підвищенням росту протеолітичної і зниженням росту сахаролітичної флори. Через 4 тижні від початку лікування спостерігалась нормалізація гострофазових показників крові, що характеризують гострі атаки панкреатиту, і мікробний пейзаж калу у 6 хворих, в яких був виявлений кишковий дисбактеріоз.

2 групу хворих склали 16 чоловік на хронічний панкреатит з екзокринною недостатністю підшлункової залози – 8 військовослужбовців і 8 цивільних, – які скаржились на помірний біль у верхній половині живота,

метеоризм, бурчання, нестійкий стілець чи діарею, непереносимість жирних, гострих і молочних продуктів. У цих хворих при дослідженні зовнішньосекреторної функції підшлункової залози виявляли помірне зниження об'єму секрету, бікарбонатів і ліпазної активності. При цьому об'єм секрету в базальних умовах становив $(33,40 \pm 1,19)$ мл, $P < 0,05$, при нормі $(45,50 \pm 2,14)$ мл, гідрокарбонатна лужність складала $(20,20 \pm 0,89)$ мг-екв/год, $P < 0,05$, при нормі $(28,10 \pm 1,65)$ мг-екв/год, активність ліпази становила $(29,80 \pm 2,58)$ мкмоль/мл/год, $P < 0,001$, при нормі $(72,50 \pm 8,25)$ мкмоль/мл/год. Після еуфілінової стимуляції зовнішньосекреторної функції об'єм дуоденального секрету становив $(44,60 \pm 2,59)$ мл, $P < 0,05$, при нормі $(65,9 \pm 2,61)$ мл, гідрокарбонатна лужність складала $(37,4 \pm 2,1)$ мг-екв/год, $P < 0,001$, при нормі $(54,50 \pm 3,62)$ мг-екв/год, активність ліпази становила $(164,90 \pm 7,75)$ мкмоль/мл/год, $P < 0,001$, при нормі $(234,60 \pm 8,81)$ мкмоль/мл/год. При УЗД підшлункової залози виявляли її ущільнення, вогнища фіброзу, іноді візуалізувалася вірсунгова протока. У 14 хворих цієї групи мав місце кишковий дисбактеріоз із підвищенням титрів протеолітичної, умовно-патогенної флори та зниженням титрів сахаролітичної флори. Всі хворі були переведені на голод протягом 2 тижнів. При цьому, як і в 1 групі, кожні 5 днів визначались печінкові проби і КЛС крові. Також як і в 1 групі, в перші 3 дні хворі скаржились на відчуття голоду, яке зменшувалось до 4-5 дня РДТ. У 2 хворих через тиждень мало місце транзиторне підвищення АлАТ і АсАТ, що не послужило показанням для відміни розвантажувально-дієтичної терапії. Через 2 тижні хворих переводили на відновний період; в перші 3 дні давали біфілайф чи біокефір по 1 стакану 4 рази в день із додаванням дуфалаку по 10 г 3 рази в день. При наявності діарейного синдрому хворим додатково призначалась смекта по 1 пакетику тричі на день. В наступні дні розширення дієти проводилось абсолютно аналогічно 1 групі хворих. При цьому весь двотижневий відновний період хворі отримували кисломолочні продукти у поєднанні з лактулозою (дуфалаком). Після 4-тижневого курсу лікування у 9 хворих із 14, що мали кишковий дисбактеріоз, спостерігалась повна нормалізація мікробного пейзажу товстої кишки, у 5 хворих мало місце виражене покращання – нормалізація росту протеолітичної флори при помірному підвищенні біфідобактерій до 107-108 КУО/г фекалій. Дослідження зовнішньосекреторної функції підшлункової залози дозволило констатувати деяке підвищення бікарбонатної лужності й активності ліпази після курсу лікування, що можна пояснити функціональним спокоєм панкреатитів під час лікування з послідуочим підвищенням (після відпочинку) екзокринної функції підшлункової залози.

В результаті проведеної нами роботи можна прийти до висновку, що розвантажувально-дієтична терапія є ефективним методом лікування гострого, хронічного рецидивуючого панкреатитів та хронічного панкреатиту з екзокринною недостатністю підшлункової залози. При цьому призначення у відновний період кисломолочних продуктів, що містять лактобацили, у поєднанні з лактулозою (дуфалаком) сприяє профілактиці чи усуненню кишкового дисбактеріозу, а також володіє дезінтоксикаційним ефектом, оскільки дуфалак знижує утворення кишкового ендотоксину, який через систему інтерлейкінів підтримує запалення в підшлунковій залозі та інтоксикацію в організмі.

Список літератури:

1. Дегтярєва І.І. Заболевания органов пищеварения.– К.: Демос,1999.– 312 с.
2. Дегтярєва І.І. Заболевания органов пищеварения.– К.: Демос,2000.– 321 с.
3. Дегтярєва І.І., Скопиченко С.В., Осьодло Г.В., Скрипник І.М., Потяженко В.М. Застосування лактулози в лікувальних комплексах хворих на гострі та різні форми хронічного панкреатиту.// Галицький лікарський вісник. Т.7.№3. -2000. С. 36-40.
4. Дегтярєва І.І., Скрипник І.Н., Скопиченко С.В., Оседло Г.В., Потяженко В.М. Влияние микробиоценоза толстой кишки на патогенетические механизмы развития заболеваний внутренних органов.// Медицина світу. Спец. випуск: гастроентерологія. – 2000. С.63-69.

ВПЛИВ НИЗЬКОКАЛОРИЙНОЇ ОВОЧЕВО-ФРУКТОВОЇ ДІЄТИ НА МЕТАБОЛІЧНИЙ X СИНДРОМ

Е.З. Домбровська

Об'єднання "Ре-Vita", Польща

Метаболічний X синдром об'єднує хвороби в патогенезі яких є дефект чутливості клітин до інсуліну та гіперінсулінемія. До цього синдрому відносять ішемічну хворобу серця, ожиріння, артеріальну гіпертензію, цукровий діабет II типу, гіперліпідемію.

Метою роботи є презентація власного досвіду лікування овочево-фруктовою дієтою метаболічного X синдрому, як прикладу "хвороби цивілізації".

Ця дієта є модифікацією "сирої" дієти, що понад 100 років тому з успіхом застосовував швейцарський лікар Мах Bircher-Benner.

Маємо 13-и річний досвід застосування такої дієти в клінічних умовах і 7-и річний – в умовах санаторію (два – в Голуб'ю біля Гданська і один – в Меліні, в Прибалтиці). Проліковано декілька тисяч пацієнтів.

Характеристика дієти. Овочево-фруктова дієта має 500 ккал на добу, що в 6 разів менше проти норми для дорослої людини і тому відноситься до низькокалорійних дієт. Найбільш схожою дієтою є Кембріджська дієта, що має стільки ж калорій, але збагачена білком відповідно до щоденної норми. Ця дієта вживається переважно для схуднення.

Особливістю овочево-фруктової дієти є те, що вона містить мало білка (в 6 разів менше проти норми), з низьким вмістом жирів і без холестерину. В той же час тут збережено співвідношення вуглеводів та жирів.

Особливістю овочево-фруктової дієти є адаптаційна перебудова метаболізму як відповідь організму на зменшення калорій, білка, жиру і вуглеводів. За механізмом дії вона найбільш близька до лікувального посту (на воді чи на соках), що сприяє виведенню шлаків. За даними літератури в цих умовах організм переходить на ендогенне харчування (так звана друга енергетична програма).

Овочево-фруктова дієта відрізняється від голодування лише наявністю активної функції кишківника. Кишківник, як відомо, при голодуванні може поглинати токсини, що виділяються із жовчю і їх виводять при голодуванні з використанням клізм. У даному випадку клізми не потрібні.

Овочево-фруктова дієта багата на натуральні біоактивні речовини такі як вітаміни, антиоксиданти (вітамін С і бета-каротин), мінерали (залізо) та ензими, що містяться в рослинній їжі.

Аналіз жирних кислот в продуктах, що використовуються, показав високий вміст поліненасичених жирних кислот, особливо ліноленової (C18:2) і омега-3, альфа-ліноленової (C18:3), стеаринової (C18:0), пальмітинової (C16:0), а також мононенасичених кислот (C18:1).

Склад дієти. Дієта містить такі рослинні продукти як:

- морква, буряк, селера, редиска, ріпа;
- капуста біла (свіжа та квашена), італійська, пекінська, цвітна, брокколи;
- салат, петрушка, кріп;
- цибуля, часник;
- огірок (в тому числі квашені), диня, кабачок;
- помідори, перець;
- фрукти з низьким вмістом цукрів: яблука, грейпфрути і лимони.

Інші фрукти не застосовують.

Протягом декількох тижнів (від 2 до 6) рекомендують споживати ці продукти в сирому вигляді, печені, зброджені, у вигляді супів. Для пиття

використовують розведені соки, трав'яні чаї, мінеральну воду без газу. Загальна кількість продуктів становить біля 2 кг на день.

Рекомендують фізичні вправи.

Після закінчення лікування рекомендують раз в тиждень овочево-фруктову діету на тлі повноцінного харчування. Повернення до старих шкідливих харчових звичок сприяє поверненню хвороби.

Показом до овочево-фруктової дієти є такі "хвороби цивілізації" :

– метаболічний X синдром, тромбофлебіти, сечокислий діатез;

– імунологічні захворювання:

алергія (шкірна, харчова), бронхіальна астма;

інфекції: гострі, затяжні, рецидивуючі;

аутоімунні захворювання: ревматоїдний артрит, колагенози;

– обмінно-дегенеративні захворювання: деформуючий остеоартроз, виразкова хвороба, парадонтоз, шкірна порфірія, жирова дистрофія печінки;

– функціональні розлади: закрепи, метеоризм, вегетативні розлади, гіпотонія, синдром роздратованого кишківника.

Протипоказом для овочево-фруктової дієти є:

– тиреотоксикоз, наднирникова недостатність;

– активний туберкульоз;

– вагітність, період лактації;

– гостра порфірія;

– важка депресія, негативне ставлення до дієти;

– після трансплантації внутрішніх органів.

Перебіг лікування. Найважчими є перші години та дні курації, коли можуть бути так звані "кризи оздоровлення" у вигляді головних болей, здуття і болей в животі (в 40 % пацієнтів), у випадку шлунково-кишкових розладів можуть бути проноси, а при артропатіях – посилюватися болі в уражених суглобах. Часом можуть бути головокружіння і безсоння. Ці симптоми є проявом процесів детоксикації організму і проходять самостійно через 1-2 дні. Застосування клізм прискорює цей процес. Під впливом дієти відбувається покращання загального самопочуття і приплив енергії. Часто на початку лікування зростає діурез.

В процесі курації можуть бути короткотривалі "кризи оздоровлення" такі як поява набряку на сідниці в ділянці постін'єкційного абсцесу, чи післяопераційного рубця.

Результати

В групі з 15 осіб з надлишковою вагою (в середньому 110 кг) в процесі 2-4– і 6 тижневого лікування овочево-фруктовою дієтою слідкували за масою тіла і основними біохімічними параметрами такими як: вміст електролітів, білок крові, гемоглобін, гематокрит та сечова кислота. З біохімічних показників встановлено лише зниження сечової кислоти. Визначення маси тіла показало, що через 2 тижні лікування вона зменшувалася на 6 кг, через 4 тижні – на 10 кг, а через 6 тижнів – на 12 кг.

Найбільша втрата ваги тіла була у в пацієнта 47 років, в анамнезі 3 інфаркти та аритмія, з вагою тіла 172 кг при рості 188 см (ВМІ 48,7 кг/м²), що в процесі 8 місячного застосування овочево-фруктової дієти по чергово з звичайним режимом харчування схуд на 80 кг! Як правило, втрата маси тіла при застосуванні дієти пропорційна до вихідної.

В групі 50 пацієнтів з метаболічним X синдромом встановлено порушення ліпідного обміну, що проявлялося високим вмістом загального холестерину, ліпопротеїдів низької щільності та тригліцеридів, а також зниженим вмістом фракції ліпопротеїдів високої щільності.

На протязі 6 тижневого застосування дієти спостерігали такі зміни ліпідограми:

– за перший тиждень дієтичного харчування рівень загального холестерину та ліпопротеїдів низької щільності зріс на 15 %, а в подальшому почав знижуватися і досягнув норми на 4 тиждень спостереження;

– рівень ліпопротеїдів високої щільності був низьким і знизився ще на 20 % на протязі 4 тижнів дієти, в подальшому зріс на 30 %;

– рівень тригліцеридів знизився на 60 % після 6 тижнів дієти і фактично нормалізувався.

З огляду на нормалізацію основних показників ліпідограми протягом 6 тижнів лікування нами визнано цей термін курації оптимальним.

Паралельно із зниженням маси тіла та покращанням ліпідограми спостерігалася нормалізація підвищених до початку лікування артеріального тиску та цукру крові. Так в групі з 66 осіб з артеріальною гіпертензією вже через тиждень застосування дієти в 45 пацієнтів (71 %) відпала потреба вживати гіпотензивні ліки і тиск не підвищувався. Це були хворі з надлишковою масою (ВМІ 30кг/м²) в яких тривалість хвороби не перевищувала 8 років.

У 83 % хворих на цукровий діабет II типу протягом першого тижня рівень цукру стабілізувався і відпала потреба вживати гіпоглікемічні засоби. Це були пацієнти з надлишковою масою (ВМІ 29 кг/ м²) в яких тривалість хвороби не перевищувала 4 років. До лікування глікемічна

крива і чутливість до інсуліну були порушені. Після закінчення терапії ці показники нормалізувалися.

Спостерігався позитивний вплив дієти при хронічних тромбофлебітах. Так у 48 річної пацієнтки з тромбофлебітом глибоких вен, що лікувалася без ефекту протягом 3 тижнів гепарином було припинено медикаментозну терапію і розпочато овочево-фруктову дієту. Вже через 3 тижні лікування зменшився набряк гомілки і болі, відновилася прохідність вен, що було підтверджено ультразвуковим обстеженням. Після 6 тижнів лікування наступила повна ремісія, що було підтверджено флебографією.

В пацієнта 27 років з трофічними виразками на ґрунті варикозного розширення вен нижніх кінцівок, що тривало 7 років наступило покращання, а ще через 3 тижні дієтотерапії – повне загоєння трофічних виразок. Пацієнт знову зміг повернутися до праці.

В пацієнта 85 років з варикозним розширенням глибоких вен нижніх кінцівок, що супроводжувалося трофічними виразками і набряком протягом 15 років вже через 2 тижні лікування розпочалася грануляція ран на ногах і зійшли набряки. Через 6 тижнів дієтотерапії трофічні виразки повністю загоїлися.

Пацієнт 68 років з облітеруючим атеросклерозом нижніх кінцівок, що готувався до операції ампутації з приводу ішемічних трофічних змін стопи, що утримувалися протягом 4 місяців. Проведені 3 операції накладання анастомозів не принесли бажаного результату. Через 5 тижнів овочево-фруктової дієти загоїлися рани на ногах і пройшли болі. Одночасно зійшло мікотичне ураження нігтів.

В двох випадках після 3,5 місячного застосування овочево-фруктової дієти з наступним переходом на повноцінне харчування встановлено зворотній розвиток вегетацій на клапанах серця, що зумовлені інфекційним ендокардитом.

В пацієнта 75 років з правобічним паралічем протягом 10 місяців, зумовленим цукровим діабетом, через 2 тижні дієти появились активні рухи верхньої та нижньої кінцівок ураженої сторони. Через 6 тижнів від початку лікування відпала потреба застосовувати медикаменти. Нормалізувався рівень цукру крові та артеріальний тиск. Зменшилися набряки на кінцівках і хворий пробував ходити з сторонньою допомогою.

В групі хворих з шкірною порфірією, що часто знаходять в пацієнтів з метаболічним синдромом X, було знайдено знижену активність дельта 6– десатурази в еритроцитах, що є наслідком недостатності низки поліненасичених жирних кислот (класу n-6 і n-3). Вже після двох тижнів овоче-

во-фруктової дієти відновлювалася активність десатурази та істотно зростає вміст деяких поліненасичених жирних кислот (особливо класу n-3).

Головною причиною "хворіб цивілізації" є неправильне харчування як по кількості так і по якості споживаних продуктів. Reaven показав, що надлишок вуглеводів в дієті в осіб з обмеженою фізичною активністю та генетичною схильністю може викликати стан зниженої чутливості клітин до інсуліну з наступною гіперінсулінемією. Високий рівень інсуліну в крові є пусковим механізмом низки змін обміну речовин, що називаються метаболічним X синдромом. В той же час обмеження в їжі, фізична активність впливають на ті ж самі патогенетичні механізми і збільшують чутливість клітин до інсуліну. Як наслідок, настає ремісія цукрового діабету, артеріальної гіпертензії, нормалізується ліпідограма (знижується загальний холестерин і ліпопротеїди низької густини і підвищуються – високої густини), зменшується вага тіла, що є наслідком активації ліпопротеїнової ліпази. Зниження активності інгібітора активатора плазміногену зумовлює тромболітичний ефект лікування. Факт зниження активності дельта 6– десатурази та підвищення вмісту поліненасичених жирних кислот має велике значення в розумінні патогенезу метаболічного синдрому X, а також його профілактики та лікування. Поліненасичені жирні кислоти класу n-3 збільшують чутливість рецепторів клітинних мембран до інсуліну, і одночасно, є фактором, що зменшує тромбоутворення і синтез простагландинів.

Застосування овочево-фруктової дієти є ефективним патогенетичним методом лікування метаболічного синдрому X.

Овочево-фруктова дієта збільшують чутливість рецепторів клітинних мембран до інсуліну і нормалізує зміни в складі поліненасичених жирних кислот.

Під впливом кількатижневого використання овочево-фруктової дієти настає ремісія хвороб, що входять до складу метаболічного синдрому X (ожиріння, цукрового діабету, гіперліпідемії, ішемічної хвороби серця, тромбофлебіту і сечокислого діатезу).

ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЯХ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ

**Б.А. Дусчанов,
Р.Б. Абдуллаев**

*Ургенчский филиал 1-Ташкентского
Государственного Медицинского
Института, Узбекистан,*

В последние годы в северных регионах Республики Узбекистан, в том числе в Хорезмской области, по причине кризиса Аральского моря сложилась сложная неблагоприятная экологическая ситуация, негативно сказывающаяся не только на жизнедеятельности людей, но и усложнившая общие медицинские проблемы, в том числе мероприятия, связанные с проведением лечения больных и правильной организацией их питания.

Нами изучено и проанализировано характер питания, ассортимент и гигиенические показатели широкоупотребляемых национальных блюд коренного населения Хорезмской зоны с целью обоснования возможности их включения в противоязвенные рационы лечебного питания и разработки нового варианта диеты №1, назначаемой при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Выбор диетических блюд осуществлялся путем изучения нутриентного состава, энергетической ценности и способа кулинарной обработки, широко употребляемых коренным населением национальных блюд.

В перечень выбранных блюд вошли: балик шорва (рыбный суп), мастава (суп рисовый с мясом или без него), шувит оши (суп с укропом), кок урикли ун оши (суп с домашней лапшой и сушеным урюком), сут бурунчи (молочная рисовая каша), говача барак (пельмени фигурные), кук барак (пельмени с зеленью), тухум барак (пельмени с яйцом), шавля (каша рисовая с морковью и луком), айрон (кислое молоко, разбавленное водой).

Разработка диеты производилась по общепринятой методологии составления диет с учетом основных принципов диетотерапии язвенной болезни. При этом обращалось внимание на особенности национальной кухни, технологию приготовления традиционных национальных блюд, быта и привычки местного населения в области организации питания.

На основе вышеизложенного составлен новый вариант примерного однодневного меню диеты №1 Х₃ (Х₃-Хорезмский) – см.таблицу.

Общая характеристика данной диеты сводится к следующему: назначается через 12-15 дней (после приема диеты №1а и 1б); целевое назначение – механическое и термическое щажение слизистой оболочки желудка;

содержание основных нутриентов – на уровне физиологических величин; блюда готовятся в отварном, протертом, рубленом виде и на пару, супы – на слабом бульоне; энергетическая ценность в пределах 3000 ккал; нутриентный состав – белков 90-100 г, жиров – 90-100 г (из них 1/3 растительных масел), углеводов – 350-400 г; свободной жидкости 1,5 л; масса суточного рациона – 3 кг; режим питания – дробный, 4-5 раз в сутки, в жаркое время года большая калорийность рациона переносится на прохладное время суток (ранее утро, вечер).

Диета назначается больным местной национальности, а также европейцам, адаптированным к национальной кухне.

Приведенное меню является рекомендуемым и в него могут быть внесены соответствующие изменения с учетом установленных нормативных величин, правил и условий применительно к составлению и реализации диетических пищевых продуктов и блюд. В частности, допускается замена блюд и пищевой продукции другими наименованиями, эквивалентными по количеству и качеству приведенных в рекомендуемом меню позициям.

Данный вариант рекомендованной нами диеты проходит апробацию в установленном порядке. Предварительные данные – положительные.

Примерное однодневное меню диеты №1 Х₃ (2950 ккал)

Время приема пищи. Наименование блюд	Выход, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г
Первый завтрак				
Яйца всмятку (2 штуки)	96,0	10,2	10,9	0,5
Сут бурунчи	250,0	7,0	5,5	52,5
Чай с молоком	180,0	1,4	1,7	2,2
Второй завтрак				
Печеное яблоко	100,0	0,3	–	23,2
Обед				
Мастава	450,0	13,0	17,0	53,0
Отварное мясо	40,0	8,2	5,4	–
Картофельное пюре (гарнир)	200,0	4,0	6,2	32,3
Фрукты свежие	100,0	0,4	0,4	9,0
Полдник				
Отвар шиповника (1 стакан)	180,0	–	–	–
Сухари из лепешек	50,0	–	–	–
Ужин				
Говача барак	230,0	20,0	13,0	47,0
Сметана	20,0	0,6	2,5	0,6
Чай с молоком	180,0	1,4	1,7	2,2

Время приема пищи. Наименование блюд	Выход, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г
<u>На ночь</u>				
Молоко (1 стакан)	200,0	5,6	7,0	9,0
<u>На весь день</u>				
Лепешки	300,0	28,0	1,2	31,4
Сахар	30,0	–	–	29,9
Масло сливочное	20,0	0,12	16,5	0,9
Всего	–	101,0	91,6	385,0

Примечание: сухари на полдник выдаются из суточного количества лепешки.

ВИКОРИСТАННЯ ЛЕЦИТИНУ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ДІЄТИ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ

**О.Б. Квасницька,
М.Ю. Коломоєць**

*Буковинська державна медична академія,
Україна*

Рациональне харчування хворого на цироз печінки (ЦП) має важливе значення у комплексному лікуванні, створюючи необхідне підґрунтя для проведення ефективної медикаментозної терапії. Харчовий раціон хворого на ЦП повинен бути повноцінним, різноманітним, збагаченим вітамінами (особливо групи А, Е, С) та мікроелементами (мідь, цинк, селен).

За цієї патології найбільше порушується білковий обмін, що проявляється переважанням процесів катаболізму над синтезом і негативно впливає на функціональний стан печінки, показники клітинного імунітету, стійкість організму до інфекційних захворювань. Разом з тим, важливого значення у лікувальному харчуванні хворих на ЦП набуває підвищена потреба у ненасичених жирних кислотах, що входять до складу клітинних мембран.

Встановлено, що у uszkodженні мембран гепатоцитів важливе значення відіграє неконтрольоване підсилення процесів пероксидного окислення ліпідів, що призводить до неминучої втрати структурних компонентів клітини, в найбільшій мірі фосфоліпідів. Це явище спричиняє порушення функціонування клітинної мембрани, а також всіх біохімічних процесів, які відбуваються на ній, у тому числі біотрансформації ксенобіотиків. Корекція патологічних змін клітини можлива лише завдяки надходженню фосфоліпідів ззовні. Тому важливим є використання харчових продуктів або харчових домішок, що містять необхідні пластичні компонен-

ти і таким чином сприяють зменшенню негативного впливу ліків на печінку та виявляють позитивний вплив на процеси відновлення гепатоцитів.

Вищезазначеними властивостями наділена харчова домішка "Лецитин" (фірма "Vita Max"), основним компонентом якої є соя. Крім того, до її складу входять фосфатиди, холін, інозитол, ненасичені жирні кислоти та фосфоліпіди.

З метою вивчення ефективності застосування харчової домішки "Лецитин" у комплексному лікуванні хворих на цироз печінки обстежено 26 хворих на субкомпенсований ЦП з помірним ступенем активності змішаної етіології (вірусна інфекція + зловживання алкоголем) віком від 32 до 56 років. Контрольну групу склали 15 практично здорових осіб відповідного віку. Клінічний діагноз встановлювався на основі загальноприйнятих клінічних, біохімічних критеріїв та даних ультрасонографії печінки. Характерними симптомами активності процесу вважали загальну слабкість, швидку втомлюваність, роздратованість, порушення формули сну, зниження апетиту, проноси, вздуття живота, гіркоту в роті. Серед об'єктивних ознак переважали блідість шкіри з іктеричністю склер, схуднення, гепатомегалія, набряки ніг, наявність незначної кількості вільної рідини у черевній порожнині. У всіх хворих визначали вміст молекул середньої маси (МСМ) у крові – показник ендотоксикозу; рівень малонового альдегіду (МА), глутатіону відновленого (ГВ) та активність глутатіонтрансферази (ГТ) у крові.

До I групи ввійшли 14 хворих, які отримували традиційне лікування з включенням до лікувального комплексу гепатопротектора карсилу (по 2 табл. 3 рази на добу), до II групи – 12 хворих, яким поряд з карсилом призначався гранульований лецитин фірми Vita Max (по 2 чайних ложки 3 рази на добу). Тривалість курсу лікування в обох групах складала 3 тижні. Усім хворим призначалось збалансоване 4-5-ти разове харчування, дієта № 5 за Певзнером зі зменшенням кількості солі до 3 г/д.

За результатами отриманих даних нами встановлено, що у хворих на субкомпенсований ЦП до лікування активність АЛТ та АСТ у крові була підвищеною у 2-2,5 рази, показники тимолової проби збільшувались до 10 од, вміст загального білірубину зростав переважно за рахунок прямої фракції. Спостерігалось також зниження протромбінового індексу та рівня альбуміну у крові. В обох групах виявлене підвищення рівня МА (на 30 %, $p < 0,001$), МСМ (на 21 %, $p < 0,05$), активності ГТ (на 31 %, $p < 0,001$) з одночасним зменшенням вмісту ГВ (на 29 %, $p < 0,001$) у порівнянні з такими у контрольній групі.

У хворих II групи, на відміну від I групи, призначене лікування вже на 6-й день сприяло покращенню загального стану (зменшувалась загальна слабкість, дратівливість, покращувався апетит, нормалізувався сон). Порівняльний аналіз виявив чіткішу позитивну динаміку досліджуваних лабораторних показників у хворих II групи. Під кінець лікування рівень МА у I групі знизився на 12% у порівнянні з вихідними цифрами ($P < 0,001$), а у II – на 22% ($P < 0,001$), наближаючись до нормальних величин ($P > 0,05$). Зменшення інтенсивності процесів ліпопероксидації, яку визначали за рівнем МА, супроводжувалось підвищенням рівня ГВ, який в I групі зріс на 16% ($P < 0,05$), а у II – на 32% ($P < 0,001$) у порівнянні з його рівнем до лікування. Про зменшення синдрому ендогенної інтоксикації свідчить нормалізація концентрації МСМ у крові хворих II групи та достовірне її зниження (на 10%) – у I групі. Цей факт підтвержують позитивні зміни активності ГТ – одного з головних ферментів, що бере участь у знешкодженні ксенобіотиків. Після лікування достовірне зниження активності ГТ спостерігалось у обох групах пацієнтів, але при цьому нормальних величин вона досягала тільки у хворих II групи ($P > 0,05$). Застосування у комплексній терапії лецитину сприяло також підвищенню рівня альбуміну, нормалізації протромбінового індексу та активності АСТ і АЛТ.

Позитивна дія лецитину на перебіг ЦП може бути зумовлена його впливом на регенерацію клітинних мембран гепатоцитів завдяки входженню поліненасичених жирних кислот та фосфатидилхоліну в мембранні структури. А це, в свою чергу, сприяє стабілізації мембран, зменшенню негативного впливу на неї вільних радикалів, відновленню функціонування мембранозв'язаних ферментів та корекції проявів ендотоксикозу. Крім того, фосфоліпіди, що входять до складу лецитину, беруть участь у попередженні пероксидного руйнування мембран, виступаючи в ролі пасток для вільних радикалів. Лецитин є також попередником ацетилхоліну – важливого нейромедіатора організму людини, основною складовою частиною мієлінових оболонок мозку та нервових волокон, чим пояснюється усунення проявів астено-вегетативного синдрому у хворих на ЦП.

СТРУКТУРНА ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ АДАПТАЦІЇ ІМУННОЇ СИСТЕМИ ДО ПОВНОГО ТРИВАЛОГО ГОЛОДУ

О.Є. Кузів

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського, Україна

Останнім часом проведено низку фундаментальних досліджень присвячених виявленню особливостей структури і функції різних ланок імунної системи тварин і людини. Однак, в науковій літературі відсутні повідомлення про комплексне системне вивчення адаптації центральних і периферійних органів імунної системи у відповідь на повний тривалий голод.

На експериментальній моделі харчової депривації провели дослідження структурної основи адаптації вилочкової залози, селезінки та лімфатичного вузла на системному, органному, тканинному, клітинному та субклітинному рівнях.

Встановлено, що адаптативна морфо-функціональна перебудова органів імуногенезу за довготривалого повного голодування послідовно проходить періоди ранніх змін, вираженої імунологічної перебудови, резистентності адаптаційного синдрому та реституції імункомпетентних органів.

Період ранніх змін (перша доба повного голоду) характеризується зміною співвідношення структурних компонентів в бік зростання частки сполучно-тканинних елементів у загальній площі тимуса; гіпоплазією кіркової речовини тимуса, кірки та паракортикальної зони підколінного лімфатичного вузла з одночасним збільшенням об'єму їх мозкової речовини; значним клітинним спустошенням; підвищенням деструктивних процесів за одночасного пригнічення проліферативних. Суттєві зміни з боку селезінки в цей період відсутні.

Період вираженої імуно-морфологічної перебудови (3 доби повного голоду) характеризується наступним зростанням частки сполучнотканинних елементів у загальній площі тимуса, гіпоплазією кіркової речовини тимуса, кірки та паракортикальної зони підколінного лімфатичного вузла, гіпоплазією білої пульпи селезінки. Ці зміни в селезінці відбуваються за рахунок зменшення чисельності лімфоїдних вузликів, перерозподілу їх в сторону зростання без гермінативних центрів і суттєвим зменшенням об'ємів центрів розмноження та періартеріальних зон. Різке зменшення загальної кількості клітин в лімфоїдних органах здійснюється, в основному, за рахунок малих лімфоцитів тимуса та Т-залежних зон підколінно-

го лімфатичного вузла і, в меншій мірі, селезінки. Клітинне спустошення селезінки відбувається, переважно, за рахунок лімфоцитів В-зон.

У період вираженої імуноморфологічної перебудови в імунокомпетентних органах має місце пригнічення проліферативної активності, зростання деструктивних процесів і аутофагії в усіх морфофункціональних зонах тимуса, підколінного лімфатичного вузла та селезінки, що веде до значної депресії як клітинної так і гуморальної ланок імунітету.

Період резистентності адаптаційного синдрому (7 діб повного голоду) характеризується тенденцією до відновлення мікроструктури та кількості імунокомпетентних клітин, рівновагою між деструктивними та репаративними процесами з боку клітинного складу та їх ультраструктурної організації. На фоні вираженої імунної депресії збільшуються кількість і функціональна активність макрофагів та ріт-клітин у всіх лімфоїдних органах. Це свідчить про підвищення неспецифічної резистентності організму в динаміці повного голоду і обґрунтовує один із механізмів саногенної дії РДТ.

Період морфофункціональної реституції (7 діб відновного харчування) характеризується повним відновленням структури і функції тимуса, селезінки та підколінного лімфатичного вузла при збереженні високої функціональної активності природних кілерів (ріт-клітин).

РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО-ДІЄТИЧНА ТЕРАПІЯ І ВЕЛИКІ ГРАНУЛОВІСНІ ЛІМФОЦИТИ КРОВІ

О.Є. Кузів,

Тернопільська медична академія

О.В. Дмитренко,

ім. І.Я. Горбачевського

О.І. Кузів, Т.В. Лихацька

Метод розвантажувально-дієтичної терапії (РДТ) все ширше починає застосовуватись у клініці внутрішніх хворіб. Уже набуто і узагальнено в публікаціях та матеріалах науково-практичних конференцій значний досвід, що підтверджує виражену лікувальну ефективність повного тривалого голоду при психічних, алергічних та хронічних захворюваннях шлунково-кишкового тракту. Показано позитивну лікувальну дію та переваги РДТ над традиційним медикаментозним лікуванням. За певних обставин цей метод стає єдиною можливістю терапії окремих хворих. Однак, і до сьогодні залишаються нерозкритими окремі ланки саногенної дії РДТ.

Нами було вивчено вплив РДТ на ультраструктуру великих грануловісних лімфоцитів крові (ВГЛ) – природних кілерів, як клітинної ланки неспецифічного захисту організму.

Обстежено 47 хворих у віці від 21 до 50 років із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту, які знаходились на РДТ. Розвантажувальний період у них склав 14 днів.

Кров для електронно-мікроскопічного дослідження обстеженим забирали при вступленні в стаціонар, та на 14 добу розвантажувального періоду і при виписці із стаціонару.

Контрольну групу склали 17 донорів віком від 19 до 50 років.

За електронно-мікроскопічного вивчення ВГЛ крові донорів виявлено, що ці лімфоцити мають розміри до 12 мкм, низьке ядерно-цитоплазматичне співвідношення, нерівну поверхню за рахунок чисельних коротких вузьких мікроворсинок. Ядро локалізується ексцентрично, часто бобовидної форми з однією або декількома інвагінаціями. Конденсований хроматин, в основному, локалізується вздовж ядерної мембрани, лише окремі невеликі грудки його знаходяться всередині еухроматину ядра. В ядрах багатьох клітин добре видно ядерце. Чисельні ядерні пори добре контуруються вздовж листків каріолеми. В цитоплазмі є багато мітохондрій округлої, овальної або паличкоподібної форми з добре вираженими кристами. По периферії цитоплазми виявляється багато міхурців із гладенькими стінками, вакуолей, вільних рибосом і полісом, мікрофібрили, мультивизукулярні тільця. Канальці гранулярної ендоплазматичної сітки короткі, чисельні. Добре розвинутий комплекс Гольджі представлений везикулярними і ламелярними елементами і в більшості випадків локалізується у виїмці ядра. В ділянці комплексу Гольджі поряд із електронно-світлим міхурцями є ізосміюфільним вмістом, що вказує на те, щопластинчастий комплекс очевидно, як і в гранулоцитах, є місцем їхнього утворення.

Найбільш характерним для ВГЛ є наявність у цитоплазмі електронно-щільних осміюфільних гранул, які обмежені електроментарною мембраною. В цитоплазмі ВГЛ поряд із осміюфільними гранулами нерідко видно паралельно-трубчасті структури, які є пучками паралельних і щільно розмішених трубочок.

За електронно-мікроскопічного дослідження встановлено, що ультраструктура типових ВГЛ крові у хворих хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту, в порівнянні з такими у здорових людей, мали низку особливостей: частіше зустрічались ВГЛ із вираженою вакуолізацією цитоплазми, в якій розміщувались дрібні гетерогенні зерна нео-

днорідної електронної щільності. Переважали мітохондрії округлої форми із альтерацією крист, а короткі каналця гранулярної ендоплазматичної сітки були вакуолізовані, в окремих місцях фрагментовані. В ділянці комплексу Гольджі знаходились дрібні пилеподібні міхурці різної електронної щільності.

На 14 добу розвантажувального періоду ВГЛ зберігали округлу форму з чисельними короткими мікроросинками. Найбільш характерною морфологічною особливістю ВГЛ крові хворих в цей термін була наявність у їхній цитоплазмі двох-трьох округлих великих осміофільних гранул однорідної електронної щільності матриксу, обмежених елементарною мембраною під цитолемою. Рідко виявлялись паралельно-трубчасті структури. Цитоплазма вирізнялась своєю "чистотою" із чітко контурованими плазмолемою, каріолемою та внутрішньоклітинними мембранами органел.

В кінці відновного періоду в крові обстежених хворих домінували ВГЛ з ознаками гіперпластичних процесів органел цитоплазми та ядра.

Таким чином, РДТ у хворих із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту покращувала ультраструктуру ВГЛ крові, що підвищувало їхню функціональну активність.

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ КЛАСИЧНОЇ АКУПНКТУРИ ПРИ ПРОВЕДЕННІ РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО-ДІЄТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ТЕРАПЕВТИЧНИХ ХВОРИХ

П.П. Кузів, Л.С. Бабінець Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського, Україна

Розвантажувально-дієтична терапія (РДТ), впливаючи на організм хворих як неспецифічний стрес, який через перебудову багатьох ланок обміну речовин призводить до покращання стану, а часто й до видужання. Для підвищення ефективності РДТ та пом'якшення перебігу захворювання доцільно поєднувати її з деякими рефлексотерапевтичними методиками (голкотерапія, точковий та класичний масаж, вухорефлексотерапія, електропунктура та інші). Найбільш корисними ефектами акупунктури є знеболювання, розслаблення спазмів м'язів, покращання кровообігу в тканинах, зниження високої концентрації ліпідів у крові, зменшення впливу надмірних емоцій та психічної депресії, посилення імунних реакцій та опірності до інфекцій.

Проведено дослідження клініко-психологічного стану 18 пацієнтів (5 чоловіків, 13 жінок), що отримували розвантажувально-дієтичну терапію з включенням курсу голкорексфлексотерапії (ГРТ). Серед пацієнтів налічувалось 9 чоловік з патологією серцево-судинної системи (50,00 %), 3 пацієнти – гастроентерологічного профілю (16,67 %), 5 – пульмонологічного профілю (27,78 %), 1 – з патологією суглобів; всі 18 хворих страждали на остеохондроз хребта, 12 – з переважним ураженням шийно-грудного відділу хребта, 6 – попереково-крижового. РДТ проводилась за методикою, яку застосовують у клініці під керівництвом проф., д.м.н. П.П.Кузіва, ГРТ – за загальноприйнятими в Україні правилами (Київська школа ГРТ, акад. Є.Л.Мачерет). Оцінку стану пацієнтів проводили за загальноклінічними показниками та даними анкетування за шкалою якості життя (EORTC QLQ CORE 30) та загального стану (по ВООЗ та Карновські).

В процесі спостереження та лікування пацієнтів, що отримували РДТ протягом 14-18 днів, застосовували голковколювання та точковий масаж наступних точок: V11-V17, Gi4-Gi5, Gi10-Gi11, Tr5, E36, Vb34, Vb21, на вушній раковині – точки голоду, спраги, наднирників, залоз внутрішньої секреції та шень-мень. Необхідно зазначити також, що в кожному конкретному випадку лікування було суворо індивідуальним, з використанням точок специфічної дії в залежності від патології та стану хворого. ГРТ проводили за гальмівним методом за допомогою стандартних срібних голок. Курс лікування в середньому тривав 7-10 процедур, початок курсу ГРТ в основному співпадав з 1-3 днем голоду.

Спостереження за динамікою скарг пацієнтів показало, що ГРТ гальмує розвиток змін больової чутливості, зменшує відчуття голоду та ряду емоційних реакцій у досліджуваних (дратівливість, порушення сну, слабкість, іпохондричний синдром). Це можна оцінити як стреслімітуючий ефект. Об'єктивізує отримані висновки той факт, що 9 пацієнтів з 18 проходили РДТ повторно і могли порівняти свої враження з попереднім курсом. Вони відмічали м'якший перебіг ацидотичного кризу. Ніяких негативних побічних ефектів ГРТ не викликала. 12 пацієнтів оцінили ефект ГРТ як "значне покращання", 4 – як "покращання", 2 – як "незначне покращання", що становить відповідно 66,67, 22, 23, 11,10 % від загальної кількості досліджуваних. Ні один пацієнт не оцінив курс лікування як "без ефекту". За шкалою ВООЗ (0 – нормальний стан, 5 – смерть) свій стан пацієнти оцінили до та після лікування відповідно 1,28 та 0,28; за

шкалою Карновскі (100 – без ознак захворювання, 0 – смерть) – відповідно 68,89 та 92,78.

Застосування класичної акупунктури в комплексі з розвантажувально-дієтичною терапією значно покращує стан пацієнтів і є доцільним.

Голкорексфлексотерапія має стреслімітуючу дію і в поєднанні з РДТ може розглядатись як доступний та ефективний засіб лікування та активної-конструктивної профілактики ряду захворювань.

Література

1. Василенко А.М., Чистяков А. В., Гольцев Ю. А. Электропунктурная профилактика гипоалгетического действия голодового стресса //Пат. физиология и экспер. терапия.-М., 1989, № 1, с. 3-5.
2. Иванов В.И. Акупунктура и медикаментозная терапия. – Москва, 1996. – с.312.
3. Яроцкая Э.П., Федоренко Н.А., Нарыжная Е.В. Восточные методы лечения. – Харьков, 1999. – 415 с.

ВПЛИВ РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО – ДІЄТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ФУНКЦІЮ ТРАВЛЕННЯ ТОНКОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРИТ

П.П. Кузів, Л.П. Боднар, *Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського, Україна*
Р.Я. Боднар, О.І. Крицьків

В останні роки широко обґрунтовується доцільність застосування розвантажувально- дієтичної терапії (РДТ), як одного із немедикаментозних методів лікування хронічного гастриту (ХГ) (О.Н. Ганич із співавт.,1990, П.П. Кузів,1992) . Поряд з цим виявлено, що відновлення функції слизової шлунка залежить від стану травних процесів, які відбуваються в кишечнику в період його відносного спокою – голоду, що особливо важливо у відновний період.

Вивчити особливості порушення процесів травлення та абсорбції на прикладі гідролізу і всмоктування вуглеводів у хворих на хронічний гастрит (ХГ), а також при лікуванні їх методом РДТ.

Крім загальноклінічних методів дослідження, для визначення особливостей гідролізу і всмоктування у 16-и практично здорових людей та 34-х хворих на ХГ використано навантажувальні тести з моносахаридом (глюкозою), дисахаридом (сахарозою) і полісахаридом (крохмалом). Те-

сти із глюкозою давали можливість оцінити характер абсорбційних властивостей кишечника, із сахарозою – мембранного травлення, а навантаження крохмалом дозволяє вивчити особливості порожнинного травлення (И.С. Смиян., Л.М. Слободян,1994). Всім хворим проведено гастроскопічне та гістологічне дослідження. Гастробіопати брали при поступленні хворих на лікування, згідно рекомендації Л.І. Аруїна (1991) із антрального відділу, тіла та дна шлунка. Зрізи фарбували гематокселином і еозином, а також за методом Романовського-Гімзи. У 12-и хворих виявлено неатрофічний хелікобактерний ХГ (НАХГ), у 10-и – атрофічний мультифокальний ХГ (АМХГ) і у 12 -и – атрофічний аутоімунний ХГ (ААХГ).

Результати дослідження всмоктувальної функції тонкої кишки показали, що вміст глюкози у хворих на НАХГ натще становив $(4,14 + 0,12)$ ммоль/л і статистично не відрізнявся від контрольних показників ($P > 0,05$), на АМХГ – $(3,98 + 0,12)$ ммоль/л ($P < 0,05$) і на ААХГ – $(3,77 + 0,16)$ ммоль/л ($P < 0,02$). Отже, отримані дані свідчать, що рівень базальної глікемії залежав від морфологічних змін в шлунку, а саме – типу ХГ.

При графічній конструкції глікемічної кривої встановлено, що вона за своєю структурою, порівняно із контрольною, значно нижча у хворих на НАХГ і характеризувалася зниженням гіперглікемічного, гіпоглікемічного коефіцієнтів і приросту глікемії ($P < 0,001$), які відображають порушення всмоктувальної функції кишечника. В кінці лікувального голодування приріст глікемії значно зріс ($P < 0,05$), що наблизило структуру глікемічної кривої до контрольної.

У хворих на АМХГ поряд із зниженням глікемії виявлено плоску глікемічну криву із низьким гіперглікемічним коефіцієнтом і приростом глікемії ($P < 0,001$). Після проведеної терапії її структура наблизилася до контрольної, значно знизилася концентрація глюкози на 120-й хв., що свідчить про позитивний вплив РДТ на процеси гідролізу.

У пацієнтів з ААХГ глікемічна крива майже за всіма показниками статистично достовірно відрізнялася від контрольної і вказувала на суттєві порушення абсорбційної функції тонкої кишки. Слід зауважити, що лікувальне голодування не привело до нормалізації її структури у зазначених хворих.

Після навантаження сахарозою концентрація глюкози у крові хворих на НАХГ статистично не відрізнялася, у всіх часових проміжках, від даних у практично здорових людей. У пацієнтів з АМХГ виявлено статистично достовірно нижчу глікемію у фазу абсорбції (30-а і 60-а хв). Поряд з цим, приріст глікемії був суттєво недостатнім, що вказує на порушення

ентерального травлення і засвоєння дисахариду. Значні порушення гідролізу і всмоктування сахарози спостерігалися у хворих на ААХГ. Про це свідчать низькі показники приросту глікемії (на 63,16 % порівняно з нормою) і гіперглікемічного коефіцієнту – (1,26 + 0.04) проти (1.47 + 0.04) (P < 0.05).

Отримані дані свідчать про залежність порушення процесів ентерального засвоєння сахарози від морфологічних проявів ХГ. Найсуттєвіші прояви пригнічення процесів всмоктування і гідролізу спостерігалися при ААХГ.

У пролікованих хворих на НАХГ відмічено, що глікемія статистично достовірно зростала вже на 30-й хв, а у пацієнтів з наявністю АМХГ починаючи з 60-ї хв. У осіб, які страждали на ААХГ теж відмічено, порівняно з даними практично здорових людей, підвищення глікемії на 30-й хв, зростання гіперглікемічного коефіцієнта і приріст глікемії при наявності плоскої структури глікемічної кривої.

Результати тесту навантаження крохмалом свідчать, що базальна концентрація глюкози у крові хворих на НАХГ, знаходилася у межах фізіологічної норми. Основна відмінність графічного зображення приросту глікемії полягала в тому, що концентрація глюкози досягала максимуму у хворих на АМХГ та ААХГ на 90-й хв. і крива мала повільний пологий характер зростання, в той час, як у практично здорових людей і хворих на НАХГ пік її спостерігався на 60-й хв. Крім цього, глікемія у пацієнтів із наявністю АМХГ та ААХГ була значно нижчою ніж у здорових осіб, що свідчить про сповільнення гідролізу і всмоктування полісахариду.

Після лікування методом РДТ відмічена позитивна динаміка ентерального засвоєння полісахариду. Так у хворих на НАХГ зросли глікемія на 30-й хв і приріст глікемії (P < 0,05), що вказує на активацію порожнинного травлення. У пацієнтів із АМХГ та ААХГ позитивний ефект був менш виражений, так як відмічено лише зростання показника приросту глікемії.

1. У хворих на ХГ порушені порожнинне і мембранне травлення, а також всмоктування утворених мономерів у тонкій кишці, що можна віднести до проявів вторинної ентеропатії.

2. Сповільнення гідролізу і всмоктування вуглеводів знаходиться у прямій залежності від ступеню проявів морфологічних змін слизової шлунка. Найсуттєвіше пригнічення ентерального засвоєння вуглеводів спостерігається у хворих на ААХГ і незначне у пацієнті з НАХГ.

3. РДТ позитивно покращує процеси гідролізу моно-, ди-, та полісахаридів і абсорбцію моносахаридів. Вони більш динамічні у хворих на НАХГ та АМХГ і незначні при наявності ААХГ.

Література.

1. Аруин Л.И. Новая международная классификация гастрита // *Арх. Патологии.* – 1991.– т. 53. № 8 – с 48-53.
2. Ганич О.Н., Архий Э.И., Туряница И.М. и др. К научному обоснованию применения разгрузочно-диетической терапии при патологии органов пищеварения // *Сб. тез. Докл. 1У Всесоюз. Съезда гастроэнтерологов.* -Т.1, – М. – Л., 1990 – с. 21-23.
3. Кузів П.П. Розвантажувально-дієтична терапія в лікуванні хронічних уражень шлунково-кишкового тракту // *Тези українського симпозиуму з питань раціонального харчування населення.* – Київ. 1992.– с.3.
4. Смиян И.С., Слободян Л.М. Синдром мальабсорбции углеводов у детей. – *Тернополь.*1994 – с.150-178.

ЕФЕКТИВНІСТЬ РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО-ДІЄТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ПОЄДНАННІ З ПСИХОТЕРАПІЄЮ У ХВОРИХ НА АЛІМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦІЙНЕ ОЖИРІННЯ

П.П. Кузів, М.В. Булига *Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського*

Аліментарно-конституційне ожиріння (АКО) є однією з важливих медико-соціальних проблем. Значна розповсюдженість серед осіб працездатного віку, швидкий розвиток ускладнень, які ведуть до інвалідизації, безперервний перебіг та недостатня ефективність існуючих методів лікування обумовлюють необхідність розробки нових підходів до терапії і профілактики надлишкової маси тіла.

Як патогенетичну ланку у лікуванні цієї форми ожиріння можна розглядати РДТ, яка приводить до швидкого зниження маси тіла, нормалізує обмін речовин. Однак, відновлення втраченої маси тіла, рецидив та дальніше прогресування захворювання у частини хворих на реабілітаційному етапі, обумовлені не ліквідованими під час РДТ вадами харчової поведінки, потребують комбінації лікувального голодування з іншими методами.

Метою роботи, було підвищення ефективності терапії АКО шляхом поєданого застосування РДТ і комплексної психотерапії (ПТ).

Під нашим спостереженням знаходились 75 хворих з АКО різних ступенів. Діагноз встановлювався на основі скарг, анамнезу результатів

посиленого клінічного обстеження для виключення інших форм ожиріння. Характерним було наявність різноманітних супутніх захворювань ШКТ і ССС. Вони були діагностовані у 86,7 % хворих, у 63,7 % хворих їх було 2-3. При вивченні анамнезу було виявлено елементарні погрішності, які призвели до накопичення надлишкової маси тіла, зниження рухової активності, а також виявлена у 56 % хворих спадкова схильність до повноти. Віковий та статевий склад обстежуваних показав, що як у жінок, так і у чоловіків ожиріння частіше спостерігається у віці 30-50 років.

Клініко-психологічне обстеження проводилося за допомогою тесту "САН" ("самопочуття", "активність", "настрій") та опитувальника "ЛЮБИ", розробленого в Санкт-Петербурзькому НДІ ім. В.М.Бехтерева, які виявили зниження показників по шкалі "активність" при збільшенні ступеня АКО, а також наявність різних комбінацій негармонійних типів відношень хворих до свого стану, які збільшувались зі збільшенням тривалості перебігу хвороби. Частіше зустрічались поєднання obsесивно-фобічного та сенситивного у 22,6 % хворих та тривожного з obsесивно-фобічним у 17,3 % хворих.

Для дослідження з метою психотерапевтичної корекції харчового стереотипу нами розроблений тест "Шкала самоопитування", який виявив високий рівень харчового потягу, вираженість якого зростала зі збільшенням ступеня АКО, відповідно при I ст. – 3,58+ 0,20 проти IV ст. – 6,03+0,40 ($p<0,001$), та зниження контролю над харчовою поведінкою, відповідно 2,70+ 0,35 при IV ст. АКО проти 3,21 + 0,18 при I ст. ($p<0,5$). Показники тесту "Шкала самоопитування" величин харчового потягу і контролю за ним є об'єктивними критеріями суб'єктивних відчуттів харчової поведінки, вони дають змогу достовірно визначати ефективність проведеної ПТ.

"Харчовий портрет" хворого з зайвою вагою визначався за допомогою розробленого нами тесту "Харчова поведінка", який допоміг виявити основні групи причин, що призводили до хвороби: порушення режиму харчування у 82,7 % хворих, потяг до шкідливих продуктів харчування у 86 % хворих, гіпертрофія харчового потягу у 58,7 % хворих, шкідливі звички, пов'язані з харчуванням у 57,3 % хворих, гіперфагічна реакція на стрес у 53,3 % хворих та інші. Частіше зустрічались їх комбінації.

РДТ проводили згідно загальноприйнятих методик Ю.С. Ніколаєва, О.М. Кокосова, враховуючи зміни у проведенні відновного періоду, внесені нашою клінікою. Психотерапевтичне втручання здійснювалось з врахуванням етапності РДТ.

На I (підготовчому) етапі проводилась інтроспекція харчового потягу за допомогою розроблених нами тестів "Шкала самоопитування" і

"Харчова поведінка", формувалась установка на лікування методом РДТ і комплексною ПТ, проводився вплив на неврозоподібний компонент захворювання, застосовувались індивідуальна та групова раціональна ПТ у формі коротких проблемних бесід. На II (основному) етапі проводився вплив на психосоціальний компонент ожиріння, на харчову і рухову сфери, формувалась стійка адекватна харчова поведінка. Застосовувались методи поведінкової, індивідуальної та групової, каузально-аналітичної ПТ різні види сугестій, аутотренінг. Під час III етапу (психосоціальної реабілітації), який розпочинався з моменту виписки хворого зі стаціонару, пацієнтам проводилась психотерапевтична корекція порушених соціальних зв'язків, постійний контроль над харчовою поведінкою за допомогою розробленого нами "Щоденника спостережень". Основні методи – групова та сімейна ПТ, індивідуальна ПТ у формі консультацій.

У результаті поєднаного застосування РДТ і комплексної ПТ відбулись позитивні зміни у більшості хворих АКО з супутніми захворюваннями ШКТ і ССС. У 65,1 % хворих в залежності від нозологічної форми зникли болі у животі, у 66-85 % диспепсичні явища, в переважній більшості (75 %) хворих нормалізувався стілець. Покращення роботи серця проявилось зменшенням задишки у 33,3 % хворих та зниженням ЧСС у 75 % хворих.

Під час РДТ достовірно зменшилась маса тіла у середньому на 9,0+ 1,5 кг. ($p<0,001$) за 16+ 0,5 днів розвантажувального періоду. Однак, спостерігалась різна динаміка зміни маси тіла впродовж РДТ і послідувального реабілітаційного періоду у хворих, яким було проведено лише РДТ (II група) і хворих, яким проводилась додаткова психотерапевтична корекція (I група). Під час розвантажувального періоду достовірної різниці у змінах маси тіла не було. Проте, при катamnестичному спостереженні на протязі 1 року з 16 обстежених хворих II групи маса у всіх повернулася до початкової, а у 4 з них – перевищила початковий. На відміну – лише у 6(20,7 %) хворих I групи з 29 обстежених катamnестично маса тіла дещо збільшилась, не перевищуючи вихідний рівень, 20 (69 %) хворих втримали масу на рівні показника відновного періоду, у 3 (10,3 %) хворих маса продовжувала знижуватись. Ці дані свідчать на користь проведення додатково на фоні РДТ комплексної ПТ, яка забезпечує стійкість віддалених результатів, впливаючи на харчовий стереотип.

Під впливом РДТ відбулось значне покращення в психоемоційній сфері хворих, підвищились показники функціонального стану по всім шкалам тесту "САН". Проте, у хворих I групи, яким проводилась ПТ корекція,

ПРОТЕОЛІЗ В УМОВАХ ТРАДИЦІЙНОГО ЛІКУВАННЯ І РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО-ДІЄТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

*П.П. Кузів, О.І. Криськів, Тернопільська державна медична
Л.П. Боднар академія ім. І.Я. Горбачевського,
Україна*

зміни по шкалам "самопочуття" і "активність" були достовірно вищими, досягнувши в кінці відновного періоду відповідно підвищення на 19,24 % проти 9,65 % ($P < 0,01$) і 24,64 % проти 13,37 % ($P < 0,05$) у хворих II групи. Значні відмінності у змінах психологічного статусу хворих вказаних груп спостерігалась при дослідженні системи відношень за допомогою тесту "ЛОБИ". У хворих II групи незначно зменшились ейфоричність, тривожність та сенситивність при помірному зростанні ергопатичності. В той час у хворих I групи, яким додатково проводилась ПТ, зміни були більш суттєвими. Значно зросла частка хворих з гармонійним типом відношень з 10,2 % до 28,6 %, суттєво зменшились тривожність з 32,7 % до 12,3 %, неврастенічність з 28,6 % до 18,4 %, втричі зменшилась частка обесивно-фобічного (з 32,7 % до 12,2%) та паранояльного (з 18,4 % до 6,1 %) типів. Очевидно, саме психотерапевтична корекція змінює тип відношень особистості, при цьому покращуються самопочуття, настрої, комунікабельність, підвищується розумова та фізична працездатність, зменшується подразливість, посилюється впевненість в собі, що створює благоприємні умови для росту свідомості хворих з переглядом моральних та матеріальних цінностей в тому числі перебудовою поглядів на харчування.

Аналіз даних розробленого нами тесту "Шкала самоопитування" показав зниження харчового потягу і посилення контролю над ним практично у всіх обстежуваних хворих АКО. Проте, у хворих I групи ці зміни були більш виражені: харчовий потяг зменшився на 30,02 % проти 15,91 % у хворих II групи ($P < 0,001$), контроль посилювався відповідно на 42,7 % проти 21,61 % ($P < 0,01$). При контрольному обстеженні в катамнезі зміни у хворих I групи зберігали стійкість, в той час, як у хворих II групи показники тесту повернулись до початкового рівня, а у деяких перевищили його. Очевидно, що РДТ здійснює помірний корегуючий вплив на харчову поведінку, тимчасово змінюючи її структуру: зменшуючи харчовий потяг і посилюючи контроль над ним. Проведення РДТ в поєднанні з комплексною ПТ дає достовірно вищі результати, які залишаються стійкішими в катамнезі.

Таким чином, аналіз результатів клініко-психологічних досліджень дає можливість зробити заключення, що РДТ в поєднанні з комплексною ПТ є ефективним методом лікування хворих АКО. Метод допомагає швидко і якісно нормалізувати масу тіла та клініко-психологічні показники, забезпечує стійкість віддалених результатів.

Раціональне застосування розвантажувально-дієтичної терапії (РДТ) вимагає поглибленого вивчення механізмів впливу його на організм людини та їх контролю, а також потребує порівняння ефективності різних видів терапії. У вирішенні цього завдання важливе місце належить з'ясуванню ролі протеолітичної і калікреїн-кінінової (ККС) крові, які є одними із центральних біохімічних систем гуморальної регуляції і адаптації організму

[3, 4]. Окрім участі в катаболізмі білків, протеїнази виконують регуляторні і захисні функції [1, 2]. Відомі методи медикаментозної терапії не завжди дають позитивні результати, нерідко викликають побічні реакції і ускладнення алергічного характеру [6, 7].

Поряд із незаперечними успіхами у з'ясуванні ролі протеолітичної системи в розвитку і перебігу захворювань гепатобіліарної системи [2, 3, 4, 5], поза увагою залишилось її функціонування в умовах РДТ. Проаналізовано показники протеолітичної і ККС крові у 72 хворих віком 17-67 років, лікованих методом РДТ. Чоловіків було 15 (20,8 %), жінок – 57 (79,2 %). I групу склали 26 хворих на хронічний вірусний гепатит з мінімальною активністю (ХВГМА), II – 25 хворих на хронічний безкам'яний холецистит (ХБХ), III – 21 хворий на дискінезію жовчовивідних шляхів (ДЖШ). Поглиблене вивчення активності зазначених систем проведено також у 58 пацієнтів віком 17-65 років, які отримували загальноприйняті середники. З них: чоловіків – 35 (60,3 %), жінок – 23 (39,7 %). Як і попередньо, розподіл на групи відповідав нозології: I група (19 чол.) – хворі на ХВГМА, II (20 чол.) – на ХБХ, III (19 чол.) – на ДЖШ. Всі хворі поступили в клініку в період загострення захворювання.

Курс РДТ (методика Ю.С.Ніколаєва, 1978, П.П.Кузіва, 1993) тривав 16-25 днів і передбачав відміну медикаментів. Загальноприйняте лікування було комплексним і відповідало нозології.

Для оцінки стану протеолітичної і ККС крові до і після лікування визначали: протеолітичну активність (ПРА), α_1 -інгібітор протеїназ (α_1 -ІІ), α_2 -макроглобулін (α_2 -МГ), прекалікреїн (ПКК) – методи К.М. Вере-

меєнка, калікреїн (КК) – за допомогою хромогенного петидного субстрату, кінінази-II – по гідролізу гіпурил–L-лізину (Folk et al.).

У 20 практично здорових осіб контрольної групи ПРА становила (30,11±0,74) ммоль/(год · л), α_1 -ІІ – (1,49±0,03) г/л, α_2 -МГ – (1,47±0,02) г/л, КК – (53,96±1,68) мкмоль/(хв · л), ПКК – (75,32±2,05) мкмоль/(хв · л), кінінази-II – (269,72±2,63) мкмоль/(хв · л).

У групі хворих на ХВГМА, що знаходились на медикаментозному лікуванні, при поступленні відмічали активацію системи протеолізу. Так, ПРА перевищувала норму в 1,6, КК – в 3,1, α_1 -ІІ – в 1,2 рази. Ферментний дисбаланс поглиблювали низька активність кінінази-II, α_2 -МГ, ПКК. Так, ПРА і α_1 -ІІ, не дивлячись на лікувальні заходи, залишались високими і перевищували норму відповідно в 1,5 та 1,1 рази. Використання в лікуванні даної нозології РДТ знизило ПРА в 1,2 рази, активність КК – в 1,3 рази, викликало тенденцію до зростання ПКК і α_2 -МГ.

Подібні зміни спостерігались і в хворих на ХБХ, які знаходились на медикаментозному лікуванні. Вихідний стан ККС крові цих пацієнтів розцінено як активація. Її підтверджували висока ПРА, КК, α_1 -ІІ. Вказані показники перевищували норму відповідно в 1,4; 2,8 та 1,2 рази. Медикаментозна терапія сприяла вірогідному зниженню лише активності КК ($P < 0,01$) і кінінази-II ($P < 0,001$). РДТ, на протипагу традиційному лікуванню, зумовила виражену стабілізацію ферментної рівноваги.

Початкову активність протеолізу в обох групах хворих на ДЖШ ми розцінили як стан "фізіологічної" активації. Так, ПРА відрізнялась від контрольного рівня лише у 1,2, а КК – в 1,1 рази. Вміст α_1 -ІІ залишався на верхній межі норми. Як і в попередніх групах, зміни активності протеолітичної системи крові пацієнтів з ДЖШ після медикаментозного лікування були незначними. Лікувальне голодування, навпаки, сприяло розвитку найбільш вагомим позитивних якісних змін в активності ККС крові хворих на ДЖШ.

Порівнюючи показники протеолітичної і ККС крові, виявлено закономірність зниження їх активності в порядку: "до лікування", "після традиційного лікування", "після лікування методом РДТ".

Література.

1. Веремеєнко К.Н. Генетический полиморфизм альфа-1-ингибитора протеиназы и его диагностическое значение // Лабор. диагностика. – 1997. – № 1. – С. 5-10.

2. Веремеєнко К.Н., Голобородько О.П., Кизим А.И. Протеолиз в норме и при патологии. К.: Здоровье, 1988. – 199 с.
3. Веремеєнко К.Н., Кизим А.И. Протеазно-антипротеазная система и ее роль в патогенезе ряда заболеваний // В кн.: Системно-антисистемная регуляция в норме и при патологии. Научные труды III Международного симпозиума "Системно-антисистемная регуляция в живой и неживой природе". – К., 1993. – С. 60-64.
4. Гришина Е.И. Состояние калликреин-кининовой системы крови при хронических заболеваниях печени // РМС, гастроэнтерология. – 1991. – № 23. – С. 89-91.
6. Киселев В.И., Куликов В.П. Методические аспекты оценки состояния калликреин-кининовой системы крови // Лаб. дело. – 1988. – № 7. – С. 27-32.
7. Кузів П.П. Розвантажувально-дієтична терапія деяких хронічних захворювань гепатобіліарної та гастродуоденальної зон: Автореф. дис. ... д.м.н. / Київський державний інститут удосконалення лікарів. – 1993. – 45 с.
8. Логинов А.С., Блок Ю.Е. Хронические гепатиты и циррозы печени. – М.: Медицина, 1987. – 272 с.

НОВІ ПІДХОДИ ДО НЕМЕДИКАМЕНТОЗНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАЛЬКУЛЬОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ

П.П. Кузів, Л.В. Наумова Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського, Україна

Дискінезії жовчних шляхів, некалькульозний та калькульозний холецистити на сьогодні розглядаються як три стадії єдиного патологічного процесу. Саме тому є надзвичайно важливим застосування таких методів лікування, які б запобігали переходу однієї нозології в іншу. До такого методу і належить розвантажувально-дієтична терапія (РДТ), яка вже має багаторічний досвід успішного застосування. До недавнього часу хронічний калькульозний холецистит вважався відносним протипоказом для проведення РДТ. На сьогодні нашими дослідженнями переконливо доведено позитивний вплив даного методу лікування не лише на перебіг некалькульозного але і калькульозного холециститу, що підтверджує як терапевтичну, так і профілактичну дію РДТ.

Вирішальним для визначення лікувальної тактики хронічного калькульозного холециститу вважають наявність або відсутність клінічних симптомів захворювання. Медикаментозне розчинення конкрементів може бути рекомендоване пацієнтам без клінічних ознак холелітазу, особам групи підвищеного ризику операції, а також тим, хто категорично

відмовляється від хірургічного втручання. Недоліками даного лікування є тривале вживання (до 2-х років) вказаних препаратів, наявність протипоказів та побічних явищ. І хоча холестеринові конкременти зустрічаються в середньому у 70-80 % хворих на калькульозний холецистит, хенотерапія показана лише у 10-20 % всіх пацієнтів. Саме тому хенотерапію почали використовувати комплексно, а саме в поєднанні з РДТ.

Нами обстежено 45 хворих на ХКХ, які лікувалися методом РДТ в поєднанні з хенотерапією. Згідно кількісних та якісних характеристик акустичних властивостей конкрементів, всі обстежені були поділені на чотири групи. Першу групу склали 16 хворих з ехопроникними ехонещільними конкрементами, другу – 10 чоловік з ехопроникними ехощільними, третю – 11 осіб з ехонепроникними ехонещільними, четверту – 8 пацієнтів з ехонепроникними ехощільними включеннями. Лікування методом РДТ проводилось за загальноприйнятою методикою. Хворим з дрібними конкрементами (до 5 мм в діаметрі) одразу призначались жовчогінні чаї та тюбажі згідно з розробленою схемою.

Ефективним лікуванням вважали таке, яке супроводжувалось фрагментацією та елімінацією конкрементів з біліарного тракту. Нами виділено чотири ступені фрагментації конкрементів: 1-й ступінь – повна фрагментація з утворенням дрібних фрагментів, розмір найбільшого з яких не перевищував 3 мм, 2-й ступінь – неповна (розмір найбільшого залишкового фрагмента більший 3 мм, але не перевищував половини початкового діаметра найбільшого конкремента), 3-й ступінь – часткова (розмір найбільшого залишкового фрагмента менший за початковий розмір, але більший половини його початкового об'єму), 4-й ступінь – неефективна (відсутність фрагментів у жовчному міхурі). У 1-й групі хворих отримано найвищий показник повної фрагментації (98 %). У 2-й – зареєстровано 50 % результат повної фрагментації, високий відсоток неповної (22 %) і часткової фрагментації (28 %). У 3-й групі відмічено високий відсоток повної фрагментації (49 %), зустрічаються випадки неповної (26 %) та часткової (25 %) фрагментації, випадків неефективної фрагментації виявлено не було. Щодо 4-ої групи хворих, то у 75 % обстежених фрагментація була відсутня і лише у 25 % спостерігались випадки часткової фрагментації. Вищенаведені результати свідчать про те, що фрагментація конкрементів має виражену залежність від їх акустичних властивостей. Звільнення жовчного міхура і всього біліарного тракту від фрагментів – головний результат дії РДТ.

Під час відбору хворих на ХКХ, для проведення курсу РДТ, необхідно враховувати сумарний об'єм конкрементів, які містяться в жовчному

міхурі. Так, для пацієнтів I групи лікування слід рекомендувати при поодиноких (2-4) конкрементах з сумарним об'ємом до 4,2 см³ (що відповідає одному конкрементові діаметром 2,0 см), множинні конкременти, які займають не більше 7 міхура, II та III типів – при поодиноких конкрементах з сумарним об'ємом до 0,6 см³ (що відповідає одному конкрементові діаметром 1 см). Хворим з конкрементами четвертого типу рекомендовано оперативне втручання, при відмові від якого лікування за методом РДТ можна проводити при наявності в просвіті міхура поодиноких (від 3 до 5), дрібних (до 5 мм) конкрементів, з обов'язковим вживанням настоїв жовчогінних трав двічі на день та тюбажів двічі на тиждень.

Таким чином, для проведення курсу РДТ нами розроблені критерії відбору хворих на ХКХ, з врахуванням акустичних властивостей та сумарного об'єму конкрементів. Найбільш ефективною розвантажувально-дієтичною терапією виявилася у пацієнтів з конкрементами перших трьох типів, на що вказував високий відсоток повної (55,5 %), неповної (15,5 %) та часткової (17,8 %) фрагментації у цих групах.

При проведенні курсу РДТ, в поєднанні з хенотерапією, лікуванню в першу чергу підлягають пацієнти з конкрементами першого, другого та третього типів (враховуючи високий відсоток повної та часткової фрагментації). У випадку діагностування конкрементів четвертого типу лікування можна проводити за наявності в просвіті міхура поодиноких, дрібних конкрементів, з обов'язковим вживанням жовчогінних чаїв двічі на день та тюбажів двічі на тиждень.

Таким чином, розроблені критерії відбору хворих на ХКХ дозволять прогнозувати результати РДТ і тим самим покращити результати лікування цього поширеного захворювання. РДТ, в поєднанні з хенотерапією, як ефективний, атравматичний метод з низькою частотою ускладнень може застосовуватись як у хворих на хронічний холецистолітіаз, так і в осіб з латентною формою захворювання, коли конкременти виявлені випадково. РДТ в поєднанні з хенотерапією при латентній формі ХКХ носить профілактичний характер, попереджуючи розвиток клінічних проявів калькульозного холециститу та його ускладнень.

Література.

1. Захара М.П., Марченко Н.В., Захара Ю.М. Ефективність препарату урсодезоксихолевої кислоти – урсофалку в профілактиці холангіолітіазу після операції лапароскопічної холецистектомії //Шпитальна хірургія.-1998.-№4.-С.38-40.
2. Kusiv O., Kusiv P. Immunogenesis organs adaptation to alimentary deprivation //Folia morfologica. Wroclav.-1999.-Vol.58.-P.171.

3. Внутренние болезни. Лекции для студентов и врачей.// под ред. Б.И. Шу-лутко.-1994.-Т.2.-С.528-537.
4. Бурков С.Г. Изменения желчевыделительной системы (по данным эхографии) у пациентов пожилого и старческого возраста. //Русский мед. журнал.-1996.-Т.4.-№7.-С.418-420.
5. Старков Ю.Г. Эффективность литотрипсии в зависимости от акустико-рентгенологической характеристики желчных камней //Хирургия.-1997.-№5.-С.39-45.

ЕФЕКТИВНІСТЬ РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО-ДІЄТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ГІРУДОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

П.П. Кузів, Л.В. Радецька Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського, Україна

Ішемічна хвороба серця (ІХС) є однією із найважливіших проблем сучасності. В Європі від ІХС кожні 18 місяців помирає 1 млн. жителів [1]. Медикаментозне лікування, яке застосовується в наш час, сприяє стабілізації процесу, призводить до тривалої ремісії, проте світовий досвід показує, що реальний шлях боротьби з ІХС полягає також у впровадженні здорового способу життя, складовою частиною якого є розвантажувально-дієтична терапія (РДТ).

Під спостереженням знаходилось 89 хворих на ІХС, серед яких – 7 осіб зі стабільною стенокардією I ФК, 59 – зі стабільною стенокардією II ФК та 23 – зі стабільною стенокардією III ФК. Серед цих хворих артеріальну гіпертензію мали 70 пацієнтів. Аритмії діагностовано у 73 хворих. Ознаки хронічної серцевої недостатності I стадії спостерігались у 39, II-А стадії – у 47, II-Б стадії – у 3 обстежених. Усі досліджені були віком від 36 до 71 року. У 78,3 % пацієнтів захворювання тривало більше трьох років, поєднувалось з двома-трьома супутніми хворобами (ожирінням, гіпертонічною хворобою, хронічним бронхітом, деформуючим остеоартрозом, медикаментозною і харчовою алергіями та ін.).

Хворі були розподілені на дві групи: I – 62 особи, яким проводилась РДТ; II – 27 осіб, яким використовували РДТ в поєднанні з гірудотерапією. РДТ проводили відповідно до методики Ю.С.Ніколаєва (1979), О.М.Кокосова і співавт. (1980) [2], П.П.Кузіва (1996). Курс лікування призначався індивідуально, тривав 14-32 дні, включав у себе два послідовні періоди: розвантажувальний (із вживанням води, але повною відмовою від їжі) та відновного дієтичного харчування, який полягав у

поступовому переході організму на екзогенне харчування. У перші дні лікування РДТ при потребі в половинній дозі призначались гіпотензивні, сечогінні та коронароактивні медикаментозні середники. Лікування гірудотерапією проводилось одночасно з РДТ, складалось з 3-4 сеансів, інтервалом у 4-5 днів.

Клінічну ефективність розвантажувально-дієтичної терапії та фармакологічних середників оцінювали з урахуванням частоти та інтенсивності приступів стенокардії, кількості спожитих таблеток нітрогліцерину протягом доби, показників ЧСС, АТ, даних ЕКГ в спокої і в умовах динамічного навантаження за методикою, прийнятою ВКНЦ АМН (1980). При проведенні навантажувального тесту враховувалась величина порогового динамічного навантаження, розраховувався подвійний добуток.

У динаміці (до лікування, на 7-10 день розвантажувального та в кінці відновного періодів) досліджували біохімічними методами показники ліпідного обміну та системи гемостазу.

Концентрацію загального холестерину, холестерину ліпопротеїнів високої та низької щільності в сироватці крові визначали загальноприйнятими стандартизованими методами.

Стан системи згортання крові оцінювали за параметрами аутокоагуляційного тесту (АКТ) за методом К. А. Захарія, М.В. Кінах, С.А. Ішмуратової (1995); показниками коагулограми: фібриноген – за Р.А. Рутберг-гом; фібринолітичну активність плазми – за Е.Ковальським в модифікації В.П. Балуди, Л.З. Баркагана (1995); активність XIII фактора – за В.П. Балудою, Н.А. Жуковою, Ж.Н. Руказенковою (1995).

Результати дослідження та їх обговорення.

У I групі обстежуваних виражений клінічний ефект відзначався у 94,4 % хворих. У процесі лікування спостерігалось суттєве зменшення частоти та вираженості приступів стенокардії за добу (від $(2,26 \pm 0,22)$ до $(1,09 \pm 0,13)$ ($P < 0,05$)), у 26 хворих вони повністю припинились. Достовірно знижувався АТ у пацієнтів із стенокардією, поєднаною з гіпертонічною хворобою (систолический АТ – від $(162,2 \pm 2,5)$ на початку лікування до $(128,2 \pm 1,6)$ мм рт.ст. у кінці відновного періоду, діастолічний АТ – відповідно від $(99,6 \pm 2,8)$ до $(84,1 \pm 3,1)$ мм рт.ст.).

Паралельно відзначалось підвищення толерантності до фізичного навантаження: величина порогового динамічного навантаження зросла від $(76,9 \pm 6,9)$ на початку лікування до $(95,7 \pm 7,5)$ Вт у кінці відновного періоду ($P < 0,05$), величина подвійного добутку на висоті навантаження відповідно зросла від $(197,5 \pm 17,5)$ до $(245,7 \pm 18,8)$ ум. од. ($P < 0,05$).

Досліджуючи стан ліпідного спектру крові, у хворих наприкінці лікування виявлено зниження рівня загального холестерину (ЗХС) до $(5,02 \pm 0,11)$ проти $(6,39 \pm 0,06)$ ммоль/л ($P < 0,002$) на початку лікування, холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ХС ЛПНЩ) відповідно – до $(3,54 \pm 0,20)$ проти $(4,98 \pm 0,18)$ ммоль/л ($P < 0,001$), тригліцеридів (ТГ) – до $(2,26 \pm 0,02)$ проти $(2,29 \pm 0,04)$ ммоль/л ($P > 0,05$), коефіцієнта атерогенності (КА) – до $(4,93 \pm 0,26)$ проти $(6,44 \pm 0,20)$ ум.од. ($p < 0,001$). Динаміка холестерину ліпопротеїнів високої щільності (ХС ЛПВЩ) була недостовірною, проте частка ХС ЛПВЩ в ЗХС збільшувалась від $(13,43 \pm 1,48)$ на початку лікування до $(16,84 \pm 1,32)$ % в кінці відновного періоду ($P < 0,05$). Таким чином, у процесі РДТ у хворих на ІХС рівень ЗХС знижувався на 21,4 %, ХС ЛПНЩ – на 28,9 %, ТГ – на 1,3 %, КА – на 23,4 %; частка ХС ЛПВЩ в ЗХС зростала на 25,2 %.

Не менш важливим для хворих на ІХС є дослідження системи гемостазу, адже при цій патології створюються сприятливі умови для виникнення тромботичного процесу в різних судинних басейнах і, насамперед, у системі коронарних артерій.

Аналізуючи дані АКТ даної групи хворих у процесі лікування методом РДТ, можна стверджувати про його позитивний вплив на стан системи згортання крові. Хоч на 7-10 день розвантажувального періоду ще зберігалися ознаки підвищення коагуляційної активності крові (зміни показників А, МА, Т1, Т2, Н – не достовірні порівняно з їх величинами на початку лікування), проте вже в цьому періоді спостерігалось підсилення антитромбінової та зниження тромбопластин-тромбінової активності (зростання ФА, зниження показників Ф, ЗА60) ($P < 0,05$).

Наприкінці відновного періоду РДТ відзначалось вірогідне, порівняно з початком лікування, зниження величин МА, Н та підвищення Т2, що дозволяло зробити висновок про зменшення прокоагулянтної активності та коагуляційного потенціалу крові у обстежених пацієнтів. Поряд з цим виявлено підвищення активності протизгортальної системи крові (зростання ПТ до $(2,42 \pm 0,05)$ проти $(1,18 \pm 0,05)$ ($P < 0,05$), ФА – до $(1,09 \pm 0,02)$ проти $(0,39 \pm 0,02)$ %/хв ($P < 0,001$), зниження Ф до $(33,59 \pm 0,42)$ проти $(44,84 \pm 0,52)$ хв ($p < 0,001$), ЗА60 – до $(48,14 \pm 1,02)$ проти $(57,28 \pm 0,13)$ % ($P < 0,001$)). Дані АКТ підтверджували і показники коагулограми: зниження наприкінці лікування рівня фібриногену до $(5,22 \pm 0,18)$ проти $(6,72 \pm 0,96)$ г/л ($P < 0,05$), прискорення лізису еуглобулінів до $(261,41 \pm 11,10)$ проти $(296,14 \pm 12,14)$ хв ($P < 0,05$) та зниження активності XIII фактора до $(70,42 \pm 8,12)$ проти $(88,52 \pm 8,31)$ с ($P < 0,05$).

При аналізі ефективності застосування РДТ в поєднанні з гірудотерапією у хворих на ІХС визначалася більш виражена антиангінальна та гіпотензивна дія, ніж при застосуванні методу РДТ окремо, про що свідчили суб'єктивні та об'єктивні дослідження в даній групі хворих, яка була більш важкою в плані ускладнень ІХС. В обстежених наприкінці відновного періоду відзначалось зменшення частоти приступів стенокардії за добу (від $(3,40 \pm 0,42)$ до $(0,92 \pm 0,22)$), кількості спожитих таблеток нітрогліцерину (від $(4,81 \pm 0,52)$ до $(0,32 \pm 0,24)$), підвищення величини порогового динамічного навантаження (від $(69,1 \pm 12,9)$ до $(83,4 \pm 11,9)$ Вт та подвійного добутку від $(207,4 \pm 12,0)$ до $(239,1 \pm 10,6)$ ум.од. У процесі лікування спостерігалось рівне, поступове і стабільне зниження як систолічного, так і діастолічного АТ у хворих на стенокардію в поєднанні з артеріальною гіпертензією.

Результати вивчення даних ліпідного обміну, коагулограми та АКТ показали, що найкраща їх динаміка виявлена у хворих, яких лікували методом РДТ в поєднанні з гірудотерапією. Так, наприкінці відновного періоду в даній групі спостерігалось зниження рівня ЗХС на 20,7 %, ХС ЛПНЩ – на 30,0 %, ТГ – на 6,19 %, КА – на 25 %. Синхронно спостерігалось зростання частки ХС ЛПВЩ в ЗХС – на 38,3 %.

Після курсу гірудотерапії на фоні РДТ у більшості хворих відзначалось зниження коагуляційної активності – зменшення вмісту фібриногену від $(6,92 \pm 1,03)$ до $(5,21 \pm 0,23)$ г/л ($P < 0,05$), зниження активності фібриностабілізуючого фактора від $(99,46 \pm 8,12)$ до $(80,29 \pm 5,23)$ с ($P < 0,05$), скорочення часу лізису еуглобулінів від $(310,24 \pm 13,42)$ до $(232,12 \pm 16,22)$ хв ($P < 0,05$). Зменшення вираженості гіперкоагуляційного синдрому спостерігалось і за параметрами аутокоагуляційного тесту, на що вказувало достовірне зниження показників А, Н, підвищення Т2. Особливо важливо відзначити кращі, порівняно з групою, в якій проводилось лікування лише методом РДТ, показники фібринолітичної активності: зростання ПТ від $(1,86 \pm 0,58)$ до $(2,16 \pm 0,48)$ ($P < 0,002$), ФА – відповідно від $(0,76 \pm 0,06)$ до $(1,06 \pm 0,04)$ %/хв ($P < 0,05$), Ф – від $(49,26 \pm 0,28)$ до $(40,92 \pm 0,62)$ хв ($P < 0,001$).

Висновки. Отже, РДТ у хворих на ІХС має антиангінальну дію, сприяє підвищенню толерантності до фізичних навантажень та зменшенню використання або повній тимчасовій відміні коронароактивних середників.

Зміни спектру ліпідів крові в процесі РДТ та РДТ в поєднанні з гірудотерапією у хворих на ІХС характеризуються зниженням рівня загального холестерину, холестерину ліпопротеїнів низької щільності, коефіці-

ента атерогенності та зростанням частки ліпопротеїнів високої щільності в загальному холестерині.

РДТ приводить до нормалізації показників коагуляційної та фібринолітичної активності крові у хворих на ІХС. Поєднання її з гірудотерапією активує протизгортальні механізми системи гемостазу, що проявляється зменшенням проявів гіперкоагуляції, підвищенням фібринолітичної та антитромбінової активності крові.

Література.

1. Дзяк Г.В., Коваль Е.В. Вторичная профилактика атеросклероза и ишемической болезни сердца – проблема, требующая решения сегодня // УКЖ. – 1999. №4. – С. 9 – 18.
2. Самсонов М.А., Николаев Ю.С., Кокосов А.А. Методические рекомендации по дифференцированному применению разгрузочно-диетической терапии (РДТ) при некоторых внутренних и нервно-психических заболеваниях. – М. 1980. – 28с.

РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО– ДІСТИЧНА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ З СИНДРОМОМ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

*П.П. Кузів, Ю.І. Сливка, Тернопільська державна медична
Л.П. Боднар, Н.З. Ярема, академія ім. І.Я. Горбачевського,
І.М. Бутвин, Л.В. Радецька, Україна
Г.В. Лихацька*

Поодинокі дані, що стосуються лікування кардіологічних хворих з явищами хронічної серцевої недостатності (ХСН) методом розвантажувально-дістичної терапії (РДТ) відзначають клінічну ефективність методу, але не торкаються можливого його механізму дії. Тому нами вивчено вплив РДТ на систолічну та діастолічну функцію серця у пацієнтів з явищами ХСН

Обстежено 42 пацієнти віком 42 – 56 років на гіпертонічну хворобу (ГХ) та ІХС. У 37 хворих була ХСН 2а ст, у 5 – ХСН 2 б стадії. Курс РДТ тривав 14 – 21 день за методикою, описаною Орловим Ю. М., Кузивом П. П. (1988) [1]. У перші дні лікування при потребі призначали гіпотензивні, сечогінні чи коронароактивні засоби. Про стан центральної гемодинаміки судили за даними ехокардіоскопії [2]. Визначали наступні показники: кінцево– систолічний (КСО) та діастолічний (КДО) об'єми, ударний (УІ) та серцевий (СІ) індекси, швидкість циркулярного вкорочення волокон

міокарду (Vcf), фракцію викиду (ФВ), індекс маси міокарду (ІММ), питомих периферичний опір (ППО). Аналіз доплерівського спектру діастолічного наповнення лівого (ЛШ) і правого (ПШ) шлуночків проводили за загальноприйнятою методикою. Визначали максимальну швидкість в фазу раннього (Е) і пізнього (А) наповнення, співвідношення Е/А, час сповільнення (DecT-E) кровотоку в фазу раннього наповнення шлуночка, вклад систоли передсердя (АFF), а також тривалість фази ізовольомічного розслаблення (IVRT) для лівого шлуночка. Для виключення впливу на вказані часові показники частоти серцевих скорочень (ЧСС) їх величини ділили на корінь квадратний з інтервалу R– R. Визначали також середньодинамічний тиск в легеневій артерії (MPLA). Дослідження проводили до лікування (I), на закінчення розвантажувального (II) та відновного періодів (III). Результати обробляли методом варіаційної статистики.

У всіх пацієнтів в процесі РДТ відбувалося клінічне покращення, зменшувалися явища застою крові, підвищувалася фізична активність, знижувався підвищений до лікування АТ. Вивчення центральної гемодинаміки показало наступне. До лікування в цих хворих була схильність до тахікардії, розширення камер серця, дещо підвищений ППО, знижена скоротлива здатність лівого шлуночка. На час закінчення розвантажувального періоду спостерігалася тенденція до зниження ЧСС та підвищення скоротливої функції серцевого м'яза. Вказані зміни гемодинаміки залишалися і до кінця лікування. Більш детальний аналіз змін центральної гемодинаміки у пацієнтів із явищами ХНК залежно від ступеня зниження ФВ (більше 40 %– 22 і менше 40 %– 10 хворих) показав наступне. У пацієнтів із ФВ <40 % до лікування були недостовірно більшими КСР, КДР, і меншими Vcf, а також достовірно меншою ФВ (на 23 %) ніж у хворих з ФВ > 40 %. У пацієнтів першої підгрупи з ФВ >40 % загальна динаміка УІ та СІ, Vcf та ЧСС була як у загальній групі. ППО недостовірно знижувався в процесі лікування, а ФВ мала тенденцію до підвищення і її середній показник досягав нижньої межі норми. У пацієнтів другої підгрупи з ФВ <40% загальна тенденція змін була подібною, як і в першій підгрупі, лише спостерігалася достовірне зростання Vcf, УІ і підвищення ФВ (на 21%) в другому періоді дослідження, але вони не досягали нормальних величин. До кінця лікування вказані позитивні зміни ставали недостовірними, хоча тенденція до покращання залишалася. Зменшення ППО в процесі лікування було достовірним на закінчення розвантажувального періоду і в кінці лікування.

Вказані факти свідчать про позитивний, але короткотривалий ефект РДТ у кардіологічних хворих з явищами ХНК. Отже важливим висновком вивчення змін центральної гемодинаміки в групі кардіологічних хворих з явищами ХНК є здатність РДТ покращувати показники скоротливості міокарду в процесі лікування.

До початку РДТ в цій групі пацієнтів було порушення діастолічної функції лівого та правого шлуночків серця по типу сповільненої релаксації. MPLA був дещо підвищеним. В процесі РДТ в цій групі пацієнтів спостерігалася тенденція до вкорочення інтервалу IVRT в II і III періоди спостереження. Співвідношення E/A трансмітрального кровотоку мало тенденцію до зростання у розвантажувальний період і достовірно збільшувалося до кінця лікування. DecT-E мав лише тенденцію до вкорочення в третій період спостереження. Як наслідок, зменшувався AFF на 22 %.

Аналізуючи діастолічне наповнення лівого шлуночка серця на час закінчення РДТ, встановлено, що порівняно з контрольною групою залишається подовженим DecT-E на 23 % та IVRT на 46 %, співвідношення E/A – на 17 % меншим.

Діастолічна функція правого шлуночка в процесі лікування зазнавала теж позитивних змін. Так співвідношення E/A мало тенденцію до зростання в II періоді і достовірно збільшувалася на 35 % до кінця лікування. DecT-E у ці ж періоди спостереження мав тенденцію до зменшення відповідно на 10 і 14 %. Показник AFF повертався до нормальних величин до кінця лікування. Таким чином, після курсу РДТ основні параметри транстрикуспідального кровотоку не відрізнялися від контрольних величин. В процесі лікування підвищений MPLA теж повертався до норми, що опосередковано свідчить про зменшення застою крові в малому колі кровообігу.

Отже підсумовуючи отримані результати, можна дійти наступного висновку. Клінічне покращення у хворих з хронічною серцевою недостатністю, лікованих методом РДТ супроводжується рядом позитивних змін зі сторони систолічної та діастолічної функції серця.

Література

1. Орлов Ю. М., Кузів П. П. Методы обучения управлению пищевым влечением и пищевым поведением для повышения эффективности разгрузочно – диетической терапии (РДТ) гастроэнтерологических больных. – М. Тернополь. – 1988. – 54с.
2. Schiller N. V., Shah P. M., Crawford M. Recommendations for quantitation of the left ventricle by two-dimensional echocardiography American Society of

Echocardiography Committee on Standards, Subcommittee on Quantitation of Two-Dimensional Echocardiograms // J Amer Soc Echocardiography -1989 – Vol 2 – P 358.

ЗМІНИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ПРОЦЕСІ РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО-ДІСТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

П.П. Кузів, Ю.І. Сливка, Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського, Л.В.Зоря, Н.З.Ярема, Україна, І.М. Бутвин, Г.В.Лишацька

Розвантажувально-дістична терапія (РДТ) є ефективним методом лікування хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ), що в більшості випадків забезпечує стійке зниження артеріального тиску [1,3,8,9]. Метою нашого дослідження є вивчення впливу РДТ на центральну гемодинаміку, діастолічне наповнення шлуночків серця та гіпертрофію міокарду, що є важливим моментом оцінки адекватності лікування ГХ.

В дослідження включено 48 хворих із ГХ II і III ст. без ознак хронічної серцевої недостатності віком 36-58 років. Всі хворі пройшли курс РДТ з тривалістю розвантажувального періоду 14 – 24 днів за методикою описаною Орлов Ю.М., Кузів П.П. (1988) [7]. Обстежувані добре перенесли лікування. При потребі, в перші дні РДТ призначалися гіпотензивні чи коронароактивні препарати.

Стан систолічної і діастолічної функції оцінювали за допомогою ультразвукового апарата ATL INTERSPEC "APOGEE". Визначали наступні показники: кінцево- систолічний (КСО) та діастолічний (КДО) об'єми лівого шлуночка, ударний (УІ) та серцевий (СІ) індекси, фракцію викиду (ФВ), масу міокарду (ММ), швидкість циркулярного вкорочення міокарду (vcf). Питомий периферичний опір (ППО) судин визначали за допомогою тетраполярної реографії. Аналіз доплерівського спектру діастолічного наповнення лівого (ЛШ) і правого (ПШ) шлуночків проводили за загальноприйнятою методикою [10] за допомогою ультразвукового апарата ATL INTERSPEC "APOGEE". Визначали максимальну швидкість в фазу раннього (Е) і пізнього (А) наповнення, співвідношення E/A, час сповільнення (DecT-E) кровотоку в фазу раннього наповнення шлуночка, вклад систоли передсердя (AFF), а також тривалість фази ізовольмічного розслаблення (IVRT) для лівого шлуночка. Для виключення впливу

ву на вказані часові показники частоти серцевих скорочень (ЧСС) їх величини ділили на корінь квадратний з інтервалу R–R. Визначали також середньодинамічний тиск в легеневій артерії (MPLA). Вегетативний гомеостаз досліджували методом варіаційної пульсометрії. Проводили аналіз таких показників: мода (Mo), амплітуда моди (AMo), варіаційний розмах (BP), індекс напруження (IH) [2]. Обстеження походили до початку лікування, в кінці розвантажувального періоду і в кінці відновного харчування (відповідно I, II, III періоди спостереження), а також аналізували віддалені результати. Отримані дані обробляли методом варіаційної статистики.

Аналіз стану центральної гемодинаміки у пацієнтів з ГХ показав доцільність розділити їх на дві підгрупи залежно від патогенетичних гемодинамічних механізмів, що зумовлювали підвищений АТ: збільшений серцевий викид при практично не зміненому питомому периферичному опорі (ППО) (21 спостереження), або навпаки підвищений ППО при незмінному серцевому викиді (27 спостереження).

ГХ у пацієнтів із збільшеним серцевим викидом в розвантажувальному періоді нормалізація АТ супроводжувалася достовірним зменшенням СІ на 29 % при чому спостерігалася тенденція до зниження УІ на 10 % і достовірне падіння ЧСС на 21%. Зменшувалися але не виходили за нижню межу норми Vcf на 20 % і ФВ на 12 %. Незмінним залишався ППО.

В кінці лікування спостерігалася тенденція до збільшення САТ (на 9 %) хоч цей показник залишався в межах норми. Спостерігалася тенденція до зростання СІ (на 11 %), що зумовлено недостовірним збільшенням ЧСС (на 12 %) при незмінному УІ. Значення ППО, ФВ і Vcf залишалися на тому ж рівні, що і в 2 періоді дослідження.

У пацієнтів з вихідним підвищеним ППО і незмінним СІ спостерігається зниження до нормальних цифр АТ в розвантажувальний період і до кінця лікування. В кінці розвантажувального періоду спостерігалася тенденція до збільшення КСО, КДО і УІ, достовірне зменшення ЧСС на 18 % і ППО на 22 %. Незмінним залишався СІ, Vcf і ФВ. В кінці лікування тенденція до збільшення систолічного і діастолічного об'ємів лівого шлуночка нівелювалася, не достовірно зростав СІ і ЧСС в порівнянні з 2 періодом дослідження. ППО залишався достовірно зниженим в порівнянні з показниками до лікування.

Отже аналіз змін центральної гемодинаміки показав, що залежно від вихідного стану в процесі РДТ відбуваються диференційовані зміни, за-

лежно від гемодинамічного механізму підвищення АТ, що має місце. В кінцевому результаті показники після лікування достовірно не відрізняються між собою

Діастолічна функція лівого і правого шлуночків, а також показники кровотоку через клапан легеневої артерії були досліджені у 27 хворих на ГХ II-III ст із збереженою фракцією викиду. До початку лікування у всіх хворих були ознаки діастолічної дисфункції (ДД) лівого шлуночка зумовлена порушенням розслаблення на фоні гіпертрофії лівого шлуночка, що є характерним для гіпертонічної хвороби

До лікування був підвищений тиск як у великому так і у малому колі кровообігу. Діастолічна функція ПШ характеризувалася тенденцією до зниження співвідношення Е/А на 9 % і DecT-E на 10 % в порівнянні із пацієнтами із здоровим серцем. Ознаки діастолічної дисфункції правого шлуночка (Е/А >1 і подовжений DecT-E) були лише у трьох пацієнтів.

В розвантажувальний період трансмітральний кровотік характеризувався вкороченням IVRT на 29 % та DecT-E на 14 %, зростанням співвідношення Е/А на 39 % і недостовірним зменшенням AFF на 19 %. До кінця відновного періоду значення IVRT залишався незмінним, а DecT-E зменшувався на 29 %, Е/А зростав на 47 %, та AFF зменшувався на 20 %.

Підвищений до початку лікування MPLA знижувався ще у розвантажувальний період на 37 % і залишався на тому ж рівні до кінця РДТ достовірно не відрізняючись від показників контрольної групи.

Зміни транстрикуспідального кровотоку в процесі спостереження були недостовірними і не відрізнялися від показників контрольної групи. Ознаки діастолічної дисфункції, що були на початок РДТ у трьох хворих пройшли до кінця лікування.

Таким чином, встановлено, що у хворих на гіпертонічну хворобу із збереженою ФВ в процесі РДТ покращується діастолічна функція ЛШ, а також АТ і MPLA знижуються до контрольних цифр. Ознаки ДДПШ в цій групі у 3-ох пацієнтів проходила в процесі лікування.

Враховуючи отримані дані про можливість покращення діастолічної функції лівого шлуночка серця, було проаналізовано корелятивні взаємовідношення між основними показниками, що характеризують структуру діастоли.

Вивчення кореляційних взаємозв'язків між показниками діастолічного наповнення шлуночків показало, що у хворих на ГХ є середнього ступеня зв'язок між співвідношеннями Е/А шлуночків серця та NdecT-E для правого шлуночка з співвідношенням Е/А для лівого і правого шлуночків.

На час закінчення лікування спостерігається ослаблення зв'язку між співвідношеннями Е/А шлуночків та посилення зв'язків між часовими інтервалами діастолічного наповнення серця та NdecT-E для ЛШ та Е/А правого шлуночка.

До початку лікування у хворих на ГХ та ІХС була гіперсимпатикотонія та висока тонічна активність надсегментарного рівня регуляції вегетативної нервової системи. Отримані результати свідчать про зниження в процесі терапії тонуусу симпатичної ланки і підвищення парасимпатичної ланок ВНС, а також про падіння тонуусу надсегментарного рівня регуляції ВНС.

До початку лікування у хворих на ГХ спостерігалася пряма помірно виражена кореляційна залежність між показником M_0 , що характеризує симпатичну ланку ВНС та співвідношенням Е/А лівого шлуночка. Показник ВР, що характеризує парасимпатичну ланку ВНС корелює з часовим показником DecT-E обох шлуночків. При чому спостерігається прямий кореляційний зв'язок з цим показником ЛШ з ознаками ДД і зворотній для ПШ без ознак ДД. На час закінчення спостереження з'являються кореляційні зв'язки між показником ІН, що інтегративно характеризує стан ВНС. В той же час зменшується вплив симпатичної і зростає парасимпатичної ланки ВНС. Все це свідчить про зростання ролі ВНС в управлінні серцевим м'язом, що ймовірно забезпечує кращу релаксацію міокарда та може бути однією з причин покращення діастолічного наповнення шлуночків.

Цікаві дані отримані в результаті спостереження за пацієнтами, що проходили повторні курси РДТ на протязі 2–3 років (20 спостережень). Поряд із стабілізацією АТ та загального самопочуття у них спотерігалася зменшення маси гіпертрофованого міокарду.

Проведені дослідження показали, що РДТ хворих на ГХ характеризується рядом позитивних змін центральної гемодинаміки, що співпадає з даними інших авторів [3,8,9], а також призводить до зменшення маси гіпертрофованого міокарду. Згідно даних літератури, адекватна терапія ГХ покращує діастолічне наповнення ЛШ []. Покращання показників діастолічного наповнення лівого шлуночка в процесі РДТ свідчить про адекватність проведеного лікування. Кореляційний аналіз між показниками діастолічної функції показав наявність помірно виражених зв'язків між часовими та швидкісними показниками діастоли, що є характерним для діастолічної дисфункції лівого шлуночка на ґрунті ГХ чи ІХС [4,5,6]. Після курсу РДТ спостерігалася деяке ослаблення корелятивних зв'язків

між показниками, що визначалися. В здорових людей ці співвідношення менш виражені і більше залежать від віку та ЧСС [5]. Тому вказану динаміку можна розцінити як позитивну. Вивчення корелятивних зв'язків між показниками вегетативного гомеостазу та діастолічного наповнення шлуночків серця показало появу в результаті лікування помірно взаємозалежності між ІН та часовими показниками діастолічної функції. В той же час за даними варіаційної пульсометрії зменшується вплив симпатичної і зростає парасимпатичної ланки ВНС. Все це свідчить про зростання ролі ВНС в управлінні серцевим м'язом, що ймовірно забезпечує кращу релаксацію міокарда та може бути однією з причин покращення діастолічного наповнення шлуночків.

Висновок. РДТ покращує центральну гемодинаміку, діастолічне наповнення ЛШ, вегетативну регуляцію серця та зменшує гіпертрофію міокарда у хворих на ГХ

Література

1. Бабенков Г.И., Гурвич В.Б., Заиров Г.К., Николаев Ю.С. Медико-биологические основы разгрузочно-диетической терапии психических больных.– Ташкент, Москва: Медицина, 1981.– 117 с.
2. Баевский Р. М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии.– М.: Медицина, 1979.– 298с.
3. Бакалюк О. И., Лобков В. В., Ловицкий В. И., Середюк Л. З. Влияние РДТ на клинико– гемодинамические показатели. // Всесоюзн. Научн.– практ. конф. "Применение РДТ в клинике внутренних болезней". 12– 13 октября 1989 г. Москва.– 1989.– С. 71– 75.
4. Ель– Мраум Х. М., Гришкин Ю. Н. Диастолическая дисфункция левого желудочка // Российский Кардиологический Журнал.– 1999.– №4.– С.54– 60.
5. Жарінов О. Й., Оришин Н. Д. Ремодельовання і дисфункція міокарда шлуночків при артеріальній гіпертензії // Укр. Кардіол. Ж.– 1998.– №6.– С.48– 54
6. Заранський М. В. Розслаблення лівого шлуночка серця і формування структури трансмітрального потоку крові // Укр. Кардіол. Ж.– 1998.– №2.– С.14– 16.
7. Орлов Ю. М., Кузів П. П. Методи обучения управлению пищевым влечением и пищевым поведением для повышения эффективности разгрузочно – диетической терапии (РДТ) гастроэнтерологических больных.– М. Тернополь.– 1988.– 54с.
8. Оди́нец В. С. Роль гормональных и электролитных нарушений в патогенезе гипертонической болезни при алиментарно– конституционном ожирении и влияние на них РДТ. // Автореф. ... к. м. н.– Минск.: 1989.-23с.

9. Рудаков Я. Я., Миняйленко М. И. Разгрузочно– диетическая терапия больных гипертонией. // В сб. "Проблемы лечебного голодания".-М.;1969.– С.257–261.
10. Schiller N. V., Shah P. M., Crawford M. Recommendations for quantitation of the left ventricle by two-dimensional echocardiography American Society of Echocardiography Committee on Standards, Subcommittee on Quantitation of Two-Dimensional Echocardiograms // J Amer Soc Echocardiography -1989 – Vol 2 – P 358.

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО-ДІЄТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ НЕСПЕЦИФІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

П.П.Кузів, В.Ф.Тюріна *Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського, Україна*

Вивчення мікроскопічної будови тромбоцитів у хворих на хронічний бронхіт та бронхіальну астму до лікування показало виражену активацію тромбоцитів, що проявлялося зміною їх форми. Вони набували округлу форму з дрібними неглибокими інвагінаціями цитолемі. В кров'яних пластинках різко зменшується кількість гранул внаслідок вираженої дегрануляції, значно зростає вміст дрібних зерен і крупних везикул в їх цитоплазмі, в окремих виражений цитоліз, обумовлений як дегрануляцією гранул, так і розширенням коротких каналців ендоплазматичної сітки. Поліморфізм тромбоцитів проявлявся і в тому, що поряд із зміною форми, вираженою дегрануляцією та вакуольною дистрофією цитоплазми спостерігали розволокнення та деструкцію цитолемі.

Деструкція мембранних компонентів мітохондрій свідчить про значне погіршення енергетичного забезпечення функції тромбоцитів, що можливо обумовлює скорочення їх життєвого циклу і прискорення елімінації з кровотоку.

Наприкінці розвантажувального періоду тромбоцити крові хворих на ХОБ та БА мали розмаїту форму, проте домінували тромбоцити дископодібної форми, які відрізнялися лише тим, що мали великі круглі а– гранули. Також зустрічались й активовані кров'яні пластинки, про що свідчила їх округла форма, в їхній цитоплазмі переважали набагато чисельніші крупні а– гранули з чіткими контурами і осміофільним вмістом, лише окремі із них були дегранульовані, видовженої ниткоподібної форми з електронно-щільним матриксом. Мітохондрії в цих пластинках зберігали чіткість зовнішніх мембран. В цитоплазмі окремих пластинок виявля-

ли ділянки "порційного" цитолізу. Виявлялись пластинки із псевдоподіями різної довжини і товщини, іноді чудернацької форми. В таких тромбоцитах а– гранули були великими і поодинокими з вираженою вакуольною дистрофією, що обумовлена дегрануляцією та різким розширенням коротких каналців ендоплазматичної сітки та значними ділянками "порційного" цитолізу.

У кінці лікування більшість тромбоцитів за своєю будовою відповідала нормі, вирізнялась чіткістю мембранних компонентів органел цитоплазми і множинними гранулами глікогену.

Електронно-мікроскопічні дослідження тромбоцитів крові у хворих на хронічний бронхіт та бронхіальну астму свідчили про значні зміни структури і функції кров'яних пластинок у процесі розвантажувально-дієтичної терапії.

Більш виражена ефективність розвантажувально – дієтичної терапії порівняно з медикаментозною, проявлялась зменшенням вмісту активованих тромбоцитів, нормалізацією вмісту гранул, особливо тих, які були великими з чіткими мембранами і однорідним електронно-щільним матриксом, а в мітохондріях добре контурувались зовнішні мембрани і гребені. Ці гребені розміщувалися у помірно електронно-щільному матриксі, відбувалась стабілізація цитолем тромбоцитів, множинними були зерна глікогену.

Таким чином, субмікроскопічна організація цитоплазми тромбоцитів крові хворих на хронічні обструктивні захворювання легень в кінці розвантажувально – дієтичної терапії були краще збережені, порівняно із тромбоцитами у хворих, які знаходились на медикаментозному лікуванні.

Субмікроскопічне дослідження еозинофілів крові до лікування показало, що вони мають округлу форму з поодинокими короткими мікровіллями. Ядра мають типовий рисунок. Однак грудки гетерохроматину з'являються у центрі каріоплазми, а перенуклеарні простори ядер дещо розширені. Виявлено дегрануляцію окремих специфічних гранул, однак кристалічна основа їх збережена.

Дані електронно-мікроскопічного дослідження, проведеного в кінці РДТ, виявляли еозинофіли без дегрануляції специфічних гранул, з дегрануляцією поодиноких гранул і окремі – із вираженою дегрануляцією. Особливістю цих клітин є надзвичайна чіткість цитолемі і внутрішньоклітинних мембран, які знаходяться у "чистій" цитоплазмі. Другою особливістю субмікроскопічної організації еозинофілів у хворих, які знаходились на розвантажувально-дієтичній терапії, була повна дегрануляція

гранул разом із кристалічною основою.

Висновок. Розвантажувально-дієтична терапія у хворих на хронічні неспецифічні захворювання легень супроводжується відновленням субмікроскопічної будови і їх функціональної активності тромбоцитів та покращанням субмікроскопічної будови еозинофілів крові.

ХАРЧУВАННЯ В ПРОФІЛАКТИЦІ І ТЕРАПІЇ "ХВОРОБ ЦИВІЛІЗАЦІЇ" ФУНДАЦІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Г.Кущек,

Польща

Правильне харчування є одним з найважливіших чинників, що сприяють гармонійному розвитку людини і збереженню її здоров'я. Воно є необхідним для повного використання генетично закладених можливостей стосовно не тільки оптимального фізичного і розумового розвитку людини, але й життя її без хвороб.

Неправильне (незбалансоване) харчування може стати причиною розвитку багатьох захворювань. Загрозою для здоров'я може бути не тільки кількість спожитої їжі, але й її незбалансований якісний склад.

Вибір правильного шляху в харчуванні дає можливість не тільки зберегти здоров'я, але й відновити його.

Аналізуючи стан здоров'я різних народів і притаманні для них дієти, звертає на себе увагу залежність здоров'я від різновидностей харчування. Західна дієта, що базується у великій кількості на продуктах тваринного походження, не сприяє збереженню здоров'я і довголіттю. Ця дієта ґрунтується на великих кількостях насичених жирних кислот, холестерину і білка, а є бідною на клітковину, ненасичені жирні кислоти, вітаміни, мінеральні та інші біологічно активні речовини.

Дієта на заході характеризується споживанням надмірної кількості їжі, що перевищує фізіологічні потреби організму. Передусім вона містить надмірну кількість рафінованих вуглеводів таких як глюкоза, крохмал, тощо. Звертає на себе увагу також і надлишкове споживання солі.

Вищеназвані особливості харчування призводять до розвитку багатьох захворювань, в основі яких лежать складні зрушення обміну речовин (хвороби метаболічних зсувів), а саме: міокардіодистрофії та інфаркти, підвищений артеріальний тиск, крововиливи в мозок, новоутвори, цукровий діабет, ожиріння, остеопороз, захворювання суглобів., жовчнокам'яна та сечокам'яна хвороби, гастрити та дуоденіти, тощо.

Доведено, що близько 80 захворювань зумовлено вадами в харчуванні. Численні спостереження свідчать, що основним захворюванням, які призводять до раптової смерті, можна запобігти шляхом нормалізації харчового режиму.

С. Averett Коор, колишній міністр охорони здоров'я США, в 1988 р. вперше оприлюднив звіт на тему: "Вплив харчування на стан здоров'я". Цей звіт базувався на великому літературному матеріалі. У ньому було винесено на розгляд такі пропозиції:

- дієта має вирішальне значення для здоров'я людини;
- п'ять серед десяти головних захворювань, які зумовлюють смерть у США, пов'язані з способом харчування і дієтою;
- три захворювання пов'язані зі зловживанням алкоголю (цироз, психози і нещасні випадки);
- ці 8 основних захворювань призвели до смерті 1,5 млн. чоловік (серед 2,1 млн. усіх смертних випадків) у США в 1987 р.;
- неправильне харчування призводить також до низки захворювань, а саме: гіпертонічна хвороба, ожиріння, остеопороз, хвороби десен та зубів, тощо;
- вичайно, для всіх зрозумілим є те, що дієта не тільки запобігає розвитку низки захворювань, але й може стати при правильному її використанні лікувальним фактором.

Таким чином, сумніву не підлягає факт, що розвиток "хвороб цивілізації" безпосередньо зв'язаний з способом харчування. 100 років назад біля 10-15 % американців помирало з приводу атеросклерозу коронарних судин і крововиливів. У 60-х роках минулого століття ця цифра сягнула 50 %. 100 років тому 6 % серед усіх смертей складала випадки новоутворів, а в наш час цей відсоток сягає 26 %.

Раніше люди в основному харчувалися за рахунок ведення натурального господарства. Підґрунтям дієти служили зерно пшениці та інших злаків. Населення споживало також рис, квасолю, картоплю, овочі та фрукти. Велику питому вагу серед спожитих калорій складала калорії, отримані під час розпаду високовуглеводних продуктів рослинного походження.

З часом звички людей змінились не в кращу сторону. Населення стало споживати більше цукрів і рафінованих вуглеводів, зросла і кількість споживаних жирів. Так, кількість вживання цукру зросла на 240 %, а жирів – у 2 рази. У той же час споживання клітковини складає 22 % калорій.

Власне ріст захворювань серцево-судинної системи і новоутворів у США почався після I світової війни. У той час чітко спостерігались зміни у харчуванні в бік використання рафінованих, висококалорійних продуктів. Дієта водночас стала біднішою на природні субстанції.

Подібна тенденція мала місце і в Польщі. Тут на тлі вищевказаних змін у харчуванні також зросли хвороби кровообігу і новоутворення. У 1960 р. ці захворювання склали 40 % у структурі смертності, а в 1994 році вони зумовили 71 % усіх смертельних випадків. На жаль, Польща займає II місце в Європі у смертності чоловіків від серцево-судинних хвороб. У випадках серцево-судинних захворювань велику роль відіграє не тільки їжа, багата на ліпіди (холестерин і тригліцериди), але також і надмірна кількість калорій (переїдання), а також споживання солі, мала кількість клітковини, рослинних жирів, велика кількість цукру, зловживання алкоголем і кавою.

У США вдалось змінити ситуацію в плані кількості захворювань і смертності від серцево-судинних хвороб за рахунок профілактичних заходів, спрямованих на фактори ризику.

Комітет по профілактиці захворювань серцево-судинної системи (США), підтвердивши зв'язок харчування і кількості інфарктів міокарда, виробив рекомендації щодо змін в дієті в бік зменшення тваринних жирів. Американська наукова рада товариства лікарів вимагала визначення холестерину крові в кожного жителя, якому минуло 40 років. Обов'язковою рекомендацією дотримання низькокалорійної дієти стало виявлення підвищеного рівня холестерину в крові. Наслідком вищесказаного стало зниження в 70-х роках в США споживання м'яса, цільного молока, яєць, що, в свою чергу, призвело до зниження кількості інфарктів і інших хвороб серця. Водночас у Польщі після впровадження антихолестеринових програм на початку 90-х років констатовано тенденцію до зниження хвороб вінцевих артерій.

Наукові дослідження також засвідчують чіткий зв'язок між дієтою, способом харчування і частотою новоутворів. Зв'язок цей доведено для раку шлунка, жовчного і сечового міхура, легень, горла, шийки матки, тощо. Певні продукти, що вживаються в їжу, можуть безпосередньо або опосередковано вплинути на розвиток раку; чинником, що сприяє розвитку цих хвороб є вживання великої кількості жирів, солі, цукру і алкоголю з одночасним зменшенням вживання клітковини. До сприяючих для новоутворів чинників належить і використання добавок (азотистих) з метою консервації м'ясних виробів (копчення). З іншого боку дієта, бага-

та на рослинні жири, вітаміни, мінеральні солі, збіднена тваринними жирами, з обмеженням кількості солі, цукру, алкоголю запобігає раковим захворюванням.

У звіті Міністерства охорони здоров'я США висловлено такі положення: "У численних наукових розробках вказано, що велику роль у розвитку новоутворів відіграють зовнішні фактори, а тому в ряді випадків усім хворобам можна запобігти".

Одним з головних факторів запобігання і лікування гіпертонічної хвороби є раціональне харчування. Передусім йде мова про зниження споживання солі. Більшість дослідників стверджують, що добова доза солі повинна складати 5 г, а на практиці часто вона сягає 20-70 г. При гіпертонічній хворобі сіль слід зменшити до 1-4 г/д. У Північній Японії, де споживання солі складає 20 г/д, 40 % населення страждає на артеріальну гіпертензію.

Дієта, що сприяє збереженню здоров'я, має місце серед населення деяких країн, таких як: Кіпр, Греція, Південна Італія. У цих країнах захворювання органів кровообігу і новоутвори зустрічаються значно рідше. Так звана середньо-морська дієта значною мірою складається з натуральних продуктів рослинного походження (овочі, фрукти, хліб, картопля, квасоля, горіхи, тощо). Цукор або мед додають лише до десертів, головним чином овочевих, що вживаються декілька разів на тиждень. Найбільш вживаними серед жирів є соняшникова олія. Молочні продукти (молоко кіз, овець, корів, верблюрів), зокрема сири і йогурти споживаються у невеликих кількостях, як і риба, і птиця. Яйця вживаються у кількості 4 на тиждень. Люди, що використовують вказану дієту, мають високу фізичну активність за відсутності ожиріння. У середземноморській дієті продукти тваринного походження складають мізерну частку. Натомість, хліб вживають під час кожного прийому їжі. Обов'язковими компонентами дієти є свіжі овочі, фрукти, горіхи, оливкова олія, бобові. Додатками до страв є цибуля і зеленина. Середземноморська дієта є багатою на вітаміни, мінеральні речовини, антиоксиданти, клітковину і ненасичені жирні кислоти, що призводить до зменшення серцево-судинних хвороб.

Багато досліджень стосуються стану здоров'я вегетаріанців у США, дієта яких є подібною на вищевказану середземноморську дієту. Вона не містить однак жирних і м'ясних продуктів.

Доктор В. Кастеллі, стверджує, що вегетаріанці харчуються найкраще, хвороби серцево-судинної системи у них зустрічаються найрідше.

Правильне харчування полягає в дотриманні наступних вимог:

– споживання різноманітної їжі, для запобігання нестачі основних необхідних компонентів при монодієті;

– відповідний кількісний склад дієти з метою попередження надлишкової маси тіла. З цією метою є необхідним збереження правильного співвідношення енергетичного балансу організму: вуглеводи – 58 %, жири – 30 %, білки – 17 %;

– харчування має бути регулярним, три рази на добу, і в один і той самий час.

Перерви між прийомом їжі не повинні перевищувати 5 годин. Сніданок має бути найбільш вагомим, а вечеря незначною. У дієті необхідно звести до мінімуму цукор, який не має жодних харчових цінностей, а, навпаки, має руйнівну здатність для організму. У дієті мають бути бобові і зернові (злакові) культури, кількість білка не повинна перевищувати 12 % добової кількості калорій. У дієті належить передбачити збалансовану кількість жирів, переважно за рахунок рослинних. Олія є значно кращою за тваринні жири. Вони забезпечують кількість ненасичених жирних кислот, що не тільки не провокують збільшення холестерину в крові, а навіть, і зменшують його кількість, маючи таким чином позитивний вплив на серце і судини.

Правильно складена дієта повинна включати продукти зернових рослин, які забезпечують організм вуглеводами, і клітковину, а також має бути багата вітамінами і мінералами. У дієті належить передбачити наявність необхідної кількості овочів, фруктів. Заслужують на увагу природні антиоксиданти, які містяться в овочах і фруктах, і можуть знешкодити негативний ефект вільних радикалів на організм людини, маючи таким чином позитивну дію в попередженні утворення пухлин.

Клітковина, що міститься в зернових, овочах і фруктах, є особливо цінною, так як вона не дає потрапити в кров людини протеолітичним ферментам, які можуть мати негативний вплив на організм. Вона є незамінним елементом дієти, бере участь в контролі багатьох процесів, що відбуваються в організмі. Адсорбуючи воду, вона збільшує свій об'єм у 4-6 разів у шлунку і тонкому кишечнику, а це, в свою чергу, приводить до утворення губчастої м'якої маси, яка запобігає переїданню і дає відчуття ситості. Це дає змогу контролювати масу тіла. Клітковина стимулює активність роботи тонкого кишечника. Проходження їжі разом з клітковиною триває в кишечнику 24-36 годин.

Використовуючи клітковину можна запобігати і лікувати хвороби кишечника, зменшити гемороїдальні проблеми, дискінезії товстого кишечника. Поєднання в дієті клітковини з незначною кількістю жирів і

холестерину служить профілактикою раку товстого кишечника. Клітковина попереджає попадання в кров шкідливих субстанцій з тонкого кишечника. Це приводить до утримання належного рівня цукру в крові, попереджує його різке коливання, забезпечує організм необхідною енергією. Велика кількість клітковини дає змогу запобігти як гіпоглікемії, так і контролювати гіперглікемію. Вона допомагає підтримувати рівень холестерину в крові, запобігаючи всмоктуванню його з кишечника. Кількість клітковини, що є необхідною для організму, сягає 30-40 г/д. На думку багатьох американських вчених, найбільш оптимальна кількість клітковини міститься у вегетаріанській дієті. Це є проілюстровано на прикладі "вегетаріанської піраміди". Основою піраміди є зернові продукти, печиво, макарони, пластівці, рис, каші. На наступному щаблі знаходяться овочі і фрукти, які необхідно споживати у великій кількості. Вище в піраміді розташовані продукти високобілкові: обезжирене молоко, бобові, горіхи, йогурт. На вершині піраміди знаходяться рослинні жири (олії), солодощі і сіль, які можуть споживатись у невеликих кількостях (до 1 чайної ложки солі і 2 столових ложок олії на добу).

Для запобігання епідемії "хвороб цивілізації" необхідна зміна навичок харчування у світогляді усього суспільства. До наших днів теза Гіпократата "Нехай їжа буде твоїм лікарством, а лікарство їжею" не втратила свого смислового значення.

НИЗКОКАЛОРИЙНЫЕ ДИЕТЫ – ЗА И ПРОТИВ

*Е.Н. Лаптева,
Е.С. Лаптева,
М.Е. Болотова,
Ю.Р. Парискаая*

*Санкт-Петербургская медицинская
академия последипломного образова-
ния, Россия*

Целесообразность и высокая эффективность низкокалорийных диет в медицинской практике по данным российских и иностранных авторов не вызывает сомнения. Многочисленные научные данные подтверждают неоспоримое положительное влияние низкокалорийных диет в лечении алиментарно-конституционного ожирения с сопутствующими заболеваниями со стороны сердечно-сосудистой системы, сахарного диабета 2 типа, заболеваний кожи и желудочно-кишечного тракта. Однако в условиях интенсивного воздействия популярных изданий и газет, среди значительной части населения, появились "модные" направления – очищение

организма от шлаков, раздельное питание, основой которых являются не только вегетарианская направленность, но и низкокалорийные диеты, рекомендуемые для применения на длительный период времени, как панацея от всех болезней. Помимо этого существуют профессии, специфической деятельностью которых, также являются низкокалорийные диеты на фоне значительных физических нагрузок, необходимых для поддержания минимальной массы тела (спортсмены, манекенщицы, артисты балета, телевизионные ведущие и т.д.). Данная форма алиментарной недостаточности распространена в индустриально развитых странах и практически отсутствует в странах третьего мира. Проведя анализ 395 историй болезни пациентов с дефицитом массы тела нам удалось показать, что длительные сроки самостоятельного использования низкокалорийных диет без наблюдения врачей, незбалансированность их по химическому составу, однообразию и энергетической неадекватности – приводят в ряде случаев не только к потере массы тела и развитию белково-энергетической недостаточности, но и при более длительном их применении к развитию алиментарной дистрофии, влекущей за собой многообразный клинический симптомокомплекс и приводящей к стойкой утрате трудоспособности.

При кажущейся простоте вопроса у большинства клиницистов возникают определенные трудности в своевременной диагностике и дифференциальной терапии алиментарной недостаточности. Интернисты зачастую назначают лечение, направленное на следствие алиментарной недостаточности без учёта основной причины заболевания, то есть алиментарного недоедания. На амбулаторном этапе больных тщательно обследуют на предмет дефицита массы тела, аменореи, признаков поливитаминовой и полигландулярной недостаточности, стойкой утраты трудоспособности. Нередко назначая гормональную терапию, направленную на восстановление цикла практически не даются рекомендации по коррекции пищевого рациона с целью восстановления массы тела. В результате 129 пациентов (32 %) попали на стационарное лечение только на второй или четвертый год от начала развития дефицита массы тела. Девять из 395 пациентов доставленных бригадой неотложной помощи сразу в реанимационное отделение погибли в 1-3 сутки от начала госпитализации, причем все больные были трудоспособного возраста.

Краткие клинические иллюстрации. 1. Больная Г., 19 лет, и/б № 29334 от 05.01.1994г., студентка 1 курса института физической культуры. Доставлена в крайне тяжелом состоянии в гастроэнтерологическое отделение Александровской больницы. Потеря массы тела за 10 мес. составила

40 кг. Пищевой статус: индекс массы тела = 9,8 кг/м², рост 172 см, вес 29 кг. Энергетическая ценность пищевого рациона на протяжении 10 мес от 400 до 600 ккал. Пищевое поведение: режим питания не более 2-х раз в сутки, рацион состоит из 1 стакана кефира, чай без сахара, фруктов и овощей не более 200 г в день. Причиной такого поведения явилось желание достичь хороших результатов в спорте.

2. Больная К., 18 лет, и/б № 13678, студентка педагогического колледжа. Доставлена родственниками в крайне тяжёлом состоянии в клинику МАПО. Потеря массы тела более 55 % от идеальной массы тела за последние 1,5 года. Рост 180 см, вес 29 кг. Энергетическая ценность пищевого рациона на протяжении последних 12 мес не более 700 ккал. Пищевое поведение: режим питания 2-3 раза в сутки, рацион состоит из отваров трав, 1-2 яблок, горсточка орехов, 1 ч.л. мёда, 1 йогурта. Причиной данного поведения явилось желание стать фотомоделлю.

Данные примеры свидетельствуют о серьезных последствиях длительно применяемых низкокалорийных диет без наблюдения врача. Таким образом, проведенный нами клинический анализ свидетельствует о том, что низкокалорийные диеты, с успехом применяемые в медицинской практике и приносящие результаты в лечении различных заболеваний, при бесконтрольном и длительном их применении с целью самолечения населения, способны, как и другой любой метод лечения, привести не только к стойкой утрате трудоспособности, но и в ряде случаев к летальному исходу.

СТВОРЕННЯ ДІЄТИЧНИХ КИСЛОМОЛОЧНИХ ПРОДУКТІВ НА ЗАНЯТТЯХ З МІКРОБІОЛОГІЇ КОНСЕРВНИХ ВИРОБНИЦТВ

Б.Л. Луговий

*Кафедра харчової біотехнології і хімії
Тернопільський державний технічний
університет імені Івана Пулюя, Україна*

Створення дієтичних кисломолочних продуктів на заняттях з мікробіології консервних виробництв студентами-технологами дозволить сформувати сучасних спеціалістів харчових виробництв, що дозволило б у майбутньому задовольнити потреби у харчових продуктах дієтичного і спеціального призначення. У технології виробництва таких кисломолочних продуктів ми використовуємо свіже (16-24°С) знежирене коров'яче молоко і попередньо активовані закваски молочнокислих бактерій – лактококів і лактобацил, до яких додаємо культуру штаму 112 підвиду

Lactococcus lactis subsp. *lactis*. Застосування у складі закваски згаданого штаму зумовлене тим, що він володіє високою протеолітичною активністю відносно білків казеїнового комплексу молока і при дії протеолітичних ферментів цього штаму на β -казеїн коров'ячого молока утворюються олігопептидні фракції, які за механізмом дії відносяться до інгібіторів ангіотензин-перетворюючого ферменту (АПФ) і таким чином володіють антигіпертензивними і кардіопротекторними властивостями [1]. Споживання цього дієтичного кисломолочного продукту дозволить попереджувати розвиток артеріальної гіпертензії та ряду захворювань серцево-судинної системи, у патогенезі яких відіграє участь надмірна активність ренін-ангіотензинової системи організму. Крім того, що студенти ознайомлюються з технологією виробництва, вони ще й дізнаються про дієтичні властивості цього продукту, про захворювання, для профілактики яких він вживається, що дозволяє сформувати у майбутніх спеціалістів сучасний підхід до виробництва функціональних продуктів-пробіотиків. Студентам доцільно навести приклади з виробництва дієтичних кисломолочних продуктів закордоном. У нашому випадку, це дослідження японських вчених [2], які виділили казеїнові пептиди Val-Pro-Pro і Ile-Pro-Pro – інгібітори АПФ з японського кисломолочного напою Calpisd, при приготуванні якого використовується симбіотична закваска, яка містить *Lactobacillus helveticus* і *Saccharomyces cerevisiae*. Цей продукт був перевірений ними на пацієнтах з артеріальною гіпертензією, які були поділені на дві групи. Пацієнти першої групи пили штучно підкислене молоко як плацебо протягом 8-ми тижнів, коли друга група стільки ж часу вживала Calpisd. Починаючи з четвертого тижня від початку вживання кислого молока по 95 мл/день, систолічний артеріальний тиск у хворих другої групи достовірно зменшився, коли у пацієнтів першої групи залишався без змін.

Отже, створення дієтичних кисломолочних продуктів на заняттях з мікробіології консервних виробництв та ознайомлення студентів зі світовим досвідом виробництва і ефектів таких дієтичних продуктів дозволить студентам-технологам у майбутньому виробляти такі цінні функціональні харчові вироби для потреб українських споживачів.

Література:

1. Юкало В.Г., Б.Л.Луговий. Утворення антигіпертензивних пептидів при модельному протеолізі β -казеїну // Фізіологічний журнал.– 2000. – Т.46. – №3. – С.78-83.
2. Nakamura Y., N.Yamamoto, K.Sakai, A.Okubo, S.Yamazaki, T.Takano. Purification and Characterization of Angiotensin I-Converting Enzyme

Inhibitors from Sour Milk // Journal of Dairy Science.-1995.-V.78.-N-4.-P.777-783.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗГРУЗОЧНО – ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И КРАПИВНИЦЕЙ

*Л.А. Маслова,
Е.Д. Шелягина,
М.К. Лебедева*

Уральская государственная медицинская академия, областная клиническая больница № 1, Екатеринбург, Россия

Все возрастающий интерес врачей и больных к немедикаментозным методам лечения как в нашей стране, так и за рубежом, в последние годы стал неоспоримым фактом [Кокосов А.Н., 2001]. Натуропатические методы – это способы лечения, идущие от древних традиций народа. Многие натуральные методы были исходно рассчитаны воздействовать не только на тело, но и на душу больного, эмпирически предугадывая их взаимную связь. Речь идет об интегральном, всеобъемлющем подходе к личности. Универсальным методом в этом отношении явилась разгрузочно – диетическая терапия (РДТ). При РДТ проводится лечение не болезни, а больного, всего организма в целом. РДТ – адаптивная стресс – терапия, мобилизующая защитные силы организма (его саногенез) на преодоление болезни.

Известно, что в основе лечебного эффекта РДТ лежит гибель нежизнеспособных "больных" клеточных структур, активное освобождение от конечных продуктов обмена веществ, эндотоксинов, включая метаболиты лекарственных веществ, чужеродного антигенного материала, при одновременной стимуляции репаративных процессов. При этом небольшие сроки лечебного голодания оказывают психостимулирующее действие, а более продолжительное голодание обуславливает седативный эффект, который вновь сменяется стимулирующим влиянием в период восстановительного питания.

Эффективность данного метода лечения исследована у 42 человек, из них у 27 пациентов была инфекционно-зависимая бронхиальная астма и у 15 – крапивница.

Курсы лечебного голодания проводились на основе методических рекомендаций Ю.С. Николаева и А.Н. Кокосова. Всем пациентам применялась методика "влажного" лечебного голодания. Продолжительность разгрузочного периода составляла 10-16 дней. Чувство голода в разгру-

зочный период у наших больных держалось не более 2-3 дней, затем аппетит угасал. В это время медикаменты отменялись, в отдельных случаях применялись бронхолитики (6 больных в первые 3-4 дня пользовались ингалятором).

РДТ проведена 15 больным (9 женщин и 6 мужчин) с пищевой аллергией, проявляющейся крапивницей, отеками Квинке на прием отдельных видов продуктов (кофе, какао, цитрусовые, мед, земляника, помидоры, яйца, мясо рыбы и курицы и др.). Средний возраст больных составил 28,4 лет. У всех больных выявлялась сопутствующая патология (хронический гастрит – у 12 чел., холецистит – у 10 чел., колит – у 2 чел., у двух – признаки дисбактериоза). У четырех больных желудочно-кишечная патология сочеталась с хроническим тонзиллитом и у двух – с микозом стоп. Период голодания составил от 6 до 10 дней, у одного больного – 12 дней. Медикаментозная терапия не назначалась. Положительный эффект отмечен у 10 (66 % больных – высыпания на коже исчезли полностью к третьему-четвертому дню), у остальных больных динамики кожного процесса не отмечено, сохранялась уртикарная сыпь на коже и эпизоды отека лица. При анализе группы больных, где не было эффекта, оказалось, что это были больные с хроническими очагами инфекции (тонзиллит, холецистит, микоз стоп). В группе больных с положительным клиническим эффектом ремиссия сохраняется весь период наблюдения (от 1,5 до 3 лет).

По данным ряда авторов, у пациентов с бронхиальной астмой РДТ приводит к: снижению чувствительности и гиперреактивности слизистой оболочки бронхов [Кокосов А.Н., 1984], увеличению секреции кортизола, усилению фагоцитарной активности респираторных эпителиальных клеток бронхов [Осинин С.Г., 1983], коррекции дисфункции иммунитета [Король О.И., 1978; Быкова А.В., 1978], регулирующее влияние на свободно – радикальное окисление [Фархутдинов У.Р., 2001].

В нашей клинике РДТ в комплексном лечении пациентов с бронхиальной астмой применяется более десяти лет. Критериями отбора больных для данного метода лечения явились: недостаточная эффективность или невозможность проведения в полном объеме медикаментозной терапии; наличие множественной сопутствующей патологии: ожирение, гипертоническая болезнь, деформирующий остеоартроз; поливалентная лекарственная или пищевая аллергия. Без личного желания пациента данное лечение не проводилось.

Среди 27 больных бронхиальной астмой пролечено 23 женщины и 4 мужчин, возраст больных колебался от 33 до 55 лет, в среднем он составил 42,4 года. У двух больных бронхиальная астма была ГКС-зависи-

мой, поддерживающая доза составляла 10 мг преднизолона в сутки. Показанием к разгрузочной диетотерапии мы считали тяжелое (5 чел.) и средне-тяжелое (22 чел.) течение бронхиальной астмы. У 17 человек выявлена патология желудочно-кишечного тракта (гастрит, колит, панкреатит, холецистит, дисбактериоз), гипертоническая болезнь – у 2 чел.

Непосредственный положительный эффект от РДТ отмечен у 23 (86,2 %) из 27 больных бронхиальной астмой. Он выражался в прекращении приступов удушья (10 чел.-37 %, эти больные голодали 14-15 дней и почти все просили продлить разгрузочный период), у 5 (19,2 %) больных сохранялась лишь незначительная экспираторная одышка, которая не требовала медикаментозной терапии, еще у 8 (30 %) больных приступы удушья стали реже и меньшей интенсивности. У этих 8 больных с неполным клиническим эффектом при поступлении превалировали симптомы обострения бронхита с явлениями бронхиальной обструкции.

У четырех (13,8 %) больных на фоне РДТ состояние ухудшилось: у одной больной выросли симптомы бронхиальной обструкции, участились и усилились приступы удушья, в связи с чем к концу вторых суток голодание было прекращено и начата активная медикаментозная терапия с подключением ГКС внутривенно. У трех больных лечение прекращено на 7-е и 10-е сутки вследствие обострения холецистита.

В восстановительный период больные с клинической ремиссией бронхиальной астмы не требовали подключения медикаментозной терапии, остальные обходились минимальными дозами ингаляционных бронхолитиков, причем не ежедневно. У одной из двух больных с ГКС-зависимой бронхиальной астмой мы попытались снизить поддерживающую дозу на 5 мг (суточная доза была 10 мг преднизолона), но через месяц пациентка вернулась к прежней дозе. Все же обе эти больные отметили заметное урежение приступов удушья и повышение чувствительности к симпатомиметикам.

Анализируя ближайшие результаты разгрузочно-диетической терапии у пациентов с бронхиальной астмой мы пришли к выводу, что непосредственные положительные результаты достигнуты в 86,2 % наблюдений.

Продолжительность эффекта РДТ удалось проследить у 17 из 27 больных бронхиальной астмой. Так, у 12 больных ремиссия заболевания сохранялась до 8-12 месяцев, большинство не применяли лекарственные средства или ограничивались ингаляционными бронходилататорами в связи с редкими нетяжелыми приступами удушья. У 5 больных через 4 – 6 месяцев наступило ухудшение на фоне обострения бронхита и нараста-

ния бронхиальной обструкции.

Улучшить отдаленные результаты лечения позволяет обучение пациентов правильному образу жизни, изменении психологии человека по отношению к пищевым перегрузкам, проведение регулярных коротких самостоятельных и повторных длительных курсов РДТ под наблюдением врача. Врач должен сделать из своего пациента активного "бойца" в битве со своим недугом. РДТ развивает самоконтроль, который должен пронизывать все сферы жизни – питание, физические упражнения, отдых, работу, развлечения и секс. В итоге у пациентов появляется заинтересованность в своем здоровье.

ВЛИЯНИЕ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

С.А. Муравьев,

Г.А. Макарова,

М.В. Малишевский,

И.А. Змановская

*Тюменская, городская клиническая
больница №3 (ГКБ №3), Россия*

В ГКБ № 3 г.Тюмени метод разгрузочно-диетической терапии (РДТ), разработанный профессором Ю.С. Николаевым, применяется с 1994 года. За это время РДТ была проведена у 350 больных.

Среди пролеченных больных наибольший удельный вес имели пациенты с поражением сердечно-сосудистой системы -54 % . Больные с патологией желудочно-кишечного тракта и бронхолегочной системы составили 16 и 15 % соответственно. Больных с поражением кожи, почек, опорно-двигательного аппарата и эндокринной системы было значительно меньше, в целом – 15 %.

Учитывая наибольший удельный вес больных с сердечно-сосудистой патологией, а в ее структуре – с гипертонической болезнью, исследовались результаты применения РДТ у больных с гипертонической болезнью.

Всего за указанный выше период нами пролечено 147 больных с гипертонической болезнью (ГБ).

Перед началом лечения проводился отбор больных с учетом показаний и противопоказаний к РДТ, учитывалось желание больного лечиться

этим методом, дифференцированно определялись сроки лечебного голодания. Кроме обычного клинико-лабораторного обследования, пациентам с ГБ проводилось специальное обследование:

– 24-48 часовое мониторирование АД на мониторе ТМ – 2421 А & D (Япония);

– эхокардиографическое исследование на аппарате "Шимацу" (Япония);

– определение показателей перекисного окисления липидов мембран нейтрофилов.

РДТ проводилась по "классической" методике полного (влажного) голодания, разработанной Ю.С. Николаевым. Следует отметить, что подготовительный период был продолжительнее, чем обычно (у первичных больных он составлял от 3-х до 8-10 недель; у повторных, как правило, одну неделю).

Нами замечено, что чем длительнее подготовительный период, тем легче больные переносят разгрузочный и восстановительный периоды, в последующем выполняют рекомендации врача по соблюдению преимущественно вегетарианского питания и ведению здорового образа жизни, ежемесячно регулярно посещают врача по РДТ и при необходимости своевременно проходят повторные курсы лечения. 40 % больных прошли курс РДТ повторно. РДТ для этой части больных становится методом выбора и позволяет поддерживать АД и вес на оптимальном уровне.

Учитывая новую классификацию ГБ все 147 больных, согласно стратификации по группам риска, распределились на 2 группы:

– риск 2 (средний риск, степень АГ I-II, нет поражения органов мишеней, есть один и более факторов риска, по классификации ВОЗ соответствует ГБ I стадии) – 22,5 %;

– риск 3 (высокий риск, степень АГ I-III, есть поражения органов мишеней, другие факторы риска, соответствует ГБ II стадии) – 77,5 %.

Большинство больных (95 %) – женщины. Основная группа больных была в возрасте от 40 до 49 лет.

Длительность голодания в среднем составила 15,5 сут.

В результате лечения у больных ГБ на фоне снижения массы тела (в среднем более 8 кг) значительно снижалось или нормализовалось систолическое и диастолическое артериальное давление:

– при риске 2 со 163/102 до 124/85 мм рт. ст.;

– при риске 3 со 168/104 до 122/83 мм рт. ст.

По результатам суточного мониторинга АД после проведения РДТ у большинства обследованных больных наблюдается достоверное сниже-

ние среднесуточного (АД₂₄), что в целом свидетельствует о нормализации САД и ДАД. При этом не наблюдается изменения амплитуды суточного ритма и вклада суточного ритма в общую вариабельность АД, что говорит в пользу оптимального влияния РДТ на регуляцию суточной динамики АД у пациентов ГБ.

Показатели суточного мониторинга оценивались с помощью гипербарического индекса (ГБИ). Гипербарический индекс – это индекс нагрузки давлением, рассчитанный как площадь над верхней границей нормативного показателя. Δ ГБИ – изменение ГБИ в ответ на проведенную РДТ, рассчитана как разность между индексом ГБИ до и после РДТ, показал достоверное снижение этого нагрузочного индекса после РДТ для диастолического АД.

Анализируя показатели центральной гемодинамики у больных ГБ при проведении РДТ, следует отметить, что показатели трансортального и трансмитрального кровотока у больных ГБ на фоне РДТ существенно не меняются и остаются на прежнем уровне и через 3 месяца после РДТ.

Диастолический резерв ЛЖ (Δ E/A), который наиболее полно характеризует диастолическую функцию левого желудочка и определяется по стресс-эхоКГ с изометрической нагрузкой, у больных с ГБ после лечения РДТ улучшается, составляя до лечения – (5,10±0,06) %, после лечения – (11,20±0,07) %. Интересно отметить, что через 3 месяца после лечения у больных ГБ диастолический резерв сохраняется на хороших показателях – (15,0±0,11) %.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют об улучшении диастолической функции левого желудочка у больных ГБ при проведении РДТ. При этом в отдаленные сроки после РДТ у больных с ГБ сохраняются положительные изменения диастолической функции левого желудочка.

В результате проведенных нами исследований выявлено, что у больных ГБ в мембранах нейтрофилов имеет место активация процессов перекисного окисления липидов, что проявляется повышенным содержанием первичных (ДК– диеновых конъюгат) и промежуточных (МДА – молонового диальдегида) продуктов свободного радикального окисления липидов на фоне снижения основного естественного жирорастворимого антиоксиданта альфа-токоферола.

На фоне проведенного РДТ у больных ГБ на мембранах нейтрофилов наблюдается дальнейшее повышение активности процессов перекисного окисления липидов, что проявляется еще большим накоплением диеновых конъюгат и молонового диальдегида в мембранах нейтрофилов. При

этом у больных ГБ при проведении РДТ наблюдается существенное обеднение липидной фазы мембран нейтрофилов антиоксидантом альфа-токоферолом.

Таким образом, наши исследования свидетельствуют об активации процессов ПОЛ липидной фазы мембран нейтрофилов на фоне истощения запасов антиоксиданта альфа-токоферола у больных ГБ в результате проведения РДТ.

Результаты наших исследований позволяют сделать следующие выводы:

- РДТ является эффективным методом немедикаментозного лечения больных гипертонической болезнью;

- со стороны центральной гемодинамики разгрузочно-диетическая терапия у больных ГБ существенно улучшает диастолическую функцию левого желудочка при сохранении глобальной систолической функции левого желудочка в ранние и отдаленные сроки после лечения;

- в результате проведения РДТ у больных ГБ происходит активация процессов ПОЛ на фоне истощения запасов антиоксиданта альфа-токоферола в мембранах нейтрофилов, что подтверждает целесообразность применения антиоксидантов в восстановительном периоде РДТ;

- эффект РДТ в отдаленные сроки снижается в группе больных ГБ, которые отказались от диспансерного наблюдения и не соблюдают рекомендованной гипонатриевой диеты и оптимального двигательного режима;

- гипотензивный эффект РДТ в отдаленные сроки сохраняется в группе больных ГБ, которые находятся на диспансерном наблюдении – соблюдают гипонатриевую диету и оптимальный двигательный режим.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

*С.А. Муравьев, Т.С. Раев, Тюменская городская клиническая
Г.А. Макарова больница №3, Россия*

На базе городской клинической больницы № 3 обследовано 52 больных с артериальной гипертонией, вначале и по окончании курса разгрузочно-диетической терапии. Из них женщин было 48 (92 %), мужчин – 4 (8 %). По стадиям заболевания они распределились следующим образом: 1 степень – 14 (27 %), 2 степень – 38 (73 %) человек. Средняя продолжительность болезни составила (8,0±1,2) лет. Ожирение разной степени было у

42 больных (80 %). Первый раз курс разгрузочно-диетической терапии проходили 19 больных (37 %), 2-3 раз – 21 (40 %), от 4 до 6 раз – 12 (23 %) человек. Анализировались клинические данные, которые дополнялись результатами анкеты самооценки своего состояния. Анкета содержала 42 признака в трехбальном выражении как физических симптомов, так и симптомов депрессивных и тревожных расстройств, соответствующих исследовательским диагностическим критериям МКБ-10. Наряду с этим, проводились скрининговые исследования эмоциональной сферы больных с помощью психодиагностических методик (Спилберга-Ханина, Кеттела, диагностики типов отношения к болезни).

В результате проведенного исследования было обнаружено, что выбор метода разгрузочно-диетической терапии в качестве лечебного больными артериальной гипертонией определялся несколькими мотивами. Главную роль играло желание лечить артериальную гипертонию немедикаментозным методом, т.к. лекарства часто давали побочные эффекты и не приводили к ожидаемому результату. Большое значение также имело стремление больных оздоровить, "сгармонизировать" свой организм, одновременно подлечить сопутствующие заболевания, снизить вес и стать более активными. Мотивы больных не всегда были адекватными, как например с помощью разгрузочно-диетической терапии "исцелить" себя, существенно снизить свой вес, быстро достичь улучшения самочувствия при минимуме затрат и др. Такие ожидания часто приводили к неудовлетворенности достигнутыми результатами, разочарованию в этом методе лечения и усилению симптомов болезни.

Жалобы на пониженное настроение предъявляли 54 % больных, жалобы тревожного характера – 68 %. У 38 % симптомы тревоги и депрессии выявлялись одновременно, при этом выраженность жалоб достигала 2-3 баллов. Клинико-психопатологическим методом у 25 % больных были диагностированы депрессивные эпизоды легкой и средней степени тяжести. Стойкие и выраженные тревожно-депрессивные расстройства обнаружены у 36 %. У 28 % больных при воздействии тяжелых дополнительных психотравмирующих факторов депрессивное состояние принимало реактивную окраску. Выявленные типы отношения к болезни показали наличие у 35 % больных высокого уровня внутреннего напряжения, пониженное настроение и дезадаптацию в связи с болезнью. По данным опросника Спилберга-Ханина отмечаются высокие уровни как реактивной (50,0+1,2) б, так и личностной тревоги (44,0+1,4) б тревоги, которые были достоверно выше при 2 степени болезни ($P < 0,001$). Тестом Кеттела выяв-

лено преобладание в личности больных таких черт как высокие нормативность поведения (70 %), самоконтроль (70 %), тревожность (85 %), напряженность (70 %), подозрительность (80 %), практичность (75 %), дипломатичность (80 %), экстравертированность (60 %), доминантность (60 %). Также отмечались высокие показатели эмоциональной неустойчивости (60 %), чувствительности, сенситивности (65 %), конформности (65 %). В конце восстановительного периода разгрузочно-диетической терапии улучшилось психоэмоциональное состояние больных, что подтверждается данными психологических методик. У них значительно снизились реактивная тревога (40,6+1,4) б, напряженность (60 %) и эмоциональная неустойчивость (50 %) ($P < 0,001$).

Таким образом, учет таких психологических аспектов как установки и мотивы больных по отношению к разгрузочно-диетической терапии, отношение к болезни и особенности их личности будут способствовать повышению эффективности проводимого лечения артериальной гипертонии.

СТАН СИСТЕМИ ПРОТЕАЗИ– АНТИПРОТЕАЗИ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ ПІД ВПЛИВОМ ХАРЧОВОЇ ДЕПРИВАЦІЇ

***В.Ф. Орловський,
Л.Н. Приступа***

*Сумський державний університет,
Україна*

Бронхіальна астма (БА) являє собою хронічне запальне захворювання дихальних шляхів, у розвитку та підтриманні якого приймають участь опасисті клітини, еозинофіли, нейтрофільні лейкоцити, альвеолярні макрофаги. Протеази, що утворюються при руйнуванні альвеолярних макрофагів та нейтрофільних лейкоцитів, змінюють співвідношення протеазної та антипротеазної активності плазми крові, що в свою чергу, сприяє прогресуванню запального процесу, руйнуванню структурних елементів альвеол і формуванню емфіземи.

Метою нашого дослідження було комплексне вивчення показників активності системи протеолізу у хворих на atopічну (АБА) та інфекційно-залежну бронхіальну астму (ІЗБА) у ході розвантажувально-дієтичної терапії (РДТ).

Обстежено 46 хворих на БА. Усім хворим проводили загальноклінічне та алергологічне обстеження, дослідження функції зовнішнього дихання. Діагноз та ступінь важкості визначали згідно з рекомендаціями світового консенсусу під егідою ВООЗ.

Хворі були поділені наступним чином: 1 групу склали 24 хворих на АБА з тяжким перебігом: з них – 14 (1А гр.) отримували традиційне лікування, 10 (1Б гр.) – РДТ; 2 групу – 22 хворих на ІЗБА: 11 хворих склали 2А гр. (традиційне лікування), а 2Б гр. – 11 хворих, що лікувались методом РДТ. РДТ проводили за методикою Кокосова А.Н. (1984).

Визначали вміст калікреїну (Кк), прекалікреїну (ПКк), альфа1-інгібітора протеїназ (α_1 -ІП), альфа2-макроглобуліну (α_2 -МГ), загальну протеолітичну активність (ЗПА) за методиками К.М. Веремєєнка (1988), кінінази П за методом Folk eI α_1 (1978), еластази за гідролізом трет-бутоксі-карбонік-L-аланін-паранітрофенілового ефіру.

Дані показники визначали у хворих 1А та 2А груп до і після лікування, у хворих 1Б та 2Б груп – до початку РДТ, у кінці розвантажувального та відновного періодів.

Контрольну групу склали 22 практично здорових особи.

Вихідний стан активності системи протеолізу характеризувався у хворих усіх груп зростанням ЗПА, Кк, α_2 -МГ, кінінази П. Дисбаланс у системі протеоліз-інгібітори був більш вираженим у хворих на ІЗБА, ніж у хворих на АБА. Це, очевидно, і зумовлює більш високу частоту виникнення емфіземи легень у хворих з інфекційним генезом БА. Загальноприйняте лікування, забезпечувало клінічну ремісію, але до нормалізації показників протеолізу не призводило.

РДТ сприяла ліквідації ферментного дисбалансу у хворих на АБА (1Б гр.) та настанню клінічної ремісії. У хворих на ІЗБА (2Б гр.) спостерігалось зниження вмісту Кк, еластазоподібної активності, ЗПА та тлі зростання вмісту ПКк, α_2 -МГ, кінінази П, хоча повернення до контрольних величин не спостерігалось.

Клінічна ефективність та показники ФЗД вірогідно не відрізнялись між хворими на тлі традиційного лікування (1А та 2А гр.) і при застосуванні РДТ (1Б та 2Б гр.). Але у хворих 1А та 2А груп ремісія досягалась шляхом призначення значної кількості медикаментозних препаратів (бета2-агоністів, глюкокортикостероїдів, ксантинів). У пацієнтів 1Б та 2Б груп вдалося зменшити використання бета2-агоністів, у 4 хворих, які отримували системні глюкокортикостероїди до 1 року, вдалося їх відмінити, у решти хворих зменшити підтримуючу дозу.

Отже, на протигагу загальноприйнятому лікуванню, харчова депривація завдяки стимуляції фізіологічних адаптаційних процесів, зменшує дисбаланс в системі протеази-антипротеази, забезпечує настання клінічної ремісії на тлі відміни чи зменшення доз базисних медикаментозних препа-

ратів. РДТ має більш виражений позитивний вплив на систему протеоліз-інгібітори ніж традиційне лікування, хоча повне відновлення ферментного дисбалансу наступило лише у хворих на АБА.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НИЗКОКАЛОРИЙНЫХ ДИЕТ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

*В.И. Пономаренко,
И.А. Сысоева*

*Приазовское дочернее предприятие
ЗАО "Укрпрофздравница", Украина*

Один из основоположников диетологии М.И. Певзнер справедливо утверждал, что без лечебного питания не может быть рационального лечения. Поэтому лечебное питание – обязательная составная часть лечебного процесса в санаторных учреждениях.

В санаториях Приазовского дочернего предприятия питание организовано по заказной системе и по разработанному семидневному меню с применением унифицированных рационов питания, обеспечивающих индивидуализацию лечебного питания в обслуживании большого количества людей с различными заболеваниями.

Энергетическая ценность диетического питания в санаторных условиях строится с учётом дополнительных затрат на приём физиопроцедур, занятия лечебной физкультурой, терринкур, купание в море. Питание организовано в соответствии с требованиями "Сборника официальных и инструктивно-методических материалов по организации питания в санаторно – курортных учреждениях Украины", а также сборника рецептур блюд от 1997 года. Учитываются климатические и национальные особенности.

Среди населения экономически развитых государств и в нашей стране из-за избыточного потребления жирной пищи и гиподинамии растёт количество лиц, страдающих ожирением, которое ведёт к атеросклерозу, ишемической болезни сердца, сахарному диабету. Параллельное поступление значительного количества насыщенных жирных кислот приводит к повышению концентрации холестерина в крови. Поэтому, оптимальная верхняя граница рекомендуемого потребления жира 30 % общей калорийности. При неэффективности такого вмешательства предлагается дальнейшее сокращение потребления общих жиров до 20 % калорийности рациона.

В лечебном питании больных ожирением в условиях санатория применяются низкокалорийные диеты с использованием рыбных блюд. Нами раз-

работаны 32 наименования рыбных блюд с технологическими карточками.

Проводится дальнейшее комплексное изучение по применению биологически-активных добавок, очищенной обратным осмосом воды для данной категории больных.

СТАН ПРО– ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМ КРОВІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ БРОНХІТИ ІЗ ЗНИЖЕНОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ АПІТОНІКОМ

**О.І. Славський,
О.І. Волошин,
Л.О. Волошина**

*Буковинська державна медична академія,
Україна*

Метою дослідження було вивчення порушень про– та антиоксидантної систем крові та особливості їх корекції за допомогою апітоніка у хворих на хронічні бронхіти (ХБ) із зниженою масою тіла.

Обстежено 32 пацієнти основної (20) і контрольної (12) груп у віці 19-63 роки та 12 практично здорових осіб. Особливостями клінічних проявів захворювання були: наявність більш вираженого інтоксикаційного синдрому, зниження маси тіла на 6-12 кг від нормативної, в анамнезі – тривале неповноцінне харчування. В лікувальний комплекс призначали однотипні антибактеріальні, муколітичні (за потребою бронхолітичні) засоби, фізіотерапевтичні процедури. Загальнозміцнюючим чинником для контрольної групи хворих був ундевіт, основної – апітонік. Останній призначався пакетиками по 2,5 двічі на день протягом двох тижнів.

Апітонік – нова вітчизняна біологічно активна харчова домішка з пилку бджолиного, отриманий за допомогою крио-механічних технологій (фірма "Плазіс ЕМ", м. Кривий Ріг), значно підвищуючих засвоюваність численних біологічно важливих чинників пилку хворим організмом.

Виявлено, що в період загострення ХБ у пацієнтів основної групи на 25-40 % значніше підвищені рівні малонового альдегіду (МА) і дієнових кон'югатів (ДК), на 20-30 % нижче активність каталази (К), глутатіон-редуктази (ГР) та рівень відновленого глутатіону (ВГ). У всіх випадках ці параметри вірогідно відрізнялися від аналогічних у здорових. Застосування апітоніка в лікувальному комплексі сприяло прискоренню ліквідації інтоксикаційного синдрому, регресу клінічних проявів, прибавки маси тіла на 2-3,5 кг.

Через 12-14 днів від початку лікування в обох групах хворих відмічено вірогідне однотипне покращання досліджуваних показників, особливо МА, К і ГВ. З урахуванням початкових ступенів їх порушень, клінічної динаміки і прибавки маси тіла можна стверджувати про високі антиоксидантні і метаболічні властивості апітоніка, особливо із зниженням живлення. Слід відзначити відсутність побічних ефектів від застосування цього засобу та здатність його покращувати переносимість антибіотиків, муколітиків.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА И ФИЗИЧЕСКАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ ТИПЕ ОЖИРЕНИЯ

С.В. Селивоненко

*Луганский государственный медицинский университет,
Украина*

Проведено исследование у 109 больных с абдоминальным типом ожирения. Пациенты были разделены на 3 группы по индексу Кетле – первую степень ожирения диагностировали при индексе массы тела (ИМТ) от 26 до 29 кг/м²., вторую степень – при ИМТ от 30 до 39 кг/ м²., и третью степень – при ИМТ более 40 кг/ м². Средний возраст в первой группе составил (45,00±1,21) лет, во второй – (44,30±0,21) лет и в третьей – (45,0±3,1) лет. Мужчин в первой группе было 25, во второй – 31 и в третьей – 4, а женщин, соответственно – 16, 25, 8. Всего больных с ожирением 1 – ой степени было 41 человек, со 2 – ой степенью – 56 и с 3 – ей – 12.

Велоэргометрическое исследование проводили с использованием непрерывной ступенчато возрастающей нагрузки до достижения субмаксимальной частоты сердечных сокращений на отечественном комплексе ВКК – 12 "Эргометр", который позволяет проводить автоматическую диагностику с расчётом математических показателей ритма сердца. В качестве контрольной группы обследовано 32 здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту с наблюдаемыми больными.

Обнаружено, что при ожирении абдоминального типа, независимо от степени тяжести заболевания, в покое не изменялись минимальная и средняя длительность интервала R-R ЭКГ, стандартное отклонение, вариационный размах интервала R-R, коэффициент вариации, коэффициент R-R и показатель стационарности процесса, а в восстановительный период по сравнению с контрольной группой, увеличивались частота сердечных сокращений, амплитуда моды, индекс напряжения, индекс вегетативного

равновесия, показатель адекватности процессов регуляции, показатель напряжённости сердечного ритма, амплитуда гистограммы и уменьшались параметры максимальной длительности интервала R-R, средняя длительность интервала R-R, стандартное отклонение, мода, длина основания гистограммы, но показатели асимметрии, эксцесса и площади гистограммы не изменялись.

Показатели регуляции сердечного ритма (функция автоматизма, вегетативный гомеостаз, устойчивость регуляции, активность подкорковых нервных центров) при всех степенях ожирения в восстановительный период после субмаксимальной физической нагрузки по сравнению с исходными данными не изменялись.

Снижение частоты сердечных сокращений на 2-й и 3-ей ступенях нагрузки и в восстановительный период при 2-й степени тяжести ожирения, нормальные показатели систолического артериального давления на 3-й ступени нагрузки, увеличение индекса "давление/пульс", двойного произведения в покое, снижение комплексной оценки физического состояния и физической работоспособности указывают на поражение миокарда типа миокардиодистрофии на фоне вегетативной дисфункции вегетативной нервной системы и снижение адаптационных возможностей организма при абдоминальном типе ожирения. Исходя из полученных данных, представляется важной разработка новых подходов к оптимизации массы тела при абдоминальном типе ожирения.

ПИТАНИЕ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

**С.С. Тармакова,
А.Г. Вахрушкина,
А.А. Шумилов,
Л.Н. Лубсанова,
Т.С. Сыренова**

*Байкал – курорт, "Горячинск" Авто-
номная Республика Бурятия*

В настоящее время состояние здоровья населения характеризуется негативными тенденциями, прогрессивно утрачивая стабильность. На фоне снижения уровня жизни населения ухудшаются демографические показатели.

В структуре заболеваемости преобладают болезни органов дыхания, нервной системы, кровообращения и органов пищеварения. Патологией

желудочно-кишечного тракта страдает каждый четвертый житель России. Сохраняется на высоком уровне заболеваемость вирусными гепатитами, токсическими и аллергическими повреждениями печени.

В ситуации массового загрязнения окружающей среды и внутренней среды организма, традиционные методы профилактики и оздоровления человека становятся неэффективными. Поэтому все большее внимание стало уделяться различным методам натурпатии, одним из которых является лечебное голодание. Дозированный голод – сильное биологическое средство, которое позволяет избавить больных от разных заболеваний. Дозированное голодание это разгрузочно-диетическая терапия (РДТ), включающая в себя ряд процедур, способствующих выведению из организма токсических веществ. РДТ – биологический оздоровительный метод, мобилирующий и повышающий защитные силы организма, что дает возможность использовать его для лечения широкого круга болезней, в том числе заболеваний органов пищеварения.

Впервые метод РДТ в санаторно-курортных условиях был внедрен на курорте "Горячинск", расположенном на побережье оз. Байкал.

Разгрузочно-диетическая терапия делится на 3 периода – подготовительный, разгрузочный и восстановительный. Третий период – восстановительный наиболее ответственный, который определяет эффект проводимого лечения. Цель его – постепенный переход с эндогенного на экзогенное питание с помощью специальной диеты. Всем пациентам во избежание рецидивов с профилактической целью рекомендуется по возможности придерживаться растительной диеты с преобладанием сырых овощей и фруктов в натуральном свежем виде.

Особенностью восстановительного периода является запрещение поваренной соли на весь восстановительный период. Самое главное – строгий и плавный переход в наращивании питания по дням. Рекомендуется употреблять пищу небольшими порциями каждые 2 – 3 часа.

В период восстановительного питания в первый день рекомендуются натуральные теплые разбавленные фруктовые, овощные соки, фруктовые отвары из расчета не более 1 литра в сутки. Со второго дня восстановительного периода назначается кисломолочный продукт био-бифивит, содержащий бифидобактерии, в разведении 1:1. На третий день – кроме натуральных соков и био-бифивита назначается облегченная растительная диета в половину обычной порции. С 4, 5, 6-го дня в меню вводят несладкие сухари и чеснок. С 6, 7-го дня – растительная диета с плавным переходом на обычное питание. Чеснок является обязательным компонентом в меню РДТ.

Разгрузочно-диетическая терапия предусматривает строгий контроль приготовления и подачи кулинарных блюд, изделий и напитков.

Введение в организм представителей нормомикробиоценоза (пробиотиков) направлено не столько на достижение нормального состава микрофлоры кишечника, сколько на стабилизацию гомеостаза посредством микрофлоры. Для этого необходимо постоянное поступление пробиотиков в организм, например, в восстановительный период РДТ.

Для приготовления продуктов лечебного питания кроме молока можно использовать растительное сырье, которое в питании человека является основным источником углеводов, витаминов, органических кислот, клетчатки, пектиновых и минеральных веществ, дешевого белка.

Бифидосодержащий продукт био-бифивит готовят на молочной основе с использованием чистых культур бифидобактерий шт. *B. bifidum* 1 и *B. longum* b 379 М. Продукт готовят на стерильном коровьем молоке с использованием активизированных культур бифидобактерий, способных расти на молочной основе.

В процессе жизнедеятельности бифидобактерий на молочной основе накапливается комплекс аминокислот, в частности глутаминовая кислота, которая является предшественником глутатиона, участвующего в детоксикации токсичных экзо- и эндогенных метаболитов в печени. Потребление белков с высоким содержанием глутаминовой кислоты эффективно в поддержании пула глутатиона в печени. Кроме того, аминокислоты, в частности серин, треонин и пролин, входят в состав муцинов – основной структурный и функциональный компонент слизистого слоя, покрывающего пищеварительный, бронхолегочный и урогенитальный тракты организма, через который проходят поступающие в организм или выводимые из него вещества.

В настоящее время с ростом интереса к разгрузочно-диетической терапии в целях расширения меню группой специалистов разработаны и внедрены в практику работы пищеблока курорта "Горячинск" около 100 кулинарных изделий, блюд и напитков, в которых использованы как составная часть рецептур пребиотики и пробиотики.

Література

1. Карплюк И.А., Волкова Н.А. Рационализация питания населения в деятельности санитарно-эпидемиологической службы. М., 1995. – 140 с.
2. Кокосов А.Н., Осинин С.Г., Возможности и перспектива РДТ при лечении больных бронхиальной астмой. Разгрузочно-диетическая терапия больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, пищевая и лекарственная аллергия //Тез. совещания – Ужгород, 1988. – С. 19.

3. Максимов В.А. Показания и терапевтическая эффективность применения разгрузочно-диетической терапии при заболеваниях системы пищеварения. // Сб. научн. тр. под ред. Волгарева М.И. и Максимова В.А. М., 1993. – Ч. 2. – С. 82 – 88.
4. Николаев Ю.С. Голодание ради здоровья. М., 1988. – 239 с.
5. Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней. //Сб. научн. тр. под ред. Волгарева М.И. и Максимова В.А. М., 1993. – 129 с.

БИОЛОГІЧНО АКТИВНІ ХАРЧОВІ ДОМІШКИ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА І ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ІЗ СУПРОВІДНИМ УРАЖЕННЯМ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ ТА ШЛУНКОВО-КИШКОВОЮ КРОВОТЕЧЕЮ

О.І. Феди́в

Буковинська державна медична академія, Україна

Відомо, що збалансована за вмістом білків, ліпідів, вуглеводів, мінеральних речовин та вітамінів їжа відіграє суттєву роль у підсиленні репаративних процесів при виразковій хворобі (ВХ). Ця концепція покладена в основу розробки біологічно активних харчових домішок, які отримують з рослинної, тваринної або мінеральної сировини. Однією із таких домішок є спіруліна, яка містить у своєму складі 50-60 % білку, 18 амінокислот; 10-16 % вуглеводів; вітаміни групи В (В1, В2, В3, В5, В6, Вс, В12), бета-каротин, токоферол, інозитол, біотин, пантотенат; макро- і мікроелементи; ненасичені жирні кислоти; фікоціанін, хлорофіл.

Мета дослідження – вивчити ефективність застосування спіруліни при ВХ шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих різного віку.

Дослідження проведені у 90 хворих на ВХ шлунка і дванадцятипалої кишки у віці від 23 до 82 років з тривалістю захворювання від 3-х до 35 років. У всіх хворих ВХ супроводжувалась ураженням гепатобіліарної системи – ГБС (хронічним неспецифічним реактивним гепатитом, хронічним холециститом, холангітом), зокрема у 38 пацієнтів перебіг захворювання ускладнився шлунково-кишковою кровотечею (ШКК). Обстежено також 44 практично здорових осіб.

У період загострення захворювання до початку лікування і в динаміці (через 3-5 тижнів) досліджували інтенсивність процесів окиснювальної модифікації білків, вільнорадикального окиснення ліпідів, стан захисних протирадикальних систем, вміст вуглеводно-білкових компонентів позаклітинного матриксу у крові, шлунковому вмісті та екскрецію їх з

сечею, рівень фібронектину та активність лізосомальних гідролаз у крові, структурно-функціональні властивості еритроцитів (здатність до деформації, відносна в'язкість еритроцитарної суспензії, пероксидну резистентність).

Оцінювали також загальний коагуляційний потенціал крові за часом рекальцифікації плазми, протромбіновим часом, тромбіновим часом, силіконовим часом плазми крові, активованим парціальним тромбoplastинним часом, рівнем фібриногену в плазмі крові, активністю антитромбіну III, XIII фактору згортання крові. Визначали фібринолітичну активність плазми крові (сумарну, неферментативну, ферментативну), потенційну активність плазміногену, інгібітори плазміну, швидко- та повільнодіючі антиплазміни, урокіназну активність сечі, рівень розчинних комплексів фібрин-мономеру та ранніх продуктів деградації фібриногену в плазмі крові, проводили паракоагуляційні тести (етаноловий та протамінсульфатний). При цьому використовували загальноприйняті методи дослідження та набори реактивів фірми "Simko Ltd." (Львів).

У залежності від проведеного лікування хворих розділили на дві групи. Пацієнти основної групи на фоні диференційованої базисної терапії отримували спіруліну (ВАТ "Концерн "Стирол", м. Горлівка, Україна) – по 0,5 г (1,0 г) 3 рази на добу впродовж всього періоду спостереження. У контрольну групу виділені пацієнти, яким призначалась базисна терапія без спіруліни. При цьому хворим на ВХ, ускладнену ШКК, зазначене лікування призначалось після проведення консервативної гемостатичної та гемотрансфузійної терапії і появи ознак зупинки кровотечі (на 7-10-й день лікування).

Встановлено, що призначення хворим на ВХ із супровідним ураженням гепатобіліарної системи та шлунково-кишковою кровотечею диференційованого лікування із застосуванням спіруліни сприяє зменшенню процесів деградації колагену, фукоглікопротеїнів, про що свідчить зменшення вмісту вільного оксипроліну і фукози, не зв'язаної з білками, у крові, сечі та шлунковому вмісті. При цьому підсилюється синтез колагенових фібрил і загальних глікопротеїдів, зокрема протеогліканів і фукоглікопротеїнів (збільшився рівень білковозв'язаного оксипроліну, білковозв'язаної фукози у крові та шлунковому вмісті, гексозамінів, гексуринових кислот – у крові та сечі). Позитивний вплив спіруліни на вміст вуглеводно-білкових компонентів позаклітинного матриксу, ймовірно, обумовлений зменшенням інтенсивності процесів окиснювальної модифікації білків і вільнорадикального окиснення ліпідів на фоні покращання функціонування протирадикальних захисних систем. Це підтверджує-

ся істотнішим зменшенням вмісту альдегідо- і кетоніохідних нейтрального і основного характеру, малонового діальдегіду у сироватці крові у хворих основної групи у порівнянні з контрольною. Паралельно збільшувались вміст фібронектину, глутатіону відновленого, церулоплазміну, активність каталази, супероксиддисмутази, знижувалась активність лізосомальних гідролаз у крові. Висока ефективність застосування спіруліни у комплексному лікуванні виразкової хвороби забезпечується також значним покращанням стану системи гемостазу (сприяло усуненню проявів гіперкоагуляції, підвищенню фібринолітичної активності плазми крові), структурно-функціонального стану еритроцитів (рівня вікової норми досягали індекс деформації еритроцитів, відносна в'язкість еритроцитарної суспензії, пероксидна резистентність еритроцитів).

Таким чином, застосування біологічно активної добавки до їжі спіруліни при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки є ефективним внаслідок покращання функціонування метаболічної та гемокоагуляційної ланок гомеостазу. Враховуючи вищезазначене, спіруліна може бути рекомендована для широкого використання у комплексному лікуванні цієї недуги, особливо у хворих похилого та старечого віку за наявності супровідного ураження гепатобіліарної системи та шлунково-кишкової кровотечі

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫСОКОПРОТЕИНОВОЙ ДИЕТЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АЛИМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

***В.Н. Хворостинка,
Т.А. Моисеенко,
О.И. Москаленко***

Харьковский государственный медицинский университет, Украина

Избыточный вес способствует ухудшению показателей здоровья, качества жизни и в конечном счете уменьшает продолжительность жизни. Избыточный вес для большинства людей – психотравмирующий фактор, создающий социальные, личностные и сексуальные проблемы. Поиск эффективных методов достижения и сохранения оптимального веса без преувеличения является первоочередной задачей клинической и профилактической медицины. Цель данного исследования – сравнительный анализ эффективности гипокалорийной высокопротеиновой диеты и гипокалорийных овощных диет.

Группа обследованных больных состояла из 48 мужчин в возрасте от 36 до 60 лет с алиментарно-конституциональным ожирением I степени. Из них 26 получали высокопротеиновую диету, 22 – овощные диеты. Во время 10-дневного пребывания в эндокринологическом отделении областной клинбольницы пациенты проходили полное клиническое обследование, выявлялись сопутствующие заболевания, исключался симптоматический характер ожирения. В условиях стационара производился индивидуальный подбор и адаптация режима питания и физической активности. В дальнейшем диетотерапия и физические упражнения осуществлялись больным в амбулаторных условиях. Для объективного контроля за динамикой состояния пациента использовался анкетный метод. Ежемесячно каждый пациент посещал "Школу больного ожирением", где проводился контрольный осмотр и аудит – врач анализировал данные пищевого дневника и анкеты, изменения клинико-лабораторных показателей, совместно с пациентом решались возникшие проблемы. Курс лечения составлял 3 месяца.

Расчет энергетической ценности рациона каждого пациента производили исходя из его массы тела, фенотипа, уровня физической активности. Во всех случаях диета была гипокалорийной: рекомендуемый калораж был на 20 % меньше оптимального. Химический состав высокопротеиновой диеты: углеводы 50 % суточного калоража, 10 % – жиры, 40 % – белки. Использовали режим дробного питания: I завтрак – 25 % суточного калоража, II завтрак – 15 %, обед – 20 %, полдник – 10 %; ужин – 20 %, II ужин – 10 %.

Основу диеты составляли продукты с высоким содержанием белка. Белоксодержащие продукты животного происхождения выбирали с минимальным содержанием "скрытого" жира: индюшатина, нежирное куриное мясо, нежирные части телятины, баранины, говяжья печень, морская камбала, навага, окунь, треска. Рекомендуемые блюда: отварные фрикадельки, паровые котлеты, запеченное мясное филе, рыба отварная, раба запеченная или приготовленная на пару, омлеты, вареные яйца, творожные пасты, обезжиренный кефир или йогурт. Для пищевой коррекции напитков без сахара (зеленый и черный чай, настои трав) использовали небольшие количества цельного молока.

Гипокалорийные овощные диеты вызывали ухудшение самочувствия пациентов: тенденция к депрессивным реакциям, плохое настроение (94 % пациентов); интеллектуальная работоспособность низкая (34 %) или удовлетворительная (66 %); физическая работоспособность низкая (40 %)

или удовлетворительная (60 %). Наблюдались признаки социальной дезадаптации: снижение качества выполняемых профессиональных работ (60 %), серьезные проблемы в профессиональной деятельности (20 %), сексуальные нарушения (54 %). Характерным было изменение пищевого поведения: неприятное "сосущее" чувство голода, сопровождающееся ощущением внутреннего напряжения и неудовлетворенности (100 %); эпизоды булимии (непреодолимое желание есть, сопровождающееся острым ощущением вины, саморазочарованием) (36 %); пищевая доминанта (навязчивые мысли о еде) (88 %). Чувство удовлетворения от еды испытывали только 24 % пациентов. Частыми были побочные явления: эпизоды бурной перистальтики кишечника (46 %); постоянная повышенная перистальтика в сочетании с поносами (28 %); запоры (16 %); дискомфорт в эпигастрии, сосущее ощущение пустоты в животе (46 %). Негативными были изменения внешности, вызванные полигиповитаминозом, дегидратацией и дефицитом белков: сухость кожи умеренная (38 %) или выраженная (28 %); снижение тургора кожи выраженное (24 %) или умеренное (48 %); образование дополнительных складок кожи (44 %); дряблость мышц, снижение тургора мышечной ткани (46 %); усиленное выпадение и ломкость волос (84 %); повышенная ломкость и расслоение ногтей (62 %); повышенная кровоточивость и разрыхление десен (36 %); бледность кожи (78 %). Отказались от гипокалорийной овощной диеты 34 % обследованных.

Все пациенты, которые находились на гипокалорийной высокопротеиновой диете, смогли закончить курс терапии. Во время всего трехмесячного курса пациенты отмечали положительную динамику психоэмоционального статуса: самочувствие хорошее (64 %) или удовлетворительное (36 %). Пациенты имели позитивный общий психоэмоциональный фон – настроение было приподнятым, активным, жизнерадостным. Интеллектуальная работоспособность оценивалась как хорошая (54 %), очень хорошая (28 %), удовлетворительная (14 %). Физическая работоспособность: хорошая (64 %), очень хорошая (24 %), удовлетворительная (12 %). Признали улучшение состояния своей социальной адаптации 76 %, сохранение ее на прежних позициях – 24 %. Повышение либидо, потенции и показателей копулятивного цикла отметили 54 % пациентов, сохранили исходное состояние сексуальных процессов 46 %.

Высокопротеиновая диета благоприятно влияет на пищевое поведение. Чувство насыщения было периодическим у 34 %, постоянным – 48 %, 18 % имели эпизодические ощущения легкого голода. При этом у 100 % пациентов имело место ощущение пищевого комфорта. Эпизоды булимии

наблюдались тільки у 2 пацієнтів на фоні сильного психоемоціонального стресса, не пов'язаного з програмою лікування. Навязливі думки про їжу (їжа домінуюча) були відзначені у 14 %, але волею силою пацієнти змогли утриматися від порушення дієти. Високопротеїнова дієта повністю виконує психокоригуючу функцію їжі – викликає почуття задоволення від їжі, приємної релаксації, відключення від проблемних ситуацій. Поява диспепсических явищ, порушення стула, біль або дискомфорт у животі не відзначив ні один пацієнт.

Типичним був позитивний косметический ефект високопротеїнової дієти. Достатня вологість шкіри відзначалась у 84 %, хороша тургор – у 68 %. Утворення додаткових шкірних складок виявили тільки 16 %, як правило, при темпі схуднення перевищуючим 8 кг/міс. Підвищення тургора м'язової тканини відзначили 54 %, незмінним показателем залишався у 46 % досліджуваних. Улучшення кольору обличчя відзначили 52 %. Збільшилась стійкість волосся, зникла сухість, тьмяність і ламкість волосся у 68 %. Улучшилось стан нігтів у 54 %.

Темп зниження ваги при овочевих дієтах був максимальним в перші 3-4 тижнів (3-4 кг за 10 тижнів), потім різко уповільнювався (0,5-1 кг за 10 тижнів). У 24 % пацієнтів відзначалось парадоксальне збільшення ваги на 1-1,5 кг за 10 тижнів. Пацієнти, відмовившись від зменшеної овочевої дієти, різко набавляли вагу – 3-4 кг за 10 тижнів. Темп зниження ваги при високопротеїновій дієті в перші 3-4 тижнів склав 1,5-2 кг за 10 тижнів, в наступному декількох підвищувався до 2,5-3 кг/міс.

Таким чином, високопротеїнова дієта дає достатньо високий темп зниження ваги, не призводить до реактивних функціональних порушень зі сторони травного тракту і психоемоціональної сфери. Дієта не погіршує якість життя пацієнтів, не знижує їх фізичну і інтелектуальну здатність. Дієта охотно переноситься хворими і виконує релаксуючу функцію. Високопротеїнова дієта сприяє зміні структури тіла пацієнта: збільшенню маси м'язової тканини і зменшенню маси жирової тканини. Високопротеїнова дієта може рекомендуватись як переважна система харчування для пацієнтів з аліментарно-конституціональним ожирінням і метаболіческим синдромом.

ЕФЕКТИВНІСТЬ БІОЛОГІЧНО АКТИВНОЇ ХАРЧОВОЇ ДОМІШКИ "АПІТОНІК" У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

В.П. Шаповалов,

О.І. Волошин

М.В. Клинецький

Буковинська державна медична академія, Україна

З метою підвищення ефективності поліхіміотерапії туберкульозу у хворих з торпідним перебігом процесу, апробована вітчизняна біологічно активна харчова домішка (БАД) "АПІТОНІК".

БАД "АПІТОНІК" виготовлена за сучасною кріомеханічною технологією (ТУ-43001663.001-99) є мікронізованим порошком бджолиного пилку з вищою в декілька разів біодоступністю, ніж звичайний бджолиний пилок. Відновлена її загальнозміцнююча, імунотропічна, анаболічна та репаративна дія.

В динаміці до і після двох місяців лікування обстежено 54 хворих з перше діагностованим деструктивним туберкульозом легень, у яких переважала продуктивно-некротична запальна реакція. 20 хворих лікувалися антимікобактеріальними препаратами (АМП) в поєднанні з БАД "Апітонік" по 2,5 двічі на день протягом всієї фази інтенсивної терапії (І група). 34 пацієнтів – АМП та традиційними медикаментозними патогенетичними засобами (ІІ група). Відзначувалися результати клініко-рентгенологічного і імунологічного обстеження, а також динаміка показників ендогенної інтоксикації – гострофазних білків, молекул середньої маси (МСМ), гематологічного показника інтоксикації (ГПІ); плазмові рівні метаболітів ПОЛ, активності ферментів антиоксидантного захисту (АОЗ), агрегатного стану крові й її протеолітичної активності.

Відновлено, що через 1-1,5 міс. лікування у хворих групи І відзначалися напруженість клітинної і гуморальної ланок системного імунітету (зростала загальна кількість Т-лімфоцитів і Т-хелперів, підвищилися концентрації ІgА й імунних комплексів (ЦК)). Сам факт інтенсифікації клітинного імунного захисту особливо важливий, оскільки, при туберкульозі головним захисним механізмом є клітинний імунітет з активацією макрофагів. Про нормальну елімінацію імунних комплексів свідчило вірогідне зниження титру комплексу у 1,33 рази ($P < 0,05$), що супроводжувалося зростанням концентрації малонового альдегіду в 1.64 рази, але без суттєвих змін активності ферментів АОЗ. Відзначено інтенсифікацію необмеженого протеолізу, однак, колагеназна активність крові при цьому знижу-

валася в 1,9 разів і негативно корелювала ($r=0,559$) з концентрацією білка в плазмі крові. Нормалізація імунних показників та відновлення адаптивно-компенсаторних гомеостазних відношень реалізувалося у них також більш швидкою інволюцією основних проявів туберкульозного процесу. Так, детоксикації вдалося досягти у 18 з 20 (81,8%) хворих основної групи і лише у 22 з 34 (64,7%) у групі порівняння. Для обох груп спостережень характерним було зниження рівня білків "гострої фази", значень ГПШ й МСМ, але тільки у групі хворих, які приймали БАД "Апітонік", зменшення показників фракції альфа-1 глобулінів а також рівня ГПШ й – МСМ було статистично вірогідним). У хворих основної групи на $60,6 \pm 7,4$ доби раніше виникла конверсія харкотиння ($P < 0,01$), ніж у групі контролю. Вже через 2 місяці лікування у більшості хворих у легенях відмічалася значна редукція інфільтративно-вогнищевих явищ і майже у половини з них – зменшення деструкцій у розмірах у 2 рази а у 10 % випадків – їх закриття. В групі II за цей час динаміка розсмоктування інфільтративних явищ. була більш сповільненою, загоєння деструкцій не спостерігалось. Крім того, хворі, які приймали БАД "Апітонік", краще переносили АМП. Проте, в групі порівняння, у п'ятьох осіб спостерігалася інтолерантність стрептоміцину і ізоніазиду, яка вимагала негайної їх відміни. Слід зазначити, що ні у одного з хворих, які приймали БАД "Апітонік" не відмічалось його непереносимості, або інших проявів побічної дії.

Таким чином, проведені нами дослідження показали, що включення БАД "Апітонік" у комплексну терапію хворих на деструктивний туберкульоз, у яких домінує продуктивно-некротичний тип запальної реакції, сприяє відновленню адаптивно-компенсаторних механізмів гомеостазу. Отже, БАД "АПІТОНІК" може застосовуватися з патогенетичною метою, як допоміжний лікувальний засіб, що підвищує результати терапії вперше діагностованих хворих з торпідним перебігом процесу за рахунок біоактивації неспецифічної ланки імунітету, антиоксидантного захисту, репаративних процесів та покращення толерантності до антимікобактеріальних препаратів.