



ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ПИТАНИЕ

ВЛИЯНИЕ НУТРИТИВНО-МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПИЩЕВОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НА МИНЕРАЛЬНЫЙ СТАУС И ПОКАЗАТЕЛИ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ

УДК 616-08-035

Бобровницкий И. П., д.м.н., профессор, Филимонов Р. М., д.м.н., профессор, Сергеев В. Н., к.м.н.

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

Актуальность

В настоящее время заболевания верхних отделов системы пищеварения, остаются основной причиной потери трудоспособности больных гастроэнтерологического профиля, на их долю приходится 40% дней временной нетрудоспособности. Говоря о медицинском аспекте проблемы, следует отметить, что не смотря на достижения науки, позволившие внедрить в практику новые технологии в диагностике и лечении различных заболеваний гастродуоденальной области, окончательное решение этих вопросов, представляет значительные трудности [4,7, 15, 16]. В то же время эпидемиологические исследования, проведенные сотрудниками института Питания РАМН показали, что от 30 до 60% пищи, предлагаемой пациентам в стационарах, не потребляется больными и уходит в отходы, следовательно, от 25 до 75% госпитализированных пациентов, том числе гастроэнтеро-логического профиля, не получают энергию, белки и микроэлементы, в том составе и количестве, которые соответствуют их основным потребностям. Недостаточное потребление жизненно важных микронутриентов в настоящее время является массовым и постоянно действующим фактором, отрицательно влияющим на эффекты реабилита-ционных и профилактических программ больных с первичным хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. [1,2,3].

Введение.

В настоящее время заболевания верхних отделов системы пищеварения, остаются основной причиной потери трудоспособности больных гастроэнтерологического профиля, на их долю приходится 40% дней временной нетрудоспособности. Говоря о медицинском аспекте проблемы, следует отметить, что не смотря на достижения науки, позволившие внедрить в практику новые технологии в диагностике и лечении различных заболеваний гастродуоденальной области, окончательное решение этих вопросов, представляет значительные трудности. Это обусловлено не только многообразием и различным сочетанием этиологических факторов, но и малой изученностью патогенетических механизмов и последовательности их включения по мере прогрессирования того или иного заболевания. С другой стороны, патология гастродуоденальной области в той или иной степени способствует поражению других органов системы пищеварения – Таблица 1.

Таблица 1. Сопутствующие заболевания у больных ПХГД и ЯБДПК. (n=317)

Сопутствующие заболевания	количество больных	
	n	%
патология сердечно-сосудистой системы:		
- гипотония	42	13,5
- гипертоническая болезнь I-IIст.	63	19,9
- ишемическая болезнь сердца дорсопатии	35	11,0
	218	78,2
хронические заболевания дыхательной системы	89	28,1
ДЖВП	116	36,6
Хр. панкреатит	93	29,3

При этом формируются «порочные» патологические связи и циклы, усугубляющие течение заболеваний гастродуоденальной области. Таким образом, характер, распространенность, длительность и течение гастродуоденальной патологии, приводящей к осложнениям, оперативным вмешательствам и в итоге к потере трудоспособности, а не редко летальности, подчеркивают не только медицинскую, но и социальную значимость данной проблемы. Среди немедикаментозных методов лечения и профилактики заболеваний системы пищеварения приоритетная роль принадлежит адекватному лечебно-профилактическому питанию, которое способствует профилактике рецидивов этих заболеваний, повышает качество жизни у данной категории больных. Существует большая группа заболеваний, в основе патогенеза которых лежит дефицит тех или иных нутриентов в организме (**алиментарный дефицит**). Обычно врачи ищут и находят у таких людей различные погрешности в питании или недостаточное потребление тех или иных пищевых веществ, забывая, что организм обладает способностью приспосабливаться к непродолжительному дефициту питания с помощью различных **механизмов адаптации**. Проблемы алиментарного дефицита связаны не только с недостаточностью или несбалансированностью пищевого рациона. Необходимо учитывать состояние обменных процессов в организме (**метаболический статус организма**), а также недостаточность пищеварительной системы (**пищеварительный статус**). В последнем случае причины нарушения пищеварения могут быть связаны с наследственными факторами, определяющими недостаточность различных звеньев пищеварительной системы. Пищевой дефицит, в свою очередь, часто усугубляет степень нарушения пищеварения.

Рассматривая основные причины нарушения пищевого статуса можно выделить:

- недостаточное, избыточное или несбалансированное питание,
- нарушение пищеварительной функции – усвоения пищевых веществ.
- нарушение утилизации пищевых веществ,
- нарушения обмена веществ,
- усиление катаболизма и потери нутриентов.

Состояние пищеварительной функции, которое можно определить, как **пищеварительный статус**, складывается из следующих элементов: структурной целостности слизистой оболочки различных отделов ЖКТ, пищеварительной активности ферментов ротовой полости, желудка, поджелудочной железы и тонкой кишки, состояния транспортных систем эпителиальных клеток, субстрат-связывающей активности, состояния моторной функции мышечной оболочки, состояния микроциркуляции. Нарушение каждого из этих звеньев пищеварительно-транспортного конвейера способно блокировать или уменьшить всасывание пищевых субстратов.

Основные причины нарушения пищеварения и всасывания пищевых веществ в ЖКТ:

Врожденные дефекты развития пищеварительной системы или отдельных ее элементов.

1. Наследственные аномалии структуры различных отделов ЖКТ ислизистой оболочки желудка и тонкой кишки.

2. Нарушения пищеварительной функции желудка (секреции соляной кислоты и пепсинов). Нарушения функции поджелудочной железы (секреции ферментов).

3. Нарушение пищеварительной функции в тонкой кишке (полостного, пристеночного, мембранного, внутриклеточного пищеварения).

4. Нарушение сорбционной функции желудочной и кишечной слизи и гликокаликса энтероцитов.

5. Нарушение секреции субстрат-связывающих белков.

6. Нарушение секреции и рециркуляции желчных кислот.

7. Нарушение механизмов всасывания в эпителии тонкой кишки.

8. Нарушение кишечной моторики.

10. Нарушение микроциркуляции в слизистой оболочке желудка, тонкой и толстой кишки.

11. Нарушение метаболической и детоксикационной функции кишечника.

12. Нарушение секреторной и экскреторной функции ЖКТ.

13. Нарушение иммунного барьера слизистой оболочки.

14. Дисбиоз и энтеробиоз ЖКТ, эндотоксиновая агрессия в желудке и кишечнике.

Выявлена прямая взаимосвязь между количественным и качественным составом рациона питания и режима приема пищи, с одной стороны, и формированием заболеваний системы пищеварения, с другой. Баланс пищевых веществ в организме определяется тремя основными процессами: пищеварением, которое включает переваривание и всасывание (усвоение) нутриентов; утилизацией всосавшихся нутриентов и включением их в обмен веществ, а также процессами экскреции (выделения) части нутриентов и продуктов их обмена из внутренней среды организма. Во всех этих процессах весьма активное участие принимает и система пищеварения. Переваривание и всасывание нутриентов (начальные этапы ассимиляции пищи) целиком определяются работой органов пищеварения. Это известно. Но не менее важную роль желудочно-кишечный тракт играет в утилизации и метаболизме пищевых субстратов (промежуточные этапы ассимиляции пищи). Тонкая кишка является одной из основных метаболических систем организма, где осуществляются биосинтез белков, липидов, холестерина, гликогена. Тонкая кишка – главный орган, в котором начинается детоксикация и метаболизм ксенобиотиков. На втором этапе в этот процесс включается печень, а затем и другие органы.

Исходные нарушения питания, несбалансированность питания больных при гастроэнтерологической патологии и неадекватная коррекция метаболических нарушений в значительной степени снижают эффективность лечебных мероприятий, увеличивают риск осложнений, отрицательно влияют на продолжительность пребывания больных в стационаре, снижают функциональные резервы организма и адаптационный потенциал у данной категории больных [4,6,7,13,14,15]. Не смотря на то, что в последние годы появились работы, свидетельствующие об эффективности применения в коррекции пищевого статуса больных ПХГД и ЯБДПК нутритивно – метаболических средств: метаболически направленных и сбалансированных смесей, нутрицевтиков и фармако-нутриентов [1,6,14,15,17], эта проблема еще далека от решения и требует дальнейшего изучения, в связи с фрагментарностью имеющихся единичных исследований и отсутствием работ о комплексном применении различных нутритивно- метаболических средств у этой категории больных, режимах и оптимальных сроках применения метаболических средств, а также их сочетанном применении с традиционными лечебно – профилактическими схемами, ориентированными на фармакологические средства. Также актуальным остается вопрос подхода к назначению различных лечебно – профилактическим схем нутритивно – метаболической коррекции пищевого статуса у больных с ПХГД и ЯБДПК, с учетом клинической картины заболевания, стадии патологического процесса и степени нарушения пищевого статуса у данной категории больных.

Вышеизложенное определило цель и задачи настоящего исследования.

Цель исследования: Обосновать и разработать метод дифференцированного применения нутритивно – метаболических средств в коррекции нарушенного функционального состояния и пищевого статуса больных ПХГД и ЯБДПК в зависимости от стадии заболевания и особенностей функционального состояния организма.

Материалы и методы.

Под нашим наблюдением находилось 214 больных ПХГД и 103 больных ЯБДПК в возрасте от 18 до 60 лет, в фазе затухающего обострения или нестойкой ремиссии патологического процесса. Все больные в зависимости от используемых нутритивно- метаболических средств коррекции пищевого рациона были разделены на 6 сопоставимых по основным клинико-функциональным характеристикам группы.

Больные первой исследуемой группы, 51 человек (34 больных ПХГД и 17 больных ЯБДПК), для оптимизации пищевого рациона получали сухую сбалансированную белково- витаминно – минеральную смесь Нутринор, по 20 г два раза в день, которая разводилась в стакане кипяченой воды 200 мл, и давалась в дополнение к основному рациону питания в течение 21 дня.

Больным второй исследуемой группы, 52 человека (36 больных ПХГД и 16 больных ЯБДПК), получали Кефирный продукт, содержащий пребиотик инулин и пробиотик (B. Bifidum), что позволяло рассматривать данный специализированный продукт, как фактор обладающий противовоспалительным, пробиотическим и репаративным действием.

Больным третьей исследуемой группы, 54 человека (33 больных ПХГД и 21 больной ЯБДПК), назначался нутрицевтик: витаминно- минеральный антистрессовый комплекс «Би-Стресс», состоящий из двух формул: утренний комплекс (витамины В-комплекса и витамин С), который пациенты получали во время завтрака и вечерний комплекс, содержащий витамины В – комплекса и С, минералы магний и кальций и экстракт корня валерианы. Данные ВМК предназначались для восстановления нарушенной функциональной активности ЦНС и повышения антистрессового потенциала организма;

Четвертая исследуемая группа, 53 человека (36 больных ПХГД и 17 больных ЯБДПК), для оптимизации пищевого рациона получала фармаконутриент Эуэйнол, содержащий ПНЖК омега-3, пребиотик и пробиотики (бифидум- и лактобактерии).

Пациентам пятой исследуемой группы, 51 человек (38 больных ПХГД и 13 больных ЯБДПК) для оптимизации пищевого рациона назначалась сухая сбалансированная белково- витаминно – минеральная смесь Нутринор, по 20 г два раза в день, которая разводилась в стакане кипяченой воды 200 мл; нутрицевтик: витаминно-минеральный антистрессовый комплекс «Би-Стресс» и фармаконутриент Эуэйнол, содержащий ПНЖК омега-3, пребиотик и пробиотики (бифидум- и лактобактерии).

Группой контроля служили 56 пациентов (37 больных ПХГД и 19 больных ЯБДПК) получающие стандартный лечебно – профилактический рацион.

Основой питания больных исследуемых и контрольной групп служила диета №5 (Певзнер) или Стандартная диета, щадящий вариант (Приказ № 330 МЗ РФ от 5 августа 2003 года). Пациенты исследуемых и контрольной группы дополнительно получали сравнимое комплексное лечебно – профилактическое лечение. Длительность курса метаболической терапии, включая оптимизированный рацион питания составила 21 день – установленный срок пребывания больных в ЛПУ.

Результаты и их обсуждение.

Для динамической оценки результатов коррекции пищевого статуса больных ПХГД и ЯБДПК использовали стандартные клинико-инструментальные и биохимические методы исследования, динамическое исследование элементного статуса (25 биоэлементов) проводили в Центре биотической медицины по методу доктора А. В. Скального методом атомной эмиссионной спектрофотометрии с индуцированной плазмой. В качестве биосубстратов использовались волосы, в единичных случаях (отсутствием волос на голове) – ногти.

Наши исследования показали, что среди причин формирования первичного хронического гастроуденита и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки важное место занимали количественные и качественные (алиментарные) нарушения пищевого рациона и режима питания. – рисунок 1.

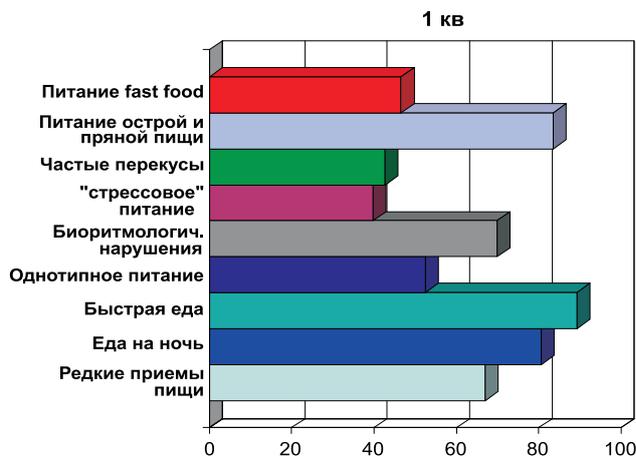


Рисунок 1. Структура алиментарные нарушений у больных ПХГД и ЯБДПК (n=317).

Установлено, что в структуре алиментарных нарушений у больных ПХГД и ЯБДПК значительное место занимали: быстрая еда (менее 15 минут на прием пищи), частые «перекусы», питание острой и пряной пищей, биоритмологические нарушения питания, обильная еда на ночь, питание fast food и пр. Действительно, злоупотребление пряностями, копченостями, консервами, систематический прием крепких алкогольных напитков, овощей с грубой клетчаткой, жареных блюд, то есть продуктами механически и химически раздражающих гастроуденальную слизистую оболочку, может инициировать воспалительные процессы в ней, нарушить адекватную коррелятивную связь между составом пищевого рациона и составом пищеварительных секретов (соляной кислоты, ферментов, интестинальных гормонов, секреторных иммуноглобулинов, нейропептидов, летучих жирных кислот и пр.), обеспечивающую оптимальное переваривание пищи и ассимиляцию нутриентов. Доказано, что вредное воздействие продуктов питания на слизистую

оболочку желудочно-кишечного тракта может быть различным: стимулировать желудочную секрецию, вызвать развитие хронического гастрита и гастроуденита вследствие раздражения приемом грубой пищи; буферные и антацидные свойства некоторых продуктов (мясо, молоко и др.) оказывают антикоррозивное действие, блокируя активный желудочный сок. Получены также данные, которые доказывают, что питание однообразной рафинированной пищей (особенно сахар) также способствует язвообразованию [4, 6, 7].

Известно, что минералы выполняют в организме регуляторные функции, являясь кофакторами ферментов, входят в состав гормонов и форменных элементов крови, с одной стороны, а также являются важными структурными компонентами костной, хрящевой и соединительной ткани [5, 9, 10]. Можно прогнозировать дисбаланс функциональной активности соответствующих органов и систем организма при их дефиците. Морфоструктурные изменения и функциональные нарушения гастродуоденальной слизистой, выявляемые у больных ПХГД и ЯБ ДПК, сопровождаются нарушением ассимиляции эссенциальных минералов в кишечнике, что приводит к дисбалансу слаженной работы пищеварительного транспортного конвейера, негативно влияет на такое важное звено, как гомеостатирование химуса, что, в конечном итоге, сопровождается формированием синдрома мальабсорбции, который замыкает порочный круг и усугубляет функциональный дисбаланс в органах и системах организма у данной категории больных. Недаром в настоящее время многие исследователи рассматривают морфофункциональные нарушения при заболеваниях ЖКТ в качестве основных предикторов метаболического синдрома [2, 8, 11, 16].

При исследовании минерального статуса у наблюдаемых нами больных ПХГД и ЯБ ДПК исходно обнаруживалось существенные снижения уровней эссенциальных минералов: кальция, магния, цинка, марганца и селена, что отражает нарушение ассимиляции данных нутриентов в результате дисбаланса работы пищеварительного транспортного конвейера, с другой стороны, выявляемые сопутствующие заболевания опорно – двигательного аппарата (в 78,2% случаев), сердечно – сосудистой (в 52,5% случаев), дискинезии желчевыводящих путей (36,6%), хронического панкреатита (29,3%); что также косвенно может свидетельствовать о дефиците этих минералов у больных ПХГД и ЯБ ДПК. – таблица 2.

Таблица 2. Динамика минерального статуса больных ПХГД и ЯБ ДПК под влиянием нутритивно-метаболической коррекции пищевого статуса.

Показатели	До лечения n = 214/103	После лечения					
		Контроль n = 37/19	Группа 1 n = 34/17	Группа 2 n = 36/16	Группа 3 n = 33/21	Группа 4 n = 36/17	Группа 5 n = 38/13
Кальций	2053±21,9	2410±78.3	1683±71.5К	1949±88.6 К,1	2713±78.4 К,1,2	1866±65.8 К,1,3	1399±72.0 К,1,2,3,4
	2408±33,0	2870±102.3	2861±108.3	3144±88.6 1	2914±91.2	2066±71.9 К,1,2,3	1598±83.4 К,1,2,3,4
Магний	137±1,8	158±5.4	98.3±4.2 К	212±3.4 К,1	105±2.6 К,2	99.6±2.2 К,2	73.6±1.7 К,1,2,3,4
	157±3,6	156±9.7	105.3±7.7 К	208±9.4 К,1	133±7.6 1,2	89.6±3.0 К,1,2,3	87.6±2.5 К,1,2,3
Цинк	273±3.5	271±11,5	226±10.8 К	242±10.6	274±10.1 1	299±10.8 1,2	206±9.5 К,2,3,4
	294±6,6	295±16.3	211±12.3 К	234±13.5 К	286±13.7	304±13.6 1,2	218±10.8 К,3,4
Калий	77,5±0,55	55.3±1.2	62.7±1.6 К	47.5±1.4 К,1	82.5±1.3 К,1,2	43.8±1.8 К,1,3	66.3±2.2 К,2,3,4
	88,2±0,96	75.3±2.0	82.7±3.1	84.5±1.4 К	80.5±1.4 К	77.8±2.6	76.3±3.1
Селен	0,58±0,01	0.55±0.05	0.71±0.04 К	0.54±0.04 1	0.33±0.05 К,1,2	0.64±0.06 3	1.01±0.07 К,1,2,3,4
	0,40±0,02	0.51±0.07	0.79±0.08 К	0.47±0.03 1	0.57±0.04 1	0.40±0.04 1,3	0.82±0.06 К,2,3,4
Железо	7,94±0,18	11.5±0,37	14.6±0,14 К	8.71±0.19 К,1	12.4±0.23 1,2	10.7±0.19 1,2,3	17.6±0,15 К,1,2,3,4
	8,72±0,26	21.2±0,84	18.6±0.37	15.3±0.35 К,1	16.1±0.48 К,2	17.7±0.33 К,2	14.5±0,13 К,1,4
Йод	3,63±0,10	4.47±0.37	5.53±0.31	3.80±0.28 1	4.92±0.31	3.33±0.24 К,1,3	5.32±0,18 2,4
	5,19±0,15	5.12±0.56	5.05±0.42	5.78±0.36	5.72±0.44	4.65±0.31 2	4.39±0.15

Примечания. В каждой клетке таблицы верхние значения – показатели у больных ПХГД, нижние – ЯБ ДПК; верхние индексы показывают наличие достоверных отклонений показателя по сравнению с различными группами по критерию Фишера.

Из данных таблицы 1 следует, что использование нутритивно – метаболических средств в коррекции пищевого статуса больных ПХГД и ЯБ ДПК сопровождается достоверным восстановлением уровня исходно дефицитных минералов: селена, кальция, магния, цинка и марганца в пер-

вой, четвертой и пятой опытных группах, больные которых получали нутритивно- метаболические средства, содержащие в своем составе витамины и минералы. Причем у больных пятой опытной группы, которым для в восстановлении пищевого статуса получали комплекс нутритивно- мета-

болических средств, восстановленный уровень исходно дефицитных минералов к концу лечения достоверно превосходил аналогичные показатели других опытных групп. У больных второй, третьей опытных и контрольной групп к концу лечения определялось усугубление дефицита, по сравнению с исходным уровнем, селена, кальция, магния, цинка и марганца, что сопровождалось сохранением диспепсических жалоб и проявлений психовегетативного дискомфорта к концу лечения, с одной стороны, и отсутствием достоверной положительной динамики макроскопических

изменений в гастродуоденальной слизистой по результатам ЭГДС, с другой.

Выраженный терапевтический эффект использования нутритивно – метаболической коррекции пищевого статуса больных ПХГД и ЯБДПК подтверждался также достоверной положительной динамикой исследуемых биохимических показателей к концу лечения у больных первой, третьей, четвертой и пятой исследуемых групп в сравнении с больными ПХГД и ЯБ ДПК контрольной группы – таблица 3.

Таблица 3. Динамика метаболических показателей больных ПХГД и ЯБ ДПК под влиянием проведенного лечения.

Показатели	До лечения n = 214/103	После лечения					
		Контроль n = 37/19	Группа 1 n = 34/17	Группа 2 n = 36/16	Группа 3 n = 33\21	Группа 4 n = 36/17	Группа 5 n = 38/13
Холестерин	5,4±0,05	5,5±0,19	5,0±0,16 К	5,3±0,14	4,9±0,14 К	5,1±0,19 К	4,7±0,12 К,1
	5,3±0,07	5,4±0,23	5,1±0,19	5,2±0,18	4,8±0,17 К	5,4±0,22	4,9±0,17 К
Триглицериды	1,6±0,04	1,9±0,11	1,7±0,08	1,8±0,10	1,6±0,09 К	1,7±0,06	1,6±0,06 К
	1,4±0,05	1,8±0,14	1,6±0,13	1,7±0,12	1,4±0,12 К	1,7±0,12	1,5±0,09 К
Общий белок	72,7±0,25	70,1±0,84	78,2±0,87 К	74,9±0,81 К	77,5±0,96 К	69,2±0,83	74,2±0,79 К,1,4
	73,9±0,31	69,7±0,97	73,2±1,08 К	72,9±1,12	75,5±1,19 К	67,7±0,94	77,5±0,90 К,1,2,4
Альбумин	42,0±0,18	41,5±0,66	46,5±0,78 К	43,2±0,69	40,6±0,59 1	40,2±0,67	47,3±0,74 К,2,3,4
	40,7±0,20	41,8±0,94	48,3±1,24 К	45,2±0,88	40,1±0,95 1	41,2±0,94	48,3±1,34 К,3,4
Глюкоза	4,7±0,05	5,2±0,11	4,8±0,08 К	5,2±0,11	5,5±0,10 К	5,0±0,09	4,9±0,07 К,2,3
	4,4±0,06	5,2±0,15	4,8±0,13 К	5,0±0,16	5,3±0,13 1	5,2±0,11	5,0±0,10
Холестерин ЛПВП	1,2±0,03	1,1±0,06	1,3±0,04	1,2±0,07	1,3±0,08	1,2±0,09	1,5±0,06 К,2,4
	1,3±0,04	1,1±0,09	1,2±0,08	1,4±0,11	1,3±0,12	1,5±0,15 К	1,5±0,09 К,1
Индекс атерогенности	3,23±0,77	3,4±0,84	3,3±1,14	3,2±0,72	2,8±0,51	3,8±0,21	3,0±0,91
	3,33±0,35	3,3±0,79	3,1±0,24	3,4±0,86	2,9±0,44	3,9±0,29	3,0±0,81
Мочевина	5,8±0,09	5,6±0,18	5,8±0,15	5,9±0,17	6,2±0,15 К,1	5,9±0,17	5,1±0,14 К,1,2,3,4
	5,9±0,13	6,6±0,23	5,5±0,21 К	6,6±0,24	6,1±0,22 К,1	6,3±0,24 1	5,3±0,19 К,2,3,4

Примечание. В каждой клетке таблицы верхние значения – показатели у больных ПХГД, нижние – ЯБ ДПК; верхние индексы показывают наличие достоверных отклонений показателя по сравнению с различными группами по критерию Фишера.

Так нами установлена положительная динамика исходно нарушенных показателей в виде достоверного увеличения уровня общего белка (с 72,7±0,25 до 74,2±0,79 г/л у больных ПХГД и с 73,9±0,31 до 77,5±0,90 г/л у больных ЯБДПК) и альбуминов (с 42,0±0,18 до 47,3±0,74 г/л у больных ПХГД и с 40,7±0,20 до 48,3±1,34 г/л у больных ЯБДПК), снижении исходно повышенного уровня общего холестерина (с 5,4±0,05 ммоль/л до 4,7±0,12 ммоль/л у больных ПХГД и с 5,3±0,07 до 4,9±0,17 ммоль/л у больных ЯБДПК), увеличение холестерина в составе антиатерогенной фракции ЛПВП и снижение, исходно повышенного, индекса атерогенности (с 3,23±0,77 до 3,0±0,91 у больных ПХГД и с 3,33±0,35 до 3,0±0,81 у больных ЯБДПК). Однако у больных пятой исследуемой группы, получавшими для восстановления пищевого статуса комплексную нутритивно – метаболическую коррекцию, отмечалось достоверно лучшая динамика нарушенных показателей обмена (повышение уровня общего белка и альбумина к концу лечения) и липидограммы (снижения уровня общего холестерина и холестеринного индекса атерогенности за счет повышения уровня холестерина в антиатерогенной фракции ХС ЛПВП) как в сравнении с группой контроля, так и больными других исследуемых групп, получавшими для коррекции пищевого статуса метаболические средства в виде монотерапии.

Полученные результаты мы связывали, с одной стороны, с восстановлением нарушенных функций пищеварительного транспортного конвейера, и, как следствие, оптимизацией процессов переваривания пищи и всасывания нутриентов, с другой стороны, с нормализацией исходно нарушенных функций печени (белковосинтетической, холеретической и холекинетической) и внешнесекреторной функции поджелудочной железы, часто сопутствующих данной патологии.

Выводы.

1. Использование нутритивно – метаболических средств для коррекции нарушенного пищевого статуса способствует восстановлению нарушенного переваривания пищи и ассимиляции нутриентов у больных первичным хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, оптимизируя обеспеченность организма эссенциальными макро- и микронутриентами.

2. Комплексное использование нутритивно- метаболических средств в реабилитации больных ПХГД и ЯБДПК является эффективным этиопатогенетическим методом коррекции нарушенных показателей белкового, липидного и минерального обменов, о чем свидетельствует восстановление до нормального уровня исходно дефицитных эссенциальных минералов (селена, кальция, магния, цинка и марганца), а также нормализация нарушенных показателей белкового обмена и липидограммы.

3. В результате проведенной нами комплексной оценки динамики клинических, функциональных, эндоскопических и клинично – лабораторных и биохимических исследований у больных ПХГД и ЯБ ДПК под влиянием нутритивно – метаболической коррекции и пищевого статуса, установлено достижение наиболее выраженного доказанного терапевтического эффекта в пятой опытной группе, больные которой получали комплексную нутритивно- метаболическую коррекцию пищевого статуса: сбалансированную белково – витаминно- минеральную смесь «Нутринор», антистрессовый ВМК «Би – Стресс» и биокорректор «Эу-эйнол», содержащий ПНЖК класса омега-3 и пробиотики, которые оказывали воздействие на основные этиопатогенетические механизмы данной патологии. У больных остальных контрольных групп отмечалась выраженная положительная динамика лишь «адресных» показателей, связанных с составом используемых средств нутритивно – метаболической коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тутельян В.А., Спиричев В.Б., Суханов Б.П. и др. Микронутриенты в питании здорового и больного человека.- М.: Колос, 2002-424 с.
2. Сергеев В.Н. и соавт. Метаболическая профилактика преждевременного старения. /Материалы научно – практических конгрессов III Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России».- М., 2007, Т.2, Часть 1.- С.126 – 132.
3. Питательные смеси для энтерального питания. /Информационное письмо.-М.: 2008.-24 с.



4. Филимонов Р.М. Гастродуоденальная патология и проблемы восстановительного лечения. -М.: Медицинское информационное агентство. 2005. -392 с.
5. Скальный А.В., Рудаков И.А. Биоэлементы в медицине. -М.: Издательский дом: «ОНИКС – 21 век», 2004. - 272 с.
6. Лечебное питание в клинической гастроэнтерологии./Под ред. Гриневича В.Б.-Петрозаводск: Издательство «Интел-Тек», 2003 - 139 с.
7. Ивашкин В. Т., Шевченко В.П. Питание при болезнях органов пищеварения. – М. : ГЭОТАР- Медиа, 2005. -352 с.
8. Ткаченко Е.И., Успенский Ю.П. Питание, микробиоценоз и интеллект человека. -СПб.: СпецЛит. 2006. -590 с.
9. Сергеев В.Н., Сафонов А.Б. Перспективы использования метаболической терапии в лечение неинфекционных заболеваний. //Педиатрия-2002.-№3.-С. 92 – 98.
10. Сергеев В.Н., Сафонов А.Б. Фармакотерапия и полинутриентная недостаточность. //Педиатрия.-2003 – №6.- С.-9.
11. Принципы метаболической и нутритивной коррекции нарушенного пищевого статуса лиц трудоспособного возраста./Методические рекомендации. Москва, 2007. -18 с.
12. Сергеев В.Н., Исаев В.А. Нутритивно- метаболическая коррекция при нарушениях функции желудочно-кишечного тракта. /Материалы V всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России»- М.: 2009. -Т.5.- С.- 86 – 92.
13. Способ определения пищевого статуса и методы его коррекции специализированными продуктами питания в условиях стационарного и санаторно-курортного лечения. /Методическое письмо. Минздравсоцразвития Р.Ф, Департамент развития медицинской помощи и курортного дела.-Москва-2004.-39 с.
14. Применение энтерального питания в диетотерапии различных заболеваний. /Методические рекомендации.- М. :, 2005.- 48 с.
15. Сергеев В.Н., Бобровницкий И.П., Филимонов Р.М. Эффективность коррекции пищевого статуса больных первичным хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. /Материалы VI международного конгресса «Восстановительная медицина и реабилитология 2009». –Москва. 2009. – С. 180-182.
16. Сергеев В.Н., Исаев В.А. Метаболические аспекты пищевого рациона. /Материалы V Российской научно – практической конференции «Актуальные проблемы нанобиотехнологии и инноваций с нетрадиционными природными ресурсами и создания функциональных продуктов». – Москва. 2009.-С.212-223.
17. Ермолов А.С., Попова Т.С., Пахомова Г.В., Утешев Н.С. Синдром кишечной недоста-точности в неотложной и абдоминальной хирургии. - М.: МедЭкспертПресс, 2005-460 с.

РЕЗЮМЕ

В работе доказаны эффективность коррекции пищевого статуса больных первичным хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки метаболическими средствами. Установлена выраженная корреляционная связь между составом используемых метаболическими средствами и восстановлением нарушенного уровня макро- и микронутриентов и показателей обмена веществ. Доказано достоверное терапевтическое преимущество использования комплекса метаболических средств в коррекции пищевого статуса больных первичным хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в сравнении с использованием отдельных метаболических средств, а также традиционной терапии у данной категории больных.

Ключевые слова: пищевой статус, гастродуоденит, язвенная болезнь, нутритивно-метаболические средства, обмен веществ, макро- и микроэлементы.

ABSTRACT

It's proved the efficiency of the nutrition status' correction by way of metabolic means among the patients with primary chronic gastro-duodenitis (PCGD) and duodenum' ulcer (DU). probiotics. It's determined ligible correlation between composition of metabolic means in use and restoration of the macro- and micronutrients level changed and metabolism' indexes. It's proved trustworthy therapeutic preference of the use of metabolic means' complex for correction nutrition status of the patients with PCGD and DU in compare with the use of separate (single) metabolic means or traditional therapy in this group of patients.

Keywords: the food status, disease of a stomach and a duodenal gut, a stomach ulcer, nutritivno-metabolic means, a metabolism, macro- and microcells.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПРОДУКТА ПИТАНИЯ «САМАРСКИЙ ЗДОРОВЯК» В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ РОССИЯН И УВЕЛИЧЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ

УДК 613.2 + 615.874.2

Мальшев В.К., директор «Новые пищевые технологии «СОЗВЕЗДИЕ», support@sozvesdie.su,

Мальшев А.В., научный сотрудник «Новые пищевые технологии «СОЗВЕЗДИЕ», support@sozvesdie.su,

Романчук П.И., к.м.н., врач кардиолог, заместитель главного врача ГУЗ СО «ГНПЦ», заместитель директора ЦАГИС, RomanchukPI@yandex.ru ,

Романчук Н.П., научный сотрудник СНО ГОУ ВПО «СамГМУ» Росздрава, SamaraCAN@mail.ru,

Кузнецов С.И., к.м.н., доцент, руководитель департамента оказания медицинской помощи взрослому населению МЗиСР Самарской области, noobesity@rambler.ru,

Сиротко И.И., д.м.н., профессор, главный терапевт МЗиСР Самарской области, domis@mail.ru,

Крюков Н.Н., д.м.н., профессор, з.д.н. РФ, первый проректор-проректор по научной и инновационной работе ГОУ ВПО «СамГМУ» Росздрава, директор ЦАГИС, SamaraCAN@mail.ru

*Самарское предприятие «Новые пищевые технологии «СОЗВЕЗДИЕ»,
Министерство здравоохранения и социального развития (МЗиСР) Самарской области,
ГУЗ Самарской области «Гериатрический научно-практический центр» («ГНПЦ»),
ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» (СамГМУ) Росздрава,
Центр артериальной гипертензии г. Самара (ЦАГИС), РОССИЯ*

Аннотация

Благодаря сосредоточению в г. Самаре (г. Куйбышеве) космических инноваций и нанотехнологий, в 2002 году Мальшевым В.К. разработан и производится на сегодняшний

день в России первый и, единственный функционально – микробиотический продукт питания. Функциональный продукт питания (ФПП) «Самарский здоровяк» производится с применением нанотехнологий диетического, лечебного и про-