

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ И КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

БЫКОВ А.Т., д.м.н., профессор, член-корреспондент РАМН, заслуженный врач России, заведующий кафедрой восстановительной медицины, физиотерапии, мануальной терапии, лечебной физкультуры и спортивной медицины Кубанского государственного медицинского университета, начальник ФГУ «Центральный клинический санаторий им. Ф.Э. Дзержинского ФСБ России» kvmkgtu@mail.ru

ЧЕРНЫШЁВ А.В., к.м.н., доцент кафедры, консультант-кардиолог

ФГУ «ЦКС им. Ф.Э. Дзержинского ФСБ России» chernyshev@hotmail.ru

ХУТИЕВ Т.В., д.м.н., профессор кафедры, МЕЛЬНИЧУК Л.П., к.м.н., доцент кафедры,

СЫЧЕВА Е.И., д.м.н., доцент кафедры, ПОДДУБНАЯ Р.Ю., к.м.н.,

заместитель начальника по медицинской части

ФГУ «ЦКС им. Ф.Э. Дзержинского ФСБ России» kvmkgtu@mail.ru

Кафедра восстановительной медицины, физиотерапии, мануальной терапии,

лечебной физкультуры и спортивной медицины

Кубанского государственного медицинского университета, г. Сочи

АННОТАЦИЯ

Широкая распространенность ишемической болезни сердца (ИБС) и метаболического синдрома (МС), увеличение заболеваемости, инвалидизации и смертности от кардиометаболической патологии вызывают необходимость оптимизации лечебно-профилактических программ.

В данной публикации представлены преимущества интенсивного комплексного санаторно-курортного лечения пациентов с ИБС и МС, а также с факторами риска этих заболеваний по сравнению с традиционным комплексом восстановительного лечения.

Ключевые слова: кардиометаболическая патология, интенсивное санаторно-курортное лечение.

ВВЕДЕНИЕ

Инфаркты миокарда и мозговые инсульты являются лидирующей причиной смертности во всем мире. Если в 1900 году на долю ССЗ приходилось менее 10% смертельных исходов, то, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2000 году ССЗ стали основной причиной смертности. В 1996 году в мире от ССЗ умерло 15 миллионов людей и, по прогнозам экспертов, к 2020 году эта цифра может достичь 25 миллионов [1]. По числу летальных исходов от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), в частности ИБС, Россия занимает первое место среди индустриально развитых стран, опережая США, Японию, Францию, Германию и другие страны [2]. Только зарегистрированных случаев ССЗ в России на настоящий момент 16,2 млн человек. В 2005 г. основной причиной смерти в России оставались болезни системы кровообращения – 56,1% (т.е. 1 млн 292 тыс. из 2 млн 303 тыс. умерших) [3]. В 2006 году в структуре общей смертности на долю болезней системы кровообращения в нашей стране приходилось 56,9%, из них ИБС – 49,3%, цереброваскулярные болезни – 35,3% [4]. В 2003 г. 146,8 млн людей в мире страдали сахарным диабетом (СД) 2 типа, что составляло 2,1% всего населения планеты. К 2010 году, по прогнозам ученых, число лиц, имеющих СД 2 типа, может превысить 200 млн (более 3% населения) [5]. По данным И.И. Дедова и В.В. Фадеева (1998), в России 8 млн (5%) человек страдает СД, в настоящее время их около 10 млн, из них 90% – больные СД 2 типа.

Появившийся в 1988 году новый термин – «Х-синдром» (переименованный в дальнейшем в МС), на первый взгляд, выглядит как сочетание нескольких факторов риска ССЗ. Однако в отличие от «механического скопления» факторов риска, МС имеет единое патогенетическое основание. Сочетание метаболических нарушений вокруг инсулинорезистентности (ИР) приводит к ускоренному развитию атеросклероза [6]. МС характеризуется увеличением массы висцерального жира, снижением чувствительности периферических тканей к инсулину и гиперинсулинемией, которые вызывают развитие нарушений углеводного, липидного, пуринового обменов и артериальной гипертонии (АГ).

В настоящее время МС является одной из широко обсуждаемых медицинских проблем. В октябре 2007 года на национальном конгрессе кардиологов Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) были приняты и утверждены первые Российские рекомендации по диагностике и лечению МС. В 2008 году разработан уже второй пересмотр рекомендаций экспертов ВНОК по диагностике и лечению МС. Эксперты ВОЗ охарактеризовали МС как «пандемию XXI века». Распространенность МС составляет 20-40%. Чаще встречается у лиц среднего и старшего возраста (30-40%). Сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность у людей с МС существенно выше по сравнению с лицами без него [7, 8]. Наличие МС в 3-6 раз повышает риск развития как СД типа 2 [9, 10], так и АГ [11]. МС ассоциируется с субклиническим поражением жизненно важных органов. Это проявляется в снижении фильтрационной функции почек, микроальбуминурии [12], повышении жесткости артерий [13], гипертрофии миокарда левого желудочка (ЛЖ), диастолической дисфункции, увеличении размеров полости ЛЖ [14], утолщении стенки сонной артерии, причем многие из этих нарушений проявляются независимо от наличия АГ.

Таким образом, в настоящее время, имеется понимание непрерывной и неразрывной связи между висцеральным ожирением, нарушением углеводного, липидного, пуринового обменов, регуляцией артериального давления, атерогенезом и уровнем сердечно-сосудистого риска. Сегодня мы имеем все основания говорить о кардиометаболическом континууме и коморбидности этих заболеваний.

В связи с вышесказанным во многих странах большое значение придается выявлению и коррекции так называемых факторов риска ССЗ. В настоящее время их выявлено более 200. Среди них наиболее значимыми считаются дислипидемия, АГ, табакокурение, СД, избыточное высокохолестериновое, но не разнообразное питание, злоупотребление алкоголем, ожирение, низкая двигательная активность, депрессия, длительный стресс, нарушение режима труда и отдыха и другие. Люди, пренебрегающие здоровым образом жизни, живут в среднем на 15 лет меньше, чем могли бы прожить.

Благодаря успехам в изменении образа жизни населения и повышению уровня оказания медицинской помощи за последние 30 лет в США смертность от инфарктов миокарда и мозговых инсультов уменьшилась в 2 раза, хотя продолжает лидировать по сравнению с другими нозологиями.

В России за последние 20 лет наблюдается популяционное нарастание игнорирования основных вышечисленных рисков, что является, на наш взгляд, основной причиной повышенной смертности и инвалидизации от кардиометаболических заболеваний (КМЗ). Особенно игнорирование рисков в России присуще мужскому населению. Продолжительность жизни мужчин в нашей стране на 13 лет меньше, чем у женщин. За рубежом это называют «русским феноменом». Еще одной причиной является несовершенство системы диспансеризации, скринингового обследования и ранней диагностики КМЗ в нашей стране.

Считается, что в значительной мере кардиометаболическую патологию (КМП) можно предотвратить и эффективно лечить с помощью воздействия немедикаментозными методами на основные модифицируемые факторы риска. При этом, чем активнее будет это воздействие, тем выраженнее – положительный эффект.

Цель исследования: оптимизация санаторно-курортного лечебно-профилактического немедикаментозного комплекса у пациентов с факторами риска или с уже имеющимися кардиологическими и кардиометаболическими заболеваниями, усовершенствование системы ранней диагностики этих заболеваний в санатории и разработка программ немедикаментозной первичной и вторичной профилактики кардиометаболической патологии в повседневной жизни.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для решения этих задач были отобраны пациенты санатория (n=134), из них 79 мужчин (58,4%) и 55 женщин (41,6%), в возрасте от 42 до 68 лет, средний возраст 53,6±2,8 года. Пациенты были разделены на 2 равные группы (n=67): В группе I – 40 мужчин (59,7%) и 27 женщин (40,3%); в группе II – 39 мужчин (58,2%) и 28 женщин (41,8%), рандомизированные по возрасту и состоянию здоровья. В каждую группу вошли больные ИБС (в форме стабильной стенокардии напряжения 1–2 ФК, ХСН 0-I-IIa ст, 0-1-2 ФК по NYHA) и МС без ИБС.

Больные распределились в группах по нозологическим формам следующим образом:

I группа – ИБС (n=42); МС (n=25)

II группа – ИБС (n=38); МС (n=29).

При поступлении в санаторий, на основании изучения медицинской документации больных, жалоб, анамнеза, физикального обследования и

лабораторно-инструментального дообследования, были верифицированы вышечисленные диагнозы. В качестве маркеров КМЗ, лабораторных и клинико-функциональных проявлений патологии определялись следующие показатели: масса тела; индекс массы тела; окружность талии; артериальное давление; электрокардиография; общий холестерин; триглицериды; холестерин липопротеинов высокой плотности; концентрация глюкозы крови натощак; глюкозотолерантный тест; С-реактивный белок; протеинурия; креатинин; мочевая кислота; признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. Данные о наследственности, табакокурении, стрессах, физической активности собирались анамнестически. Проводилось психологическое тестирование с помощью опросника САН (самочувствие, активность, настроение).

Использовались возможности клинической и биохимической лаборатории (анализатор «БИОМ-01»), 6-канальный электрокардиограф (ЭКГ регистрировали в 12 стандартных отведениях аппаратом «Биссетт-8000»), аппарат для ультразвукового исследования сердца и сосудов Sonoline с доплеровской приставкой. При необходимости проводились велоэргометрия по методике ступенчатой возрастающей непрерывной нагрузки на велозергометре «Ergo-fit 777» (Германия), суточное мониторирование АД, Холтеровское мониторирование ЭКГ, тест с 6-минутной ходьбой.

Такое же обследование проводилось и в конце трехнедельного санаторно-курортного лечения.

Статистическая обработка проводилась с использованием t-критерия Стьюдента, вычисляли среднее арифметическое значение показателей, их стандартное отклонение.

Все пациенты с верифицированным диагнозом получали подобранную на досанаторном этапе медикаментозную терапию: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, статины или фенофибрат, аспирин, метформин. Некоторые больные получали бета-адреноблокаторы и антагонисты кальция. Адекватно подобранная медикаментозная терапия не менялась в течение всего курса санаторно-курортного лечения.

Пациенты I гр. получали традиционное санаторно-курортное лечение, а пациенты II гр. – модифицированную, т.е. более активную, «агрессивную» немедикаментозную терапию.

Лечение пациентов I гр. включало: диета № 8 (калорийность 2500 ккал в сутки) или диета № 9 (3000 ккал) для больных с МС; диета № 10 (2500 ккал), для больных с ИБС. Лечебная физкультура назначалась по режимам средней и большой нагрузки в виде утренней гигиенической гимнастики, терренкура, плавания в море (бассейне). В ряде случаев назначались спортивные игры (настольный теннис, волейбол). Физио- и бальнеотерапия назначалась в виде общих сероводородных, озонных, хвойно-жемчужных ванн, «сухих» углекислых ванн, надвенного облучения крови гелий-неоновым лазером по общепринятым методикам. Фитотерапия – сахароснижающий («Арфазетин»), успокаивающий, очищающий фиточай. Лечащими врачами использовалась рациональная психотерапия.

При лечении пациентов II гр. немедикаментозная терапия была значительно активизирована. Применялась специально разработанная модифицированная

кардиометаболическая диета. Ее суточная калорийность 2000 ккал в сутки за 4 приема пищи, с резким ограничением простых углеводов, насыщенных животных жиров, холестерина, поваренной соли. Акцент в диете делался на рыбу, белое постное мясо, нежирные кисломолочные продукты, растительные белки и масла, большое количество овощей, несладких фруктов, соков, грубоволокнистой клетчатки, балластных веществ. Диета подразумевает также употребление не менее 2-х литров чистой пресной воды в день. 2 раза в неделю проводились разгрузочные дни, кефирно-творожный и фруктово-овощной.

Активизация физической активности – один из важнейших аспектов нашего комплекса. В обязательном порядке назначалась ежедневная ходьба в быстром темпе от 5 до 10 км в день в зависимости от возраста, диагноза и физических кондиций пациента. 3 раза в неделю назначались статодинамические тренировки по 30 минут, с малыми утяжелениями на все группы мышц на тренажерах под руководством инструктора ЛФК. 3 раза в неделю – спортивные игры по 30 мин. (дни игр чередовались с тренировками на тренажерах). Спортивные игры: волейбол, стрит-

в номерах находились информационные папки, в корпусах и на территории санатория располагались стенды со сведениями по профилактике и лечению кардиометаболических заболеваний. Ежедневно транслировались радиобеседы, показывались киножурналы перед кинофильмами по тематике кардишколы. Разработаны индивидуальные рекомендации, задания для пациентов на межсанаторный период, связанные с изменением образа жизни и контролем за своим состоянием, результаты которых следует заносить в специальные дневники.

Все пациенты II гр. проходили консультацию у психотерапевта. После беседы, осмотра и тестирования при необходимости назначались сеансы профессиональной психотерапии, аутотренинга, свето-, аромо-, музыкотерапии и т.д.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Обобщённые данные и результаты исследований представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1.

Результаты клинико-функционального обследования пациентов с ишемической болезнью сердца I и II групп до и после санаторно-курортного лечения.

Показатели группы	МТ, кг	ОТ, см	САД, мм.рт.ст	ОХ, ммоль/л	ТГ, ммоль/л	ЛПВП, ммоль/л	СРБ, мг/л	МАУ, мг/сут	
I гр.	до	88±9,1	96±8,6	138±4,7	6,8±1,1	2,8±0,4	0,9±0,4	4,0±1,1	220±9,9
	после	87±8,6	95±7,9	136±3,8	6,9±1,0	3,0±0,5	1,0±0,4	3,9±1,0	200±9,8
	P	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,001	<0,001	<0,05	<0,05
II гр.	до	90±9,2	98±8,2	135±4,2	6,6±0,9	2,8±0,4	1,0±0,3	3,5±0,8	160±9,6
	после	86±8,5	96±8,0	122±3,9	6,4±0,7	2,1±0,3	1,2±0,4	3,7±0,7	90±8,1
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,05	<0,001	<0,001	<0,05	<0,001

бол, баскетбол, мини-футбол, бадминтон, большой теннис, настольный теннис назначались лечащим врачом с учетом спортивной подготовки пациентов и их толерантности к физической нагрузке. Игры проводились и дозировались инструктором ЛФК. Назначались обязательное ежедневное плавание и купание в море (бассейне), гидрокинезитерапия по 30 мин. 2 раза в день. Интенсивность физических тренировок контролировалась по частоте пульса. Обязательным элементом в дозировании физических нагрузок являлось определение тренировочного пульса, его минимального и максимального значения. Объем тренировок составлял ежедневно 1,5-2 часа.

Пациенты II гр. получали активную гидротерапию: душ Шарко, шотландский душ, подводный душ-массаж. Проводились закаливающие процедуры: обливания, обливания холодной водой, контрастный душ. Также проводились терморелаксационная терапия с окунанием в холодный бассейн и гипокситерапия на аппарате «Горный воздух».

Все обследуемые II гр., большинство вместе с супругами, проходили занятия в кардишколе, организованной в санатории. Это значительно повышало приверженность пациентов к лечению и оздоровлению, ориентировало их на здоровый образ жизни. С пациентами проводились индивидуальные, семейные, групповые консультации, занятия, общие лекции. Раздавались информационные буклеты, листовки,

Примечание: МТ – масса тела; ОТ – окружность талии; САД – систолическое артериальное давление; ОХ – общий холестерин; ТГ – триглицериды; ЛПВП – холестерин липопротеинов высокой плотности; СРБ – С-реактивный белок; МАУ – микроальбуминурия.

Как видно из табл. 1, антропометрические данные пациентов I и II групп изменялись в сторону уменьшения, но во II группе это происходило интенсивнее. САД незначительно снизилось у пациентов I группы и выражено (на 13 мм рт.ст.) – во II группе. Концентрация ОХ в группе II незначительно снизилась, а в I группе даже возросла на 0,1 ммоль/л. То же самое, но более значительно наблюдалось и при исследовании концентрации ТГ у пациентов обеих групп, т.к. содержание ТГ в крови является более изменчивым показателем, в основном зависящим от количества потребления в пищу животных жиров. Антиатерогенная фракция липопротеинов возросла у всех обследуемых, но у пациентов, получающих интенсивное немедикаментозное лечение, несколько больше. При исследовании маркера эндотелиальной дисфункции – МАУ выявлено достоверное преимущество в положительной динамике пациентов II группы. СРБ-маркер субклинического воспаления, напротив, несколько уменьшился у обследуемых I группы и увеличился у пациентов II группы. По-видимому, это связано с небольшой продолжительностью исследования, т.к. СРБ реагирует отсроченно.

Таблица 2.
Результаты клинико-функционального обследования пациентов метаболическим синдромом I и II группы до и после санаторно-курортного лечения.

Показатели Группы		МТ, кг	ОТ, см	САД, мм.рт.ст	ОХ, ммоль/л	ТГ, ммоль/л	ЛПВП, ммоль/л	Глюкоза, ммоль/л	ГТТ, ммоль/л
I гр.	До	96+9,6	112+9,0	144+6,8	7,0+1,2	3,2+0,3	0,8+0,3	6,6+2,0	8,2+2,2
	После	97+9,7	112+9,2	140+7,6	6,9+0,8	3,0+0,4	1,0+0,3	6,5+1,8	8,1+2,1
	P	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,001	<0,05	<0,05
II гр.	До	98+9,7	114+8,7	141+8,1	6,9+0,9	2,9+0,3	1,0+0,2	6,8+1,7	8,4+1,9
	После	95+9,4	111+9,0	126+7,3	5,5+0,7	1,9+0,4	1,4+0,4	5,5+1,5	7,2+1,7
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Примечание: МТ – масса тела; ОТ – окружность талии; САД – систолическое артериальное давление; ОХ – общий холестерин; ТГ – триглицериды; ЛПВП – холестерин липопротеинов высокой плотности; ГТТ – глюкозотолерантный тест.

При анализе полученных данных массы тела и окружности талии у пациентов с МС в I группе не наблюдалось положительной динамики, а во II группе она была достоверной. САД снизилось в обеих группах, но больше во II группе. В отличие от пациентов ИБС, у больных МС II группы выражено снизились и ТГ, и ОХ, у пациентов I группы эти показатели также снизились, но незначительно. Холестерин-ЛПВП возрос у всех обследуемых, но у пациентов, получающих «агрессивную» физическую терапию, в большей степени. Что касается показателей, характеризующих углеводный обмен, то они изменились в лучшую сторону у пациентов обеих групп, но более выражено во II группе.

Таким образом, с помощью повышения приверженности пациентов к оздоровлению и лечению с применением обучающих программ, диеты с более значительным ограничением калоража, животных жиров, поваренной соли, простых углеводов и разгрузочных дней и, интенсификации физической активности, отказа от табакокурения, злоупотребления алкоголем, соблюдения режима труда и отдыха, водных процедур и психотерапевтического воздействия удалось значительно улучшить самочувствие и клинико-функциональное состояние пациентов за время санаторно-курортного лечения.

ВЫВОДЫ

Модифицированный комплекс немедикаментозного лечения достоверно ($p < 0,001$) более эффективен, чем общепринятый для всех обследуемых пациентов.

У пациентов с ишемической болезнью сердца и метаболическим синдромом в результате комплексного санаторно-курортного лечения улучшаются самочувствие и состояние, но у пациентов МС – в большей степени.

C-реактивный белок, маркер субклинического воспаления, у пациентов ИБС, получающих интенсивную физическую терапию, несколько увеличился, возможно, в ответ на повышенные нагрузки.

Предложенная методика способствует выявлению донозологических форм КМП, их интенсивному лечению и профилактике, снижению заболеваемости.

Полученные данные могут стать важным материалом для санаторно-курортного лечения на последующие годы, а также для врачей поликлиник и госпиталей, где лечатся эти больные.

Подобный подход делает пациента активным участником лечебно-профилактического процесса,

повышает его приверженность лечению, что является важным в вопросе выявления, профилактики и лечения кардиометаболических заболеваний, формирования «культы» здорового образа жизни.

Описанная оптимизация немедикаментозной профилактики и лечения кардиометаболических заболеваний является стратегической, т.к. может и должна применяться в течение всей жизни пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов. Рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. 2008. – 4 с.
2. Оганов Р.Г., Поздняков Ю.М., Волков В.С. Ишемическая болезнь сердца //Изд-во Синергия, Москва, 2002. – С. 7-20.
3. Врачам и медицинским сестрам амбулаторно-поликлинических учреждений, фельдшерам фельдшерско-акушерских пунктов //Г. Химки, типография Момент, Геотар-Медия, 2006. – 64 с.
4. Ощепкова Е.В. Смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации в 2001-2006 гг. и пути по ее снижению //Ж. Кардиология. – № 2. – 2009. – С. 67-72.
5. Чазова И.Е., Мычка В.Б. Метаболический синдром //Изд-во Media Medica. Москва 2004. – С. 47-49.
6. Standi E. Aetiology and consequences of the metabolic syndrom. // European Heart Journal 2005; 7(D): 10-13.
7. Mancia G, Bombelli M, Corrao G, Facchetti R, Madotto F, Giannattasio C, Trevano FQ, Grassi G, Zanchetti A, Sega R. Metabolic syndrome in the Pressioni Arteriose Monitorate E Loro Associazioni (PAMELA) study: daily life bloodpressure, cardiac damage, and prognosis. Hypertension 2007; 49: 40-47. OS.
8. Lakka HM, Laaksonen DE, Lakka TA, Niskanen LK, Kumpussalo E, Tuomilehto J, Salonen JT. The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. //JAMA 2002; 288: 2709-2716. OS.
9. Resnick HE, Hones K, Ruotolo G, Jain AK, Henderson J, Lu W, Howard BV. Insulin resistance, the metabolic syndrome, and of incident cardiovascular disease in nondiabetic American Indians: the Strong Heart Study. Diabetes Care 2003; 26: 861-867. OS.
10. Schmidt MI, Duncan BB, Bang H, Pankow JS, Ballantyne CM, GoldenSH, Folsom AR, Chambless LE. Identifying individuals at high risk for diabetes: The Atherosclerosis Risk in Communities study. Diabetes Care 2005; 28: 2013-2018. OS.
11. Vasan RS, Beiser A, Seshadri S, Larson MG, Kannel WB, D Agostino RB, Levy D. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men. //The Framingham Heart Study. JAMA 2002; 287: 1003-1010. OS.
12. Mule G, Nardi E, Cottone S, Cusimano P, Volpe V, Piazza G, Mongioli R, Mezzatesta G, Andronico G, Cerasola G. Influence of metabolic syndrome on hypertension-related target organ damage. // J Intern Med 2005; 257: 503-513. OS.
13. Schilacci G, Pirro M, Vaudo G, Mannarino MR, Savarese G, Pucci G, Franklin SS, Mannarino E. Metabolic syndrome is associated with aortic stiffness in untreated essential hypertension. Hypertension 2005; 45: 1978-1982. OS.
14. Cuspidi C, Meani S, Fusi V, Valerio C, Catini E, Sala C, Sampieri L, Magrini F, Zanchetti A. Prevalence and correlates of left atrial enlargement in essential hypertension: role of ventricular geometry and the metabolic syndrome: the Evaluation of Target Organ Damage in Hypertension study. //J Hypertens 2005; 23: 875-882. OS.

РЕЗЮМЕ

В работе проводилось сравнение эффективности традиционного и более интенсивного санаторно-курортного лечения пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), метаболическим синдромом (МС) и факторами риска этих заболеваний (ФР). Интенсивное лечение включало снижение калорийности питания, увеличение физической активности, водных процедур, усиление психотерапии и применение обучающих программ. Установлено, что интенсификация

немедикаментозного лечебного комплекса положительно влияет на самочувствие и клинико-функциональные характеристики пациентов ИБС, МС и ФР.

ABSTRACT

This study compared the effectiveness of traditional and more intensive spa treatment of patients with coronary heart disease (CHD), metabolic

syndrome (MS) and risk factors for these diseases (RF). Intensive treatment included a reduction in caloric intake, increased physical activity, water treatments, increased use of psychotherapy and training programs. Found that the intensification of non-drug medical complex has a positive effect on health and clinical and functional characteristics of the patients coronary artery disease, MS and RF.

ВЛИЯНИЕ КОРРЕКЦИИ ПИЩЕВОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НА СИМБИОНТНУЮ МИКРОФЛОРУ, ФЕРМЕНТНЫЙ СТАТУС И ГУМОРАЛЬНЫЙ ИММУНИТЕТ

СЕРГЕЕВ В.Н., к.м.н., БОБРОВНИЦКИЙ И.П., д.м.н., профессор,
ФИЛИМОНОВ Р.М., д.м.н., профессор

ФГУ «Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Росздрава»,
г. Москва rnsvmik@inbox.ru

АННОТАЦИЯ

В статье показаны с позиций доказательной медицины эффективность и безопасность использования метода метаболической коррекции нарушенного пищевого статуса больных первичным хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки на этапе реабилитации и преимущества данного метода в сравнении с традиционными методами лечебно-профилактического воздействия у данной категории больных. Выявлена четкая корреляция между используемыми метаболическими средствами и регрессом патогенетических механизмов, вызывающих и поддерживающих течение данной патологии.

Ключевые слова: хронический гастродуоденит, язвенная болезнь, пищевой статус, пищеварительный – транспортный конвейер, специализированные пищевые продукты, нутрицевтики, фармаконутриенты, дисбиоз кишечника, иммунитет.

ВВЕДЕНИЕ

Для реабилитации больных, а также в программах первичной и вторичной профилактики заболеваний системы пищеварения широко применяются естественные и преформированные лечебные факторы, лечебно-охранительный режим, климатотерапия, лечебно-профилактическое рациональное питание. Длительное нарушение питания может привести к разнообразным изменениям, в основе которых лежат изменения метаболизма клеток, связанные либо с повреждением генетического аппарата, либо с недостаточностью незаменимых компонентов пищи, либо с их избыточностью [1].

Анализ фактического питания населения свидетельствует о том, что рацион россиян характеризуется избыточным потреблением жиров животного происхождения и легкоусвояемых углеводов, дефицитен в отношении пищевых волокон, витаминов, макро- и микроэлементов [2]. В резолюции № 57.17 «Глобальная стратегия ВОЗ в области здорового питания, физической активности и здоровья», утвержденной Всемирной ассамблеей здравоохранения 22 мая 2004 года, констатируется, что «...В глобальном масштабе резко увеличилось бремя неинфекционных бо-

лезней. Так, в 2001 году на неинфекционные болезни приходилось почти 60% из числа 56 миллионов смертей и 47% общего бремени болезней. Профилактика этих болезней, учитывая прогнозируемый их рост в будущем, представляет собой важную проблему общественного здравоохранения. Здоровье является ключевой детерминантой развития и предварительным условием экономического роста, и инвестиции в здоровье являются важным условием экономического развития» [3].

По мнению директора института Питания РАМН, академика В.А. Тутельяна, главным фактором, наносящим непоправимый, на несколько порядков больший урон здоровью человека, чем экологическая загрязненность и психосоциальные стрессы вместе взятые является нарушение структуры питания. Эпидемиологические исследования, проведенные сотрудниками института питания РАМН в различных регионах России, свидетельствуют о том, что более чем у 50% больных, госпитализированных в хирургические и терапевтические стационары, имеют место выраженные нарушения пищевого статуса в результате недостаточности питания или вследствие хронических заболеваний, особенно желудочно-кишечного тракта. Так, у 20% больных, поступающих в стационары, диагностировано истощение и недоедание, у 50% – нарушение липидного (жирового) обмена, до 90% имеют признаки гипо-, и авитаминозов, более 50% обнаруживают изменения иммунного статуса [4].

Вследствие этого отмечаются рост заболеваемости и ухудшение по всем группам болезней, имеющих отношение к алиментарному (пищевому) фактору, – анемия, язвенная болезнь желудка и 12 – перстной кишки, гастриты и дуодениты, болезни эндокринной системы, нарушения обмена веществ, онкологические заболевания и пр. Большой удельный вес при этом приходится на долю гастродуоденальной патологии, среди которой преобладают хронический гастрит и гастродуоденит, достигая 30-80% среди трудоспособного населения индустриально развитых стран. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки среди больных гастроэнтерологического профиля составляет 36%, при этом 10% из них подлежат хирургическому лечению [5]. Исходные нарушения