

РАЗГРУЗОЧНО- ДИЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Руководство для врачей

Под редакцией заслуженного деятеля науки,
доктора медицинских наук, профессора, члена-корреспондента РАЕ
А. Н. Кокосова

Условные сокращения	7
Предисловие (Кокосов А. Н.)	9
Краткая историческая справка (Кокосов А. Н.)	13

**Глава 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ
РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (Кокосов А. Н.)**

1.1. Физиологические основы разгрузочно-диетической терапии	15
1.2. Саногенетические изменения в организме пациента	24
1.3. Противопоказания и показания к разгрузочно-диетической терапии	28
1.4. Алгоритм действий врача, практикующего разгрузочно-диетическую терапию	29
1.5. Методики разгрузочно-диетической терапии	31
1.5.1. Полное («влажное») голодание	31
1.5.2. Абсолютное («сухое») голодание	46
1.5.3. Комбинированное («сухое» и «влажное») голодание	48
1.5.4. «Ступенчатое» голодание	48
1.5.5. Фракционное голодание	49
1.6. Выбор методики и тактики лечения в зависимости от клинических особенностей патологии	49
1.7. Пути оптимизации результатов лечения	51
1.8. Возможные побочные реакции (осложнения). Пути их предупреждения	61
1.9. Профилактика рецидивов болезни после разгрузочно-диетической терапии	65

**Глава 2. ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ
РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

2.1. Разгрузочно-диетическая терапия при соматической патологии	68
2.1.1. Бронхолегочная патология (Кокосов А. Н., Осинин С. Г.)	68
2.1.2. Сердечно-сосудистая патология (Муравьев С. А., Макарова Г. А.)	82
2.1.3. Желудочно-кишечная патология (Максимов В. А., Панайкин В. И., Каратаев С. Д., Лысов А. Н., Чернышев А. Л., Тарасов К. М., Куликов А. Г., Бунтин С. Е., Зеленцов С. Н., Обухов Ю. В., Цицеров В. И., Щербатых С. И., Мельников В. Л.)	95
2.1.4. Эндокринная патология (Ашихмина М. В., Оганова А. Г., Вуколова З. П.)	118
2.1.5. Патология обмена веществ (Лаптева Е. Н., Лаптева Е. С.)	146
2.1.6. Заболевания костно-суставного аппарата (Кокосов А. Н.)	168
2.1.7. Патология кожи (Ермолаев Н. Н., Кокосов А. Н.)	169

**Разгрузочно-диетическая терапия: руководство для
P17 врачей / под ред. А. Н. Кокосова. — СПб.: СпецЛит, 2007. —
320 с.: ил. — ISBN 978-5-299-00336-9**

В руководстве представлен коллективный опыт врачей, успешно ис-
пользующих лечебное голодание, или разгрузочно-диетическую терапию как
немедикаментозный метод лечения болезней и оздоровления организма.

Издание предназначено для врачей разных специальностей — терапев-
тов (кардиологов, пульмонологов, гастроэнтерологов и др.), невропатоло-
гов, психиатров, врачей общего профиля, семейных врачей, а также пред-
ставляет интерес для научных работников, преподавателей и студентов
старших курсов высших медицинских учебных заведений.

УДК 616 616.3

Все права защищены. Использование любых материалов без письменного разреше-
ния правообладателя запрещено и преследуется по закону РФ.

ISBN 978-5-299-00336-9

© Кокосов А. Н., 2007

© ООО «Издательство „СпецЛит“, 2007

2.1.8. Доброкачественные опухоли и предраковые состояния (Бабинов Б. Н., Наумов М. М., Черноморженко Н. Б.)	171
2.1.9. Особенности разгрузочно-диетической терапии при множественной соматической патологии (Муравьев С. А., Макарова Г. А.)	174
2.1.10. Разгрузочно-диетическая терапия в гериатрической практике (Редгиц И. В., Треумова С. И., Редгиц В. И.)	186
2.1.11. Лечебное голодание при некоторых формах острой патологии («простуда») (Кокосов А. Н., Алифанов А. А.)	206
2.1.12. Повторное краткосрочное лечебное голодание как средство оздоровления организма (Кокосов А. Н.)	211
2.2. Разгрузочно-диетическая терапия в невропатологии (Гурвич В. Б.)	213
2.3. Разгрузочно-диетическая терапия в психиатрии (Гурвич В. Б.)	233

Глава 3. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В СИСТЕМЕ ОРГАНОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (на примере Республики Бурятия)

3.1. Состояние здравоохранения в республике; предпосылки для внедрения метода разгрузочно-диетической терапии (Извекова Л. И.)	262
3.2. Пути и способы оптимизации внедрения разгрузочно-диетической терапии в стационарных и поликлинических учреждениях органов здравоохранения (Годинья К. Л., Митупов М. Б., Кокосов А. Н.)	264
3.3. Особенности организации и проведения разгрузочно-диетической терапии в санаторно-курортных условиях (Батаева Н. А., Шумилов А. Н., Шаталова Т. В., Соколова Т. И., Серебренников А. И., Шагдурова А. Д., Сыренова Т. С.)	268
Заключение (Кокосов А. Н.)	273

Приложения:

1. Варианты начального восстановительного питания при повышенной чувствительности к некоторым пищевым продуктам (Кокосов А. Н., Осинин С. Г.)	275
2. Примерное меню-раскладка восстановительного лечебного питания при проведении разгрузочно-диетической терапии (Эвеништейн З. М., Кокосов А. Н.)	277
3. Материалы к организации и амбулаторному проведению лечебного голодания в условиях частного медицинского центра (Лаптева Е. Н., Лаптева Е. С.)	293
4. Рецепты блюд, рекомендованных для восстановительного питания (Лаптева Е. Н.)	299

Литература	306
-----------------------------	-----

КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ

- Алифанов А. А. — врач-фитотерапевт; районная больница (г. Всеволожск Ленинградской обл.).
 Ашихмина М. В. — канд. мед. наук; Российский университет дружбы народов (г. Москва).
 Бабинов Б. Н. — канд. мед. наук; доцент; Тюменский областной онкологический диспансер; Тюменская медицинская академия.
 Батаева Н. А. — канд. мед. наук; курорт «Горячинск» (Республика Бурятия).
 Бунтин С. Е. — канд. мед. наук; медицинский отдел МНТО «Гранит» (г. Москва).
 Вуколова З. П. — канд. мед. наук; гор. клин. б-ца № 79 (г. Москва).
 Годинья К. Л. — менеджер-организатор Республиканского центра медицинской профилактики и информации Министерства здравоохранения Республики Бурятия (г. Улан-Удэ).
 Гурвич В. Б. — канд. мед. наук, НИИ психиатрии Министерства здравоохранения РФ (г. Москва).
 Ермолаев Н. Н. — врач-дерматолог-венеролог; Республиканский кожно-венерологический диспансер Республики Бурятия (г. Улан-Удэ).
 Зеленцов С. Н. — канд. мед. наук; медицинский отдел МНТО «Гранит» (г. Москва).
 Извекова Л. И. — начальник Управления лечебно-профилактической помощи населению Министерства здравоохранения Республики Бурятия (г. Улан-Удэ).
 Каратаев С. Д. — канд. мед. наук; медицинский отдел МНТО «Гранит» (г. Москва).
 Кокосов А. Н. — д-р мед. наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ; член-кор. РАЕ; Главный научный сотрудник НИИ пульмонологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова; научный руководитель городского центра РДТ (г. Санкт-Петербург).
 Куликов А. Г. — канд. мед. наук; медицинский отдел МНТО «Гранит» (г. Москва).
 Лаптева Е. Н. — д-р мед. наук, профессор кафедры гастроэнтерологии МАПО; главный врач ООО «ЛЕНцентра» (г. Санкт-Петербург).
 Лаптева Е. С. — канд. мед. наук; доцент кафедры сестринского дела и социальной работы МАПО (г. Санкт-Петербург).
 Лысов А. Н. — канд. мед. наук; медицинский отдел МНТО «Гранит» (г. Москва).
 Макарова Г. А. — врач-диетолог, МСЧ «Нефтяник» (г. Тюмень).
 Максимов В. А. — д-р мед. наук, профессор; заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ, академик Рос. акад. медико-техн. наук; медицинский отдел МНТО «Гранит» (г. Москва).
 Муравьев С. А. — заслуженный врач РФ, канд. мед. наук, МСЧ «Нефтяник» (г. Тюмень).
 Мельников В. Л. — канд. мед. наук; медицинский отдел МНТО «Гранит» (г. Москва).

Условные сокращения

Митупов М. Б. — канд. мед. наук, директор Республиканского учебно-научно-методического центра МЗ Республики Бурятия (г. Улан-Удэ).
Наумов М. М. — врач-онколог; Тюменский областной онкологический диспансер; Тюменская медицинская академия.
Обухов Ю. В. — канд. мед. наук, медицинский отдел МНТО «Гранит» (г. Москва).
Оганова А. Г. — канд. мед. наук, гор. клин. б-ца № 79 (г. Москва).
Осинин С. Г. — д-р мед. наук; ст. науч. сотр. НИИ пульмонологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова (г. Санкт-Петербург).
Панайкин В. И. — канд. мед. наук; медицинский отдел МНТО «Гранит» (г. Москва).
Редгиц И. В. — д-р. мед. наук, профессор, зав. кафедрой терапии Украинской медицинской стоматологической академии (Полтава, Украина).
Редгиц В. И. — канд. мед. наук; кафедра терапии Украинской медицинской стоматологической академии (Полтава, Украина).
Серебренников А. И. — врач-курортолог; курорт «Горячинск» (Республика Бурятия).
Соколова И. И. — врач-курортолог; курорт «Горячинск» (Республика Бурятия).
Сыренова Т. С. — Санаторно-курортное учреждение профсоюзов «Байкалкурорт» (г. Улан-Удэ).
Тарасов К. М. — канд. мед. наук; медицинский отдел МНТО «Гранит» (г. Москва).
Треумова С. И. — канд. мед. наук, доцент кафедры терапии Украинской медицинской стоматологической академии (Полтава, Украина).
Цыцеров В. И. — канд. мед. наук; медицинский отдел МНТО «Гранит» (г. Москва).
Чернышев А. Л. — канд. мед. наук; медицинский отдел МНТО «Гранит» (г. Москва).
Черноморченко Н. Б. — врач-онколог; Тюменский областной онкологический диспансер; Тюменская медицинская академия.
Шагдурова А. Д. — врач-курортолог; курорт «Аршан» (Республика Бурятия).
Шаталова Т. В. — врач-курортолог; курорт «Горячинск» (Республика Бурятия).
Шумилов А. Н. — врач-курортолог; курорт «Горячинск» (Республика Бурятия).
Щербатых С. И. — канд. мед. наук; медицинский отдел МНТО «Гранит» (г. Москва).
Эвеништейн З. М. — докт. мед. наук, диетолог; руководитель городского центра РДТ (г. Санкт-Петербург).

АД	--	артериальное давление
АлАТ	--	аланинаминотрансфераза
АМ	--	альвеолярные макрофаги
АО	--	антиоксидантная обеспеченность
АС	--	анкилозирующий спондилоартрит
АсАт	--	аспартатаминотрансфераза
АТМК	--	адренотиреотропная микросомальная фракция
АТТГ	--	адренотиреотропный тиреоглобулин
АТФ	--	аденозинтрифосфат
БА	--	бронхиальная астма
БАВ	--	биологически активные вещества
БАТ	--	биологически активные точки
БКГ	--	баллистокардиография
БОД	--	болезни органов дыхания
БОС	--	бронхообструктивный синдром
ВНИИП	--	Всесоюзный научно-исследовательский институт пульмонологии
ВЛГД	--	волевая ликвидация глубокого дыхания
ГАС	--	генерализованный адаптивный стресс
ГБ	--	гипертоническая болезнь
ГБИ	--	гипербарический индекс (СМАД)
ГК	--	глюкокортикостероиды
ДНК	--	дезоксирибонуклеиновая кислота
ДОА	--	деформирующий остеоартроз
ЖЕЛ	--	жизненная емкость легких
ЖКТ	--	желудочно-кишечный тракт
ИБС	--	ишемическая болезнь сердца
ИМТ	--	индекс массы тела
ИРТ	--	иглорефлексотерапия
ИСАГ	--	изолированная систолическая артериальная гипертония
КВВВ	--	конденсат влаги выдыхаемого воздуха
КС	--	кортикостероиды
КШР	--	кислотно-щелочная реакция
ЛФК	--	лечебная физкультура
МДП	--	маниакально-депрессивный психоз
МОК	--	минутный объем крови
ОЕЛ	--	общая емкость легких
ООЛ	--	остаточный объем легких
ОП	--	остеохондроз позвоночника
ОПС	--	общее периферическое сопротивление
ОРВИ	--	острая респираторная вирусная инфекция
ОРЗ	--	острое респираторное заболевание

ОТ/ОБ	—	объем талии/объем бедер
ОФВ ₁	—	объем форсированного выдоха за 1 с
ОЦК	—	объем циркулирующей крови
ПНП	—	предсердный натрийуретический пептид
ПОЛ	—	перекисное окисление липидов
ПОЛ-АО	—	перекисное окисление липидов — антиоксиданты
РДП	—	разгрузочно-диетическая профилактика
РДТ	—	разгрузочно-диетическая терапия
РНК	—	рибонуклеиновая кислота
РЭГ	—	реоэнцефалография
САД	—	систолическое артериальное давление
СМ	—	средняя молекула
СМИ	—	средства массовой информации
СМАД	—	суточный мониторинг АД (при РДТ)
СОЭ	—	скорость оседания эритроцитов
СРБ	—	C-реактивный белок
СРТК	—	синдром раздраженной толстой кишки
ССП	—	сахаросодержащие препараты
ст.	—	степень
ТТГ	—	тиреотропный гормон
ТЗ	—	трийодтиронин
Т4	—	общий тироксин
УЗИ	—	ультразвуковое исследование
УО	—	ударный объем (крови)
УПС	—	уровень периферического сопротивления (сосудов)
ФВД	—	функция внешнего дыхания
ФГДС	—	фиброгастродуоденоскопия
ХОБЛ	—	хроническая обструктивная болезнь легких
ЦНС	—	центральная нервная система
ЧСС	—	частота сердечных сокращений
ЭГДС	—	эхогастродуоденоскопия
ЭКГ	—	электрокардиограмма
ЭОС	—	электрическая ось сердца
ЭХДЗ	—	этапное хроматическое дуоденальное зондирование
ЭхоКГ	—	эхокардиография
ЭЭГ	—	электроэнцефалография
11-ОКС	—	11-оксикортикостероиды
CGI	—	шкала общего клинического впечатления
НСТ	—	тест на метаболическую активность нейтрофилов

*Светлой памяти профессора
Юрия Сергеевича Николаева,
основоположника метода разгрузочно-
диетической терапии, посвящается...*

ПРЕДИСЛОВИЕ

В начале 1970-х гг. мой коллега врач-хирург М. для укрепления своего здоровья (у него была «мягкая» артериальная гипертензия) периодически воздерживался от приема пищи (постился), продолжая в это время работать — дежурить по «скорой помощи» в ночное время, участвовать в плановых торакальных операциях, сохраняя при этом хорошее самочувствие и высокий жизненный тонус. Периодически он ездил в Москву, где советовался с профессором Юрием Сергеевичем Николаевым, который разрабатывал метод периодического воздержания от приема пищи (голодания) для оздоровления организма. Ю. С. Николаев называл этот метод *разгрузочно-диетическая терапия*, имея в виду, что после пищевой депривации (голодания) должно следовать диетическое питание.

В 1973 г. в продаже появилась книга «Голодание ради здоровья» [150]. Несмотря на достаточно большой тираж (200 000 экз.), она была быстро раскуплена, так как привлекла читателей (главным образом из интеллигентных слоев общества) необычностью сюжета и живостью повествования.

В том же году директор Всесоюзного научно-исследовательского института пульмонологии (ВНИИП) МЗ СССР, где я работал, академик Ф. Г. Углов получил из Главного лечебного управления Минздрава письмо, в котором сообщалось о том, что сотрудник НИИ психиатрии МЗ РФ профессор Ю. С. Николаев разработал метод разгрузочно-диетической терапии (РДТ) и выявил его эффективность в лечении некоторых психических заболеваний, при этом им был отмечен положительный эффект и при сопутствующей соматической патологии, в частности при бронхиальной астме (БА). Об этом Ю. С. Николаев сообщил в Главное управление лечебно-профилактической помощи взрослому населению МЗ СССР и выступил с предложением — проверить лечебный эффект РДТ при соматической патологии. В соответствии с этим ВНИИП предлагалось изучить предложение профессора Ю. С. Николаева и, если лечебный эффект РДТ у больных БА подтвердится, выявить его основные механизмы, выработать показания и противопоказания к его применению и написать методические рекомендации для врачей-терапевтов (пульмонологов).

В то время я возглавлял терапевтическое отделение ВНИИПа, поэтому выполнение этого задания Минздрава было поручено мне и сотрудникам нашего отделения. Но фактически в этой (многолетней) работе участвовали все лаборатории ВНИИПа, а также некоторые сотрудники кафедры госпитальной терапии 1-го Ленинградского медицинского института (ныне — Медицинского университета) им. акад. И. П. Павлова. В процессе работы состоялось мое знакомство с профессором Ю. С. Николаевым. Юрий Сергеевич с большим удовлетворением воспринял «подключение» к этой работе нашего научного коллектива.

Клиническая апробация метода РДТ в отделении прошла успешно, мы убедились в его эффективности у больных БА. Были написаны, утверждены и напечатаны соответствующие методические рекомендации для врачей [96]. В процессе проведенной работы выявилась также эффективность РДТ при самой различной соматической патологии.

Это в последующем явилось предметом специальных научных исследований, в том числе диссертационного характера, как в области пульмонологии, так и в других разделах патологии.

Многие вопросы внедрения РДТ во врачебную практику мне было решать много легче, чем Юрию Сергеевичу в Москве, ибо я в то время был главным пульмонологом Главного управления здравоохранением Ленинграда (ГУЗЛа), имел хороший контакт со многими клиниками и специалистами. РДТ научно разрабатывалась и применялась во ВНИИПе, клинике госпитальной терапии 1-го ЛМИ им. акад. И. П. Павлова, в ЛенГИДУВе, в Военно-медицинской академии, а также в нескольких пульмонологических отделениях города. Приказом по ГУЗЛу был создан городской центр РДТ с амбулаторным приемом и наблюдением реконвалесцентов РДТ где изучались возможности разгрузочно-диетической профилактики (РДП). Большую работу в этом плане проводил заведующий центром — доктор мед. наук, диетолог З. М. Эвенштейн; я был назначен научным руководителем этого центра.

Несмотря на определенные трудности внедрения РДТ в систему органов здравоохранения, а все новое всегда внедряется с трудом, «география» применения метода в стране постепенно расширялась (кроме Москвы и Ленинграда) — Минск, Харьков, Кривой Рог, Алма-Ата, Таллин, Рига, Полтава, Майкоп... Однако решающее значение, по моему мнению, сыграло обсуждение этого вопроса на совместном заседании президиума Академии медицинских наук и президиума Ученого совета Министерства здравоохранения СССР, где основной доклад сделал Юрий Сергеевич, а я рассказал о нашем опыте применения РДТ при лечении больных БА и сопутствующей соматической патологии в Ленинграде. В итоге было принято решение об организации и проведении Всесоюзной научно-практической конференции по вопросам приме-

нения РДТ в клинической практике. В план научных исследований академического Института питания была включена тема по клинико-экспериментальному изучению механизмов лечебного голодания; одновременно оговаривалось создание рабочей группы для координации всей работы по РДТ с включением в ее состав профессоров Ю. С. Николаева (Москва) и А. Н. Кокосова (Ленинград).

В декабре 1984 г. в Москве состоялась Всесоюзная научно-практическая конференция на тему «Организация и методы дальнейшего внедрения РДТ в практику» с публикацией ее материалов [186]. Но основополагающим документом в этом плане явились *методические рекомендации по дифференцированному применению РДТ при некоторых внутренних и нервно-психических заболеваниях (для врачей терапевтов, диетологов, невропатологов и психиатров) с правом переиздания местными органами здравоохранения*. Они были изданы под грифом Минздрава СССР и его Главного управления лечебно-профилактической помощи населению в 1990 г. [130] и аналогичные *методические рекомендации* были созданы и утверждены начальником Главного военно-медицинского управления Министерства обороны РФ в 1993 г. [187].

В последующие годы, продолжая научно-практическую работу в этой области, я организовывал и проводил *авторскую школу РДТ*. Ее прошли врачи разных специальностей, которые (насколько мне известно) успешно применяют этот метод в своей практической работе. Несколько лет тому назад я с удовлетворением принял предложение Министерства здравоохранения Республики Бурятия — внедрить метод РДТ в практику органов здравоохранения этой республики. За прошедшие годы путем проведения «выездных семинаров» было подготовлено около 100 врачей, проведены 3 научно-практические конференции в рамках Байкальских чтений по теме «Разгрузочно-диетическая терапия и традиционная медицина» [185, 188, 189], в которых принимали участие научные работники и практические врачи не только этой республики, но и других регионов России, стран ближнего и дальнего зарубежья (Украина, Германия и др.). В настоящее время в Республике Бурятия РДТ применяется в условиях больничного стационара, оздоровительного центра и в двух санаториях («Горячинск» и «Аршан»).

За прошедшие годы РДТ, выйдя из недр традиционной медицины, прошла апробацию во многих клиниках страны с использованием современных клинико-лабораторных методов и приемов доказательной медицины, которые подтвердили ее эффективность. Это явилось предметом кандидатских и докторских диссертаций, монографий и отдельных публикаций. Являясь немедикаментозным методом, РДТ при многих патологиях фактически является

«базисной терапией», эффективность которой (при необходимости) может быть оптимизирована комплементарными методами традиционной медицины по принципу интегративной терапии.

Нарастающий интерес к РДТ врачей разных специальностей побудил меня к созданию настоящего руководства, обобщающего личный опыт специалистов, работающих как в государственных учреждениях, так и в частных клиниках и оздоровительных центрах. При этом возможности РДТ в лечении патологии были отнюдь не исчерпаны.

Надеюсь, что представленные в книге материалы, как организационно-методического, так и лечебно-профилактического плана, явятся для читателей-коллег побудительным мотивом овладеть данным методом, корректно используя РДТ в своей работе. Убежден, что это расширит их личные профессиональные возможности, а для их пациентов создаст условия выбора методов лечения и оздоровления, что в повседневной жизни становится все более важным.

А. Н. КОКОСОВ — заслуженный деятель науки РФ,
доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАЕ

КРАТКАЯ ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

История использования голода в качестве лечебного средства так же стара, как и сам мир. Есть немало оснований считать, что к периодическому воздержанию от пищи обращались еще первобытные люди, подобно тому как это делают заболевшие животные. В ранних сведениях об истории человечества голодание упоминалось не только как лечебное, но и как нравственно-воспитательное действие. Его применяли врачи, философы и жрецы.

В естественной эволюции голодания как метода лечебного воздействия можно условно выделить три основных периода: 1) эмпирический; 2) экспериментальный; 3) клинично-лабораторный.

Эмпирический период. По свидетельству историка Геродота, философ и математик Пифагор (VI в. до н. э.) систематически голодал до 40 дней. Древнегреческие философы Сократ и Платон периодически прибегали к 10-суточному голоданию, которое помогало им достигать «высшей степени умственного проникновения». Знаменитые врачи прошлого — Гиппократ и Ибн-Сина (Авиценна) рекомендовали своим пациентам голодание при многих болезнях общего характера; при этом Авиценна предпочитал пост продолжительностью до 3 недель.

В период Средневековья идеи использования голодания для лечения и оздоровления организма были преданы забвению, и предпочтение отдавалось канонизированному учению древнеримского врача Галена с рекомендацией «лекарственной» терапии.

В эпоху Возрождения, начиная с XV в., интерес к естественным методам лечения и оздоровления пробудился, благодаря идеям и практическому опыту венецианского врача Людвиг Корнаро (1465—1566) и швейцарского врача — известного ученого того времени — Парацельса (1493—1541). Определенным этапом в развитии указанных представлений явились также идеи немецких врачей — Ф. Гоффмана (1660—1742) и К. В. Гуфеланда (1762—1836), которые активно выступали за реформу питания, развивая идеи о «воздержанном образе жизни и умеренности в употреблении пищи».

Русские врачи начали использовать периодическое голодание в целях лечения со второй половины XVIII в. Возможно, побудительным стимулом к этому явился трактат профессора медицинского факультета Московского университета Петра Вильяминова «Слово о постах как средстве предохранения от болезней» (1769). Затем публикация профессора И. Г. Спасского в «Военно-медицинском журнале» (1834) — «Успешное действие голода на перемежающиеся лихорадки» и диссертация на тему «Материалы для вопроса о голодании», выполненную В. А. Монасеиным в клинике профессора С. П. Боткина в Военно-медицинской академии Санкт-Петербурга в 1869 г.

Экспериментальный период. В России этот период начался в конце XIX—начале XX в., когда ученик С. П. Боткина профессор В. В. Пашутин со своими сотрудниками изучил физиологические и патофизиологические особенности абсолютного, полного и частичного голодания в эксперименте на животных и в клинических условиях. По его мнению, «голодание есть состояние организма, когда его траты не восполняются полностью или частично извне, и он вынужден существовать за счет своих собственных ресурсов». Основополагающими для применения этого метода в клинической практике явились высказывания В. В. Пашутина о том, что «при голодании скорее погибают старые элементы, как обладающие меньшим запасом энергии», а «повторное не очень глубокое голодание представляет для центральной нервной системы своего рода гимнастику, ведущую к тому, что нервная система с каждым новым голоданием все сильнее сдерживает расходование запасов тела» [170].

Клинико-лабораторный период. Этот период в нашей стране следует отсчитывать с 1940—1950 гг., когда начал свои исследования московский клиницист-психиатр Ю. С. Николаев, его ученики и последователи [148]. Они показали перспективность лечебного голодания при некоторых душевных болезнях, а также при (сопутствующей) соматической патологии и этим во многом способствовали возвращению этого метода в широкую клиническую практику. Последнее наиболее ярко проявилось в Забайкалье, в Республике Бурятия, где Министерство здравоохранения и курортное управление «Байкал-курорт» получили достаточно высокую эффективность от применения этого метода [190].

1.1. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Под голоданием следует понимать состояние организма при полном или недостаточном поступлении пищевых веществ, а также выраженных нарушениях их состава или усвоения.

Голодание может быть полное («влажное»), абсолютное («сухое») или частичное («недоедание»). Лечебное значение имеет лишь полное и абсолютное голодание; частичное голодание лечебного значения не имеет, более того, при его большой продолжительности может привести к алиментарной дистрофии. Примером тому являются трагические события ленинградской блокады в период Великой Отечественной войны.

При полном и абсолютном голодании, когда нет пищи при достаточном количестве воды (в первом случае) или нет ни пищи, ни воды (во втором случае), живой организм как изначально хорошо организованная (кибернетическая) система жизнеобеспечения через механизм (управляемого) стресса [150], детально изученного Г. Селье, перестраивается с экзогенного питания на эндогенное. Продолжительность последнего имеет, естественно, определенные пределы. Физиологи установили их экспериментально: величина запасов, которые организм может использовать при голодании до наступления полного истощения, составляет 40—45 % массы тела. При потере ее до 25 % и точном соблюдении методики лечебного голодания в органах и тканях не происходит никаких необратимых патологических изменений. Так, при проведении лечебного голодания продолжительностью до 30 дней потеря массы тела составляет 12—18 %, что значительно ниже безопасной границы.

В процессе РДТ (этот термин был введен в практику профессором Ю. С. Николаевым) происходит адаптация организма к новым условиям жизнедеятельности, т. е. переход с экзогенного на эндогенное питание. В первые 36 ч эндогенного питания организм использует для своего жизнеобеспечения углеводы. Но их запасы, по сравнению с белками и, особенно, жирами, относительно невелики. Так, средний индивидуум с основным обменом 1800 ккал/сут. (отражающим близкий к истинному для большинства людей уровень энергетических запасов), включающим 15 кг жиров, эквивалентных 141 000 ккал, 6 кг белков — 24 000 ккал и лишь 0,225 кг углеводов — 900 ккал. Поэтому через 36 ч энергетические потребности организма обеспечиваются уже за счет глюкогенных аминок-

кислот (глюконеогенез), запасы которых также невелики. К 3-м суткам полного голодания использование углеводов как источника энергетического жизнеобеспечения уменьшается в 1,5 раза и одновременно более чем в 2 раза возрастает использование жировых запасов, в первую очередь, в виде триглицеридов и холестерина. Это имеет большой физиологический смысл, ибо жировых энергетических запасов в организме неизмеримо больше [95].

После 3-суточного (полного) голодания поддержание необходимого уровня глюкозы в крови обеспечивается в основном за счет глюконеогенеза жировой ткани. Известно выражение «жиры сгорают в пламени углеводов», т. е. для того, чтобы жиры в организме окислились полностью — до CO_2 и воды, необходимо достаточное количество углеводов. Но при отсутствии экзогенного поступления последних их запасы ограничены: внутренние потребности организма в энергии обеспечиваются на 82 % за счет жиров, на 15 % — за счет белков, и лишь на 3 % — за счет углеводов. В условиях недостатка последних как энергетического материала окисление жиров происходит неполноценно, т. е. не до конечных продуктов их метаболизма, а потому в крови и тканях постепенно накапливаются промежуточные продукты их обмена. Образующиеся при расщеплении триглицеридов жировой ткани неэстерифицированные жирные кислоты, которые доставляют около 50 % общего количества калорий, обеспечивающих жизнедеятельность организма в условиях полного голодания, окисляются лишь до промежуточных метаболитов жирового обмена — кетоновых тел: ацетона, ацетоуксусной и оксимасляной кислот и др. Это формирует состояние нарастающего ацидоза, которое продолжается до 9–10 дней полного голодания.

В клинической практике ацидоз обычно принято отождествлять с патологическим, трудно управляемым состоянием, осложняющим целый ряд тяжелых болезней: сахарный диабет, астматическое состояние и др. При РДТ с компенсированным (управляемым) ацидозом активация всех эфферентных (выделительных) систем организма и регулярное проведение так называемых очистительных процедур с самого начала голодания обеспечивают постоянное выведение из организма продуктов метаболизма (эндотоксинов, «шлаков») и, одновременно, способствуют активации адаптационных механизмов (саногенез). В этом, естественно, принимают участие центральная и периферическая нервная система, гипоталамус и основные эндокринные железы (гипофиз, надпочечники, щитовидная и поджелудочная железы) в их целесообразном, запрограммированном саногенезом взаимодействии.

Управляемый, в основном метаболический, ацидоз способствует фиксации растворенного в крови углекислого газа клетками тканей по принципу фотосинтеза; при несвойственном организму (в обычных условиях жизнедеятельности) эндогенном режиме пи-

тания «растормаживаются» древние реакции, свойственные некоторым млекопитающим, способным усваивать углекислый газ из воздуха, подобно растениям, обеспечивая тем самым синтез белковых и других органических соединений [54]. В состоянии стресса синтез нуклеиновых кислот (наследственного аппарата клеток), аминокислот и других БАВ, необходимых для продолжения жизнедеятельности, находится в прямо пропорциональной зависимости от процесса фиксации углекислого газа клетками. Основным «сырьем» для этого синтеза являются, кроме углекислоты, кетонные тела, а также балластные белки, которые образуются в процессе жизнедеятельности организма как промежуточные продукты обмена и аутолиза нежизнеспособных тканей. В этих условиях стресса, отсутствия экзогенного питания и нарастающего ацидоза «растормаживаются» и другие древние функции аварийного, саногенетического плана, сформировавшиеся в фило- и онтогенезе. Например, макрофаги, кроме свойственной им в обычных условиях жизнедеятельности при экзогенном питании, защитной функции фагоцитоза чужеродного антигенного материала, проявляют «пластическую» функцию: перерабатывают своими лизосомальными ферментами «балластные» белки в иные, пригодные в условиях эндогенного питания для реструктуризации жизнеспособной ткани.

М. Ф. Гулый [57] в течение 14 дней полного голодания, т. е. в условиях эндогенного питания наблюдал синтез достаточного количества изофермента амилазы, содержащейся в слюне и поджелудочной железе; этот фермент отличается от участвующего в пищеварительном процессе в условиях экзогенного питания меньшим количеством серосодержащих аминокислот. После окончания голодания синтез этого фермента прекращался [58]. Возможно, что выявленная ферментная перестройка в условиях эндогенного питания была обусловлена необходимостью перераспределения серосодержащих ферментных соединений для усиления барьерных функций эпителиального (кожного) покрова [150].

Использование кетонных тел для целей эндогенного питания снижает уровень кетоацидоза. Наряду с этим, кетонные тела расходуются в процессе глюконеогенеза глюкозы; последний несколько поднимает ее уровень в крови и тканях. Все это, вместе взятое, способствует компенсации метаболического ацидоза, определяя состояние нарастающего ацидотического криза и перехода голодающего организма на эндогенное питание.

У млекопитающих синтез белковых и других структур проходит через процесс карбоксилирования с образованием соединений углерода. Причем чем выше уровень фиксации углекислого газа клетками, тем более полноценно происходит карбоксилирование нуклеиновых кислот. Это, в свою очередь, обеспечивает полноценный синтез аминокислот. С другой стороны, полноценный генети-

ческий материал улучшает фиксацию углекислого газа клетками. Указанное объясняет достаточность эндогенного питания для обеспечения потребностей организма в условиях проведения РДТ.

С переходом во время лечебного голодания на использование, для энергетического обеспечения жизнедеятельности организма, преимущественно жировой ткани в крови постепенно накапливаются углекислый газ и кетоновые тела, т. е. метаболический ацидоз постепенно и неуклонно нарастает. Примерно на 6—7-е сутки (полного) голодания наступает пик ацидоза — ацидотический криз; в этот момент фиксация клетками углекислого газа и кетоновых тел достигает своего апогея и создает качественно новое состояние в жизнедеятельности клеток организма: они начинают использовать углекислый газ по принципу фотосинтеза. Одновременно утилизация кетоновых тел опережает их образование и накопление. Указанное приводит к замедлению сдвига показателя рН в кислую сторону; этот показатель даже несколько снижается по сравнению с таковым до ацидотического криза, т. е. происходит компенсация метаболического ацидоза, которая сохраняется в последующем в течение определенного времени, вплоть до окончания стадии компенсированного кетоацидоза [150].

В условиях проведения РДТ потеря массы тела в пределах 7—12 кг от ее исходного уровня вполне закономерна. Интенсивность этой потери зависит от многих факторов внешней и внутренней среды организма: температуры, влажности, чистоты воздуха, возраста пациента, его конституциональных особенностей, состояния нервной системы, степени физической активности в процессе голодания и др. Так, например, подвижные дети и молодые пациенты при голодании теряют массу тела интенсивнее, чем более пожилые субъекты.

Наибольшее снижение массы тела имеет место в первые дни лечебного голодания, до ацидотического криза, за счет быстрого сгорания сравнительно небольшого запаса углеводов (см. с. 15) и более интенсивной потери жидкости. Поэтому при наличии (сопутствующего) ожирения сравнительно более целесообразно непродолжительное, до 5—7 дней, но повторное голодание («ступенчатый» метод). По мере адаптации к новым условиям «эндогенного питания» организм приступает к утилизации запасов жиров и примерно через 3 сут. полного голодания темп снижения массы тела замедляется.

Переход в процессе «эндогенного питания» на преимущественное использование жировых запасов (генетически) запрограммирован организмом «на случай голодания» и это обуславливает ряд существенных сдвигов в его внутренней среде в процессе нарастания метаболического ацидоза. Так, значительно снижается дыхательный коэффициент; наблюдается снижение уровня сахара и щелочных резервов крови. При нарастании ацидотических сдвигов

возбуждается дыхательный центр. Это приводит к увеличению глубины дыхания и соответственно к увеличению выделения через легкие кетоновых тел с парами воды, что является также мерой компенсации метаболического (газового) ацидоза. В выдыхаемом воздухе в этот период может ощущаться своеобразный запах ацетона («прелых яблок»), а самочувствие голодающего может быть снижено за счет вялости, быстрой утомляемости, подавленного настроения, головных болей и парестезий разной локализации.

Несколько позднее включаются и другие механизмы компенсации ацидоза; в качестве щелочи используется аммиак, образующийся в результате распада белковых структур, а также бикарбонаты и другие буферные системы организма. После 7—9-го дня полного голодания содержание кетоновых тел в крови постепенно снижается и состояние ацидоза сглаживается. При полном голодании ацидоз нарастает постепенно. При абсолютном голодании — быстро: уже в течение нескольких часов происходит перестройка организма на «эндогенное питание»; после этого клинические проявления ацидоза также сглаживаются («компенсированный метаболический ацидоз»).

Некоторые авторы придают сравнительно более ярким субъективным проявлениям ацидотического криза прогностическое значение, якобы свидетельствующем о хорошем терапевтическом эффекте лечебного голодания [150]. Но мы в своих наблюдениях, однако, не смогли выявить такую закономерность.

После ацидотического криза, на «эндогенном питании», организм очень экономно расходует жизненную энергию: снижается основной обмен, частота пульса и дыхания замедляются, периферические сосуды несколько суживаются, артериальное давление в большом и малом круге кровообращения снижается, наступает некоторая общая заторможенность, что проявляется как в плавности движений, так и в манере разговора («функциональный гипотиреоз»).

Начиная с 7—9-го дня полного голодания пищеварительная секреция в желудке полностью прекращается, вместо нее появляется так называемая спонтанная желудочная секреция, т. е. не связанная с экзогенным пищевым раздражителем. В таком секрете содержится сравнительно большое количество белков, немного жиров и углеводов в форме ферментов, предназначенных в условиях обычного (экзогенного) питания для переваривания пищи. При ее отсутствии в полости желудка секреторируемые ферменты сложного состава и другие аналогичные им соединения поступают в кишечник, разлагаются там на составные части, всасываются в кровь и служат целям питания и пластическим материалом.

Другим источником питания являются продукты аутолиза менее важных для жизнедеятельности организма тканей, который осуществляется в этот период главным образом за счет повыше-

ния фагоцитарной активности лейкоцитов, в основном макрофагов, — их лизосомальных ферментов. По-видимому, именно аутолиз служит одним из основных механизмов «очистки» организма во время лечебного голодания. При больших сроках голодания аутолизу, естественно, могут подвергаться и здоровые ткани, в первую очередь менее важные для сохранения жизнедеятельности организма («закон иерархии») [163].

Эндоплазматический белок, т. е. белок протоплазмы клеток жизненно важных органов, при условии, если он не вовлечен в патологический процесс и не является вследствие этого дефектным, сохраняется в неприкосновенности даже при очень длительных сроках голодания [170]. Одновременно в ядре клетки наблюдается высокая концентрация цитоплазматической РНК. Впрочем, экспериментаторам хорошо известен тот факт, что при голодании всегда дольше, сравнительно с другими органами, удерживают свою нормальную массу сердце и мозг.

В процессе лечебного голодания в результате аутолиза тканей образуются своеобразные физиологически активные вещества, которые стимулируют биосинтез в восстановительном периоде РДТ [164]. В эксперименте на животных установлено, что эти метаболиты, выделенные из тканей голодающего животного, при введении их неголодающему способствуют более быстрому рубцеванию ран, язв и др.

Голодание сопровождается снижением основного обмена, при этом энергообразующие системы, локализованные в клеточных митохондриях, переходят на более экономный уровень функционирования. Например, снижается теплообразование. Именно с этим связано характерное для голодающего субъекта ощущение зябкости. Но одновременно за счет сужения периферических сосудов уменьшается и теплоотдача. Поэтому температура тела при голодании, как правило, не снижается.

После ацидотического криза и перехода на «эндогенное питание» основным энергетическим источником для голодающего организма являются жиры. В это время резко снижается выделение углекислого газа, так как при окислении жиров кислород используется не только для окисления жира и образования CO_2 , но еще и на связывание водорода и образование «эндогенной воды». В результате уменьшения выделения CO_2 при голодании, время задержки дыхания (проба В. А. Штанге) увеличивается почти в 2 раза без какой-либо специальной тренировки. В этот момент повышается устойчивость голодающего организма к недостатку кислорода. Это важное обстоятельство следует учитывать, проводя РДТ больным с хронической бронхолегочной патологией и легочно-сердечной недостаточностью.

Кстати, впервые этот факт был установлен в опытах на собаках русским физиологом П. М. Альбицким еще в 1882 г. Много

позднее его данные были подтверждены в порядке самонаблюдения авиационными врачами из Чехословакии: при пятидневном голодании они отметили сравнительно лучшую переносимость острой гипоксии, возникающей при снижении устойчивости к гипоксии при произвольной гипервентиляции [97]. Последнее вполне логично объяснить тем, что при голодании в результате снижения выделения CO_2 уменьшается его содержание в организме; это еще более усугубляется произвольной гипервентиляцией. Так, устойчивость к гипоксии у индийских йогов появилась, по-видимому, в результате сочетания периодического голодания с тренировкой гипервентиляции.

Воздержание от приема пищи сопровождается некоторой «минимизацией» ФВД и сердечно-сосудистой деятельности: снижается объем легочной вентиляции и артериальное давление как в большом, так и в малом круге кровообращения, урежается пульс и т. п. По результатам клинко-функциональных наблюдений лечебное голодание и последующее восстановительное питание оказывают влияние на клинко-морфологические показатели легких: повышаются поверхностно-эластические свойства легочной ткани, снижается тканевая эластичность, а это приводит к нарастанию воздушного пространства в легких. В процессе восстановительного питания несколько снижается поверхностное натяжение при продолжающемся снижении тканевой эластичности и уменьшении степени нарастания воздушного пространства [97].

Фактически речь идет о реструктуризации легочной ткани в процессе РДТ, что, по-видимому, можно регулировать продолжительностью разгрузочного периода.

Хотя утомление после физической нагрузки в условиях голодания наступает быстрее и для восстановления сил требуется сравнительно больше времени, фактическая работоспособность при активном двигательном режиме может оставаться на исходном ее уровне. Указанное подтверждается достаточно многочисленными примерами.

Так, американец Р. Bragg в своей книге «Чудо голодания» — The Miracle of Fasting [244] описал в порядке самонаблюдения пеший переход через калифорнийскую «долину смерти», который он совершил будучи уже пожилым человеком в июльскую жару и в состоянии полного голодания. За два дня пути он прошел 30 миль через раскаленную пустыню, переночевав в палатке. В то же время 10 молодых спортсменов, которые одновременно с ним совершали этот переход и питались в пути без какого-либо ограничения, не смогли пройти и 15 миль, т. е. половины этого пути.

В Швеции в 1965 г. группа практически здоровых мужчин в возрасте от 12 до 52 лет в состоянии полного голодания (лишь 2,7 л воды в день) преодолела за 10 дней расстояние в 500 км от Стокгольма до Гетеборга — по 50 км в день; 5 человек при этом взвешивались и обследовались: каждый из них потерял во время этого марша по 9 кг

массы тела, в том числе 5 кг жира, 1 кг белка и 3 кг воды; самочувствие было хорошим [252].

В Подмоскowie в 1981 г. по инициативе профессора Ю. С. Николаева был организован и проведен пеший поход 6 практически здоровых людей (3 мужчин и 3 женщин) в возрасте от 19 до 57 лет; за 19 дней они прошли 538 км, в том числе 406 км при полном голодании (при употреблении воды по потребности), под врачебным контролем и последующим (голоданию) восстановительным питанием. Самочувствие во время похода оставалось хорошим [150].

Наш коллега — хирург Н. В. Моисеев во время ежегодных 30-дневных периодов полного голодания продолжал свою профессиональную деятельность: участвовал в хирургических операциях.

В практике РДТ особое место занимает питьевой режим, при этом особенности последнего разнообразят методики лечения. При полном голодании питье воды способствует очищению организма голодающего от «балластных» продуктов обмена веществ, которые образуются при распаде тканей в процессе их аутолиза, от чужеродного антигенного материала, ксенобиотиков и пр., т. е. способствуют удалению из организма эндотоксинов («шлаков») через органы выделения (кишечник, почки, кожу и легкие). Недостаток «экзогенной воды» при «сухом» голодании компенсируется увеличением количества «эндогенной воды», 95 % которой образуются в организме в процессе окисления жиров.

Отмечено, что во время сравнительно длительного вынужденного голодания люди и животные часто гибнут не от глубокого истощения, а в результате самоотравления организма продуктами распадающихся тканей в условиях нередко трагической (стресс по Г. Селье) ситуации. Но если в процессе добровольного краткосрочного воздержания от пищи эти продукты выводятся из организма посредством сознательного осуществления различных так называемых очистительных процедур — клизмы, ванны, души, массаж, дыхательные упражнения, многочасовые пребывания на свежем воздухе в активном состоянии (пешеходные прогулки), то воздержание от приема пищи даже до 30—40 сут. не сопровождается симптомами самоотравления.

Следует также подчеркнуть существенную особенность: полное голодание в вышеуказанных условиях безопаснее частичного, т. е. недоедания. Последнее при большой продолжительности приводит к алиментарной дистрофии [185]. Это объясняется тем, что в условиях полного голодания живой организм переключается на эндогенное питание за счет внутренних запасов и утилизации некоторых не столь важных для жизнеобеспечения клеточных структур. В то же время в условиях частичного голодания переключения на «эндогенное питание» не происходит и глубокие изменения в функции и структуре клеток начинаются значительно раньше.

При чрезмерно длительных сроках голодания — более 40 сут., когда потеря массы тела составляет 45—50 % от исходной, — адаптационные механизмы «эндогенного (внутреннего) питания» истощаются и нарушаются, белки жизненно важных органов подвергаются распаду; это приводит к необратимым изменениям в живом организме.

Естественно, что при проведении РДТ добровольное воздержание от приема пищи под наблюдением методически компетентного и доброжелательного медицинского персонала никогда не приводит к столь значимой потере массы тела, да в этом обычно и нет необходимости. Разгрузочный период — собственно голодание — в этих условиях часто ограничивается определенным, сравнительно небольшим промежутком времени.

Принципиально важным условием лечебного голодания является методически правильный «выход из голода», т. е. восстановительное питание. Необходимо строго постепенное наращивание питания, количеством и качеством постепенно восстанавливающей моторную и сокогенную в пищеварительную функцию желудочно-кишечного тракта. Нарушение этого принципа может привести к нежелательным последствиям, часто с неблагоприятным исходом.

Н. А. Агаджанян и А. Ю. Катков в своей книге «Резервы нашего здоровья» [4] приводят трагический случай, обусловленный, по-видимому, неправильным проведением восстановительного периода голодания, который произошел в феврале 1977 г. в Бабушкинском районе г. Москвы: 39-летний художник П., по рекомендации какого-то знахаря решил излечиться от аллергии самостоятельно, путем проведения 40-дневного голодания. Последнее он перенес вполне удовлетворительно, но через 2 дня после его окончания погиб. Заключение судебно-медицинской экспертизы гласило: «смерть наступила от острой сердечной недостаточности, развившейся в результате острого вздутия желудка в связи с приемом большого количества пищи после длительного голодания».

Я совершенно согласен с вышеуказанными авторами в их комментарии описанного трагического случая, что голодать (тем более столь длительно) без наблюдения врача, хорошо знакомого с методикой РДТ (имеющего личный опыт лечебного голодания), опасно как здоровью, так и больному человеку. Недаром Р. Bragg большой энтузиаст и всемирно известный популяризатор идеи периодического голодания ради сохранения здоровья, в своей уже ранее упоминавшейся мною книге «Чудо голодания» курсивом выделяет свое предупреждение читателям о том, что никто не должен голодать без наблюдения врача или, по крайней мере, человека, имеющего достаточный личный опыт в практике проведения голодания.

Как показали многие исследования, при методически правильном проведенном РДТ, состав периферической крови при лечебном голодании не ухудшается: сохраняется нормальное количество эритроцитов и гемоглобина, а также лейкоцитов и тромбоцитов.

Щелочной резерв крови не нарушается. На первом этапе — до ацидотического криза — он несколько снижается, но после ацидотического криза вновь увеличивается. У большинства пациентов наблюдаются благоприятные сдвиги со стороны ЭКГ. Деформированные мембраны стареющих клеток на «эндогенном питании», по данным экспериментальных наблюдений, приобретают формы, подобные молодым клеткам (у животных), т. е. идет процесс восстановления барьерной функции клеток. В период восстановительного питания происходит своего рода омоложение клеток и тканей проголодавшего организма. В основе этого феномена лежит так называемый возбужденный синтез белков, когда в структурных белках тканей заметно снижается количество липоидного фосфора и так называемых балластных белков и возрастает содержание ДНК и РНК.

Существуют ли возрастные ограничения для проведения РДТ? Мой личный опыт и опыт других авторов, например, Е. Архий [11], свидетельствуют о возможности успешного применения этого метода в возрасте от 17 до 68 лет. Однако мне известны достоверные случаи успешного применения лечебного голодания в более молодом и более старшем возрасте. Отсюда следует, что возраст не является фактором, определяющим как показания, так и противопоказания к применению этого метода. Такого же мнения придерживаются и зарубежные авторы: во Франции, Германии, Австралии [251, 260, 275].

1.2. САНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ПАЦИЕНТА

Представители современной (*син.*: ортодоксальной, научной) медицины наибольшее внимание уделяют не состоянию здоровья индивидуума и механизмам его сохранения — саногенезу, а механизмам формирования болезни — патогенезу, все более углубляясь в детали на клеточном и молекулярном уровне нарушений гомеостаза [188]. В то же время саногенез также имеет место на разных уровнях и есть основание предполагать, что это более сложная (чем в патогенезе) генетически детерминированная и многократно дублируемая саморегулирующаяся система жизнеобеспечения [15]. Состояние здоровья поддерживается целым комплексом взаимосвязанных защитно-приспособительных реакций (в ортодоксальной медицине их принято называть реакциями адаптации). Они мобилизуются уже в состоянии предболезни, т. е. при активном влиянии патогенных факторов риска. Указанные реакции в этом случае (рефлекторно и гуморально) изменяют функционирование важнейших систем гомеостаза [20].

Саногенез (от лат. *sanogenesis*) — динамический комплекс защитно-приспособительных процессов, возникающих при воздейст-

вии на организм чрезвычайного раздражителя, развивающихся на протяжении болезни (от состояния предболезни до выздоровления) и направленных на восстановление нарушенной саморегуляции организма.

Питание, так же как рост и размножение, — одно из фундаментальных свойств живой природы. Без поступления пищи и воды, как и кислорода воздуха, существование живого организма невозможно. У животных различных видов состояние голода и насыщения постоянно сменяют одно другое. Необходимость поиска пищи обусловлена борьбой за выживание. В этих условиях голод воспринимается как смертельная опасность (состояние стресса по Г. Селье). Человек в процессе длительной эволюции приобрел независимость от жестких законов природы. Это единственное существо на земле, которое сознательно принимает воду и пищу, так как от этого зависит его жизнь.

В XX в. Г. Селье [205] было введено научное понятие «стресса», которое рассматривается как неспецифическая защитная реакция организма. По мнению Ф. З. Меерсона [129], стресс-синдром является первой (начальной) стадией адаптации организма к экстремальным воздействиям, в том числе к отсутствию пищи и воды. Указанная адаптация проходит несколько сменяющих друг друга стадий.

Стадия пищевого возбуждения. За трое суток (полного) голодания в организме происходит нейроэндокринная перестройка. Симпатико-адреналовая система посредством своих медиаторов (в основном, адреналина и норадреналина) мобилизует резервы «первого звена», легкоусвояемые углеводы в виде гликогена, одновременно перестраивается нейроэндокринная регуляция основных систем гомеостаза — сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной. Эта реакция на данной стадии во многом несовершенна, ибо катехоламины не только мобилизуют внутренние резервы, но и приводят к их усиленным тратам, что проявляется повышением основного обмена. Специально проведенные научные исследования показали, что доля углеводов в энергообеспечении организма в 1-е сут. полного голодания составляет, в среднем 80 %, а доля наиболее энергоемких жиров — лишь 10–15 %; во 2–3-и сут. полного голодания соответственно — 40–60 и 30–40 %. Таким образом, к 3 сут. полного голодания в 1,5–2 раза уменьшается использование углеводов в качестве источника энергии, одновременно более чем в 2 раза возрастает мобилизация жировых запасов организма (холестерина и триглицеридов). Указанное имеет большой физиологический смысл, ибо запасы углеводов в организме невелики (до 0,5–0,8 кг гликогенов в составе печени и скелетных мышц). Жировые энергетические запасы в организме значительно больше: у человека с массой тела в 70 кг они составляют в среднем до 12–16 кг жировой ткани, что эквивалентно

100—150 тыс. ккал. Этих запасов достаточно для поддержания основного обмена веществ на протяжении 50—70 сут. голодания.

Стадия нарастающего кетоацидоза. При полном голодании эта стадия начинается с 3—4-го дня воздержания от пищи и продолжается до 7—9-го дня. В этот период имеет место нарастающая кетонемия, кетонурия и метаболический ацидоз, что также как и повышение в крови непрямого (свободного) билирубина, является еще своего рода «платой» за адаптацию, которая пока что остается несовершенной. С началом активной мобилизации жировых депо организма (подкожный жировой слой, сальник и др.) наибольшая метаболическая нагрузка приходится на печень. В ней осуществляется расщепление триглицеридов до свободных жирных кислот с их последующим окислением, а также синтез липопротеидов высокой и низкой плотности. С 5—7-х сут. полного голодания отмечается умеренная холестеринемия (до 6,5—7,7 моль/л), которая имеет преходящий характер, так как холестерин активно используется для синтеза желчных кислот и кортикостероидных гормонов; последние необходимы для поддержания должного уровня артериального давления и кровотока в органах и тканях. В то же время из жирных кислот в печени синтезируются кетоновые тела (ацетон, ацетоуксусная и β -оксимасляная кислоты), играющая роль основного источника энергии (до 60—70 %) для мозга, сердечной и скелетных мышц. С 3—4-го дня полного голодания организм начинает функционировать более экономично: уменьшается ударный сердечный выброс и частота сердечных сокращений; снижается основной обмен (до 30—50 % от исходного уровня). Параллельно снижению уровня адреналина и норадреналина в крови возрастает концентрация кортикостероидных гормонов надпочечников (кортизола и альдостерона), как мера по поддержанию должного уровня гемодинамики.

Стадия компенсированного кетоацидоза. Она наступает с 7—9-го дня полного голодания, т. е. с начала активного использования в качестве продукта питания кетоновых тел. В результате кетонемия уменьшается и метаболический ацидоз компенсируется, что внешне обычно проявляется так называемым кетоацидотическим кризом и отражается улучшением самочувствия (уменьшение чувства голода, слабости, головных болей и др.). Имеет место относительная стабилизация метаболизма в результате более экономного функционирования стресс-лимитирующих систем [95]. В крови несколько повышается содержание глюкозы (за счет ее глюконеогенеза из кетоновых тел и глюкогенных аминокислот), а гипертриглицеринемия и холестеринемия снижаются. В 1,2—2 раза возрастает активность ферментов переаминирования — АЛАТ и АСАТ*. В дальнейшем, вплоть до 14—20-х сут. полного го-

* АЛАТ — аланинаминотрансфераза; АСАТ — аспаратаминотрансфераза.

лодания (существенного использования для целей питания белковых структур организма (белка плазмы крови и ткани мышц) — не происходит. В это время от 70 до 90 % общего расхода энергии обеспечиваются за счет окисления триглицеридов жировых депо и кетоновых тел. Адаптация организма к условиям голодания становится более совершенной. Если при этом не происходит экстренных затрат энергии (физические перегрузки, травмы, термические воздействия и др.), то организм человека может выдержать голодание до 2 мес. и более, без непоправимого ущерба состоянию своего здоровья.

Перестройка метаболизма в организме с экзогенного питания на эндогенное за счет преимущественного использования жировых субстратов (триглицеридов, холестерина) и продуктов их окисления (кетоновых тел) создает своего рода физиологический покой для большинства органов и систем организма. Так, например, уменьшается выработка пищеварительных секретов (слюна, соляная кислота, пепсин, желчь, ферменты поджелудочной железы), не используется в полном объеме ферментный конвейер мембранного транспорта тонкого кишечника. Одновременно замедляются многие ферментативные процессы (синтез белка, триглицеридов, гликогена), что позволяет создать для организма состояние своего рода отдыха. В это время в физиологически более выгодных условиях находится сердечно-сосудистая и мочевыделительная системы организма. Сердечная мышца начинает работать не только более экономично, но и более эффективно: удлиняется диастола и сокращается систола, снижаются ударный и минутный выброс крови, а также общее периферическое сосудистое сопротивление. Уменьшается образование конечных продуктов белкового катаболизма (остаточный азот, мочевины, креатинин). Это приводит к уменьшению фильтрации в почках и снижению суточного диуреза. Общая потребность организма в жидкости снижается до 1—1,5 л в сутки. Активно используется экстрацеллюлярная жидкость, что позволяет уменьшить внеклеточный тканевой сектор без существенного снижения объема плазмы крови.

В основе лечебного эффекта дозированного голодания лежит стимуляция репаративных процессов в организме, гибель малопotentных и «больных» клеток, активное выведение конечных продуктов обмена веществ («шлаков» и эндотоксинов), включая метаболиты лекарственных химиопрепаратов, элиминация антигенной нагрузки.

При длительном голодании развивается охранительное торможение ЦНС как защитная реакция организма на чрезвычайное стрессовое воздействие. Небольшие сроки лечебного голодания оказывают психостимулирующее действие. Тогда как при более продолжительном голодании достигается седативный эффект, который вновь сменяется стимулирующим влиянием в период восстановительного (диетического) питания.

Закономерности динамики психического состояния пациентов в процессе РДТ позволяют использовать этот метод для лечения не только соматической патологии, но также при лечении неврозов, реактивных состояний, психопатий и некоторых форм патологии в психиатрической практике.

1.3. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ И ПОКАЗАНИЯ К РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Учитывая неспецифический характер РДТ, которая оказывает лечебный эффект при самой разной патологии, в решении вопроса о ее применении у больного следует в первую очередь исходить из противопоказаний к такого рода лечению [260]. При этом противопоказания следует разделить на две категории — абсолютные и относительные.

Абсолютными противопоказаниями к проведению РДТ в настоящее время следует считать:

- злокачественные новообразования и гемобластозы;
- активный туберкулез легких и других органов;
- тиреотоксикоз;
- инсулинозависимый сахарный диабет тип I;
- активный острый и хронический гепатит, а также цирроз печени с ее функциональной недостаточностью;
- хроническая недостаточность функции печени и почек любого генеза;
- гнойно-деструктивные поражения любых органов, а также выраженная (III ст.) активность воспалительного процесса любой локализации;
- недостаточность кровообращения (легочно-сердечная недостаточность) III ст.;

- выраженный дефицит массы тела (менее 19 кг/м²) [108];
- тромбозы и флеботромбозы;
- неясный диагноз болезни [95].

Относительные противопоказания включают:

- нейроциркуляторную дистонию по гипотоническому типу;
- желчно-каменную болезнь при высокой литогенности желчи;
- мочекаменную болезнь (при оксалурии, фосфатурии, уратурии);
- язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки;
- варикозное расширение вен;
- железодефицитную анемию;
- инсулинонезависимый сахарный диабет (тип II);
- подагру;
- период беременности и лактации;

- ранний детский (до 14 лет) и старческий (после 75 лет) возраст;
- некоторые острые респираторные (вирусные) заболевания;
- стойкие нарушения сердечного ритма и проводимости [258].

Следует заметить, что при увеличении личного опыта врача число относительных противопоказаний постепенно снижается. Так, например, мои ученики через два-три года самостоятельной работы успешно применяли РДТ при подагре [185], при острых респираторных заболеваниях [185], у пациентов старческого возраста [64], при варикозной болезни и сахарном диабете тип II. Тем не менее от лечащего врача, владеющего методом РДТ, всегда требуется особая осторожность к его назначению в случае относительных к тому противопоказаний [97].

Некоторые зарубежные специалисты [260] считают, что голодание (РДТ. — *Ред.*) противопоказано также в случаях:

- перенесенной трансплантации сердца, почек и др.;
- при наличии у пациента искусственно имплантированной ткани, кожи, клапана;
- при отсутствии желания «голодать ради здоровья», при сомнении, страхе;
- при отсутствии подходящих условий для проведения голодания;
- при душевном беспокойстве пациента, при отсутствии у него хладнокровия;
- при враждебном отношении к голоданию окружающих, родственников пациента;
- при отсутствии обострения болезни;
- при нормальной температуре тела (показатель низкой реактивности организма у натуропатов — *Ред.*);
- при необходимости постоянного приема лекарств.

1.4. АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА, ПРАКТИКУЮЩЕГО РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ

1. Убедиться, что пациент заинтересован в применении РДТ.
2. Установить причину применения РДТ (с позиций пациента): лечение болезни или оздоровление организма.
3. В случае наличия патологии, установить ее диагноз, используя современные методы клинко-функционального, лабораторного и морфологического исследования; наметить (для себя) реальные клинко-лабораторные и функциональные и другие методы контроля РДТ.
4. Определить количество и характер возможной сопутствующей (основной болезни) патологии.

5. Установить возможные противопоказания к проведению РДТ. Указанные вопросы решаются в процессе общепринятого клинико-лабораторного исследования пациента, с использованием всей имеющейся у него медицинской документации. Объем и перечень рекомендуемых (перед проведением РДТ) лабораторно-инструментальных исследований представлен в табл. 1.1; в зависимости от характера клинической симптоматики, предполагаемой основной и сопутствующей патологии, указанный перечень может быть расширен или сужен.

Таблица 1.1

Рекомендуемый объем лабораторно-инструментальных исследований больных в процессе разгрузочно-диетической терапии

Перечень исследований	Перед началом лечения	На 7–9-е сутки разгрузочного периода	По окончании разгрузочного периода	На 7–9-е сутки восстановительного питания
Общеклинический анализ крови	+	+	+	+
Общий анализ мочи	+	–	–	+
Анализ кала на яйца глистов и простейшие	+	–	–	–
Флюорография легких	+	–	–	–
Осмотр стоматологом и санация полости рта	+	–	–	–
Осмотр оториноларинголога и санация носоглотки	+			
У женщин – осмотр гинеколога	+			
Биохимический анализ крови:				
общий белок	+	–	+	+
альбумин	+	–	+	+
глобулины	+	–	+	+
глюкоза	+	–	+	+
билирубин	+	+	+	+
АлАТ	+	+	+	+
АсАТ	+	+	+	+
мочевина	+	–	+	–
креатинин	+	–	+	–
калий	+	–	+	–
натрий	+	–	+	–
Спирография	+	–	+	–
ЭКГ	+	+	+	–
Фиброгастродуоденоскопия; ректороманоскопия (по показаниям)	+	–	+	–
УЗИ брюшной полости (по показаниям)	+	–	+	–

6. Исходя из результатов проведенных (клинико-лабораторных) исследований наметить (для себя) основное показание для проведения РДТ в данном случае.

7. Проинформировать (в доступной форме) пациента о сути и возможностях РДТ применительно к ситуации (его патологии).

8. *Получить согласие пациента на проведение ему РДТ* (в некоторых случаях, по решению руководства лечебного учреждения, где будет проводиться лечение, согласие больного документируется в истории болезни личной подписью пациента).

9. Выбрать оптимальную для данного больного методику РДТ, с учетом основной и сопутствующей патологии, индивидуального индекса массы тела; согласовать с пациентом особенности методики голодания и все режимные мероприятия разгрузочного и восстановительного периода; наметить и сообщить пациенту предполагаемую продолжительность разгрузочного периода, ориентируясь на ее максимальную продолжительность.

10. Обучить пациента простейшим приемам самоконтроля своего состояния во время разгрузочного периода, а также простейшим приемам оптимизации результатов лечения: тренировка дыхания, самомассаж, некоторые приемы акупунктуры и др.

11. Разгрузочный период РДТ при ее плановом проведении (при хронической патологии) по возможности следует начинать на «восходящем колене» акрофазы индивидуального эмоционального биоритма пациенток следует предупредить о возможности проявления во время разгрузочного периода досрочной менструации и/или ее сравнительно большей продолжительности.

1.5. МЕТОДИКИ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ*

1.5.1. ПОЛНОЕ («ВЛАЖНОЕ») ГОЛОДАНИЕ

В проведении РДТ принято выделять три основных, последовательно сменяющихся, периода: *подготовительный, разгрузочный* (собственно голодание) и *восстановительный* (диетическое питание) [95, 96].

Подготовительный период. В России в настоящее время у большинства пациентов РДТ проводится в стационарных условиях (в больнице, госпитале, санатории). При этом и врач, и больной стремятся большинство мероприятий подготовительного периода провести еще вне стационара, т. е. в амбулаторно-поликлинических условиях.

* В практике врачевания наиболее распространена и изучена в научном плане методика полного («влажного») голодания, когда субъект на определенное время добровольно прекращает прием пищи, но продолжает пить воду («по потребности»). В этом смысле полное голодание можно считать «классическим»; поэтому принцип методики РДТ с ее тремя основными периодами рассмотрим, в данном случае, на примере полного («влажного») голодания.

Каково же в целом содержание подготовительного периода? Это — уточнение противопоказаний—показаний к проведению РДТ; клинико-функциональная диагностика основной и сопутствующей патологии; обучение пациента тому, что он может и должен в последующем делать сам, т. е. имеются в виду элементы самоконтроля — правильно (корректно) измерить вес тела, пульс, АД и т. п. Больного следует научить правильно очищать желудок и кишечник (в случае необходимости). Все это должен рассказать, разъяснить, показать, научить лечащий врач и/или медицинская сестра.

Важным элементом самоконтроля является ведение *дневника самонаблюдения*; пациента необходимо познакомить с формой и порядком ведения такого формуляра, вручить ему чистый бланк, куда он должен занести свои паспортные данные (табл. 1.2):

Таблица 1.2

Карта самонаблюдения пациента в процессе легочного голодания

Ф. И. О. _____
 Возраст _____ Рост _____ Масса тела _____
 № истории болезни _____
 Профессия (род занятий) _____
 Диагноз (клинико-анатомический и функциональный): _____

Показатель	Дни голодания: 1, 2, 3, 4 ... 15-й	Дни восстановительного питания 1, 2, 3 ... 12-й
Самочувствие (хорошее, удовлетворительное, плохое)*		
Возможные жалобы (вписать)		
Приступы удушья (количество раз)**		
Динамика массы тела		
Пульс (утро/вечер)		
Артериальное давление		
Задержка дыхания на вдохе/выдохе		
Выпито жидкости, л		
Выделено мочи, л		
Сон (хороший, удовлетворительный, плохой)*		
Температура тела		
Медикаментозная — базисная терапия (указать название препарата, разовую и суточную дозы)		

* Подчеркнуть свою оценку.

** Обозначить точками, например.

Пациента в общих чертах знакомят с сущностью лечебного голодания и методикой: информируют о необходимости строго соблюдать предписанный режим; предупреждают о *недопустимости вредных привычек (курения табака и алкоголизации) во время лечения*, ибо это может привести к трагическим последствиям [4]. В некоторых лечебных учреждениях у пациентов, проходящих РДТ, берут подписку о том, что они предупреждены о возможных пагубных последствиях курения и алкоголизации во время лечебного голодания.

Пациенту в доступной форме разъясняют особенности проводимого ему лечения, при котором он должен быть активным участником своего лечения и помощником врача. От правильного психологического настроя пациента зависит, как он перенесет разгрузочный период, в частности ацидотический криз, а также успех лечения в целом.

При многих заболеваниях отчетливо «просматривается» нервно-психический компонент патогенеза, который нередко выступает на передний план в общей картине болезни. У таких больных уже в подготовительном периоде следует использовать многообразные методы психотерапии и аутогенную тренировку. Это может осуществлять сам лечащий врач (если он владеет указанными методами) или для этого привлекаются специалисты психотерапевты [96].

В подготовительном периоде больного следует обучить элементам сегментарного самомассажа, некоторым приемам акупрессуры БАТ, оптимальным дыхательным («полное дыхание») и некоторым статическим (по показаниям) физическим упражнениям, а также посильным видам физической активности в соответствии с возрастом пациента и особенностями его патологии [99].

Важным составным элементом «очистительных процедур», стимулирующих эфферентные органы на выведение из организма «шлаков», являются очистительные клизмы. Во многих лечебных учреждениях эту процедуру выполняет медицинский персонал. Но в большинстве случаев клизму может поставить себе сам пациент; во всяком случае в подготовительном периоде его можно обучить этому. При этом следует учесть, что методика введения наконечника в прямую кишку, особенно при наличии геморроидальных узлов, выпадения слизистой и других индивидуальных особенностей не столь проста (во всяком случае, при малейших подозрениях на вышеуказанные и другие особенности, следует провести пальцевое исследование — *per rectum*). В случае необходимости пациенту необходимо посоветовать выбрать наиболее оптимальную позу: на правом боку, лежа с согнутыми в коленях ногами или в коленно-локтевом положении — в зависимости от индивидуальных конституциональных особенностей организма. Следует руководствоваться правилом: «процедура должна быть для пациента

приятной». Для лучшего опорожнения кишечника целесообразны разнонаправленные массажные движения ладони руки по передней брюшной стенке (по ходу толстого кишечника) во время введения и выведения жидкости.

Считаю важным обучить указанным приемам пациента, перед проведением РДТ, независимо от того, будет ли он во время первого курса лечения очищать кишечник самостоятельно, или с помощью медицинского персонала, ибо при повторных курсах лечения, часто уже в домашних условиях, он сможет все это сделать самостоятельно. Эти и другие элементарные знания и навыки, в порядке самоконтроля и самопомощи, следует активно прививать пациентам именно в подготовительном периоде лечения.

Если у пациента (любой) патологии сопутствуют нарушения функции кишечника со склонностью к запорам или геморрой, то эффект «очищения» организма в разгрузочном периоде лечения можно повысить предварительной краткосрочной диетической подготовкой его в подготовительном периоде РДТ, когда за несколько дней до начала голодания назначается сырая пища — свежие овощи и фрукты или проводят разгрузочный день. Так, например, в Германии у сравнительно тяжелых больных пожилого возраста с коронаросклерозом, миокардиодистрофией, нарушением сердечного ритма и т. п. перед лечебным голоданием на протяжении нескольких дней, до пяти, проводится вегетарианская подготовка с обогащением организма пациента витаминами, микроэлементами, антиоксидантами: 1-й день — «нежная» сырая пища (850 ккал); 2-й день — более «жесткая» сырая пища (600 ккал.); 3-й день — 1 кг свежих фруктов (яблоки, апельсины) 2 раза по 500 г или картофель отварной с томатным соусом; при сахарном диабете (тип II) адекватное количество овсяной каши [251].

В подготовительном периоде РДТ пациент должен быть осмотрен зубным врачом на предмет наличия зубных коронок, съемных зубных протезов, периодонтита, кариеса, одонтогенной инфекции и пр., последняя может обостриться во время голодания, поэтому при необходимости проводится превентивное лечение патологии ротовой полости. Коронки и съемные зубные протезы требуют применения пациентом некоторых специальных приемов в разгрузочном периоде РДТ — массаж десен и др., что необходимо согласовать со стоматологом и при необходимости научить этим приемам пациента.

Женщины должны пройти осмотр гинеколога на предмет выявления латентной патологии, в частности фиброматоза матки и др., склонности к обильным менструациям, кровотечениям, что может проявиться и усилиться во время голодания, при повышении фибринолитической активности крови в этот период [114]. При «скомпрометированном» анамнезе желателен также осмотр других «узких» специалистов — отоларинголога, уролога и т. д.,

на предмет латентной патологии, очаговой (гношной) инфекции, ее санации.

Рекомендуемый объем лабораторных и инструментальных исследований больных перед проведением РДТ и ее этапы представлены в таблице (см. табл. 1.1).

При продолжении подготовительного периода лечения в условиях стационара также имеют место свои особенности. Создание положительных эмоций, уверенности в успехе предстоящего «необычного» лечения, несомненно способствует здоровый психологический настрой в отделении и палате, куда госпитализируется больной, — благожелательное отношение к нему персонала, соседей по палате, которые уже успешно прошли разные этапы РДТ. В отделении, где этот метод лечения применяется наряду со многими другими — лекарственными, желательно, чтобы больные при лечебном голодании находились в одном блоке (палате), а не рассеивались среди остальных больных. Там, где есть к тому возможность (например, в санаториях), желательно выделить отдельное помещение для таких больных, включая столовую или, по крайней мере, отдельный стол в столовой. Указанное позволяет, во-первых, создать благоприятную психологическую обстановку, когда пример больных, имеющих личный опыт лечебного голодания, благоприятно влияет на тех, кому еще предстоит пройти разгрузочный период лечения. Во-вторых, создаются лучшие условия для психотерапевтического воздействия врача на больных (гетеротренинг, рациональная психотерапия [97]), и, наконец, в-третьих, облегчается проведение различных мероприятий по соблюдению лечебно-охранительного режима (отказ от вредных привычек: курение табака, алкоголизация и др.), прогулки на свежем воздухе, процедуры, оптимизирующие эффект лечения.

Доброжелательное отношение пациента к лечебному голоданию — залог успеха лечения. У пациента постепенно укрепляется понимание того, что *состояние его здоровья прежде всего зависит от него самого, от выработки им* (с помощью лечащего врача и всего обслуживающего медицинского персонала) *полезных психогигиенических навыков и правильного понимания характера рационального для него питания*. Уже в подготовительном периоде и вплоть до выписки больного после лечения из стационара ему следует постоянно подчеркивать, что РДТ — это не просто один из эпизодов в лечении его патологии, а стройная система мероприятий, включающая комплекс мер, способствующих укреплению здоровья и общего состояния организма, с продлением клинической ремиссии хронической болезни или ее полного излечения (в последнем случае обычно необходимо несколько курсов РДТ). При этом конечный результат лечения во многом зависит от самого больного, выработки им оптимального стереотипа в поведении и характере питания.

Клинические и лабораторные исследования в подготовительном периоде лечения должны обеспечить уточнение основного диагноза, выявление всех сопутствующих заболеваний и патологических состояний, оценка их функционального ущерба, при соответствующей патологии (функциональные части диагноза); выявление всех скрытых очагов инфекции с определением степени активности воспалительного процесса и др.

Лабораторные исследования, проведенные в подготовительном периоде лечения, следует повторять в разгрузочном периоде, после прохождения ацидотического криза и по окончании лечения, в восстановительном периоде. В подготовительном периоде проводится также санация очагов инфекции и лечение выраженной активности воспалительного процесса — II—III степени.

Приводим клинические иллюстрации.

Больной К., 46 лет, инвалид II группы, в прошлом инженер. Поступил в клинику в астматическом состоянии. Страдает бронхиальной астмой (БА) 9 лет. Заболел после перенесенного гриппа: первоначально был поставлен диагноз бронхита, к которому вскоре присоединился БОС. Характерные для БА приступы экспираторного удушья появились через два года от начала заболевания, которое неуклонно прогрессировало. Общепринятое медикаментозное лечение создавало лишь временный эффект. Последнее ухудшение началось 1,5 мес. тому назад.

При обследовании в клинике выявлено выраженное проявление воспалительного процесса в бронхах, подтверждаемое субфебрильной температурой тела, кашлем с гнойной мокротой, нейтрофильным лейкоцитозом — 9000, повышением СОЭ до 25 мм/ч, СРБ+++, сиаловая кислота 290 ед., гаптоглобин — 180 ед. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки инфильтративных изменений в легочной ткани не выявлено. Полученные данные были расценены как обострение бронхита; было принято решение провести курс РДТ. Больной дал согласие.

В подготовительном периоде лечения, учитывая достаточно высокую активность воспалительного процесса в бронхах (I—II ст.), наряду с бронхолитическими и отхаркивающими средствами был проведен короткий курс химиотерапии (левомецетин, бисептол). После проведенного лечения активность воспалительного процесса в бронхах нивелировалась, указанные выше лабораторные показатели нормализовались. Самочувствие больного после этого несколько улучшилось, но сохранялись приступы удушья 2—3 раза в сутки. Был проведен курс РДТ (полное голодание) — 14 дней; в результате достигнута клиническая ремиссия БА. Продолжительность наблюдения 2 года.

В приведенном клиническом наблюдении хотелось бы акцентировать внимание на необходимости активного (в данном случае химиотерапевтического) лечения активного воспалительного процесса в подготовительном периоде РДТ, что (по нашему мнению) определило успех лечения больного в целом.

Больная С., 24 года, портниха. Поступила в клинику с жалобами на частые приступы удушья (БА), до 8 раз в сутки. Заболела 2 года тому назад, после купания в холодной воде. Заболевание протекало тяжело. При клинико-лабораторном исследовании признаков активного воспалительного процесса не выявлено. Общепринятая лекарственная терапия бронхолитиками эффекта не имела. Назначен короткий курс кенокорта (максимальная доза 16 мг) с последующим постепенным снижением и отменой на 12-й день лечения. К концу кортикостероидной терапии приступы удушья несколько сократились — до 2 раз за сутки, а их тяжесть уменьшилась. Для установления полного контроля нестабильного течения БА решено было провести курс РДТ. Больная дала согласие. В конце курса кортикостероидной терапии при сохранении минимальной поддерживающей дозы кенокорта был проведен 21-дневный курс РДТ (полное голодание). Приступы БА полностью прекратились. Срок наблюдения клинической ремиссии 2 года.

В приведенном примере наблюдается целесообразность при упорном, нестабильном течении болезни (в данном случае БА) сочетания короткого курса химиотерапии (в данном случае кортикостероидов) со снижением до поддерживающей дозы при улучшении состояния больного и еще на этой дозе начало и проведение лечебного голодания с полной отменой химиопрепаратов. Это сочетание (химиотерапии и РДТ) целесообразно (по нашему опыту работы) при нестабильном течении болезни с ее обострением и при желании добиться демонстративного успеха в короткие сроки наблюдения пациента.

Разгрузочный период — собственно голодание. Основная задача в этот период — перейти с экзогенного на эндогенное питание.

На основании клинико-лабораторных наблюдений в течение этого периода можно выделить *три основные стадии*:

I стадия — «пищевое возбуждение», которое продолжается при полном голодании от его начала до 3 сут.;

II стадия — «нарастающий кетоацидоз», который продолжается от 3 до 7—9 сут. и завершается ацидотическим кризом;

III стадия — «компенсированный кетоацидоз», который продолжается с 7—9 сут. до конца разгрузочного периода, заранее намеченного для данного больного лечащим врачом; продолжительность этого периода назначается исходя из личного и «литературного» опыта РДТ при соответствующей патологии.

В процессе лечебного голодания организм очищается от «шлаков» (эндотоксинов) через органы выделения — кишечник, почки, легкие, кожу. Важное значение при этом имеет «питьевой режим». При полном («влажном») голодании количество выпиваемой за сутки жидкости достигает 1,5—2 л. Это — зеленый («травяной») чай, ключевая вода, «талая» вода, водопроводная или колодезная вода, минеральная столовая вода (минеральная лечебная во-

да — по специальным показаниям), настои (отвары) трав и корней разного состава и лечебного действия — по специальным показаниям [169]. В любом случае это должна быть чистая вода. При индивидуальном дозировании количества жидкости следует руководствоваться чувством жажды, но желательно выпивать (при «влажном» голодании) не менее 1 л за сутки.

Важным элементом «очистительных процедур» является очищение кишечника в разгрузочном периоде лечения. Обычно для этого используются клизмы, которые ставятся регулярно: ежедневно или 2–3 раза в неделю. Перед «входом» в голодание общепринятым является назначение солевого слабительного — глауберовой соли из расчета 0,5 г на 1 кг массы тела. При этом горький вкус слабительного можно сдобрить малиновым или другим фруктово-ягодным сиропом. Если минеральное слабительное плохо переносится, его можно заменить на 2–3 ложки касторового масла. При невозможности по каким-либо причинам вышеуказанного — клизма с «ромашковым чаем» объемом от 0,5 до 1 л, предпочтительно в коленно-локтевом положении пациента. В дальнейшем на протяжении разгрузочного периода лечения клизмы желательно делать не реже 3 раз в неделю, несмотря на спонтанный стул; при неприятии клизм их можно заменить 2 ч. ложками глауберовой соли на 1 стакан воды утром. Это важно, ибо и на 4-й неделе голодания отмечаются выделения из кишечника. Опорожнению последнего помогают его регулярная глубокая пальпация при врачебном осмотре пациента или упражнение из комплекса йоги — *удиана* [99]. При растянутом газами и каловыми массами кишечнике, что нередко наблюдается у многорожавших женщин, целесообразны многократные кишечные промывания (тюбажи) с глауберовой солью или «ромашковым чаем», с введением последнего в клизму в коленно-локтевом положении пациента. В последнее время в таких ситуациях успешно используются сеансы колоногидротерапии до 2 раз в неделю.

При патологии желудочно-кишечного тракта, осложненной воспалительным процессом и спастическими реакциями со стороны толстого кишечника, следует использовать различные варианты очистительных клизм. Приводим некоторые из них, апробированные нашими сотрудиниками:

1) с *поваренной солью*: на 0,5 л комфортно теплой воды 1 ч. ложка соли с горкой; раствор процедить через марлю. *Показания*: первые два дня разгрузочного периода для улучшения очищения кишечника;

2) с *«травяным чаем»*: настои трав; пример состава сбора: цветки календулы, травы: ромашка аптечная, шалфей, трава репьянка аптечная (последняя для отвара); сбор настаивают на 1 л кипятка и разводят 1 л воды комнатной температуры. *Показания*: воспаление слизистой кишечника;

3) с *соком лимона*: на 0,5 л комфортно теплой воды добавить десертную или столовую ложку свежеотжатого сока лимона, концентрация сока определяется индивидуальной переносимостью пациента. *Показания*: спастический колит;

4) с *соком клюквы*: на 0,5 л комфортно теплой воды добавить сок клюквы, отжатый из 10–25 свежих (без гнили) ягод, концентрация сока определяется индивидуальной переносимостью пациента. *Показания*: спастический колит;

5) с *свежевыпущенной могой пациента* в количестве 0,5 л. *Показания*: спастический колит, склонность к запорам.

Какова должна быть длительность разгрузочного периода РДТ? Натуропаты руководствуются в этом вопросе признаками так называемого заверщенного голодания [260], когда появление чувства голода подсказывает необходимость его прекращения. Врачи с ортодоксальным (современным, научным) медицинским образованием, использующие в своей практике метод РДТ, обычно не стремятся к ситуации «заверщенного голодания», вполне удовлетворяясь достигнутой клинической ремиссией патологии. В этом случае длительность разгрузочного периода устанавливается индивидуально (см. выше) и во многом зависит от клинических особенностей заболевания, возраста, упитанности больного (индекс массы тела), характера и количества сопутствующей патологии и некоторых других причин. Наличие полиморбизма, естественно, удлиняет сроки голодания.

Опыт свидетельствует о том, что лучше сразу назначить больному максимально необходимую продолжительность разгрузочного периода. Это создает вполне определенный, важный в данной ситуации, психологический настрой пациента, который легче переносит воздержание от пищи. Лучше этот первоначально намеченный и согласованный с больным срок голодания сократить в процессе его, при достижении желательного клинического эффекта, чем увеличивать при необходимости. Но в любом случае важно сохранить для больного принцип добровольности. Нередко больные в процессе лечения сами настаивают на увеличении продолжительности разгрузочного периода, полагая, что чем больше этот срок, тем лучше эффект лечения. Однако, по нашему опыту, продолжительность клинической ремиссии после РДТ хронической патологии определяется не столько сроком воздержания от пищи при первоначальном курсе такого лечения, сколько пунктуальностью выполнения врачебных рекомендаций, в том числе по соблюдению здорового образа жизни и регулярному очищению организма от «шлаков».

В процессе разгрузочного периода лечения пациент должен вести ежедневный дневник самонаблюдения, по предлагаемой ему форме (см. табл. 1.2). При этом нельзя подсказывать больному возможные в этой ситуации жалобы и ощущения путем их под-

черкивания, а дать ему возможность указать самому, как он себя чувствует. Но основное проявление болезни (головная боль, приступы удушья и т. д.) должны ежедневно отмечаться, например, точками; их, как правило, уменьшение в процессе лечения очень показательны, и это надо каждый раз подчеркивать во время врачебного обхода и общения с пациентом. Равным образом в дневнике самонаблюдения важно отметить ежедневный прием лекарств; как правило, это лишь так называемая базисная терапия, во многом протезирующего характера. Снижение доз и постепенная отмена таких лекарств (за ненадобностью) очень показательна при лечебном голодании и это следует также активно использовать в психологическом плане во время каждого врачебного обхода. Это важно как для самого пациента, так и для больных (в палате), которые будут лечиться этим методом, а пока что находятся в подготовительном периоде лечения.

Натуропаты, для которых метод лечебного голодания является основным в их практической работе [37], большое значение придают чисто физическим наблюдениям (симптомам) больного в процессе лечения, определяя этим его полное соответствие (корректность) методике.

Основными *натурпатическими признаками* корректного лечебного голодания являются:

- 1) язык постепенно очищается от налета;
- 2) неприятный запах изо рта постепенно исчезает;
- 3) ощущение первоначальной сухости во рту сменяется влажностью;
- 4) появляется чувство голода, указывающее на необходимость прекращения голодания [260].

В течение всего разгрузочного периода лечения, вплоть до начала восстановительного питания, больным рекомендуется активный двигательный режим (если нет ограничений тому по характеру их патологии), предусматривающий ежедневные прогулки на свежем воздухе в течение не менее 3–4 ч в день с перерывами для отдыха (табл. 1.3). Указанные прогулки следует планировать в то время, когда остальные больные, которые получают общепринятую медикаментозную терапию, принимают пищу. Это позволяет избежать у пациентов, получающих РДТ, условно-рефлекторных пищевых раздражителей. Для прогулок следует выбрать маршруты в зеленой зоне отдыха, где не шумно, нет большого движения транспорта и промышленной загазованности («парковая зона»). Для прогулок в зимнее время года больные должны быть тепло одеты; во время прогулки движения необходимо чередовать с отдыхом; двигаться следует в привычном темпе, не вызывающем чувства утомления.

Сравнительно высокая физическая активность сохраняется у большинства больных, как правило, на протяжении всего пери-

ода лечебного голодания. Это обстоятельство позволяет не прерывать ежедневные прогулки и занятия физическими упражнениями (по показаниям и преимущественно статическими) даже к концу разгрузочного периода.

Таблица 1.3

**Примерный распорядок дня
для больных на разгрузочный период легения**

Распорядок дня	Время
Подъем	8.00
Утренняя гигиеническая гимнастика	8.00–8.30
Утренний туалет	8.30–9.00
Прогулка	9.00–11.00
Отдых	11.00–12.00
Процедуры, оптимизирующие «очищение» организма	12.00–14.00
Отдых (дневной сон)	14.00–16.00
Прогулка	16.00–18.00
Отдых	18.00–19.00
Прогулка	19.00–21.00
Отдых	21.00–22.00
Очистительная клизма, душ	22.00–22.30
Вечерний туалет	22.30–23.00
Отход ко сну	23.00

Умственная активность во время лечебного голодания, по нашим наблюдениям, не только не снижается, но даже, в определенной мере, активизируется.

Больной С., 30 лет, по профессии – инженер. Страдает БА на протяжении 9 лет. Последнее обострение болезни продолжалось (до поступления в клинику) 6 мес., из которых 2 последних пациент находился на амбулаторном лечении. *Принято решение провести курс РДТ. Согласно больного было получено.* Разгрузочный период лечения составил 14 дней. Полное прекращение приступов экспираторного удушья и исчезновение клинических признаков обструкции бронхиального дерева наступило к 9-му дню лечения; в дневнике самонаблюдения пациент отмечал, что после ацидотического криза (после перехода на эндогенное питание. – Авт.) у него наступил значительный эмоциональный подъем: стал активно заниматься профессионально производственными вопросами, за оставшееся время пребывания в клинике разработал 4 рационализаторских предложения по своей специальности, в то время как за предыдущий год он сделал лишь одно.

Большое значение в период лечебного голодания имеет полноценный сон больных. Они должны спать в помещениях (палатах)

с хорошей вентиляцией; в зимнее время при проветривании помещений они должны быть тепло укрыты.

Во время разгрузочного периода больные должны регулярно очищать кишечник. Если при предварительном обсуждении этих вопросов с пациентом предпочтение дается механической очистке кишечника, то ежедневно (редко — 2–3 раза в неделю), желательно утром или вечером, ставится очистительная клизма из воды или слабого раствора марганцовокислого калия (температура — 37–38 °С). Клизма ставится медицинским персоналом или самостоятельно предварительно обученным этой манипуляции пациентом. Эта процедура в отделении должна проводиться в специально выделенной комнате, расположенной вблизи туалета. В этой комнате необходимо постоянно поддерживать чистоту и порядок, ибо пациенты во время лечебного голодания чрезвычайно чувствительны к таким «мелочам». В комнате должна быть удобная кушетка, застеленная подкладной клеенкой; должен быть набор чистых наконечников для клизмы, вазелин, вата и др.

Перед постановкой клизмы у пациента необходимо путем опроса и/или пальцевого исследования убедиться в отсутствии увеличенных, склонных к кровоточивости геморроидальных узлов, что часто имеет место у многорожавших женщин, а также при «сидячем» образе жизни и при хронических запорах.

Объем жидкости на одну клизму — около 1 л с колебаниями от 0,5 до 2 л в зависимости от индивидуальной переносимости пациента и субъективно неприятных ощущений во время процедуры. Пациент должен стремиться удержать жидкость, введенную в кишечник, в течение 5–10 мин; будучи лежа, периодически поворачиваться при этом то на один, то на другой бок, производя в это время ладонями легкий массаж мышц передней брюшной стенки в направлении слева-вверх-направо-вниз; после этого кишечник освобождается естественным путем. Во время акта дефекации для более полного очищения кишечника следует также проводить легкий массаж мышц передней брюшной стенки ладонью в направлении справа-вверх-налево-вниз.

После действия очистительной клизмы следует принять общую (гигиеническую) ванну (температура воды 37–38 °С) продолжительностью 10 минут или душ (дождевой или циркулярный), а физически крепким субъектам с избыточной массой тела — веерный или струевой душ (Шарко).

В этом периоде лечения больным часто назначается и проводится общий массаж (ежедневно или несколько раз в неделю), желательно до водных процедур. Рекомендуются также сегментарный самомассаж с предварительным обучением больных наиболее простым приемам (поглаживание, растирание) [99].

Указанный комплекс мероприятий способствует очищению организма больных от продуктов метаболизма, образующихся в раз-

грузочный период лечения. Регулярное (ежедневное) проведение вышеуказанных «очистительных» процедур, по опыту работы, устраняет или предупреждает возможные неприятные ощущения общего характера — слабость, вялость и т. п. После проведения массажа, гигиенической ванны (душа) для пациента обязателен отдых в течение 1 ч, лучше в постели.

Если очищение кишечника производится с утра, то после отдыха и врачебного осмотра, при хорошем самочувствии больного, ему можно разрешить прогулку. Если же очищение кишечника производится на ночь, то обычно способствует наступлению спокойного, глубокого сна.

Питье жидкости в разгрузочный период полного («влажного») голодания не ограничивается, но должно быть не менее 1 л в сутки. Обычно это экологически чистая вода комнатной температуры. В холодное время года для питья предпочтительна теплая (подогретая) вода, которая более приятна пациентам на голодании, ибо быстрее устраняет у них состояние повышенной жажки. В случае вялости, чувстве тошноты и других неприятных ощущениях, имеющих место у некоторых больных в период нарастающего ацидоза, следует рекомендовать питье щелочных минеральных вод (например, Боржоми).

Для уменьшения неприятных субъективных проявлений выраженного ацидоза следует вводить 3 % раствор бикарбоната натрия в клизме (0,5–1,5 г) или промывать этим раствором желудок. Лишь в редких случаях приходится вводить указанный (3 %) раствор внутривенно (200–300 мл).

Большинство больных хорошо переносят разгрузочный период РДТ, особенно если они психологически хорошо подготовлены к лечебному голоданию. В таких случаях чувство голода не беспокоит их уже с первых дней разгрузочного периода. В других случаях чувство голода сохраняется лишь первые 2–3 дня, а затем исчезает. И только у некоторых больных, особенно с пониженной массой тела, чувство голода ощущается на протяжении почти всего разгрузочного периода. Это субъективно неприятное ощущение, по нашим наблюдениям, может быть предупреждено хорошей организацией режима больных, когда все свободное от сна и прогулок время занято чтением интересных книг (библиотерапия), аутотренингом и др.

Если ощущение голода в первые дни разгрузочного периода достаточно тягостно для пациента и сопровождается головной болью, рвотой, общей слабостью и т. п., то это может быть обусловлено гипогликемией и сопровождаться появлением ацетона в моче. Специалист по лечебному голоданию во Франции Y. Vivini [275] рекомендовал ежедневное исследование у таких больных мочи на ацетон, а при наличии у них ацетонурии давал им немедленно несколько кусочков сахара, после чего все симптомы

недомогания проходили. По мнению этого автора, сахар в таких случаях не прерывает процесса голодания, так как мгновенно всасываясь в пищеварительном тракте, выполняет роль скорее «медикамента», чем продукта питания и способствует более полному окислению липидов. В аналогичной ситуации с успехом используется мед «на кончике ножа».

В дни нарастающего ацидоза у больных с клиническими симптомами гипогликемии необходимо следить за уровнем артериального давления, так как оно может в это время значительно снижаться. У. Vivini [276] не рекомендует продолжать лечебное голодание, если артериальное давление достигло очень низкого уровня. По нашему опыту работы, мы также не рекомендуем продолжать воздержание от пищи, если артериальное давление снизилось до 85/50 мм рт. ст.

По наблюдениям Е. Н. Арбузова [8], ацидотический криз характеризуется значительным повышением в сыворотке крови уровня мочевой кислоты и среднемолекулярных полипептидов; некоторым увеличением активности трансаминаз, а также снижением уровня общего белка и хлоридов. Указанные сдвиги носят транзиторный характер и диагностического значения не имеют.

На 2—3-й день голодания, одновременно с исчезновением аппетита, язык пациентов обычно обкладывается серым или бело-желтым налетом, на губах появляется слизь, а изо рта — неприятный запах. В это время очень важно постоянно следить за чистотой полости рта: чистить зубы мягкой зубной щеткой, желативно с использованием зубной пасты, обладающей приятным дезодорирующим запахом; полоскать горло слабым дезинфицирующим раствором, например марганцовокислого калия. При резко выраженном налете язык также можно слегка чистить влажной зубной щеткой, убирая дурнопахнущий налет. Толщина такого налета на языке, по мнению некоторых натуропатов [260], является диагностическим маркером большой «зашлакованности» организма пациента.

В процессе РДТ организм освобождается от «шлаков». По мнению Ю. Н. Кудрявцева (главного врача Института питания РАМН), указанный термин включает продукты обмена веществ, постепенно накапливающиеся в процессе жизнедеятельности в клетках и тканях организма. В основном это конечные продукты белкового обмена: мочевина, мочевая кислота, креатинин, креатининаммониевые соли и другие трудно растворимые в жидкости соединения. Они накапливаются прежде всего в соединительной ткани, в жировой и костной ткани, в слабо работающих или неработающих мышцах, в межклеточной жидкости, в протоплазме клеток, если они не способны выделять эти продукты обмена из-за недостатка кровотока или из-за обильного образования их при избыточном питании. Например, в нашем организме более

20 аминокислот и, если какой-то из них больше, чем необходимо для нормальной жизнедеятельности (хотя бы на 0,3 %) она становится «шлаком» при сборке новых белков на стадии их синтеза и является своего рода эндотоксином. РДТ является наилучшим способом очищения организма от «шлаков» и таким образом оздоровления; потеря до 25 % массы тела каких-либо патологических изменений в организме не вызывает.

Восстановительный период. В общем комплексе РДТ восстановительный период является, несомненно, наиболее ответственным этапом всего процесса лечения, так как фактически определяет его конечный эффект.

Е. И. Архий (1994) справедливо подчеркивает, что при лечебном голодании одинаково ответственны и требуют строгого контроля компетентного врача как период депривации, т. е. воздержания от пищи, так и восстановительный период как основной в смысле адаптации к пище после голодания, требующей строгой умеренности, адекватности и соответствия пищевой нагрузки функциональному состоянию органов пищеварения [11]. Одновременно должны проводиться коррекция витаминного и антиоксидантного статуса больных, их контроль по основным клинико-лабораторным показателям.

Основная задача в восстановительный период — постепенный переход пациента с эндогенного («внутреннего») на экзогенное («внешнее») питание с помощью специальной диеты. Несоблюдение должного режима в отношении количества и качества питания может вызвать различные, иногда очень тяжелые осложнения. Во время разгрузочного периода после ацидотического криза и перехода на эндогенное питание секреторная и моторная активность желудочно-кишечного тракта фактически прекращается. Поэтому «на выходе» из голода эти основные функции необходимо активизировать, путем очень бережного и постепенного нарастания их (пищевой) стимуляции. Для этого алгоритм восстановительного диетического питания должен предусматривать строго постепенное увеличение сокогонного и объемного (количество пищи) воздействия (см. в Приложении 2). Критерием того, что восстановительный период после голодания проходит корректно, будет восстановление самостоятельного стула на 3—4-й день восстановительного питания. Этот период времени наиболее ответственный и должен обязательно контролироваться лечащим врачом.

Подготовка больных к правильному «выходу из голода» должна начинаться еще в начальном периоде лечения и продолжаться в последующие дни. Важно постоянно подчеркивать больным, проходящим курс РДТ, что конечный успех лечения зависит от соблюдения определенных условий в режиме и характере питания в восстановительном периоде лечения и в их последующей (после проведения РДТ) жизни.

Особенности восстановительного периода:

— его продолжительность (у соматических больных) должна быть равна продолжительности разгрузочного периода (собственно голодания), его половине или несколько превышать ее;

— в течение всего восстановительного периода питания запрещается употребление поваренной соли («досаливание» пищи) во избежание отеков;

— с первого дня восстановительного периода лечения отменяются все «очистительные» процедуры: многочасовые прогулки, очистительные клизмы, массажи и др.;

— первые 4—5 дней (до восстановления функций кишечника) режим пациента должен быть «щадящим», больной должен больше отдыхать (сидеть, лежать);

— необходима строгая постепенность в наращивании питания по дням;

— во время еды пациентам не следует ни на что отвлекаться; они должны многократно (30 раз! — *Ред.*) тщательно пережевывать пищу во рту; прежде чем ее проглотить, избегая торопливости.

Заинтересованному читателю-коллеге следует обратить внимание на качество рекомендуемых (указанных в примерном меню-раскладке) продуктов и «зигзаги» в смысле чередования различного качества белков, жиров и углеводов в целях тренировки процессов адаптации органов пищеварения.

1.5.2. АБСОЛЮТНОЕ («СУХОЕ») ГОЛОДАНИЕ

Полное исключение пищи и воды (абсолютное голодание) начали применять в России в клинической практике в последние годы [80, 225]. Однако о целесообразности ограничения приема воды в процессе полного лечебного голодания писалось и ранее. В настоящее время в клинической практике различают две методики — жесткое и мягкое «сухое» голодание [170, 171, 225].

В первом случае, при *жестком «сухом» голодании*, полностью исключается контакт с водой, т. е. пациент не пьет воду, не умывается, не полощет водой рот, не принимает никаких водных процедур (души, ванны и пр.), не очищает клизмой кишечник. Во втором случае, при *мягком «сухом» голодании*, туалет и «очистительные» процедуры проводятся, но воду больной не пьет. Жесткое «сухое» голодание имеет ограниченные показания, например, выраженная экссудативная реакция аллергического характера, выраженный отечный синдром, и применяется в течение короткого промежутка времени, до 2 сут.

С физиологических позиций организм пациента в процессе абсолютного («сухого») голодания не испытывает существенного дефицита жидкости, ибо на каждый килограмм расщепляющейся жировой ткани (или гликогена) освобождается ежедневно до 1 л

эндогенной (метаболической) воды. Кстати, потеря жидкости организмом через кожно-легочную перспирацию и диурез при обычных температурных условиях среды обитания невелика и составляет от 1,5 до 2 л в сутки. Таким образом, дефицит воды не превышает 0,5—1 л ежедневно, что в условиях сниженного основного обмена («функциональный гипотиреоз») является физиологически вполне допустимым.

В клинической практике обычно применяется непродолжительное абсолютное голодание, до 3 сут., редко долее.

Подготовительный период при абсолютном голодании не отличается от такового при полном голодании (см. с. 31).

Разгрузочный период при абсолютном голодании проходит те же 3 стадии, что и при полном голодании, но сроки их наступления сокращаются, особенно при жестком «сухом» голодании. Так, стадия «пищевого возбуждения» продолжается несколько часов (очень индивидуально); стадия «нарастающего кетоацидоза» продолжается 1 до 3 сут. Уже на первые сутки абсолютного голодания при жесткой его методике обычно имеем место кетоацидотический криз, после которого самочувствие пациента значительно улучшается (стадия «компенсированного кетоацидоза»).

Восстановительный период при абсолютном голодании практически не отличается от такового при полном голодании.

Вопреки имеющему место мнению о том, что «сухое» голодание субъективно переносится тяжелее «влажного», имеет место скорее обратная зависимость: чувство жажды у большинства больных пациентов не возникает, за исключением небольшой сухости во рту: ощущение голода и плохое самочувствие, обусловленные кетоацидозом, купируются сравнительно быстро. При проведении «сухого» голодания имеет место более раннее начало и более полное расщепление депонированных жиров: уже через 24 ч в крови возрастает содержание триглицеридов и холестерина. Доля жиров в энергообеспечении организма возрастает к началу 2-х сут. голодания с 15 до 31 %. Редукция избыточной массы тела составляет от 2 до 3 кг за сутки, причем 40 % теряемой массы тела приходится на воду, 30—40 % — за счет расщепления жировой ткани и 15—20 % — за счет убыли тощей массы тела, главным образом гликогена печени и скелетных мышц [225].

В клинической практике краткосрочное (до 3 сут.) абсолютное голодание применяется во многих случаях соматической патологии, осложненной задержкой жидкости в организме. При этом можно считать, что 3-суточное абсолютное голодание по интенсивности действия аналогично 7—9-суточному полному («влажному») голоданию. Но в то же время следует иметь в виду, что «сухое» голодание свыше 3 сут. может привести к выраженной дегидратации организма. Поэтому его проведение противопоказано при желчно-каменной и мочекаменной болезни, тромбофлебитах, выра-

женном варикозном расширении вен и нарушениях свертываемости крови, а также во всех остальных случаях абсолютных противопоказаний к проведению РДТ.

1.5.3. КОМБИНИРОВАННОЕ («СУХОЕ» И «ВЛАЖНОЕ») ГОЛОДАНИЕ

Методика последовательного применения абсолютного («сухого») и полного («влажного») лечебного голодания при соматической патологии разработана и внедрена в лечебную практику в Санкт-Петербурге [95]: вначале проводится абсолютное («сухое»), а потом сразу же, без перерыва, полное («влажное») лечебное голодание. При этом по своей продолжительности «сухое» всегда должно быть значительно короче «влажного» голодания.

В практике наиболее часто применяется такое соотношение: абсолютное голодание — до 3 сут., полное голодание — 7–10–14 сут.

Особенностью **подготовительного периода** является то, что накануне первого дня («сухого» голодания) слабительные средства и очистительные клизмы не назначаются.

В **разгрузочном периоде** при переходе с абсолютного («сухого») на полное («влажное») голодание в первые несколько дней (от 2 до 4) ограничивается питье воды до 10–12 мл/кг массы тела в сутки; в последующем пациенту следует руководствоваться ощущением жажды. С момента перехода с абсолютного на полное голодание уже регулярно проводится весь комплекс очистительных процедур (см. с. 33).

Восстановительный период проводится аналогично таковому при полном голодании.

Использование в лечебной практике комбинации абсолютного и полного лечебного голодания позволяет достичь более быстрого перехода на эндогенное питание, т. е. кетоацидотического криза и компенсации кетоацидоза. Указанным достигается сравнительно большая редукция избыточной (жировой) массы тела, более ранняя нормализация повышенного артериального давления крови при гипертонии и т. д. При использовании этой методики сроки разгрузочного периода сокращаются без ущерба для достигаемого лечебного эффекта. В условиях стационарного лечения это важно еще и потому, что этим *уменьшается возможность респираторной вирусной инфекции.*

1.5.4. «СТУПЕНЧАТОЕ» ГОЛОДАНИЕ

Эта методика предложена в России учениками и сотрудниками профессора Ю. С. Николаева и впервые была успешно апробирована у больных ожирением; при этом использовалось полное («влажное») голодание.

Методика «ступенчатого» голодания предусматривает редуцирование продолжительности **разгрузочного периода** до первых клинических проявлений ацидотического криза, т. е. до перехода на эндогенное питание. В наших наблюдениях, при «влажном» голодании это имело место на 4–7-й день разгрузочного периода. После этого следовал **период восстановительного питания**, который по его продолжительности был равен половине разгрузочного периода (1-я ступень); после этого вновь назначалось («влажное») голодание вплоть до начальных клинических проявлений повторного ацидотического криза и далее вновь восстановительное питание, по продолжительности равное вновь половине разгрузочного периода (2-я ступень) и т. д. (всего 3–4 ступени).

Применение «ступенчатой» методики целесообразно при наличии у пациента ожирения в качестве основного или сопутствующего заболевания, а также при плохой переносимости или ситуации невозможности перенести сравнительно длительное голодание в условиях полиморбизма. В случае необходимости «ступенчатым» может быть не только «влажное», но и «сухое» голодание.

1.5.5. «ФРАКЦИОННОЕ» ГОЛОДАНИЕ

Эта методика разработана в 1970-е годы в Белорусском НИИ фтизиопульмонологии [43]. Она предусматривает несколько, обычно три, повторных цикла (фракции) разгрузочно-диетической терапии (РДТ-1, РДТ-2, РДТ-3) и т. д. Средняя продолжительность разгрузочного периода при этом составляет 14 дней, а восстановительного питания — 34 дня. Продолжительность промежутка между отдельными фракциями РДТ, включая период восстановительного питания — 62 дня. Общая продолжительность лечения — полгода. Ведение больных в подготовительном, разгрузочном и восстановительном периодах лечения принципиально не отличается от такового при «влажном» голодании (см. с. 31–46). Первоначально эта методика была апробирована на больных саркоидозом легких.

1.6. ВЫБОР МЕТОДИКИ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАТОЛОГИИ

Среди вышеописанных методик РДТ наиболее часто применяется *полное («влажное») голодание*, эту методику можно считать даже классической, ибо она наиболее часто используется как в нашей стране, так и за рубежом; а потому она достаточно хорошо изучена с точки зрения патофизиологических сдвигов в голодающем организме.

Продолжительность разгрузочного периода при полном голодании зависит от наличия и характера, а также количества сопутствующей патологии (полиморбизм). Последняя обычно удлиняет разгрузочный период до 3 нед. и дольше.

Степень тяжести болезни также влияет на продолжительность разгрузочного периода, но в значительно меньшей степени, чем полиморбизм.

Если у пациента ярко выражены экссудативные проявления патологии (вазомоторный ринит, отечность суставов и т. п.), целесообразно начать лечение с применения *абсолютного («сухого») голодания*. По нашему опыту, в таких случаях вполне достаточно бывает 1–2 дней, чтобы состояние больного резко улучшилось; при этом *жесткий вариант методики более эффективен, чем мягкий*. В последующем обычно продолжается «влажное» голодание, т. е. фактически применяется *комбинированное голодание*.

Если у пациента имеет место ожирение (в качестве основного или сопутствующего заболевания) следует предпочесть ступенчатую методику; продолжительность разгрузочного периода («ступеньки») при этом редко превышает 5 дней, при восстановительном периоде (в этом случае) в 3 дня.

Число таких «ступенек» определяется степенью выраженности ожирения и оговаривается с пациентом заранее; в нашей практике число «ступенек» редко было более трех.

В случае необходимости при использовании ступенчатой методики, может проводиться и абсолютное («сухое») голодание в его вариантных разновидностях (см. с. 46–48).

Фракционное голодание, по сравнению с другими методиками, в России применяется реже; авторы, владеющие этой методикой, отмечали положительный эффект при сочетанной соматической патологии [227].

Таким образом, тактика применения РДТ определяется не столько нозологией патологии, сколько степенью ее тяжести и полиморбизмом; что же касается продолжительности разгрузочного периода, то он должен быть дольше при сравнительно многолетней патологии и преобладании в морфогенезе патогенной реструктуризации органов и тканей; примером может служить костно-суставная патология.

При этом решающее значение будет иметь не продолжительность первоначального однократного голодания, а неоднократные повторные курсы РДТ, при выполнении всех прочих режимных рекомендаций лечащего врача.

1.7. ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

Опытному врачу, по-видимому, известно, что любой метод лечения, как бы ни расхваливали его, не дает «поголовного» 100 %-ного эффекта; поэтому практически всегда остается актуальным поиск дополнительных путей и средств, которые бы смогли еще более повысить достигаемый эффект лечения, путем его оптимизации.

На первоначальном этапе научно-практического изучения лечебного голодания, рассматривая его как новый аспект медицинской реабилитации больных, путем применения немедикаментозного метода предполагали использовать для целей оптимизации результатов РДТ общепринятые в этом плане методы — физиотерапии и методики ЛФК. Вскоре, однако, было показано, что использование широко распространенных в отечественной терапевтической практике методик электрофизиотерапии и динамических физических упражнений в процессе лечебного голодания не оправдано и даже противопоказано. Зарубежные специалисты этого метода лечения [261] предупреждают, что во время лечебного голодания возможно применение лишь некоторых натуральных методов оздоровления и наиболее бережно в этом случае следует относиться к разгрузочному периоду, используя в это время лишь то, без чего обойтись нельзя, например заместительную фармакотерапию.

Постепенно, по мере накопления собственного опыта, у нас сложились определенные подходы к этому вопросу и выработались принципы оптимизации, правильность которых подтвердил многолетний опыт работы (табл. 1.4).

Таблица 1.4

Рациональные сочетания методов лечения (оздоровления) в различные периоды разгрузочно-диетической терапии

Период лечения	Методы лечения и их рациональные сочетания
Подготовительный	Фармакотерапия по показаниям
Разгрузочный	Заместительная фармакотерапия; статические физические упражнения в сочетании с глубоким дыханием (хатха-йога и пранайама); акупунктура и акупрессура; водные процедуры: души, индифферентные ванны, банные процедуры; динамические физические упражнения (по показаниям); фитотерапия (по показаниям); тюбажи желчного пузыря и лаважи кишечника (по показаниям)
Восстановительный	Заместительная фармакотерапия; тренажерные физические упражнения; динамические физические упражнения; галотерапия

В табл. 1.4 на конкретных примерах приводимых методик указаны, разумеется, лишь принципиальные установки, а повседневная лечебная практика может создать гораздо больше их рациональных сочетаний. В соответствующих разделах частной патологии будут представлены примеры различных сочетаний РДТ с методиками традиционной медицины, разнообразие которых будет определяться характером («набором») сочетанной патологии в условиях полиморбизма.

Примером могут служить, упражнения из раздела «хатха-йоги», наиболее часто применяемые при поражении позвоночника и заболеваниях желудочно-кишечного тракта [99].

Общие положения: 1) упражнения надо делать на ковре, циновке или вдвое сложенном одеяле; 2) упражнения следует выполнять в хорошо проветренном помещении утром или вечером; 3) общая продолжительность упражнений от 15 до 45 мин, но никогда не должна быть более часа; первоначальная продолжительность упражнений не должна быть более 15 мин; 4) все упражнения должны сочетаться с замедленным, ритмичным дыханием с активным вдохом-выдохом, желательно через нос; 5) каждое упражнение следует повторять 3–5 раз.

Вводное упражнение. «Качалка» (рис. 1.1). И. п.* — сесть на пол, на подстилку, поджать колени к груди, не отрывая ступней от пола. Обхватить ноги руками ниже колен, согнуть шею, привести подбородок к груди, нагнуться вперед и качнуться назад на позвоночнике, затем вернуться в и. п., подражая движениям кресла-качалки. Качаться туда-обратно без остановок, не расправляя спины. Дыхание произвольное. Упражнение тонизирует позвоночник, мышцы спины, участвующие в акте дыхания, улучшает подвижность грудной клетки.

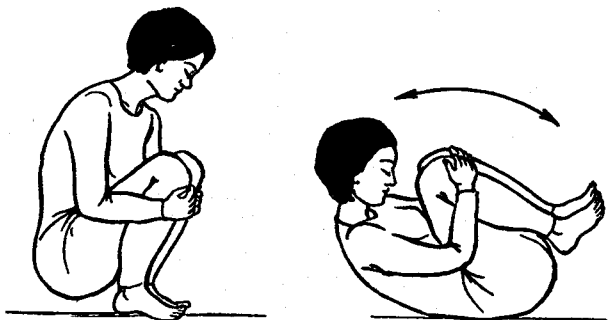


Рис. 1.1. «Качалка»: а — исходное положение; б — «качание»

«Кобра» (рис. 1.2). И. п. — лечь на живот, положив обе ладони по обе стороны груди, поджав локти. Ноги прямые сведены вместе, носки

* И. п. — исходное положение.

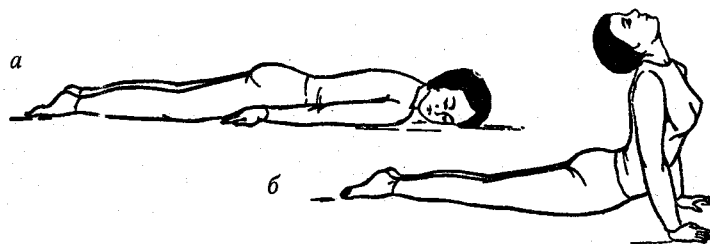


Рис. 1.2. «Кобра»: а — исходное положение; б — поза

вытянуты. Сделать вдох и, подстраховываясь упором на ладони, прогнуться в пояснице, приподняв верхнюю часть туловища. Нижняя часть тела и таз при этом остаются прижатыми к полу. Голову откинуть назад, смотреть вверх. Задержать насколько возможно дыхание, затем медленно выдохнуть, возвращаясь в и. п., подстраховываясь упором на ладони. Это упражнение укрепляет (тренирует) мышцы спины и живота, участвующие в дыхании, стимулирует функцию надпочечников.

«Саранча» (рис. 1.3). И. п. — лечь на живот, плоско, чтобы подбородок касался пола. Руки лежат вдоль туловища, носки вытянуты. Сделать глубокий вдох и одновременно поднять правую ногу как можно выше. При задержке дыхания на вдохе поддержать поднятую ногу, насколько возможно, затем опустить ее в и. п. — во время медленного выдоха. Ана-

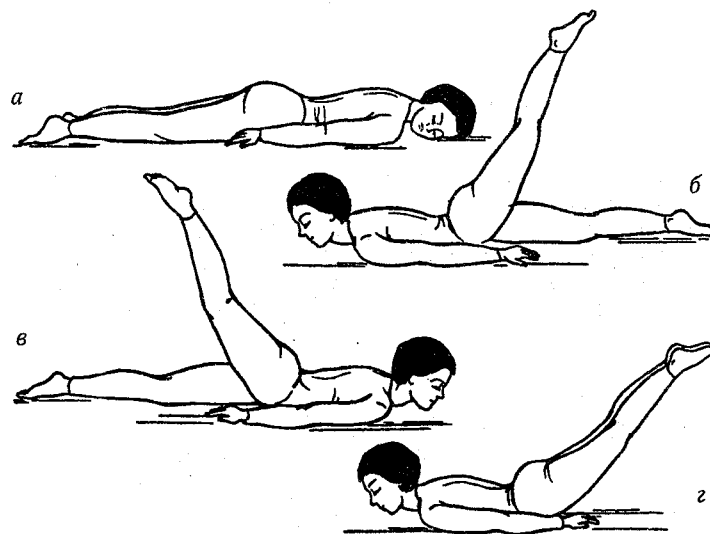


Рис. 1.3. «Саранча»:

а — исходное положение; б — с поднятой левой ногой; в — с поднятой правой ногой; з — подняты обе ноги

логичное движение повторить левой ногой, затем одновременно двумя ногами, перенося массу тела на грудь, опираясь на ладони и стремясь оторвать верхнюю часть груди от пола, прогнуться. Голову откинуть назад, смотреть вперед, задержка дыхания на вдохе. Перед повторением упражнения отдохнуть. Упражнение, аналогично предыдущему, укрепляет (тренирует) мышцы спины и живота, уменьшает вздутие живота, улучшает экскурсии диафрагмы, стимулирует функцию надпочечников.

«Лук» (рис. 1.4). И. п. — лечь на живот, поднять согнутые в коленях ноги, взяться руками за лодыжки. Сделать глубокий вдох и потянуть обе ноги вверх, выгибая спину. Оставаясь в таком положении, задержать дыхание, затем на выдохе медленно опустить ноги. В ходе выполнения упражнения не надо прижимать ноги к спине, а надо тянуть их вверх, поднимая бедра от пола. Если при первоначальном выполнении упражнения трудно взять руками лодыжки, то для этого необходимо использовать пояс, полотенце и прочее для каждой ноги в отдельности. Усилить эффект этого упражнения можно раскачиванием на животе в этой позе. Это упражнение стимулирует функцию надпочечников, укрепляет (тонизирует) мышцы живота и спины. Но противопоказано при артериальной гипертензии (гипертонической болезни).

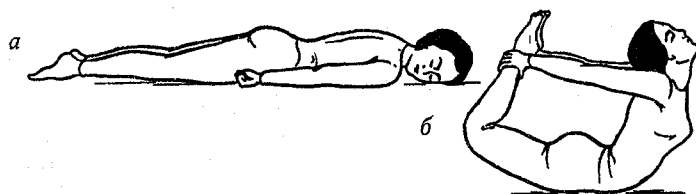


Рис. 1.4. «Лук»:
а — исходное положение; б — поза

«Складной нож» (рис. 1.5). И. п. — лечь на спину, на подстилку, вытянуть ноги. Глубоко вдохнуть и на выдохе поднять согнутую правую ногу. Обеими руками плотно прижать колено к животу, задержав дыхание. Положить руки по сторонам туловища. Вытянуть ногу и на выдохе медленно опустить ее до исходного положения. Сделать аналогичное движение второй ногой, а затем обеими ногами вместе. Опуская обе ноги,

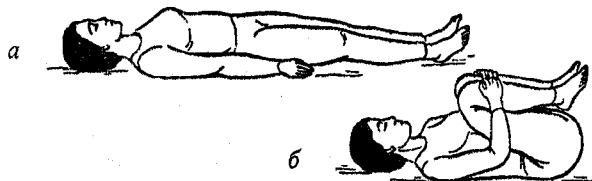


Рис. 1.5. «Складной нож»:
а — исходное положение; б — «складной нож»

не следует стремиться сделать это на одном вдохе. Первоначально упражнение не следует повторять более 2—3 раз. Это упражнение уменьшает вздутие живота, повышает тонус и укрепляет мышцы живота, что приводит к уменьшению его объема, улучшает экскурсии диафрагмы и вентиляцию базальных сегментов легких.

«Полуберезка» (рис. 1.6). И. п. — лечь на спину, поднять ноги, подерживая себя руками, положенными на бедра. Ноги держать прямыми, носки вытянуты. Закрыть глаза и дышать глубоко, оставаясь в этой позе возможно дольше. Это упражнение стимулирует функции эндокринных желез, в частности щитовидной. Полезно для массажа органов брюшной полости, показано при хроническом легочном сердце. Противопоказано при артериальной гипертензии (гипертонической болезни).

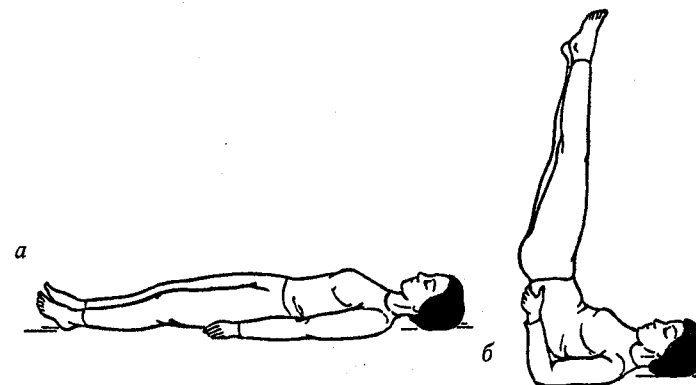


Рис. 1.6. «Полуберезка»:
а — исходное положение; б — поза

«Плуг» (рис. 1.7). И. п. — поза «полуберезки». Сделать вдох и на выдохе закинуть ноги за голову, стремясь при этом пальцами ног коснуться пола за головой. Колени держать прямыми, руки на бедрах или вытянуты за спиной на полу. Дышать глубоко. На выдохе медленно разгибаясь, стараться, чтобы позвоночник мягко коснулся пола. Когда вся спина коснется пола, выпрямить ноги носками перпендикулярно вверх, сделать вдох и на выдохе медленно опустить ноги на пол.

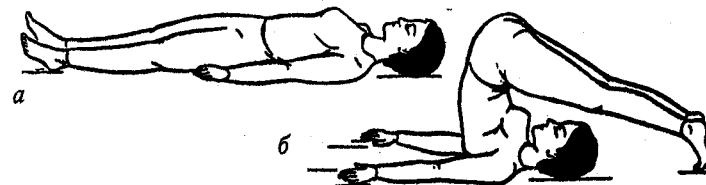


Рис. 1.7. «Плуг»:
а — исходное положение; б — поза

Более простой вариант «плуга». И. п. — лечь на спину на расстоянии 0,5 м от стены. Сделать «полуберезку», закинуть ноги за голову, коснуться ими стены и «идти» по стене вниз, насколько это возможно, с каждым упражнением все ниже и ниже к полу, стараясь не растянуть мышцы спины. Это упражнение тренирует гибкость позвоночника, тонизирует мышцы спины и соответствующие нервные сплетения. Полезно при хроническом легочном сердце.

«Перекручивание» (рис. 1.8). И. п. — сидя на полу, ноги вытянуты, поставить правую ступню на пол, перекинув ее через левое колено. При этом левая нога остается вытянутой. Взять левой рукой за большой палец правой ноги, а правую заложить за спину вдоль талии с открытой ладонью. Сделать глубокий вдох и на выдохе медленно поворачивать голову, плечи и талию как можно дальше направо. Сохранить это положение на несколько секунд, задерживая дыхание, затем вернуться (на выдохе) в и. п. Повторить не менее 3 раз в обе стороны. Это упражнение стимулирует функцию надпочечников.

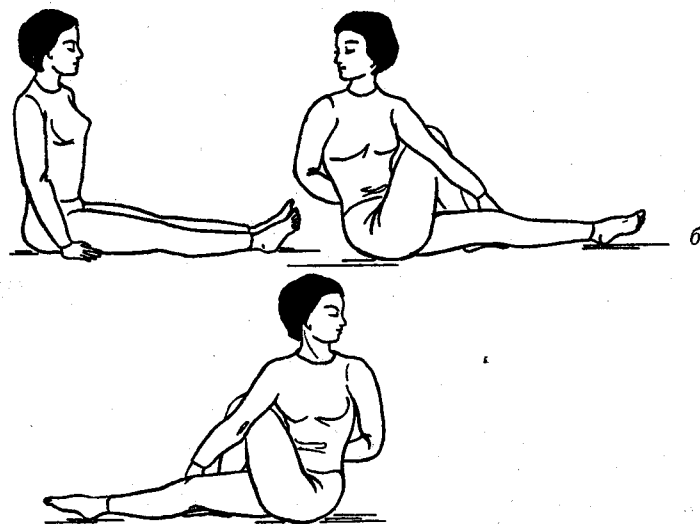


Рис. 1.8. «Перекручивание»:

а — исходное положение; б — поворот вправо; в — поворот влево

«Втягивание живота» («Удиана») (рис. 1.9). И. п. — стоя, ноги врозь, грудь несколько наклонена вперед, руки на полусогнутых коленях. После полного вдоха медленно выдохнуть и втянуть при этом брюшную стенку как можно больше. Повторять это упражнение не менее 3 раз, стараясь по мере тренировки увеличить число движений брюшной стенки до 15–20 (вести подсчет в уме) и их глубину. Это упражнение тонизирует диафрагму, массирует органы брюшной полости, целесообразно при хроническом холецистите, ХОБЛ, хроническом легочном сердце.

«Треугольник» (рис. 1.10). И. п. — стоя, ноги шире плеч. На вдохе поднять руки ладонями вниз до уровня плеч. На выдохе согнуть тулови-

ще вправо до тех пор, пока пальцы правой руки не коснутся пола (пальцев правой ноги). Руки держать вертикально, голова повернута — смотреть вверх через мгновенную дыхательную паузу (т. е. задержку дыхания), выпрямиться, делая вдох, руки медленно опустить вниз — выдох. Повторить те же движения в другую сторону. Это упражнение тонизирует позвоночник, косые боковые мышцы живота и поясницы, формирует талию, улучшает функцию легких.

«Растяжение» (рис. 1.11). И. п. — сесть на пол прямо, ноги вытянуты, ступни вместе, сделать вдох и, слегка поджав живот, наклонять на выдохе шею вперед, пока вытянутые вперед руки не коснутся больших пальцев ног или пяток, а лоб не коснется колен. В достигнутом положении задержать на некоторое время дыхание (на выдохе), вернуться в и. п. Повторить не менее 3 раз подряд. Помочь в усвоении упражнения может ремень, который, охватывая пятки, имитирует вожжи. Это упражнение тонизирует позвоночник, спинной мозг и соответствующие нервные сплетения. Способствует рассасыванию жировых отложений живота. Тонизирует мышцы спины. Полезно при БА.

«Поза спокойствия» (рис. 1.12). И. п. — лечь на спину, руки ладонями вверх, глаза закрыты, ноги слегка раздвинуты. Стараться расслабить все мышцы. Показатель глубины расслабления: когда инструктор (методист) поднимает вашу руку или ногу и внезапно отпускает, они должны упасть как безжизненные. Дыхание должно быть естественным и ритмичным. Необходимо сосредоточить на этом внимание. Вдох преимущественно через правую ноздрю должен контролироваться сознательно, выдох — через левую, наоборот. Это упражнение рекомендуется выполнять после завершения всех асан, а также перед сном (при плохом засыпании). Оно снимает чувство напряжения (тревоги). Его целесообразно сочетать с элементами аутогенной тренировки.



Рис. 1.9. «Втягивание живота»

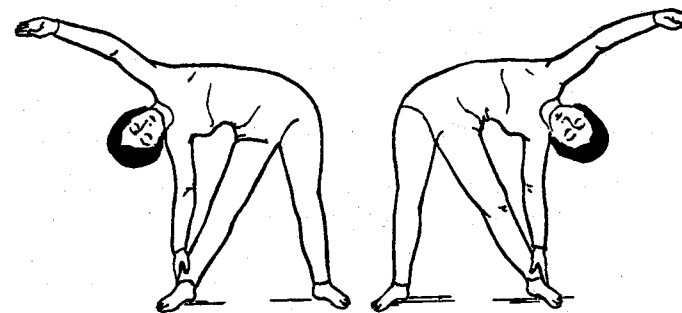


Рис. 1.10. «Треугольник»

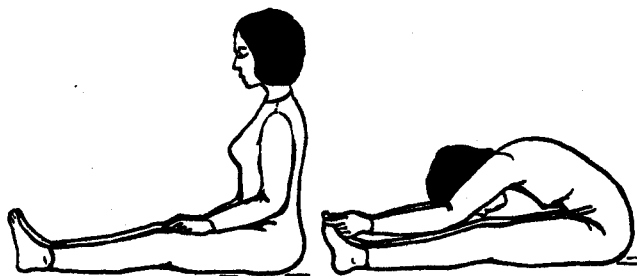


Рис. 1.11. «Растяжение»



Рис. 1.12. «Поза спокойствия»

У больных с соматогенно-обусловленной неврастенией при проведении РДТ, особенно в разгрузочном ее периоде, целесообразно использовать *библиотерапию*, с учетом интеллектуальной склонности пациента, а также целительные свойства музыки (*музыкотерапию*). В последнем случае можно таким образом достаточно эффективно воздействовать на ведущие неврастенические синдромы.

Так, на раздражительность благотворно влияют мелодии Бетховена («Лунная соната»), Баха («Кантата № 2»), Франка («Симфония Де Минор»); чувство тревоги снижают мазурки и прелюдии Шопена, вальсы Штрауса, «Мелодия» Рубинштейна, «Соната для скрипки и фортепиано» Дебюсси; повышению общего тонуса организма в разгрузочный период лечения может способствовать прослушивание мелодий Чайковского (VI симфония, часть 3), Бетховена (увертюра к опере «Эгмонт»). Моцарта («Маленькая ночная серенада»). Успокаивают пациентов, которые любят классическую музыку, мелодии Брамса («Колыбельная»), Шуберта («Аве Мария»), Шопена («Ноктюрн»), Дебюсси («Свет луны»).

Учет индивидуальных биоритмов также улучшает переносимость пищевой депривации и ее результаты для сохранения и укрепления здоровья.

Как известно, в жизни каждого человека встречаются «удачные» и «неудачные» дни, свидетельствующие о повышении и спаде эмоциональной, физической и прочей активности. В настоящее время это объясняется с позиций биоритмологии. Биоритмы возникают при рождении каждого человека и, будучи индивидуальными, сопровождают всю его жизнь.

Различают три главных биоритма:

- 1) физический, с периодичностью в 23 дня;
- 2) эмоциональный, с периодичностью в 28 дней;
- 3) интеллектуальный, с периодичностью в 33 дня.

Каждый биоритм может быть представлен в виде синусоиды с двумя акрофазами, которые характеризуют подъем (+) и спад (-) активности. Во всех биоритмах день перехода из (+) акрофазы в (-) акрофазу определяется как «нулевой», или «критический». Одновременное совпадение двух или трех «критических» дней на протяжении разгрузочного периода РДТ следует избегать, а начинать (плановую) пищевую депривацию следует на положительной акрофазе эмоционального биоритма (рис. 1.13).

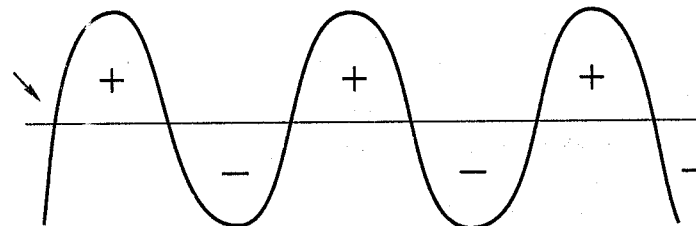


Рис. 1.13. Эмоциональный биоритм пациента: оптимальное начало разгрузочного периода лечения указано стрелкой

Для расчета индивидуального биоритма следует знать год и дату рождения пациента; выпускаются и «коммерческие счетчики», позволяющие быстро рассчитать индивидуальные биоритмы и выбрать наиболее целесообразное время проведения курса РДТ. Последнее естественно, возможно лишь при лечении хронической болезни, в то время как при купировании острой ситуации — вазомоторный отек, некоторые варианты «простуды» (см. дальше) это сделать невозможно.

Равным образом, в острой ситуации нет возможности учитывать *индивидуальные знаки зодиака*, в то время как при плановом проведении курса РДТ при хронической патологии в начале РДТ целесообразно ориентироваться на «счастливые» и «неудачные» дни:

ОВЕН с 21 марта по 20 апреля («счастливые» дни) — вторник, воскресенье; (неблагоприятные дни) — пятница, суббота. ТЕЛЕЦ с 21 апреля по 20 мая («счастливые» дни) — понедельник, пятница; (неблагоприятные дни) — вторник. БЛИЗНЕЦЫ с 21 мая по 21 июня («счастливые» дни) — среда, воскресенье; (неблагоприятные дни) — четверг. РАК с 22 июня по 22 июля («счастливые» дни) — понедельник, четверг; (неблагоприятные дни) — вторник, суббота. ЛЕВ с 23 июля по 23 августа («счастливые» дни) — воскресенье; (неблагоприятные дни) — суббота. ДЕВА с 24 августа по 23 сентября («счастливые» дни) — среда; (неблагоприятные дни) — четверг, пятница. ВЕСЫ с 24 сентября по 23 октября («счастливые» дни) — пятница, суббота; (неблагоприятные дни) — вторник, воскресенье. СКОРПИОН с 24 октября по 22 ноября («счастливые» дни) — вторник; (неблагоприятные дни) — понедельник, пятница. СТРЕ-

ЛЕЦ с 23 ноября по 21 декабря («счастливые» дни) — четверг; (неблагоприятные дни) — среда. КОЗЕРОГ с 22 декабря по 20 января («счастливые» дни) — вторник, суббота; (неблагоприятные дни) — понедельник, четверг. ВОДОЛЕЙ с 21 января по 20 февраля («счастливые» дни) — среда, суббота; (неблагоприятные дни) — воскресенье. РЫБЫ с 21 февраля по 20 марта («счастливые» дни) — понедельник, четверг, пятница; (неблагоприятные дни) — среда.

Оптимизация результатов РДТ достигается и путем мониторинга ацидотических сдвигов в организме больного в процессе голодания.

Неинвазивная методика контроля ацетона в КВВВ позволяет оценить индивидуальную динамику метаболизма у пациента и выявить возможные нарушения должного режима в процессе РДТ (рис. 1.14).

Точное определение времени наступления и завершения ацидотического криза в этих случаях дает возможность определить желательный срок разгрузочного периода РДТ и контролировать выполнение режима голодания, а также дает представление о ближайшем терапевтическом прогнозе РДТ [22].

Скорость и уровень нарастания ацетона в КВВВ в разгрузочный период лечения коррелирует:

- с возрастом больного: темп и уровень нарастания ацетона достоверно выше у более молодых пациентов;
- с массой тела: при ожирении темп нарастания ацетона более медленный, а его «пик» низкий;
- с фазой болезни: в период обострения темп нарастания ацетона по сравнению с ремиссией более медленный;

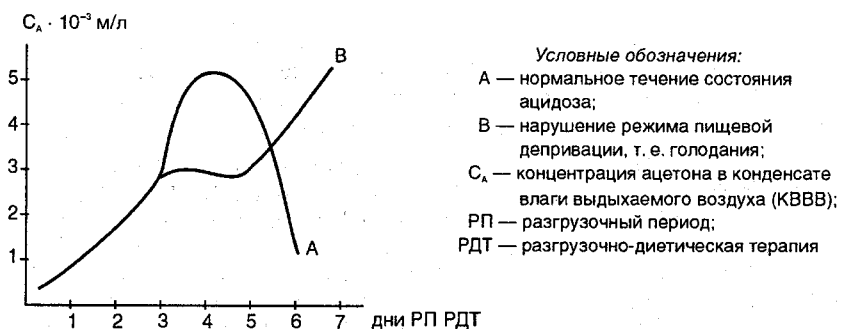


Рис. 1.14. Динамика ацидотического состояния во время разгрузочного периода лечения и ее изменение при нарушении режима лечения (т.е. голодания). Мониторинг ацетона в КВВВ позволяет выявить нарушение режима голодания больных (прием пищи). Последнее искажает ход кривой нарастания и спада концентрации ацетона. Это особенно показательно при повторных курсах РДТ (см.: А — РДТ при соблюдении режима РП; В — при нарушении РП на 4–5-й день)

— с терапевтическим прогнозом: при сравнительно лучшем терапевтическом прогнозе имеет место более быстрое нарастание концентрации ацидоза.

Мониторинг концентрации ацетона в КВВВ дает возможность проводить сравнительно короткие по продолжительности разгрузочного периода курсы РДТ (7 ± 2), дозируя ее индивидуально. Их преимущество:

- существенное сокращение сроков разгрузочного периода РДТ и больничного листа, что особенно важно при сравнительно нетяжелом течении болезни;
- возможность лечения пациентов в условиях дневного стационара;
- значительно меньший риск острой респираторной инфекции при укороченном разгрузочном периоде;
- отсутствие побочных явлений, связанных со сравнительно большой продолжительностью разгрузочного периода лечения.

Некоторые особенности лечебной физкультуры при проведении РДТ. ЛФК входит в перечень очистительных мероприятий и процедур у пациентов в разгрузочный период их лечения. У большинства больных, особенно старших возрастных групп, ЛФК сводится к усиленной физической активности на протяжении дня. Это ежедневные многочасовые прогулки на свежем воздухе, сопровождаемые произвольными упражнениями по типу «рассеянной мышечной нагрузки»; у больных с патологией органов дыхания 2–3 раза в день желательны специальные упражнения диафрагмы и других мышц, участвующих в акте дыхания.

1.8. ВОЗМОЖНЫЕ ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ (ОСЛОЖНЕНИЯ). ПУТИ ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ

При методически правильном проведении РДТ осложнения, по нашим наблюдениям, встречаются редко. Они не опасны для жизни, в подавляющем большинстве случаев их можно предупредить, а при появлении быстро устранить.

В стадии кетоацидоза иногда бывает *тошнота* или даже *рвота*. В таких случаях пациенту следует рекомендовать пить (маленькими глотками) щелочные минеральные воды (Боржоми, Смирновскую, Арзни и др.), при условии их дегазации; для этого достаточно открыть пробку и несколько подогреть бутылку. Вместо минеральной воды можно рекомендовать прием питьевой соды внутрь по 2–3 г на прием, каждые 2–3 ч. При рвоте следует провести промывание желудка 3–5 % раствором бикарбоната натрия или

повторные клизмы раствором той же концентрации. При этом необходимо часто проветривать помещение, где находится больной, и давать ему дышать увлажненным кислородом. Следует также увеличить продолжительность прогулок на свежем воздухе. Если указанные меры не помогают, то следует назначить внутривенное вливание бикарбоната натрия (200–300 мл 5% раствора), иногда повторно.

По литературным данным, сочетание лечебного голодания с некоторыми квантовыми методиками — облучением в разгрузочный период лечения слизистой оболочки носа гелионеоновым лазером (ЛГ-75) [167, 212], а также использование аутоинфузий ультрафиолетом облученной крови [90] сглаживают клинические проявления кетоацидоза, предотвращая указанные выше его проявления.

Очень редко у больных (обычно при сопутствующей патологии печени и почек) после многократной рвоты или при обезвоживании вследствие отвращения к воде, при большой потере массы тела за относительно короткий промежуток времени с нарастающим дефицитом хлористого натрия могут развиваться *генерализованные тонические судороги*. При внимательном наблюдении таких больных за 1–3 дня до появления судорог можно заметить склонность к ним мышц верхних и/или нижних конечностей («сводит» пальцы, подергиваются лицевые мышцы) и предупредить генерализацию судорог, назначив питье минеральной (дегазированной) воды по вкусу пациента или слегка подсоленной воды (концентрация обычно посоленного супа) в количестве одного-двух стаканов. Этих мер обычно бывает вполне достаточно.

В случае же развития генерализованных судорог, успокоив пациента, ему дают пить раствор поваренной соли (1–2 %, 200–300 мл) в теплом виде; после этого судороги обычно вскоре прекращаются. В дальнейшем следует повторить прием такого же количества указанного раствора, иногда до 3–5 раз. При этом отмечается заметное увеличение массы тела пациента вследствие задержки жидкости. Дальнейшая курация таких больных не имеет каких-либо особенностей.

Иногда из-за резкого перехода из горизонтального положения в вертикальное у пациента в разгрузочном периоде лечения может развиваться *ортостатический коллапс*. Для его предупреждения следует избегать резких движений при вставании (лежа) с постели, из ванны и т. п. При возникновении этого осложнения пациента следует уложить в горизонтальное положение, приподняв изголовье; дать подышать кислородом.

У некоторых больных, особенно при наличии ожирения в сочетании с артериальной гипертонией или, наоборот, с гипотонией, в разгрузочный период лечения могут наблюдаться *головные боли, слабость, боли в области сердца*. Указанные неприятные

ощущения возникают чаще по утрам в связи с ацидозом и гипоксемией. Для их лечения и профилактики следует рекомендовать щелочное питье, прогулки на свежем воздухе, а также назначать повторные клизмы с 3–5 % раствором бикарбоната натрия, дыхательные упражнения, ингаляции кислорода, промывание желудка 3–5 % раствором бикарбоната натрия, реже — его внутривенное (капельное) вливание (3 % раствор, 200–300 мл).

Если, несмотря на разъяснения и запрет, пациент продолжает в разгрузочный период лечения курить, у него может внезапно развиваться *коллапс* с резким падением сердечной деятельности и/или расстройством сознания с двигательным возбуждением, вследствие гипоксии мозга. В таком случае больного следует немедленно уложить в постель, проводить ингаляции кислорода, ввести парентерально сердечные средства (кофеин, кордиамин в половинной дозе). Лечебное голодание в этом случае следует прекратить.

У больных с поражением желудочно-кишечного тракта (в качестве основного или сопутствующего заболевания) в разгрузочный период лечения, как правило, после ацидотического криза, т. е. уже на «эндогенном питании» иногда имеет место *обострение желудочно-кишечной патологии*, требующее срочного применения специальных лечебных мероприятий. Так, например, при язвенной болезни желудка и/или 12-перстной кишки в очень редких случаях может возникнуть внутреннее кровотечение в период нарастающего ацидотического криза или в начале восстановительного периода РДТ. При прогнозировании такого состояния для его профилактики применяются все указанные выше меры по сглаживанию клинических проявлений выраженного кетоацидоза. В случае появления симптомов желудочного кровотечения лечебное голодание прекращается и проводятся мероприятия консервативного характера: физический покой, холод на живот, внутривенное введение глюконата кальция или хлористого кальция, внутримышечно — викасол и т. п. В литературе описаны случаи «острого живота» у таких больных, которые провоцировались физической нагрузкой в разгрузочный период лечения (длительная гребля веслами при катании на лодке), что завершилось резекцией желудка, к счастью, с благополучным исходом [251].

Для профилактики *обострения хронической (дремлющей) инфекции* (гайморит, тонзиллит, отит, холецистит, у женщин — воспаление придатков матки и др.) необходимо проводить санацию очагов инфекции в подготовительном периоде РДТ. При возникновении указанных осложнений их лечение проводится по общепринятым правилам, но предпочтение следует отдавать эфферентным процедурам: промывание полостей и лакун, инстилляций, тюбажи и т. п., избегая применения химиопрепаратов.

1.9. ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ БОЛЕЗНИ ПОСЛЕ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Во время проведения курса РДТ по поводу хронической патологии больному следует убедительно рассказать, что для стойкого сохранения и поддержания его здоровья и качества жизни на достаточном уровне, ему следует неуклонно выполнять врачебные рекомендации.

Если пациент удовлетворительно перенес курс РДТ и получен достаточно хороший эффект, ему необходимо популярно объяснить, что продолжительность клинической ремиссии и/или возможность полного излечения хронической патологии целиком и полностью зависит от него самого, т. е. от того, насколько целеустремленно и пунктуально он будет использовать свои знания и навыки, приобретенные им во время прохождения курса РДТ. Так, если он после проведенного лечения не изменит свой привычный жизненный стереотип и возможно присущие ему вредные привычки — бытовую токсикоманию (курение табака и злоупотребление алкоголем) на рационально здоровый характер питания, режим труда и отдыха, то это вновь приведет к рецидиву хронической патологии, неизбежной и постоянной лекарственной (базисной) терапией.

После проведения курса лечебного голодания пациент должен получить *рекомендации*: систематически, даже при хорошем самочувствии и состоянии здоровья, проводить «разгрузочные» или голодные дни (однодневное полное «влажное» или «сухое» не жесткое) голодание еженедельно или 2 раза в месяц (табл. 1.5).

Таблица 1.5

Варианты разгрузочных дней

Разгрузочный день	Суточный рацион
Молочный	1,2 л молока
Кефирный	1,2 л кефира
Яблочный	1,5 кг яблок
Творожный	0,5 кг творога
Морковный	1,5 кг моркови
Арбузный	1,5 кг мякоти арбуза
Банановый	1,5 кг бананов без кожуры
Рисово-компотный	0,8 кг яблок и 50 г риса
Творожно-молочный	0,4 кг творога и 0,8 л молока
Рыбный	0,4 кг отварной рыбы

У больных с индексом массы тела на нижней границе нормы (19 кг/м^2) вместо голодных дней следует проводить «монодиетические разгрузочные» дни. В зависимости от состояния упитанно-

При обострении хронического аппендицита (кишечная колика) рекомендуются покой, холод на живот, наблюдение хирурга; при необходимости аппендектомия. Последнее имело место однажды в нашей клинике, когда у молодого человека 30 лет в разгрузочный период РДТ (по поводу БА) в ночное время суток возникла кишечная колика и наблюдение (дежурного) хирурга завершилось в течение нескольких часов экстренной операцией: голодание было прервано, операция прошла без осложнений, заживление раны — «первичным натяжением».

В восстановительный период голодания, который по времени совпал с послеоперационным периодом, был использован соковый вариант восстановительного питания (см. Приложение 2).

При (сопутствующей основному заболеванию) *могекаменной болезни* в разгрузочный период лечения, обычно после acidотического криза, на эндогенном питании, у больных возможна *погегная колика* в связи с отхождением крупного «песка», что иногда сопровождается резким уменьшением количества мочи вплоть до полной анурии на протяжении нескольких суток. В этих случаях необходима консультация и наблюдение уролога с выполнением его рекомендаций, включая парентеральное введение спазмолитиков в половинных дозах и др. У отдельных наших пациентов для восстановления мочеотделения были выполнены парентеральные новокаиновые блокады.

Осложнения могут иметь место не только в разгрузочный, но и в *восстановительный период* РДТ. В этом случае они могут быть связаны с нарушениями диетического режима или переоценкой своих физических возможностей, которые восстанавливаются после лечебного голодания постепенно.

Так, например, переизбыток или употребление в пищу запрещенных в этот период острых и соленых продуктов (блюд) может привести к резко выраженному *дискомфору со стороны желудочно-кишечного тракта* (боли, обильное газообразование, диспепсия), что часто ведет к обострению основного заболевания (в наших наблюдениях — БА). Кроме того, в этих случаях могут также появиться и нарасти отеки кожи и видимых слизистых.

При развитии осложнений в восстановительный период РДТ следует принимать меры в нижеуказанной последовательности: принять солевое слабительное (сернокислая магнезия в общепринятой разовой дозе), иногда с предварительным промыванием желудка (кишечника) водой; после этого, в случае необходимости, проводят один-два «разгрузочных» (голодных) дня с последующей бессольевой диетой и переходом на один из вариантов восстановительного питания (см. Приложение 2).

сти, возраста, времени года и некоторых других факторов (относительная переносимость продуктов питания, их предпочтение). Например, голодный день с предварительным очищением кишечника на ночь при помощи сульфата магния (40–60 г) и воздержанием от пищи в течение всего последующего дня; или «кефирный» день (на весь день один пакет свежего обезжиренного кефира, разбавленного водой); или день, в течение которого пациент должен соблюдать «монодиету», питаясь рисовой, гречневой или пшенной кашей без соли и в ограниченном количестве, плюс зеленый чай, по потребности.

Пациент должен постоянно поддерживать достаточную (по сильную) физическую активность в различных, индивидуально доступных ему видах (ходьба в привычном темпе, бег трусцой, плавание, езда на велосипеде, катание на лыжах и др.) [99]. При индивидуальном контроле толерантности физической нагрузки следует руководствоваться элементами ее самоконтроля; например, при быстрой ходьбе и беге пульс учащается в 1,5–2 раза, если у субъекта нет тахикардии в покое, которая является противопоказанием к такого рода физическим нагрузкам.

Пациентам надо терпеливо и доходчиво разъяснять, что постоянная физическая активность — основа сохранения и поддержания необходимого физического и эмоционального тонуса организма, а это важное условие сохранения хорошего самочувствия и поддержания должного уровня здоровья. Постоянная физическая активность тренирует эфферентные органы, обеспечивающие постоянную «расшлаковку» организма, т. е. выделение балластных продуктов обмена веществ, а также излишнего антигенного материала, ксенобиотиков и эндотоксинов, путем активации функции органов дыхания, кровообращения, мочевыделения и желудочно-кишечного тракта. Во время физической нагрузки организм «сжигает» многие недоокисленные, потенциально вредные вещества, которые вызывают и поддерживают аллергические, воспалительные и аутоиммунные механизмы болезни.

Пациента необходимо приучать к мысли, что постоянная физическая активность (во всех ее формах и видах) — необходимое условие для сохранения и поддержания здоровья. Если он не может из-за недостатка свободного времени специально заниматься физическими упражнениями, то можно начать с ходьбы на дистанцию 2–5 км (например, на работу или с работы) на предельно допустимой для пациента скорости, не допуская учащения дыхания до степени одышки. Эту дистанцию следует проходить систематически изо дня в день, постепенно ускоряя темп ходьбы (следить по секундомеру или секундной стрелке наручных часов), добиваясь прохождения одного километра за 10–15 мин. Указанная нагрузка должна постепенно наращиваться под контролем самочувствия. Главный критерий достаточности нагрузки — учащение пульса

в 1,5–2 раза сразу после физической нагрузки и снижение его до 120 уд. в одну минуту через 5 мин и до 100 — через 10 мин [99].

Пациент должен добиваться того, чтобы во время физической нагрузки он вспотел, ибо с потом из организма выделяются вредные балластные вещества — «шлаки». Если при физической нагрузке он не вспотел, то желательнее стимулировать потоотделение любой (доступной) гипертермической процедурой — душем, ванной общей или местной (для рук или ног); при отсутствии противопоказаний не реже одного раза в неделю для этой цели следует использовать парную русскую баню или финскую сауну.

Следует систематически тренировать (закачивать) организм по отношению к воздействию высокой и низкой температуры среды обитания, а также к контрастным перепадам температуры, в связи с их провоцирующим влиянием на гиперреактивность бронхов [87].

Повторные проведения курса РДТ при хронической патологии следует рекомендовать каждые 6 мес., вплоть до достижения стойкой клинической ремиссии хронической патологии и хорошего самочувствия в течение нескольких лет (не менее пяти); после этого можно ограничиться однократными (спонтанными) курсами РДТ и/или односуточными голоданиями, руководствуясь индивидуальным знаком зодиака.

Глава 2. ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

2.1. РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

2.1.1. БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

Как известно, бронхолегочная патология достаточно обширна; в отечественной и особенно зарубежной литературе описано применение лечебного голодания при аллергическом альвеолите [189, 252], саркоидозе легких, хроническом бронхите, хронической обструктивной болезни легких, хроническом рините, хроническом ларингите, синусите и др. [19, 186], но больше всего публикаций посвящено бронхиальной астме. Нередко БА сочеталась с другой соматической патологией и РДТ оказывала эффект на ту и другую патологию в целом [36, 153, 180]. При этом эффективность РДТ при БА проявлялась достаточно ярко, клинически убедительно и этим привлекала внимание как врачей, так и больных.

Изменения в организме больных бронхиальной астмой при проведении разгрузочно-диетической терапии.

Представления о патогенезе БА, роли в этом процессе инфекции, аллергии, сенсибилизации слизистой бронхиального дерева, реактивности нервных рецепторов слизистой оболочки бронхов и некоторых других патогенетически значимых факторов за последнее время существенно изменились.

В докладе «Глобальная стратегия по лечению и профилактике бронхиальной астмы» дано следующее определение этой болезни: «Астма представляет собой хроническое заболевание, основой которого является воспалительный процесс в дыхательных путях с участием разнообразных клеточных элементов, в особенности тучных клеток, эозинофилов и Т-лимфоцитов. У предрасположенных лиц этот процесс вследствие связанного с ним усиления реакции дыхательных путей на различные раздражители, вызывает преимущественно в ночное и/или раннее утреннее время рецидивирующие эпизоды свистящих хрипов, затруднения дыхания, кашля и заложенности в груди. Эти симптомы, как правило, обусловлены распространенной, разной степени выраженности бронхиальной обструкцией, полностью или частично обратимой либо спонтанно, либо под воздействием лечения» [230].

Как следует из указанного определения, ведущим звеном патогенеза БА следует считать хронический воспалительный процесс в бронхах, т. е. эндобронхит. Последний дает возможность реализоваться предсуществующей гиперреактивности нервных рецепторов слизистой бронхов, которая обычно имеет семейный, генетически детерминированный характер [174]. Следствием указанного является обструкция средних и мелких бронхов и хорошо известные клинические проявления этой болезни.

Рассмотрим факты влияния РДТ на основные механизмы патогенеза БА. В свое время эти факты были получены сотрудниками при клинико-лабораторном мониторинге основных проявлений БА в процессе разгрузочного периода РДТ больных [184]. Так, при динамическом исследовании микрофлоры дыхательных путей было установлено, что на 14–21-й день эндогенного питания, т. е. после ацидотического криза, в дыхательных путях некоторых больных появляются пневмококки и золотистые стафилококки. Это в равной мере свидетельствовало или о недостаточной санации очагов инфекции верхних дыхательных путей в подготовительном периоде и/или об островозникшем инфицировании [184]. Развитие последнего могло быть связано со снижением общего уровня неспецифической резистентности этих больных при сравнительно продолжительном разгрузочном периоде [163].

Наряду с этим следует отметить, что выраженность бактериальной антигенемии и аутоенсибилизации к лимфоцитам больного у пациентов в процессе РДТ снижалась [184]. Указанное связывают с тем, что при корректно проводимых очистительных процедурах создавались благоприятные условия для выведения из организма антигенного материала, обуславливающего и поддерживающего сравнительно высокий уровень сенсибилизации — патогенетическую основу болезни.

При исследовании сравнительной динамики вирусологических и иммунологических показателей у пациентов с БА при различной продолжительности разгрузочного периода оказалось, что она не влияет на элиминацию вирусных антигенов, нормализацию уровня циркулирующих иммунных комплексов и повышение показателей Т-лимфоцитов (Т и Та). Однако у части больных (26 %) при сравнительно более длинном разгрузочном периоде (три недели по сравнению с двумя) при специальном исследовании регистрировались ассоциации респираторных вирусов при наличии клинических симптомов ОРВИ и при отсутствии «всплеска» иммунологической реактивности. Таким образом, сравнительно короткий разгрузочный период у больных БА предпочтителен, ибо он уменьшает возможность ОРВИ.

Отмена в разгрузочный период лечения (за ненадобностью) у большинства больных БА лекарственных химиопрепаратов, продукты распада которых выступают в роли гаптенных, существенно снижает уровень лекарственной сенсибилизации организма этих пациентов.

В процессе лечебного голодания происходит аутолиз патологически измененных клеток, оживляется регенерация поврежденного воспалительным процессом эпителия слизистой оболочки бронхов, что доказывается результатами гистоморфологического исследования материала биопсий слизистой бронхов при проведении у этих пациентов бронхоскопии [164].

Имеющиеся у больных БА полипы слизистой оболочки носа в разгрузочном периоде РДТ уменьшаются в размерах, и обычно одновременно восстанавливается сниженное до этого обоняние. По данным эндоскопического исследования, после проведения РДТ нормализуется гипертрофированная слизистая оболочка трахеи и бронхов, что способствует улучшению нарушенной бронхиальной проходимости.

Клинико-рентгенологические наблюдения больных свидетельствуют об уменьшении после курса лечебного голодания степени выраженности плевральных спаек, сращений и так называемой перибронхиальной инфильтрации.

Состав периферической крови больных БА во время проведения РДТ практически не менялся.

Исследование системы ПОЛ-АО у больных БА при проведении РДТ констатировало благоприятные сдвиги показателей с выравниванием дисбаланса в этой важной системе гомеостаза [192, 217, 253].

Специальными исследованиями некоторых факторов иммунитета — лизоцима, комплемента, уровня антител к пневмококку и стафилококку, уровня основных классов иммуноглобулинов (А, G, М) и некоторых других — в процессе разгрузочного периода РДТ больных БА было показано, что продолжительность разгрузочного периода до 3 недель (при полном голодании) не вызывает существенных сдвигов в системе местных и общих защитных реакций организма пациента, а в ряде наблюдений приводит к нормализации измененных показателей резистентности [184].

Однако большая продолжительность разгрузочного периода, примерно у 1/3 пациентов, уже вызывала нарушение продукции факторов естественной резистентности (лизоцима и др.), что может благоприятствовать активации или внедрению возбудителей инфекции. Об этом, в частности, свидетельствовало повышение активности комплемента, уровня противобактериальных антител и иммуноглобулинов А и М. Наиболее серьезная угроза при этом создается, по-видимому, у больных более тяжелой БА, особенно при осложнении ее множественной сопутствующей патологией (полиморбизм). Таким больным для получения более стойкого эффекта от РДТ необходима большая продолжительность разгрузочного периода, однако это чревато для них реальной опасностью инфицирования. Реальные возможности преодоления этой ситуации представлены в разделе «Пути оптимизации...».

Для оценки влияния РДТ на иммунологическую реактивность больных БА целесообразно использовать определение активности основных факторов неспецифической резистентности — лизоцим, комплемент и иммуноглобулины классов А, G, М. При этом снижение уровня лизоцима и повышение концентрации иммуноглобулинов, указанных выше классов, является прогностически неблаго-

приятным и должно насторожить лечащего врача в отношении возможности инфекционных осложнений [163, 184] и необходимости оптимизации эфферентного эффекта лечения (см. в разделе 1.7).

При изучении состояния иммунологической реактивности больных во время 14-дневного полного голодания отмечена транзиторная супрессия клеточного звена иммунитета при активации гуморального звена и фагоцитарной активности нейтрофилов. По мнению Е. И. Архий, положительное влияние РДТ у больных респираторными аллергиями связано, в первую очередь, с эфферентным эффектом — удалением из организма пациентов IgE антител и ЦИКов [11]. Считается, что при лечебном голодании пациента имеет место эндогенная детоксикация, маркерами которой может быть уровень СМ с определением содержания их во внутренних средах организма — в крови, моче и КВВВ.

Возникновение у части наиболее тяжелых больных БА иммунопатологических реакций может быть объяснено сенсибилизирующим влиянием тканевых аутоантигенов, циркулирующих в сыворотке крови, которые способны вызвать гиперчувствительные реакции клеточного типа, обуславливающие повышение сосудистой (капиллярной) проницаемости и др. Используя в качестве показателей клеточной аутоенсибилизации циркулирующий легочный антиген и определяя его содержание в сыворотке крови и реакции пассивной гемагглютинации до и после РДТ, удалось установить, что лечебное голодание приводит к значительному уменьшению иммунопатологических реакций у больных БА [163, 184].

Значительный интерес представляют также результаты изучения содержания биологически активных веществ (БАВ) в сыворотке крови больных БА во время проведения РДТ (табл. 2.1) [82].

Показатели БАВ в сыворотке крови больных БА при проведении РДТ ($M \pm m$).

Как видно из табл. 2.1, уровень БАВ в крови больных БА во время проведения РДТ меняется. Так, например, содержание адреналиноподобных веществ, по сравнению с таковым в контрольной группе несколько повышалось в начале разгрузочного периода, еще более выражено — после ацидотического криза, при переходе на эндогенное питание, а в восстановительном периоде лечения приближалось к исходному уровню. Это вполне объясняется тем, что голодание как стрессорная реакция, активизирует адреналовую систему пациента, которая (в свою очередь) мобилизует энергетические ресурсы организма в этот период. Что же касается серотонина крови, то в начале разгрузочного периода отмечалась некоторая тенденция к снижению его общего количества, а в последующем значительно уменьшалась «наполненность» тромбоцитов серотонином. Благоприятный эффект РДТ у больных БА, по мнению авторов, может быть обусловлен также изменением соотношения свободной и связанной фракций серотонина [97].

Таблица 2.1

**Показатели биологически активных веществ
в крови больных бронхиальной астмой
при проведении разгрузочно-диетической терапии ($M \pm m$)**

Показатель	До лечения	В середине разгрузочного периода	В восстановительном периоде
Адреналиноподобные вещества, нмоль/л	469,6 ± 34,4 ($P_k - x$)	720,5 ± 44,0 ($P_k - xx$) ($P_1 - xx$)	489,5 ± 40,2 ($P_k - x$) ($P_2 - xx$)
Кининоген брадикинина, мг/л	3,5 ± 0,32 ($P_k - x$)	2,4 ± 0,27 ($P_k - xx$) ($P_1 - xx$)	2,8 ± 0,28 ($P_k - xx$)
Серотонин: плазмы, богатой тромбоцитами, мкмоль/л	0,32 ± 0,02 ($P_k - x$)	0,27 ± 0,02 ($P_1 - x$)	0,29 ± 0,02 ($P_1 - x$)
плазмы, бедной тромбоцитами, мкмоль/л	0,18 ± 0,01 ($P_k - x$)	0,14 ± 0,01 ($P_k - x$)	0,16 ± 0,01 ($P_k - x$)
тромбоцитов, $A_{\text{моль}}$ в 1 тромбоците	0,70 ± 0,10 ($P_k - xx$)	0,55 ± 0,07 ($P_k - x$) ($P_1 - x$)	0,52 ± 0,06 ($P_1 - x$)
Количество тромбоцитов, 10^9 /л	258,9 ± 23,1	277,8 ± 20,3	298,2 ± 16,2
Протеолитическая активность, мкмоль/(л/с)	14,2 ± 3,5	5,2 ± 1,3 ($P_k - xx$) ($P_1 - xx$)	11,7 ± 3,1 ($P_k - x$) ($P_2 - xx$)
Антитриптическая активность, мкмоль/(л/с)	5,0 ± 0,2 ($P_k - x$)	5,2 ± 0,1 ($P_k - x$)	4,7 ± 0,4 ($P_2 - xx$)

Примечание. Достоверность различия: P_k — по отношению к контролю, P_1 — по отношению к исходному состоянию (до лечения), P_2 — по отношению к периоду лечения; $x - P < 0,05$, $xx - P < 0,001$.

Отмеченное в разгрузочном периоде лечения снижение уровня кининогена (предшественника брадикинина) могло быть связано с уменьшением биосинтеза кининов в это время. С этим же может быть связано и снижение протеолитической активности крови, в то время как ее ингибиторная активность по отношению к трипсину существенно не менялась.

Следует отметить, что у больных БА, которые ранее длительно лечились кортикостероидами, особенно при наличии кортикостероидной зависимости, вышеуказанные изменения БАВ в разгрузочном периоде РДТ были менее выражены. Так, вышеуказанная динамика адреналиноподобных веществ в разгрузочном периоде лечения практически отсутствовала, а в восстановительном периоде сохранялось довольно высокое содержание серотонина в тромбоцитах. Этим создавалось впечатление, что «феномен кортизол-зависимости» существенно нарушает биохимические механизмы саногенеза при любой хронической патологии.

Вообще биохимическая картина крови во время лечебного голодания выявляла определенную фазность ее показателей в зависимости от периода исследования и длительности лечения КС. Так, разгрузочный период у больных БА, которые не получали КС, сопровождался повышением содержания в крови адреналиноподобных веществ, гистамина и ацетилхолина, по сравнению с их исходным уровнем (до РДТ). Это свидетельствовало, по-видимому, о быстрой мобилизации ряда физиологических систем и переходе их (в разгрузочном периоде лечения) на новый уровень функционирования. Содержание общего, свободного и тромбоцитарного серотонина, наоборот, снижалось по сравнению с их исходным уровнем. Эти изменения в обмене серотонина могли быть обусловлены замедлением процессов синтеза в разгрузочный период РДТ.

Отмеченное уменьшение количества кининогена в крови, возможно, обусловлено не только расходом его за счет перехода в брадикинин, но и в связи со снижением его синтеза в печени. Следует также подчеркнуть, что одновременно с указанным уменьшается также протеолиз, хотя общая антитриптическая активность крови в это время практически не изменяется, т. е. эта ферментативная система гомеостаза остается как бы в состоянии равновесия. Возможно, что лечебное голодание, снижая процессы синтеза в организме пациента, одновременно нормализует процесс инактивации серотонина.

Однако разгрузочный период РДТ больных БА, получавших КС, сопровождался несколько иными сдвигами содержания БАВ в крови пациентов. В частности, у этой группы больных отмечено повышение протеолитической и антитриптической активности крови по сравнению с ее исходным уровнем (до лечения). У этих больных существенно повышалось количество тромбоцитов (по сравнению с их исходным уровнем), что, по-видимому, оказывало влияние на депонирующую способность тромбоцитов по отношению к серотонину.

Снижение содержания тромбоцитарного серотонина в разгрузочный период РДТ у больных БА рассматривается в литературе как положительный эффект лечения. Именно тромбоцитарный серотонин используется тканями организма, а его повышенное содержание в них способствует тому, что обмен в клетках переходит на гликолитический путь, тормозя тканевое дыхание и окислительное фосфорилирование. По мнению В. А. Гончаровой [163], наблюдаемая в процессе РДТ нормализация обмена серотонина у больных БА, способствует восстановлению тканевого дыхания и окислительного фосфорилирования. В свою очередь, серотонин, будучи тканевым гормоном и влияя на биоэнергетические процессы, ингибирует продукцию антител во время аллергической реакции, но уровень антител, характеризующий естествен-

ную резистентность организма, в это время даже несколько повышается.

Учитывая, что изменение содержания серотонина в тромбоцитах происходит параллельно с изменением его уровня в аминокислотных нейронах головного мозга, можно говорить и о неспецифическом оздоравливающем эффекте РДТ с элементами охранительного торможения.

В восстановительном периоде РДТ у больных БА, не получавших КС, среднее содержание большинства БАВ возвращалось к исходному уровню (до лечения), а в ряде случаев приближалось к средним величинам контрольных исследований в группе практически здоровых субъектов. Так, содержание гистамина и ацетилхолина было даже несколько ниже исходного уровня. Аналогичная тенденция отмечена также в содержании общего, свободного, связанного и тромбоцитарного серотонина. В то же время, у больных БА, не получавших КС, указанные выше изменения в восстановительном периоде РДТ были менее выражены. В частности, уровень тромбоцитарного серотонина хотя и снижался в разгрузочный период, но в восстановительный период повышался до исходного уровня. По мнению В. А. Гончаровой [163], это указывает на меньшую перспективность РДТ у больных БА, длительно леченных КС и имеющих «кортизолзависимость». Однако, по нашему опыту работы, в таких случаях можно оптимизировать эффект РДТ с помощью иглорефлексотерапии (см. раздел 1.7).

Заслуживают внимания результаты работы [164], когда изучали у больных БА (при проведении им РДТ) биоптаты слизистой оболочки бронхов путем применения электронной микроскопии эпителия, сопоставляя результаты с другими материалами исследования. У части больных при сохранившемся бронхиальном эпителии (после курса РДТ) наступала элиминация микробных агентов, у них же имело место уменьшение количества тучных клеток в эпителии и подслизистой оболочке бронхов; отмечена дегрануляция тучных клеток, а также замещение содержимого гранул липидами. В группе больных БА, у которых во время разгрузочного периода сохранялась длительная циркуляция в организме антигенов и антител, в биоптатах слизистой бронхов участки дедифференцированного эпителия чередовались с 1–2-рядным дедифференцированным эпителием с оголенной базальной мембраной и, хотя количество тучных клеток у них также уменьшалось, полной регенерации эпителия после лечебного голодания не наблюдалось.

В процессе РДТ наиболее динамичными оказались изменения неэстерифицированных жирных кислот. Так, уже в 1–2-ю неделю разгрузочного периода отмечено статистически значимое повышение их содержания (более чем в 1,5 раза) при одновременном уменьшении количества общих липидов крови. В восстановительном периоде лечения уровень неэстерифицированных жирных

кислот возвращался к исходному, а содержание общих липидов не достигало их исходного уровня.

При анализе вышеуказанных изменений липидного обмена в возрастном аспекте выяснилось, что наименьшее снижение общих липидов имело место в средней возрастной группе (табл. 2.2), в то время как уровень неэстерифицированных жирных кислот изменялся более резко именно в этой возрастной группе больных [163, 184].

Таблица 2.2

**Показатели обмена липидов крови
у больных бронхиальной астмой разного возраста
в процессе разгрузочно-диетической терапии**

Показатель	Период исследования	Возраст, лет			
		до 30	30–39	40–49	старше 50
Общие липиды, ммоль/л	1	6,91	8,29	8,55	9,3
	2	7,58*	8,55	7,83	9,0
	3	6,71	8,67	7,06*	7,74*
	4	6,22*	6,55*	6,84*	7,66*
Неэстерифицированные жирные кислоты, мекв/л	1	770	1330	710	1110
	2	1790	1400	1330	1870
	3	1420	1680	1590	1680
	4	690	1540	1080	1110
Общий холестерин, г/л	1	4,0	4,1	4,6	4,9
	2	3,3	3,3	4,6	4,9
	3	3,5	3,6	4,2	4,5
	4	3,8	3,7	3,9	3,6
Бета-липопротеиды, мг/л	1	43,3	47,8	53,2	52,1
	2	49,2	46,9	53,3	42,1
	3	44,3	39,6	43,1	55,1
	4	33,9	40,1	46,6	43,6

Примечание. 1 – до проведения лечения, 2 – в середине разгрузочного периода, 3 – в начале восстановительного периода, 4 – в конце его; * – достоверные различия по отношению к исходным данным (до лечения).

Показатели обмена липидов у больных бронхиальной астмой разного возраста в процессе разгрузочно-диетической терапии.

Нормализация уровня общего холестерина и липопротеидов после лечебного голодания чаще имела место у больных старших возрастных групп. Это, несомненно, следует учитывать при определении дополнительных показаний к проведению РДТ (сочетание БА или другого бронхолегочного заболевания с клинически выраженными или латентными нарушениями липидного обмена), ибо показатели последнего во время РДТ имеют положительные сдвиги с тенденцией к нормализации в конце разгрузочного периода. М. В. Лизенко [115] в своих наблюдениях также отметил повышение уровня фосфолипидов сыворотки крови, главным обра-

зом за счет фосфотидилхолина, что приближало соотношение фосфолипидов и холестерина к таковому у доноров. Кроме того, лечебное голодание способствовало повышению общего пула пальмитиновой кислоты в сыворотке крови и липопротеидах. Это создавало условия для нормализации содержания сурфактанта.

М. В. Лизенко и соавт. в своем исследовании установили, что лечебное голодание приводит к достоверному снижению триглицеридов и холестерина и к повышению количества фосфолипидов, особенно лецитина и липопротеидов низкой плотности [115]. Во фракции фосфолипидов увеличивается насыщенность жирных кислот за счет линолевой и арахидоновой. РДТ улучшала липидный состав атерогенных липопротеидов низкой плотности, снижая в них уровень триацилглицеридов и холестерина, увеличивая ненасыщенность эфиров холестерина и обеспечивая приток к органам, в том числе к легким, пальмитиновой кислоты из лецитина — основного компонента сурфактанта легких.

При исследовании белковых фракций сыворотки крови, во время проведения РДТ, было выявлено умеренное снижение количества общего белка (в основном, за счет глобулинов), в то время как изменения альбуминов не отмечено.

При исследовании количественного содержания в крови гаптоглобина и церуллоплазмينا, как показателей активности воспалительного процесса в бронхах (у больных БА) до и после проведения РДТ в двух группах больных — не получавших КС (первая группа) и длительно получавших их, т. е. уже кортикозависимых (вторая группа), была отмечена тенденция к снижению вышеуказанных показателей, более выраженная у больных первой группы. Поскольку каких-либо противовоспалительных препаратов во время РДТ больные не получали, указанные факты свидетельствуют о затихании вялотекущего воспалительного процесса в бронхах во время проведения РДТ [163].

По мнению Е. Н. Арбузова, РДТ оказывает у больных БА противовоспалительный и связанный с ним гипосенсибилизирующий эффект, что проявляется как клинически, так и лабораторно, в частности, снижением лейкоцитоза, показателей эозинофилов и СОЭ [8].

При исследовании функционального состояния гормонов коры надпочечников во время проведения РДТ было сделано заключение, что лечебное голодание оказывает стимулирующее действие на глюкокортикоидную функцию коры надпочечников, проявляя тем самым адаптационный эффект. Это проявлялось повышением в плазме крови уровня биологически активной фракции — 11-оксикортикостероидов (11-ОКС). При легком течении БА повышение уровня свободных 11-ОКС достигалось главным образом за счет стимуляции стероидогенеза. У пациентов со среднетяжелым течением БА в увеличении свободной фракции 11-ОКС участвова-

ли как надпочечниковые механизмы (увеличение синтеза глюкокортикоидов в коре надпочечников), так и вненадпочечниковые (относительное снижение связывания глюкокортикоидов в плазме крови белком — транскортином). При тяжелой (гормонозависимой БА) ведущая роль в увеличении уровня в плазме крови свободных 11-ОКС принадлежала снижению связывающей способности транскортина [7, 8].

При исследовании во время лечебного голодания (у больных БА) функционального состояния некоторых эндокринных желез (в сопоставлении с таковым у практически здоровых людей — доноров) установлено снижение уровня секреции инсулина и трийодтиронина (Т3) ($p < 0,05$), повышение активности ренина и АКТГ ($p < 0,05$) и альдостерона ($p < 0,01$); отмечено, что у больных БА вне приступа (с исходно повышенным уровнем альдостерона) рост последнего в разгрузочном периоде РДТ был (в 2,8 раза) ниже, по сравнению с нормой. У больных с клинически манифестным ацидотическим кризом происходила более интенсивная перестройка метаболизма: снижение соотношения инсулин/гликогон, падение уровня глюкозы в крови, нарастание пула общих липидов и др.

Более широкое исследование гормонального статуса (больных БА) во время РДТ представлено в исследовании Е. Н. Арбузова [8], который отметил повышение уровня (кроме кортизола) также тиреоидных гормонов, тестостерона, пролактина и снижение инсулина, прогестерона. На их динамику оказывала влияние тяжесть болезни. Приводимые автором данные раскрывают многоплановое влияние РДТ на эндокринный гомеостаз пациентов.

Исследование показателей системы ПОЛ-АО у больных БА при проведении РДТ констатировало благоприятные сдвиги со стороны антиоксидантов [192, 251].

При исследовании ФВД у больных БА при проведении им курса РДТ [97] мы выявили улучшение легочной вентиляции (частота 0,86) с полной нормализацией ее в целом ряде наблюдений. Указанное было подтверждено в последующем и другими авторами [79, 151, 218]. Отмечено достоверное увеличение, на фоне РДТ показателей ЖЕЛ, ОФВ₁ и мощности вдоха. В процессе лечения достоверно снижались величины ООЛ и отношения последней к ОЕЛ — ООЛ/ОЕЛ.

Л. А. Семенова и Н. И. Егурнов [184], изучая показатели гемодинамики большого и малого круга кровообращения у больных (БА) в разгрузочном периоде РДТ установили, что лечебное голодание приводит к брадикардии, гипотонии, снижению минутного объема сердца и давления в легочной артерии. Указанные изменения не вызывали каких-либо нарушений основных функций сердца — возбудимости, проводимости, автоматизма и сократимости (табл. 2.3).

Таблица 2.3

Изменение основных показателей баллистокардиограммы (БКГ) у больных бронхиальной астмой при проведении разгрузочно-диетической терапии ($M \pm m$)

Показатель	До лечения (n = 48)	Сразу после лечения (n = 48)	Через 7–10 дней после лечения (n = 41)
RI	0,163 ± 0,004	0,148 ± 0,005*	0,160 ± 0,006
RJ	0,26 ± 0,006	0,23 ± 0,009*	0,26 ± 0,009
RK	0,37 ± 0,009	0,31 ± 0,009*	0,36 ± 0,01
HI	0,068 ± 0,001	0,060 ± 0,002	0,070 ± 0,002
IJ	0,088 ± 0,001	0,079 ± 0,003*	0,087 ± 0,002
JK	0,110 ± 0,005	0,105 ± 0,006	0,120 ± 0,006
NK	0,267 ± 0,006	0,230 ± 0,008*	0,270 ± 0,008
HI/IJ	0,76 ± 0,035	0,78 ± 0,030	0,86 ± 0,036
KN/НК	0,98 ± 0,026	0,99 ± 0,035	0,90 ± 0,030
Баллистический индекс (мм)	0,54 ± 0,020	0,63 ± 0,22*	0,58 ± 0,020
Патологические диастолические волны (частота)	0,44	0,12	0,17
Патологическая волна К (частота)	0,44	0,23	0,22
Степень изменений БКГ по Брауну (частота)	0 0,06	0,27	0,19
	I 0,25	0,52	0,36
	II 0,42	0,17	0,39
	III 0,25	0,04	0,04
	IV 0,02	—	0,02

Примечание. Значения со звездочкой (*) — статистически достоверные различия ($P < 0,05$) от исходных величин.

О. Ю. Чижова [229] в специально запланированном и проведенном исследовании, с использованием провокационного ингаляционного теста с карбохолином в постепенно возрастающих дозах отметила у больных БА корригирующее влияние полного («влажного») голодания на этот механизм патологии. При этом анализ отдаленных результатов проведенной РДТ, с учетом состояния индивидуальной гиперреактивности слизистой бронхиального дерева, выявил оптимальную продолжительность лечебного эффекта у этих хронических больных: при продолжении разгрузочного периода в 2 нед. она составила полгода. Кстати, по данным А. Е. Прокопенко, с применением НСТ-теста, показана роль АМ в поддержании состояния гиперреактивности бронхов у больных БА. РДТ приводила у них к нормализации исходно повышен-

Таблица 2.4

Масса тела и основные показатели гемодинамики у больных бронхиальной астмой при проведении разгрузочно-диетической терапии ($M \pm m$)

Показатель	До лечения	В процессе голодания			После окончания лечения (n = 20)
		через 1 нед. (n = 21)	через 2 нед. (n = 21)	через 3 нед. (n = 15)	
Масса тела, кг	70 ± 3	66 ± 3	63 ± 3	63 ± 3	64 ± 3
УО, мл	56 ± 3 (N = 78 ± 5)	65 ± 3*	58 ± 4	51 ± 2	61 ± 2
Число сердечных сокращений, мин	76 ± 3	65 ± 2*	60 ± 2*	58 ± 1*	67 ± 2*
МОК, л/мин	4,55 ± 0,18	4,12 ± 0,12*	3,42 ± 0,19*	2,89 ± 0,16*	4,01 ± 0,20*
N = 5,3 ± 0,18					
Среднее динамическое давление, мм рт. ст.	92 ± 3	85 ± 2*	81 ± 2*	79 ± 2*	80 ± 3*
N = 91,3 ± 1,2					

Примечание. Значения со звездочкой (*) — статистически достоверные различия ($P < 0,05$) от исходных величин.

ной активности АМ (как спонтанной, так и индуцированной), и тем способствовала снижению гиперреактивности бронхов [183].

Возвращаясь к данным инструментального исследования гемодинамики, следует отметить, что до РДТ почти у всех больных бронхиальной астмой БКГ была изменена, хотя и в разной степени (табл. 2.4). После лечения изменения IV степени (наиболее тяжелые) у все больных исчезли; изменения III степени («безусловно патологические») уменьшились почти в 6 раз; II степени («условно патологические») уменьшились более чем в 2 раза; I и «0» степени («варианты нормы») увеличились соответственно в 2 и 4 раза. Зарегистрировано также увеличение амплитуды систолических волн, величины баллистического индекса и укорочение временных интервалов БКГ. Следует также отметить, что до лечебного голодания исходные временные показатели БКГ были выше, чем в норме, что свидетельствовало о нарушении деятельности правого желудочка сердца у исследованных больных.

Среди основных показателей гемодинамики — УО, МОК, среднее динамическое давление, — исследованных у больных БА до РДТ по методике интегральной реографии тела М. И. Тищенко, первые два из них были снижены по сравнению с нормой. При изучении основных гемодинамических показателей во все перио-

ды лечебного голодания (см. табл. 2.4) было отмечено, что УО через неделю разгрузочного периода РДТ становился достоверно ниже, чем до лечения. В последующем, на 2-й, 3-й неделе разгрузочного периода, этот показатель несколько снижался, а после завершения голодания опять возрастал, превышая исходный уровень. Аналогичная тенденция прослеживалась и в динамике показателя МОК, наибольшее снижение которого регистрировалось также на 2-й и 3-й неделе разгрузочного периода. В процессе лечебного голодания замедлялся также сердечный ритм и снижалось среднее динамическое давление крови. Наиболее стабильным показателем гемодинамики оказался показатель УО. Его относительное увеличение на первой неделе лечебного голодания имело, по-видимому, компенсаторный смысл и поддерживало МОК на достаточно высоком уровне на фоне нарастающей брадикардии в условиях функционального гипотиреоза.

Л. А. Семенова и Н. И. Егурнов изучили также реакцию сердечно-сосудистой системы больных БА на дозированную физическую нагрузку (по велоэргометру) во всех периодах РДТ [184]. Величина нагрузки составляла 5 кгм/мин на 1 кг массы тела. Нагрузка выполнялась в ритме 60 об./мин, продолжительность ее — 5 мин. Авторы установили, что указанная нагрузка во время разгрузочного периода вызывает незначительные (по отношению к исходному состоянию) увеличение величины УО (на 3 %) и учащение сердечных сокращений (на 19 %). Отмечено также возрастание величины МОК (на 23 %), т. е. увеличение последнего происходило в основном за счет учащения числа сердечных сокращений. В восстановительном периоде РДТ УО уменьшался незначительно. Более выраженным было урежение сердечных сокращений (на 19 % от исходного уровня). Показатель МОК составил в это время лишь 57 % ее средней величины у практически здоровых людей. Реакция на физическую нагрузку сразу после окончания разгрузочного периода РДТ по направленности изменений показателей УО и МОК была сходной с таковой до проведения РДТ.

В тех случаях, когда до РДТ регистрировалось увеличение систолического давления в легочной артерии выше 30 мм рт. ст. ($39 \pm 1,4$), по окончании разгрузочного периода оно снижалось или нормализовалось ($30,7 \pm 0,75$).

Для больных БА РДТ является своего рода *мягким пролонгируемым стрессом* (по Г. Селье), который реализуется, в первую очередь, через «ось» гипофиз—надпочечники. Это имеет место как в результате прямой стимуляции синтеза ГК в коре надпочечников, так и в результате относительного снижения связывающей способности белка-транскортина во время эндогенного питания. В свою очередь ГК активизируют аденилатциклазу, что опосредует положительный эффект лечебного голодания и на клеточном уровне через систему циклического аденозинмонофосфата с повы-

шением его содержания. Последнее обеспечивает адекватное восприятие клеткой гормональных и нейрогуморальных воздействий, в том числе со стороны медиаторов симпатической нервной системы.

Таким образом, для **механизма положительного эффекта РДТ у больных БА характерны:**

- подавление аллергического воспаления;
- гипосенсибилизация;
- стимуляция и улучшение функции надпочечников;
- угнетение аутоиммунного компонента патогенеза;
- улучшение бронхиальной проходимости;
- дезинтоксикация;
- повышение неспецифической резистентности организма пациента;
- аутолиз патологически измененных клеток и тканей;
- повышение регенеративных процессов в слизистой оболочке бронхов, по-видимому, путем образования и действия биогенных стимуляторов;
- снижение артериального давления крови в большом и малом круге кровообращения, а также улучшение функции сердечно-сосудистой системы;
- снижение массы тела пациента.

Следовательно, оказывая разноплановое положительное влияние на различные проявления БА, а также сопутствующей патологии **РДТ является эффективным методом как патогенетической, так и саногенетической терапии.**

Помимо БА в отечественной и зарубежной литературе есть сведения об эффективном применении лечебного голодания при других респираторных аллергиях и аллергической патологии других органов и систем при саркоидозе легких [19], аллергическом альвеолите [189] и некоторых других заболеваниях [19, 43].

Некоторые *методические особенности РДТ при бронхолегочной патологии:* голодание — обычно *полное*; при выраженном экссудативном компоненте *абсолютное*; при необходимости быстрее использовать возможности эндогенного питания, сократив общую продолжительность разгрузочного периода — *комбинированное*; при необходимости снизить массу тела — *ступенчатое*.

Особенности контроля РДТ: динамика показателей пульса, массы тела, задержки дыхания на вдохе/выдохе, показатели пневмотахометрии.

Пути оптимизации результатов РДТ: йога-пранайама, ВЛГД, ИРТ, занятия в бассейне, тренировка дыхательных мышц, при необходимости снижения массы тела — массаж, фито-РДТ [6, 86].

2.1.2. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ

Сердечно-сосудистая патология включает много нозологических форм и клинических синдромов. В отечественной и зарубежной литературе описано эффективное применение лечебного голодания при атеросклерозе, артериальной гипертонии, стенокардии, сердечной недостаточности, нарушениях сердечного ритма и др. [185, 186, 260]. Но, по-видимому, наибольший опыт РДТ накоплен при лечении больных артериальной гипертонией (наиболее часто эссенциальной, т. е. гипертонической болезнью) и атеросклерозом. Это нашло отражение в диссертациях, главах монографий, методических указаниях и отдельных публикациях [138, 243, 260]. Много публикаций по применению РДТ у больных при сочетании ГБ с ожирением и при сочетании ГБ с сексуальными и психическими нарушениями [151, 153, 154].

Изменения в организме больных гипертонической болезнью и атеросклерозом при проведении РДТ. Все авторы, практикующие лечебное голодание, отмечают его выраженный гипотензивный эффект при наличии артериальной гипертонии. При лечении гипертонической болезни (ГБ) отмечалось снижение уровня артериального давления (АД) во время разгрузочного периода лечения, что являлось типичным, с небольшим повышением на 10-й день голодания. Максимальная скорость снижения АД отмечалась в первую неделю голодания, что связано, в первую очередь, с увеличением натрий- и гидроуреза. Следствием этого является снижение ОЦК, уменьшается возврат венозной крови к сердцу и соответственно снижается преднагрузка на сердце. Указанный механизм обусловлен изменением в транспортной системе натрия через канальцевый аппарат почек при изменении скорости клубочковой фильтрации, ранним снижением секреции альдостерона и кетоацидозом с осмотически индуцированным диурезом.

Организм теряет в период голодания около 20 % экстрацеллюлярной жидкости. Как известно, натрий накапливается в стенках резистивных сосудов, что ведет к уменьшению их просвета и повышению ОПС. У гипертоников нарушается распределение вне- и внутриклеточного натрия в сторону увеличения последнего. Нарушения градиента концентрации этого иона приводит к повышению чувствительности рецепторов гладкой мускулатуры сосудистой стенки к катехоламинам, что ведет к повышению уровня АД. На голодании удаляется избыточный натрий и восстанавливается оптимальное соотношение вне- и внутриклеточной его концентрации [186].

Не исключается, что положительный инотропный эффект РДТ и увеличенный натрийурез связаны с выработкой правым предсердием натрийуретического гормона, который, как известно, обладает положительным инотропным действием.

Кроме того, известен положительный инотропный эффект у глюкагона, который повышается при проведении лечебного голодания параллельно снижению секреции инсулина; глюкагон обладает также выраженным антиаритмическим действием и повышает перфузию миокарда за счет снижения тонуса коронарных сосудов. Повышение инотропных свойств миокарда и увеличение его работоспособности свидетельствует также о том, что энергетическая эффективность жирных кислот и, в большей степени, кетонных тел для миокарда в разгрузочном периоде РДТ важна не меньше, чем при использовании глюкозы. Кроме того, во время лечебного голодания отмечено уменьшение вязкости крови, повышение ее текучести, что положительно влияет на сократительную функцию миокарда и повышает показатель УО.

Положительное воздействие РДТ на гемодинамику объясняют восстановлением оптимальных взаимоотношений между величиной сердечного выброса и уровнем периферического сопротивления (УПС) сосудов. Параллельно с увеличением сердечного выброса снижается УПС, что является следствием уменьшения тонического напряжения гладких мышц артериальных сосудов. Уменьшение преднагрузки на миокард при РДТ подтверждается снижением показателей мощности и работы левого желудочка [186].

Одновременно со снижением преднагрузки устраняется избыточный тонус сосудов резистивного типа, что, в свою очередь, снижает постнагрузку на сердце. Уменьшение пред- и постнагрузки приводит к снижению энергетических затрат миокарда и обусловливает *строфантиноподобное действие лежбного голодания на сердце* (курсив. — Ред.), что проявляется в укорочении времени изгнания крови в систолу при относительно стабильной частоте сердечных сокращений (ЧСС).

В ряде исследований выявлено увеличение выделения кальция у больных ГБ во время проведения им РДТ. Снижение концентрации кальция в гладких мышцах стенки сосудов понижает их тонус, действует гипотензивно и симпатолитически; в этом смысле РДТ является «естественным антагонистом» кальция [131, 261].

При изучении микроциркуляции у больных ГБ во время РДТ, по результатам исследования состояния окологлоточного ложа, обнаружено ее улучшение, устранение спастических реакций капилляров; улучшение реологических свойств крови. При проведении РДТ у больных ГБ происходит улучшение тканевого дыхания и это нормализует системное АД.

При исследовании динамики показателей реоэнцефалографии у больных ГБ, при проведении им РДТ, отмечено улучшение церебральной гемодинамики, уменьшение тонуса артериальных сосудов среднего (по калибру) звена и увеличение венозного оттока, что приводило к росту объемного кровенаполнения мозга [137, 138].

Общеизвестно, что избыточный вес тела патогенетически связан с повышением АД [25]. Исходя из этого, многие авторы связывают гипотензивный эффект РДТ со снижением веса (массы. — *Ред.*) тела.

В клинической практике ГБ часто сочетается с избыточной массой тела, что практически отождествляется с ожирением. Помимо конституциональных особенностей обмена веществ к последнему предрасполагает постоянно избыточная калорийность пищи (много животных белков и жиров) при снижении физической (двигательной) активности; когда «больше откладывается про запас, чем тратится» [28, 32].

Известно, что базальные мембраны капилляров с их огромной поверхностью являются органом-накопителем белка. При непрерывном белковом питании избыточный белок принимается и откладывается эндотелиальными клетками в базальных мембранах; последние при этом могут многократно утолщаться. «Белковый склад» считается заполненным, если базальная мембрана достигает толщины в 1000 Ангстрем — верхней границы физиологической нормы. Структурный белок базальной мембраны не отличается от накапливаемого белка ни химически, ни гистологически. При этом избыточный белок в организме может достигать 5 кг [221].

Следствием утолщения базальной мембраны является снижение ее проницаемости. В процесс лечебного голодания депонированный в мембранах клеток белок используется для эндогенного питания. Благодаря интенсивной мобилизации соматического пула белков, организм в течение довольно длительного времени во время РДТ не испытывает белкового дефицита.

В процессе эндогенного питания происходит утилизация не только «резервных белков» и жирных кислот, но и патологических отложений холестерина («холестериновых бляшек»); патологические продукты обмена веществ («шлака», эндотоксины) высвобождаются из клеток и тканей; они включают в своем составе — нейтральный жир, холестерин, амилоидные и гиалиновые белковые субстраты, мочевую кислоту, избыточные аминокислоты и др. [237].

При РДТ организм избавляется также от токсических веществ, поступающих извне. Существуют данные о том, что на лечебном голодании уменьшается количество хлорированных углеводородов, а также тяжелых металлов (свинец, кадмий, йод, ртуть). Это подтверждено путем исследования биопсий жировой ткани до и после лечебного голодания. Достаточное количество выпиваемой воды и очистительные процедуры в разгрузочном периоде лечения способствуют выведению токсических продуктов метаболизма из организма пациентов. Отмена в период РДТ лекарственных препаратов (за ненадобностью. — *Ред.*) также способствует дезин-

токсикации больного. Изменяя (снижая и нормализуя. — *Ред.*) общую реактивность организма, лечебное голодание способствует преодолению последствий длительной лекарственной терапии и рефрактерности к фармакологическим препаратам [28].

Таким образом, РДТ *влияет фактически на все основные патогенетические механизмы повышения АД, вызывая снижение ОЦК выведение избытка жидкости и минеральных солей, снижение уровня периферического сопротивления артериальных сосудов и улучшение их эластических свойств; имеет место снижение эмоционального напряжения с нормализацией психовегетативных нарушений; нормализуется электролитный баланс жизненно важных элементов (натрий, кальций, хлор и др.); улучшается функциональное состояние клеточных мембран, микроциркуляция, перфузия тканей, реологические свойства крови; снижается масса тела* [186,251].

Гипертоническая болезнь и атеросклероз (во всяком случае его клинические проявления и последствия) занимают, по-видимому, центральное место в отечественных и зарубежных публикациях, посвященных лечебному голоданию. Кроме того, РДТ успешно применяется при нарушениях периферического кровообращения, артериальных и венозных мигренях, простой глаукоме, не далеко зашедшей сердечной недостаточности, в профилактике инфаркта миокарда [245, 261]; показатели липидов крови, обычно повышенные, после 19 дней разгрузочного периода нормализуются и остаются в норме при соответствующих диетических ограничениях; повышенное АД, в большинстве случаев, приходит в норму уже в первую неделю голодания; успешно лечится сахарный диабет тип II; сравнительно легкие нарушения ритма сердца (единичные экстрасистолы, атриовентрикулярные блокады и др.) проходят уже на первой неделе лечебного голодания; особое значение для этого имеет повышение уровня глюкогона в сыворотке крови [28]. Сочетание мерцательной аритмии с артериальной гипертензией, ожирением и гиперлипидемией усиливает показания к проведению лечебного голодания [259].

Собственные исследования. Всего обследовано 147 больных ГБ, в том числе у 33 больных диагностирована ГБ I стадии (22,4 %) и у 114 больных ГБ II стадии (77,6 %) (рис. 2.1). Все больные проходили стационарное обследование в терапевтическом отделении городской клинической больницы № 3 г. Тюмени.

Возраст обследованных больных составил от 20 до 65 лет. Средний возраст для пациентов с ГБ I ст. $42,3 \pm 3,2$ г., для пациентов с ГБ II ст. $47,2 \pm 4,1$ лет. Распределение больных по возрасту представлено в табл. 2.5.

По полу больные распределились следующим образом: из 147 пациентов была 141 женщина (95,92 %) и 6 мужчин (4,08 %) (табл. 2.6).

Таблица 2.5

Распределение больных гипертонической болезнью по возрасту

Возраст	Число больных		Процент от общего числа больных		Итого больных
	ГБ I	ГБ II	ГБ I	ГБ II	
20–29	6	5	4,08	3,4	11
30–39	7	11	4,76	7,48	18
40–49	19	59	12,92	40,14	78
50–65	1	36	0,68	24,49	37
65 и старше	—	3	—	2,04	3
ВСЕГО	33	114	22,45	77,55	147

Таблица 2.6

Распределение больных гипертонической болезнью по полу

Пол	Число больных		Процент от общего числа больных		Итого больных
	ГБ I	ГБ II	ГБ I	ГБ II	
Мужской	—	6	—	4,08	6
Женский	33	108	22,45	73,47	141
ВСЕГО	33	114	22,45	77,55	147

Распределение больных ГБ в зависимости от длительности заболевания представлено в табл. 2.7.

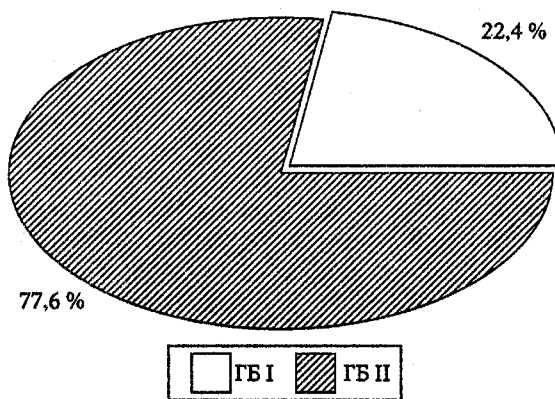


Рис. 2.1. Процентное соотношение больных с I и II стадиями гипертонической болезни

Таблица 2.7

Распределение больных ГБ в зависимости от длительности заболевания

Длительность заболевания	Число больных		Процент от общего числа больных		Итого больных
	ГБ I	ГБ II	ГБ I	ГБ II	
До 1 года	1	—	3,0	—	1
1–5	14	22	42,4	19,3	36
5–10	10	47	30,4	41,2	57
>10	8	45	24,2	39,5	53
ВСЕГО	33	114	22,45	77,55	147

Как видно из табл. 2.7, большая часть больных ГБ I имела длительность заболевания от 1 года до 5 лет, тогда как у больных ГБ II длительность заболевания чаще составляла от 5 до 10 лет и более.

Все больные были обследованы по программе двухэтапной схемы, предлагаемой для обследования больных с ГБ (ВКНЦ, 1989). Симптоматический характер артериальной гипертензии исключали на основании комплексного клинического, инструментального и лабораторного исследований больных на базе городской клинической больницы № 3.

Курс РДТ проводился по методике полного «влажного» голодания, согласно методических рекомендаций, утвержденных Министерством здравоохранения [130]. После подготовительного периода, который в среднем продолжался 3,5 нед., назначался разгрузочный период, в течение которого больные не принимали пищу и выпивали до 1,5 л кипяченой или очищенной воды в сутки. Ежедневно проводились очистительные процедуры. Продолжительность разгрузочного периода в среднем составляла 14 дней. Восстановительный период проводился по соко-овощному варианту и по продолжительности был равен разгрузочному периоду.

Для осуществления поставленных задач проводились следующие (специальные) исследования:

1. **Суточное мониторирование АД (СМАД)** проводилось с помощью аппарата «A and D Company» (Япония). Мониторирование длилось 48 ч и проводилось дважды: в конце подготовительного и в конце восстановительного периодов РДТ. Обработка полученных данных по суточному мониторированию АД проводилась совместно с доцентом кафедры биологии Д. Г. Губиным.

2. **Стресс-ЭхоКГ-исследование** проводилось в отделении функциональной диагностики на аппарате «SHIMADZU-500». Все исследования выполнялись заведующей отделением функциональной диагностики О. В. Андреевой по стандартной методике. В качестве стресс-теста использовалась изометрическая нагрузка.

Методика мониторинга артериального давления. Исследование проводилось с помощью амбулаторной системы суточного мониторинга АД и пульса TM-2421/TM2021, выпускаемой фирмой «A and D Company» (Япония). По данным T. Pickering (1995), нормальными уровнями для АД, полученного при его суточном мониторинге, необходимо считать показатели, не превышающие 135/85 мм рт. ст. в период бодрствования и 120/75 мм рт. ст. в период сна. Эти верхние границы нормы АД рекомендованы Объединенным Национальным Комитетом по профилактике, оценке и лечению повышенного АД (США) в 6-м докладе (ноябрь 1997 г.), опубликованном в рамках национальной образовательной программы по гипертонии (National High Blood Pressure Education Program).

3. **Допплер-эхокардиографическое исследование** проводилось на аппарате «SHIMADZU-500 C» с использованием датчика с переменной частотой 2,5 и 3,5 МГц с записью изображения на встроенный видеоманитофон. Исследования в М-режиме выполняются по традиционной методике, согласно рекомендациям Американской Ассоциации Сердца с одновременной записью ЭКГ. Измеряются следующие показатели: конечный диастолический и систолический размеры левого желудочка (ЛЖ), максимальный переднезадний размер левого предсердия, диастолическую толщину межжелудочковой перегородки, диастолическую толщину задней стенки левого желудочка, размер правого желудочка в диастолу. Конечный диастолический и систолический объемы рассчитывается по формулам:

$$\begin{aligned} \text{КДО} &= 7,0 / (2,4 + \text{КДР}) \times \text{КДР}^3, \\ \text{КСО} &= 7,0 / (2,4 + \text{КСР}) \times \text{КСР}^3. \end{aligned}$$

Ударный объем ЛЖ, по данным ЭхоКГ, представляет собой разность между КДО и КСО:

$$\text{УО} = \text{КДО} - \text{КСО}.$$

Фракцию выброса (ФВ) рассчитывали через КДО и КСО по формуле:

$$\text{ФВ} = [(\text{КДО} - \text{КСО}) / \text{КДО}] \times 100 \text{ \%}.$$

Массу миокарда левого желудочка рассчитывали по формуле:

$$\text{ММЛЖ} = 1,04 \times [(\text{КДР} + \text{МЖП} + 3\text{СЛЖ})^3 - \text{КДР}^3] - 13,6.$$

При проведении доплер-эхокардиографии изучали трансмитральный кровоток — диастолическое наполнение левого желудочка из апикального доступа в четырехкамерной позиции в импульсно-волновом режиме. Контрольный объем устанавливают в полости левого желудочка над местом смыкания створок митрального клапана. При этом оценивают следующие параметры трансмитрального кровотока:

— максимальную скорость раннего диастолического потока (пик E, м/с);

— максимальную скорость потока предсердной систолы (пик A, м/с) — позднее диастолическое наполнение;

— отношение потоков раннего и позднего наполнения левого желудочка E/A.

Для измерения IVRT (мс) — времени изоволюмического расслабления левого желудочка, контрольный объем располагают на границе выносящего и приносящего трактов ЛЖ таким образом, чтобы одновременно регистрировались потоки через аортальный и митральный клапаны.

Для определения диастолического резерва ЛЖ проводилась изометрическая проба по стандартной методике с регистрацией на третьей минуте пробы трансмитрального кровотока. При этом изучались следующие показатели диастолического наполнения ЛЖ:

— пик E_{нагр.} — максимальная скорость раннего диастолического наполнения ЛЖ на высоте нагрузки (м/с);

— пик A_{нагр.} — максимальная скорость позднего (предсердного) диастолического наполнения ЛЖ на высоте нагрузки;

E/A_{нагр.} — отношение скоростей раннего и позднего наполнения ЛЖ на высоте нагрузки;

— IVRT_{нагр.} — время изоволюмического расслабления на высоте нагрузки (мс).

По результатам нагрузочной доплер-ЭхоКГ вычислялся диастолический резерв левого желудочка — ΔE/A, % (ДР). Согласно литературным данным, диастолический резерв является наиболее информативным показателем в оценке диастолической функции ЛЖ, суммарно характеризующий диастолу ЛЖ. Он представляет собой разницу E/A на высоте изометрической нагрузки и исходно, выраженную в процентах (рассчитывается по формуле):

$$\Delta E/A = (E/A_{\text{нагр.}} - E/A_{\text{исх.}}) / E/A_{\text{исх.}} \times 100 \text{ \%}.$$

Методы (специального — Ред.) контроля. Для проведения контроля за эффективностью РДТ использовались (кроме общеклинических анализов и рутинного измерения АД) методы СМАД и ЭхоКГ с изометрической нагрузкой.

Диастолический резерв левого желудочка, определяемый при стресс-ЭхоКГ с изометрической нагрузкой, можно использовать как критерий эффективности РДТ при ГБ в ранние и отдаленные сроки лечения.

Учитывая сохраняющееся положительное влияние РДТ на центральную и периферическую гемодинамику в сроке до 3 мес. повторный курс РДТ у больных ГБ проводить нецелесообразно.

В качестве клинической иллюстрации приводим наблюдение больной с сочетанной патологией, у которой ведущую роль играла артериальная гипертония.

Большая К., 65 лет, находилась на стационарном лечении в ГКБ № 3 с 23.10.2002 г. по 03.11.2002 г.

Диагноз: Артериальная гипертония II стадии, риск 4 с поражением органов-мишеней.

Сопутствующий диагноз: Эндогенная бронхиальная астма, легкое интермитирующее течение, ремиссия, ДНО. Дисциркуляторная энцефалопатия III ст., субкомпенсация.

Поступила в плановом порядке с жалобами на повышение АД кризового характера до 180–190/100 мм рт. ст., сопровождающееся головной болью, слабостью; эпизодически возникающие покалывающие боли в области сердца, не связанные с физическими нагрузками; периодически сухой кашель.

Anamnesis morbi: Повышение АД с 1984 г. Наблюдалась у терапевта, периодически принимала антигипертензивные препараты: адельфан, клофелин, энап; при кризах — инъекции дибазола с папаверином. В апреле 2001 г. на фоне гипертонического криза перенесла субарахноидальное кровоизлияние, по поводу чего получала стационарное лечение в неврологическом отделении в течение 3 нед. На глазном дне определялись явления ангиосклероза. **Anamnesis vitae:** Туберкулез, вирусный гепатит, описторхоз, патологию щитовидной железы отрицает. Сопутствующие заболевания: в 1980 г. диагностирована бронхиальная астма, в течение нескольких лет пользовалась ингаляторами (сальбутамол, беротек), интал. Масса тела увеличилась с 64 до 83 кг. От назначения ингаляционных ГКС воздерживалась, в основном лечилась самостоятельно немедикаментозными методами (дыхание по Стрельниковой, лечебное голодание по П. К. Иванову) с положительным эффектом: последние годы выраженных приступов удушья, кашля не отмечает. Вес уменьшился до 55 кг.

Аллергоанамнез не отягощен. Гемотрансфузий, операций не было.

С согласия больной решено провести курс разгрузочно-диетической терапии: подготовительный период РДТ продолжался 13 мес. и включал преимущественно вегетарианское питание с одним голодным днем в неделю; занятия ЛФК, фитотерапию. За время подготовительного периода АД стабилизировалось на цифрах 140–130/80 мм рт. ст. без медикаментозной терапии.

При поступлении состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Питание удовлетворительное: рост 156 см; масса тела — 56,6 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности, чистые. Дыхание в легких везикулярное по всем полям, хрипов нет, частота дыхания 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм сердечных сокращений правильный, частота сердечных сокращений — 56 в минуту; АД 140–130/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Живот мягкий, пальпация его безболезненна. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Симптом «поколачивания» отрицателен с обеих сторон. Стул — ежедневный, оформленный. Мочеиспускание свободное. Периферических отеков нет.

Результаты лабораторного исследования без особенностей.

С согласия больной был проведен 10-дневный разгрузочный период. Лечение перенесла хорошо: улучшилось общее самочувствие; АД стабилизировалось на уровне — 120/70 мм рт. ст. без поддерживающей гипотензивной терапии. Восстановительный период проведен по смешанному варианту.

В последующем пациентка соблюдала предложенный режим питания, 1 голодный день в неделю, ежемесячно проходила контрольные осмотры. В дальнейшем курсы РДТ проводились каждый год. Всего было проведено 3 курса РДТ с постепенным улучшением самочувствия:

исчезли головные боли, АД держится на уровне 120–130/70–80 мм рт. ст., эпизоды повышения АД до 150/90 мм рт. ст. стали редкими и в основном бывают через 6–8 мес. после проведенного курса РДТ перед очередным курсом РДТ.

Проведенные нами исследования показали, что у больных ГБ I–II ст. при проведении РДТ наблюдается существенное снижение массы тела (табл. 2.8), которое сопровождается достоверным уменьшением как систолического, так и диастолического АД (табл. 2.9). При этом у больных ГБ I ст. на 1 кг потери массы тела АД снижалось на 5 мм рт. ст., а у больных ГБ II ст. на 3,8 мм рт. ст.

Таблица 2.8

Динамика массы тела и ИМТ у больных ГБ при РДТ

Время	ГБ I		ГБ II	
	Масса тела	ИМТ	Масса тела	ИМТ
При поступлении	77,6 ± 6,21	30,2 ± 2,31	92,5 ± 6,03	34,8 ± 2,2
7-й день голода	71,8 ± 5,86	28,0 ± 2,14	86,0 ± 5,81	32,4 ± 2,09
После РДТ	68,2 ± 5,34*	26,6 ± 1,97*	81,9 ± 5,42*	30,8 ± 1,9**
Через 1 мес.	69,0 ± 5,07*	26,9 ± 1,88*	83,3 ± 5,33*	31,3 ± 1,9**
Через 3 мес.	70,8 ± 5,04*	27,6 ± 1,9*	84,7 ± 5,42*	31,9 ± 1,9**
Через 6 мес.	72,6 ± 5,21	28,3 ± 1,97*	86,2 ± 6,14	32,7 ± 2,0**

Примечание. Достоверность различий показателей у больных ГБ до и после курса РДТ и в различные сроки разгрузочного периода в сравнении с весом при поступлении при * — $p < 0,05$.

Таблица 2.9

Динамика АД больных ГБ при проведении РДТ

АД, мм рт. ст.	ГБ I		ГБ II	
	САД	ДАД	САД	ДАД
При поступлении	153,03 ± 2,90	91,81 ± 2,85	168,33 ± 3,19	103,98 ± 1,28*
7-й день голода	138,21 ± 2,21	92,12 ± 1,88	142,32 ± 2,62	95,16 ± 1,84*
После РДТ	126,88 ± 2,38*	88,67 ± 2,46*	126,16 ± 2,88*	90,67 ± 1,98*
Через 1 мес.	123,94 ± 2,42	85,00 ± 2,06	132,18 ± 1,19*	93,02 ± 1,56*
Через 3 мес.	129,12 ± 2,13	88,00 ± 1,84*	136,81 ± 2,12	92,18 ± 1,28*
Через 6 мес.	132,67 ± 1,62*	89,92 ± 1,94*	142,92 ± 3,16	92,84 ± 2,21*

Примечание. Достоверность различий показателей у больных ГБ до и после курса РДТ и в различные сроки разгрузочного периода в сравнении с АД при поступлении при * — $p < 0,05$.

Для объективизации результатов, полученных после РДТ у больных ГБ, проводилось суточное мониторирование АД. Мониторирование АД длилось 48 ч и проводилось дважды: в конце подготовительного и в конце восстановительного периодов РДТ. После проведения РДТ у большинства обследованных больных наблюдается ряд положительных изменений по данным суточного мониторирования АД (рис. 2.2).

Статистически достоверное снижение АД обнаружено для среднесуточного (АД 24), что в целом свидетельствует о нормализации систолического артериального давления и диастолического артериального давления.

Помимо нормализации систолического и диастолического АД не наблюдается изменение амплитуды суточного ритма и вклада суточного ритма в общую вариабельность АД. Данные результаты говорят в пользу оптимального влияния РДТ на регуляцию суточной динамики АД у больных ГБ.

В то же время имелась тенденция к снижению значений нагрузочных индексов (хронобиологического индекса времени и гипербарического индекса), не достигшая статистической достоверности из-за значительных различий в величинах систолического АД и диастолического АД между различными больными. Расчет значения Δ ГБИ, как видно из рис. 2.2, для каждого обследованного больного в отдельности, показал, что достоверное снижение этого нагрузочного индекса наблюдается для диастолического АД после РДТ.

Показатели суточного мониторирования АД соответствуют данным, полученным в результате рутинного измерения АД и подтверждают хорошую эффективность РДТ в лечении больных ГБ I—II. Более низкие показатели АД, зафиксированные при суточном мониторировании АД до проведения РДТ, объясняются

особенностями метода, а также тем, что больным проводился мониторинг АД в конце подготовительного периода длительностью от 1 до 10 нед., в течение которого больные находились на преимущественно вегетарианской гипонатриевой диете с проведением одного голодного дня в неделю. Тем не менее, полученные данные при СМАД позволяют объективно судить об эффективности РДТ с позиции периферической гемодинамики у больных ГБ.

Для оценки функционального состояния левого желудочка у больных ГБ при РДТ было проведено доплер-ЭхоКГ исследование. У больных ГБ I и ГБ II в условиях РДТ не выявлено достоверных изменений размеров корня аорты, ЛП, ПЖ и ЛЖ. Имеющиеся тенденции в целом носят положительный характер, однако не было получено статистически значимых изменений ЭхоКГ-параметров у больных ГБ I и ГБ II при РДТ. В целом следует подчеркнуть, что у больных ГБ I и ГБ II в условиях РДТ нет отрицательных изменений морфометрических параметров сердца. Это положительный результат, поскольку в ранние и отдаленные сроки РДТ морфометрические показатели остаются стабильными.

Фракцию выброса (ФВ) можно рассматривать как интегративный показатель глобальной систолической функции ЛЖ. Согласно полученным данным ФВ у больных ГБ на фоне РДТ остается стабильной в рамках ЭхоКГ-нормы в ранние и отдаленные сроки после лечения. Другие показатели насосной функции сердца — скорость трансортального кровотока, УО, МОС — оставались нормальными в различные периоды после РДТ. Таким образом, систолическая функция ЛЖ остается стабильно сохранной у больных ГБ в условиях РДТ.

При изучении трансмитрального кровотока у больных ГБ I выявлено, что скорость раннего диастолического наполнения ЛЖ (пик E) сразу после РДТ несколько снижается и, спустя 3 мес., возвращается к исходному уровню. У больных ГБ II скорость раннего диастолического наполнения ЛЖ недостоверно повышается после РДТ и в отдаленные сроки после лечения незначительно снижается. Скорость позднего диастолического наполнения ЛЖ у больных ГБ I и ГБ II, исходно превышающая норму, остается повышенной в различные сроки после РДТ.

Соотношение E/A у больных ГБ I и ГБ II до лечения было уже сниженным и после РДТ оставалось на том же низком уровне. При этом необходимо отметить, что как до лечения, так и после лечения, E/A было выше 1,0.

Время изоволюмического расслабления ЛЖ (ВИР) у больных ГБ I и ГБ II до лечения было достоверно выше нормы, что свидетельствует о нарушении диастолической функции ЛЖ при ГБ. На фоне РДТ у больных ГБ I и ГБ II ВИР незначительно снизилось. В проспективном наблюдении через 3 мес. после РДТ наблюдалось недостоверное увеличение ВИР у больных ГБ I и ВИР

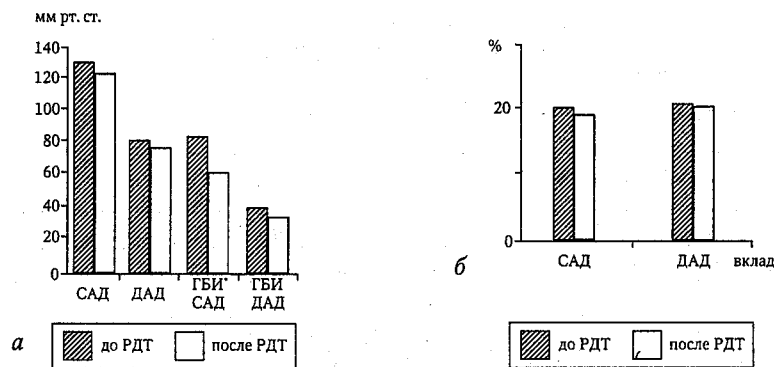


Рис. 2.2 а–б. Динамика показателей СМАД у больных ГБ на фоне РДТ

ГБИ — гипербарический индекс (СМАД)

не изменилось у больных ГБ II. Следовательно, диастолическая дисфункция по соотношению E/A и ВИР у наблюдаемых больных с помощью стандартного ЭхоКГ не выявлялась в различные периоды использования РДТ при ГБ.

Поэтому для более углубленного изучения влияния РДТ на диастолическую функцию ЛЖ нами проведена серия стресс-ЭхоКГ исследований.

Согласно литературным данным, именно стресс-ЭхоКГ позволяет объективизировать диастолическую дисфункцию ЛЖ при многих заболеваниях сердечно-сосудистой системы и оценить влияние различных терапевтических воздействий.

Проведенный анализ показателей диастолической функции ЛЖ у больных ГБ при РДТ не выявил достоверных изменений скоростных характеристик трансмитрального кровотока.

Наиболее информативным критерием диастолической дисфункции, по данным литературы, считается показатель диастолического резерва ЛЖ, который рассчитывается по формуле:

$$\frac{E/A \text{ после нагрузки} - E/A \text{ до нагрузки}}{E/A \text{ до нагрузки}} \times 100 = \Delta E/A$$

Согласно полученным данным, у больных ГБ I диастолический резерв существенно снижен до -7,8 % (при норме -40,5 %). После РДТ этот показатель улучшается до -14,6 % и спустя 3 мес. остается на достаточно высоком уровне -16,5 %. Таким образом, у больных ГБ I наблюдается улучшение диастолического резерва в ранние и отдаленные сроки после лечения.

У больных ГБ II показатели систолической функции ЛЖ при изометрической пробе в различные периоды лечения не меняются. Диастолический резерв у больных ГБ II после РДТ улучшается до -11,2 % и через 3 мес. после терапии диастолический резерв не снижается.

Следовательно, у больных ГБ II, так же как и у больных ГБ I, выявлены положительные изменения диастолической функции ЛЖ в различные периоды после РДТ.

В целом, показатели стресс-ЭхоКГ свидетельствуют о том, что глобальная систолическая функция ЛЖ у больных ГБ I и ГБ II на фоне РДТ остается стабильно сохранной. Параллельно с этим показатели диастолической функции ЛЖ существенно улучшаются в раннем периоде РДТ и спустя 3 мес. после терапии.

Некоторые методические особенности РДТ при сердечно-сосудистой патологии. При сравнительно резко выраженном коронарокардиосклерозе, а также при сложных нарушениях сердечного ритма (желудочковая и политопная экстрасистолия, мерцательная аритмия, атриовентрикулярная блокада 2-3 ст.), т. е. при наличии относительных противопоказаний к проведению РДТ, рекомендуется проведение в подготовительном периоде ле-

чения некоторой «пищевой» подготовки: редуцированная по калорийности диета, уменьшение количества поваренной соли, обогащение блюд витаминами и микроэлементами (К, Mg и др.), а также антиоксидантами за счет полноценности пищевых продуктов; все это — на протяжении нескольких недель, но не менее двух [28]. По наблюдениям авторов, подготовительный период может быть продлен даже до 10 недель, в зависимости от самочувствия и готовности (психологической. — *Ред.*) пациента; в подготовительный период он должен соблюдать преимущественно вегетарианскую диету с одним голодным днем в неделю; рекомендуется посещать занятия в группе ЛФК вместе с теми, кто уже находится на лечебном голодании или «выходит» из него. Разгрузочный период для него начинается после того, когда появляется устойчивая тенденция к снижению веса на протяжении нескольких недель.

Продолжительность разгрузочного периода в наблюдениях авторов определялась в зависимости от тяжести заболевания, самочувствия больного и психологического настроения на РДТ.

В целом, рекомендуется лечебное голодание — полное, ступенчатое; последнее при сочетании сердечно-сосудистой патологии с ожирением.

Особенности контроля РДТ: динамика показателей, АД, пульса, массы тела, ЭКГ.

Пути оптимизации результатов РДТ: пешеходные прогулки, статические и динамические физические упражнения, массаж мышц.

2.1.3. ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

Социально-экономическое значение заболеваний органов пищеварения определяется, прежде всего, их распространенностью: после болезней системы кровообращения они занимают второе место в общей заболеваемости.

Заболевания органов гепатопанкреатодуоденальной зоны часто встречаются в повседневной практике врача и имеют отчетливую тенденцию к увеличению. Они редко бывают изолированными в течение длительного времени. Чаще в патологический процесс вовлекаются другие органы этой зоны или всей пищеварительной системы [68, 89, 166].

В связи с большой распространенностью заболеваний органов пищеварения, склонностью к затяжному, рецидивирующему течению, недостаточной эффективностью существующих методов лечения, возникает необходимость разработки новых подходов в диагностике, лечении и профилактике этих заболеваний [100, 103, 189].

Различные побочные эффекты и осложнения, вызываемые медикаментозной терапией, а также часто малая ее эффективность побуждают к изучению новых, немедикаментозных методов лечения, в том числе и РДТ [157, 158].

Рассматривая заболевания пищеварительной системы, как нарушение адаптационных возможностей организма человека к пище,

можно считать, что реадaptация к пище больных с патологией органов пищеварения является главным условием их реабилитации.

Из концепции Г. И. Бабенкова [12], определяющей РДТ как биологический фактор, способствующий увеличению адаптационных возможностей организма вообще, можно утверждать, что РДТ должна привести к нормализации и механизмы, осуществляющие приспособление организма к пище; в частности, установлено, что проявления дезадаптации в результате пищевых нагрузок после лечения наблюдаются значительно реже [122, 202].

Многие отечественные и зарубежные ученые посвятили свои работы изучению сложных и многообразных изменений, происходящих в организме во время голодания [108, 205]. Однако до настоящего времени остается проблематичным объяснение адаптационных механизмов, охватывающих все стороны жизнедеятельности организма в условиях голодания. Публикуемые экспериментальные данные (например, грубые дегенеративные изменения в тканях животных при голодании) не всегда соответствуют благоприятному клиническому течению и значительной эффективности РДТ при многих соматических заболеваниях, в частности при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

Значительное место в исследованиях воздействия голода на организм занимают работы, посвященные изучению состояния пищеварительной системы. Большое значение в этом плане имеют работы И. П. Павлова и его школы. В опытах на собаках было показано, что начиная с 3—4-го дня голодания желудочная секреция уменьшается, а затем прекращается полностью. На 6—8-е сут. у собак появляется «спонтанная» желудочная секреция, содержащая около 25 % белка. Это явление рассматривается как «приспособительный механизм», который обеспечивает организм постоянным притоком аминокислот, используемых в качестве пластического материала для построения и воссоздания белков наиболее важных органов.

При гистологических, гистохимических и электронно-микроскопических исследованиях биопсийных кусочков слизистой желудка психически больных пациентов было установлено, что длительное голодание вызывает ряд преходящих изменений в ней [240]. В обкладочных клетках уже на вторые сутки лечебного голодания обнаруживается большое количество осмиофильных гранул, представляющих собой капли липидов (вероятно, триглицеридов) экстрацеллюлярного происхождения (жировая инфльтрация). Количество их уже в начальном периоде возрастает по сравнению с нормой. Кроме того, в обкладочных клетках значительно уменьшается количество тубуловезикул, что свидетельствует об угнетении синтеза хлоридов. При более длительном голодании (20—28 сут.) изменения в клетках прогрессируют, появляются очаги локального распада, отражающие наличие дистрофического

процесса в обкладочных клетках. На 3—5-е сут. изменения в главных клетках незначительны. Несколько снижается концентрация рибонуклеопротеидов и увеличивается количество первичных лизосом. Это свидетельствует о начальных изменениях в макромолекулярных комплексах. Зимогенных гранул становится меньше, и их оболочки теряют свою напряженность. Эти изменения отражают угнетение секреторной активности и переваривающей способности желудочного сока. На 20—28-е сут. изменения значительно возрастают, количество зимогенных гранул резко снижается. С началом питания указанные изменения постепенно редуцируются.

При повторных эндоскопических и рентгенологических исследованиях во время голодания и последующего питания каких-либо патологических изменений в пищеводе, желудке и 12-перстной кишке не выявлялось. Отмечена положительная динамика при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Электрогастрографические исследования показали, что во время голодания значительно снижается моторная функция желудка (в том числе и при гипертоническом типе) и приходит к нормотоническому типу в конце восстановления.

В настоящее время довольно подробно изучены изменения ультраструктур паренхиматозных клеток печени, наступающие при голодании животных [129, 186]. Динамика ультраструктурных изменений показывает, что в первые дни голодания происходят процессы адаптации клеток печени к изменившимся условиям. Особенно выражены изменения со стороны митохондрий. Они имеют самую разнообразную форму и размеры, несколько просветленный матрикс. Это соответствует изменению окислительных процессов в клетке. Отмечается накопление между митохондриями липидных капель, количество которых уменьшается по мере истощения запасов гликогена, что может говорить о переходе на использование жира в качестве источника энергии. Увеличение количества лизосом в гепатоцитах свидетельствует об усилении процессов аутофагии, редукция зернистой цитоплазматической сети — об уменьшении белково-синтетических процессов в клетках.

Были показаны существенные ультраструктурные изменения субклеточных мембран клеток печени, что объясняет и доказывает закономерность изменений метаболических процессов. Уже на ранних стадиях голодания отмечается значительная перестройка всех мембранных структур гепатоцитов. Однако характер изменений в отдельных клеточных органеллах различен. Если обнаруженные ультраструктурные изменения ядерных мембран, мембран митохондрий и эндоплазматического ретикулаума могут быть с высокой степенью вероятности расценены как проявление нарушения функции этих органелл, то гипертрофия аппарата Гольджи, увеличение числа лизосом и их активация, несомненно, являются реакцией адаптации на трудные условия перехода организма на эндогенное

питание. Активация лизосом при этом направлена на использование менее необходимых для жизнедеятельности организма клеточных структур. Расщепляя макромолекулы погибших органелл, лизосомы способствуют перераспределению клеточного фонда метаболитов и направлению их для поддержания наиболее ответственных жизненных процессов, что является проявлением реконструктивной функции лизосом. Увеличение срока голодания может привести к выраженному нарушению стабильности мембран лизосом, выходу лизосомальных ферментов в цитоплазму и гибели клетки. Интересно отметить, что при голодании наблюдается не только увеличение проницаемости лизосомальных мембран, но и нарушение проницаемости плазматических мембран гепатоцитов, выражающееся в повышении активности лизосомальных ферментов в плазме крови. Этот немаловажный факт должен учитываться при трактовке биохимических показателей в клинической практике. То есть, далеко не всегда повышение в крови лизосомальных ферментов следует рассматривать как цитолиз [253].

Многими исследованиями установлено, что при голодании в поджелудочной железе, наряду с другими органами и тканями организма, происходят определенные структурные и функциональные изменения, направленные на приспособление к новым условиям жизнедеятельности при переходе на эндогенное питание [40, 68]. Исследованиями ферментотделительных процессов поджелудочной железы во время голодания подтверждаются данные о периодической секреции панкреатического сока. Периодическое усиление ферментотделительных процессов в поджелудочной железе во время голодания представляет собой одно из проявлений общей периодической деятельности желудочно-кишечного тракта.

В хирургической клинике под руководством академика А. Н. Бакулева при лечении больных острым холецистопанкреатитом, наряду с общепринятыми лечебными мероприятиями, применялось дозированное лечебное голодание. Включение дозированного голодания в общепринятый лечебный комплекс значительно повышало эффективность активной терапии острого холецистопанкреатита. При этом никаких осложнений не отмечалось. По мнению А. Н. Бакулева, воздержание от пищи лежит в основе патогенетической терапии острого холецистопанкреатита, так как оно создает условия для функционального покоя поджелудочной железы [18].

Изменения со стороны кишечника при голодании отражают общие закономерные процессы адаптации всего организма. Как и во всех органах желудочно-кишечного тракта, в кишечнике наблюдаются атрофические изменения, которые проявляются истончением мышечной и подслизистой оболочек [9, 10].

Отсутствие функциональной нагрузки на тонкую кишку вызывает снижение метаболической активности клеток системы «крип-

та—ворсинка». Снижается интенсивность реакций на РНК, белок и сукцинатдегидрогеназу. Уменьшается пролиферативная активность клеток крипт. Замедляется темп миграции клеток из крипты в ворсинку, соответственно замедляется процесс дифференцировки клеток. Происходят определенные ультраструктурные изменения клеток. Укорачиваются микроворсинки, уменьшается степень развития аппарата синтеза белка, в митохондриях появляются слоистые тельца, межклеточные пространства остаются нерасширенными, значительно увеличивается количество складок (замков) на латеральных поверхностях клеток. На достаточно ранних сроках голодания в тонкой кишке выявляется значительная активация лизосомальных ферментов. В то же время активность фермента плазматических мембран (АТФаза) в процессе голодания проявляет выраженную тенденцию к снижению. В отличие от ткани печени, в кишечнике сильно выражена активность щелочной фосфатазы.

Голодание стимулирует всасывание аминокислот в тонкой кишке. К этому приводит повышение активности кишечных ферментов, в частности аминопептидазы и лактазы. В то же время сахарозная активность слизистой оболочки тонкой кишки снижается. Видимо, необходимости в высокой активности ферментов, способствующих всасыванию углеводов, в условиях жирового обмена нет.

Интересно, что спонтанная пищеварительная секреция характерна не только для состояния голодания. Ее вызывает и парентеральное питание. Можно предположить, что благодаря этому вводимые питательные вещества, не подвергшись процессам пищеварения и всасывания в пищеварительном тракте, лишаются аллергических и токсических свойств и приводятся в соответствие с индивидуальными биохимическими особенностями организма.

А. Н. Лысов, применяя дозированное голодание при лечении больных с хроническим энтероколитом, отмечал положительный терапевтический эффект, выражающийся в стойкой нормализации стула, исчезновении болей, вздутия живота [100]. Однако при этом изменения фекальной микрофлоры не коррелировали с улучшением самочувствия и данными объективного статуса. В большинстве случаев сохранялся дисбактериоз I или II степени. Во время голодания микрофлора кишечника подвержена существенным изменениям. При полном голодании у людей обнаруживаются выраженные изменения в микрофлоре фекалий, которые характеризуются нарушением типичных для зубиоза состояний в составе кишечной микрофлоры. Резкое снижение (до полного исчезновения) бифидобактерий и молочнокислых палочек сопровождается увеличением содержания кишечных палочек и стрептококков. Кроме количественного повышения кишечных палочек, которые становятся одной из доминирующих групп в микрофлоре фекалий, отмечено изменение состава этой группы бактерий. Это выражается в увеличении цитратассимилирующих вариантов кишечной палочки, а также

в значительном повышении количества культур, дающих положительную реакцию агглютинации с комплексной ОВ-антисывороткой к энтерогенным кишечным палочкам. На фоне резкого снижения бифидобактерий и молочнокислых палочек это может представлять серьезную опасность, поскольку доминирующим видом в кишечной микрофлоре становятся микроорганизмы, обладающие патогенными признаками, что говорит о необходимости проведения в последующем коррелирующей терапии.

Некоторые особенности методики РДТ при заболеваниях органов пищеварения. Учитывая то, что РДТ по сути является грубейшим нарушением режима питания и диеты, что в принципе должно вызывать обострение заболевания или ухудшение его течения, огромное значение имеет правильный отбор больных со строгим учетом показаний и противопоказаний и из применяемых методик РДТ в клинической практике *предпочтительней использовать методику полного («влажного») легкого голодания*, поскольку она вызывает меньшую нагрузку на органы пищеварения.

Продолжительность подготовительного периода определяется временем, необходимым для проведения полного клинико-лабораторного обследования с целью выявления показаний и противопоказаний. В этот период больной обучается методике, формируется положительная установка на лечение. К концу подготовительного периода больной должен четко себе представлять, в чем суть метода, цель назначения, ожидаемый эффект, клинические проявления, возможные побочные реакции и подробно знать методику проведения лечебного голодания и выхода из него. Заранее необходимо решить вопрос о длительности разгрузочного периода. Уверенность в эффективности метода — залог успеха.

Длительность разгрузочного периода устанавливается индивидуально, обычно в пределах 2—3 нед. (чаще — 2). Это зависит от возраста, упитанности больного, особенностей заболевания, характера сопутствующей патологии и других причин. На все время разгрузочного периода отменяются медикаменты; при необходимости (некоторые из них) можно применять, но в меньших дозах.

В первый день полного прекращения питания с целью очищения кишечника назначается солевое слабительное (сернистая магнезия 30—40 г), вечером очистительная клизма. В последующие дни очистительная клизма делается дважды, утром и вечером, или один раз в день кишечник промывается с помощью аппарата Ленского. Если очистительные клизмы плохо переносятся (например, в связи с геморроем), их можно делать один раз в сутки. Очищение кишечника в лечении имеет большое значение (вымывание токсических продуктов обмена) и пренебрегать им не следует.

Очищение кишечника с помощью аппарата Ленского проводится следующим образом. Больной самостоятельно заполняет бак водой комнат-

ной температуры до отметки 15 л. Надевает стерильный наконечник на подводку жидкости из бака. Садится на унитаз, вставляя в прямую кишку наконечник, и при помощи крана подает из бака воду в кишечник до чувства его переполнения. Затем при помощи крана отключает подачу воды и «опорожняет» содержимое кишечника в унитаз, не вынимая наконечника из прямой кишки. Эта процедура повторяется до полного использования воды. Описанная методика позволяет достичь более полного очищения кишечника, чем применение очистительных клизм.

Наряду с ЛФК, гигиеническими ваннами в этот период, при наличии водолечебницы, целесообразно использовать сауну, подводный душ-массаж, циркулярный душ.

Сауна применяется 2 раза в неделю в течение всего курса лечения. Перед заходом в горячее помещение больной обмывает тело с мылом под душем и вытирает его досуха. Это необходимо для создания оптимальных условий потоотделения и терморегуляции. Пребывание в горячем помещении сауны следует начинать с нижних ступеней с постепенным подъемом на верхние. Температура в горячем помещении 95 °С. На ступенях разрешается сидеть, а также лежать, подняв ноги выше уровня головы. Пребывание в сауне складывается из циклического нахождения в горячем помещении (5—12 мин) и в комнате отдыха в течение 20 мин. В сауне желательно добиться максимального мышечного расслабления и психического успокоения. Во время отдыха больные пьют минеральную щелочную воду типа «Боржоми» или отвар шиповника. Проводится 2—3 цикла (захода в сауну). По окончании процедуры больной ополаскивается под теплым душем и отдыхает в постели 40—60 мин. Применение сауны способствует очищению организма от продуктов метаболизма, образующихся в разгрузочном периоде голодания; улучшает его общее самочувствие и переносимость ацидотического криза. Однако к назначению сауны нужно подходить с учетом индивидуальной переносимости и сопутствующих заболеваний.

При плохой переносимости ацидотического криза, по нашим наблюдениям, эффективно проведение гипербарической оксигенации до 2—3 сеансов.

Восстановительный период в среднем равен периоду разгрузки, хотя во многих случаях превышает его. В этом периоде, при несоблюдении диеты, могут возникать серьезные осложнения. Это больной должен усвоить еще до начала лечения.

Восстановление больных с заболеваниями органов пищеварения проводится, как и при других заболеваниях, в соответствии с основным принципом восстановления — строгая постепенность наращивания питания по дням как по объему, так и по ассортименту продуктов и блюд.

Для восстановления можно использовать диету, предложенную ВНИИ пульмонологии МЗ СССР [97], с некоторыми изменениями, учитывая характер патологии ЖКТ.

Так, в первые 1—2 дня назначается крупяной отвар, который не все больные хорошо переносят. Поэтому его можно заменять разбавленным

водой (1 : 1) или цельным кефиром, в зависимости от продолжительности восстановления. К этому хорошо добавлять небольшое количество морковного сока (150—200 мл на весь день). С третьего дня восстановления в диету нужно включать тертые морковь и яблоки, сначала в небольших количествах (2—3 столовых ложки), затем постепенно доводить до 300 г в день. В первый день крупяной отвар или кефир необходимо есть ложками малыми порциями, с частыми перерывами. Учитывая то, что продолжительность разгрузочного и восстановительного периодов РДТ при болезнях ЖКТ нередко менее 3 нед., из диеты нужно исключить повторяющиеся дни. Хотя, в некоторых случаях, с учетом клинического состояния больного, восстановление целесообразно проводить по трехнедельной диете.

При правильном подборе больных с учетом показаний и противопоказаний, правильном проведении РДТ осложнений практически не возникает. Осложнения могут возникать при длительных сроках голодания (более 20 сут.) и каких-то специфических проявлений у больных с заболеваниями органов пищеварения не имеют. При возникновении осложнений применяется общепринятая тактика в процессе проведения РДТ.

Показания и противопоказания к назначению РДТ при заболеваниях органов пищеварения.

Показания:

1. Хронические гастриты с любым типом секреции. Неосложненная язвенная болезнь в стадии ремиссии.

2. Хронические некалькулезные холециститы. Различные варианты дискинетических расстройств. Физико-химическая стадия холелитиаза. Вопрос о показании РДТ при хронических заболеваниях печени в настоящее время остается дискуссионным и, учитывая то, что увеличивается функциональная нагрузка на печень в период голодания, от назначения РДТ следует воздержаться.

3. Хронические панкреатиты, холецистопанкреатиты. Здесь следует сказать, что назначение РДТ при обострении этих заболеваний и остром панкреатите дает положительный эффект, но разгрузочный период в этих случаях не должен превышать 6—8 сут., иначе может возникнуть ухудшение в течении заболевания.

4. Хронические энтериты с явлениями энзимопатии. Хронические колиты, энтероколиты. Хронический неспецифический язвенный колит. Синдром раздраженной толстой кишки.

Противопоказания:

1. Все хронические заболевания в период обострения при наличии осложнений, декомпенсации и выраженного дефицита веса.

2. Желчно-каменная болезнь в стадии камнеобразования (опасность развития желчной колики, механической желтухи).

3. Болезнь Крона.

4. Новообразования желудочно-кишечного тракта (хотя имеются данные о положительном эффекте РДТ при полипозе желудка).

ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

При обследовании у этих больных методом этапного хроматического дуоденального зондирования выявляются различные нарушения печеночной секреции и моторики желчевыделительной системы. Наблюдается как гипо-, так и гиперсекреция с преобладанием последней. Одной из причин изменения печеночной секреции может быть нарушение нормальной ритмичности желчеотделения и компенсаторный ответ печени.

Из нарушений сфинктерного аппарата преобладают гипертонические расстройства, определяется диссинергизм сфинктеров. Изменяется сократительная способность желчного пузыря в виде гипо- и гиперкинезии на фоне повышенного давления в билиарной системе. Таким образом, у больных дискинезиями желчевыводящих путей наблюдается преобладание гиперсекреции, повышение тонуса сфинктеров Одди и Люткенса и повышение давления в билиарной системе.

При биохимическом исследовании желчи выявляются изменения концентрации и соотношения ее компонентов, незначительное в пузырной и более существенное в печеночной. Уменьшается концентрация холевой кислоты, напротив, увеличивается концентрация холестерина, соответственно снижается холато/холестериновый коэффициент (показатель литогенности желчи). Кроме того, имеет место увеличение концентрации кальция, что, вероятно, может играть определенную роль в патогенезе дискинезий желчевыводящих путей, так как кальций оказывает активизирующее влияние на холецистокинин, а последний, в свою очередь, участвует в регуляции сократительной функции желчного пузыря, стимулируя его. При определении часового дебита компонентов печеночной желчи выявляются небольшие нарушения холесекреции (гипо- и гиперхолия) и в случае гипохолии дебит холевой кислоты остается в пределах допустимой нормы за счет увеличения объема желчи. Однако с увеличением объема желчи увеличивается и дебит холестерина, в связи с чем холато/холестериновый коэффициент остается сниженным. При определении стимулированного суммарного дебита компонентов желчи гипохолия выявляется в значительно большем проценте случаев (68 %), так как объем желчи, поступающей в 12-перстную кишку в течение 1 ч после стимуляции, не увеличивается и дебит желчных кислот остается сниженным, при этом снижен и холато/холестериновый коэффициент. Это объясняется возрастанием продолжительности «периода закрытых сфинктеров».

Таким образом, у больных дискинезиями желчевыводящих путей уже имеются признаки дисхолии и нарушения соотношения биохимических компонентов желчи.

При исследовании внешнесекреторной функции поджелудочной железы наблюдается уменьшение объема секрета во всех порциях, но особенно во второй (через 20 мин после стимуляции), при неизмененных амилазной активности и бикарбонатной щелочности. Такое нарушение функции поджелудочной железы соответствует нижнему блоку обтурационного типа панкреатической секреции, что, видимо, связано с преобладанием гипертонуса сфинктера Одди. При определении дебита амилазы и бикарбонатов выявляется его снижение, поскольку снижен объем секрета. Это свидетельствует о том, что дискинетические расстройства, особенно

но проявляющиеся гипертонией сфинктера Одди, приводящие к повышению давления в билиарной системе, могут играть определенную роль в патогенезе панкреатита.

ХРОНИЧЕСКИЙ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

У больных хроническим некалькулезным холециститом выявляются существенные нарушения печеночной секреции и моторики билиарной системы. По данным этапного хромотического дуоденального зондирования, определяется гиперсекреция в 37 % случаев, гипосекреция в 24 %, т. е. у этих больных преобладает гиперсекреторный тип желчной продукции.

Нарушения функции сфинктерного аппарата проявляются гипертонией и гипотонией сфинктеров Одди и Люткенса одинаково часто и сопровождаются повышением давления в билиарной системе. Существенно изменена и моторная функция желчного пузыря. Гипокинезия выявляется в 40 % случаев, это говорит о снижении его сократительной способности, что является характерным для хронического холецистита. Гипокинезия выявляется в 29 % случаев и свидетельствует о наличии дискинезий, возможно, первичных.

Таким образом, у больных хроническим некалькулезным холециститом наблюдается преобладание гиперсекреторного типа желчеотделения, повышение и понижение в равной степени тонуса сфинктеров Одди и Люткенса, снижение сократительной способности желчного пузыря, повышение давления в билиарной системе.

При биохимическом исследовании желчи выявляются более выраженные изменения концентрации и соотношения компонентов желчи, чем у больных с дискинезиями желчевыводящих путей. Значительно снижена концентрация холевой кислоты, повышена концентрация холестерина, соответственно снижен холато/холестериновый коэффициент, что свидетельствует о литогенности желчи. Это подтверждается выявлением во многих случаях большого количества кристаллов холестерина и микролитов при микроскопии желчи. При определении часового дебита компонентов печеночной желчи наблюдаются выраженные нарушения холесекреции с преобладанием гипохоллии (74 % случаев), хотя имеется лишь тенденция к снижению дебита холевой кислоты, что связано с компенсаторным увеличением объема желчи. При этом существенно увеличен дебит холестерина, что влияет на изменение соотношения компонентов желчи. При определении стимулированного суммарного дебита компонентов желчи также определяется значительное нарушение холесекреции, выражающееся в гипохоллии (81 % случаев).

Таким образом, у больных хроническим некалькулезным холециститом имеются нарушения холесекреции в виде гипохоллии, т. е. развивается билиарная недостаточность.

У этих больных нарушена панкреатическая секреция, что соответствует нижнему блоку обтурационного типа. В связи с уменьшением объема секрета снижен дебит амилазы и бикарбонатов.

ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТ

У больных хроническим холецистопанкреатитом, как и при дискинезиях, хроническом холецистите (бескаменном), выявляются нарушения пече-

ночной секреции, моторной функции билиарного тракта, биохимического состава желчи, но изменения внешнесекреторной функции поджелудочной железы у этих больных более выражены и имеют более сложный характер. Здесь наблюдается сочетание гипосекреторного с нижним блоком обтурационного типов панкреатической секреции, то есть снижены как концентрация ферментов и бикарбонатов, так и объем секрета. Существенно снижен и дебит амилазы и бикарбонатов. Такие нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы характерны для хронического панкреатита с сопутствующими дискинетическими расстройствами желчевыводящих путей, сопровождающимися гипертонусом сфинктера Одди.

ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПАНКРЕАТИТ

У больных хроническим рецидивирующим панкреатитом, по данным этапного хромотического дуоденального зондирования, выявляются преобладание гиперсекреторного типа желчеотделения, нарушение функции сфинктерного аппарата в виде гипо- и гипертонии сфинктеров Одди и Люткенса, гипокинезия желчного пузыря, повышение давления в билиарной системе, также изменяется концентрация и соотношение компонентов желчи, снижается холато/холестериновый коэффициент, появляются признаки дисхолии.

Нарушения панкреатической секреции аналогичны нарушениям, возникающим у больных хроническим холецистопанкреатитом, т. е. гипосекреторный тип сочетается с нижним блоком обтурационного типа.

ЖЕЛЧНО-КАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ (ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКАЯ СТАДИЯ)

При биохимическом исследовании желчи у больных желчно-каменной болезнью выявлены еще более грубые изменения концентрации и соотношения компонентов желчи. Дебит холевой кислоты уменьшен в 2,5 раза, в 3,5 раза снижен холато/холестериновый коэффициент. Гипохоллия выявляется в 89 % случаев, что говорит о билиарной недостаточности у этих больных.

По приведенным выше данным, прослеживается четкая патогенетическая связь между дискинезиями желчевыводящих путей, хроническим рецидивирующим панкреатитом, хроническим некалькулезным холециститом, хроническим холецистопанкреатитом и холелитиазом. Это объясняется тесной анатомо-функциональной взаимосвязью органов гепатопанкреато-дуоденальной зоны. И, видимо, справедливо было бы сказать, что выделение этих нозологических форм в достаточной степени условно, и дискинезии желчевыводящих путей, хронический холецистит, хронический холецистопанкреатит, холелитиаз, и, возможно, хронический рецидивирующий панкреатит можно рассматривать как стадии или фазы единого патологического процесса в холедохопанкреато-дуоденальной зоне.

Учитывая вышесказанное, а также динамику изменения концентрации и соотношения компонентов желчи на примере холевой кислоты, холестерина и холато/холестеринового коэффициента можно выстроить патогенетическую цепочку развития холелитиаза (один из вариантов) от дискинезий желчевыводящих путей до хронического холецистита, хронического холецистопанкреатита и, наконец, холелитиаза, что выражается в прогрессирующем снижении холевой кислоты, холато/холестеринового коэффициента и повышении холестерина в том же порядке.

В. И. Панайкиным проведено лечение методом РДТ больных с дискинезиями желчевыводящих путей, хроническим некалькулезным холециститом, хроническим холецистопанкреатитом, хроническим рецидивирующим панкреатитом, желчно-каменной болезнью (физико-химическая стадия). Было обнаружено, что происходят существенные изменения печеночной секреции, моторики билиарного тракта, биохимического состава желчи, панкреатической секреции [168].

У всех больных при РДТ уменьшается число случаев как гипер-, так и гипосекреции и увеличивается процент нормосекреции. Наряду с этим меняется состояние тонуса сфинктеров. Наблюдается увеличение случаев нормотонии при снижении частоты выявления как гипер-, так гипотонуса сфинктеров Одди и Люткенса. При преобладании гипертонии сфинктеров происходит укорочение «периода закрытых сфинктеров» как Одди, так и Люткенса, при преобладании гипотонии, напротив, удлиняется «период закрытых сфинктеров».

Если принять во внимание, что нарушения в «работе» сфинктерного аппарата обследованных больных в большинстве своем являются функциональными расстройствами, то, наверное, правильной было бы говорить не о повышении или понижении тонуса сфинктеров под воздействием РДТ, а о нормализации регуляции открытия и закрытия сфинктеров или о нормализации реактивной способности сфинктерного аппарата в ответ на раздражитель.

После РДТ увеличивается процент нормокинезии желчного пузыря в основном за счет снижения случаев числа гипокинезии, особенно при хроническом некалькулезном холецистите и хроническом холецистопанкреатите. Это свидетельствует об усилении его сократительной способности. Кроме того, ультразвуковое исследование желчного пузыря с желчегонным завтраком до и после РДТ у больных хроническим некалькулезным холециститом показало, что эффективность сокращения последнего возрастает, происходит более полное опорожнение его, на что указывает уменьшение коэффициента эффективности сокращения (отношение объема желчного пузыря после сокращения к объему его до дачи желчегонного завтрака).

При исследовании биохимического состава желчи после проведения РДТ выявляются значительные изменения концентрации соотношения ее компонентов, причем наиболее существенные у тех больных, у которых они были больше изменены до проведения РДТ. Так, повышается концентрация холевой кислоты, снижается концентрация холестерина, соответственно увеличивается холато/холестериновый коэффициент. Наиболее выражены эти изменения у больных холелитиазом, хроническим холецистопанкреатитом, хроническим некалькулезным холециститом.

Таким образом, под воздействием РДТ происходят изменения концентрации компонентов желчи, обратные тем, которые наблюдаются у больных с заболеваниями холедохопанкреато-дуоденальной зоны, и они направлены на снижение литогенности желчи, что подтверждается уменьшением частоты выявляемости кристаллов холестерина и микролитов желчи после РДТ.

При определении часового дебита компонентов печеночной желчи после проведения РДТ выявляется снижение гипохоллии и увеличение нормохоллии, особенно у больных с хроническим холециститом, хроническим холецистопанкреатитом и холелитиазом. Аналогичная картина наблюдается и при определении стимулированного суммарного дебита компонентов желчи. То есть РДТ способствует снижению билиарной недостаточности, развивающейся у больных с патологией холедохопанкреато-дуоденальной зоны.

Кроме того, после РДТ существенно снижается дебит холестерина, что наряду с увеличением дебита холевой кислоты приводит к изменению соотношения этих компонентов и увеличению холато/холестеринового коэффициента, а вместе с этим, к снижению литогенности желчи.

Под воздействием РДТ существенно меняется панкреатическая секреция. У больных дискинезиями желчевыводящих путей и хроническим некалькулезным холециститом до проведения РДТ отмечалось лишь снижение объема секрета с нормальной концентрацией амилазы и бикарбонатов. После РДТ появилась тенденция к дальнейшему снижению объема, при этом произошли изменения концентрации амилазы, которая снизилась в тощачковой порции и резко возросла после стимуляции, особенно во второй порции (через 20 мин после стимуляции), превышая контрольные цифры. Это может говорить о повышении реактивной способности поджелудочной железы в ответ на раздражитель и улучшении ее ферментообразовательной функции. Однако дебит амилазы повышается незначительно, в связи со сниженным объемом секрета, и остается ниже контрольных цифр.

У больных хроническим рецидивирующим панкреатитом и хроническим холецистопанкреатитом также происходит повышение концентрации амилазы после стимуляции, но не наблюдается снижения ее в тощачковой порции относительно исходных значений, которые у этих больных ниже контрольных.

Концентрация бикарбонатов у больных дискинезиями желчевыводящих путей и хроническим холециститом под воздействием РДТ практически не меняется и дебит их остается сниженным в связи со снижением объема секрета. У больных хроническим холецистопанкреатитом и хроническим панкреатитом отмечается повышение концентрации и дебита бикарбонатов, однако, дебит остается сниженным относительно контроля.

Здесь же следует сказать, что повышение ферментообразования при нарушении эвакуации секрета может вызвать обострение панкреатита. Это иногда бывает при несоблюдении восстановительной диеты или раннем включении в нее белков и жиров животного происхождения.

Изучение гемодинамики в печени методом реогепаатографии в процессе РДТ показало, что длительная пищевая депривация приводит к усилению кровообращения в печени, о чем свидетельствует повышение систолического и диастолического индексов. После реалиментации происходит нормализация гемодинамики, систолический и диастолический индексы приобретают исходные значения. Это, видимо, является компенсаторной реакцией организма на изменение обменных процессов и развитие ацидоза в разгрузочный период и свидетельствует об увеличении функциональной нагрузки на печень. Поэтому от назначения РДТ больным с заболеваниями печени следует воздержаться.

* * *

Больная С., 43 года, преподаватель.

При поступлении жалобы на боли и чувство тяжести в правом подреберье, усиливающиеся после погрешностей в диете; горечь во рту, стул частый, кашицеобразный. Больна в течение 9 лет. Лечилась амбулаторно и стационарно, с незначительными улучшениями.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски и влажности. Пациентка правильного телосложения, повышенной упитанности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыханий — 16 в 1 мин. Тоны сердца не изменены. Частота сердечных сокращений — 76 в 1 мин. АД 140/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Стул частый, кашицеобразный. Мочеиспускание не нарушено. Клинический и биохимический анализы крови и общий анализ мочи в норме. ЭКГ: ритм синусовый с частотой сердечных сокращений — 74 уд. в 1 мин. Нормальное положение электрической оси сердца. Атриовентрикулярная блокада 1-й степени. УЗИ органов брюшной полости: печень без патологии, поджелудочная железа и почки — без патологии. Желчный пузырь грушевидной формы, стенка его утолщена (0,6 мм), содержимое повышенной эхогенности. ЭГДС: поверхностный пангастрит. Колоноскопия: *синдром раздраженной толстой кишки*. Морфологические исследования биоптатов слизистой толстой кишки: гиперсекреторная колонопатия. Больной предложено *провести легкое голодание, согласие получено. Проведен курс РДТ («влажная» методика) с разгрузочным периодом 18 дней; ацидотический криз на 4–5-е сут. Потеря массы тела за разгрузочный период — 12 кг*. После проведенного лечения больная отмечает улучшение своего состояния. Жалоб не предъявляла. При осмотре отмечено очищение языка. Клинические и биохимические исследования крови и общий анализ мочи в пределах нормативных величин. ЭГДС: поверхностный пангастрит. Колоноскопия: картина нормальной слизистой.

Морфологическое исследование биоптатов толстой кишки, нормосекреторная колонопатия.

Больная выписана домой в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано: 1 раз в неделю разгрузочный день (24 ч). В течение года находилась на динамическом наблюдении у участкового врача терапевта. Обострения заболевания не было.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ

С. Д. Каратаевым РДТ применялась при лечении больных хроническим гастритом. РДТ проводилась по методике Ю. С. Николаева. Продолжительность разгрузочного периода была от 10 до 21 дня. Продолжительность периода восстановления, как правило, равнялся продолжительности разгрузочного периода. При РДТ у больных хроническим гастритом выявлены неоднозначные изменения. Так, в группе с недостаточностью секреторной функции желудка объем секреции как базальной, так и стимулированной, не изменялся. Однако произошло достоверное увеличение общей кислотности, свободной соляной кислоты, дебит-часа общей соляной кислоты, дебит-часа свободной соляной кислоты как базальной, так и стимулированной порций [89].

В группе больных хроническим гастритом с повышенной секреторной функцией желудка наблюдалось достоверное снижение всех показателей желудочной секреции как базальной, так и стимулированной порций. Причем после стимуляции дебит-час общей соляной кислоты и дебит-час свободной соляной кислоты, свободная соляная кислота и общая кислотность снизились до нормативных величин.

* * *

Больной С., 33 года.

Поступил с жалобами на боли в эпигастрии, изжогу, отрыжку кислым, раздражительность, нарушение сна. Считает себя больным последние 6 лет. Лечился амбулаторно.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, хорошей упитанности. Кожа чистая, видимые слизистые бледно-розовые. Дыхание везикулярное, хрипов не прослушивается. Тоны сердца чистые, пульс 83 уд./мин, ритмичный. АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня. Живот не вздут, мягкий, чувствительный к пальпации в верхней половине. Печень и селезенка не увеличены. Желчный пузырь не пальпируется. Стул и мочеиспускание не нарушены. Клинический и биохимический анализы крови и общий анализ мочи в пределах нормативных величин. Анализ желудочного сока: объем (мл) базальной порции — 10,0, стимулированной — 120,0. Общая кислотность — 80 и 130 соответственно. Свободная соляная кислота — 54 и 118. При ЭХДЗ выявлен гипертонус сфинктера Одди. При гастродуоденоскопии выявлено значительное наложение слизи в антральном отделе желудка. Здесь же отмечалась значительная гиперемия слизистой оболочки. Заклю-

ние: умеренно выраженный экссудативный гастрит. При микроскопическом изучении биоптатов в антральном отделе обнаружена значительная дистрофия поверхностно-ямочного эпителия со снижением его высоты, гиперемия. Выраженная активность воспалительного процесса (+++). Наличие большого количества микроорганизмов типа *Helicobacter pylori* (+++).

Заключение: хронический (Helicobacter pylori ассоциированный) антральный гастрит с умеренной выраженностью воспалительного процесса и повышенной секреторной функцией.

Больному предложено легкое голодание, согласие получено. Проведен курс РДТ («влажная» методика); разгрузочный период 21 день; ацидотический криз на 4–5-е сут. Потеря массы тела за разгрузочный период – 14 кг. После проведения лечения больной отмечал улучшение самочувствия, жалоб не предъявлял. При осмотре отмечено очищение языка. Клинические и биохимические исследования крови и общий анализ мочи в пределах нормативных величин. Анализ желудочного сока (мл): базальная порция – 80, стимулированная – 100. Общая кислотность – 60 и 86 соответственно. Свободная соляная кислота – 40 и 78. При ЭХДЗ после РДТ отмечалась нормализация тонуса сфинктера Одди. Гастроуденоскопия: исчезли наложения слизи, значительно уменьшилась гиперемия слизистой оболочки. При микроскопическом изучении биоптатов слизистой – уменьшились явления дистрофии поверхностно-ямочного эпителия – увеличилась его высота. Снизилась гиперемия слизистой оболочки. Значительно уменьшилась активность воспалительного процесса и количества микроорганизмов типа *Helicobacter pylori*.

Больной выписан домой с улучшением. Рекомендовано один раз в неделю проводить разгрузочный день (24 ч). Назначено лечение с целью подавления микробной флоры желудка с последующим эндоскопическим исследованием после окончания лечения.

В последующий год после проведенного лечения больной жалоб не предъявлял.

В группе больных гастритом с нормальной секреторной функцией желудка происходит достоверное снижение объема базальной секреции ($p < 0,05$). Остальные показатели желудочной секреции в этой группе остаются в пределах нормативных величин.

Больная З., 25 лет.

Поступила с жалобами на чувство тяжести в эпигастрии и периодические ноющие боли в этой области, а также тошноту, быструю утомляемость, нарушение сна. Считает себя больной в течение нескольких лет, но ранее с подобными жалобами к врачам не обращалась, не лечилась.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Правильное телосложение, повышенная упитанность. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые, бледно-розовые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца чистые, ритмичные, частота пульса – 94 уд./мин. АД 130/90 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не уве-

личены. Желчный пузырь не пальпируется. Стул, мочеиспускание не нарушены. Клинический и биохимический анализ крови и общий анализ мочи в пределах нормативных величин. Гастроуденоскопия – гиперемия антрального отдела слизистой оболочки желудка. При микроскопическом исследовании биоптатов слизистой обнаружен *Helicobacter pylori*.

Заключение: хронический (Helicobacter pylori ассоциированный) антральный гастрит с умеренной активностью воспалительного процесса.

Больной предложено провести легкое голодание, согласие получено. Проведен курс РДТ («влажная» методика), с разгрузочным периодом 21 день, ацидотический криз на 6–7-е сут. Потеря массы тела за разгрузочный период 14 кг (15 % массы тела).

После проведенного лечения пациентка отмечала улучшение самочувствия, жалоб не было. При осмотре – общее состояние удовлетворительное. Клинические и биохимические исследования крови, общий анализ мочи в пределах нормативных величин. Гастроуденоскопия – уменьшение гиперемии слизистой оболочки желудка. При микроскопическом изучении эпителия желудка отмечено увеличение его высоты. Уменьшилась активность воспалительного процесса и количество *Helicobacter pylori*.

Больная выписана домой с улучшением состояния. Рекомендовано один раз в неделю проводить разгрузочный день (24 ч). Назначено лечение с целью подавления микробной флоры желудка с последующим эндоскопическим контролем.

В течение года после проведенного лечения больная за медицинской помощью не обращалась.

Следует обратить внимание на то, что повышение дебита соляной кислоты базальной секреции при гастрите с секреторной недостаточностью увеличивается за счет повышения кислотности, т. е. объем секрета практически не меняется, а в группе с повышенной секреторной функцией даже снижается.

Больной М., 40 лет.

Поступил с жалобами на умеренные боли в эпигастрии, не связанные с приемом пищи и временем суток. Периодически отмечал появление болей в правом подреберье. Часто беспокоила отрыжка воздухом и вздутие живота. В последнее время появилась быстрая утомляемость и нарушение сна. Считает себя больным в течение 9 лет. Лечился амбулаторно и стационарно.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые, бледно-розовые. Правильного телосложения, хорошей упитанности (рост 170 см, масса 80 кг); дыхание везикулярное, хрипов не прослушивается. Тоны сердца чистые, пульс 86 уд./мин, ритмичный, АД 140/90 мм рт. ст. Язык обложен у корня беловатым налетом. Живот не вздут, мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастрии и правом подреберье. Печень и селезенка не увеличены. Желчный пузырь не пальпируется. Стул и мочеиспускание не нарушены. Клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи в пределах нормативных величин. Анализ желу-

дочного сока: объем сока (мл) — базальная секреция — 20, стимулированная — 30. Общая кислотность — 15 и 26 соответственно. Свободная соляная кислота — 20 и 36. При ЭХДЗ выявлен гипертонус сфинктеров Одди и Люткенса и их диссинхронизм. При эзофагогастродуоденоскопии обнаружен пестрый рисунок антрального отдела желудка из-за чередования участков нормальной слизистой с участками бледно-серого цвета, на фоне которых хорошо просматривался сосудистый рисунок. Имели место участки с наложением слизи.

Заклюение: атрофический гастрит. При микроскопическом изучении биоптатов слизистой оболочки желудка в антральном его отделе обнаружены признаки хронического гастрита с явлениями дистрофии поверхностно-язочного эпителия, при значительном снижении его высоты; гиперемия: умеренные признаки атрофии слизистой (++), слабо выраженные признаки воспалительного процесса (+). В теле желудка — умеренная активность воспалительного процесса (++) и умеренно выраженный атрофический процесс (++) в теле и антральном отделе желудка обнаружены микроорганизмы типа *Helicobacter pylori* в умеренном количестве (++) **Заклюение:** хронический (*Helicobacter pylori* ассоциированный) пангастрит с умеренной активностью воспалительного процесса при умеренно выраженной атрофии слизистой со сниженной секреторной функцией. При иридоскопическом исследовании — зашлакованность зоны желудка III степени, анизокатрия.

Больному предложено легкое голодание, согласие получено. Проведен курс РДТ, «влажная» методика, разгрузочный период 14 дней. Ацидотический криз на 6—8-е сут. За время разгрузочного периода потеря массы — 10 кг (12,8 % массы тела).

После проведенного лечения пациент отмечал улучшение самочувствия, жалоб не предъявлял. При физическом исследовании имело место очищение языка. Клинические и биохимические исследования крови, общий анализ мочи в пределах нормативных величин. Анализ желудочного сока: объем (мл) — базальная порция — 15, стимулированная — 30. Общая кислотность — 30 и 58 соответственно. Свободная соляная кислота — 40 и 78. При ЭГДС — нормализация функции сфинктеров; по сравнению с предыдущим исследованием исчезли наложения слизи. Сохраняется пестрый рисунок слизистой антрального отдела. При микроскопическом изучении биоптатов слизистой оболочки обнаружено уменьшение признаков дистрофии поверхностно-язочного эпителия, увеличение его высоты: снизилась активность воспалительного процесса, уменьшилась гиперемия слизистой и количество микроорганизмов типа *Helicobacter pylori*. При иридоскопии обнаружено снижение зашлакованности зоны желудка до первой степени, исчезла анизокатрия.

Пациент выписался домой с улучшением. Рекомендовано один раз в неделю проводить разгрузочный день (24 ч). Назначено лечение с целью подавления микрофлоры желудка с последующим эндоскопическим исследованием. В течение года после проведения РДТ жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта не было.

Таким образом, РДТ оказывает сложное регулирующее действие на желудочную секрецию, понижая ее при исходной повышенной и повышая при исходной пониженной. РДТ обла-

дает свойством при снижении объемов секреции регулировать кислотность. В отношении стимулированной секреции следует сказать, что регулирующее действие РДТ проявляется по всем показателям (объем, кислотность, кислотная продукция).

При эндоскопическом исследовании желудка и 12-перстной кишки у больных хроническим гастритом до и после РДТ существенных изменений не выявлялось (следует учитывать то, что на лечение брались больные в стадии стойкой ремиссии). Изучение биоптатов слизистой желудка и 12-перстной кишки после восстановительного периода, выявило нормализующее влияние РДТ на состояние поверхностного эпителия, выражающееся в уменьшении или полном исчезновении признаков дистрофии, некотором увеличении высоты поверхностного эпителия, уменьшении инфильтрации стромы элементами гистиоцитарного ряда (плазматическими клетками, лимфоцитами и нейтрофильными гранулоцитами).

В процессе проведения разгрузочного периода отмечено достоверное уменьшение размеров капилляров, что говорит о воздействии РДТ на микроциркуляторное русло.

Отмечено влияние РДТ на микроорганизмы *Helicobacter pylori*. После проведения разгрузочного периода отмечается снижение количества микробных тел, обсеменяющих слизистую оболочку желудка.

При электронно-микроскопическом изучении слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки в процессе проведения РДТ было выявлено, что после проведения разгрузочного периода в строме слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки преобладают зрелые формы тучных клеток, значительно тормозится процесс экскреции секреторных гранул тучных клеток. В патогенезе хронического гастрита биологически активным веществам отводится видное место. Следовательно, изменение экскреции биологически активных веществ, содержащихся в гранулах тучных клеток, будет оказывать влияние на течение хронического гастрита.

После проведения РДТ контуры коллагена, базальной мембраны, клеточных элементов в строме слизистой оболочки становятся более четкими. Отмечается общее «просветление» стромы слизистой оболочки.

Таким образом, РДТ оказывает сложное регулирующее действие на секреторную функцию желудка.

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

А. Н. Лысов показал, что у больных с синдромом раздраженной толстой кишки (СРТК), по данным колоноскопии, выявляются различные изменения слизистой оболочки толстой кишки: воспалительные, смешанные и атрофические [121]. После проведения РДТ у больных с СРТК в 11 % случаев наблюдается картина нор-

мальной слизистой толстой кишки, воспалительные и атрофические изменения выявляются гораздо реже.

Учитывая характер изменений слизистой оболочки толстой кишки под воздействием РДТ, представляется интересным сравнить данные колоноскопического обследования с гастродуоденоскопической картиной, тем более что картина выявляемых изменений состояния слизистой оболочки толстой кишки во многом сопоставима с изменениями слизистой оболочки желудка. Атрофические изменения в желудке и толстой кишке значительно уменьшаются. Число случаев воспалительных изменений практически остается прежним. Изменения смешанного характера несколько возрастают, что связано с переходом атрофических изменений в смешанные, смешанные — в воспалительные, а воспалительных — в норму. При этом во многих случаях выявляется картина нормальной слизистой оболочки как в толстой кишке, так и в желудке. То есть, под воздействием РДТ происходят изменения в слизистой оболочке желудка и толстой кишки, направленные на нормализацию от более выраженных изменений к менее выраженным и к норме (атрофия → воспаление → норма).

Гистологические исследования показали, что у больных с СРТК имеются воспалительные, смешанные и атрофические изменения слизистой оболочки толстой кишки и желудка. Эти изменения проявляются как поверхностным, так и атрофическим колитом и гастритом и, по-видимому, являются общими для слизистой оболочки всего желудочно-кишечного тракта, и это позволяет говорить о том, что изолированные поражения одного органа не встречаются совсем или встречаются достаточно редко.

Известно, что в клинической практике под диагнозом «синдром раздраженной толстой кишки» объединяется широкий спектр заболеваний толстой кишки, включающих и патологию воспалительного характера. Имеется тенденция к отождествлению понятия «синдром раздраженной толстой кишки» с функциональными заболеваниями толстой кишки, т. е. к сохранению за этой нозологической единицей собирательного значения по отношению к различным видам поражения толстой кишки как воспалительной, так и не воспалительной природы.

Синдром раздраженной толстой кишки характеризуется скудными морфологическими изменениями и одна и та же патогистологическая картина иногда трактуется по-разному. В связи с этим целесообразно регистрировать выраженность патологического процесса на основе морфометрического подхода.

При морфометрических исследованиях биоптатов слизистой оболочки толстой кишки у больных с СРТК выявляется гиперсекреторная (воспалительная) колонопатия и гипосекреторная (атрофическая) колонопатия. Гиперсекреторная (воспалительная) колонопатия характеризуется увеличением объемной доли железистой

ткани, повышением числа бокаловидных и плазматических клеток, а также тенденцией к увеличению плазматических клеток собственной пластинки и лимфоплазматического инфильтрата по сравнению с нормой. С другой стороны, при гипосекреторной (атрофической) колонопатии отмечаются прямо противоположные тенденции в направленности морфометрических характеристик слизистой оболочки толстой кишки.

Под воздействием РДТ происходят существенные изменения морфометрических данных, во многих случаях выявляется картина нормальной слизистой, отмечается некоторое увеличение числа случаев гиперсекреторной (воспалительной) колонопатии, значительно снижается число случаев гипосекреторной (атрофической) колонопатии. То есть, характер изменений под воздействием РДТ аналогичен таковому при эндоскопических и гистологических исследованиях.

При исследовании микрофлоры кишечника в процессе РДТ в разгрузочном периоде выявляется существенное снижение бифидобактерий — микроорганизмов, играющих важную роль в поддержании нормального биоценоза кишечника, при этом отмечается увеличение количества кишечных палочек со слабовыраженными ферментативными свойствами и лактозонегативных энтеробактерий, что свидетельствует о возникновении дисбактериальной реакции в период полной пищевой депривации. После реалimentации происходят изменения в составе кишечной микрофлоры, направленные на нормализацию ее, но полного восстановления не наступает. Однако при средней продолжительности разгрузочного периода РДТ (2 нед.) дисбактериальная реакция не бывает выраженной и существенного влияния на процесс пищеварения не оказывает. В дальнейшем наступает полное восстановление нормального состава микрофлоры кишечника.

* * *

Больной Е., 41 год, военнослужащий.

При поступлении в клинику жалобы на неустойчивый стул (чередование запоров и поноса), горечь во рту, а также неустойчивый эмоциональный статус. Болен в течение 6 лет. Лечился амбулаторно и стационарно, с незначительными улучшениями состояния; при стрессовых ситуациях имели место обострения болезни. При осмотре общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски и влажности. Правильное телосложение, повышенная упитанность. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыханий — 16 в 1 мин. Тоны сердца не изменены. Частота сердечных сокращений — 76 уд./мин. АД 130/80 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Стул частый, неустойчивый. Мочеиспускание не нарушено. Клинический и биохимический анализы крови и анализ мочи в норме. ЭКГ: ритм правильный, синусовый с частотой 74 уд./мин. Нормальное положение электрической оси сердца. Атриовентрикулярная

блокада 1-й степени. УЗИ органов брюшной полости: печень без патологии; поджелудочная железа и почки без патологии. Желчный пузырь грушевидной формы, с поперечной перетяжкой между телом и дном, содержимое его неоднородно. ЭГДС — очаговый атрофический антрумгастрит. Колоноскопия: синдром раздраженной толстой кишки.

Морфологическое исследование биоптатов толстой кишки колонопатия (атрофическая гипосекреторная). Морфометрия: снижение железистой ткани (25 об. %), снижение высоты бокаловидных клеток (8 об. %), снижение высоты плазматических клеток собственной пластины (2 об. %), увеличение плазматических клеток собственной пластины (2 об. %), увеличение плазматических клеток (17 об. %), увеличение лимфоплазмочитарного инфильтрата (30 об. %).

Больному было предложено *лечебное голодание, согласие получено. Проведен курс РДТ с разгрузочным периодом 18 дней; ацидотический криз на 5–7-е сут. Потеря массы тела за разгрузочный период — 14 кг.*

После проведения лечения больной отмечал улучшение состояния, жалоб не предъявлял. При осмотре выявлено очищение языка. Клинические и биохимические исследования крови и общий анализ мочи в пределах нормативных величин. ЭГДС: поверхностный антрумгастрит. Колоноскопия: картина нормальной слизистой оболочки. Морфологические исследования биоптатов слизистой толстой кишки: поверхностная (гиперсекреторная) колонопатия. Морфометрия: увеличение железистой ткани (55 об. %), увеличение бокаловидных клеток (36 об. %), увеличение плазматических клеток собственной пластины (3 об. %); высота клеток эпителия 26 мм; уменьшение плазматических клеток (15 об. %), снижение лимфоплазмочитарного инфильтрата (21 об. %).

Больной выписан домой в удовлетворительном состоянии. Рекомендации — один раз в неделю проводить разгрузочный день (24 ч). В течение года пациент находился под динамическим наблюдением участкового терапевта; обострений заболевания не было отмечено.

Резюмируя вышесказанное, можно заключить, что РДТ оказывает сложное многостороннее действие на организм вообще и органы пищеварения в частности. **Являясь мощным адаптогеном, РДТ способствует нормализации различных регулирующих механизмов, ответственных за состояние желудочной, пегеночной и панкреатической секреции, моторики желчевыделительной системы, морфофункционального состояния желудка и толстой кишки.** У больных с дискинезиями желчевыводящих путей, хроническим некалькулезным холециститом, хроническим холецистопанкреатитом, хроническим рецидивирующим панкреатитом, кроме нарушений печеночной секреции, функции сфинктерного аппарата, сократительной способности желчного пузыря, повышения давления в билиарной системе, выявляются изменения концентрации и соотношения компонентов желчи, приводящие к ее литогенности, появлению кристаллов холестерина и микролитов в ней, а также развитию билиарной недостаточности. Причем нарастание этих изменений ведет к дискинезии желчевыво-

дящих путей и холелитиазу через некалькулезный холецистит и хронический холецистопанкреатит.

Дискинезии желчевыводящих путей могут способствовать развитию панкреатита, поскольку вызывают нарушение панкреатической секреции, соответствующее нижнему блоку обтурационного типа. У больных хроническим холецистопанкреатитом и хроническим рецидивирующим панкреатитом гипосекреторный тип панкреатической секреции сочетается с нижним блоком обтурационного типа, что объясняется наличием дискинетических расстройств, сопровождающихся гипертонусом сфинктера Одди.

Корректное проведение РДТ у этих больных:

- оказывает существенное влияние на моторную функцию билиарного тракта, улучшая сократительную способность желчного пузыря, корригируя «работу» сфинктерного аппарата в плане сопряженного действия сфинктеров, а также нормализации их тонуса;
- приводит к изменениям концентрации и соотношения компонентов желчи, направленным на снижение ее литогенности, к уменьшению образования кристаллов холестерина, микролитов, к увеличению дебита желчных кислот и компенсации билиарной недостаточности;
- существенно влияет на панкреатическую секрецию, повышая реактивную способность поджелудочной железы, что выражается в увеличении ферментативной активности (после стимуляции) при снижении ее в базальном секрете;
- оказывает сложное регулирующее действие на секреторную функцию желудка, понижая ее при исходной повышенной и повышая при исходной пониженной секреции на фоне улучшения состояния поверхностного эпителия слизистой желудка, выражающемся в уменьшении или полном исчезновении признаков дистрофии;
- приводит к нормализации морфофункционального состояния толстой кишки, выражающееся в значительном уменьшении или полном исчезновении признаков воспаления и атрофии в слизистой оболочке;
- вызывает дисбактериальную реакцию в период полной пищевой депривации, которая не бывает выраженной при средних сроках разгрузочного периода (две недели), и хотя полное восстановление состава кишечной микрофлоры после периода реалиментации не наступает, это не оказывает существенного влияния на процесс пищеварения.

Как метод консервативного лечения РДТ может применяться при заболеваниях желчевыделительной системы и поджелудочной железы, хронических гастритах, хронических колитах, при правильном отборе больных и строгом соблюдении методики, не вызывая при этом серьезных осложнений. РДТ

может также применяться с целью профилактики желчно-каменной болезни у больных, имеющих литогенную желчь.

При проведении РДТ необходимо полное соблюдение методики, с обязательным включением психотерапевтического воздействия в подготовительный период для формирования положительной установки на лечение и уверенности в эффективности метода. Немаловажное значение имеют условия, в которых проводится лечение. Идеальный вариант — специализированное отделение, в других случаях необходимо выделять отдельные палаты. Лучше проводить лечение сразу нескольким больным с целью использования положительной психоэмоциональной индукции, создания благоприятной психологической атмосферы, что облегчает проведение разгрузочного периода и последующего восстановления.

Очень важно организовать соблюдение больными предусмотренного методикой режима, приготовление восстановительных диет в строгом соответствии с меню по дням.

Рекомендуется ориентировать больных на дальнейшее соблюдение режима питания и диеты, что легче выполнимо после курса РДТ, нежели в обычных условиях. *При хорошей переносимости и эффективности легения необходимо рекомендовать повторные курсы РДТ через 6–9–12 мес.*

Особенности контроля РДТ определяются характером патологии ЖКТ, равным образом это касается и путей оптимизации результатов легения.

2.1.4. ЭНДОКРИННАЯ ПАТОЛОГИЯ

К числу заболеваний эндокринной системы, при которых эффективна разгрузочно-диетическая терапия, относятся такие заболевания, как гипотиреоз (аутоиммунный гипотиреоз, тиреоидит), сахарный диабет тип II, ожирение (алиментарное ожирение, болезнь Иценко—Кушинга и др.), нарушение менструального цикла, вторичное бесплодие, дисфункция яичников репродуктивного периода.

Абсолютным противопоказанием к проведению лечебного голодания из числа эндокринных заболеваний остается сахарный диабет тип I в выраженной форме, адиссонизм и повышенная функция щитовидной железы (тиреотоксикоз).

Сахарный диабет тип I, или инсулинзависимый сахарный диабет, относится к числу заболеваний, при которых противопоказано применение метода лечебного голодания.

Эта болезнь имеет место у наследственно предрасположенных к нему лиц под воздействием определенной вирусной инфекции, которая способствует появлению антител к бета-клеткам островков Лангерганса, и разрушению инсулинобразующих клеток. Признаки сахарного диабета появляются лишь при аутоиммунном поражении более 80 % бета-клеток.

В итоге, у больных секреция инсулина снижается, развивается так называемая абсолютная недостаточность инсулина, поэтому с самого нача-

ла заболевания больные нуждаются в лечении препаратом инсулина и в этом случае метод лечебного голодания противопоказан.

Сахарный диабет тип II. Если сахарный диабет тип I — редкое заболевание, то сахарный диабет тип II встречается довольно часто. Например, в Германии частота заболевания приблизительно 150 000—200 000 больных диабетом тип I и около 5 млн больных диабетом тип II. Хотя оба типа диабета могут возникнуть в любом возрасте, но чаще всего диабетом тип I заболевают до 40 лет, а сахарным диабетом тип II — после 40 лет.

Сахарный диабет тип II, в отличие от сахарного диабета тип I, развивается вследствие врожденной резистентности тканей к инсулину, связанной с патологией инсулиновых рецепторов. Так как секреция инсулина в этом случае не снижена, то такое состояние называется относительной инсулиновой недостаточностью. В начале заболевания, как правило, в организме присутствует избыточное количество инсулина из-за сниженной чувствительности рецепторов тканей к своему собственному инсулину. Поджелудочная железа начинает вырабатывать его все больше и больше для того, чтобы усвоить циркулирующую в крови глюкозу. Но со временем наступает декомпенсация, бета-клетки истощаются, выработка инсулина снижается.

Ожирение может стать фактором риска при развитии сахарного диабета. Переедание ведет к избытку глюкозы в крови, которая не может проникнуть внутрь клетки вследствие инсулиновой недостаточности. Гипергликемия стимулирует выработку поджелудочной железой избыточного количества инсулина. В конечном итоге это приводит к более раннему истощению бета-клеток и к появлению симптомов сахарного диабета тип II. С другой стороны, повышенный уровень инсулина в течение продолжительного времени вызывает уменьшение чувствительности инсулиновых рецепторов [15, 182].

Считается, что как заболевание сахарный диабет представляет собой разнородную группу состояний нарушений обмена веществ. В основе этих состояний лежат различные аномалии, общим проявлением которых является повышение уровня глюкозы в крови. Пропорционально росту знаний о нем растет количество возникающих вопросов и проблем, требующих решения в рамках этого заболевания и связанных со сложностью лечения сопутствующих заболеваний, таких как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, с недостаточной эффективностью сахароснижающих препаратов.

Очевидно, что сахарный диабет тип II, или инсулиннезависимый (так как на первых этапах болезни введение инсулина, как правило, не требуется), — это не легкая форма диабета, как считалось раньше, и лечение его далеко от совершенства. Традиционно используют диету, дозированные физические нагрузки и таблетированные препараты, замедляющие всасывание глюкозы в желудочно-кишечном тракте или повышающие выброс инсулина клетками поджелудочной железы. Однако у большинства пациентов со временем возникает необходимость в дополнительном назначении инсулина.

В условиях относительного дефицита инсулина в крови гораздо меньше глюкозы достигает своего конечного пункта назначения — клеток различных органов и тканей. Соответственно повышается уровень глюкозы в периферической крови. Это регистрируется повышенным уровнем саха-

ра у больных диабетом тип II. Когда не удается поддерживать нормальный уровень глюкозы в крови, соблюдая правильную диету, врач назначает пациенту сахароснижающие препараты, стимулирующие выработку инсулина поджелудочной железой. В конечном итоге наступает истощение инсулинсекретирующих клеток и лечение таблетками становится неэффективным. Встает вопрос о заместительной гормональной терапии — назначении инсулина. Считается, что при уровне сахара крови более 10 ммоль/л контроль диабета следует признать неудовлетворительным, а при гликемии более 13 ммоль/л большинство врачей-диабетологов считают, что альтернативы инсулину нет.

В ряде случаев прием таблетированных сахароснижающих средств не рекомендуется или может привести к развитию заболеваний печени или почек, появлению аллергических реакций, что связано с фармакокинетикой антидиабетических средств.

Вследствие инсулиновой недостаточности нарушается поступление глюкозы в клетки, возникает дефицит энергии. В организме начинает активироваться липолиз. Так как этот процесс происходит слишком интенсивно, то большое количество жирных кислот поступает в кровь и подвергается в печени β -окислению с высвобождением необходимой энергии и образованием продуктов β -окисления — кетоновых тел (ацетона, ацетоуксусной и β -масляной кислот). Кетоновые тела поступают в избыточном количестве в кровь и, не успевая выводиться из организма, оказывают токсическое действие на системы и органы. Возникает гиперлипидемия и кетонемия. Развивается метаболический кетоацидоз, который резко ухудшает условия деятельности органов вплоть до развития коматозного состояния. В результате развиваются осложнения, обусловленные макро- и микроангиопатией (гангрена конечностей, инфаркт миокарда, слепота), нефропатией (почечная недостаточность), а также осложнения инфекционной природы (сепсис, пиодермия).

В ходе разгрузочного периода РДТ при переходе на эндогенное питание организм человека начинает усваивать кетоновые тела, которые и являются основным звеном в патогенезе сахарного диабета. Исследования показали [148, 210], что уже через несколько часов после прекращения приема пищи активизируется анаэробный распад гликогена с образованием глюкозы. Гликолиз преобладает в первые 16–18 ч голодания. Затем глюкоземия обеспечивается за счет гликонеогенеза — к 3 сут. в 1,5–2 раза снижается использование углеводов в качестве источника энергии при увеличении более чем в 2 раза мобилизации жировых ресурсов. С усилением β -окисления жирных кислот в крови возрастает концентрация кетоновых тел, что приводит к закислению крови.

Ацидоз постепенно нарастает и достигает максимума, в дальнейшем в течение дня или даже нескольких часов явления ацидоза резко ослабевают. Этот период получил название ацидотического криза, или ацидотического пика [143]. Он наступает обычно на 7–10-й день голодания (полного «влажного». — *Ред.*) и знаменует собой практически полный переход на эндогенный тип питания, при котором гликоген синтезируется только из жиров, что при

обычном питании не происходит, поскольку углеводы в достаточном количестве поступают с пищей. Криз может длиться от нескольких часов до суток, в этот период могут быть обострения хронических заболеваний, иногда даже находящихся в латентном состоянии.

Во время этой стадии из гипоталамуса начинают распространяться нисходящие активирующие импульсы на ретикулярную формацию. Активируется гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система, начинается «стресс-реакция», которая в условиях РДТ представлена адекватным генерализованным адаптивным стрессом (ГАС), по Селье [148].

В это время обычно нормализуется уровень сахара в крови (в основном за счет неоглюкогенеза), холестерина, мочевины, билирубина, триглицеридов, кетоновых тел, ферментов переаминирования. Суточная потеря массы тела снижается и составляет 0,2–0,3 кг. В это время не происходит существенного изменения структур организма, от 70 до 90 % общего расхода энергии обеспечивается за счет окисления триглицеридов жировых депо с образованием и последующей утилизацией кетоновых тел. Любопытно, что даже столь «капризные» клетки, как эритроциты и нейроны головного мозга, которые в обычных условиях используют в качестве источника энергии только глюкозу, после наступления ацидотического криза также начинают усваивать кетоновые тела [186, 210].

Ацидоз становится компенсированным, метаболические процессы стабилизируются, снижаются энергетические затраты функций физиологических систем.

Сопоставляя биохимические и физиологические процессы, лежащие в основе клинической картины и патогенеза при инсулиннезависимом диабете и в основе эндогенного питания во время лечебного голодания, разумно предположить целесообразность проведения курсов РДТ больным с сахарным диабетом тип II. *Кетоновые тела, являя собой основное звено патогенеза при диабете, усваиваются клетками организма на голоде. Такое явление уникально и при обычном питании, без перехода на эндогенное питание, практически невозможно (курсив. — Ред.).*

Считается, что в процессе РДТ происходит усиление действия кортикостероидов, связанное с повышением чувствительности тканей к ним при снижении содержания инсулина в крови.

Известны данные об увеличении количества рецепторов клеточных мембран к инсулину, а также о повышении их чувствительности к инсулину в результате проведения лечебного голодания. Это обуславливает возможность применения РДТ у больных с сахарным диабетом тип II.

Инсулиннезависимый диабет, или сахарный диабет тип II, является заболеванием, требующим осторожности и индивидуального подхода к каждому пациенту.

Ю. С. Николаев упоминал о данных доктора Р. Саркисяна из клиники эндокринных заболеваний г. Еревана, когда метод РДТ был успешно применен при лечении больного с сахарным диабетом тяжелой формы, осложненным гангреней стопы. После двукратного курса голодания все диабетические показатели улучшились, гангренозное воспаление полностью прекратилось, и необходимость ампутации ноги отпала [142].

Результаты лечения больных с сахарным диабетом тип II методом РДТ приводят и специалисты из г. Запорожья и Кривого Рога (1993 г.). Они успешно применяли метод лечебного голодания для лечения 36 пациентов с различной давностью данного заболевания [35, 44].

Всего за последние годы около 250 пациентов с диагнозом сахарный диабет тип II прошли курс РДТ (полное голодание). Среди них 28 % имели легкую форму заболевания, 56 % — диабет средней тяжести, 16 % — тяжелую форму уровня.

В первые дни голодания прием инсулина отменялся под контролем уровня гликемии. Отмена инсулина не вызывала никаких сложностей и зачастую проводилась пациентами с длительным сроком заболевания практически самостоятельно с использованием глюкометров. В общем можно рекомендовать достижение нормогликемии в первые 1–3 дня разгрузочного периода путем назначения дробных доз простого инсулина (4–12 ед. в сут.).

Срок разгрузочного периода составлял от 9 до 27 дней. Несомненно, имеет смысл рекомендовать для пациентов с данной патологией проведение РДТ со сроком депривации (непосредственно голодания) как минимум до момента наступления ацидотического криза плюс 1–2 дня, что составляет в среднем 10–12 дней. Чем более тяжелая форма сахарного диабета, тем должен быть более длительный срок голодания (до 25 дней).

Восстановительный период также проводится под контролем уровня гликемии с индивидуальным подбором диеты и с назначением по необходимости «пероральных» сахароснижающих препаратов или инсулина.

В таблице 2.10 представлены средние значения ($M \pm t$) изменения уровня сахара крови и мочи, холестерина крови до и после курса лечебного голодания. Приведенные данные основаны на результатах обследования 110 пациентов, прошедших курс РДТ со сроком разгрузочного периода от 9 до 25 дней.

В первые дни разгрузочного периода сахар крови достигал нормальных значений и сохранялся на этом уровне весь период голодания. Тенденции к повышению сахара крови выше нормальных значений появлялись только в восстановительном периоде. Снижался и исчезал сахар в моче.

В результате лечения больные сахарным диабетом, находившиеся на инсулинотерапии, были переведены на пероральные са-

хароснижающие препараты (ССП). У части больных, принимающих SSP, после РДТ их дозировка была снижена, и у части пациентов состояние компенсировалось только диетой.

Таблица 2.10

Динамика изменений уровня сахара крови и мочи, уровня холестерина крови у больных сахарным диабетом разной степени тяжести при проведении РДТ

Форма течения сахарного диабета	Сахар крови, ммоль/л			Сахар мочи, ммоль/л		Холестерин, ммоль/л (н*: 3,64–6,76)		
	до лечения	6 мес. после	1 год после	до лечения	1 год после	до лечения	6 мес. после	1 год после
Легкая	9,5 ± 1,4	4,5 ± 0,2	4,6 ± 0,4	0,08 ± 1,0	abs	7,0 ± 0,7	5,3 ± 0,4	4,9 ± 0,5
Средней тяжести	14 ± 3,0	5,4 ± 0,4	5,4 ± 0,5	1,03 ± 0,3	abs	7,9 ± 1,2	5,4 ± 0,6	5,0 ± 0,5
Тяжелая	17,7 ± 3,3	7,5 ± 0,3	6,2 ± 0,5	1,5 ± 0,5	abs	8,5 ± 0,9	6,1 ± 0,3	6,0 ± 0,5

* н. — норма.

Достигнутый лечебный эффект у 91 % пациентов сохранялся в течение 1 года. У группы больных из 15 пациентов наблюдалась стойкость достигнутого эффекта лечения сроком до 10–15 лет. *Отдаленные результаты свидетельствуют, что при сохранении тенденции к дальнейшему снижению веса, положительные результаты остаются стабильными, что обеспечивалось адекватной гипокалорийной диетой, регулярным проведением 24–36-часовых курсов РДТ и повторными длительными голоданиями.*

Несомненно, что для данной патологии метод дозированного голодания является методом выбора, и практика применения РДТ при сахарном диабете заслуживает самого пристального внимания как со стороны специалистов по РДТ, так и со стороны врачей-эндокринологов [253, 255].

ТИРЕОТОКСИКОЗ

Любая форма тиреотоксикоза считается *абсолютным противопоказанием* к проведению разгрузочно-диетической терапии.

ГИПОТИРЕОЗ

Гипотиреоз — заболевание организма, обусловленное недостаточностью секреции щитовидной железой тиреоидных гормонов. Заболеваемость гипотиреозом среди населения составляет 2–6 %, из них до 95 % страдают первичным гипотиреозом, а 5–10 % — вторичным и третичным [15]. Среди других эндокринных заболеваний его удельный вес в последнее время неуклонно увеличивается как среди лиц пожилого, так и лиц молодого, трудоспособного возраста.

При гипотиреозе развиваются тяжелые поражения всех органов и систем [182], приводящие к нарушению физического и психического развития у детей, вплоть до кретинизма, с высоким риском соматической заболеваемости, снижением трудоспособности и инвалидизации у взрослых в случае несвоевременной диагностики и лечения.

Считается, что в организме нет такой системы, для нормального функционирования которой не требовалось бы достаточного количества тиреоидных гормонов. Заместительная гормональная терапия наиболее часто способствует возникновению осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы. В числе последних нередко встречаются такие, как повышение артериального давления, нарушение ритма работы сердца, недостаточность коронарного кровоснабжения, стенокардия, острый инфаркт миокарда (наиболее часто встречается у больных с атеросклерозом коронарных артерий), сердечная недостаточность [182, 225].

Причины развития гипотиреоза многочисленны и разнообразны.

Среди них достаточно актуальными являются проблемы, связанные с ростом напряженности зубной эндемии в России [14]. Общеизвестно, что эндемический зоб является наиболее частым проявлением йодной недостаточности в биосфере и нередко сопровождается разнообразными нарушениями функционального состояния щитовидной железы. В их числе, как правило, преобладают различные формы гипотиреоза, как врожденного, так и приобретенного.

Подбор адекватной терапии больным гипотиреозом представляет большие сложности, так как рекомендуемая в этом случае заместительная гормональная терапия, к сожалению, наряду с неоспоримым эффектом, имеет свои недостатки. Даже при тщательном подборе дозы гормонов с учетом возраста и сопутствующей сердечно-сосудистой патологии, разнообразные побочные явления: от легких аллергических до тяжелых, подчас необратимых, поражений органов и систем, возникающих при применении лекарственных гормональных препаратов, а также индивидуальная чувствительность к ним вынуждают в ряде случаев отказываться от их приема или снижать дозу препарата. Так, например, у больных с артериальной гипертензией в качестве сопутствующего заболевания невозможно назначить достаточную для компенсации состояния щитовидной железы дозу гормональных препаратов в связи с высокими цифрами артериального давления, что в ряде случаев вынуждает отказываться от приема препаратов или снижать их дозу. Такое положение требует поиска в решении сложной задачи лечения гипотиреоза, особенно в сочетании с сердечно-сосудистой патологией.

Для исследования возможности применения метода дозированного лечебного голодания при гипотиреозе проводился курс РДТ у больных с различными формами гипотиреоза, а также курс сочетанного применения РДТ и иглорефлексотерапии (ИРТ) [156, 157, 158].

Некоторые авторы отмечают, что эффект сочетанного применения РДТ и ИРТ методик превосходит таковой при их раздельном применении, причем в большей мере это относится к больным с гормональной зависимостью [219].

В ходе работы было проведено обследование 58 пациентов в возрасте от 24 до 62 лет. Длительность заболевания у обследоу-

емых составляла от 2 до 15 лет. Известно, что длительность гипотиреоза имеет важное значение, так как именно она определяет тяжесть сопутствующих осложнений со стороны внутренних органов (особенно сердечно-сосудистой системы), степень дисрегуляции во всех звеньях эндокринной системы и т. д.

Заместительную гормональную терапию получали 39 пациентов. Средняя доза L-тироксина составляла 100–125 мкг/сут. Однако по жалобам, данным клинического и лабораторного (в частности, по уровню гормонов крови) обследования, все они находились в состоянии декомпенсации, вследствие нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы, препятствующей подбору адекватной дозы тиреоидных гормонов.

Степень выраженности гипотиреоза и степень его функциональной компенсации определялись совокупностью клинических симптомов данного эндокринологического заболевания (жалобы на слабость, утомляемость, сонливость, отечность, сухость кожи, зябкость, выпадение волос, снижение памяти, ухудшение зрения, нарушение ритма сна и др.), данных объективного обследования органов и систем, наличии или отсутствии заместительной терапии, подтверждалась данными лабораторных исследований содержания Т3, общего тироксина (Т4) и тиреотропного гормона гипофиза в крови радиоиммунологическим методом с использованием стандартных тест-наборов.

Большая часть обследуемых пациентов (44 человека) имела диагноз аутоиммунный тиреоидит, из них у 7 наблюдалась выраженная форма гипотиреоза, у 27 — гипотиреоз средней степени и у 10 — доклиническая форма. В группу с доклинической формой вошли больные, у которых выявлялось наличие антител к ткани щитовидной железы, что является фактором риска развития аутоиммунного тиреоидита. 11 человек составляли группу с диагнозом послеоперационный гипотиреоз, среди них 3 человека с выраженной формой гипотиреоза, 8 — с гипотиреозом средней степени. Наконец, 3 человека имели гипоплазию щитовидной железы, у них наблюдался гипотиреоз средней степени.

У 23 пациентов после полного кардиологического обследования были выявлены признаки артериальной гипертензии, диагноз гипертоническая болезнь был поставлен у 18 обследуемых.

Лечение проводилось по методике дозированного голодания, разработанной Ю. С. Николаевым [152], срок разгрузочного периода составлял от 10 до 30 дней. Во время голодания прекращался или значительно снижался прием медикаментов — все медикаментозные «пероральные» препараты были отменены за исключением минимальной дозы гормонов, получаемой больными с выраженной степенью гипотиреоза. Для лечения выделялась специальная палата. *Использовалась модификация полного голодания (с неограниченным употреблением воды)*, в обязательном порядке проводился ряд дезин-

токсикационных гигиенических процедур (назначение слабительных средств накануне голодания, водные процедуры, ежедневные очистительные клизмы, продолжительные прогулки на свежем воздухе).

Длительность разгрузочного периода дозировалась индивидуально, в зависимости от возраста, начальной массы тела, сопутствующих заболеваний больного. Сроки разгрузочного периода РДТ колебались от 11 до 30 дней, в среднем 15 дней.

Период реалimentации проводился по схеме растительно-молочного диетического питания с постепенным нарастанием питания по ассортименту и объему продуктов и одновременным снижением количества приемов пищи с 7–10 до 3–4 раз в день.

Во время РДТ проводились курсы ИРТ путем воздействия на акупунктурные точки классических меридианов и аурикулярные точки. Частота сеансов ИРТ выбиралась в каждом случае индивидуально.

После курса лечения больным было рекомендовано самостоятельное проведение краткосрочных курсов лечебного голодания длительностью 1–3 дня и соблюдение диеты.

У всех больных, прошедших курс лечебного голодания, заметно улучшилось самочувствие, исчезла или уменьшилась слабость, утомляемость, сонливость, наладился ритм сна и бодрствования, исчезло ощущение зябкости кожи, улучшился тембр голоса, у части больных наладился менструальный цикл. При объективном обследовании отмечалось значительное улучшение общего состояния пациентов, появился блеск глаз, волос, улучшился цвет кожи, заметно снизилась сухость кожи и участки ороговения в области локтей (выпадение волос и ороговение кожи локтей — одни из клинических проявлений явления гипотиреоза). В 100 % случаев исчезли отеки и одутловатость лица, отмечалась четкая положительная динамика при пальпаторном исследовании шеи в проекции щитовидной железы (исчезновение или уменьшение болезненности и дискомфорта при пальпации). У всех больных заметно снизился вес тела, что оценивалось по достоверному уменьшению показателя индекса массы тела в ходе лечения.

Проведенные исследования показали, что в ходе лечения как у больных с аутоиммунным тиреодитом, так и у больных с послеоперационным гипотиреозом, происходило достоверное снижение уровня антител к собственным компонентам щитовидной железы — к тиреоглобулину (АТТГ) и к микросомальной фракции (АТМК), средние значения уровня антител АТТГ и АТМК до и после курса терапии приведены на рис. 2.3.

Такие изменения свидетельствуют о положительных сдвигах в иммунологическом статусе пациентов, снижении аутоиммунных процессов, которые лежат в основе патологических нарушений при данной форме гипотиреоза.

Эти данные согласуются с данными многочисленных исследований других авторов о РДТ больных с нарушенным иммунным

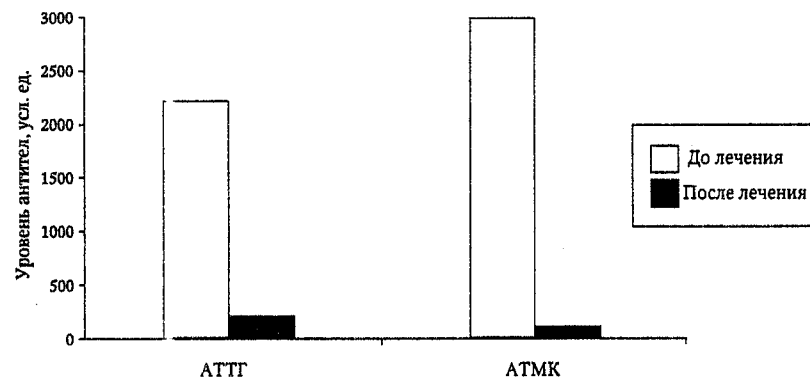


Рис. 2.3. Уровень антител к тиреоглобулину и к микросомальной фракции до и после курса РДТ

статусом и аллергическими заболеваниями. РДТ оказывает десенсибилизирующее действие, выражающееся в повышении макрофагальной активности моноцитов и нейтрофилов крови, повышении резистентности организма к инфекции, повышении содержания биологически активных веществ и, наконец, в стимуляции глюкокортикоидной функции надпочечников [220].

У больных с первичным гипотиреозом после курса РДТ повышается уровень Т3 и Т4 (гормонов щитовидной железы) с одновременным снижением уровня тиреотропного гормона (ТТГ), что свидетельствует о восстановлении функции щитовидной железы в результате проведения дозированного голодания.

Исследование уровня гормонов проводилось не менее 3 раз в динамике лечебного процесса, заключительный анализ проводился через неделю после окончания разгрузочного периода РДТ. Кроме того, стойкость полученных результатов оценивалась выборочно у 20 больных через 6 мес. после курса лечения.

На повторных УЗИ-исследованиях щитовидной железы отмечалась четкая положительная динамика: улучшение структуры железы, уменьшение и в некоторых случаях исчезновение узловых изменений в ней.

Итак, после проведенного курса РДТ у большинства больных отмечалось улучшение структуры щитовидной железы, положительная динамика гормонального профиля наряду с улучшением общего состояния, исчезновением жалоб, восстановлением трудоспособности. Учитывая положительную динамику клинических и лабораторных показателей, целесообразно уменьшить дозу приема тиреоидных препаратов. В результате лечения дозы гормонов для заместительной терапии практически для всех пациентов были ниже доз, принимаемых до прохождения курса лечения. У 12 % из числа пациентов назначенная в восстановительном периоде тера-

Изменение уровня гормонов щитовидной железы и антител в сыворотке крови

Группа больных, их патология	ТТ, мМЕ (н.: 0,4—4,0)		Т3, моль/л (н.: 1,23—2,92)		Т4, ммоль/л (н.: 64,7—148)		АТТГ, усл. ед.		АТМК, усл. ед.	
	до	после	до	после	до	после	до	после	до	после
Аутоиммунный тиреоидит средней тяжести	8,8 ± 8,16	3,7 ± 1,5**	1,6 ± 0,7	2,3 ± 0,8	81,6 ± 19	103 ± 19	229	51**	302	70**
Аутоиммунный тиреоидит выраженный	51,9 ± 17	32,5 ± 14,5**	1,9 ± 0,9	2,1 ± 0,5	54,7 ± 16	69 ± 17	—	—	—	—
Послеоперационный гипотиреоз средней тяжести	13,1 ± 5,2	7,0 ± 3,2**	1,4 ± 0,5	1,7 ± 0,4	67,8 ± 21	94,3 ± 20	295	20	345	60**
Послеоперационный гипотиреоз выраженный	44,8 ± 16	28,5 ± 13,5*	0,6 ± 0,1	1,5 ± 0,3	64,7 ± 2	78 ± 10	—	—	—	—
Доклиническая форма	2,94 ± 0,8	11,95 ± 0,67	2,3 ± 1,1	2,6 ± 1,0	110,8 ± 13	117,7 ± 14	—	—	—	—
Гипоплазия щитовидной железы	8,2 ± 1,4	4,1 ± 1,6	1,6 ± 0,7	1,7 ± 0,4	76 ± 11,1	103,1 ± 21	—	—	—	—

* n — норма.

** p < 0,05.

пии доза была уменьшена в 3 раза, у 85 % — в 2 раза, у 3 % доза тиреоидных гормонов осталась прежней, но улучшилась их переносимость.

Помимо основного заболевания у большинства больных имели место сопутствующие гипотиреозу заболевания сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертония, стенокардия, нарушение ритма работы сердца и др.). Обычно все эти заболевания являются серьезным препятствием для подбора адекватной заместительной терапии. После лечения у всех больных наблюдалось стойкое снижение систолического и диастолического давления, нормализация пульса, восстановление проводимости, положительная динамика на ЭКГ и при эхокардиографических исследованиях, исчезновение приступов стенокардии, стойкое снижение уровня холестерина. Полученный эффект со стороны сердечно-сосудистой системы позволил подобрать пациенту адекватную дозу для компенсации функции щитовидной железы, а также отменить или снизить дозы гипотензивных средств и других медикаментов.

* * *

Больная Г., 56 лет, поступила в кардиологическое отделение № 79 ГКБ г. Москвы в марте 1997 г. с жалобами на резчайшую слабость и головокружение, судороги в ногах и парестезии, зябкость кожи, сонливость, снижение памяти, потерю трудоспособности. Считает себя больной с 1992 г., когда после длительного обследования по поводу слабости и обмороков был выявлен аутоиммунный тиреоидит. Прием гормонов (150 мкг L-тироксина) значительно улучшил состояние, буквально преобразив (со слов больной) ее, однако стало неуклонно повышаться артериальное давление. Уровень систолического давления достиг 180—200 мм рт. ст. и почти не корректировался комбинированной гипотензивной терапией. Было предложено провести курс РДТ, больная дала согласие.

Лечение сочетанием РДТ и ИРТ в 1994 г. оказалось эффективным. В течение 2 лет состояние было удовлетворительным, больная принимала 1 таблетку L-тироксина на фоне соблюдения назначенной диеты, проведения повторных курсов РДТ сроком 1—3 дня. Это позволило пациентке чувствовать себя практически здоровой, АД систолическое не превышало цифр 140 мм рт. ст. В течение последнего года имело место прогрессивное ухудшение состояния, при некомпенсированном 1 таблеткой L-тироксина гипотиреозе. Увеличение дозы привело к повышению АД до 200—230 мм рт. ст.

Пациентка поступила в отделение для подбора гипотензивной терапии. Состояние при поступлении средней тяжести. Кожные покровы бледно-желтушные, сухие, холодные на ощупь. Лицо амимичное, мешкообразная отечность век и щек. Глазные яблоки запавшие, тусклые. Отмечается выпадение волос в подмышечной области и на голове. Питание повышенное, при росте 164 см масса тела 96 кг, индекс массы тела 35,5. Частота дыхания 16 в минуту, в легких дыхание везикулярное, ослабленное в задненижних сегментах. Границы сердца расширены влево. Тоны значительно приглушены, на аорте систоли-

ческий шум, акцент 2-го тона, ЧСС 57 уд./мин, АД 200/105 мм рт. ст. Печень у края реберной дуги.

Больная заторможена, речь замедлена, голос хриплый. Коленные и сухожильные рефлексы снижены. В позе Ромберга неустойчива. Анализ крови: Нб — 10^4 г/л, эр. — $3 \cdot 10^{12}$ /л, цв. пок. — 0,9, СОЭ — 12 мм/ч, холестерин — 9,3 ммоль/л. Анализ мочи в норме. На ЭКГ — отклонение электрической оси влево, признаки гипертрофии левого желудочка, ЧСС — 54 уд./мин. УЗИ щитовидной железы — размеры щитовидной железы уменьшены, контуры ровные, плохо дифференцируются от окружающей ткани. Структура железы неоднородна, с выраженными признаками склероза. Уровень гормонов на фоне тиреоидной терапии: Т3 — 0,52 нмоль/л; ТТГ — 1,8 пмоль/л. Антитела к микросомальной фракции АТМК — 1/2560, к тиреоглобулину — 1/640.

Лечение: РДТ проводилось при согласии больной в сочетании с сеансами ИРТ. Курс РДТ со сроком разгрузочного периода 14 дней проходил под контролем динамики состояния систем и органов с использованием методики Накатани [1].

Учитывая состояние больной, значительные изменения в щитовидной железе при УЗИ-исследовании, клинические проявления тяжелого гипотиреоза, курс лечения проводился на фоне приема 1 таблетки L-тироксина.

Состояние больной в ходе лечения значительно улучшилось, исчезла одутловатость и отеки лица, появился блеск глаз, вес снизился на 12 кг, ИМТ после лечения составил 31,2, АД систолическое не превышало 130 мм рт. ст. в течение 7 мес. наблюдения, несмотря на прием 50 мкг в сутки L-тироксина. Полностью исчезли все жалобы, восстановлена трудоспособность.

Тоны сердца ясные, ЧСС 78 уд./мин, при аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Неврологический статус в норме.

После курса лечения уровень антител к тиреоглобулину — 1/300, к микросомальной фракции — 1/400.

Больная М., 51 год, поступила во 2-е кардиологическое отделение ГКБ № 79 г. Москвы с жалобами на одышку и сердцебиение при незначительном физическом напряжении, на перебои в работе сердца, боли за грудиной при физической нагрузке, купирующиеся приемом нитроглицерина, снижение трудоспособности, вялость, сонливость, обмороки.

В 1990 г. при обследовании по поводу обмороков и слабости диагностирован зоб Хосимота, гипотиреоз тяжелой формы, гипотиреоидная миокардиодистрофия. Прием гормональных препаратов (2 таблетки L-тироксина) позволил чувствовать себя практически здоровой, несмотря на частые экстрасистолии. В связи с постепенным нарастанием симптомов гипотиреоза в течение года появилась необходимость в повышении дозы гормонов, что немедленно привело к возникновению пароксизмальной мерцательной аритмии, отрицательной динамики на ЭКГ, свидетельствующей о коронарной недостаточности. Больная поступила в отделение для подбора адекватной антиаритмической терапии и лечения стенокардии, так как амбулаторное лечение было неэффективным. При поступлении состояние тяжелое, кожные

покровы желтушные, сухие, холодные. Тurgор кожи снижен. Питание пониженное, слизистые розовые. Лицо одутловатое, отеки век. Волосы тусклые, ломкие, очень редкие. Тоны сердца глухие, на верхушке систолический шум, ЧСС 70–96 уд./мин. Ритм неправильный, экстрасистолы, мерцательная аритмия с дефицитом пульса. АД 105/70–90/60 мм рт. ст. Частота дыхания — 16 в минуту, в легких хрипов нет, подвижность диафрагмы снижена.

Анализ крови, анализ мочи в пределах нормы, холестерин — 4,8 ммоль/л, калий — 3,4 ммоль/л, натрий — 141 ммоль/л. ЭКГ — ритм синусовый, неполная блокада передней левой ветви пучка Гиса, диффузные изменения миокарда, предсердные и желудочковые экстрасистолы. На ЭКГ, снятой во время приступа пароксизмальной тахикардии, мерцание предсердий. ЭхоЭКГ — полости сердца не расширены, сократимость миокарда сохранена, умеренно выраженная гипертрофия левого желудочка. УЗИ щитовидной железы — эхо-признаки хронического тиреоидита. Уровень тиреоидных гормонов: Т3 — 2,0 нмоль/л, Т4св — 3 нмоль/л, ТТГ — 30 мМЕ/мл. Антитела к микросомальной фракции и тиреоглобулину резко положительные.

Учитывая неэффективность медикаментозной терапии при коррекции аритмии и недостаточности коронарного кровообращения, обусловленного заместительной гормональной терапией и показания к применению РДТ при лечении нарушений иммунного статуса, больной был предложен курс РДТ, согласие получено — проведен курс РДТ со сроком разгрузочного периода 10 дней. Высокие показатели ТТГ указывали на тяжелую степень гипотиреоза и являлись показанием к проведению лечения на фоне поддерживающей гормональной терапии (1 таблетка L-тироксина). После проведенного лечения на фоне приема L-тироксина, сердечных препаратов, улучшающих метаболизм миокарда (АТФ, кокарбоксилаза) состояние больной улучшилось, исчезли отеки и одутловатость, полностью восстановлена трудоспособность. При аускультации сердца нарушений ритма не выявлялось. Уровень Т3 повысился до 4,05 нмоль/л, Т4св до 11,2 ммоль/л, уровень ТТГ во время разгрузочного периода оставался высоким, во время реалитации снизился и стабильно держался в пределах 24 мМЕ/мл. Титр антител снизился, но оставался слабо положительным.

Прием L-тироксина в дозе 1–1,5 таблетки переносила хорошо. На ЭКГ регистрировались редкие экстрасистолы, не отражающиеся на самочувствии больной. При выписке больной рекомендовано проведение повторных краткосрочных курсов РДТ, растительно-молочная диета.

Больная Д., 47 лет, поступила во 2-е кардиологическое отделение с жалобами на головные боли, головокружения, слабость, сонливость, тяжесть в ногах, повышенный вес тела, упорные запоры. В течение 20 лет после родов неуклонно повышался вес. Последние 10 лет отмечает артериальную гипертонию с повышением артериального давления до 300/160 мм рт. ст. Направлена в стационар в связи с неэффективностью амбулаторного лечения артериальной гипертонии.

Состояние при поступлении тяжелое. Положение в постели — ортопное. Кожа бледная, очень сухая. Лицо одутловатое, мешкообразные отеки век, затрудняющие зрение. Вес повышен, при росте 170 см

достигает 130 кг, индекс Кетле 45. Отеки в области голени и стоп, больше справа. Частота дыхания — 18–20 в минуту, в легких в задне-нижних отделах выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы, больше справа. Границы сердца расширены влево до переднеподмышечной линии. Верхушечный толчок в IV подреберье. Тоны глухие, на аорте систолический шум, акцент 2-го тона. Ритм сердца правильный, ЧСС 60 уд./мин, АД 300/140 мм рт. ст. Печень у края реберной дуги. Анализ крови: Hb — 98 г/л, эр. — $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, л. — $6,3 \cdot 10^9$ /л, СОЭ — 8 мм/ч, холестерин — 6,3 ммоль/л.

ЭКГ — ритм синусовый, правильный, отклонение электрической оси сердца (ЭОС) влево. Выраженная гипертрофия левого желудочка и с его перегрузкой и изменение миокарда преимущественно в задне-боковой области. Поскольку АД при гипотиреозе обычно пониженное или нормальное в связи с угнетением ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, то больную расценили как страдающую высокой гипертонией на фоне ожирения, и было решено провести курс дозированного лечебного голодания, который позволил бы снизить массу тела и артериальную гипертонию. Предложен курс РДТ, больная дала согласие.

Больная прекрасно перенесла РДТ, с каждым днем буквально преображаясь, теряла вес, стала более подвижной, активной. АД после 7-го дня голода стало неуклонно снижаться и достигло цифр 130–140/80–90 мм рт. ст. к 17-му дню разгрузочного периода.

Одновременно больной продолжали проводить обследования по выяснению генеза гипертонии. УЗИ органов брюшной полости не выявило патологических изменений.

УЗИ щитовидной железы — контуры неровные, размеры увеличены, экзогенность понижена, без четких границ. Гормоны щитовидной железы: Т3 — 0,56 нмоль/л, Т4 — 65,8 нмоль/л, Т4св — 8,0 нмоль/л, ТТГ — 10,04 мМЕ/мл. Антитела к тиреоглобулину — 1/200, к микросомальной фракции — 1/200.

Срок разгрузочного периода РДТ составил 25 дней. Больная потеряла в массе тела 30 кг, чувствовала себя прекрасно, АД систолическое в течение 2 мес. наблюдения держалось не выше 140 мм рт. ст. Индекс массы тела 34,6.

Уровень антител к тиреоглобулину и микросомальной фракции снизился и составил 1/100. Назначен L-тироксин.

Больная Ю., 47 лет, поступила в кардиологическое отделение в марте 1997 г. с жалобами на головные боли, головокружение, пошатывание при ходьбе, слабость, запоры, снижение трудоспособности, повышение массы тела. В 1989 г. у больной диагностирован тяжелый рецидивирующий тиреозит. Лечение преднизолоном вызвало побочные эффекты в виде желудочного кровотечения, прибавку в массе на 30 кг с деформацией лица, затрудняющей прием пищи, и ухудшением зрения. Попытка отменить преднизолон приводила к тяжелым рецидивам тиреозита. Пациентке было предложено проведение лечебного голодания; она дала согласие.

Лечение РДТ (полное голодание) в 1989 г. со сроком разгрузочного периода 15 дней позволило отменить преднизолон, снизить мас-

су тела на 10 кг и значительно улучшить общее состояние. Рецидив тиреозита через 2 мес. сопровождался повышением температуры тела до 40 °С, тахикардией с ЧСС более 200 уд./мин, суставными болями и т. д. Курс РДТ (повторный) в комплексе с антибактериальной противовоспалительной медикаментозной терапией позволил нормализовать состояние, восстановить утраченную трудоспособность (больная имела инвалидность II группы).

Настоящее ухудшение (с постепенным нарастанием симптомов) имело место в течение последних 10 мес. Последние 2 мес. больная начала самостоятельно принимать 1 таблетку L-тироксина в день, прием препарата значительно улучшил общее самочувствие, повысилась трудоспособность, однако стало повышаться артериальное давление и отмечались нарушения ритма работы сердца. При поступлении состояние удовлетворительное. Кожа сухая, бледная. Питание несколько повышенное, лицо одутловатое, незначительные отеки век. Индекс массы тела составляет 31,3. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Ритм сердца правильный, тоны значительно приглушены. Число экстрасистол — до 5–6 в минуту. ЧСС — 63 уд./мин. АД — 170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, чувствительный при пальпации по ходу толстого кишечника. Печень у края реберной дуги.

Общий анализ крови и мочи в пределах нормы, холестерин — 8,0 ммоль/л. ЭКГ — синусовая брадикардия, ЧСС — 60 уд./мин, выраженные диффузные изменения миокарда. УЗИ щитовидной железы — эхо-признаки тиреозита. Уровень гормонов в крови: Т3 — 2,2 нмоль/л, Т4 — 115 нмоль/л, ТТГ — 9 мМЕ/мл. Антитела к микросомальной фракции — 1/250, тиреоглобулину — 1/400.

Учитывая аутоиммунный процесс, протекающий в течение многих лет, способствующий прогрессированию гипотиреоза, препятствие к подбору адекватной гормональной терапии в виде повышения АД систолического до 200 мм рт. ст., частых экстрасистол, проведен курс РДТ со сроком голодания 20 дней в согласии с сеансами ИРТ с учетом акупунктурной диагностики по Накатани. Состояние больной значительно улучшилось, масса тела снизилась на 13 кг, исчезли сухость кожи, одутловатость лица, отеки век. Индекс массы тела 26,1.

Отмечалась четкая положительная динамика на ЭКГ, ЧСС — 70–78 уд./мин, АД 115–120/60–65 мм рт. ст., при исследовании гормонов через месяц после лечения Т3 — 1,8 нмоль/л, Т4 — 103,8 нмоль/л, ТТГ — 2,0 мМЕ/мл. Титр антител — нормальный.

Последующие наблюдения. Больная активна, трудоспособна, в течение 6 мес. обходится без гормонов, соблюдает рекомендации по проведению повторных краткосрочных курсов РДТ, прогреванию соответствующих точек ИРТ, приему витаминов и препаратов йода.

Анализ вышеуказанных случаев показывает связь между проведением заместительной гормональной терапии и возникновением осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, как, например, повышение артериального давления, что было устранено проведением РДТ (курсив. — Ред.).

Таким образом, метод РДТ высокоэффективен для больных гипотиреозом. Это особенно актуально, когда речь идет о наличии устойчивости к медикаментозному лечению, аллергических реак-

ций, сопутствующей сердечно-сосудистой патологии, что характерно для большинства больных гипотиреозом. Использование этого метода позволяет избежать необходимости назначения (перманентно. — *Ред.*) большого количества медикаментозных препаратов, которые требуются для лечения полиморбидной (хронической. — *Ред.*) патологии.

ОЖИРЕНИЕ

Ожирение нередко сопутствует эндокринной патологии. В целом оно является распространенным заболеванием, количество лиц с ожирением неуклонно растет. Избыточная масса тела представляет серьезную проблему, особенно (*Авт.*) среди женского населения: 31,7–40,2 % женщин имеют индекс массы тела, равный 30 и более, т. е. страдают выраженным ожирением [26].

Ожирение — патология, оказывающая неблагоприятное влияние на многие органы и системы, часто сочетается с такими хроническими заболеваниями и патологическими состояниями, как артериальная гипертензия, сахарный диабет тип II, гиперлипидемия, ишемическая болезнь сердца, гипотиреоз, гиперинсулинемия или инсулинорезистентность, гиповентиляционный синдром (синдром Пикквика), бесплодие и некоторые другие [26, 202, 210]. Ожирение — один из основных факторов, определяющих, по данным Фремингемского исследования*, распространенность артериальной гипертензии в общей популяции населения. У 78 % мужчин и 64 % женщин артериальная гипертензия обусловлена ожирением.

Смертность среди мужчин и женщин с умеренным ожирением в 1,4 раза, а с выраженным ожирением в 1,8 раз выше, чем смертность среди лиц с нормальной массой тела [102].

Избыточная масса тела рассматривается как один из факторов риска ИБС и атеросклероза. Многие исследователи отмечали связь между избыточной массой тела и выраженностью коронарного атеросклероза, которая не зависела от наличия или отсутствия артериальной гипертензии и сахарного диабета [26, 210].

Выделяют алиментарное или первичное ожирение и *вторичное, связанное с эндокринной патологией***.

Причиной вторичного ожирения могут быть следующие заболевания:

- гипотиреоз;
- болезнь Иценко—Кушинга;
- инсулинома;
- гипоталамические нарушения (синдром Фрелиха у мальчиков);
- другие заболевания относятся к числу редко встречающихся, среди них синдром Лоренса—Муна—Барде—Бидля, характеризующийся пигментным ретинитом, психической отсталостью, деформациями черепа, и синдром Прадера—Вилли, который проявляет-

* *Beevers H.* Hypertension in practice second Edition Dububz, 1955.

** Вторичное, связанное с эндокринной патологией.

ся гипотензией, отсталостью психического развития и предрасположенностью к сахарному диабету, болезнь Деркума, наследуемая по материнской линии с мышечной астенией, нервно-психическими расстройствами.

Лечение ожирения является одной из сложнейших и актуальных проблем современной медицины. Терапевтические методы, применяемые при лечении ожирения, весьма разнообразны — использование анорексигенных препаратов амфетаминового ряда, препаратов специфического действия на пищевое поведение (изолипан), препаратов, включающих мочегонные и слабительные средства, системы физических упражнений, физиопроцедур, разработка редуцированных и низкокалорийных диет, и даже хирургическое лечение ожирения [215, 226].

Однако при ожирении, особенно у больных с первичными и вторичными нейроэндокринными изменениями даже комплексное применение лекарственных препаратов с различными механизмами действия на фоне низкокалорийной диеты оказывает недостаточный и кратковременный эффект. Рецидивы ожирения нередко сопровождают любой из известных методов лечения. Основная трудность в лечении ожирения заключается не в уменьшении массы тела, а в удержании ее на сниженном уровне [102].

В литературе широко представлены многочисленные данные по эффективности применения метода лечебного голодания для редукации массы тела как при алиментарном ожирении, так и при вторичном ожирении [27, 198, 221] — болезнь Деркума [111], синдром Пикквика [199], болезнь Иценко—Кушинга [198], причем лечебный эффект оказывался более стойким по сравнению с другими методами.

Еще в 1978 г. Ю. И. Савенков [199] применил разгрузочно-диетическую терапию для больных, страдающих *синдромом Пикквика* (сочетание ожирения, полицитемии, выраженной сонливости, цианоза, легочной гипертензии с правожелудочным сердцем, непроизвольных мышечных подергиваний). В ходе лечения значительно снижалась масса тела, при том, что снижение калоража у данных пациентов ранее оказывалось неэффективным. Отмечалось уменьшение одышки, улучшение перенесения физической нагрузки, снижение приступов тахикардии, болей в области сердца, улучшение психического состояния. При давности заболевания 15–20 лет и при наличии исходной массы тела более 150 кг применялось фракционное лечебное голодание (10–12 повторных курсов голодания с длительностью разгрузочного периода 5–7 дней с 10–15 дневным периодом реалиментации).

Изучая возможности применения метода дозированного голодания для лечения больных с *гипотиреоидным ожирением*, по сравнению с более частым — алиментарным, нами было проведено обследование 168 больных ожирением в возрасте от 23 до 69 лет, прошедших РДТ и ИРТ. Из них 73 мужчин и 95 женщин. Из числа обследуемых 108 пациентов имели алиментарную форму ожи-

рения (64,3 % от общего числа пациентов), 62 — гипотиреоидную форму (35,7 % от общего числа пациентов).

У всех обследуемых выполнялось антропологическое исследование, включавшее измерение роста в положении стоя ростомером фирмы «QRM» (Швейцария) с точностью до 0,5 см. Массу тела пациентов (без обуви, в нижнем белье) определяли в утренние часы на электронных часах с точностью до 0,1 кг. Индекс массы тела рассчитывали по Кетле [34]. Повторные исследования проводились через неделю после окончания разгрузочного периода РДТ. Длительность голодания дозировалась индивидуально в зависимости от возраста, начальной массы тела, заболеваний больного.

Срок разгрузочного периода составил от 7 до 19 дней, а у 21 пациента свыше 20 дней. После курса лечения больным рекомендовалось (периодически — *Ред.*) самостоятельное проведение краткосрочного лечебного голодания (1—3 дня), соблюдение диеты и (постоянной — *Ред.*) физической активности (ходьба — *Ред.*) в пределах 5—7 км в день.

Для оптимизации результатов лечения у этих больных применялась ИРТ с акупунктурной диагностикой по Накатани для контроля в процессе лечения; проводилась диагностика меридианов с последующим выбором точек для рефлексотерапевтического воздействия. Частота сеансов ИРТ выбиралась в каждом случае индивидуально.

Заслуживает внимания, что потеря массы тела при алиментарной форме ожирения была больше, чем при гипотиреоидной.

В целом, полученные данные отражали зависимость потери массы тела (за разгрузочный период) от ее первоначальной величины (степень ожирения) и продолжительности пищевой депривации.

Эта зависимость была подтверждена с помощью корреляционного анализа. Установлена прямая корреляционная связь между снижением индекса массы тела и продолжительностью разгрузочного периода (коэффициент корреляции $r = 0,45$) и значением индекса массы тела в начальный момент разгрузочного периода ($r = 0,6$), т. е. от степени ожирения больного (чем больше была избыточная начальная масса тела и срок голодания, тем больше имели место потери массы за период РДТ).

Из числа обследованных 29 человек находились под нашим наблюдением в течение 2—3 лет. Из них у 26 наблюдалось стойкое снижение массы тела при соблюдении рекомендаций по проведению краткосрочных курсов голодания, соблюдению диеты и физической нагрузки.

Таким образом, *потери массы тела пациентов зависят от степени ожирения — тем больше начальная масса тела, тем интенсивней происходит мобилизация липидов жировых депо. Выявляется прямая корреляционная связь между потерями массы тела и сроком разгрузочного периода РДТ. Больные с гипотиреоидной формой ожи-*

рения теряют в весе меньше, чем больные с алиментарной формой. У больных с ожирением в ходе согетанной терапии после курса легения снижается уровень холестерина и β -липопротеидов крови.

Рассмотрим закономерности изменения массы тела при РДТ.

Как известно, в первые дни (полного. — *Ред.*) голодания потери массы тела составляют 1—2 кг в сутки, этот период соответствует I стадии разгрузочного периода (стадия пищевого возбуждения) и продолжается первые 2—4 сут.

Во II стадии разгрузочного периода (стадия нарастающего кетоацидоза) организм начинает функционировать более экономно, снижается основной обмен (до 30 % от исходного), и суточная потеря массы тела составляет 0,3—0,7 кг. Стадия продолжается до 7—10-го дня голодания.

После ацидотического криза (7—11-й день голода) наступает III стадия — стадия компенсации, или адаптации. В это время потери массы тела составляют 0,1—0,3 кг в сутки. Основные энергетические затраты обеспечиваются за счет β -окисления триглицеридов жировых депо и кетонных тел. Адаптация организма к условиям голода становится более совершенной, происходит относительная стабилизация метаболизма.

Ю. Л. Шапиро провел математический анализ изменения массы тела при длительном голодании [231]. Математическая обработка проводилась на данных обследования здоровых людей из числа добровольцев, которые голодали до 40 дней. При обработке экспериментальных данных с использованием метода наименьших квадратов была выявлена закономерность снижения массы тела — последняя убывала в середине голодания по экспоненте:

$$W_t = k_1 W_0 e^{-k_2 t},$$

где k_1 и k_2 — константы, принимающие разные значения на 2 разных интервалах — до 5-го и после 5-го дня голодания; W_t — масса тела на t -й день голодания; t — день голодания. Как видно, потери массы тела прямо пропорциональны начальной массе тела W_0 . Масса тела убывает со временем по экспоненциальному закону, причем *до 5-го дня голодания скорость падения массы тела больше, чем после 5-го дня*, что, очевидно, связано с переходом организма на эндогенное питание.

Известно также, что *интенсивность потери массы тела в разгрузочный период зависит от возраста человека* (чем моложе, тем интенсивней потери массы тела на голоде), *от реактивности пациента* [14], *от сопутствующих заболеваний* (например, у больных с гипотиреозом суточные потери массы гораздо ниже, чем у здоровых лиц).

Поскольку в публикациях много данных о применении метода дозированного голодания для лечения больных с ожирением и, кроме того, авторы исследований часто приводят данные о реду-

ции массы тела при использовании РДТ для лечения других заболеваний, то необходимо остановиться на особенностях методики РДТ при ожирении, которые обеспечивают не только максимальную потерю массы тела, но, что особенно важно, удержание достигнутых результатов лечения после курса голодания.

В литературе имеются данные об (сравнительно большой. — *Ред.*) эффективности сочетанного применения *иглорефлексо-терапии* и разгрузочно-диетической терапии при избыточной массе тела [57, 198]. Предполагается, что действие ИРТ связано с психокорректирующими механизмами, влиянием на деятельность желез внутренней секреции, в первую очередь, щитовидной железы. Иглокалывание оказывает также угнетающий эффект на центры голода и жажды в гипоталамусе, снижает чувствительность рецепторов полости рта, желудка [26]. Частота сеансов ИРТ выбирается в каждом случае индивидуально.

Выбирая точки для акупунктурного воздействия в разгрузочном периоде, рекомендуется придерживаться следующих правил [14, 43]:

1. Недопустимо такое рефлексотерапевтическое воздействие на меридианы, которое бы «сглаживало» паттерн голодания. Во время разгрузочного периода изменяется активность меридианов, наблюдается так называемый паттерн голодания (пониженные значения показателей электропроводности меридианов P, C, MC, IG и повышенные показателями меридианов RP и V).

2. Допускается воздействие на те меридианы, состояние которых не соответствует паттерну голодания, например, нормальные или повышенные показатели электропроводности меридиана P, C, MC или IG, пониженные или нормальные показатели меридианов RP и V.

3. Допускается воздействие на те меридианы, которые не являются меридианами-маркерами голодания (TR, GI, F, R, VB, E).

Для определения показателей электропроводности меридианов может использоваться метод электропунктурной диагностики Накатани (метод Риодораку).

В настоящее время доказано, что среди различных патогенетических механизмов, играющих роль в возникновении и развитии многих форм патологии липидного, водно-солевого и других видов обмена, сопровождающих ожирение, важное место занимает нарушение функции желез внутренней секреции и психологический фактор [59, 85, 277]. В механизмах прогрессирующего прибавления массы, симптомов периодической полифагии и булимии, имеющих место у многих таких больных, большую роль играют аффективная неустойчивость и развитие психической зависимости по отношению к какому-либо виду пищи. Поэтому для достижения устойчивого терапевтического эффекта у больных ожирением различного генеза в комплексе РДТ необходимо применять специ-

альную *психическую коррекцию* алиментарного сознания, поведения, мотивов [226].

В подготовительный период целью психотерапии должно быть формирование устойчивой установки на похудание, строгое соблюдение лечебных рекомендаций.

В разгрузочный период — осознание больными стереотипа «пищевых» привычек, изменение отношения к режиму, качеству и количеству питания, освобождение от психологической зависимости по отношению к пище.

В восстановительный период — формирование нового, здорового стереотипа «пищевого» поведения, стимуляция личности на закрепление достигнутых результатов, самостоятельную работу над собой.

Важно объяснить пациентам механизма лечебного голодания, о необходимости повторных курсов, создания небольшой домашней библиотеки с научно-популярной литературой по голоданию и здоровому образу жизни.

Следующим важным моментом в методике РДТ при ожирении — так называемая *мануальная липоксация и дозированные физические нагрузки* на голоде [46].

Мануальная липоксация, или так называемая деструкция жировой ткани, позволяет нехирургическим путем удалить жир из локальных участков его наибольшего скопления. Суть метода заключается в механическом повреждении жировой ткани с помощью рук или иным способом (например, использование для этой цели душа Шарко). Во время лечебного голодания, прежде всего, рассасываются поврежденные ткани.

В методиках по РДТ [95, 102, 143] пациентам рекомендуется при лечебном голодании проведение длительных прогулок, плавание и ЛФК. Помимо этого физические нагрузки могут быть направлены на определенные группы мышц и точно дозированы. Тогда можно «строить» тело, уменьшая количество жировых отложений в определенных местах, с учетом индивидуальных особенностей фигуры (как правило, это область живота, отложения на бедрах и ягодицах).

В восстановительный период рекомендуются также дозированные физические нагрузки с обязательным правилом: 1,5 ч до и после упражнений — воздержание от пищи, водный режим не ограничен. Исключение для данной рекомендации — I стадия восстановительного периода, астеническая, или стадия «нарастающего пищевого возбуждения на фоне раздражительной слабости», в большинстве случаев она продолжается 2—3 сут., в этот период физические нагрузки отменяются или дозируются по самочувствию больного.

Для более эффективного снижения веса оправдано применение *физиотерапевтических процедур* (сауна, гидромассаж, ванны, солярий, душ Шарко, прессотерапия, миостимуляция и др.).

Одной из самых эффективных методик, позволяющих закрепить полученный результат лечения после лечебного голодания, является, на наш взгляд, назначение индивидуально подобранного *гомеопатического средства* (однокомпонентного монопрепарата) [15].

Действие гомеопатических лекарств, в состав которых входят продукты растительного, минерального и животного происхождения, направлены не на конкретную болезнь, — действие их реализуется на тонких системах регуляции. Основная концепция гомеопатии состоит в том, что каждый человек уникален, и единственный способ лечения болезни — это увеличение потенциала здоровья больного.

Гомеопатические препараты являются безвредными, ареактогенными, не имеют побочных реакций, что важно при сочетании гомеопатии с лечебным голоданием, поскольку при проведении последнего крайне нежелательно применение медикаментозных (аллопатических) средств. Гомеопатический препарат назначается с учетом индивидуальных особенностей больного, пациентам с одной и той же патологией (в частности, с ожирением) назначают совершенно разные препараты. Ниже представлены два клинических случая сочетанного применения гомеопатического лечения при ожирении. Приведенные наблюдения (сочетание РДТ и гомеопатии. — *Ред.*) РДТ и изложены с учетом особенности гомеопатического опроса с акцентом на ментальные, эмоциональные психические жалобы.

* * *

Пациентка Е., 43 года. Дала согласие и прошла курс РДТ с 7-дневным сроком разгрузочного периода. В ходе лечения потеряла 7 кг, однако в течение нескольких месяцев опять вернулась к первоначальной массе тела. Более того, масса тела неуклонно нарастает. После очередного курса РДТ (с 7-дневным сроком голодания) обратилась к гомеопату.

Все попытки похудеть безуспешны — пока придерживается диеты, она худеет, но как только переходит к обычному режиму питания, то быстро набирает килограммы, иногда даже больше, чем сбросила.

Пациентка заметила, что сильно поправляется после каких-либо стрессов и нервных переживаний. Она заканчивает ГИТИС, занимается постановкой танцев. Очень переживает, когда не в состоянии что-то сделать хорошо, например, если из-за лишнего веса не может участвовать в танцевальных экзаменационных постановках. Она перфекционистка, стремится все сделать самым лучшим образом, «или хорошо, или никак». Ей важно быть не хуже кого-то, она очень ответственный человек, не любит никого подводить.

Она очень много набрала в весе после того, как ее чуть не отчислили из института. В тот момент у нее была бессонница, она не могла уснуть, «мысли бегали, как поезда, по кругу, думала об одном и том же». Чувствовала отчаяние, хотелось плакать, не могла лежать в постели, все бурлило, кипело, хотелось сесть, встать. Она вставала и начинала ходить по комнате, чтобы отогнать такое состояние, «ситуацию, которая съедает». Примечательно, что такие душевные пережи-

вания пациентка назвала «внутренней поедаловкой», связав, таким образом, свою главную физическую жалобу и психическое состояние. Это указывает на важность этих переживаний, на целостность эмоционального и физического состояния пациента, и, значит, по-настоящему сможем вылечить ее только тогда, когда излечим и эту «внутреннюю поедаловку». Поэтому нужно понять, что ее больше всего задевало в той ситуации с отчислением.

О том, что ей грозило отчисление, пациентка узнала уже тогда, когда вопрос был решен положительно для нее. Ее невзлюбила одна из преподавательниц, «злая, агрессивная, выбилась в преподаватели, хотя сама всю жизнь простояла у воды в Большом театре» (очевидно, имеется в виду балет «Лебединое озеро»). Но за нее заступились другие педагоги, и прецедент был исчерпан даже без ведома самой пациентки.

Самое тяжелое для нее в тот момент было то, что она могла бы не соответствовать хорошему мнению о ней преподавателей, быть ниже должного уровня.

На данном этапе опроса уже появилось предположение о миазме пациента и о главном ощущении, которое совпадало с ощущением семейства Логаниевых.

Для подтверждения этих предположений необходимо выяснить, в каких жизненных ситуациях была такая «внутренняя поедаловка».

Подобная ситуация была при выполнении и защите дипломной работы. Для подготовки дипломной постановки в качестве режиссера она привлекла к сотрудничеству одного театрального деятеля, которого ей порекомендовали как хорошего профессионала. Однако этот выбор был крайне неудачным, и помимо поиска спонсоров, денег для спектакля, ремонта сцены, постановки танцев ей пришлось приняться и за режиссуру. Во всей этой истории было немало тяжелых для пациентки моментов, но среди них она выделила два наиболее неприятных. Во-первых, приглашенный режиссер присваивал себе все, что она делала, все ее заслуги, и старался опустить ее при всех, унижить. И, во-вторых, в отсутствие пациентки он вел себя нетактично по отношению к ее ученицам, отпускал пошлые шутки, «скабреничал». Когда она узнала о его поведении, то почувствовала огромное чувство вины перед своими девочками, так как она не проверила этого человека, и поэтому заставила испытать их такие неприятные моменты, она — их учитель, подвела их.

В этой истории красной нитью следует то же ощущение, которые было увидено и ранее, ощущение, характерное для препаратов семейства *Loganiaceae* — ее опускают, разочаровывают. Первая реакция на это — ступор, шок, об этом говорила и пациентка — «у меня челюсть отвисла, когда я узнала об этих домогательствах», «час в шоке, потом быстро действую». В ситуации с отчислением она боялась быть ниже некоего уровня, быть опущенной. Когда она подвела девочек, то она тоже как бы оказалась опущенной ниже поставленной ей планки, не соответствовала представлению об учителе и наставнике.

Чтобы еще раз убедиться в правильности рассуждений, пациентку попросили рассказать о снах, поскольку сны отражают состояние подсознания, сны — это способ, через который тело реализует иллюзии, искаженное представление о реальности.

В одном сне она путешествовала по Франции, была в громадном театре, потом на банкете, где все вокруг говорили по-французски, а она боялась опозориться, не зная как вести себя за столом и не зная французского. В другом сне она оказалась в такой ситуации, что могла изменить мужу. В реальности у нее прекрасные отношения с мужем, и для нее оказаться в такой ситуации в жизни — это немыслимо, очень стыдно, это недостойно. То есть опять это означает быть опущенной.

Итак, искомый препарат принадлежит семейству Логаниевых, он относится к туберкулезному миазму.

Миазм — это тип реагирования пациента. Для туберкулезного миазма характерно чувство притеснения, сдавления, в ответ на которое следует бурная гектическая реакция, предпринимаются все попытки, чтобы как можно быстрее выбраться из ситуации притеснения. Желание перемен.

Поскольку среди этих препаратов пока не определен препарат туберкулезного миазма, то был рассмотрен один из ближайших препаратов — *Ignatia* (раковый миазм). При дальнейшем расспросе оказалось, что у пациентки несколько ярких и нечасто встречающихся симптомов Игнации — часто вздыхает; не переносит многие запахи; сильное желание кофе и сладкого; потение, преимущественно в области лица, хотя остальные части тела потеют редко; заедает стрессы и некоторые другие. В общем же все ее симптомы укладывались в патогенез Игнации.

Было назначено *Ignatia* 200 СН, 3 шарика однократно.

Через две недели она сообщила, что пока не похудела, но стала гораздо спокойнее, улучшился сон, легче принимать сложные решения, исчезла ночная потливость. Несомненно, назначенный препарат подобен, произошло улучшение в психическом статусе и можно спокойно ожидать дальнейших сдвигов.

Еще через две недели — к своему удивлению она пьет гораздо меньше кофе, уменьшился аппетит и желание сладкого, она не заедает стресс, немного похудела, хотя ест как обычно. Пациентка была очень удивлена, что такие заметные и существенные изменения произошли всего после приема нескольких гомеопатических шариков.

Через полтора месяца после первого приема лекарства у пациентки была стрессовая ситуация — «меня обидели, опять стала много есть, вернулись „поезда“», мы повторили еще раз *Ignatia* 200 СН. Через неделю «поезда прошли», снизилось желание сладкого, нормализовался аппетит. Через 6 мес. от начала лечения все описанные положительные изменения в состоянии пациентки сохранились. Исчезло сильное желание шоколада, стала спокойнее реагировать на стрессы, немного изменился режим сна — стала легче вставать по утрам и ложиться вечером спать, до лечения она не могла встать утром раньше 11 часов. Пациентка также отметила необычное для себя явление быстрого насыщения небольшим количеством пищи, по ее словам, теперь она съедает в два—три раза меньше пищи, чем раньше. Она стала спокойней относиться к еде, нет такой радости от нее, и она не заедает огорчения как раньше.

Пациентка рассказала, что стала спокойной до наглости, легко и эффективно решает творческие и организационные проблемы, «по-

строила своих начальников, которые до этого «сидели у нее на шее», организовала свой театр.

Больная 34, года, с диагнозом ожирение II степени. *Дала согласие на проведение легкого голодания.*

Во время прохождения курса РДТ ей было назначено гомеопатическое лечение. Ранее она дважды голодала по 7—10 дней, но через 2—3 мес. вновь возвращалась к исходному весу.

Она сказала, что беспокоит излишний вес. Из-за него тяжело ходить. При подъеме на 4-й этаж появляется одышка. Избыточный вес появился 3 года назад. В это время ей пришлось сменить работу, так как на прежней работе произошел неприятный инцидент. Пришел новый сотрудник, который повел себя агрессивно, он угрожал физической расправой из-за того, что она придралась к его девушке. Он ударил ее ногой и спросил: «Больно? Тебе больно?». Он встряхнул ее, сдвинул шею и отбросил в сторону, из-за чего произошло смещение позвонков, сотрясение мозга, ушибы.

Впоследствии его уволили, так как с ее слов директор опасался, что он станет вести себя агрессивно с детьми этой школы. Она тоже не смогла остаться на этой работе, так как это было место, где ее легко найти, а она должна была спрятаться. Ей хотелось забыть о происшедшем.

Пациентка сказала, что любит смотреть фильмы ужасов, после них она хорошо спит. Она легко общается с любым человеком, если только он явно не выражает агрессию. На новой работе ей было хорошо, но один сотрудник боялся конкуренции, и она тоже стала относиться к нему настороженно. Она старалась поменьше общаться с ним. Когда можно было избегать общения, то избегала. Она старалась его не провоцировать. Если он пытался приблизиться к ней, то сразу начинала нервничать, даже пить не могла, так как беспокоили неприятные ощущения в желудке.

Ей трудно бывать в толпе, так как появляется ощущение, что вторгаются в личное пространство.

В детстве она часто летала во сне, взлетала и плавно летела над деревьями. В другом сне отец отрезал палец на пилораме, от этого ей было очень страшно. Через несколько дней после этого сна у подруги ребенка «сожгли» на грелке. Она связала этот инцидент со сном.

У нее страх аварии — в автомобиле может ездить только на заднем сиденье, «не так страшно».

На вопрос о перенесенных травмах сообщила, что помнит перелом ноги. Недавно опять был еще один перелом ноги, при этом она даже не поняла, как могла ее сломать, потому что только немного ее подвернула. Когда сделали рентгеновское исследование, то оказалось, что кости уже срослись.

Она не любит массаж, так как от него остается много синяков. Во время процедуры она сжимает руками стол, чтобы не кричать, настолько это больно. Перед менструациями обычно болит грудь из-за мастопатии. В эти дни до нее невозможно дотронуться из-за боли.

В этом случае мы видим ощущение семейства Сложноцветных (*Compositae*): травма, ранения, оскорбления, страх того, что до него до-

тронутся, его травмируют или к нему приблизятся. Это ощущение прослеживается у пациентки во всех сферах ее жизни и на всех уровнях.

Это ощущение есть на физическом уровне, у нее «мягкое тело», которое легко ранить, от обычного массажа образуются синяки. Боль от мастопатии усиливается от дотрагивания. Ее организм неадекватно реагирует на травмы и ушибы. Было сотрясение мозга, хотя удара по голове не было; перелом ноги после того, как она лишь немного подвернула ногу.

Начало заболевания связано с инцидентом на работе, когда она почувствовала угрозу жизни, страх, что причинят боль, нанесут травму. Описывая слова обидчика, она сделала сильный акцент на слове «больно». Ей не нравятся люди, от которых, как ей кажется, может исходить агрессия. Во сне она видит травму отца, ему отрезала палец.

У пациентки есть характерное для семейства Сложноцветных ухудшение от дотрагивания и ухудшение в толпе. При этом у нее появляется ощущение, что могут вторгнуться в ее личное пространство и травмировать ее.

Для препаратов семейства Сложноцветных характерна очень активная реакция: «достаёт других, травмирует других, жестокий, насильственный, бьет». Эта реакция прослеживается в ее действиях в отношении обидчика. Она обратилась в милицию, добилась его увольнения. Дойти до суда помешал только страх, что будут мстить. Свою реакцию она вкладывает в слова отца, которые он произнес после случившегося: «Я убью его!».

Выбор необходимого препарата семейства определяется миазмом. Миазм — это тип реагирования на жизненные ситуации, особенно ярко он проявляется в ситуациях, к которым чувствителен человек.

В данном случае виден сикотический тип реагирования. Пациентка ощущает собственную постоянную, неисправимую внутреннюю слабость, в ней что-то не так. Она старается справиться с ней и скрыть от других; прикрывая ее эгоизмом, компульсивными действиями, истерическим поведением и т. д.

Пациентке хотелось спрятаться от человека, причинившего ей боль, она ушла со старого места работы, хотя была там на хорошем счету. На новой работе она избегала ситуаций возможной агрессии, подозревая одного из новых коллег в неприязни к ней, избегала общения с ним и пряталась от него.

Препарат сикотического миазма в семействе Сложноцветных — это *Senecio aurum*. Глубинное ощущение этого препарата: избегает ударов, оскорблений и травм, скрываясь и прячась.

После курса лежбного голодания ей было назначено *Senecio aurum* ЗОСН1 крупинка однократно 1 раз в месяц в течение 4 месяцев.

За четыре месяца пациентка похудела на 10 кг, не считая веса, сброшенного за период РДТ. При этом она питалась как обычно. Никаких изменений со стороны психики или каких-либо других изменений она не отмечала. Во время лечения она постоянно, слишком уж настойчиво подчеркивала, что «у нее всегда все было нормально, ее ничего не беспокоит, у нее все хорошо». Я считаю, что такая настойчивость связана с сикотическим миазмом пациентки, для которого характерно желание спрятать собственную слабость. Эта женщина до

лечения вешила на 20 кг больше нормы, и не была похожа на человека, у которого все в порядке.

Приведенные клинические наблюдения показывают необходимость глубоко индивидуального подхода при назначении гомеопатического препарата.

Что касается выбора модификации РДТ, **то при ожирении несомненное предпочтение отдается методике ступенчатого голодания [95, 102], когда после периода голодания до криза (7–10 дней) следует период восстановления, равный по продолжительности половине разгрузочного периода (1-я ступень). Потом вновь следует голодание до криза и период восстановления (2-я ступень) — так до 3–4 ступеней.**

Данная методика обеспечивает максимальные потери массы тела, поскольку после наступления кислотического криза суточные потери веса значительно уменьшаются.

При проведении общепринятой методики полного голодания после 5–8-го дня восстановительного периода рекомендуется 1–2-суточное воздержание от пищи, такой прием позволяет легче перенести повышение аппетита во время II стадии восстановительного периода [95, 102], лучше удержать массу тела, а иногда и дополнительно сбросить 1–2 кг лишнего веса.

Из возможных осложнений восстановительного периода особенного внимания для пациентов с избыточным весом требует синдром «пищевой перегрузки». Он возникает при нарушении предписанных диетических рекомендаций в восстановительном периоде и режима питания (переедание). При возникновении чувства тяжести, переполнения, тошноты, слабости необходимо промыть желудок и назначить 1–2-дневное воздержание от пищи.

После курса лечения больным следует рекомендовать самостоятельное проведение краткосрочных курсов лечебного голодания (1–3 дня), соблюдение диеты, адекватной физической активности.

ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

Отечественные и зарубежные исследователи подчеркивали, что РДТ оказывает регулирующее и омолаживающее действие на половые железы [56, 201, 274]. Зачастую отмечается повышение либидо, в силу чего можно рекомендовать РДТ при нарушенной сексуальной функции и считать метод лечебного голодания показанной (базовой) методикой при лечении симптома половой слабости в случаях, когда является проявлением заболеваний эндокринного генеза.

В отличие от гормональной терапии РДТ высокоэффективна для нормализации менструального цикла и лечения бесплодия при ожирении у женщин независимо от генеза заболевания. Считается, что быстрая потеря массы тела, в первую очередь, за счет жировой клетчатки, которая достигается при лечебном голодании, является основой для нормализации менструальной функции и восстановления фертильности женщин. При избыточной массе тела происходит значительное нарушение периферического метаболизма овариальных гормонов: увеличение уровня тестостерона и эстрогена, снижение концентрации эстрадиола, что связано, в частности, со способностью жировой ткани депонировать и инактивировать половые гормоны [201].

Некоторые методические особенности РДТ при эндокринной патологии: *голодание обычно полное*, при ожирении — *ступенчатое*; продолжительность разгрузочного периода обусловлена особенностями патологии и полиморбизмом.

Особенности контроля — динамика массы тела, основные клинико-лабораторные показатели патологии.

Пути оптимизации — ИРТ, гомеопатия.

В заключение хотелось бы отметить, что **метод дозированного легкого голодания при многих эндокринных нарушениях и заболеваниях не только может быть показан к применению, но и нередко является методом выбора.**

2.1.5. ПАТОЛОГИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ

В данном разделе патологии ведущая роль, несомненно, принадлежит ожирению. Это одно из самых распространенных в мире хронических заболеваний, при котором происходит избыточное отложение жира в организме. В силу своей распространенности оно стало огромной социально-гигиенической проблемой современной цивилизации. Так, в США в настоящее время 1/3 населения (56 млн) имеет патологически избыточную массу тела; последняя констатируется также у 46 % школьников.

Наиболее частые причины ожирения — избыточная калорийность пищи с преобладанием жиров и легкоусвояемых углеводов, недостаточная (по отношению к калорийности потребляемой пищи) ежедневная физическая активность, нарушенный режим питания (рис. 2.4).

Развитию ожирения способствуют также различные нарушения пищевого поведения:

- редкие (1–2 раза в день) и обильные приемы пищи (особенно ужин перед сном);
- многократные чаепития (чай или кофе с сахаром и сладостями);
- «гиперфагическая» реакция на стресс;
- еда «за компанию»;
- прием пищи до тех пор, пока она не закончится;
- злоупотребление калорийной пищей (мучным, жирным, сладким);
- сниженная насыщаемость;
- повышенный аппетит.

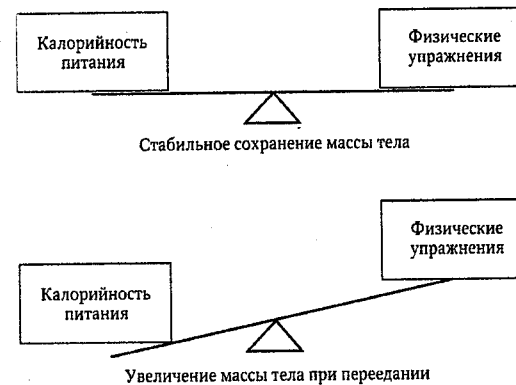


Рис. 2.4. Схема нарушений режима питания

Во всех этих случаях речь идет о чаще всего встречающемся — алиментарном — ожирении (от лат. *alimentarium* — пищевой), которое считается первичным. Реже имеет место вторичное ожирение, как синдром при некоторых (например, эндокринных) заболеваниях (см. раздел 2.1.4).

Семейный характер заболеваемости может быть связан как с наследственными (генетическими) механизмами развития ожирения, так и с семейными особенностями питания и образом жизни (малая двигательная активность). Известно, что приемные дети у родителей с ожирением полнеют практически так же, как и родные. Вероятность развития ожирения у такого ребенка достаточно высока: если от ожирения страдает отец, она составит 50 %, мать — 60 %, оба родителя — 80 % [50].

От болезней, связанных с ожирением, ежегодно во всем мире умирает около 2,5 млн человек [162]. Ожирение является одним из факторов риска возникновения сахарного диабета тип II, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, атеросклероза, инсульта и инфаркта. Тучные люди раньше стареют и живут на 5–15 лет меньше, чем люди с нормальным весом. Доказана связь между избыточным весом и возникновением злокачественных опухолей, снижением фертильности, нарушениями менструального цикла (у женщин) и развитием импотенции (у мужчин).

Проблема ожирения в сочетании с различными нарушениями обмена веществ получила название метаболического синдрома. Применительно к теме настоящего повествования заслуживает внимания то, что в некоторых странах Европы (например, в ФРГ) лечение метаболического синдрома начинается с диетологии, включая РДТ, а также низкокалорийные диеты [252]. В то время как в нашей стране ведущими являются лекарственная терапия: орлистат (ксеникал), сибутрамин (меридиа), флуоксетин (прозак, профлузак), а также хирургические вмешательства: установка внутрижелудочных баллонов (баллонирование), вертикальная гастропластика, липоксация и др. [29].

О лечебном голодании и его эффективном применении у больных с алиментарным ожирением в Европе и России известно достаточно давно. В 1914 г. была издана книга швейцарского врача

Ф. Зегессера «Лечебное голодание» (по-видимому, первая клиническая монография на эту тему), где в качестве одного из показателей к применению данного метода фигурировало ожирение. Польза лечебного голодания у такого рода больных была признана на VIII Международном съезде диетологов (в 1928 г.) в программном докладе Х. Детермана «Практическое применение дозированного голодания». На протяжении XX в. известные специалисты из разных стран мира (Бухингер, Шенк и Майер, Вивини, Де Вриз и др.) считали этот метод наиболее показанным больным с ожирением [143].

В нашей стране лечебное голодание для таких пациентов впервые применил в 1946 г. Н. П. Нарбеков. Интерес к данной теме в 1960—1970 гг. подтверждается большим количеством научных публикаций, как в России, так и за рубежом [88, 151, 242]. Свой серьезный вклад в развитие РДТ при ожирении в 1980-е гг. в Ленинграде (Санкт-Петербург) внесли профессора Я. Б. Эйдинов и В. В. Щедрунов [196].

Отметим, что эффективность снижения избыточной массы тела при лечебном голодании и/или применении редуцированной диеты была показана неоднократно [28, 108, 251]. В то же время отмечалось, что результаты лечения зачастую не были стойкими [130]. Много внимания решению этой проблемы было уделено в 1990-е гг. прошлого столетия и в начале столетия нынешнего. Специалисты предложили новый — комплексный — подход к лечению ожирения, включающий долгосрочное изменение образа жизни пациента: характера питания, двигательной активности и др., что позволило существенно улучшить отдаленные результаты.

Механизм действия РДТ при ожирении. Некоторые авторы [266] считают применение РДТ при ожирении нефизиологичным, некоторые [26] опасаются авитаминоза и расхода структурных белков при переходе на эндогенное питание. По нашим данным, потеря массы тела во время лечебного голодания при ожирении идет в основном за счет жировых накоплений. И лечебное голодание, проводящееся по желанию больного, в психологически комфортной обстановке, при проведении комплекса очистительных процедур (см. с. 33), под контролем опытного врача, не приводит к дистрофии и авитаминозу, а белки жизненно важных органов не теряются [237, 242]. Но все это вполне возможно при вынужденном голодании, в стрессовой ситуации, что не имеет никакого отношения к РДТ.

По личному опыту автора, работавшего как с больными ожирением, так и с больными с белково-энергетической недостаточностью алиментарного генеза, можно с уверенностью сказать, что вынужденное голодание, особенно у людей с недостаточной массой тела на фоне стрессовой ситуации, отрицательно влияет на метаболические процессы (в том числе на белковый обмен). Тогда

как у больных с избыточной массой тела, находящихся на комплексном лечении при РДТ (с применением гигиенических процедур по очистке кишечника, психологической коррекции и индивидуально дозированной физической нагрузки), организм переходит на эндогенное питание без ущерба для белкового обмена и без сопутствующих ему различных нарушений.

По наблюдениям, состояние больного с пониженной или нормальной массой тела при вынужденном голодании радикально отличается от состояния больного с избыточной массой тела, находящегося на плановом комплексном лечении методом РДТ. Как отмечает Ю. С. Николаев, при вынужденном голодании люди обычно превращаются в тяжелобольных при длительности голодания вдвое меньше по сравнению с лечебным голоданием. В. В. Прусский и Г. А. Шустеров пишут, что в подобных случаях уже с 16—18-го дня отмечаются полусознательное состояние людей, появляются отеки конечностей, цианоз лица, и голодающие производят впечатление больных, перенесших тяжелое инфекционное заболевание, или больных с раковой кахексией [143]. При вынужденном голодании не проводится никаких гигиенических процедур (таких, как очистительные клизмы, и др.), в результате быстро происходит аутоинтоксикация организма продуктами распада тканей.

На фоне РДТ при отсутствии противопоказаний, грамотной подготовке и мотивации больного при применении комплексной программы лечения, больные ведут активный образ жизни, абсолютно не замечая побочных явлений, за исключением возникновения в первые дни РДТ чувства голода и незначительной слабости, исчезающих к 4—5-му дню голодания.

Особенности метаболизма при РДТ у больных ожирением. При проведении РДТ у больных ожирением на фоне компенсированного метаболического ацидоза [54, 215, 246] происходит диффузия кетонных тел через гематоэнцефалический барьер (рис. 2.5) для удовлетворения потребностей мозга в энергии. Утилизация же глюкозы, синтезированной из аминокислот мышц в процессе глюконеогенеза, снижается. Это является важным приспособительным механизмом в процессе пищевой депривации. Катаболизм белка сокращается на 80 %, и организм больного переходит на активное использование для эндогенного питания собственных жировых запасов.

В научной литературе еще продолжает доминировать постулат о невозможности образования углеводов из жирных кислот, который нарушает правильное понимание механизмов поддержания энергетического гомеостаза при голодании. Однако в эксперименте доказано использование эндогенного жира на втором этапе полного голодания; показано, что жирные кислоты в средний период голодания используются в качестве энергетических субстра-

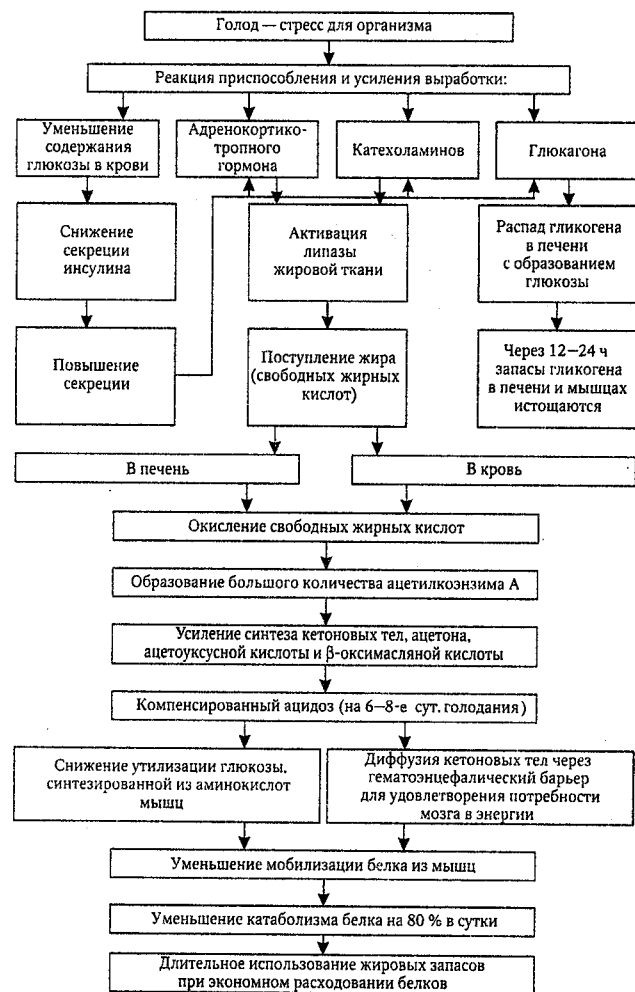


Рис. 2.5. Особенности метаболизма при РДТ у больных с ожирением

тов, как непосредственно в функционирующих митохондриях, так и опосредованно, через их предварительное преобразование в глюкозу.

Адаптационный смысл преобразования избытка внутриклеточных жирных кислот в глюкозу и гликоген заключается в предотвращении жировой дистрофии и связанной с ней гибели клеток печени и других органов, снижении образования кетоновых тел, усилении роли пектозно-фосфатного шунта в пластических процессах [186]. В процессе исследований было выявлено строго скоординированное взаимодействие динамики гуморально-гормо-

нальных и метаболических реакций как единый интегральный механизм, функционирование которого направлено на поддержание энергетического гомеостаза, переключение на жировой тип метаболизма, экономичное расходование глюкозы и кислорода. Специфический компонент интегрального механизма — подсистема профилактики стрессорных повреждений. Она представляет собой тормозной блок, повышающий при стрессорных воздействиях активность большинства своих компонентов. В результате достигается постоянное воздействие на симпатoadреналовую систему и гипофизарно-надпочечниковую системы с целью ограничения энерготрат при приближении к границам фатального истощения энергии [150].

Компенсаторная реакция организма при ацидозе у больных с ожирением. Органы дыхания при проведении РДТ компенсируют развившийся ацидоз выделением CO_2 через легкие и экскрецией NH_4 через почки. Изучение кислотно-щелочной реакции (КЩР) крови при РДТ у больных с ожирением свидетельствует о том, что ее исходное состояние во многом определяется наличием у обследованных пациентов патологии со стороны сердечно-сосудистой системы. Затруднение внешнего дыхания, возникающее при этих нарушениях, уменьшает объем альвеолярной вентиляции, что приводит к накоплению фолиевой кислоты в организме, способствует смещению рН крови к нижней границе нормы и проявляется в компенсаторных сдвигах буферных систем в сторону респираторного ацидоза. После начала голодания у всех обследованных пациентов рН крови снижался. На метаболический характер развивающегося ацидоза указывало снижение бикарбоната (HCO_3) и сдвиг буферных оснований до отрицательных значений. Все указанные изменения КЩР в крови в течение голодания в их совокупности можно охарактеризовать как смешанный (метаболический и респираторный) ацидоз с декомпенсацией к концу трехнедельного срока применения РДТ. После 12-дневного восстановительного периода у всех больных исчезли признаки ацидоза. Исходя из вышесказанного, изучение КЩР при РДТ может служить одним из надежных критериев безопасности РДТ при сопутствующих заболеваниях сердечно-сосудистой системы [186].

Динамика некоторых биохимических показателей. При проведении РДТ у больных с ожирением изменения со стороны клинического анализа крови были не столь информативны, как биохимические показатели. Изучение состояния азотистого метаболизма у больных с ожирением при РДТ показало отсутствие значимых патологических сдвигов в белково-азотистом обмене. В период пищевой депривации при РДТ (см. с. 17) в крови увеличивается содержание общего белка и альбуминов с последующим снижением в восстановительном периоде; указанное может быть обусловлено, с одной стороны, значительной активацией в орга-

низме анаболических процессов после голодания [186], с другой — малой активностью ассимиляторных систем организма, вследствие неадекватности рационов восстановительного питания.

Перекисное окисление липидов. Изучение состояния перекисного окисления липидов у пациентов с ожирением показало, что РДТ при ожирении способствует снижению супероксиддисмутазы с усилением начальных звеньев липопероксидации при недостаточном количестве малоновых диальдегидов, что является приспособительным механизмом переключения перекисного метаболизма на циклоксигеназный путь синтеза простагландинов [120, 186]. На фоне РДТ происходит нормализация показателей липидного обмена: снижение уровня общего холестерина до верхнего предела нормы, снижение количества липопротеидов низкой активности, снижение коэффициента атерогенности [73, 148].

Пигментный обмен и изменения со стороны печени. На фоне избыточной массы тела и ожирения у всех пациентов развивается стеатогепатоз, что проявляется повышением активности ферментов, ретенции бромсульфалеина [274], изменением белкового обмена.

При изучении функционального состояния печени и пигментного обмена в первые дни РДТ у некоторых больных отмечается гипербилирубинемия, обусловленная массивной мобилизацией свободных жирных кислот, связывающих альбумин плазмы — переносчик неконъюгированного билирубина. Кроме того, свободные жирные кислоты связываются с протеинами цитоплазмы гепатоцитов, которые обеспечивают захват и внутрипеченочный транспорт билирубина [120, 186]. При сроках голодания более 2 нед. отмечается повышение активности печеночной аминотрансферазы — АЛТ, что свидетельствует об активации процессов гликолипогенеза. Повышение билирубина, гиперферментемия с повышением активности АСТ и АЛТ могут рассматриваться в качестве адаптивной реакции вследствие повышения процессов окислительного дезаминирования [186].

Под влиянием лечения голоданием происходит уменьшение клеточных изменений печени, это показывают результаты морфологических, и особенно электронно-микроскопических исследований, проведенных на больных с регулируемым ожирением. Одновременно увеличивается содержание гликогена в цитоплазме.

Фибринолиз. У больных с ожирением РДТ оказывает стимулирующее влияние на фибринолиз, ускоряет спонтанный лизис эуглобулинов, XIIa-калликреинзависимый фибринолиз, лизис эуглобулинов, стимулируемый стрептокиназой. Под влиянием РДТ отмечается снижение АДФ-агрегации тромбоцитов и уровня фибриногена [67, 186].

Особенности электролитного баланса. Экскреция Na и K с мочой в период голодания постепенно снижается [2, 243, 262].

Изменение соотношения Na:K в эритроцитах, плазме крови, а также увеличение диуреза, является, по-видимому, одним из механизмов, приводящих к снижению артериального давления [55]. Проведение РДТ у больных, ожирением, независимо от формы заболевания, сопровождается значительными изменениями в системе регуляции натриевого баланса. В процессе пищевой депривации и первые 3 сут. восстановления питания у больных, ожирением (независимо от формы и степени выраженности) происходит прогрессирующее снижение суточной экскреции натрия, что свидетельствует о задержке этого иона в организме. Последующие дни характеризуются нарастанием этого показателя, но у больных, ожирением к концу недели он не достигает исходного уровня в отличие от контрольной группы исследуемых. Резкое снижение экскреции натрия обусловлено, главным образом, активацией процесса реабсорбции этого иона в канальцевом аппарате почки, о чем свидетельствует уменьшение показателя среднесуточной фракционной экскреции натрия (в %). При этом осмолярность выделяемой мочи, как показатель интенсивности реабсорбции воды, имеет тенденцию к снижению. Главной причиной ограничения диуреза при голодании является усиление транспорта натрия [3].

У больных ожирением в процессе РДТ развивается электролитный дисбаланс: гипокалиемия, гипокалийгистия, что требует контроля и возможной коррекции [214, 216].

Мещерякова В. А. [186] отмечает, что при РДТ у больных с ожирением наблюдалось достоверное снижение меди и железа, однако, это в пределах нормы.

Гликолиз и тканевое дыхание. Исследования ферментативной активности у больных алиментарным ожирением свидетельствуют о том, что при этой патологии развиваются нарушения гликолитического обмена и тканевого дыхания, выраженность которых увеличивается во время ацидоза, связанного с пищевой депривацией, и уменьшается в восстановительном периоде РДТ. При исследовании ферментативной активности, электролитов плазмы и эритроцитов у больных ожирением III и IV степени была получена коррелятивная зависимость между общей активностью ЛГД и содержанием кальция в эритроцитах, что указывает на участие иона кальция в гликолитических реакциях [20, 52].

Изменения гормонального статуса. Как было сказано выше, при длительной пищевой депривации и в период восстановления у больных с ожирением значительно снижается экскреция натрия. Предполагается, что ограничение выведения натрия обусловлено изменением секреции альдостерона [161]. Другие авторы считают, что главная роль в задержке натрия в восстановительный период принадлежит инсулину. В последние годы значительное внимание в регуляции экскреции натрия уделяется роли предсердного натрийуретического пептида (ПНП) и его взаимодействию с другими

гормонами. В то же время остается неизученной возможная роль ПНП в изменении натриевого баланса при голодании и в восстановительном периоде РДТ, равно как и соотношение различных гормональных факторов, регулирующих обмен натрия.

По данным Авершиной Е. О. с соавт., главной причиной ограничения выведения натрия почками при голодании является активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы [1].

Курс РДТ у больных с тканевыми отеками на фоне ожирения приводит к нормализации уровня инсулина в крови, увеличению гиперкортизолемии, гиперренинемии, к снижению функции щитовидной железы с дефицитом трийодтиронина, и при этом не влияет на секрецию тиротропина, тироксина, пролактина.

Устранение гиперинсулинизма способствует ликвидации тканевых отеков у больных ожирением, а следовательно, хронических гипогликемических состояний у тучных. В связи с этим РДТ следует признать эффективным методом лечения ожирения в сочетании с отечным синдромом.

Оценка уровня инсулинемии, а именно, его снижение и нормализация под влиянием курса РДТ, может выступать в качестве объективного критерия ликвидации основного патогенетического механизма отечного синдрома у больных ожирением [176].

Уровень сахара в крови. На фоне РДТ происходит нормализация уровня сахара в крови [200, 261]. По данным М. Р. Фрадина и соавт. [189], уровень сахара снижался до низких величин (3,6 ммоль/л), сохраняясь нормальным и через один месяц после проведенного лечения (5,1 ммоль/л).

Известно, что после снижения массы тела во многих случаях происходит нормализация ситуации с обменом веществ при диабете. Так, Н. Lindner, Н. Muller, U. Kapu [230] указывают в своей работе, что при лечении больных ожирением с диабетом из одиннадцати случаев с «открытым»* диабетом три случая перешли в латентную фазу и еще один в предлатентную. Соответственно улучшилось состояние трети пациентов с латентным диабетом.

А. Foldenauer, P. Bohm [253] отмечают, что с 3—4-го дня лечебного голодания прием «оральных» антидиабетиков был излишним. У одного больного диабетом, который до сих пор принимал до 60 Е инсулина продленного действия, начиная со 2-го дня лечебного голодания, был полностью прекращен прием инсулина.

Нормализация биохимизма желчи. У больных с ожирением патология желчевыделительной системы встречается очень часто, и в этом случае практически у всех имеет место дисхолия. Нарушение биохимизма желчи является серьезным патогенетическим фактором желчно-каменной болезни. Такие нарушения особенно выражены, когда холелитиаз сочетается с ожирением, кото-

рому свойственно повышение синтеза холестерина. Временное усугубление литогенности желчи в период голодания связано с уменьшением скорости секреции желчных кислот из-за уменьшения скорости их возврата в русло энтеропеченочной циркуляции и с задержкой в желчном пузыре. РДТ, наряду со снижением массы тела и улучшением дренажной функции органов брюшной полости, приводит к нормализации многих показателей химизма желчи, в первую очередь холестерина, суммарных желчных кислот, холатохолестеринового коэффициента и фосфолипидов. В восстановительном периоде (по крайней мере, до конца 3-й декады) отмеченная положительная динамика не прекращается. РДТ приводит к нормализации пассажа кишечника, ослаблению и исчезновению боли в правом подреберье, снижению массы тела, улучшению общего самочувствия больных; сочетание ожирения и желчно-каменной болезни является показанием к проведению РДТ [133].

Состояние сердечно-сосудистой системы. При заболеваниях сердечно-сосудистой системы на фоне ожирения особое значение имеет дифференцированный подход к отбору больных и коррекции медикаментозной терапии во время подготовительного периода. Перед голоданием необходимо мягкое снижение дозировки с последующей отменой используемых препаратов на 3—6-й день проведения РДТ.

Однако ряд авторов отмечает возникновение различных побочных эффектов. Так, В. А. Мещерякова [186] пишет о возникновении нарушений сердечного ритма (мерцательная аритмия, экстрасистолия) в 3 % случаев. При проведении ЭКГ у больных автором были выявлены следующие изменения: снижение комплекса QRS, зубцов T, депрессия интервала ST и удлинение интервала QT, снижение сократительной функции миокарда. Действительно, эти нарушения могут быть одной из причин частых нарушений ритма и развития аритмий на фоне РДТ. Хотя следует отметить, что под наблюдением В. А. Мещеряковой находились больные с ожирением и сопутствующими ему тяжелыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы: ГБ II стадии, ишемической болезнью сердца, постинфарктным кардиосклерозом с наличием хронической коронарной недостаточности I—II ср. кл.

В одной из научных публикаций встречается мнение, что лечебное голодание небезопасно для сердечно-сосудистой системы [203], однако создается впечатление, что авторы не совсем корректно преподносят имеющийся у них материал. В частности, естественные проявления ацидотического криза (головокружение, тошнота, слабость и т. д.) при отсутствии изменений в кардиограмме, артериальном давлении, пульсе рассматриваются как нарушения работы сердечно-сосудистой системы. В другой работе, напротив, было установлено положительное влияние РДТ на ге-

* Клинически манифестным. — Ред.

модинамические показатели и отсутствие вредного влияния на сердечно-сосудистую систему.

Осложнения, возникающие в ходе РДТ, зачастую связаны с недостаточно тщательным отбором пациентов или отсутствием необходимой подготовки больных. В литературе встречаются сведения, в том числе, и о летальных исходах. О подобных случаях при тяжелых патологиях сердечно-сосудистой системы (которые изначально являются противопоказанием для РДТ) пишут Н. Lindner, Н. Müller, U. Rapp [266]. Известно, что в одном из стационаров Петербурга в 1980-е годы у пациентки с варикозной болезнью и тромбозом смерть наступила от тромбэмболии легочной артерии. Однако все эти примеры свидетельствуют не об отрицательном воздействии РДТ, а о некорректном выборе методики лечения.

Состояние желудочно-кишечного тракта. РДТ сопровождается рядом функциональных и морфологических изменений со стороны внутренних органов и систем организма, которые необходимо учитывать при назначении данного метода лечения.

Установлено, что в процессе адаптации органов желудочно-кишечного тракта к длительному полному голоданию прослеживается две группы патогенетических изменений со стороны ее слизистой оболочки. Первая — структурная перестройка слизистой оболочки с торможением митотической активности эпителия крипт и развитием обратимых дистрофических изменений, и вторая — воспалительная реакция [99], характеризовавшаяся усилением клеточной инфильтрации стромы и компенсаторно-приспособительными изменениями структур микроциркуляторного русла.

Сравнительный анализ данных об ожирении на разных периодах РДТ свидетельствует о закономерной морфофункциональной перестройке слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта. Адекватная диетотерапия обеспечивает полную нормализацию всех упомянутых параметров на 26-е сут. восстановительно-го питания [173].

В целом, дозированное лечебное голодание оказывает сложное регулирующее действие на процессы межуточного обмена веществ. Благодаря происходящей в организме нейроэндокринной перестройке восстанавливаются нарушенные звенья холестеринного, пуринового, углеводного обмена веществ. Уменьшаются СОЭ, СРБ, другие острофазовые показатели крови [184].

Некоторые особенности показаний—противопоказаний к РДТ при ожирении. Метод РДТ наиболее показан при алиментарно-конституциональной форме ожирения III—IV степени [23, 162], при пубертатном диспитуитаризме III—IV степени [23] и гипоталамическом (син. диэнцефальном, церебральном, псевдофрелиховском) типе ожирения [23, 151]. Особенно это касается больных, которым необходимо добиться быстрого снижения массы тела (синдром Пикквика) [198].

Однако не все типы ожирения одинаково хорошо поддаются лечению при помощи РДТ. В литературе есть сообщение о низкой эффективности лечебного голодания при ожирении гипофизарного типа с выраженными проявлениями адипозогенитального синдрома [151].

Регуляторные и метаболические формы ожирения, несмотря на наличие ряда общих патогенетических и клинических черт, отличаются рядом существенных характеристик. Они принципиальным образом меняют ответы различных систем на стрессорные воздействия, в том числе пищевую депривацию. Следует также иметь в виду своеобразную реакцию на голодание генетического ожирения, имеющего в основе «стабильность» жировых депо [223].

При назначении РДТ больным с церебральным ожирением необходимо учитывать состояние их эмоционально-личностной сферы. Специальные исследования показали, что положительных результатов достигали лишь пациенты без гиперфагической реакции на стресс. При ее наличии надежным критерием для выявления субъектов, длительная пищевая депривация которых может дать стойкий терапевтический эффект, являлось снижение уровня реактивной тревожности на 5 ед. после пробного суточного голодания [41].

Показанием к проведению лечебного голодания при ожирении может стать также целый ряд сопутствующих ему заболеваний и патологических состояний, таких как:

- артериальная гипертензия;
- нарушение толерантности к глюкозе;
- гиперлипидемия;
- гиперурикемия и подагра;
- бронхиальная астма;
- экзема;
- псориаз;
- лейкодермия;
- пищевая аллергия;
- аллергическая крапивница;
- атеросклероз;
- остеохондроз позвоночника;
- болезнь Бехтерева;
- реактивные полиартриты;
- артрозы;
- хронический панкреатит;
- синдром раздраженной толстой кишки;
- хронический гастродуоденит;
- хронический холецистит.

Противопоказанием к применению лечебного голодания при ожирении может послужить любое заболевание или состояние из списка общих противопоказаний к применению этого метода (см. с. 28—29).

Переносимость голода при ожирении. Большинство авторов отмечает удовлетворительную и хорошую переносимость пищевой депривации при ожирении. Как известно, во время разгрузочного периода, когда пациент не получает пищи, чувство голода обычно беспокоит его сильнее всего на 2–3-й день. Затем наступает период, когда организм переходит на эндогенное питание и аппетит пропадает (хотя в некоторых случаях он может сохраниться вплоть до окончания 14-дневной РДТ). Это выгодно отличает лечебное голодание от применения редуцированных диет, когда больные жалуются на голод очень часто (к чему приводят серьезные изменения в привычном рационе питания). Отказы больных от РДТ из-за чувства голода встречаются редко [198, 254], а при хорошей психологической подготовке пациентов их может не быть вообще [37].

Ряд возможных побочных реакций на фоне нарастающего ацидоза — тошнота, рвота, боли в области желудка и кишечника, аритмия, головокружение, слабость — беспокоят далеко не всех пациентов, и при возникновении довольно легко купируются (см. раздел 1.8). Поэтому вышеуказанные проявления ацидоза обычно не являются причиной для отказа от прохождения РДТ.

Серьезной причиной, требующей выхода из голодания, может стать обострение какого-либо сопутствующего заболевания пациента. Однако при правильном отборе больных для проведения РДТ (с учетом всех противопоказаний к этому методу — см. раздел 1.3), подобные ситуации практически не встречаются.

Данные о переносимости повторных курсов лечебного голодания в литературе противоречивы, некоторые отмечают, что они переносятся легче [83, 133]. Быть может, это связано с тем, что авторы не всегда разграничивают субъективные ощущения пациентов и объективные показатели.

Особенности методики проведения РДТ при ожирении. Проведение РДТ под наблюдением врача-специалиста, владеющего этим методом, прекрасно переносится больным. Так, на кафедре клинической диетологии ГИДУВа (МАПО) (Санкт-Петербург), где в течение многих лет работал автор, под руководством профессора В. В. Щедрунова с 1985 по 1994 г. лечебное голодание было проведено более чем у 1500 больных, из которых более 500 страдали ожирением.

Лечебное голодание при ожирении, учитывая частые сопутствующие изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, гормонального фона, электролитных нарушений, должно проводиться только под наблюдением высококвалифицированного врача, имеющего личный опыт в РДТ. Для достижения результатов необходимо проводить жесткий отбор больных с учетом показаний, противопоказаний и сопутствующей патологии (см. раздел 1.3, с. 28–29). После получения согласия на проведение РДТ пациенту

с ожирением следует пройти клинко-лабораторное обследование (с учетом наиболее часто встречающихся сопутствующих пораженных органов и систем), которое должно включать:

- 1) определение ИМТ;
- 2) определение соотношения ОТ/ОБ;
- 3) общепринятые клинические и биохимические анализы крови, включая определение электролитного состава, липидограммы и показателей свертываемости крови;
- 4) определение гормонального фона (тиреоидные гормоны);
- 5) проба на толерантность к глюкозе (при исходно нормальных цифрах сахара — до 6,5 ммоль/л) или получение результатов дневных колебаний сахара (при исходно высоком уровне сахара — более 7–7,5 ммоль/л);
- 6) ЭКГ с последующим проведением суточного холтеровского мониторирования (при исходных нарушениях сердечного ритма) или тредмил-теста для выявления скрытых ишемических проявлений и других нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы;
- 7) в ряде случаев для выявления косвенных признаков артериальной гипертензии показана ЭхоКГ;
- 8) при сердечно-сосудистой патологии, требующей проведения РДТ в стационаре, пациенту проводят обследование по расширенной методике. По данным К. Bolzano и соавт. (243), наиболее эффективным показателем для оценки функции миокарда является время полного систолического кругооборота крови, которое позволяет оценить гемодинамическое состояние.

Исследование других органов и систем должно соответствовать основной цели — клинко-функциональной диагностике сопутствующей ожирению патологии.

РДТ и низкокалорийные (редуцированные) диеты в лечении ожирения. Основу лечения больных с ожирением составляют меры, направленные на уменьшение потребления энергии (за счет снижения объема пищи) и увеличение ее расхода (за счет повышения двигательной активности пациента). С целью выполнения первой части программы с успехом применяется сочетание на подготовительном этапе редуцированных диет с последующим переходом на РДТ (12–14-дневные курсы). Для больных с ИМТ более 29–30 кг/м² мы проводим ступенчатую РДТ: 3–4-дневные курсы голодания с 7-дневным восстановительным периодом, и последующим проведением двух 5–7-дневных курсов голодания с восстановительными 7-дневными периодами. При опасениях больного по поводу длительного голодания ему также предлагалась пройти РДТ по «ступенчатой» методике. Число «ступенек» (см. с. 48–49), по взаимному согласию, может быть сокращено.

Продолжительность пищевой депривации при лечении ожирения. По литературным данным, этот период продолжается

от 5 до 25 дней [88, 95, 173]. При проведении нескольких курсов РДТ по ступенчатой методике минимальная продолжительность периода пищевой депривации («ступенька») составляет 5 дней. В ином случае продолжительность пищевой депривации составляет как минимум 10–14 дней. Пищевая депривация свыше 30–40 дней может вызвать в организме пациента нежелательные изменения [270]. Поэтому при необходимости дальнейшего снижения веса голодание проводят неоднократно повторно, так что в общей сложности оно иногда составляет более 100 дней [225, 266].

По данным авторов [92, 238], при ожирении наиболее эффективно голодание (период пищевой депривации. — *Ред.*) не более 10–14 дней, так как при больших сроках за сутки происходит потеря не более 100–150 г, что не соответствует задаче ведения больных с ожирением. В то время как при редуцированной диете, назначенной по завершении голодания, потеря может составлять 800–1500 г. При необходимости РДТ можно последовательно проводить не один раз.

У больных ожирением с исходным весом от 140 кг и более применяется методика «ступенчатого» голодания (см. раздел 1.5); в ряде случаев это необходимо и для больных с относительно невысоким весом, но при плохой адаптации к эндогенному питанию [226].

При большой избыточной массе тела лечебное голодание зачастую сопровождается выраженным ацидозом с сильной тошнотой, рвотой, головокружениями, пульсовой аритмией и т. д., что может служить причиной отказа пациента от длительного голодания. Прерывистые курсы позволяют не отказываться от РДТ вообще, а повторить ее после завершения восстановительного периода. Разные авторы проводили для своих пациентов от 2 до 12 курсов РДТ, длительность пищевой депривации при которых составляла от 5 до 15 дней, а восстановительный период — от 10 дней до 3–6 мес. Федотов Д. Д. и соавт. (1969) предложили проведение краткосрочного первого голодания (период пищевой депривации не более 5 дней), с последующим увеличением ее продолжительности (при последующих курсах РДТ) в зависимости от состояния пациента [223].

Некоторые особенности подготовительного этапа лечения. Редуцированные диеты, предложенные в качестве подготовительного этапа к РДТ, имеют энергетическую ценность от 700 до 900 ккал и назначаются сроком на 7–12 дней, а затем в течение 23–38 дней больному назначается рацион с энергетической ценностью от 1200 до 1500 ккал. Весь этот период больные должны находиться под амбулаторным наблюдением врача. Диета входит в комплекс процедур подготовительного периода (см. раздел 1.5), в который, кроме того, включаются повышение двигательной активности и психотерапевтическая работа с пациентами.

К сожалению, многие специалисты боятся редуцированных диет так же, как и РДТ. Без веских на то оснований они заявляют о вреде низкокалорийного питания, о последствиях, которые могут возникнуть в результате применения таких диет, забывая иногда о том, к чему приводит развитие самого ожирения (или метаболического синдрома на его фоне). Одиннадцатилетний опыт применения редуцированных диет позволяет с уверенностью говорить об их положительном влиянии на пациента, как с психологической, так и с лечебной точки зрения.

Если пациент с избыточной массой тела до прихода в клинику никогда не только не голодал и не устраивал себе разгрузочных дней, но даже не ограничивал себя в еде, то абсолютно бесполезно назначать ему РДТ без подготовительного этапа (редуцированной диеты). Однако это касается только пациентов с алиментарно-конституциональным ожирением, так как сразу изменить их привычное пищевое поведение без предварительного этапа работы с пациентом практически невозможно. Больной может выдержать даже 20–25-дневное голодание, а затем, мечтая уже на 7–10–15-й день голода о еде, в восстановительном периоде легко «срывается», набирает ту же или еще большую массу тела.

Подготовительный к РДТ этап должен быть комплексным и включать в себя: переход на вегетарианскую пищу с проведением 1–2 разгрузочных дней в неделю, изменение двигательного режима пациента — включение в него посильных для пациента нагрузок (например, ходьба на работу и с работы вместо поездок, плавание в бассейне 1 раз в неделю, пешие прогулки или прогулки на лыжах в выходные). Таким образом, врач должен попытаться помочь больному постепенно вернуться к здоровому образу жизни и нормализовать пищевое поведение.

Если больной с избыточной массой тела не понял необходимость перемен и не изменил свои пищевые привычки (редкие приемы пищи, обильная и жирная еда, перекусы с бутербродами и сладостями, чаем и кофе (особенно с сахаром), поздний обильный ужин, частое употребление алкогольных напитков, еда перед сном и т. д.), то даже после успешно проведенной РДТ он вновь вернется к ним. Именно это чаще всего и является причиной отсутствия хороших долгосрочных результатов при динамическом наблюдении за пациентом после проведенной РДТ или других методик, позволяющих снизить избыточный вес тела.

Значение мотивации пациента для результативности лечения. Усиление осознанной мотивации нормализации пищевого поведения может достигаться при психотерапевтической работе с пациентом как индивидуально, так и в группе, где демонстрируются наиболее удачные случаи потери массы тела при разной патологии на фоне РДТ, и сами пациенты рассказывают о своих положительных результатах, ощущении нового качества жизни. Врач

демонстрирует положительное влияние снижения массы тела на состояние здоровья при помощи наглядного материала — графиков, диаграмм. Значение мотивации подтверждают неоднократно проводившиеся для пациентов «ЛЕНмедцентра» школы больных с ожирением.

Залогом успешного проведения курса РДТ являются:

- получение твердого согласия пациента на проведение РДТ;
- проведение психотерапевтической подготовки;
- обсуждение с пациентом рациональных сроков длительности его пищевой депривации (табл. 2.12);
- разъяснение необходимости проведения лечения и полной безопасности данной методики;
- ознакомление больного с правилами поведения во время лечения;
- ведение индивидуального дневника самонаблюдения.

Таблица 2.12

Примерные сроки периодов РДТ для больных с (алиментарным) ожирением (ступенчатая методика)

Сроки пищевой депривации, день	Сроки восстановительного питания, день
3—4	7
5—7	10
7	7

Таким образом, оптимальный курс РДТ составляет до 40—42 дней. За этот период времени пациенты теряли от 12 до 18 кг. Такие последовательно проведенные курсы редуцированной терапии способствовали нормализации лабораторных показателей и изменению пищевых привычек. У больного возникал новый стереотип питания: с соблюдением 5—6-разового режима, снижением объема порций, резким ограничением продуктов, содержащих жиры (особенно скрытые — орехи, семечки, колбасы, сосиски, мороженое, шоколад), значительным уменьшением в рационе продуктов, содержащих легкоусвояемые углеводы. Не менее важно, что при этом пациент начинал вести более активный образ жизни (ему способствовали ходьба, плавание в бассейне и т. п.).

Наблюдение пациента после РДТ. После проведения РДТ для удержания достигнутых результатов больные должны состоять на диспансерном учете. Первые 3 мес. 1 раз в месяц им следует являться на контрольное посещение врача с результатами клинико-лабораторных исследований. В последующие 6 мес. контрольное посещение врача должно проходить 1 раз в 2 мес. При необходимости возможно повторение однократных курсов РДТ.

По наблюдениям, комплексная программа РДТ при ожирении является наиболее физиологичным, безвредным и рациональным методом лечения данного заболевания. Анализ собственных данных показал, что снижение массы тела на фоне РДТ за период 12—14 дней пищевой депривации составляет от 6 до 15 кг. При тщательно проведенном обследовании пациента и его психотерапевтической подготовке (в том числе правильной мотивацией), а также при условии проведения РДТ под наблюдением врача, владеющего данной методикой, никакой опасности в лечебном голодании для пациента нет. Если на протяжении всего курса лечения с больным постоянно проводить психотерапевтические беседы с разъяснением серьезной опасности для здоровья прежних привычек, то, как показывает собственный опыт работы, можно добиться положительных результатов.

Отдаленные результаты лечения. Литературные данные по наблюдению отдаленных результатов РДТ на протяжении от 4 мес. до 5 лет, подтверждают настоятельную необходимость комплексного лечения ожирения. Оно подразумевает изменение образа жизни и характера питания: постоянную физическую активность (ходьба), психологическую коррекцию поведения пациента, низкокалорийное питание, соответствующее повседневной физической нагрузке (энергозатратам) [83, 198, 225]. В противном случае пациент начинает набирать массу тела, и она может превысить ту, которая была до проведения голодания [235, 264]. Особое значение в указанном комплексе имеет психотерапевтическая работа с пациентом, позволяющая создать и укрепить мотивацию на долгосрочное изменение образа жизни и характера питания, снижает напряженность механизмов психологической защиты, повышает уровень самооценки. Рациональная и целенаправленная психотерапия позволяет избежать диетического дистресса, что подтверждается отсутствием отказов от РДТ и последующей диетотерапии, улучшением психовегетативных параметров и эмоционального состояния больных на протяжении всего курса лечения. Сочетание психотерапии с лечебным голоданием дает возможность выработать и закрепить у больного стабильный правильный стиль пищевого поведения, о чем свидетельствуют положительная динамика всех его составляющих и хороший годовой катамнез.

Так, по данным Е. М. Буниной и соавт., 80 % пациентов с ожирением после проведения РДТ более года удерживали достигнутые в процессе лечения результаты. У остальных 20 % в течение года происходило постепенное прибавление массы тела, но не более чем на 2—3 кг. Ни у одного из больных масса тела не вернулась к первоначальной. Авторы констатируют, что при включении в лечебный курс психотерапии у больных после РДТ не отмечается рикошетного набора массы тела, так как подключение к лечеб-

ному голоданию психотерапии позволяет избавиться от главного недостатка — рецидива заболевания [37].

Отметим, что годовой срок наблюдения недостаточен для окончательных оценок эффективности РДТ у больных ожирением. Хотя, безусловно, достигнутые результаты подтверждают, насколько более эффективным становится сочетание РДТ и грамотной проведенной психотерапии.

Пути оптимизации результатов лечения. В комплексную программу РДТ больных ожирением целесообразно, по нашим наблюдениям, включить очищение кишечника и массаж. Некоторые авторы рекомендуют также включение аутотренинга, музыкотерапии, применение фитопрепаратов с биостимулирующим действием, витамина Е, селенокоррекции [188, 189].

Для поддержания достигнутой в результате лечебного голодания массы тела в литературе предлагается проведение различных разгрузочных дней (яблочных, кефирных и т. д.); еженедельное однодневное (24–36-часовое) голодание (в том числе «сухое»), прием настоев сборов лечебных трав (листья березы, крапивы, фиалки трехцветной и т. д.) [188]. Применение некоторых гомеопатических препаратов на фоне РДТ ожирения также помогает коррекции массы тела [15]. Для облегчения создания после курса РДТ нового пищевого стереотипа и снятия гиперфагической реакции на стресс некоторые авторы [69] рекомендуют поддерживающие дозы психотропных и вегетотропных препаратов. Ускорению обратной динамики психопатологических расстройств и повышению терапевтического эффекта лечебного голодания способствует также применение, по показаниям, и некоторых других фармакологических препаратов (антидепрессантов, транквилизаторов, мягких нейролептиков, вегетотропных и дегидратирующих средств). Но это желательно согласовать со специалистом (невропатологом или психиатром), хорошо знакомым с РДТ.

Следует помнить, что только твердое желание пациента изменить свой образ жизни и характер питания, а также регулярное выполнение всех рекомендаций врача-специалиста по РДТ, позволят добиться не только снижения массы тела, но и ее стабилизации.

При усугублении дисфункции гипоталамической системы больным ожирением в восстановительном периоде РДТ необходимо проводить патогенетическое лечение гипоталамического синдрома дегидратационными средствами (тиосульфатом натрия и магния сульфатом), и корригировать усиливающийся дефицит трийодтиронина. При ожирении, протекающим с отеками, являющимися проявлением сердечной недостаточности, для коррекции развивающейся на фоне РДТ гипокалиемии необходимо определение содержания калия в плазме и эритроцитах, а на 4–5-й день «разгрузочного» периода РДТ внутривенное введение 10 % раствора хлорида калия (по 10 мл в 200 мл изотонического раствора хлорида натрия) [216].

Влияние РДТ на сопутствующие ожирению заболевания. Оздоровляющий эффект лечебного голодания при ожирении не исчерпывается снижением массы тела. Так, в большинстве случаев при артериальной гипертензии происходит нормализация артериального давления [69, 131, 254].

Установлена прямая зависимость между коагуляционной активностью и уровнем перекисного окисления липидов (ПОЛ) крови больных алиментарно-конституционным ожирением и эссенциальной артериальной гипертензией. Под влиянием РДТ происходит снижение продуктов ПОЛ на фоне повышения антиоксидантной защиты организма (АОЗ) с одновременным переводом гипер- и гипокоагуляции к нормокоагуляции. Применение РДТ в сочетании с витамином Е стабилизирует и восстанавливает мембранные компоненты тромбоцитов, что сопровождается нормализацией их субмикроскопической организации и функции. В то же время общепринятое медикаментозное лечение (мочегонные средства, бета-блокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ) у больных алиментарно-конституционным ожирением и эссенциальной артериальной гипертензией имеет клиническую эффективность, но не оказывает существенного влияния на ПОЛ и АОЗ организма, коагуляционную и фибринолитическую активность свертывающей системы крови; снижает изначально повышенную активность тромбоцитов, но не способствует восстановлению их структурной организации [67].

Благодаря РДТ у больных с ожирением и сахарным диабетом нормализуется гипергликемия [88, 262]. При стенокардии уменьшаются боли в сердце, исчезают явления сердечно-сосудистой декомпенсации, регистрируются положительные электрокардиографические сдвиги; при БА облегчаются или совсем сокращаются приступы удушья [200]. Смягчаются или исчезают вегетососудистые расстройства, головные боли, головокружения [207]. У женщин восстанавливается менструальный цикл, у мужчин улучшается потенция [42, 225]. Одновременно с улучшением соматического состояния наблюдается улучшение психического статуса. Значительной и полной редукции подвергаются дисморфобические, неврастенические и тревожно-депрессивные нарушения [200, 227]. Происходит общее улучшение состояния пациента, способствующее также и его социальной адаптации, что немаловажно для больных с ожирением [103, 227]. РДТ является методом выбора для лечения ГБ, ИБС, бронхиальной астмы и многих других заболеваний на фоне ожирения. Данный метод позволяет добиться улучшения их течения без применения медикаментов, которые в той или иной степени могут вызывать побочные эффекты.

Сравнительная характеристика РДТ и низкокалорийных диет. Необходимо отметить, что снижение массы тела, каким бы образом оно ни было достигнуто, в любом случае приводит к по-

ложительной динамике состояния пациента, улучшению клинико-биологических показателей [162]. Однако среди существующих методов низкокалорийные (редуцированные) диеты и лечебное голодание, бесспорно, наиболее физиологичны. Каждый из этих методов обладает как достоинствами, так и недостатками. Поэтому в настоящее время, скорее, стоит вопрос не о жестком выборе, а о том, в каких случаях каждый из указанных методов более показан для снижения массы тела, и о том, как наилучшим образом можно их совмещать.

Известно, что 50–60 % больных ожирением плохо переносят редуцированные диеты из-за постоянного чувства голода, приводящего к раздражительности, нервозности, а в некоторых случаях — к депрессивным расстройствам и т. п. [254]. Именно это зачастую служит причиной срывов, возникающих при лечении низкокалорийной диетой. При РДТ чувство голода доставляет неудобство пациенту обычно лишь первые 2–3 дня (хотя в редких случаях такой период может длиться дольше).

Для многих пациентов резкая смена рациона, которая неизбежна при назначении редуцированных диет, проходит очень сложно. С одной стороны, больной поставлен в положение, когда он должен много думать о пище, — какая более калорийна, какая менее, какую порцию можно себе позволить, какую нельзя, как готовить новые непривычные блюда и т. п., с другой стороны, лучше было бы, чтобы он поменьше думал о еде. В отличие от низкокалорийных диет, голодание предоставляет такую возможность.

Однако нельзя не отметить, что далеко не каждый пациент даст согласие пройти курс лечебного голодания, а это необходимо не только для соблюдения этических норм. Ведь, как отмечалось выше, при вынужденном голодании многие процессы в организме идут не так, как при лечебном. Кроме того, некоторые типы ожирения плохо поддаются лечению этим методом, и у РДТ существует ряд (общих) противопоказаний (см. с. 28–29). Все вышесказанное необходимо учитывать при подборе лечения для каждого конкретного больного.

Ряд авторов [256, 262] пишет о том, что при голодании, в отличие от редуцированных диет, уменьшается количество не только жировой, но и безжировой массы тела, что нежелательно. Однако при этом в работах не указывается, какой именно метод использовался для определения жировой и безжировой компоненты, и было ли лечение ожирения при помощи РДТ комплексным.

По наблюдениям, при помощи биоимпедансного анализа было показано, что более чем у 100 пациентов с ожирением, проходящими РДТ, не происходило уменьшение безжировой (мышечной) массы тела. Обычно больные с алиментарным ожирением ведут достаточно неподвижный образ жизни, а комплексное лечение

подразумевает, что пациент обязательно занимается ЛФК и постепенно увеличивает физическую нагрузку, за счет чего также происходят изменения соотношения жировой и мышечной ткани.

Относительно сочетания редуцированных диет и РДТ существуют различные мнения. В некоторых публикациях было предложено применять на начальном этапе лечения небольшое по срокам голодание, в результате чего «расшатываются» пищевые стереотипы больного, и лишь затем назначать редуцированную диету. Другие авторы, напротив, предлагали назначать на первом этапе в течение 2–3 дней субкалорийную («китайскую») диету в пределах 1200 кал, и при отсутствии противопоказаний дальше проводить РДТ [88].

По нашему мнению, начальным этапом лечения должна стать редуцированная диета, которую следует ввести за 1–1,5 мес. до начала голодания. Задача этого первого этапа — нормализовать пищевое поведение больного. Вместо питания 1–2 раза в день, зачастую на ночь, не ограничивая себя, пациент начинает питаться 5–6 раз в день, в определенное время, небольшими порциями. При переводе на голодание пациенту рекомендуется придерживаться 5–6-разового питьевого режима, а во время восстановительного периода и в дальнейшем сохранить такой же режим при приеме пищи. Отметим еще раз необходимость изменения не только пищевого поведения, но и двигательной активности пациента. Как показала практика, именно такой — комплексный — подход, является наиболее эффективным при лечении ожирения при помощи РДТ.

Отношение пациентов к лечебному голоданию. Лечебное голодание — уникальный метод, действие которого во многом определяется отношением к нему пациента. Сознательный отказ от пищи с лечебными целями позволяет мобилизовать внутренние резервы организма, и длительное воздержание не оказывает разрушительного действия на организм. При РДТ, напротив, наблюдаются различные лечебные эффекты.

Многие пациенты сами относятся к лечебному голоданию в первую очередь как к эффективному методу снижения веса. В этом смысле показательны два анкетных опроса, проводившиеся среди больных, лечившихся на курортах «Горячинск», «Аршан», а также в городском лечебно-реабилитационном центре «Здоровье» (пос. Сотниково) и Центре восточной медицины (Республика Бурятия) в 2000–2001 гг. 57,15 % первичных пациентов на вопрос: «с какой целью вы решили голодать?», выбрали пункт «похудеть» (опрос проводился среди 182 человек). Среди тех, кто решил пройти лечебное голодание повторно, подобный ответ дали 50 % (опрос проводился среди 50 человек) [185].

В отличие от других — медикаментозных и хирургических — методов лечения ожирения, РДТ не вызывает побочных эффектов (при правильном проведении под наблюдением

ем специалиста) и активизирует внутренние резервы организма, за счет которых и происходит выздоровление, причем как от ожирения, так и от многих сопутствующих заболеваний. Если врач грамотно объяснит пациенту эту особенность легочного голодания, а также расскажет, каким образом решаются сложности, возникающие в его процессе, возможно, для многих людей именно РДТ станет методом выбора для легения ожирения или метаболического синдрома.

2.1.6. ЗАБОЛЕВАНИЯ КОСТНО-СУСТАВНОГО АППАРАТА

Патология костно-суставного аппарата в форме воспалительных и дегенеративных изменений суставов и позвоночника во врачебной практике встречается очень часто. У больных старших возрастных групп она является обычной «сопутствующей» патологией к поражению внутренних органов. У более молодых субъектов обычно выступает на передний план их многолетней, нередко инвалидизирующей болезни. Лечится эта патология трудно, поэтому любая возможность помочь таким больным, естественно, должна привлекать внимание как врачей, так и потенциальных пациентов.

В специальной медицинской литературе нередко встречаются сообщения об успешном применении РДТ при некоторых заболеваниях опорно-двигательного аппарата, хотя их не много, ибо, как указывалось выше, эта патология часто «растворяется» в полиморбизме. Среди них наибольшего внимания заслуживают исследования, выполненные в Институте питания РАМН [186]. Так, О. А. Плотникова и соавт. [175] в своей публикации представляют достаточно эффективный опыт применения РДТ при заболеваниях суставов и позвоночника (деформирующий остеоартроз (ДОА); остеохондроз позвоночника (ОП); анкилозирующий спондилоартроз (АС) — всего 85 больных.

К вышеуказанному следует добавить, что при хронической суставной патологии, как и при любой другой в случаях применения РДТ (после выписки из стационара) следует рекомендовать пациенту элементарную схему поддерживающей терапии, включая разгрузочные (голодные) дни и повторные курсы РДТ через 6 мес.

Некоторые методические особенности РДТ при костно-суставной патологии: помимо вышеуказанной в представленных публикациях — методики полного («влажного») голодания, следует накапливать личный опыт по использованию у этих больных и других методик; так, при обменных полиартритах на фоне алиментарного ожирения необходимо применять ступенчатую методику, а при полиморбизме — комбинированную методику.

Особенности контроля легения — клиническая картина болезни (болевого синдром, функция суставов и др.), снижение (отме-

на) базисной лекарственной терапии; необходимость и содержание контрольных лабораторных исследований определяется клинической картиной болезни и характером сопутствующей патологии.

Пути оптимизации результатов РДТ: иглорефлексотерапия, су-джок-терапия, ЛФК, фитотерапия, массаж и другие (традиционные) методы эфферентной терапии.

2.1.7. ПАТОЛОГИЯ КОЖИ

Кожа человека — равноценный орган живого организма, который наряду с другими внутренними органами участвует в обмене веществ, имеет свои механизмы защиты (саногенез) от повреждающих факторов внешней и внутренней среды организма пациента.

В указанном плане кожа, как часть единого целого, тесно связана со всеми органами и тканями в жизнедеятельности (здоровье и болезни) организма. Любая неблагоприятная (в смысле прогноза) встреча человека с повреждающими (патогенными) факторами среды обитания, которая заканчивается острым или хронически текущим поражением внутренних органов, неизменно отражается и на состоянии кожи, и если механизмы ее саногенеза не срабатывают должным образом, развивается клинически манифестируемое поражение кожных покровов. В одних случаях оно будет сопутствующим по отношению к патологии внутренних органов и пациент обращается за помощью к интернисту, в других — поражение кожи выходит на передний план и больной обращается, в первую очередь, к дерматологу.

В прогностическом плане (для лечения патологии кожи) особое значение имеет хронизация соматической патологии, аутоиммунный элемент патогенеза, эндотоксемия, различные паразитозы и инвазии, сенсibiliзирующие организм, истощающие механизмы саногенеза. В этой ситуации применение РДТ (с учетом показаний-противопоказаний, согласия — желания пациента на лечебное голодание) может способствовать эффективному лечению и оздоровлению всего организма пациента, включая внутренние органы и состояние кожных покровов.

В отечественной и зарубежной литературе, посвященной вопросам лечебного голодания, есть публикации по эффективному применению РДТ при многих заболеваниях кожи — аллергодерматозах, экземах, псориазе, таксидермии, крапивнице, синдроме Лайелла, красном плоском лишае, нейродермите и др. [11, 124, 125].

В большинстве наблюдений преобладала методика полного («влажного») голодания с ежедневным очищением кишечника, питьем дистиллированной воды, фитонастоями, антигельминтной терапией (по показаниям).

В результате лечения, по данным В. Г. Годун [51], почти у 43,9 % пациентов за 8 дней разгрузочного периода отмечена регрессия клинических симптомов — кожа очистилась, разрешились очаги ее поражения, еще у 9 % больных — значительное улучшение многолетней болезни. Аналогичный положительный результат отмечал в своих наблюдениях Н. Н. Ермолаев [62]; автор подчеркивает, что для достижения стойкого эффекта необходимы повторные курсы РДТ.

Э. М. Эвенштейн и А. Н. Кокосов разработали методику краткосрочного голодания в амбулаторных условиях, с 3-дневной пищевой депривацией (полное «влажное» голодание) и восстановительным периодом такой же продолжительности [238]. Авторы успешно применили эту методику для лечения больных с нейродермитом и экземой. Учитывая аллергический компонент патологии, у многих больных в подготовительном периоде РДТ (при получении согласия на проведение краткосрочного голодания) пациентам, на протяжении недели рекомендовалось исключить из пищевого рациона первые блюда на крепких мясных и рыбных отварах, жареные и тушеные вторые блюда, а также грибы, соленья, маринады, консервы и колбасные изделия. Во время пищевой депривации, кроме общепринятых очистительных процедур, рекомендовалась усиленная (динамическая) физическая нагрузка (ходьба). Восстановительное питание строилось обычно по соково-крупяному варианту.

Больной М., 60 лет. Диагноз: псориаз распространенный (экссудативный крупнобляшечный), осложненный атропатией; сопутствующая патология — ожирение (масса — 120 кг).

В прошлом пациент занимался спортом (вольной борьбой); по характерологическим особенностям — решительный, волевой.

Псориаз в течение 30 лет; ранее (в 1979 г.) по поводу этого заболевания прошел курс РДТ на курорте «Горячинск», после чего было улучшение заболевания. К моменту госпитализации в стационар Республиканского кожно-венерического диспансера г. Улан-Удэ имело место обострение проявлений псориаза.

При осмотре поражение кожи распространенное, симметричное, с локализацией на голове, туловище и конечностях в виде обширных полей бляшек и очагов шелушения, сливающихся между собой.

Пациенту предложено провести курс РДТ, его согласие было получено. В лечении была применена методика полного («влажного») голодания. Питье дистиллированной воды по потребности. Разгрузочный период продолжался 2,5 недели. Во время пищевой депривации мази не применялись. Кишечник очищался ежедневно клизмой. На 9-й день разгрузочного периода была (домашняя) баня. Во время пищевой депривации, вплоть до ацидотического криза, ощущал некоторую слабость, переходящую в тошноту и легкое головокружение. Ацидотический криз был, по-видимому, на 10-й день голодания, после чего самочувствие улучшилось и стабилизировалось. Восстановительное питание проходило по соково-крупяному варианту. В результате ле-

чения кожа больного очистилась, остались лишь единичные бляшки на конечностях. Он похудел, улучшилось настроение, появилась большая физическая активность.

При выписке из стационара пациенту рекомендовались регулярные разгрузочные (голодные) дни, калорийность пищи в соответствии с физической активностью; повторный курс РДТ через 6—8 мес. под контролем специалиста.

Некоторые методические особенности РДТ при патологии кожи: полное («влажное») голодание, при сочетании с ожирением возможно «ступенчатое», продолжительность периода пищевой депривации, кроме длительности (упорства) патологии, может быть связана с полиморбизмом; при экссудативном компоненте возможно «сухое» (комбинированное) голодание.

Особенности контроля лечения — клиническая картина болезни; необходимость лабораторного контроля определяется характером патологии.

Пути оптимизации — интенсификация функции эфферентных органов методиками традиционной медицины (фитотерапия и др.).

Таким образом, РДТ в руках врача-дерматолога может существенно помочь ему в лечении патологии кожи токсико-аллергической и иной природы, а также обычно сопутствующей соматической патологии. **Но важно, чтобы пациенты после курса РДТ выполняли рекомендации по диетическому питанию, в том числе гипоаллергенному (в случае необходимости), проводили регулярные разгрузочные (голодные) дни и повторные курсы РДТ под контролем специалиста (дерматолога).**

2.1.8. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ И ПРЕДРАКОВЫЕ СОСТОЯНИЯ

Возможности применения РДТ в онкологии мне постоянно оставались не ясными. В повседневной жизни и популярной (не медицинской) литературе периодически встречались описания «излечения» от опухолей после длительного (доле месяца) голодания. В этом же плане были и единичные сообщения зарубежных авторов. Однако доказательств этому с позиций ортодоксальной (научной) медицины (результаты инструментальных и морфологических исследований) я не имел. Поэтому представлялось принципиально важным поместить в настоящем руководстве по РДТ для врачей этот раздел, материал которого исходит от онкологов [16] использовавших в своих многолетних наблюдениях клинический опыт и современные лабораторно-инструментальные методы доказательной медицины (от Ред.).

Лечебное голодание в настоящее время довольно широко применяется для лечения многих заболеваний и оздоровления. Эффективность РДТ обоснована теоретически [5, 148, 170, 186] и подтверждена многочисленными клиническими наблюдениями в нашей

стране и за рубежом [251, 260]. Большинство публикаций посвящено нервно-психической и соматической (внутренней) патологии.

Авторам представляется целесообразным привести свои многолетние наблюдения за динамикой состояния здоровья пациентов с различными доброкачественными опухолями и предраковыми заболеваниями, при которых проводилась РДТ; показать медицинской общественности возможности лечебного голодания не только для первичной, но и для вторичной профилактики злокачественных новообразований.

Теоретической предпосылкой применения РДТ для профилактики злокачественных новообразований является то, что в проведенных ранее фундаментальных и клинических исследованиях было установлено ее комплексное воздействие на ключевые физиологические и патофизиологические процессы в организме, в результате которых происходят выраженный антиоксидантный, противовоспалительный, антиагрегантный, иммуномодулирующий и адаптационный эффекты. Особенно важно аутолитическое действие РДТ, когда в периоде пищевой депривации для поддержания жизнедеятельности организма в первую очередь используются патологически измененные и второстепенные по функциональной значимости ткани.

В отделении разгрузочно-диетической терапии и медицинской профилактики Тюменского областного онкологического диспансера метод РДТ широко применяется как для лечения больных с различными хроническими, в том числе и предопухолевыми заболеваниями (вторичная профилактика), так и для предупреждения этих заболеваний у лиц «группы риска» (первичная профилактика). В контролируемых условиях стационарного наблюдения пациентов нами было изучено влияние различных сроков пищевой депривации на течение заболеваний, а также на структуру и функциональное состояние органов при доброкачественных опухолях и предраковых заболеваниях.

Среди наблюдаемых пациентов у 119 были диагностированы различные доброкачественные опухоли, а также заболевания, отнесенные к предраковым (анацидный гастрит — 23, мастопатия — 39, миомы и эндометриоз матки — 21, диффузные и узловые гиперплазии щитовидной железы — 9, гиперплазии предстательной железы — 9, полипы желчного пузыря — 5, хронический колит — 13). Пациентам было предложено провести курс РДТ, и они дали согласие.

Разгрузочно-диетическая терапия, в наших наблюдениях, проводилась по методике Ю. С. Николаева [143], в которую кроме пищевой депривации входили ежедневные очистительные и водные процедуры, общегигиеническая гимнастика, занятия на тренажерах, многочасовая ходьба в лесной парковой зоне (в общей сложности до 10–25 км в день).

Продолжительность периода пищевой депривации составляла в среднем 17 дней, с индивидуальными сроками у разных пациентов от 7 до 28 дней. Период восстановительного питания всегда был равен по продолжительности периоду пищевой депривации.

Все вышеуказанные пациенты нормально (без каких-либо осложнений) перенесли в условиях больничного стационара запланированный им курс РДТ. У 83 % из них были получены положительные результаты, выраженность которых зависела от характера патологического процесса, его длительности, наличия сопутствующих заболеваний и продолжительности периода пищевой депривации. *Чем более продолжительным был этот период, тем более выражен оказался легечно-оздоровительный эффект* (курсив. — *Ред.*), который во всех случаях был подтвержден не только результатами клинических наблюдений, но и результатами ультразвукового исследования, маммографии, гастродуоденофиброскопии с гастробиопсией.

В результате проведенной РДТ отчетливый положительный клинический эффект был отмечен у всех женщин с различными формами мастопатии, при этом патологические изменения в молочных железах у части пациенток исчезли полностью с восстановлением нормальной структуры молочных желез (*имела место реструктуризация патологически измененной ткани в результате РДТ.* — *Ред.*). Указанное подтверждалось контрольными маммографиями и ультразвуковыми исследованиями. В других наблюдениях отмечался частичный лечебный эффект РДТ, который выражался в уменьшении размеров, плотности и болезненности ткани молочной железы при мастопатии.

Миомы матки и изменения эндометрия после первого курса РДТ не исчезали полностью, но всегда имела место положительная динамика в течение патологического процесса, с уменьшением размеров миом. Полное рассасывание миоматозных узлов наступало лишь после 2–3 курсов РДТ.

Аналогичные положительные изменения отмечали при патологических образованиях в щитовидной железе узлового или диффузного характера, что позволило этим пациентам избежать предлагаемых ранее оперативных вмешательств.

Клиническое улучшение после проведения РДТ мы наблюдали и у пациентов с гиперплазией предстательной железы [185, 188, 189].

При гастродуоденальной патологии (после проведения РДТ) кроме прекращения болей, изжоги, отрыжки и других диспептических расстройств эндоскопически (при фиброгастродуоденоскопии) было установлено уменьшение и исчезновение гиперемии, отечности и эрозий слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, нормализация моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки, исчезновение признаков дуодено-

гастрального рефлюкса. У 2 больных исчезли мелкие полипозные образования слизистой желудка, имевшие место до проведения им РДТ.

Полученные данные позволяют считать, что дозированное лечебное голодание, проводимое в условиях (специализированного) отделения приводит к обратному развитию доброкачественных новообразований и предраковых изменений в различных органах и тканях. Динамика клинических проявлений патологии у наблюдаемых пациентов была тесно связана с продолжительностью периода пищевой депривации (выделено. — Ред.).

Чем продолжительней был этот период РДТ, тем более выражена была динамика уменьшения и рассасывания размеров опухоли (фибромиомы, мастопатии, полипы, очаги гиперплазии ткани). В желудочно-кишечном тракте также были отмечены (при проведении РДТ) положительные структурные и функциональные изменения.

Что же касается методических особенностей РДТ при описанной патологии, то в наших наблюдениях использовалось полное («влажное») голодание, при котором существенное значение имела продолжительность периода пищевой депривации и повторность лечебного голодания.

Особенность контроля — объективизация полученного эффекта — применение современных диагностических методик, принятых в онкологии, и достаточный срок наблюдения (не менее 5 лет. — Ред.).

Пути оптимизации — активизация обменных процессов и ферментных систем организма пациента (очистительные процедуры, в том числе многочасовые пешеходные прогулки).

Таким образом, **легебное голодание может быть эффективным альтернативным методом лечения больных с доброкачественными опухолями и предраковыми заболеваниями различных органов, что позволяет рекомендовать РДТ к более широкому внедрению в профилактическую онкологию.**

2.1.9. ОСОБЕННОСТИ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

В настоящее время состояние здоровья населения повсеместно ухудшается, что связано с неблагоприятной экологической ситуацией, увеличением количества экзогенных факторов риска техногенного характера, образом жизни и характером питания человека в современном цивилизованном обществе и некоторыми другими причинами. С возрастом нарастает эндотоксикоз (зашлакованность) организма; это во многом обуславливает снижение общей резистентности и иммунологической реактивности организма. На этом фоне все чаще встречается ситуация, когда у пациента имеет место сразу несколько болезней (полиморбизм). С позиций ортодоксальной (современной, научной) медицины хроническая болезнь неизлечима и для

поддержания определенного качества жизни в таких случаях необходима пожизненная (лекарственная) базисная терапия. В условиях полиморбизма это означает, что тем больше у пациента болезней, тем большее количество лекарств он должен принимать. Основу базисной лекарственной терапии в практике современной научной медицины составляют химиофармацевтические препараты, будучи приняты внутрь они являются для организма тужеродными антигенами, подвергаются определенной биотрансформации (реакции ацетилирования и др.), продукты которой увеличивают уровень эндотоксикоза с его патогенными последствиями для состояния здоровья. В этих условиях проведение РДТ наиболее целесообразно (курсив. — Ред.).

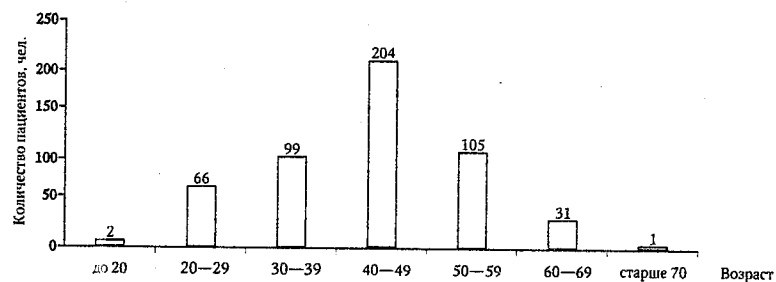


Рис. 2.6. Распределение пациентов, получивших курсы РДТ, по возрасту

В терапевтическом отделении ГКБ № 3 г. Тюмени с 1994 г. применяется метод РДТ и за это время накопился определенный опыт лечения больных с различной, в том числе множественной соматической патологией. Таких больных было 59, все они старше 50 лет; из них мужчин — 13, а женщин — 46. Средний возраст пациентов — 56,4 года; самой пожилой пациентке было 74 года (см. рис. 2.6 и 2.7).

Из 59 больных 31 (52 %) пациент за это время лечился в отделении повторно и прошли от 2 до 13 курсов РДТ.

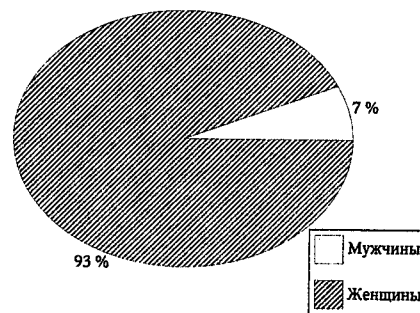


Рис. 2.7. Распределение пациентов, получивших курсы РДТ, по полу

У больных с множественной соматической патологией всего было проведено 125 курсов РДТ, что составило около 25 % от всех проведенных курсов РДТ в нашем стационаре. РДТ во всех случаях проводилась по методике Ю. С. Николаева («влажное» голодание). Средняя продолжительность разгрузочного периода составляла 12,8 дня. Продолжительность

восстановительного периода обычно равнялась таковой в разгрузочном.

Все пациенты перенесли лечебное голодание удовлетворительно и получили положительный результат, что выражалось в улучшении общего самочувствия, в исчезновении или уменьшении жалоб, в повышении толерантности повседневных физических нагрузок (ходьба, работа на огороде, на приусадебном участке), в уменьшении количества постоянно применяемых лекарств (в 30 % имела место полная их отмена), в снижении массы тела в среднем на 10 % от ее исходного уровня.

Распределение больных с множественной соматической патологией по основному заболеванию представлено на рис. 2.8.

Почти у 1/2 пациентов в качестве ведущего заболевания имела место гипертоническая болезнь. У этой категории больных, кроме общепринятого клинико-лабораторного и инструментального исследования, проводилось суточное мониторирование АД и стресс-ЭхоКГ исследование с изометрической нагрузкой и последующей обработкой полученных данных на персональном компьютере. Проведенные исследования показали, что у больных ГБ при РДТ наблюдалось существенное снижение массы тела, что сопровождалось достоверным снижением как систолического, так и диастолического АД.

Множественная сопутствующая патология (рис. 2.8–2.14) несомненно осложняла состояние этих пациентов. Так, во время разгрузочного периода в 2 случаях (при сопутствующей МКБ) имели место почечные колики, которые потребовали применения спазмолитической терапии и прекращение голодания.

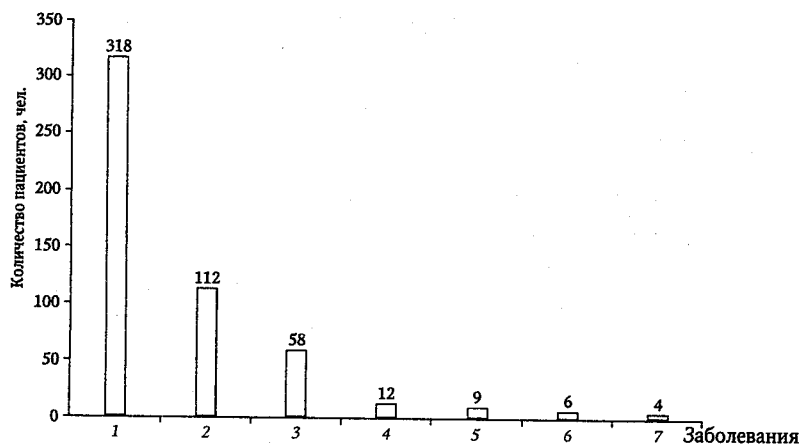


Рис. 2.8. Распределение пациентов, получивших курсы РДТ, по основному заболеванию:

1 – сердечно-сосудистая система; 2 – органы пищеварения; 3 – органы дыхания; 4 – кожа; 5 – эндокринная система; 6 – мочеполовая система; 7 – заболевания суставов

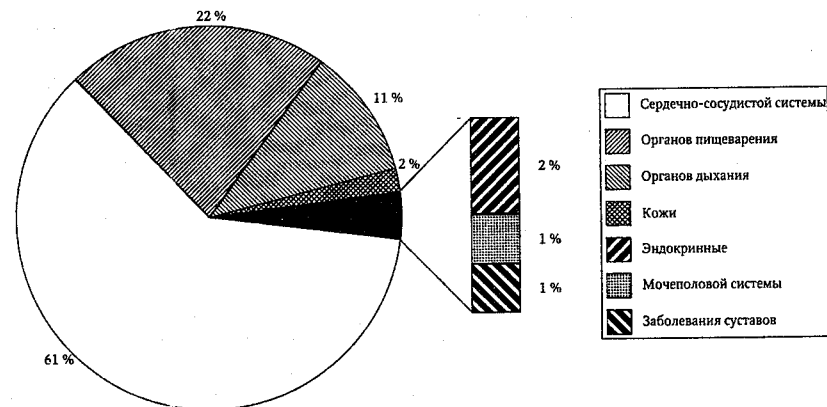


Рис. 2.9. Распределение пациентов, получивших курсы РДТ, по характеру патологии

Ожирение различной степени выраженности имело место у 75 % больных на фоне хронической патологии ЖКТ и почти в половине случаев это сопровождалось патологией почек, наиболее часто в форме МКБ. В среднем у каждого пациента было до 5 хронических заболеваний с поражением различных органов и систем. Однако, несмотря на это положительный результат РДТ имел место практически у всех этих больных, причем эффект однократного курса лечения сохранялся в течение полугода. Проведение повторных курсов РДТ позволяло сохранять и поддерживать достигнутый эффект лечения.

Во время проведения курса РДТ всем пациентам мы старались привить навыки здорового образа жизни, что включало следующие основные принципы:

- 1) регулярное разнообразное питание (по калорийности соответствующее образу жизни и характеру повседневной занятости. – *Ред.*);
- 2) постоянная умеренная физическая нагрузка (динамического характера, например, ходьба. – *Ред.*);
- 3) толерантность к эмоциональным нагрузкам;
- 4) «очищение» организма (преимущественно традиционными путями. – *Ред.*) – контрастный душ, паровая (русская) баня, финская сауна, еженедельное суточное голодание, тубажи – по показаниям.

Больная З., 65 лет, находилась на стационарном лечении в ГКБ № 3 г. Тюмени с 23.10.2000 по 03.11.2000 г.

Основной диагноз: Гипертоническая болезнь II стадии, риск 3. Сопутствующий диагноз: Ожирение алиментарно-конституционального генеза II стадии; хронический холецисто-панкреатит, хронический га-

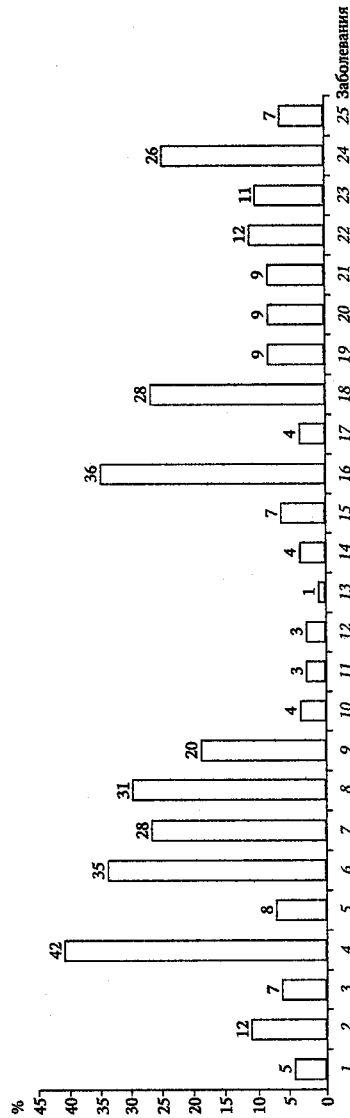


Рис. 2.10. Частота заболеваний у пациентов, получивших курс РДТ (в процентах):

1 — ишемическая болезнь сердца; 2 — нейроциркуляторная дистония; 3 — гипертоническая болезнь I стадии; 4 — гипертоническая болезнь II стадии; 5 — ожирение I степени; 6 — ожирение 2 степени; 7 — ожирение 3 степени; 8 — холецистит; 9 — панкреатит; 10 — гастрит; 11 — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; 12 — ожирение 2 степени; 13 — желудочно-кишечная болезнь; 14 — отит; 15 — пиелонефрит; 16 — мочекаменная болезнь; 17 — полиартрит; 18 — остеохондроз; 19 — гайморит; 20 — бронхиальная астма; 21 — бронхит; 22 — гипотиреоз; 23 — дисциркуляторная энцефалопатия; 24 — миома; 25 — поражение кожи

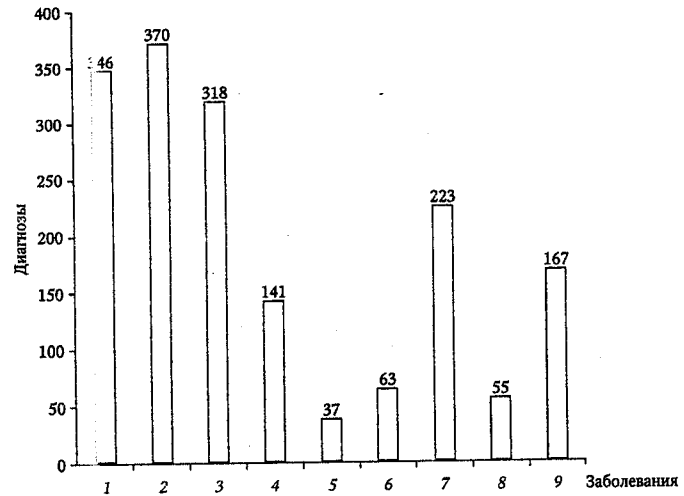


Рис. 2.11. Количество и характер патологии у пациентов, получивших курс РДТ:

1 — сердечно-сосудистые заболевания; 2 — ожирение; 3 — заболевания органов пищеварения; 4 — заболевания органов дыхания; 5 — заболевания кожи; 6 — эндокринные заболевания; 7 — заболевания мочеполовой системы; 8 — дисциркуляторная энцефалопатия; 9 — костно-суставные заболевания

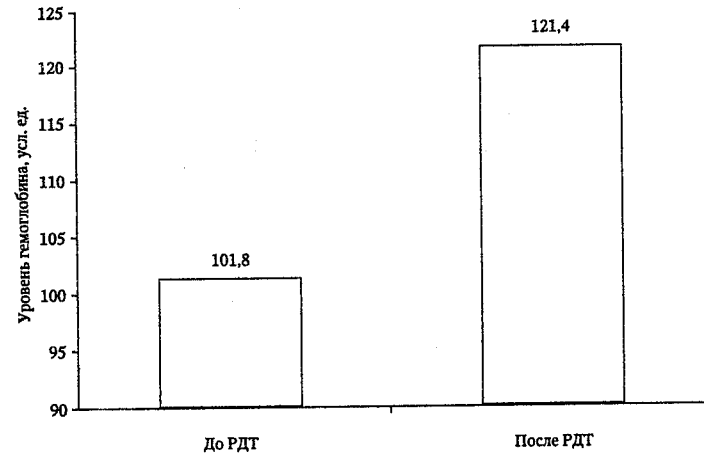


Рис. 2.12. Динамика гемоглобина у больных с анемией, получивших курс РДТ (n = 17)

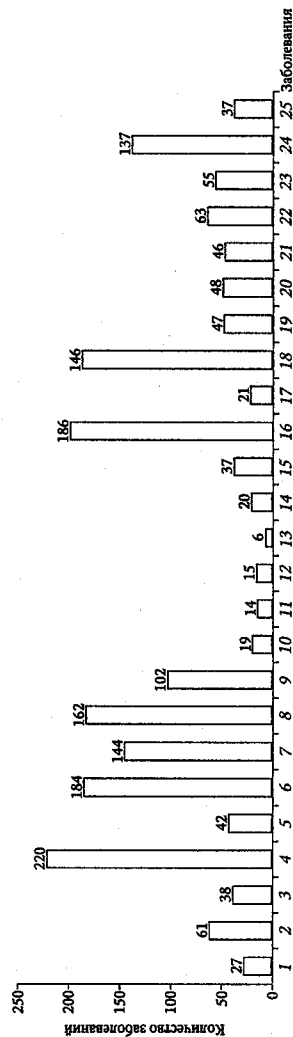


Рис. 2.13. Количество заболеваний у пациентов, получивших курс РДТ:

1 — ишемическая болезнь сердца; 2 — нейроциркуляторная дистония; 3 — гипертоническая болезнь I стадии; 4 — гипертоническая болезнь II стадии; 5 — ожирение I степени; 6 — ожирение 2 степени; 7 — ожирение 3 степени; 8 — холестерин; 9 — панкреатит; 10 — гастрит; 11 — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; 12 — желудочно-кишечная болезнь; 13 — колит; 14 — отит; 15 — пиелонефрит; 16 — мочекаменная болезнь; 17 — полиартрит; 18 — остеохондроз; 19 — гайморит; 20 — бронхиальная астма; 21 — бронхит; 22 — гипотиреоз; 23 — дисциркуляторная энцефалопатия; 24 — миома; 25 — кожа

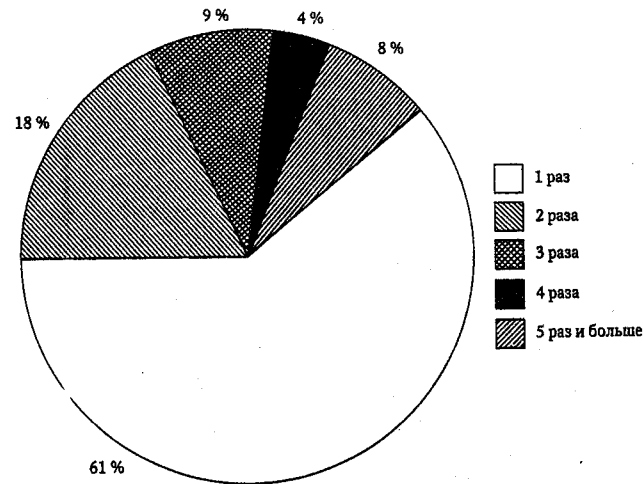


Рис. 2.14. Диаграмма распределения пациентов по количеству курсов РДТ

стродуоденит вне обострения. Красный плоский лишай. Поступила в плановом порядке; основные жалобы на головные боли, слабость, плохой сон. АД 180–190/110–100 мм рт. ст.

Страдает гипертонией с 1992 г. (АД 150/90–190/100). Периодически принимала адельфан, клофелин; при кризах — инъекции дибазола с папаверином. С 1997 г. на ЭКГ — признаки гипертрофии левого желудочка сердца; на глазном дне — ангиопатия сосудов сетчатки: артерии неравномерно сужены, вены неравномерно расширены, извитые. За месяц до поступления лечилась в терапевтическом отделении по поводу эрозивного гастродуоденита, обострения хронического реактивного панкреатита, возникших после 3 курсов кортикостероидной терапии в стационаре кожно-венерологического диспансера по поводу красного плоского лишая; АД в это время было умеренно повышено (160/100). После выписки из терапевтического отделения, несмотря на поддерживающую гипотензивную терапию, имело место повышение АД до 170/100 мм рт. ст.

Туберкулез, венерические заболевания, гепатит — отрицает. Хронический цистит — около 20 лет. Рецидивирующая рожа лица с 1984 г.; после 3-годовой бициллино-профилактики ее обострений не было. В 1986 г. была произведена надвлагалищная ампутация матки с левым придатком и правой маточной трубой по поводу фибромиомы матки, кисты левого яичника, двустороннего сальпингита. Аллергоанамнез не отягощен. Мать заболела пузырчаткой в 1962 г. и умерла в возрасте 64 лет.

С согласия больной решено провести курс РДТ. Подготовительный период продолжался 3 мес. и включал преимущественно вегетарианское питание с одним голодным днем в неделю, занятия ЛФК. За это

время больная похудела на 7 кг; динамика массы тела: 77,6–70,6 кг; АД стабилизировалось на цифрах 140–130/80 мм рт. ст.

При поступлении состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное. Питание повышенное: масса тела – 70,6 кг; индекс Брока +15 %. На верхних и нижних конечностях участки гиперпигментированной кожи до 1 см в диаметре, местами покрытые чешуйками со следами расчесов. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов в легких не прослушивается; частота дыхания – 17 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм сердечных сокращений правильный, их частота 72 удара в 1 мин. АД 140–130/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Живот мягкий, при пальпации отмечена слабая болезненность в эпигастральной области. Печень не выступает из-под реберной дуги. Симптом поколачивания в поясничной области с обеих сторон без болевых ощущений.

Стул ежедневный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Периферических отеков (пастозности) не отмечено.

Результаты лабораторных исследований. Общий анализ крови: Эр. $4,26 \cdot 10^{12}/л$; Гб. – 131 г/л; Цп. – 0,92; Лейк. – $5,3 \cdot 10^9/л$; П. – 2 %; С. – 61 %; Л. – 35 %; М. – 2 %; СОЭ – 32 мм/ч. *Кровь на RW* (–); *Общий анализ мочи:* цвет соломенно-желтый; прозрачная; уд. вес 1007; белок (–); сахар (–); лейкоциты единичные в поле зрения; эритроцитов нет; эпителий плоский единичные клетки в полях зрения. *Биохимический анализ крови:* общий билирубин 18,0 мкм/л; прямой билирубин (–); непрямого билирубин 18,0 мкм/л; глюкоза 3,39 ммоль/л; креатинин 79 мкм/л; триглицериды 1,8; общий белок 76 г/л. *Малая коагулограмма:* ПТИ 94 %; время рекальцификации 92 с; фибриноген 3,1 г/л; фибриноген «Б» (–).

ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС 75 в минуту. Признаки умеренной гипертрофии левого желудочка сердца. Умеренные изменения в миокарде.

ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая бледно-розовая; края смыкаются не полностью; слизистая желудка гиперемирована, множество эрозий; привратник деформирован, пропускает 15 мм свободно; луковица 12-перстной кишки умеренно деформирована, слизистая ее гиперемирована; язва и эрозий нет. *Заключение:* эрозивный гастродуоденит.

Проведен курс РДТ («влажная» методика), разгрузочный период 10 дней. Лечение больная перенесла хорошо; улучшилось общее самочувствие; кожные проявления болезни уменьшились (стали менее яркие, исчез зуд). АД стабилизировалось на уровне – 120/70 мм рт. ст., без поддерживающей гипотензивной терапии. При контрольной ФГДС признаки хронического гастродуоденита, слизистая желудка без эрозий. Масса тела уменьшилась еще на 6 кг (с 71 до 64 кг), а с учетом снижения ее в подготовительном периоде РДТ – на 13 кг. Восстановительный период проведен по смешанному варианту.

В последующем пациентка соблюдала предложенный ей режим питания с одним «голодным» днем в неделю, ежемесячно проходила контрольные осмотры. В дальнейшем курсы РДТ проводились каждые полгода. Всего было 5 курсов РДТ. *Общий итог:* самочувствие удовлетворительное, головные боли не беспокоят, АД держится на уровне 129–130/70–80 мм рт. ст., эпизоды повышения АД до 150/90 мм рт. ст.

стали редкими и в основном бывают через 5–6 мес. после очередного курса РДТ; на местах кожных проявлений болезни (на голених) остались участки депигментации; сопутствующая патология – не беспокоит. Последние 3 года пациентка ведет здоровый образ жизни, приступила к работе дворником, свои обязанности выполняет даже в «голодные» дни

* * *

Больная Я., 56 лет, находилась на стационарном лечении в ГКБ № 3 г. Тюмени с 11.02.1998 по 04.03.1998 г. *Основной диагноз:* Гипертоническая болезнь II стадии, риск 3, НО. *Сопутствующий диагноз:* Ожирение алиментарно-конституциональное 2 ст.; хронический панкреатит (вне обострения); хронический холецистит (вне обострения); посттравматический двухсторонний коксартроз (вне обострения); астено-невротический синдром; миома матки.

Поступила в отделение в плановом порядке; основные жалобы на головные боли, общую слабость, плохой сон; боли в тазобедренных суставах при ходьбе и по ночам.

Повышение АД до 160/90 мм рт. ст. впервые зарегистрировано в 1973 г. в возрасте 16 лет. Это было расценено как вегетососудистая дистония по гипертоническому типу; получала соответствующую лекарственную терапию. В последующем во время беременности также отмечалось повышение АД. В 1990 г. был поставлен диагноз гипертонической болезни. При обследовании была выявлена умеренно выраженная гипертрофия миокарда левого желудочка сердца; гипертоническая ангиопатия сосудов сетчатки глаз. Периодически получала гипотензивную лекарственную терапию (капотен, мочегонные препараты) с временным улучшением. За месяц до настоящей госпитализации находилась на лечении в терапевтическом отделении с жалобами на головные боли, головокружения, колющие боли в области сердца; все это возникло после выраженной и продолжительной психотравмирующей ситуации; АД было повышено до 240/140 мм рт. ст. После проведения в течение 2 нед. курса лечения, включая – диету «стол № 10», лекарственную терапию (капотен, фуросемид, амитриптилин, грандаксин, анаприлин, циннаризин, никотиновая кислота, рибоксин (внутривенно капельно); ЛФК; Су-Джок терапию № 10. Больная была выписана с улучшением (АД 150/100) на фоне «поддерживающей лекарственной терапии»: анаприлин (40 мг 3 раза в день), синаприл (10 мг на ночь), амитриптилин (2 раза в день по 0,025 г), триампур (по 1 табл. утром через 2 дня). Несмотря на проведение указанной лекарственной терапии, вновь отмечалось повышение АД до 170–180/100–110 мм рт. ст.

Туберкулез, венерические заболевания, вирусный гепатит – отрицает. Склонности к аллергическим реакциям нет. Мать страдает гипертонической болезнью.

С согласия больной было решено провести РДТ. Подготовительный период продолжался 3 нед. и включал преимущественно вегетарианское питание с одним голодным днем в неделю; занятия ЛФК. За это время пациентка похудела на 6 кг; динамика массы тела: 77,7–71,5 кг. АД стабилизировалось на цифрах 160–150/90 мм рт. ст.

При поступлении в отделение состояние пациентки удовлетворительное. Телосложение правильное: рост — 153 см; масса тела — 71,5 кг. Кожные покровы с множеством веснушек и пигментных пятен рыжеватого оттенка. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов не прослушивается. Частота дыханий — 17 в одну минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные; частота — 54 в минуту. АД 160—150/90 мм рт. ст. Язык влажный, слегка обложен у корня. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный. Имеет место склонность к запорам. Мочевыделение безболезненно. Периферических отеков нет. Движения в тазобедренных суставах умеренно болезненны, в достаточном объеме.

Результаты лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Эр. $4,19 \cdot 10^{12}/л$, Гб. 132 г/л. Ц. п. — 0,94; Лейк. $5,6 \cdot 10^9/л$, Э. 1 %; П. 1 %; С. 72 %, Л. 25 %, М. 1 %, СОЭ 18 мм/ч. Кровь на RW отр. **Общий анализ мочи:** Цвет — светло-желт., прозрачная, уд. вес 1018, белок и сахар отсутствуют; лейкоциты единичные в полях зрения; эритроцитов нет; эпителий плоский ед. в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий билирубин 12,7 мкм/л, прямой билирубин — нет, не прямой билирубин 12,7 мкм/л, АСТ 0,21 ммоль/л, АЛТ 0,32 ммоль/л, глюкоза 4,81 ммоль/л, креатинин 88,5 мкм/л, холестерин 7,0 мм/л, β -липопротеиды — 88 Ед.

Малая коагулограмма: ПТИ — 100 %; время рекальцификации 101 с; фибриноген — 2,8; фибриноген «Б» отр.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 57 в минуту; умеренная гипертрофия миокарда левого желудочка. Умеренно выраженные нарушения обменных процессов в миокарде.

Осмотр окулиста: гипертоническая ангиопатия сетчатки.

Проведен курс РДТ по методике Ю. С. Николаева («влажное» голодание) с 14-дневным разгрузочным периодом. Лечение перенесла хорошо: улучшилось общее самочувствие; АД стабилизировалось на уровне — 115/85 мм рт. ст. без поддерживающей гипотензивной терапии.

Масса тела за разгрузочный период лечения уменьшилась еще на 7 кг (с 71 до 64), а с учетом снижения массы тела в подготовительный период РДТ — на 13 кг. В последующем пациентка соблюдала предложенный режим питания и здоровый образ жизни, ежемесячно проходила контрольные осмотры; масса тела продолжала постепенно снижаться — до 60 кг, при этом самочувствие оставалось удовлетворительным.

В последующем курсы РДТ проводились каждые полгода. Всего было проведено 13 курсов РДТ с постепенным улучшением самочувствия: исчезли боли головные, в сердце и в тазобедренных суставах. АД сохраняется на уровне 120—130/70—80 мм рт. ст., эпизоды повышения АД до 150/90 мм рт. ст. стали редкими и в основном бывают через 5—6 мес. после проведенного курса РДТ. Последние 5 лет пациентка ведет здоровый образ жизни. Угасает в спортивной жизни угреждения, где работает медсестрой, выступая на лыжных соревнованиях, занимает призовые места в своей возрастной категории.

За время наблюдения постепенно уменьшилась гипертрофия левого желудочка сердца по данным ЭхоКГ (ЗСЛЖ и МЖП в диастолу умень-

шились с 15 до 12 мм), диастолический резерв улучшился с 26 % до минус 21,6 % при норме — минус 40,5 %.

На фоне нормализации массы тела (при повторных курсах РДТ) улучшились показатели жирового обмена (холестерин и β -липопротеиды).

Больная К., 65 лет, находилась на стационарном лечении в ГКБ № 3 г. Тюмени с 23.10.2002 по 03.11.2002 г. **Основной диагноз:** артериальная гипертония II стадии, риск 4 с поражением органов-мишеней. **Сопутствующий диагноз:** эндогенная бронхиальная астма, легкое (интермиттирующее) течение, фаза ремиссии. ДНУ. Дисциркуляторная энцефалопатия II стадии, субкомпенсация.

Поступила в плановом порядке с жалобами на повышение АД с частыми кризами до 180—190/100 мм рт. ст., сопровождающиеся головной болью, слабостью; периодически возникающие боли в области сердца, колющего характера, не связанные с физическими нагрузками; сухой кашель (периодически).

Повышение АД с 1984 г. Наблюдалась терапевтом, принимала антигипертензивные препараты (адельфан, клофелин, энап), при гипертонических кризах — инъекции дибазола с папаверином. В апреле 2001 г. на фоне гипертонического криза перенесла субарахноидальное кровоизлияние (лечилась в неврологическом отделении в течение 3 нед.). На глазном дне определялись признаки ангиосклероза.

Туберкулез, вирусный гепатит, описторхоз, язвенную болезнь желудка, патологию щитовидной железы — отрицает. **Сопутствующая патология:** в 1980 г. диагностирована БА; в течение нескольких лет периодически принимала противоастматические препараты (ингаляции сальбутамола, беротека; интал). При ограничении физической активности масса тела постепенно увеличилась с 64 до 83 кг. От рекомендации принимать ГКС воздерживалась. Предпочитала пользоваться немедикаментозными методами (дыхание по Стрельниковой, краткосрочные посты по П. Иванову) с положительным эффектом: приступы удушья и кашель практически исчезли; вес тела уменьшился до 55 кг.

Аллергоанамнез не отягощен; гемотрансфузий, операций не было.

С согласия больной было решено провести курс РДТ. **Подготовительный период продолжался 13 мес. и включал преимущественно вегетарианское питание с однодневным голоданием (1 раз в нед.); занятия ЛФК, фитотерапию.** За время подготовительного периода АД стабилизировалось на цифрах 130—140/80 мм рт. ст. без медикаментозной терапии.

При настоящем поступлении в отделение — состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Питание удовлетворительное: рост — 156 см, масса тела — 56,6 кг. Кожные покровы чистые, влажные. При физическом исследовании легких дыхание на всем протяжении везикулярное, хрипов не прослушивается; тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений — 56 в минуту. АД 130—140/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не выступает из-под реберной дуги. Симптом «поколачивания» в пояснич-

ной области отрицательный с обеих сторон. Функция кишечника без особенностей. Мочиспускание свободное. Периферических отеков, пастозности — нет.

Результаты лабораторно-инструментальных исследований без особенностей.

Проведен 10-дневный разгрузочный период, по методике Ю. С. Николаева («влажное» голодание). Лечение перенесла хорошо: улучшилось общее самочувствие. АД стабилизировалось на уровне 120/70 мм рт. ст., без поддерживающей медикаментозной терапии. Восстановительный период лечения по продолжительности был равен разгрузочному.

В последующем пациентка соблюдала предложенный ей режим питания, проводила один голодный день в неделю; ежемесячно проходила контрольные осмотры. Курсы РДТ проводились ежегодно. Всего было проведено 3 курса РДТ с постепенным улучшением самочувствия; исчезли головные боли; АД держится на уровне 120–130/70–80 мм рт. ст. Эпизоды повышения АД до 150/90 мм рт. ст. стали редкими и в основном бывают через 6–8 мес. после «курсового голодания», перед очередным курсом РДТ.

Таким образом, по нашему многолетнему опыту работы, у пациентов с множественной соматической патологией повторные курсы РДТ позволяют стабилизировать самочувствие и состояние больных с многолетней (хронической) патологией, в большинстве случаев без поддерживающей медикаментозной терапии — Ред.).

К методическим особенностям лечения таких больных следует отнести значительную по срокам продолжительность подготовительного периода лечения (от нескольких месяцев до года) с преимущественно вегетарианским питанием, регулярными однодневными разгрузочными, голодными днями, занятиями ЛФК, назначением фитопрепаратов, «прививанием» принципов здорового образа жизни с учетом индивидуальных (личностных) особенностей пациента. Продолжительность разгрузочного периода и методика определяются характером и степенью тяжести патологии, равным образом от этого зависят и особенности контроля состояния пациентов в процессе лечения, а также применения дополнительных методов оптимизации результатов лечения.

2.1.10. РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Согласно классификации возрастов принятой на Всесоюзном симпозиуме по определению и номенклатуре периодов старения (Ленинград, 1962) и Международном симпозиуме по проблемам геронтологии ВОЗ (Киев, 1963), пожилой возраст включает 60–74 года, старческий — 75–89 лет, долгожители — 90 лет и старше.

На сегодняшний день удельный вес лиц в возрасте 60 лет и старше в общей численности населения составляет 21,4 %, в том числе на Украине — 23,4 %, в Белоруссии — 18,0 %. В России около 30 млн чел.

(17,7 %) — пятую часть всего населения составляют люди пенсионного возраста, из них 11 % (3,2 млн) — старше 80 лет. Происходит интенсивное постарение населения во всех странах мира. На сегодня процесс постарения населения особенно выражен в Европейской части России (Волго-Вятский, Северо-Западный, Центральный, Центрально-Черноземный регионы), где доля лиц старше трудоспособного возраста превышает 23,0 %. В России по прогнозам РАМН [49] к 2015 г. доля пожилых людей будет составлять 20 % общей численности населения. К 2050 году в Украине ожидается рост числа людей старше 60 лет до 38,1 %, а это означает, что каждый третий человек нуждается сейчас и будет нуждаться в дальнейшем в профилактике и лечении различной возрастозависимой патологии [48]. Лица старше трудоспособного возраста характеризуются более высоким уровнем заболеваемости по сравнению с другими возрастными группами: в 2 раза выше в возрасте от 55 до 80 лет и в 6 раз — от 81 года и старше.

Полиморбизм, так свойственный пожилым людям, требует одновременного назначения многих лекарственных (в основном, химио. — Ред.) препаратов, которые могут увеличивать степень сенсibilизации их организма и даже вызывать «лекарственную болезнь», менять уровень деятельности систем организма, что следует учитывать при избрании метода лечения. Наши многолетние наблюдения над больными пожилого и старческого возраста показали, что при старении формируются морфологические, метаболические и функциональные изменения во всех органах и системах.

В пожилом, а особенно в старческом возрасте ослабляется функциональная активность почек, печени, снижается секреция слюнных желез, секреторная функция желудка, нарушаются процессы всасывания лекарственных веществ, ослабляется активность ферментных систем, уменьшается содержание воды в организме [54].

С возрастом в организме человека накапливаются продукты жизнедеятельности его клеток, ксенобиотики и эндотоксины, которые изменяют структуру и функции всех органов и систем человека. В целом их объединяют понятием — шлаки. Они могут образовываться из продуктов обмена веществ (мочевина, креатинин, мочевая кислота, соли кальция, аммония и др.) или попадают в организм как чужеродные вещества и ксенобиотики (консерванты, отбеливатели муки, наполнители и т. д.); следует подчеркнуть, что шлаки могут образовываться при распаде применяемых медикаментов, которые могут надолго откладываться в тканях организма пациента. Шлаки в организме пожилого человека угнетают все жизненные процессы, создают и поддерживают состояние хронического эндотоксикоза и тем самым способствуют хронизации острой болезни и сравнительно быстрой функциональной декомпенсации хронической патологии. Зашлакованность клеток организма наблюдается повсеместно — в полости рта, носа, в легких, коже, печени, толстом кишечнике и др., причем в большей мере у лиц пожилого и старческого возраста.

Все вышесказанное свидетельствует о целесообразности применения в пожилом и старческом возрасте периодического «по-

ствования». У пожилых пациентов его желательно проводить с учетом биологических ритмов природы.

Пост* — это сознательное прекращение питания с целью совершенствования духовных качеств и физического тела [25] или воздержание от скоромной (молочной или мясной) пищи по предписанию церкви. Лицам, соблюдающим посты в определенные периоды года: 14 марта—30 апреля — Великий пост; 27 июня—11 июля — Петров пост; 14—27 августа — Успенский пост; 28 ноября—6 января — Рождественский пост, перенести голодание значительно легче, и оно эффективнее.

По мнению Г. П. Малахова (2003), для голодания подходит и начало лета, приблизительно на Петров пост, когда внешняя теплота активизирует биологические реакции в организме, способствует лучшей «расшлаковке» [126]. В зимний период голодать значительно легче, но процесс очищения идет слабее. При проведении голодания этот автор рекомендует учитывать дни лунного цикла и фазу Луны, а также характер патологии; например, наилучший период для пищевой депривации — при заболеваниях печени и желчного пузыря — время Великого поста, при заболеваниях почек и мочевого пузыря — период Рождественского поста во время II и IV фаз Луны (указанное, естественно, относится лишь к хронической патологии. — *Ред.*). Голодать надо в соответствии с природными процессами, а не по произвольно выбранным датам.

В специальной литературе, посвященной РДТ, есть сведения о применении этого метода для лечения пожилых пациентов [41, 64]. В отечественной литературе, больше публикаций о лечении соматической патологии, в частности БА. Так, Ю. С. Николаев и соавт. [153], провели лечение 59 больных БА в возрасте от 50 до 70 лет, и пришли к выводу, что метод РДТ в этой возрастной группе больных является весьма эффективным, особенно у не лечившихся ранее кортикостероидами.

Лечебный эффект РДТ, полученный у пожилых больных, страдающих БА с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией, авторы объясняют по-разному, в том числе и уменьшением активации свертывания крови и перекисного окисления липидов, которые имеют место во время разгрузочного периода лечения этих больных. Так, увеличивалось протромбиновое время с 16 с до $19,2 \pm 1,3$ с ($p < 0,05$), количество эритроцитов с $3652 \cdot 10^{12}/л$ до $3864 \cdot 10^{12}/л$ ($p < 0,01$), тромбоцитов на $44,6 \cdot 10^9/л$ ($p < 0,01$), время рекальцификации с 134,8 с до $148,3 \pm 8,2$ с ($p < 0,05$). Напротив, уменьшилось время образования сгустка, фибринолиз, содержание фибриногена с 3,4 г/л до $2,8 \pm 0,3$ г/л ($p < 0,05$). В сыворотке крови достоверно нормализовались начальные (диеновые конъюгаты) и конечные продукты ПОЛ (МДА), повышалась анти-

оксидантная активность, что расценивалось как тенденция к восстановлению гемостаза. Указанное представляет интерес, ибо в этом возрасте БА часто сочетается с патологией обмена веществ.

Другие авторы сообщают о положительных результатах двукратного амбулаторного курса РДТ в виде трехдневных профилактических голоданий 11 больных БА старше 51 года. Одновременно они получили хорошие результаты по сопутствующим основному заболеванию хроническим зудящим дерматозам.

Особое внимание во всех случаях уделяется отбору больных, созданию положительного психоэмоционального настроения на этот вид лечения, при этом учитывается сезонность года. Сообщается, что в случае сочетания БА с лекарственной аллергией, РДТ является методом выбора.

Об успешном применении РДТ у больных БА пожилого и старческого возраста сообщает В. А. Закиров [79]. Автор и подчеркивает, что у этой категории больных за последнее время участились случаи непереносимости медикаментов или извращенной реакции на них. Единственным методом лечения таких больных, позволяющим добиться их реабилитации в этих условиях, является РДТ. К такому же выводу приходят Г. В. Трубников и соавт. [219, 220]. Они изучили отдаленные результаты применения РДТ у больных БА и констатировали сохранение положительного эффекта у 82 % больных на протяжении 5 лет.

С. Г. Осинин [165] анализируя эффективность лечебного голодания больных БА на основании анализа 600 историй болезни, приходит к выводу, что РДТ является в целом высокоэффективным методом, однако, с возрастом этот эффект несколько снижается.

У лиц пожилого и старческого возраста РДТ успешно применялась также при гипертонической болезни, других заболеваниях сердечно-сосудистой системы; при заболеваниях системы пищеварения, аллергических поражениях кожи, опорно-двигательного аппарата, печени, заболеваниях эндокринной системы, психических заболеваниях, ожирении [185, 186].

Приведенные в литературе результаты РДТ больных пожилого и старческого возраста свидетельствуют о том, что этот метод лечения является во многих случаях действенным, но при правильном выборе методики, которая у этих больных имеет свои особенности.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТОДИКИ РДТ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Эти больные несомненно нуждаются в рациональном выборе методики РДТ, с учетом (почти поголовного. — *Ред.*) полиморбизма, а также общего состояния (низкой резистентности. — *Ред.*) организма. По опыту нашей многолетней работы у них в 80—90 %

* См. Ожегов С. И. Словарь русского языка. М.: Рус. яз., 1991. — 567 с.

наблюдений имеет место атония кишечника и дисбактериоз; часто наблюдаются запоры. Наиболее целесообразна у них методика *полного («влажного») голодания* в сочетании с корректно проводимыми очистительными процедурами. Для этих пациентов привлекательны различные «водные» процедуры (ванны, душ, пребывание в сауне, влажные обтирания). Для регулярного очищения кишечника обычно используются очистительные клизмы. Важное значение имеют посильные формы физической активности (прогулки, легкие физические упражнения, массаж и др.).

Полное голодание более приемлемо для пожилых пациентов еще и потому, что оно протекает значительно легче как по меньшей тяжести субъективных ощущений, так и по меньшей выраженности нарушений обмена [11]. Суточные потери веса в период такого голодания значительно уменьшаются, лечебное действие наступает медленнее, но для организма пожилого человека это, по-видимому, более выгодно.

Подготовительный период РДТ в пожилом и старческом возрасте следует проводить только под наблюдением компетентного врача, потому проведение лечебного голодания возможно в больницах, домах-интернатах, госпиталях и санаториях, где можно осуществлять постоянный медицинский контроль пациента. В этом периоде необходима тщательная подготовка пациента к предстоящему лечению. Следует учесть, что множественные заболевания пожилых и старых людей изменяют их психологию. Подготовка к лечению должна начинаться с беседы врача с пациентом относительно предстоящего лечения, т. е. должна иметь место психологическая подготовка больного.

В это время необходимо осведомить пациента о лечебном голодании, его сути, в популярной форме рассказать о возможностях и особенностях этого метода лечения, возникающих ощущениях в тот период. Необходимо организовать общение с больными, прошедшими курс РДТ с положительным эффектом. Все это мобилизует пациента психологически и создает положительную установку на краткосрочное голодание, на проведение которого он должен дать свое согласие. Это главная задача подготовительного периода, когда у пациента формируется положительная установка к предстоящему «необычному» лечению, что облегчает переносимость пищевой депривации и, как правило, программирует эффективный результат лечения в целом. При этом лечащему врачу необходимо навести психологический контакт с больным, убедить его в целесообразности такого лечения, добиться доверия больного к врачу, его авторитету, как специалиста. Необходимо создать доброжелательное отношение больного к голоданию «ради здоровья», в чем и есть залог успеха. Время проведения лечебного голодания желательно связывать с постами, которых придерживаются многие пожилые люди. При контакте с пациентом необходимо по-

стоянно подчеркивать, что конечный результат лечения во многом зависит от самого больного, от его выдержки и дисциплинированности, от его активного участия в лечебном процессе, четкого выполнения указаний и рекомендаций своего лечащего врача.

В подготовительном периоде больных, готовящихся к лечебному голоданию, следует обучить элементам самомассажа, растирая поочередно различные части верхних и нижних конечностей, чередуя голень с плечом, бедро с предплечьем, проводить круговой массаж живота. При невозможности самостоятельного проведения массажа, особенно в старческом возрасте, следует массаж проводить специалисту.

Необходимо обучить больного методике постановки очистительной клизмы, а при невозможности выполнения такой манипуляции, клизму должен делать медицинский работник. Следует настроить больного, что в период голодания необходимо проводить прогулки, причем в летнее время целесообразно их проводить на воздухе в легкой одежде, а в прохладное время одеваться потеплее. Необходимо обучить пациента простейшим физическим упражнениям, ежедневному приему душа без мыла.

Пациент должен быть осведомлен о правилах самоконтроля за своим здоровьем в период голодания. Важным элементом самоконтроля является ведение дневника самонаблюдения. Данные самоконтроля в него больной должен вносить сам или ему помогает в этом контролирующей его самочувствие и состоянии медперсонал. В дневнике самонаблюдения, при возможности, пациент знаком (+) или (-) отмечает свое состояние за сутки. Особенно в первые дни и в последующем необходим контроль врача или медсестры за правильностью ведения дневника. Пульс, артериальное давление, температуру отмечают обычно медицинские работники. Желательно, чтобы пациент был активным участником в проведении лечебного голодания и хорошим помощником лечащего врача.

С каждым пациентом, которому будет проводиться лечебное голодание, необходимо провести беседу относительно двигательного режима в период лечения. Многочисленные исследования клиницистов-геронтологов, физиологов, гигиенистов придавая значение моторно-висцеральным рефлексам, показали, что двигательная активность препятствует преждевременному старению. При этом из двигательного аппарата в органы кровообращения, дыхания и другие передаются сигналы, стимулирующие их работу, повышающие (тренирующие) их функциональные возможности. Людям пожилого возраста следует также рекомендовать индивидуально физические упражнения, особенно сочетая их с массажем или самомассажем тела утром и вечером до 30 мин (под контролем чувства усталости. — *Ред.*).

В подготовительном периоде врач должен наметить и согласовать с пациентом длительность времени лечебного голодания

(разгрузочного периода. — *Ред.*), которое в какой-то мере может изменяться в процессе лечения. В период голодания недопустимы вредные привычки (курение табака, прием алкогольных напитков), о чем следует говорить с пациентом в категорической форме, приводя примеры фатальных последствий.

Каждый пациент перед проведением РДТ должен быть тщательно обследован на предмет наличия очагов инфекции. У пожилых людей особенно следует обратить внимание на состояние полости рта: отсутствие зубов, наличие коронок, съемных зубных протезов, одонтогенной инфекции. Должен быть осмотр (консультация) стоматолога. Необходимо объяснить пациенту общие правила ухода за полостью рта, поскольку в последующих периодах голодания может появиться сухость во рту, неприятный запах изо рта, обложенность языка, трещины в углах рта и др. Следует рекомендовать полоскание рта до 3—6 раз в сутки, используя воду комфортной температуры, отвары трав, содовый раствор и др. Необходим также осмотр каждого пациента ЛОР-врачом для оценки состояния носа и его пазух, горла, наличия возможной (скрыто текущей) тонзиллогенной инфекции, состояния носового дыхания. Женщины должны пройти осмотр гинеколога на предмет выявления воспалительных процессов, состояния грудных желез.

В подготовительном периоде после клинического обследования врачом следует провести лабораторные и инструментальные исследования: анализ крови, мочи, флюорографию или рентгеноскопию легких, спирометрию, пневмотахометрию. Другие специальные (биохимические, иммунологические, бронхоскопические, фиброгастроскопические) исследования следует проводить только при необходимости (для уточнения диагноза. — *Ред.*) или проведении специальных научных исследований по изучению механизма действия лечебного голодания в этом возрасте.

Врач должен оценить степень тяжести заболевания у пожилого человека как основного, так и сопутствующих, выявить активность воспалительного процесса при его наличии у больного и, по возможности, в подготовительном периоде провести соответствующее лечение и продолжить его в дальнейших периодах, если в этом есть необходимость.

Многочисленные наблюдения над проведением РДТ больным терапевтического профиля, в том числе и пожилого возраста, позволяют высказать еще одну особенность, которую, на наш взгляд, следует соблюдать при проведении лечебного голодания. Изучением антиоксидантной обеспеченности организма, состояния перекисного окисления липидов в период РДТ [191, 192] выявлено, что в разгрузочном периоде лечения наблюдается повышение антиоксидантов — аскорбата и токоферола, по-видимому, за счет мобилизации их из тканевых депо с одновременным снижением уровня

продуктов перекисного окисления липидов. Однако в восстановительном периоде антиоксидантная обеспеченность организма снижается и нарастает уровень ПОЛ, особенно у лиц пожилого и старческого возраста. Исходя из указанного, считаем, что этим пациентам необходима предварительная диетическая подготовка к РДТ (насыщение организма антиоксидантами. — *Авт.*), а в период ее проведения, начиная уже с подготовительного, следует назначать комплекс витаминов, содержащих не только антиоксиданты, но и микроэлементы (при этом, естественно, необходимо учитывать время года — сезон, характер питания пациента. — *Авт.*). Поэтому больным пожилого и старческого возраста назначают уже с начала подготовительного периода пить различные сборы лекарственных трав (содержащие антиоксиданты и микроэлементы в их наиболее естественной форме), исходя из характера основной и сопутствующей патологии (сердца, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта и др.) пациента, которому предстоит курс РДТ.

В подготовительном периоде окончательно решается вопрос основного диагноза заболевания, сопутствующей патологии, устанавливается показание для проведения лечения. В связи с этим, еще раз следует подчеркнуть высказывание Е. И. Архий [11] о том, что полиморбизм, имеющий место у каждого пожилого человека, усиливает показания к проведению лечебного голодания как универсальной очистительной процедуры, ибо альтернативой этому является множество назначаемых лекарственных химиопрепаратов, усиливающих сенсбилизацию организма и явления эндотоксикоза.

Длительность подготовительного периода, как и всей РДТ, индивидуальна для каждого человека, но в среднем (по нашим данным) он длится 7—10 дней.

Разгрузочный период. У пожилых больных этот период начинается обычно с приема 40—60 г магния сульфата в 150—200 мл воды, прием пищи полностью прекращается. Питьевой режим должен составлять в среднем до 1,5 л жидкости с учетом наличия сердечной недостаточности, степени ее выраженности. В условиях гериатрического дома-интерната пациенты пользовались услугами фитобара, где готовились травяные чаи в зависимости от преобладания патологии (дыхательная, сердечно-сосудистая, желудочно-кишечного тракта и др.); каждое утро рекомендовался прием одного стакана колодезной воды, отвар шиповника. На второй день разгрузочного периода вечером уже назначалась очистительная клизма, и ежедневно через 2—3 дня, а затем в основном 2 раза в неделю.

При наличии патологии желудочно-кишечного тракта или сочетании ее с другими заболеваниями (легких, сердца, почек) в состав раствора для очистительных клизм добавлялись настои трав (ромашки аптечной, цветков календулы, шалфея). Вначале

готовили настой трав и добавляли теплую кипяченую воду в соотношении 1:1. Объем жидкости на одну клизму составлял в среднем 1,5 л.

Ежедневно (со второго дня разгрузочного периода) назначались, при возможности, прогулки пациентов (на территории дома-интерната), физические упражнения, самомассаж. Пациент принимал душ, значительно реже ванну или обтирался теплой водой в комнате.

С первого дня голодания пациент продолжал чистить зубы с применением зубной пасты, полоскать рот, горло теплым содовым раствором или слабым раствором марганцовокислого калия. Слизистую губ рекомендовалось смазывать вазелином, так как она становится сухой в период голодания. Ежедневно измеряется вес больного, АД, пульс.

При наличии признаков развивающегося ацидоза необходимо пациенту в клизме ввести 3 % раствор бикарбоната натрия, а при его выраженных симптомах — внутривенно 3 % раствор до 200 мл. В этих случаях можно также рекомендовать пить до 0,5 л минеральной воды, добавляя ее к жидкости.

В первые дни разгрузочного периода пожилым людям при наличии симптомов гипогликемии (головная боль, общая слабость, низкий уровень сахара крови и др.) следует рекомендовать одну чайную ложку меда или 3–5 г сахара в день.

В разгрузочный период голодания лабораторно-инструментальные исследования не желательны, если нет на это специальных показаний (например, ЭКГ при болях в сердце стенокардического характера), это касается и функциональных методов исследования (например, изучение скоростных показателей ФВД (пневмотахометрия, ОФВ₁, МОС_{25–50–75}, пикфлоуметрия); в период голодания они не рекомендуются, мотивируя недоверием к отражению бронхиальной проходимости в силу волевой зависимости). Врачебный контроль за лицами пожилого, старческого возраста в разгрузочный период лечения должен быть ежедневным.

Желательно в разгрузочный период лечения пациенту не контактировать с пищей, ибо это снижает эффект пищевой депривации.

В период голодания в организм человека не поступают витамины, их становится недостаточно, что оказывает большое влияние на отдельные ферментные системы, так как они являются коферментами важнейших ферментных систем, в особенности окислительных. Недостаточность витаминов группы А, С, В, D, Е и других в первую очередь отражается на процессах обмена, кислотно-щелочном равновесии организма.

С целью борьбы со сниженной витаминной и антиоксидантной обеспеченностью аскорбатом, токоферолом в разгрузочный пери-

од лицам пожилого и старческого возраста мы рекомендуем в зимне-весеннее время аскорбиновую кислоту по 0,2 г 3 раза в день, токоферола ацетат по 0,1 г 2 раза в день, рутин по 0,02 г 2 раза в день, а в летне-осенний период — глутаминовую кислоту по 0,5 г 2 раза в день, метилметионинсульфония хлорид по 0,1 г 2 раза в день.

Учет изменений в системе «перекисное окисление липидов—антиоксидантная защита» с целью оптимизации лечения больных БА, позволило также дополнительно (в процессе РДТ) подключать антиоксидантные средства, стимулирующие биосинтез глутатиона. Антиоксидантным и антигипоксантным действием обладает сок проростков пшеницы, где имеется много микроэлементов, поэтому его рекомендуется использовать в разгрузочном и восстановительном периоде РДТ [6].

В разгрузочный период, с целью оптимизации конечного эффекта лечения, можно подключать и некоторые другие методы лечения, из арсенала традиционной медицины, например иглорефлексотерапию, по соответствующим показаниям.

Ю. И. Полищук, Я. Я. Рудаков [179] в подготовительный период РДТ больным гипертонической болезнью рекомендовали 7–8 инъекций (по 7 мл) 25 % раствора сернокислой магнезии или назначали гипотензивные препараты (1/3–1/2 часть исходной дозы) и продолжали их еще 3–4 дня в разгрузочный период, в случаях необходимости.

Лица пожилого и старческого возраста, особенно соблюдающие посты, обычно хорошо переносят разгрузочный период РДТ, но это во многом зависит от качества психологической подготовки больного к этому лечению.

Относительно срока голодания следует отметить, что его продолжительность зависит от периода выведения шлаков, восстановления структуры тканей и функции органов. Поэтому в разгрузочный период у пожилых пациентов особо нужно следить за тем, чтобы шлаки (через эфферентные органы выведения. — *Ред.*) выводились регулярно, ибо их задержка в организме обуславливала ухудшение самочувствия пациентов.

Оптимально индивидуальный срок голодания можно мониторировать по содержанию ацетона в конденсате влаги выдыхаемого воздуха [22], но это требует специального лабораторного обеспечения разгрузочного периода.

Мы считаем, что в основу контроля разгрузочного периода, как и вообще всей РДТ, можно положить самооценку больным своего состояния и клинические наблюдения компетентного врача.

Одним из методов контроля за расшлакованностью организма является также иридологическое исследование, объективно оценивающее очистительный эффект организма пациента [39]. Так, ис-

следования [192, 218] показали, что проведение курса РДТ способствовало уменьшению зашлакованности автономного кольца, изменению цвета радужки в сторону просветления, уменьшению числа адаптационных нервных колец и токсикодистрофических знаков, т. е. имела место своеобразная перестройка оптико-церебрального вегетативного аппарата.

Положительного эффекта нет, если в разгрузочном периоде (это может быть, например, при несоблюдении методики пищевой депривации, недостаточности очистительных процедур. — *Ред.*) отсутствует чувство голода, не снижается масса тела у «голодающего», нарастает интоксикационный синдром (общая слабость, головная боль, плохой сон, повышение температуры). У пожилых пациентов в это время развивается или усиливается сердечная недостаточность. Появление вышеприведенных отрицательных симптомов свидетельствует о необходимости коррекции методики голодания, очистительных процедур, а при невозможности указанного даже прекращения пищевой депривации.

Клиническими показателями завершения лечебного голодания являются: появление сильного аппетита, очищение от налета языка, который становится ярко-красным и влажным. Основной обмен сохраняется на прежнем низком уровне.

У пожилых пациентов физиологические функции разных органов и систем нарушаются в большей мере, чем у молодых, поэтому для их восстановления, путем «очищения» организма необходимо больше времени. Например, пожилым больным БА в условиях полиморбизма рекомендуется разгрузочный период до 3 нед. и более. Считаю, что разгрузочный период лечебного голодания у лиц пожилого и старческого возраста (при любой патологии. — *Ред.*) должен быть не менее 14 дней, что определяется временем прохождения ацидотического криза.

Восстановительный период. Е. И. Архий [11], оценивая значимость восстановительного периода, считает, что он должен быть строго умеренным, адекватным и соответствовать пищевой нагрузке и функциональному состоянию организма голодающего человека. В этот период лечащий врач должен клинически оценить состояние всех органов и систем пациента, проанализировать его иммунологический статус, антиоксидантную обеспеченность организма и др. Особенности восстановительного периода, детально разработанные в отношении больных БА с сочетанной патологией [97] вполне приемлемы для лиц пожилого и старческого возраста, их основные положения сводятся к нижеследующим:

— продолжительность восстановительного периода у соматических больных должна быть равна половине продолжительности разгрузочного периода или несколько превышать его;

— в течение всего восстановительного периода питания запрещается употребление соли во избежание отеков;

— с первого дня восстановительного периода отменяются все «очистительные» клизмы, ванны, души, прогулки и др.;

— первые 4—5 дней до восстановления самостоятельной функции кишечника режим пациента должен быть щадящим, больной должен больше отдыхать (сидеть, лежать);

— необходима строгая постепенность в наращивании питания по дням;

— пациентам во время еды не следует ни на что отвлекаться; они должны многократно тщательно пережевывать пищу во рту, прежде чем ее проглотить, избегая торопливости.

В своей практической работе мы придерживались вышеприведенных принципов восстановительного периода РДТ, продолжая назначение витаминных препаратов, микроэлементов, на протяжении всего периода, обязательно учитывалась основная и сопутствующая патология.

Восстановительный период наших больных в среднем составил 10 дней.

В плане оптимизации питания в восстановительном периоде для пожилых наиболее приемлем в первые пять дней — «сывороточный» вариант [97], сущность которого представлена в Приложении 1.

С 7—10-го дня больным постепенно следует подключать суп овощной протертый с гренками, кашу манную на половинном молоке, чай зеленый байховый на молоке, картофельно-морковное пюре, кашу пшеничную молочную, печеные яблоки и др. Соль рекомендовать на 8—10-й день в зависимости от наличия сердечной недостаточности, 6—8 г в сутки.

После окончания восстановительного периода больных пожилого и старческого возраста необходимо переводить на диетпитание согласно «стола» (№ 15), рекомендованного Институтом питания РАМН при соответствующей основной патологии.

Режим восстановительного диетического питания после этапа лечебного голодания должен быть щадящим с исключением пищевых перегрузок, так как в противном случае утрачивается его успех.

Через 2—3 мес. после курса РДТ больным рекомендуется проводить разгрузочные дни (печеный картофель до 500 г при сердечно-сосудистой патологии, яблоки до 1 кг больным с заболеваниями печени и др.) с частотой один разгрузочный день в 1—2 нед.

В случаях рецидива заболевания, особенно больным с изолированной систолической артериальной гипертензией, следует провести через одну неделю короткий курс РДТ или провести 2—3 курса прерывистого голодания.

Другие методики РДТ, по-видимому также могут использоваться у больных пожилого и старческого возраста врачом, имеющим личный опыт их применения с учетом официальных пока-

заний-противопоказаний. Так, например, абсолютное голодание в клинической практике следует назначать больным при наличии отеков, поэтому его можно проводить больным пожилого и старческого возраста с сердечной недостаточностью, а также при необходимости получения быстрого результата лечения, для дегидратации. Равным образом «ступенчатое» голодание следует иметь в виду при наличии у пациентов пожилого и старческого возраста алиментарного ожирения. Данная методика используется с хорошими результатами.

В принципе, РДТ показана пожилым и старикам как лечебный фактор, поскольку у них обычно имеют место разнообразные заболевания, подлежащие лечению дозированным голоданием. У пожилых главным является учет противопоказаний для проведения РДТ, которые у большинства из них идентичны среднему (45—59 лет) возрасту.

Кроме общих противопоказаний пожилым людям не следует проводить РДТ при недостаточности кровообращения III ст., стойких нарушениях сердечного ритма и проводимости, выраженном дефиците массы тела, а также в период острых или (выраженных. — *Ред.*) обострениях хронических заболеваний.

Старческий возраст является относительным противопоказанием для назначения РДТ. Считаем, что к РДТ следует подходить строго индивидуально, необходим постоянный врачебный контроль за больным, особенно в разгрузочном и раннем восстановительном периодах лечения. Полиморбизм у пожилых и стариков усиливает показание для назначения РДТ, главное — выбрать правильную методику лечебного голодания с учетом основной и сопутствующей патологии.

Относительным противопоказанием РДТ является обездвиженность больного при любом заболевании. Однако это не значит, что у таких людей не может быть положительного лечебного эффекта. В случае, когда все методы и средства исчерпаны, целесообразно провести голодание даже в обездвиженном состоянии больного человека и можно получить убедительный положительный лечебный эффект.

Голодание оказывает сильное влияние на состояние кровообращения, способствует восстановлению капиллярного кровообращения, поэтому РДТ особенно показана больным гипертонической, ишемической болезнью сердца, которыми страдают лица пожилого и старческого возраста. Однако, если показания и противопоказания РДТ недостаточно учитываются, могут возникнуть осложнения.

Как и при любом методе лечения, при РДТ могут возникнуть побочные реакции, ослабляющие положительное действие конечного результата. Их количество и интенсивность зависит от тщательности клинического обследования больных к предстоящему

лечебному голоданию, правильности выбора методики и ее четкого проведения.

Возникновение осложнений в период РДТ также зависит от правильности размещения больных в лечебном учреждении (проживание вблизи пищеблока или со здоровыми лицами). Осложнения при РДТ могут возникнуть в разгрузочный и восстановительный периоды. Главная задача врача — своевременно выявить побочные реакции РДТ и быстро их устранить.

У больных пожилого и старческого возраста «осложнения» (побочные реакции) наиболее часто появляются на 2—3-й день разгрузочного периода, когда в организме голодающего уменьшается содержание глюкогена, и начинают накапливаться кислые продукты неполного расщепления жира (ацетон, масляные кислоты), снижаются щелочные резервы. У пациента появляются симптомы интоксикации: головная боль, общая слабость, головокружение, ухудшается сон, повышается раздражительность. Голодающего начинают раздражать вид, запах пищи, разговоры о еде, звук посуды, начинает появляться жажда. Со стороны желудочно-кишечного тракта проявляется слюнотечение, ощущение сосания под ложечкой, урчание в животе, тошнота и даже рвота, снижается масса.

Этого не надо бояться, в 33 % случаев это стадия пищевого возбуждения — мягкий стресс для организма, физиологическая встряска через систему гипоталамус — гипофиз — поджелудочная железа — печень, усиливающая фагоцитарную и иммунную защиту организма и ее надо преодолеть, продолжая лечебное голодание. При выраженной симптоматике в этот период голодающему можно рекомендовать: проветрить помещение или совершить прогулку на свежем воздухе, пить холодную воду с добавлением соды или негазированной минеральной воды («Боржоми», «Гоголевскую», «Миргородскую», «Арзни» и др.), полоскать ими рот. Одновременно необходимо очистить кишечник с помощью клизмы, принять душ или ванну.

В стадии кетоацидоза, когда отмечается налет на языке, сухость языка и губ, слизь на зубах, запах ацетона изо рта, сухость и бледность кожных покровов, снижение веса и даже некоторое обострение хронических заболеваний (основного или сопутствующих), голодающему следует выполнять вышеприведенные рекомендации и можно провести промывание желудка 3—5 % раствором соды, внутривенное вливание 5 % раствора бикарбоната натрия 200—300 мл, что сглаживает его симптомы.

В период голодания в результате аутолиза могут появиться горечь во рту или сладкий вкус, одышка при небольшой физической нагрузке. Надо набраться терпения и не прекращать голодание.

Некоторые больные нарушают режим питания, продолжают курить, употреблять алкоголь, что ведет к раздражительности, сердцебиению, нарушению сна, головной боли, общей слабости

(в этом случае следует прекращать разгрузочный период. — *Ред.*). В период голодания не следует контактировать с пищей, что также вызывает отрицательные реакции.

Осложнения могут иметь место также и в восстановительном периоде, когда пациент не придерживается рекомендованного режима выхода из голодания: употребляет нерекомендованную пищу, часто в большом количестве. Могут развиваться отеки, появляться одышка, возникают запоры, если не прекращаются в этот период клизмы. В восстановительный период пациент должен быть на полупостельном режиме.

В нашей практике у 2 женщин с БА при проведении РДТ началось маточное кровотечение. У 3 больных пожилого возраста в период РДТ констатировали обострение хронического холецистита, у одного — гайморита, у 2 больных в восстановительный период отмечался дискомфорт со стороны желудочно-кишечного тракта (боли, тошнота и рвота).

Вышеприведенные побочные реакции, или «осложнения», являются не опасными для жизни больного и с ними можно легко справиться. Однако в литературе описываются и серьезные осложнения, возникающие в период РДТ: острый живот [251], почечные колики [97].

Л. Д. Куница и соавт. [106] провели РДТ 77 больным с различной терапевтической патологией, из которых у 27 больных была зарегистрирована ИБС в сочетании с гипертонической болезнью. Во всех случаях лечебное голодание оказалось высоко эффективным. Однако у 4 больных имели место грозные осложнения: у 2 больных с ИБС на 15-й день лечебного голодания возник мелкоочаговый инфаркт миокарда, у 2 больных возникла пароксизмальная мерцательная аритмия вследствие образования тромба в левом предсердии, у одного больного также возник тромб в левом предсердии без развития мерцательной аритмии. Это свидетельствует о том, что РДТ сопряжена с возможностью развития тяжелых осложнений, что требует тщательного медицинского обследования, наблюдения и контроля пациентов во время лечебного голодания.

Оптимизация эффекта лечебного голодания у больных пожилого и старческого возраста (предпочтительна. — *Ред.*) методиками традиционной медицины. Для повышения эффективности результатов лечения многие авторы [188, 189] рекомендуют в период РДТ применять различные методы преимущественно традиционной медицины.

Так, в процессе РДТ больных гипертонической болезнью с нервно-психическими расстройствами с успехом применяли различные методы и формы психотерапии, включая гипнотерапию. Авторы отметили повышение внушаемости и гипнабельности этих больных в период сочетанной терапии, особенно в последующих сеансах. В первые 3—5 дней лечебное голодание констатировало

понижение гипнабельности, что объясняется усилением невротоподобной симптоматики.

РДТ широко внедряется в курортной практике, особенно для лечения больных гастроэнтерологического профиля. Комплекс используемых курортных факторов (бальнеолечение, внутренний прием минеральных вод) в условиях санаторно-курортного лечения является важным звеном в системе реабилитации больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Вместе с тем многие возможности более полноценной терапии на курортах, особенно при сочетанной патологии (пищевая аллергия, ожирение), требуют дополнительных методов лечения, к которым относится РДТ. Так, Т. М. Ганич и С. И. Ковач [49] включали в комплекс курортного лечения трехдневную РДТ в сочетании с бальнеолечением углекислыми ваннами, кишечными промываниями минеральной водой, физнагрузками и получили значительно лучшие результаты, чем только одними санкурортными факторами. В. А. Завадяк и соавт. [75] сообщали, что в условиях санатория они применили РДТ в сочетании с промыванием пищеварительного тракта минеральной водой «Поляна Квасова» и пришли к выводу, что такая сочетанная терапия, особенно при патологии тонкой кишки и других органов, которые трудно поддаются общепринятому лечению, сравнительно более эффективна. В. В. Лобков и соавт. [119] проанализировали результаты лечения 62 больных БА в возрасте до 62 лет методом РДТ и иглорефлексотерапии с первого дня поступления больного в стационар и назначения РДТ. Иглорефлексотерапия проводилась ежедневно, во время сеанса вводили строго индивидуализировано от 3—5 до 8 игл в течение 10—15 сеансов в зависимости от тяжести течения заболевания. Такое сочетание РДТ и ИРТ было высоко эффективно.

Считаем, что при проведении РДТ следует придерживаться классической разработанной и обоснованной методики лечебного голодания, изложенной в методических рекомендациях ВНИИП, материалы которых используются уже 25 лет [96] подтверждены глубокими научными исследованиями на основе практического применения. В разгрузочный период лечебного голодания следует использовать заместительную фармакотерапию, без которой невозможно обойтись; фитотерапию, психотерапию необходимо продолжать в восстановительный период и в отдаленном периоде. Вопрос применения других методов лечения необходимо решать индивидуально в каждом случае.

СОБСТВЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Проанализированы результаты РДТ у 32 больных пожилого и старческого возраста, среди которых мужчин — 14, женщин — 18 (возраст $67,8 \pm 1,2$ года). При этом разделили больных на несколь-

ко групп, выделив среди сочетанной патологии ведущую. Так, в 1-й группе (16 больных) ведущей была сердечно-сосудистая патология (ИБС и изолированная систолическая артериальная гипертония); в этой группе было выявлено множество сопутствующих заболеваний: органов дыхания, опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта, заболевания почек, мочевых путей и др. Во 2-й группе ведущей была ХОБЛ (6 больных); сопутствующая патология — болезни сердца, опорно-двигательного аппарата, почек, заболевания ЖКТ и пр. В 3-й группе ведущей была патология ЖКТ (2 больных); сопутствующей — БОД, сердечно-сосудистой системы и др. В 4-й группе ведущей была патология опорно-двигательного аппарата (8 больных); сопутствующая — поражения сердца, органов дыхания, пищеварения и др. Всего на 32 больных пожилого и старческого возраста приходилось 99 сопутствующих заболеваний, т. е. по 3 заболевания на каждого. Ведущими среди сопутствующей патологии были сердечно-сосудистые заболевания и болезни опорно-двигательного аппарата.

Лечение всех больных мы проводили по методике *полного голодания, рекомендованного ВНИИ пульмонологии* [96]. В процессе голодания 3 больных перевели на методику «сухого» не жесткого голодания, 2 — на «ступенчатый» метод [95].

По времени РДТ преимущественно проводилась в период Рождественского (19 чел.), Великого поста (9 чел.) и 4 чел. в Петров пост. Средняя продолжительность периодов РДТ составила: подготовительного — 7 дней, разгрузочного — 14 и восстановительного — 10 дней.

Приведем результаты лечения по группам основного заболевания.

В первую группу для лечения РДТ вошли больные с изолированной систолической артериальной гипертонией (ИСАГ) и больные ИБС. Лечение пациентов с этой патологией весьма сложно. Это обусловлено не только частыми осложнениями (нарушениями ритма, сердечной недостаточностью), но полиморбидностью за счет сочетания с сахарным диабетом, дисциркуляторной энцефалопатией, бронхообструктивным синдромом. С возрастом, особенно у пожилых, систолическое артериальное давление является одним из важнейших факторов риска. Частота ИСАГ увеличивается с возрастом, а диастолическое артериальное давление, наоборот, часто стабилизируется в возрасте 50–60 лет, с последующим снижением.

Среди больных 1-й группы 10 страдали ИСАГ, 6 больных — ИБС. Мужчин — 10, женщин — 6 (возраст $68,4 \pm 1,2$ года). Особенностью РДТ больных, страдающих ИСАГ и ИБС, было удлинение разгрузочного периода, который в среднем составил 10 дней. К третьему дню пищевой депривации систолическое артериальное давление (САД) снизилось до нормальной должной

величины у 4 больных, на 10-й день разгрузочного периода — у 10 больных и на 16-й день — у одного больного*.

Еще у одного больного давление снизилось в восстановительном периоде. Следует отметить, что у 5 больных САД опустилось ниже нормальной «возрастной» величины и возвратилось на 4-й день восстановительного периода к норме.

Применение РДТ больным с заболеваниями сердца положительно влияло и на многочисленную сопутствующую патологию. Лечебное голодание этой группы больных улучшало состояние их липидного обмена. Так, отмечено снижение уровня холестерина, липопротеидов высокой плотности, повышение количества фосфолипидов, липопротеидов низкой плотности. В течение 1,5 года после однократного курса РДТ состояние этих больных оставалось удовлетворительным, гипотензивные препараты принимались изредка, отсутствовали боли в области сердца у больных ИБС, что уменьшило прием коронаролитиков.

* * *

Больная К., 62 лет, пенсионерка. Повышение АД начала отмечать около 10 лет. Лечилась постоянно около 8 лет, принимала все имеющиеся гипотензивные препараты. Однако систолическое артериальное давление оставалось высоким — около 200 мм рт. ст., диастолическое — 90 мм рт. ст. Больная страдала также хроническим обструктивным бронхитом и остеохондрозом позвоночника.

Ввиду явной неэффективности проводимого лечения было предложено провести курс РДТ. Больная дала согласие. После проведенного однократного курса РДТ (полное «влажное» голодание, разгрузочный период 14 дней) артериальное давление нормализовалось и больная вернулась к своей прежней работе; ежегодно на протяжении трех лет курс РДТ повторялся (разгрузочный период 7–10 дней), состояние оставалось удовлетворительным. Отмечала значительное улучшение и со стороны сопутствующих заболеваний.

Во 2-й группе больных с преобладающей бронхолегочной патологией (возраст $62,0 \pm 2,1$ года) необходимость применения РДТ была продиктована частотой приступов удушья и развитием синдрома легочно-сердечной недостаточности. Больным не помогали бронхолитические препараты, у части пациентов имела место поливалентная аллергия. В этой группе больных проводилось только полное голодание — 14 дней. У всех больных в начальный период РДТ (первые 2–3 дня) имели место боли в области сердца, сердцебиение, общая слабость, что объяснялось наличием сопутствующей патологии со стороны сердца, воздействием нарастающего ацидоза. У 2 больных не отмечали в эти дни понижения АД. Но позже, уже на 8–10-й день РДТ состояние их улучшалось, норма-

* Должное АД определялось по формуле З. М. Волинского:
САД = $102 + (0,6 \times \text{возраст})$; ДАД = $63 + (0,4 \times \text{возраст})$.

лизовалось АД, а у 4 больных прекратились приступы удушья. Клинические проявления бронхолегочной патологии после проведения РДТ в этой группе больных отсутствуют на протяжении двух лет последующего наблюдения.

Состояние антиоксидантной обеспеченности и перекисного окисления липидов у больных БА в различные периоды РДТ представлено в табл. 2.13.

Таблица 2.13

Антиоксидантная обеспеченность и состояние ПОЛ у больных бронхиальной астмой в различные периоды РДТ [217]

Показатель	Здоровые, n = 10	До лечения, n = 10	Разгрузочный период (5-й день), n = 10	Восстановительный период (7 дней) Без АО, n = 10	После лечения (7 день с применением АО), n = 10
Лингвальный тест, с	9,2 ± 0,4	18,4 ± 0,4*	13,2 ± 0,3	15,6 ± 0,5	9,6 ± 0,8
β-Прелипопротеиды, г/л	4,5 ± 0,5	5,8 ± 0,6*	4,2 ± 0,3	5,0 ± 0,4	4,7 ± 0,3
Ацилгидроперокси, ед. экст./мл	4,9 ± 0,6	7,0 ± 0,8*	5,4 ± 0,4	6,2 ± 0,6	5,0 ± 0,5
Перекисный гемолиз эритроцитов, %	3,5 ± 0,4	6,4 ± 0,6*	4,2 ± 0,2	5,0 ± 0,4	3,8 ± 0,5
МДА, мкмоль/мл	4,1 ± 0,6	5,4 ± 0,4*	4,5 ± 0,8	5,2 ± 0,2	4,2 ± 0,4
Каталаза, ед. млн эритр.	4,0 ± 0,8	3,2 ± 0,8	4,4 ± 0,4	4,6 ± 0,3	4,2 ± 0,3
СОД, ЕА/мл	1,3 ± 0,03	0,83 ± 0,03*	0,62 ± 0,05	0,75 ± 0,05	0,84 ± 0,04

* Статистически достоверно ($p < 0,05$) для группы больных БА по сравнению со здоровыми.

Таблица 2.14

Изменение некоторых показателей крови и ее свертываемости у больных БА пожилого возраста под влиянием РДТ

Показатель	До голодания, n = 10	После голодания, n = 10	Показатель достоверности
Время образования сгустка, мин.	2,91 ± 0,6	2,42 ± 0,2	< 0,05
Время рекальцификации, с	132,8 ± 1,4	163,4 ± 1,3	< 0,01
Фибриноген	3,8 ± 0,6	2,4 ± 0,4	< 0,01
Тромбоциты, × 10 ⁹	310,4 · 10 ⁹ /л	352,6 · 10 ⁹ /л	< 0,01
Количество эритроцитов	3720 · 10 ¹² /л	4220 · 10 ¹² /л	< 0,01
Протромбиновое время, с	16,0 ± 0,2	19,8 ± 0,8	< 0,01

Как следует из табл. 2.14, изучение показателей свободно-радикального окисления липидов показало, что до лечения по сравнению с контрольной группой здоровых лиц наблюдалось достоверное снижение аскорбата (лингвальный тест), токоферола (пе-

рекисный гемолиз эритроцитов), повышение начальных и конечных продуктов ПОЛ. В разгрузочный период РДТ приводит к повышению в крови аскорбата, токоферола, что снижает уровень продуктов ПОЛ. Это следует объяснить за счет «выброса» в кровоток оксидантов из внутренних органов. На 7-й день восстановительного периода уровень антиоксидантной обеспеченности (АО) снижался и нарастали продукты ПОЛ, хотя клиническая картина заболевания не менялась. Чтобы не наступило ухудшение состояния здоровья, рекомендовался прием антиоксидантов, начиная с подготовительного периода, что обусловило положительные результаты восстановительного периода.

Положительную оценку результатов РДТ у пожилых мы получили также и при изучении некоторых показателей свертываемости крови (табл. 2.15).

Из таблицы 2.15 следует, что РДТ больных БА пожилого возраста приводит к снижению коагулирующих свойств крови. У больных БА увеличивается число тромбоцитов, а специальными исследованиями показано, что полное голодание ведет к снижению агрегационных свойств крови, на что указывает уменьшение скорости агрегации (угла α) с 71,7 до 46,7° ($p < 0,02$), снижение оптической плазмы с 24,9 до 15,4° ($p < 0,02$). Все эти показатели свидетельствуют о гипокоагуляционном действии фактора голодания, что может быть причиной возникновения кровотечений (маточных, желудочных, носовых).

Больной Х., 64 года, маляр. Бронхиальной астмой страдает 8 лет, состояние неуклонно ухудшалось, приступы удушья в день возникали до 6 раз, абсолютно не помогали бронхолитики, от гормональной терапии отказывался, так как считал применение гормонов противопоказанным. Пациенту было предложено провести курс РДТ, его согласие было получено. В период РДТ (полное «влажное» голодание), (продолжительность разгрузочного периода 14 дней) приступы удушья прекратились, возвратился к работе. Повторные курсы РДТ проводились через год дважды, клинические проявления БА отсутствовали.

В 3-й группе больных с ведущей патологией ЖКТ (6 сопутствующих болезней) и в 4-й группе больных с ведущей патологией опорно-двигательного аппарата (20 сопутствующих болезней), в среднем возрасте 65,5 ± 1,5 года, разгрузочный период полного («влажного») голодания также составил 14 дней. В течение уже первых 4–5 дней разгрузочного периода у больных с заболеваниями суставов уменьшались боли, исчезала припухлость, несколько уменьшилась деформация суставов. Положительные результаты у этих больных развивались медленно, что, по-видимому, требует большей продолжительности пищевой депривации и повторных курсов РДТ; наблюдения в этом направлении продолжаются. Считаем, что больным с патологией

костного аппарата более целесообразно проводить «ступенчатое» голодание и в восстановительный период следует подключить различные методы физиотерапии, лечебной физкультуры, массаж.

В свою очередь, у 2 больных с ведущими заболеваниями ЖКТ результаты РДТ были отличными.

Что же касается *некоторых методических особенностей РДТ в гериатрической практике*, то, как уже указывалось ранее, наиболее эффективно полное («влажное») голодание, а при сопутствующем ожирении — «ступенчатое»; продолжительность пищевой депривации определяется полиморбизмом.

Особенности контроля РДТ — динамика массы тела, АД, а также основные физические проявления патологии.

Пути оптимизации РДТ — массаж (по показаниям) и все возможные виды физической (динамической) активности.

Таким образом, **у больных пожилого и старческого возраста РДТ является методом выбора в легении их, как правило, сложной, соетанной патологии.**

2.1.11. ЛЕЧЕБНОЕ ГОЛОДАНИЕ ПРИ НЕКОТОРЫХ ФОРМАХ ОСТРОЙ ПАТОЛОГИИ («ПРОСТУДА»)

В традиционной (народной) медицине достаточно широко распространен термин «простуда». С точки зрения ортодоксальной (научной) медицины это — сравнительно краткосрочное нарушение состояния здоровья с жалобами как общего характера (снижение самочувствия, слабость, потливость, повышение температуры тела и др.), так и со стороны бронхолегочной системы (наиболее часто) — чихание, кашель сухой или с мокротой, реже — боли в груди и др. Указанное состояние возникает обычно в связи с переохлаждением и другими «простудными» факторами, снижающими неспецифическую сопротивляемость организма; этому способствует неустойчивая погода, особенно ранней весной, поздней осенью, когда в повседневной пище снижается количество витаминов, антиоксидантов и пр., повышается уровень патогенной инфекции, распространяющейся от заболевших к здоровым воздушно-капельным путем. В научной медицине описанное состояние определяется однозначными терминами — ОРИ (острая респираторная инфекция), ОРЗ (острые респираторные заболевания), ОРВИ (острая респираторная вирусная инфекция), которые утверждают, что основные этиологические факторы этого состояния — респираторные вирусы (гриппа, парагриппа, инфекция аденовирусная, респираторно-синтициальная и др.), реже бактериальная аэрогенная инфекция (пневмококки и др.). Заболевшим рекомендуется освобождение от работы, полупостельный режим и симптоматическая терапия. В научной медицине при этой патологии назначают витамины (особенно С и А), нестероидные противовоспалительные средства, противовирусные препараты (интерферон и его индукторы; арбидол), при подозрении на осложнение (обычно связанное с присоединением бактериальной инфекции — пневмония, отит и др.), назначают антибиотики и сульфамиды.

Дороговизна интерферонов и осложнения от других химиопрепаратов инициируют поиск нелекарственных методов лечения «простуды», включая РДТ.

При «простуде» в организме пациента выделяется «фактор некроза опухоли» (*Tumor Necrosis Factor*), который «запускает» два важных (в этой ситуации) саногенетических механизма — повышение температуры тела и анорексию (отсутствие аппетита); первый стимулирует факторы иммунитета на борьбу с инфекцией, а второй — «переключает» силы организма («жизненную энергию») на преодоление болезни. Аналогично действуют и другие цитокины (интерфероны и интерлейкины). Пациенту в этой ситуации просто необходимо подчиниться «естественному состоянию организма: не есть, если не хочется». В этом смысле голодание является «физиологической мерой против болезни».

В методическом плане при «простуде» используются две методики — «сухое» (не жесткое) и «влажное» голодание. «Сухое» голодание предпочтительно при выраженном катаральном синдроме, а «влажное» голодание во всех остальных случаях. При затяжной простуде возможно комбинированное голодание («сухое» + «влажное»). При резко выраженном катаральном синдроме — обильное слезотечение, ринорея и др. — целесообразно «сухое» жесткое голодание на протяжении полутора суток — 36 ч (ночь — день — ночь), с соблюдением постельного (полупостельного) режима. Это позволяет сохранить «жизненную энергию» для борьбы с болезнью.

Больной С., 64 года, с умеренно выраженным алиментарным ожирением и гипертонической болезнью II стадии *по взаимному согласию проходил в стационарных условиях курс РДТ* (полное «влажное» голодание), которое планировало 2 нед. пищевой депривации. Чувствовал себя вполне удовлетворительно, жалоб не предъявлял. АД значительно снизилось и приближалось к возрастной норме. На второй неделе голодания, по-видимому, в результате внутригоспитальной вирусной инфекции остро развился выраженный катаральный синдром (слезотечение, ринорея, «посвистывание» при дыхании, субфебрилитет), значительно ухудшилось самочувствие. Больному было предложено «перейти» на «сухое» (жесткое) голодание, что и было им выполнено немедленно. Уже через несколько часов катаральный синдром резко уменьшился, а к концу суток был полностью купирован, самочувствие улучшилось. Через сутки больной продолжил полное «влажное» голодание и успешно закончил его в запланированный срок с хорошими результатами по лечению основного заболевания.

При отсутствии выраженного катарального синдрома проводится «влажное» голодание (см. раздел 1.5). При выраженной интоксикации целесообразна очистительная клизма 1—2 раза в день, которая снижает проявления интоксикации (слабость, головную боль, тошноту и др.), повышенная температура тела при этом сни-

жается. Повышение температуры тела до 38 °С, редко выше, следует рассматривать как защитную реакцию организма, целесообразную для оптимального функционирования системы иммунитета.

Продолжительность «сухого» голодания при простуде не более 3 дней, «влажного» голодания — 5–7 дней.

Во время пищевой депривации делаются очистительные клизмы; снижаются и полностью прекращаются излишние потери «жизненной энергии» при выходе на холод (кроме кратковременных воздушных ванн на улице или на балконе), затраты энергии на физическую работу. Краткосрочное голодание при «простуде» нередко проводится в домашних условиях под наблюдением компетентного врача. При этом очень важно создание в семье благоприятного психологического климата.

Точка выхода из физиологической пищевой депривации определяется по нормализации температуры тела, восстановлению чувства голода, уменьшению слабости и прочих проявлений простуды. Первый день выхода из голода производится на свежеприготовленных (фруктовых, овощных) соках, свежих сырых овощах и фруктах с тщательным пережевыванием пищевого комка. При отсутствии такой возможности варят супы и борщи из некрахмальных овощей (кроме картофеля). Желательны специи, обладающие противовоспалительным, противомикробным и противовирусным действием.

«Сухое» голодание особенно хорошо переносят пациенты, склонные к полноте. Плохо переносят «сухое» голодание более суток пациенты худые, ослабленные, со склонностью к пониженному АД (ниже 105/65 мм рт. ст.).

После перенесенной простуды и ее лечения пищевой депривацией возможны остаточные явления в виде слабости, умеренно выраженного кашля и незначительной ринореи. Это может быть обусловлено тяжестью перенесенной вирусной инфекции, состоянием иммунитета, накоплением слизи и шлаков. Поэтому при восстановительном питании необходимо воздержаться от «слизобразующих» продуктов (все — сладкое, мучное, молочное), ибо функциональная недостаточность пищеварения в периоде реконвалесценции создает дополнительные условия для слизеобразования и этим предрасполагает к осложнениям (синуситу, бронхиту, пневмонии).

Больная М. (рост — 165 см, вес — 57 кг). Клинический диагноз: ОРВИ. *Изъявила желание лечиться методом РДТ.* При физическом исследовании имели место слабость, повышение температуры тела до фебрильных величин, катаральный синдром со стороны верхних дыхательных путей. Ситуация осложнялась сравнительно низким АД 100/60 мм рт. ст. Лечение проводилось в домашних условиях (методика — *полное, «влажное» голодание*). Во время голодания пациентка было вынуждена продолжать выполнять свои домашние обязанности

(готовила пищу для семьи). Чувство голода у нее полностью отсутствовало. Пищевая депривация сопровождалась выраженной слабостью, головокружением, снижением АД до 90/55 мм рт. ст. В течение 2 дней имела место тошнота. Температура тела в первый день голодания — 38,5 °С, во второй день — 37,7 °С, на третий день — 36,8 °С, в последующем в пределах нормы. Катаральный синдром купировался. Аппетит появился лишь на шестой день и тогда начался «выход из голода». Динамика восстановительного питания: первый день — свежеприготовленные овощные и фруктовые соки; второй день — супы из «некрахмальных» овощей; третий день — отварная рыба; с четвертого дня — куриное мясо. На четвертый день опорожнения кишечника еще не было, ощущала чувство давления внизу живота. Рекомендована и поставлена уриновая клизма. После этого восстановилась нормальная функция кишечника. Соль стала употреблять в пищу на шестой день восстановительного питания. В результате 5-дневного РДТ пациентка выздоровела от ОРВИ без осложнений. Одновременно у нее улучшилось пищеварение, прежняя склонность к запорам сменилась на регулярное опорожнение кишечника. Улучшилась переносимость летней жары, резко уменьшилась потливость, повысилась работоспособность. Прежняя бессонница (засыпала с трудом) сменилась регулярным засыпанием в 10 ч вечера. Сон перестал быть беспокойным и поверхностным, а стал глубоким с хорошим самочувствием поутру.

Опыт применения краткосрочного голодания при «простуде» (острая патология) в России еще небольшой; углубленных клинико-лабораторных исследований не проводилось. Эффект быстрого купирования катарального синдрома с улучшением самочувствия при ОРВИ можно связать с увеличением концентрации защитных цитокинов (интерфероны и др.) при резкой потере («мобилизации») жидкости в этих условиях пищевой депривации [79]. Поэтому все немногочисленные чисто клинические наблюдения заслуживают внимания, тем более, что они исходят, как правило, от врачей [185].

И. А. Афанасьев [13] несколько раз успешно применял «сухое» и «влажное» голодание при ОРВИ на себе и больных, включая одного ребенка (племянника) 7 лет. При выраженном гипертермическом синдроме (температура тела выше 38,5 °С) лечебное голодание сочеталось с гидротерапией (обертывание тела мокрым отжатым полотенцем или душ с прохладной водой); при болевых синдромах применялись приемы Су-Джок терапии (семя-зерно-терапия). Применение лечебного голодания в течение 24–36 ч давало клинический эффект; при этом «сухое» голодание (у больного с выраженным катаральным синдромом со стороны верхних дыхательных путей) давало клинический эффект раньше — в 1–1,5 сут., без применения общепринятых при ОРВИ медикаментов симптоматического действия.

Там же описывается случай успешного применения комбинированного лечебного голодания («сухое» + «влажное») при ОРВИ; самонаблюдение врача [236].

Женщина-врач, 52 лет, в конце ноября 2000 г., в период сезонной вспышки ОРВИ заболела внезапно, остро: поднялась температура тела до 37,8 °С, появилась головная боль, общая слабость, умеренная потливость, затруднение носового дыхания и обильные выделения жидкой слизи из обоих носовых ходов. С первых суток заболевания больная начала лечение по методике жесткого «сухого» голодания. На протяжении 24 ч полностью прекратилось чихание и выделение слизи из носа, температура тела нормализовалась. Во второй половине дня (в первые сутки голода) имело место усиление чувства слабости, легкое пошатывание (проявление ацидотического криза. — *Ред.*), которые прекратились самостоятельно в течение часа.

В течение 2 сут. «сухого» голодания самочувствие оставалось удовлетворительным, отмечалась сухость слизистой губ, несколько участился пульс (до 88 ударов в 1 мин). АД сохранялось на уровне 100/70 мм рт. ст. Динамическое измерение массы тела констатировало ее снижение на 2 кг за первые сутки «сухого» голодания и еще на 0,5 кг — за вторые сутки. После проведенного двухсуточного абсолютного голодания, пищевая депривация была продолжена еще на 2 сут., но уже по методике полного «влажного» голодания: пила «талую» воду и выполняла водные гигиенические процедуры (очищала кишечник водяной клизмой, принимала душ и т. п.). За 3 и 4 сут. «влажного» голодания потеряла еще 2 кг массы тела (по 1 кг ежесуточно).

На 5-е сутки от начала болезни при вполне удовлетворительном состоянии начала восстановительное питание: в первый день до 1,5 л отвара сухофруктов и далее по рекомендованной схеме восстановительного питания. Следует отметить, что все это время больная сохраняла профессиональную работоспособность (*Ред.*).

Для оптимизации эффекта краткосрочного легкого голодания при «простуде» широко используется фитотерапия.

Ниже приводятся проверенные многолетней практикой эффективные варианты:

Настой «противопростудного» сбора. Пить по два глотка каждые полчаса. Настаивают по три столовые ложки с горкой сбора (из нижеуказанных лекарственных растений) на 1,5 л крутого кипятка в термосе 1–2 ч. После этого жидкость процеживают (в термосе держать указанный раствор непрощеженным допустимо не более 3–4 ч). Детям дозу подбирают соответственно массе, принимая массу взрослого, например, за 60 кг, ребенку весом в 20 кг дают дозу в 3 раза меньше: 1 ст. ложку на 1–1,5 л воды в сутки. Сбор составляют самостоятельно по следующим направлениям фармакотерапевтического действия:

— лекарственные растения с *противовирусным и широким спектром противомикробного и противопротозойного действия*: береза, молодые листья; душица, трава; лапчатка прямостоячая (калган), корневика; Melissa лекарственная, трава; можжевельник, плоды; пижма обыкновенная, цветки; ромашка аптечная, трава; чабрец, трава; тополь черный, почки; эвкалипт шариковый, листья;

— лекарственные растения с *жаропонижающим действием*: василек синий или луговой, цветки; ива козья, кора; лабазник вязолистный (таволга), трава; исландский мох, слоевища; малина, листья;

— лекарственные растения с *отхаркивающим действием*: трава вероники длиннолистной; корни или трава девясилы; трава коровяка skipetroвидного; листья подорожника большого;

— лекарственные растения с *иммунопротекторным действием, восстанавливающие иммунитет*: трава астрагалов; листья березы; трава крапивы двудомной; трава лабазника вязолистного; листья липы; корни лопуха большого; трава Melissa лекарственной; трава овса посевного; трава ромашки лекарственной; корни синюхи голубой, листья смородины; трава горца птичьего (спорыша); листья подорожника большого; слоевища исландского мха; трава репешка аптечного; трава фиалки полевой; трава череды трехраздельной; трава шлемника обыкновенного; трава яснотки белой или пурпурной;

— лекарственные растения с *потогонным действием*: трава душицы; листья и цветки липы; листья малины; листья мать-и-мачехи; трава чабреца.

В состав сбора обычно вводят 3–4 ингредиента, учитывая, что фармакологические эффекты часто пересекаются, например, у чабреца (богородская трава, фиомиамник, троичин цвет) имеет место противовирусное, отхаркивающее и потогонное действие одновременно.

После падения повышенной температуры, как показатель переломного момента в течении простуды, целесообразно назначение сбора лекарственных растений *поливитаминного действия*: ежевика сизая — листья; крапива двудомная — трава; люцерна посевная — трава; первоцвет весенний — листья; рябина обыкновенная (красная) — плоды; смородина — листья; шиповник — плоды.

После выздоровления сбор поливитаминного действия можно продолжать пить в смеси с чаем или компотом еще 2–3 нед.

2.1.12. ПОВТОРНОЕ КРАТКОСРОЧНОЕ ЛЕЧЕБНОЕ ГОЛОДАНИЕ КАК СРЕДСТВО ОЗДОРОВЛЕНИЯ ОРГАНИЗМА

Периодически проводимое лечебное голодание в различных модификациях («влажное», «сухое» и др.) разной продолжительности используется для лечения различных болезней, с учетом индивидуальных показаний-противопоказаний, а также с согласия (желания) пациента. Вместе с тем регулярное краткосрочное воздержание от приема пищи служит целям (первичной) профилактики, т. е. оздоровления и в этом смысле является *разгрузочно-диетической профилактикой* (РДП). Последнюю следует отличать от вторичной профилактики, которая применяется для предупреждения обострения хронической патологии и проводится регулярно через 6–8 мес. после курса РДТ.

Для РДП практически нет противопоказаний, поэтому ее проведение определяется, в первую очередь, желанием субъекта сохранить хорошее самочувствие и жизненный тонус, предупредить реализацию семейной патологии (например, при семейной склонности к артериальной гипертонии или солевому диатезу), его доброй волей и самодисциплиной.

В настоящее время краткосрочное голодание с целью оздоровления рекомендуется и проводится, в основном, не врачами, а целителями, т. е. людьми, которые хорошо знают и используют в своей практике методики народной медицины. В их практических рекомендациях есть определенный «разнобой»: например, P. Bragg [244], подчеркивая, что он не лечит, а оздоравливает, рекомендовал голодание еженедельное суточное и от 7 до 10 сут. один раз в 3 мес. Известный отечественный целитель Порфирий Корнеевич Иванов («Детка») в своих рекомендациях «здорового образа жизни» [74] предлагает еженедельное (34-часовое) «сухое» голодание. Данные рекомендации более импонируют, ибо они не отрывают краткосрочное голодание от других советов по закаливанию и прочим широко доступным мерам повседневного поведения, включающихся в его понятие «здорового образа жизни».

Считаю, что практически здоровому человеку для сохранения и поддержания определенного (удовлетворяющего его) уровня здоровья и качества жизни вполне достаточно регулярно проводить краткосрочное (однодневное) голодание один раз в неделю или один раз в 2 недели, т. е. 2 раза в месяц («влажное» или «сухое»), без очищения кишечника. При этом характер пищевой депривации («сухая» или «влажная») определяется в основном привычками субъекта (например, «водохлеб» или семейной склонностью к солевому диатезу; в указанных случаях предпочтительно «влажное» голодание). Однодневное воздержание от пищи можно проводить во время «трудовых будней», продолжая выполнять свои профессиональные и/или семейные обязанности; в целом следует вести себя по самочувствию.

Особенности методики краткосрочных голоданий с целью оздоровления организма. Такого рода пищевые депривации следует планировать заранее по индивидуально «знаковым» дням: например, для рака — это понедельник. Накануне запланированного дня голодания следует отменить ужин, а в день после голодания «не наедаться», ограничив себя, например, 1 л фруктового сока и блюдцем (крупяной) каши (например, овсяной). В день пищевой депривации желателен активный двигательный режим (например, идти на работу и с работы пешком). Фруктовый сок и каши следует разнообразить в соответствии с личным вкусом, чтобы это доставляло удовольствие. Желателен контроль веса тела. Однодневное голодание при активном двигательном режиме дает потерю массы тела до 3 кг (в зависимости от конституциональных особенностей индивидуума и методики пищевой депривации (голодание «влажное» или «сухое»)). О методически правильно проведенном однодневном голодании свидетельствует самостоятельное опорожнение кишечника через 1–2 дня после пищевой депривации.

Проведению вышеуказанных регулярных краткосрочных голоданий с целью оздоровления организма может помочь предвари-

тельное регулярное (один раз в неделю или два раза в месяц) проведение так называемых разгрузочных (фруктовых, овощных) дней (см. в Приложении 1) по той же методике. При этом, фруктовый сок или другой пищевой продукт следует выбирать по своему вкусу, чтобы его употребление доставляло удовольствие.

Методика контроля результатов краткосрочного голодания с целью оздоровления организма. Контроль самочувствия, качества жизни, динамика веса тела (сохранение оптимального уровня), нормальные основные лабораторные показатели (АД, ЭКГ и др.). У практически здорового человека «простуда» в межсезонье — ранняя весна, поздняя осень — бывает не чаще двух раз в год; она сравнительно легко «уступает» методам народной медицины, включая РДТ.

Оптимизация результатов краткосрочного голодания с целью оздоровления. Оно должно проводиться на фоне «здорового образа жизни», который предусматривает сбалансированное, разнообразное по набору продуктов питание, включающее свежие овощи и фрукты; его калорийность должна соответствовать степени физической активности; в пожилом возрасте со снижением физической активности калорийность должна снижаться; в пище мясо лучше заменять (морской) рыбой; включать в рацион корнеплоды, нормализующие работу кишечника; включать в пищу творог. Важное значение имеет повседневная физическая активность (ходьба). Особенно актуально для субъектов «сидячих профессий»; они должны продумать форму физической активности (например, велосипед, плавательный бассейн) на свежем воздухе. Важное значение имеет регулярная работа кишечника (раз в день) и хорошая функция других эфферентных органов — кожа, легкие, почки. Для этого необходимы регулярные гигиенические (очистительные) процедуры (русская парная баня, финская сауна). Полноценный ночной отдых (сон) до 8 ч в сутки.

2.2. РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В НЕВРОПАТОЛОГИИ

В 1928 г. на VII Международном съезде диетологов было признано целесообразным применение дозированного лечебного голодания при заболеваниях, входящих в сферу деятельности невропатологов, — начальных стадиях церебрального атеросклероза и судорожных синдромах [139].

По мнению ряда зарубежных авторов, наиболее показанными к лечебному голоданию в невропатологии являются атеросклероз сосудов головного мозга, рассеянный склероз, судорожные расстройства при эпилепсии [271, 272]. Противоречивые данные по

поводу РДТ при полиомиелите, но А. De. Vries указывал на положительные результаты [277]. О. Buchinger отмечал терапевтически стимулирующее действие лечебного голодания на вегетативную нервную систему [245].

Из отечественных авторов М. Я. Серейский в 1938 г. описал применение «голодной диеты» (10–15 дней воздержания от пищи с употреблением только 1,5–2 л воды) у больных эпилепсией [204]. Терапевтический эффект этого метода он обосновывал влиянием обезвоживания, прекращения функции кишечника с уменьшением образования возбуждающих эпилептогенных веществ, ацидотического криза, понижения кровяного давления (что указывает на антиспазматическое действие голодания), уменьшения стабильности белков. Он считал, что это лечение легче проводится у детей, чем у взрослых.

В 1966 г. Ю. С. Николаев и Б. В. Крайцеров указали на терапевтическое воздействие лечебного голодания в комплексном лечении нервно-психических больных с гипоталамическими расстройствами [149].

В 1969 г. в сборнике «Проблемы лечебного голодания» появился уже ряд публикаций по применению РДТ при таких неврологических заболеваниях как органическое поражение ЦНС посттравматического и постинфекционного генеза, диэнцефальные расстройства, церебральный атеросклероз [84, 134, 140].

В последующие годы продолжалось более углубленное изучение показаний и противопоказаний к использованию РДТ у больных с неврологическими заболеваниями, исследование динамики неврологических нарушений в процессе периода голодания и диетического питания, выяснение терапевтической эффективности данного метода у пациентов с неврологической патологией [21, 112, 181].

Показания и противопоказания к лечению. Достаточно большой опыт отечественных специалистов по использованию РДТ в неврологической практике свидетельствует о широком круге показаний к применению этого метода.

К ним относятся:

- остаточные (резидуальные) явления экзогенно-органического поражения ЦНС инфекционного и травматического генеза;
- формы вторичных энцефалитов различной инфекционной этиологии (грипп, ревматизм, тонзиллиты, бруцеллез, малярия, общие инфекции) с преимущественно психосенсорными, психопатологическими и диэнцефальными нарушениями [70, 114, 140];
- травматическая болезнь, посттравматическая церебрастения, посттравматическая энцефалопатия [84, 140, 151];
- органические заболевания головного мозга сосудистого генеза;
- церебральный атеросклероз, в том числе с синдромом артериальной гипертонии и в ряде случаев с переходящими нару-

шениями кровообращения в вертебробазилярной системе [35, 107, 181];

- вегетативно-сосудистая дистония различного генеза [35, 77, 112];
- остаточные явления органического поражения ЦНС с преимущественно гипоталамическим синдромом и вегетовисцеральными, нейроэндокринными, психосенсорными, психосоматическими проявлениями [60, 62, 181];
- органические заболевания нервной системы – рассеянный склероз, рассеянный энцефаломиелит [21];
- межпозвонковый остеохондроз, осложненный корешковым синдромом, а также другие полирадикулярные, сенсорные, психосенсорные расстройства, поражения периферической нервной системы (невриты, невралгии, полиневропатия), сопутствующие болезни Бехтерева и иным соматическим и психосоматическим заболеваниям [21, 35, 114].

Относительные показания к применению разгрузочной терапии:

- вторичные энцефалиты малярийной этиологии (отсутствие эффекта от РДТ) [97];
- сирингомиелия;

При сирингомиелии специалисты-невропатологи [21] не отмечали какого-либо улучшения после РДТ, но из-за малочисленности наблюдений считают преждевременным делать какие-либо выводы;

- эпилепсия.

Эпилептическая болезнь, по данным отдельных наблюдений зарубежных и отечественных авторов прошлых лет, терапевтически податлива к методу лечебного голодания. В современных работах отмечается, с одной стороны, исчезновение в результате РДТ эпилептиформных припадков, наблюдавшихся при травматической болезни [84, 151], «благоприятное воздействие» при эссенциальной эпилепсии [193], исчезновение у ряда больных эпилепсией припадков или их урежение [70, 140]. С другой стороны, в периоде восстановления и позже наблюдается возвращение припадков и необходимость в возобновлении приема противосудорожных средств [70, 140] или эффект от РДТ не наблюдается [21]. Таким образом, целенаправленного научно-клинического определения терапевтической эффективности РДТ при эпилептической болезни до настоящего времени не проведено.

Противопоказания к применению РДТ:

- острая тяжелая черепно-мозговая и спинальная травма;
- острые тяжелые нарушения мозгового кровообращения;
- наличие грубой органической симптоматики травматического генеза;

- далеко зашедшие формы рассеянного склероза, наследственно-дегенеративных заболеваний нервной системы;
- опухоли нервной системы;
- старческий маразм;
- наличие выраженной психопатизации характера, продуктивных нарушений мышления, изменений поведения.

Некоторые особенности разгрузочно-диетической терапии в невропатологии.

Разгрузочно-диетическая терапия при неврологических заболеваниях проводится главным образом в стационарных условиях. В то же время обоснована организация и применение РДТ больным с органическим поражением ЦНС, остеохондрозом, невритами и невралгиями, церебральным атеросклерозом в амбулаторной практике при условии создания специализированных кабинетов и учреждений амбулаторно-поликлинического типа [114].

Лечебное голодание показано при целом ряде неврологических заболеваний центральной и периферической нервной системы, а также при неврологических нарушениях, сопровождающих соматические, психические и другие болезни.

Всеми авторами использовалось *полное («влажное»)* голодание с воздержанием от приема пищи и употребления воды.

К **особенностям методики РДТ** при неврологических заболеваниях относится модификация с назначением *предварительного «адаптирующего»* короткого курса дозированного голодания (3–5 дней воздержания от пищи) *перед основным курсом РДТ* [77]. Указанные разновидности методики у больных с резидуальными явлениями травматического и инфекционного поражения головного мозга и ярко выраженными вегетососудистыми и тревожно-фобическими нарушениями для лучшей адаптации их организма к более длительным срокам голодания и формирования более адекватной и устойчивой установки на РДТ.

Другой особенностью РДТ у больных с преимущественно гипоталамическими расстройствами были *дополнительные («корректирующие», фракционные, тренирующие) короткие (5–7 дней) или средней продолжительности (10–14 дней) курсы* лечебного голодания, проводившиеся *после основного курса РДТ* [1, 2, 7]. Они применялись при недостаточных терапевтических сдвигах после первого курса лечения, переносились лучше предшествующего курса и способствовали повышению терапевтического эффекта.

Проведение РДТ состоит (как и при соматической патологии. — Авт.) также из трех последовательных периодов: подготовительного, разгрузочного (голодание) и восстановительного (диетического питания).

Подготовительный период. РДТ назначается больным с неврологическими заболеваниями при наличии показаний к этому

методу лечения, добровольном согласии больных и родственников, сознательном и активном участии пациентов в лечении. Принцип добровольности и сознательного участия в лечении особенно значим у таких больных в связи с сопутствующими многим неврологическим заболеваниям психическими расстройствами.

Подготовительный период по времени занимает около недели. Проводится клиническое и биохимическое исследование крови (на билирубин, сахар, протромбин, при показаниях — β-липопротеиды) и мочи, анализ кала, глазное дно, электрокардиография, рентгеноскопия органов грудной клетки. При заболеваниях головного мозга осуществляется параклиническое обследование — рентгенография черепа, электроэнцефалография, эхо- и реоэнцефалография, магнитно-резонансная томография и др. Больные консультируются невропатологом, терапевтом, при необходимости — психиатром и психологом и другими специалистами. Диагностика неврологического заболевания и выявление сопутствующих расстройств основывается на анамнестических сведениях, особенностях развития и течения болезни, данных клинико-лабораторного обследования и заключений специалистов.

При проведении РДТ больным с неврологическими заболеваниями, связанными в частности с поражением головного мозга и центральной нервной системы, необходимо учитывать наличие у них психоорганического синдрома с повышенной утомляемостью и истощаемостью, головными болями, эмоциональной неустойчивостью, психической гиперестезией, обидчивостью и раздражительностью, вегетативно-сосудистыми нарушениями, расстройствами сна и нередко рядом других психических проявлений. Указанный симптомокомплекс, как и гипоталамический синдром с вегетативно-висцеральными расстройствами и кризами, и некоторые другие неврологические расстройства, склонны в процессе РДТ к преходящему обострению.

Поэтому важное значение в лечении этого контингента больных имеет создание в отделении охранительно-восстановительно-го психотерапевтического режима.

При ознакомлении больных с методикой лечебного голодания обращается внимание на необходимость строгого соблюдения предписанного режима, активного участия в лечебном процессе с выполнением во время голодания лечебно-гигиенических процедур, обязательной ежедневной прогулки, исключения курения табака и употребления алкоголя. В общих чертах разъясняется механизм лечения, смысл и необходимость проводимых при этом «очищающих» процедур, характер вероятных изменений самочувствия.

Формируемая установка на воздержание от пищи, как фактор, влияющий на адаптацию организма к голоданию и оптимизацию лечебного процесса, должна быть положительной и устойчивой. Все сомнения, опасения, тревоги и страхи по отношению предсто-

ящего лишения пищи следует развезть. При удерживающейся боязни чувства голода, общей слабости и прочих создание полноценной установки можно подкрепить психотерапевтическим, в том числе суггестивным, способом. Больным с выраженной астенией, пониженным питанием рекомендуется провести в подготовительном периоде общеукрепляющее лечение [84].

Непосредственно перед первым днем голодания с больным проводится подробная беседа с напоминанием о необходимости выполнения всех условий лечения. Больные осведомляются о намечаемых сроках голодания, которые с ними обязательно согласовываются.

Разгрузочный период (голодание). Лечебное дозированное голодание при неврологических заболеваниях проводится отечественными авторами по традиционной методике Ю. С. Николаева.

Соблюдаются общие принципы проведения РДТ, принятые как при лечении душевнобольных, так и пациентов с соматическими заболеваниями [84, 97]. Выдерживаются общепринятые рекомендации при переходе с экзогенного на эндогенное питание, примерный распорядок дня, выполнение специального режима с достаточной физической активностью и общей занятостью, ежедневное регулярное исполнение комплекса очищающих от продуктов метаболизма процедур, ведение пациентами дневника самонаблюдения, своевременный отход ко сну, поддержание психологической устойчивости и коррекция соматического и психического состояния. Осуществляется контроль продолжительности и завершения разгрузочного периода.

Клиническое состояние большинства неврологических больных в периоде голодания напоминает, в сравнении с клинической картиной психически больных, состояние больных с соматическими заболеваниями [71]. Это сходство выявляется в последовательных клинических стадиях разгрузочного периода.

Отмечаются более выраженные проявления адаптационно-компенсаторной перестройки, особенно у больных с остаточными явлениями поражения ЦНС с преимущественным поражением гипоталамической области.

В *стадии «пищевого возбуждения»* (1–4-й день голодания) у ряда больных наблюдается выраженное влечение к пище, навязчивые воспоминания о еде, слюнотечение при виде, запахе пищи, разговорах о ней, полидипсия. Беспокоят головные боли, повышается раздражительность, ухудшается ночной сон.

В *стадии «нарастающего ацидоза»* (5–12-й дни голодания) и во время ацидотического криза больные жалуются на головные боли, тяжесть в голове, головокружения, «дрожь в теле», ощущение «ватности» в конечностях, тошноту, общую слабость, ухудшение ночного сна. Усиливаются парестезии, сенестопатии, неврологические и психопатологические проявления.

Для первой и второй стадий характерны колебания артериального давления, изменения ритма сердечной деятельности (тахикардия) и дыхания (гипервентиляция), дискинезии желудочно-кишечного тракта, расстройства терморегуляции (субфебрилитет), гиперестезия, иногда — симпатoadреналовые и вагоинсулярные кризы с аффективными проявлениями.

В *стадии «компенсации»*, с выходом из криза, — внезапный обрыв и прекращение патологических расстройств или постепенное их редуцирование. Исчезают психосенсорные нарушения, амнестические нарушения, улучшается ночной сон. У некоторых больных на фоне указанного улучшения удерживается пониженное настроение. Иногда выявляется нарастание общей слабости, вялости, астенической симптоматики.

Длительность стадии «компенсации» индивидуально различна. Она заканчивается критически — появлением клинических признаков, возмещающих о завершении терапевтических сроков голодания с характерным для ряда неврологических пациентов появлением выраженной астении и острого чувства голода, что служит непосредственным сигналом к началу восстановления.

Длительность воздержания от пищи дозируется индивидуально — в зависимости от веса тела, соматического состояния, возраста, нозологической и синдромологической принадлежности нервно-психического заболевания. *Средние сроки голодания равняются 14–21 дням, у ряда больных они не превышают 5–7–10 дней или достигают 25–30 дней.* В среднем за время лишения пищи теряется 10–20 % веса тела. Потеря веса свыше 20 % от исходного не допускается (исключая случаи с повышенным исходным весом и ожирением). Изредка голодание прерывается преждевременно — вследствие различных соматических или неврологических показаний, семейных и иных обстоятельств. В целом, воздержание от пищи переносится большинством пациентов удовлетворительно или достаточно легко без каких-либо осложнений. Исключение представляют некоторые пациенты с выраженным гипоталамическим синдромом и клинически тяжело протекающими вегетативными и обменно-эндокринными нарушениями, у которых воздержание от пищи провоцирует имеющиеся нарушения адаптационно-компенсаторных механизмов и обостряет патологическую симптоматику.

Восстановительное питание. Перед возобновлением питания с больными проводится обстоятельная беседа о необходимости строгого соблюдения специального диетического восстановительного питания, рекомендаций врача по контролю над питанием, сдержанности и неспешности в еде, тщательному пережевыванию пищи. Больные предупреждаются о возможных изменениях состояния, кратковременном ухудшении. С пациентами, склонными при нейроэндокринной патологии к повышенному

влечению к пище, булимии и переяданию, следует проводить отдельные психотерапевтические занятия с использованием приемов поведенческого и суггестивного воздействия.

С прекращением голодания отменяются клизмы, ванны, массаж. На первые 2—3 дня питания назначается в ряде случаев, в связи с явлениями общей слабости и возвращением болезненных нарушений, полупостельный режим, отменяются прогулки. Корректируется состояние пациентов с исходной вегетативно-висцеральной патологией.

Кормление больных начинается со свежих овощных или фруктовых соков, при показаниях — с овощного или овсяного отвара, с сыворожки из-под простокваши. Соблюдается принцип строжайшей постепенности и последовательности, как в качественном, так и в количественном отношении употребляемых пищевых продуктов. Исключается употребление поваренной соли. Поощряется желание пациентов участвовать в приготовлении пищи, — очищать от кожуры фрукты, тереть морковь и пр. В процессе еды рекомендуется есть медленно, тщательно и неспешно пережевывая пищу. При отсутствии стула в течение 4 сут. ставится клизма. Растительно-молочная гипонатриевая диета назначается на срок, в целом, равный времени воздержания от пищи. Однако сроки питания могут быть индивидуально продлены по времени или незначительно сокращены.

Восстановительное диетическое питание осуществлялось всеми специалистами, применявшими РДТ при неврологических заболеваниях, по схеме, аналогичной приведенной в разделе «Разгрузочно-диетическая терапия в психиатрии».

Приведенная диета учитывает сбалансированное соотношение белков, жиров и углеводов в пищевом рационе и обеспечивает постепенный переход больных на диетическое питание. Схема питания постоянно корректируется лечащим врачом с учетом особенностей привычного питания пациентов, а также — особенностей заболевания, адаптационных возможностей организма и наличия полиморбидности.

Отдельный контроль уделяется пациентам с нейроэндокринной формой гипоталамического синдрома, — в отношении прибавления веса, задержки жидкости, появления пастозности и пр. Возможна индивидуальная коррекция схемы питания с исключением мучных продуктов, категорическом воздержании от поваренной соли, назначения разгрузочного дня, мочегонных и пр.

В состоянии больных в восстановительном периоде в соответствии с клиническими стадиями происходят следующие изменения.

В «астенической» стадии (1—4—7-е дни диетического питания) с началом реадаптации к экзогенному питанию у больных вновь наблюдается ухудшение и обострение основных неврологических и психических расстройств, подобное обострению в 1—2-м

стадиях голодания, также «соматически окрашенное», но выраженное в меньшей степени. Наблюдаются астенические, психосенсорные нарушения, гиперестезия, расстройство сна; дисфункции сердечно-сосудистой, дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта, выделительной системы (задержка жидкости), терморегуляции (субфебрилитет). Пищевое влечение характеризуется неустойчивостью.

В стадии «интенсивного восстановления» (5—12—18-е дни) наступает быстрое улучшение самочувствия с ощущением прибавления сил, повышением идеаторной и моторной активности, со значительным послаблением или полным исчезновением патологической неврологической и психической симптоматики. Фон настроения у некоторых больных повышен. Улучшается ночной сон. Заметно повышается влечение к пище (у отдельных больных с тенденцией к булимии), у многих больных повышается половое влечение.

В стадии «нормализации» (после 13—20-го дня или позже) наблюдается стабилизация общего состояния с восстановлением нормального функционирования вегетативной нервной системы, вегетовисцеральных функций желудочно-кишечного тракта, дыхания, нормализация ночного сна, терморегуляции. Настроение становится ровным, восстанавливается трудоспособность. Сохраняется несколько повышенный аппетит, в части случаев — повышенное половое влечение. Неврологическое обследование выявляет в ряде случаев тенденцию к улучшению и нормализацию неврологических признаков — рефлексов, тремора и др.

Продолжительность подготовительного периода обычно около недели.

Продолжительность лежбного голодания определяется как особенностями адаптации к лишению пищи и переносимости голодания, обусловленными индивидуальными свойствами и характером неврологического заболевания, так и критерием достижения терапевтического эффекта.

Сроки пищевой депривации для достижения терапевтического эффекта у больных с остаточными явлениями вторичных энцефалитов инфекционного генеза от 7 до 40 дней, в среднем — 14—21 или 15—25 дней [21, 97, 134].

При травматической болезни головного мозга, церебральном атеросклерозе, рассеянном склерозе, рассеянном энцефаломиелите, синингомиелии, межпозвоночном остеохондрозе, неврологических и корешковых проявлениях при болезни Бехтерева, ожирении и при других соматических заболеваниях воздержание от пищи продолжается от 7 до 30 дней, в среднем — 14—21 день [21, 77].

Для больных с остаточными явлениями экзогенно-органического (инфекционного, сосудистого, травматического) поражения ЦНС с гипоталамическим синдромом сроки голодания составляют

от 7 до 27 дней [60, 71, 139] с рекомендацией проведения первого курса РДТ сроком не более 14 дней [62].

При выраженных астенических и вегетососудистых проявлениях экзогенно-органического генеза длительность лечебного голодания целесообразно ограничивать 12–14 днями [84] или при синдроме вегетативной дистонии различного генеза, в зависимости от типа клинической реактивности, — 7–14–21 днями [112].

Продолжительность восстановительного питания в первом курсе РДТ равна обычно срокам разгрузочного периода. В случаях последующих повторных («корректирующих») курсов РДТ со сроками голодания от 5 до 14 дней восстановительное питание продолжается 12–14 дней. В зависимости от показаний сроки диетического питания могут быть продлены и рекомендована в качестве поддерживающей терапии растительно-молочная диета.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ДИНАМИКИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЛЕЧЕБНОГО ГОЛОДАНИЯ

Применение РДТ при неврологических заболеваниях обуславливает, как и при других соматических и психических заболеваниях, закономерную динамику различных неврологических расстройств. Познание этих клинических закономерностей позволяет врачу более глубоко почувствовать терапевтический процесс при РДТ, корректировать и оптимизировать его.

В разгрузочном периоде в *первой стадии «пищевого возбуждения»* у части больных с остаточными явлениями инфекционного поражения ЦНС и церебральным атеросклерозом отмечается уменьшение головных болей, головокружений, парестезий, регресс психоневрологической симптоматики и субъективное улучшение самочувствия [140, 149]. Улучшение происходит у больных остеохондрозом и с другими заболеваниями периферической нервной системы, — уменьшаются боли в позвоночнике, ригидность мышц спины, увеличивается подвижность в некоторых отделах позвоночника [21].

У другой части больных с резидуальными органическими поражениями ЦНС различного генеза в первой стадии и особенно у многих во второй стадии «нарастающего ацидоза» и *во время ацидотического криза* наблюдается усиление неврологической и психопатологической симптоматики или ее обострение. Нарастают головокружения, шум в голове и толчки в голову, цефалгии и кардиалгии, гиперестезия, эпизоды психосенсорных расстройств с нарушениями восприятия окружающего и «схемы тела», сенестопатии, раздражительность, понижение настроения, ухудшается ночной сон [71, 97, 181]. У больных с гипоталамическим синдромом и вегетативной дистонией бывают выражены вегетовисце-

рально-сосудистые пароксизмы с неустойчивостью АД, тахикардией, с симпатoadреналовыми и вагоинсулярными приступами с ознобоподобным дрожанием, полиурией, колебаниями температуры тела, усилением тревожности и психопатологических расстройств. Клинические патологические проявления значительно усиливаются во время ацидотического криза и сопровождаются выраженной слабостью, вялостью, тяжестью в голове, болевыми явлениями, «дрожью в теле», ощущением «ватности» в ногах, тошнотой [62, 71, 181].

Указанное временное возникновение, усиление или обострение неврологической симптоматики в начале голодания (как и в начале восстановительного периода) являются обычно «благоприятным прогностическим признаком» [134].

Выход из криза у пациентов с неврологическими заболеваниями часто внезапный («критический») с прекращением, «обрывом» патологических ощущений и появлением чувства «обновления», «полного здоровья»; волнообразный («ундулирующий») с чередованием послаблений и усиления симптоматики; или постепенный («литический»), с заметным, но постепенным улучшением состояния [71, 77, 181].

В *третьей стадии «компенсации»*, после ацидотического криза, у большинства больных с неврологическими заболеваниями происходит таким образом улучшение или значительное улучшение состояния.

У пациентов с остеохондрозом и с другими расстройствами периферической нервной системы, в том числе сопутствующими болезнями Бехтерева и соматическим заболеваниям, — исчезают корешковые боли, уменьшаются или исчезают боли в позвоночнике, нарушения чувствительности, ригидность мышц спины, исчезают симптомы натяжения, увеличивается подвижность во всех отделах позвоночника, нормализуется СОЭ, бывшая до голодания ускоренной [21].

У больных с остаточными явлениями органического поражения ЦНС различного генеза и церебральным атеросклерозом исчезают головные боли, головокружения, шум и тяжесть в голове, раздражительность, нарушения внимания и отвлекаемость; уменьшается и исчезает идеаторная и двигательная заторможенность, психосенсорные проявления и соматовисцеральные ощущения, локализованные в пределах головы, грудной клетки, полости живота, уменьшается гиперестезия; редуцируются психопатологические симптомокомплексы, улучшается ночной сон [21, 71, 233]. У больных с последствиями нарушений мозгового кровообращения в периоде голодания происходило заметное восстановление функций пораженных конечностей: уменьшалась спастика в них, нарастала сила; улучшалась координация и статика, регрессировала псевдобульбарная симптоматика [21].

Исчезают эпилептиформные и эпилептические припадки, дисфория [70, 140, 151].

Наблюдается уменьшение и исчезновение гипоталамических расстройств — вегетовисцеральных пароксизмов, колебаний АД и аритмии, нарушений потоотделения и терморегуляции, регрессирование психических симптомов, выравнивание эмоционального состояния и др. [61, 71, 181]. У многих больных отмечается повышение общей активности, возрастание интереса к жизни.

В заключительной стадии голодания раньше или позже наблюдается нарастание астении, что требует коррекции сроков поддержания от пищи, особенно при гипоталамическом синдроме и вегетативной дистонии, и с учетом других признаков завершения голодания и общего состояния, своевременного возобновления диетического питания [77, 97, 112].

С началом восстановительного периода в первой «астенической» стадии, на фоне удерживающейся после голодания общей астенизации, у большинства неврологических больных происходит кратковременное возвращение болезненных расстройств или их усиление и обострение. На это указывают почти все специалисты, упомянутые выше в данном подразделе.

Вместе с обострением заболеваний у больных с остаточными явлениями органического поражения ЦНС различного генеза и с преимущественно гипоталамическими нарушениями, клиническая картина которых сходна с картиной обострений этих заболеваний в 1—2-й стадиях голодания, — ухудшение выявляется и при некоторых других неврологических болезнях.

Так, при церебральном атеросклерозе многие патологические проявления, связанные с последствиями нарушений мозгового кровообращения и функций пораженных конечностей вновь нарастают, не достигая все-таки исходного перед РДТ состояния. У больных с сопутствующими болезни Бехтерева неврологическими нарушениями возвращаются боли в позвоночнике, симптомы натяжения и ускорение СОЭ до исходных цифр [21]. У ряда больных эпилепсией возобновлялись припадки [70, 140].

В отдельных наблюдениях (малое число) нерезкое обострение у больных с остаточными явлениями инфекционного поражения ЦНС наблюдается на 10—12-й день питания [97].

Во второй стадии «интенсивного восстановления» и третьей стадии «нормализации» признаки ухудшения и обострения неврологических нарушений исчезают. Происходит прогрессивное улучшение общего и неврологического состояния больных. Возрастает психическая и физическая активность, восстанавливается работоспособность.

У больных с церебральным атеросклерозом, помимо появления внешних признаков омоложения, исчезновения головных болей, головокружений, шума в ушах и голове, утомляемости, улуч-

шения ночного сна, редуцирования психопатологических симптомов, отмечался регресс амнестических нарушений, улучшение памяти, восстанавливалась или повышалась половая потенция, повышалась трудоспособность [134, 149, 181]. На неврологические признаки РДТ влияния не оказывало [134].

При заболеваниях с остаточными явлениями инфекционного поражения ЦНС улучшение сопровождается исчезновением цефалгий, головокружений, психосенсорных, астенических и психопатологических расстройств [21, 77, 139]. Более стойко удерживаются сенестопатические проявления [77, 97]. Депримированность удерживается до конца питания, но больные становятся заметно активнее и остаточные явления депрессии снимались назначением последующей медикаментозной терапии [97].

Для иллюстрации действия РДТ при ревматическом поражении головного мозга приводим следующее наблюдение из работы А. И. Шевелева [233].

Больная, находилась в клинике психиатрии Ростовского мед. института с диагнозом: Ревматический энцефалит, депрессивный синдром.

С детства часто болела ангинами. В 25 лет перенесла ревмокардит с последующим формированием порока сердца. В 29 лет при наличии психотравмирующей ситуации впервые наблюдались в течение 2 мес. нервно-психические расстройства: была депрессивна; заявляла, что у нее рак; высказывала суицидальные мысли. В 31 год вновь понизилось настроение, не ухаживала за своим ребенком; наблюдалась психиатром. Через год вновь ухудшение состояния: настроение тоскливое, двигательное заторможено, целыми днями лежит в постели, на вопросы не отвечает. Лечение в стационаре инсулином (31 шок), антидепрессантами (мелипрамин, амитриптилин), а также френолоном и тизерином оказалось безуспешным. *Согласилась на применение разгрузочно-диетической терапии.* В соматическом статусе: увеличение сердца влево, систолический шум на верхушке, пульс 92 уд. в мин. Живот мягкий, печень не увеличена, отеков нет. Анализ крови без патологии. Сиаловая проба — 260 мг %; формоловая — отрицательная, кадмиевая — положительная. Общий белок — 8,15 %; альбуминов — 60 %; глобулины: альфа — 15 %, бета — 10 %, гамма — 15 %; альбумино-глобулиновый коэффициент — 1,5. В неврологическом статусе — рассеянная микросимптоматика.

После отмены всех медикаментов с согласия больной проведен курс РДТ (полное, «влажное». — Авт.) в течение 16 дней с последующим, равным по срокам, восстановительным периодом. С 3-го дня разгрузочного периода — заметное улучшение настроения: стала живее, более громкая речь, улыбается. После ацидотического криза (на 7-й день) — значительное улучшение. На 13-й день полностью вышла из психотического состояния: восстановился сон; критически относится к имевшимся болезненным переживаниям. К концу восстановительного периода, протекавшего без осложнений, изменилась лабораторная симптоматика: сиаловая кислота — 220 мг %, кадмиевая

проба — отрицательна. Нормализовались белковые фракции и альбумино-глобулиновый коэффициент (1,78).

В случаях с остаточными явлениями травматического поражения ЦНС (после РДТ) исчезают головные боли, приступообразные головокружения, «толчки» в голову при ходьбе, вегетовисцерально-сосудистые пароксизмы, раздражительность, гиперестезия, психические расстройства, уменьшается утомляемость и повышенное потоотделение. Восстанавливается ночной сон, выравнивается настроение, улучшается внимание и сосредоточение, возвращается интерес к жизни [21, 77, 151]. Отмечается положительная динамика и со стороны неврологии: становятся живее зрачковые рефлексы, исчезает тремор век, ослабляется тремор пальцев рук [84].

В качестве примера лечебного действия РДТ у больных с последствиями перенесенной закрытой черепно-мозговой травмы приводим наблюдение И. Клейменова [93].

Больная Ш., 35 лет, после травмы головы с потерей сознания в 28-летнем возрасте отметила появление головной боли, которая уменьшалась после отдыха. После повторной травмы головы с потерей сознания в 34-летнем возрасте наблюдалась тошнота, рвота, головокружения. Лечилась амбулаторно с незначительным улучшением. Но за месяц до настоящего поступления в стационар наступило резкое усиление головной боли, появилась раздражительность, боли во всем теле, боли в глазах, шум в голове, плохой сон, по утрам — рвота. Медикаментозное лечение в клинике нейрохирургии Ростовского мединститута эффекта не принесло. При поступлении в стационар г. Гучкова Ростовской области в соматическом состоянии больной нарушений не выявлялось. Неврологический статус: зрачки правильной формы, равномерны, реакция на свет вялая, на аккомодацию и конвергенцию — слабо выражена. Тремор пальцев вытянутых рук. Промаживание слева при выполнении пальценосовой пробы. Коленные рефлексы высокие, генерализованы, анизорефлексия. В психическом состоянии отмечалось подавленное настроение, эмоциональная неустойчивость, сосредоточение на болезненных переживаниях, плаксивость. *После согласия больной на проведение курса РДТ, воздерживалась от пищи в течение 15 дней (полное «влажное» голодание. — Авт.).* На 4-й день — резкое ухудшение состояния, появление выраженного влечения к пище. После этого — уменьшение головной боли и шума в голове, выравнивание настроения, нормализация сна. На 10-й день голодания — уменьшение всех болезненных явлений, лишь рвота удерживалась до 13-го дня. В восстановительном периоде исчезновение плаксивости, раздражительности. Зрачковые реакции оставались вяловатыми. Коленные рефлексы живые, исчезла их генерализация.

У пациентов с преимущественно гипоталамическим синдромом исчезает тахикардия, АД стабилизируется на нормальных цифрах, исчезают вегетативно-сосудистые пароксизмы, желудочно-кишеч-

ные дискинезии, психопатологические расстройства. Нормализуется температура тела, ночной сон, менструальный цикл и потенция. Некоторое время удерживается повышенный аппетит и повышенное половое влечение [60, 139, 181]. Аналогичные положительные изменения в сердечно-сосудистой системе отмечаются у больных с вегетативной дистонией [21, 113, 149].

Улучшение и положительные результаты наблюдаются у больных с межпозвоночным остеохондрозом и другими расстройствами периферической нервной системы, сопутствующими соматическим, эндокринологическим (ожирение) и другим заболеваниями. Сохраняется отсутствие болей, симптомов натяжения, увеличение подвижности во всех отделах позвоночника [21, 35]. При неврологических нарушениях в случаях болезни Бехтерева улучшение со стойким уменьшением болей, повышением подвижности в позвоночнике и нормализацией СОЭ выявляется в течение 1–2 мес. после РДТ, т. е. имеет место «отставленные» положительные результаты [21].

Эта же группа авторов указывает, что в результате РДТ у пациентов с рассеянным энцефаломиелитом иногда отмечалась нормализация функций тазовых органов. Улучшалась координация и статика, нарастала сила в конечностях, несколько уменьшалась спастика в конечностях.

Таким образом, клиническое действие РДТ в отношении неврологических заболеваний при резидуальных явлениях органического поражения ЦНС различного генеза, гипоталамической области, вегетативной дистонии, церебральном атеросклерозе, заболеваний периферической нервной системы обусловлено фазным, поэтапным характером терапевтического воздействия метода с общей тенденцией к нормализации нарушенных функций.

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕБНОГО ГОЛОДАНИЯ С ПОМОЩЬЮ НЕКОТОРЫХ МЕТОДИК ОРТОДОКСАЛЬНОЙ И ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ

Параллельный вариант применения РДТ в комплексе (комбинировании) с сердечно-сосудистыми, сосудорасширяющими, гипотензивными, дегидратационными, рассасывающими, вегетотропными, антисклеротическими, метаболическими, психотропными и другими средствами, входящими в базисную лекарственную терапию, осуществляется обычно как в подготовительном, так и на протяжении разгрузочного и восстановительного периодов. Целью использования указанных медикаментозных средств в подготовительном периоде является коррекция выраженных вегетативно-сосудистых пароксизмов и других вегетативных нарушений, расстройств сна, различных алгических и сенсорных, астенических, тревожных, психических и других проявлений, что облегчает соматопсихическую адаптацию к воздержанию от пищи. В периодах го-

лодания и восстановительного питания эти лекарственные средства при необходимости способствуют коррекции ухудшения состояния, нарушений сна, обострений в начале голодания и после возобновления питания. Назначаемые в уменьшенной дозировке психотропные препараты (транквилизаторы, антидепрессанты, мягкие нейролептики, противосудорожные) и церебропротекторы, как правило, хорошо переносятся, без выраженных побочных явлений и осложнений.

Наиболее показаны для подобного комплексного применения РДТ и медикаментозных средств больные с остаточными явлениями органического поражения ЦНС различной этиологии, гипоталамическим синдромом, вегетативной дистонией, церебральным атеросклерозом, эпилепсией [70, 140, 146].

Последовательный вариант заключается в назначении аналогичной медикаментозной и иной терапии в периоде восстановительного питания или после курса РДТ. Целью последовательного дополнительного лечения является углубление, стабилизация или достижение терапевтического эффекта в случаях недостаточного эффекта только от лечебного голодания. Этот вариант комплексного лечения назначается при затяжных церебральных, астенических, стойких психосенсорных расстройствах, остаточных депрессивных явлениях у больных с остаточными явлениями вторичных энцефалитов, травматической болезни, с гипоталамическим синдромом, церебральным атеросклерозом, эпилепсией [62, 77, 97].

Помимо приведенных выше медикаментозных средств указанными авторами в комплексе РДТ применяются в соответствии с показаниями общеукрепляющие препараты, адаптогены, сульфазин и пириогенал, кокарбоксилаза и АТФ, преднизолон и АКТГ. По показаниям назначаются также прямая рефлексотерапия, массаж, лечебная физкультура. Неотъемлемой составной частью разгрузочно-диетической терапии, особенно учитывая наличие у большинства неврологических пациентов нервно-психических, психопатологических и личностных расстройств, — является коллективная и индивидуальная психотерапия.

Значение поддерживающей терапии, повторных курсов РДТ и особенностей динамики в процессе лечения общего состояния больных, с преобладанием гипоталамических расстройств, демонстрирует нижеприведенная клиническая иллюстрация применения этого метода.

Больной С., 39 лет, научный сотрудник, женат, имеет ребенка. Перенес в 12 лет паротит, в 17 лет — малярию. В 19 лет в течение 3 мес., без видимых причин, имела место повышенная температура, сильное потоотделение, болезненные ощущения в мышцах при движении. В 23 года после развода с первой женой, переутомлением в связи с работой над диссертацией, после приема алкоголя наблюдался приступ с ознобом, чувством жара, ощущением разламывания в груди. В последующем приступы повторялись, сопровождалась дрожанием,

ощущением нехватки дыхания, чувством страха, заканчивались обильным мочеиспусканием. Лечился у терапевтов, находивших грудную жабу. Занимался самолечением, бегом трусцой. В 32 года вновь после употребления алкоголя появилось головокружение, шаткость при ходьбе, ощущение нехватки воздуха, возобновились приступы сердцебиения, бросало то в жар, то в холод, наблюдались повышение температуры, повышенное потоотделение. Лечился в неврологическом отделении по поводу вегетативно-сосудистой дистонии и навязчивых страхов, принимал транквилизаторы. Появилось ощущение тумана в голове, стало трудно ездить в транспорте, плохо переносил духоту. Обращался в «скорую помощь» по поводу нехватки дыхания, страха умереть от остановки сердца. Повторно лечился в неврологическом отделении с диагнозом: гипоталамическое расстройство.

В отделении РДТ диагностированы остаточные явления органического поражения ЦНС инфекционного генеза с гипоталамическими нарушениями в виде вегетативно-сосудистых и терморегуляторных расстройств.

Обессивно-фобический и астенический синдромы. После согласия больного на проведение РДТ, он воздерживался от пищи в течение 15 дней. В первую неделю голодания имело место обострение вышеуказанной симптоматики, нарушение сна. Принимал транквилизаторы. К концу второй недели выявилась астенизация с явлениями гиперестезии к запахам, звуковым и световым воздействиям. В период восстановительного питания (14 сут.) болезненная симптоматика удерживалась в течение 10 дней. Затем отмечалось ее послабление. Лекарства были отменены.

При последующем, после окончания восстановительного периода повторном курсе РДТ с разгрузочным периодом в 10 дней на 6-й день наблюдался вегетативно-сосудистый приступ с сердцебиением, ощущением нехватки дыхания, ощущением жара и озноба, обильным мочеиспусканием, чувством страха. Вслед за этим гипоталамическая и психопатологическая симптоматика редуцировалась. После выписки в течение 3 мес. улучшение нарастало, восстановилась и повысилась работоспособность. Приступы возникали лишь после перегрузок на работе и недосыпания, были непродолжительными, в ослабленной форме. Справлялся с ними самостоятельно. Придерживался диетических рекомендаций, проводил «голодный день» один раз в неделю, занимался аутогенной тренировкой.

Через 11 мес. после выписки вновь проведено легкое голодание (14 сут.). Ухудшение состояния с вегетативно-сосудистыми проявлениями в значительно ослабленном виде наблюдались лишь на 5-е сут. голодания. Выписан со значительным улучшением состояния.

ВОЗМОЖНЫЕ ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ И ОСЛОЖНЕНИЯ, СПОСОБЫ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

РДТ больных с неврологическими заболеваниями может сопровождаться в некоторых случаях появлением известных и ранее описанных побочных реакций (осложнений), возникающих при

применении данного метода и в случаях самых различных соматических и душевных заболеваний.

Это и возникающие в периоде голодания в стадии нарастающего ацидоза — ацидотического криза — тошнота, рвота, общее недомогание и судорожные явления в мышцах рук, ног, лица, и возникновение при быстрой перемене положения тела из горизонтального в вертикальное коллаптоидного состояния, обострение сопутствующих заболеваний, а в периоде питания — осложнения, связанные с нарушением диетического режима. Способы коррекции и преодоления подобных побочных реакций и осложнений подробно описаны в литературе по РДТ [97].

В качестве характерного для неврологических больных с вегетативной дистонией осложнения в первую неделю голодания является возможное появление тахикардии с повышением кровяного давления или приступа пароксизмальной тахикардии. Данные расстройства обычно купируются посредством назначения сердечно-сосудистых средств. При устойчивости пароксизмальной тахикардии голодание прекращается [21].

У пациентов с выраженными астеническими проявлениями в третьей стадии голодания возможно в некоторых случаях быстрое нарастание общей слабости, вялости и других астенических симптомов, что указывает на необходимость своевременного возобновления питания. С началом диетического питания астенические расстройства постепенно прекращаются.

У больных с преимущественно гипоталамическим синдромом реакции адаптации к воздержанию от пищи в стадиях нарастающего ацидоза и ацидотического криза обычно резко выражены, сопровождаются вегетовисцеральными нарушениями, дизцефальными пароксизмами, тошнотой и рвотой. Расстройства корректируются и прерываются с помощью сердечно-сосудистых средств, транквилизаторов, приема щелочных вод. При неукротимой тошноте и рвоте, — что отражает затрудненную адаптацию к лишению пищи, — рекомендуется прервать голодание. При повторных курсах лечебного голодания, через 12—14 дней диетического питания, указанные гипоталамические проявления сглажены или отсутствуют, тошнота и рвота появляются позже — к 10—12—14-м сут. голодания.

Особенности нарушения адаптации при гипоталамическом синдроме нередко выявляются и в периоде восстановительного питания. У части больных с нейроэндокринной формой гипоталамического синдрома в первую неделю питания выявляется тенденция к нарушению водно-солевого обмена в виде появления пастозности и отечности со стороны подкожной клетчатки и слизистых, чувству вялости, тяжести в голове, уменьшения количества мочи, прибавления в весе. Эти расстройства преодолеваются после приема слабительного и мочегонного (триампур), однодневного

голодания с последующим видоизменением диетического бессолевого питания в сторону более жесткого контроля количества принимаемой пищи, раннего окончания еды (за 4—5 ч до сна), исключения в первые 10—14 дней мучных продуктов и пр.

МЕТОДЫ КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ В ДИНАМИКЕ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Развернутое неврологическое обследование пациентов с неврологическими заболеваниями с привлечением в случаях с психопатологической симптоматикой консультации психиатра являются первичным методом оценки нервно-психического состояния больных в подготовительном периоде, и в динамике разгрузочного и восстановительного периодов РДТ. В шкале клинической оценки терапевтической эффективности качества или глубины улучшения (ремиссии) большинством исследователей используются следующие характеристики: выздоровление (значительное улучшение), улучшение, без перемен, ухудшение.

Неврологические нарушения в головном мозге регистрируются посредством электрофизиологических исследований: электроэнцефалографии (ЭЭГ), эхо- и реоэнцефалографии (РЕГ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) и др. Вегетативно-сосудистые дисфункции и состояние сосудистой системы головного мозга определяются методом электрокардиографии (ЭКГ), измерением АД плечевых, височных, ретинальных (глазное дно) исследований с использованием капилляроскопии. Биохимические исследования включают определение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) при болезни Бехтерева, количества холестерина и β -липопротеидов при церебральном атеросклерозе.

Выраженность различной психопатологической симптоматики обычно регистрируется с использованием шкалы общего клинического впечатления (CGI), шкалы тревоги Тейлор, стандартных оценочных шкал депрессии Бека и Гамильтона, психодиагностического теста МИЛ, личностного опросника ММРІ и др. Проводимые психологические и патопсихологические исследования позволяют исследовать темп психической деятельности, умственную работоспособность, активное внимание и память, сферы внимания и запоминания.

Показатели оценочных шкал и методик регистрируются, как правило, в сроки: до начала РДТ — исходный фон, в 3-й стадии периода голодания после ацидотического криза и в 3-й стадии диетического питания восстановительного питания, или в сокращенном виде — исходный фон и в 3-й стадии восстановительного питания.

Методом контроля и прогнозирования сроков РДТ, позволяющих избежать у больных с вегетативной дистонией на фоне различ-

ных заболеваний срыва адаптации и осложнений, является вегетативный мониторинг, включающий ряд количественных, вегетативных, клинических и кардиоинтервалографических показателей.

ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ДИЕТОТЕРАПИЯ И ПОВТОРНЫЕ КУРСЫ РДТ

В результате РДТ у больных с неврологическими заболеваниями достигается терапевтический эффект в виде различной степени улучшения или выздоровления.

При заболеваниях с резидуальным постинфекционным органическим поражением ЦНС терапевтический эффект в виде значительного улучшения (выздоровления) и улучшения, по данным разных авторов, достигает 71 % [97, 134, 181]. При резидуальных органических поражениях ЦНС посттравматического происхождения терапевтический эффект достигает 67 % [84] или стойкого улучшения, в том числе и в катамнезе, у всех больных [21]. Использование в группе больных с постинфекционными и посттравматическими органическими поражениями ЦНС с клинически выраженными неврологическими и психопатологическими расстройствами только одной РДТ позволяет добиться терапевтического эффекта в 60 %, в комплексе с фармакотерапией — в 84,7 % [77].

Терапевтический эффект от применения РДТ в комплексе с психотерапией у больных с преимущественно гипоталамическим синдромом различной этиологии достигается в 80 % [62].

Для РДТ больных с неврологическими нарушениями при болезни Бехтерева характерен «отставленный» терапевтический эффект (через 1—2 мес. после курса лечения), при котором глубина терапевтических сдвигов увеличивается с течением времени.

Положительные результаты РДТ неврологических заболеваний на отдаленных этапах лечения в значительной степени связаны с *поддерживающей диетотерапией*: соблюдением пациентами (при отсутствии астенических проявлений) диетических рекомендаций — растительно-молочной диеты с ограничением поваренной соли, которой рекомендуется придерживаться, — в зависимости от неврологического заболевания, — в течение 3 мес., 1 года или постоянно. Нередко при этом рекомендуется самостоятельное периодическое проведение кратковременных курсов РДТ больным с церебральным атеросклерозом (2—3 дня в месяц или 5—10 дней в квартал) и гипоталамическими нарушениями (1 день голодания в 1—2 нед. или 3—7 дней голодания в 6—12 мес.) [21, 62, 140].

Повторные курсы лечебного голодания проводятся вслед за первым курсом РДТ или через год и более после лечения.

В первом случае, повторные последующие курсы лечебного голодания числом 1—3 и сроками воздержания от пищи — 5—7 или 10—14 дней проводятся через 14—21 день после первого курса

РДТ. Повторные курсы РДТ переносятся обычно более легко, чем первые, протекают без гипоталамических нарушений или при меньшей их выраженности. Способствуют этому, с одной стороны, углублению терапевтических сдвигов в состоянии больных, они влияют на течение заболевания, приводят к редуцированию болезненной симптоматики и стабилизации терапевтического эффекта [77]. С другой стороны, последующие повторные курсы РДТ тренируют адаптационные системы организма, что предопределяет профилактику развития гипоталамических нарушений с психическими расстройствами [62].

Во втором случае, повторный курс лечебного голодания рекомендуется проводить через 8—12 мес. после первого курса РДТ при неполной редукции неврологических расстройств, ухудшении неврологического состояния, возвращении или обострении основной неврологической симптоматики. По данным 2—4-летнего катмнеза повторные курсы способствуют стабилизации и дальнейшему улучшению состояния больных [146, 151].

В заключение необходимо еще раз отметить широкий круг показаний к эффективному применению РДТ со стороны неврологических заболеваний головного мозга и периферической нервной системы. В то же время это требуют дальнейшего научно-клинического изучения и уточнения показаний к РДТ, в первую очередь, со стороны заболеваний с судорожными проявлениями — эпилепсия и эпилептиформные расстройства — в структуре других заболеваний, а также рассеянного склероза, рассеянного энцефаломиелита и синдрома миелита.

2.3. РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ПСИХИАТРИИ

О положительном влиянии воздержания от пищи на душевное состояние и такие психические функции как внимание, мышление и память было известно уже античным философам Пифагору, Платону, Плутарху, отмечавшим при этом «повышение умственного восприятия», достижение «высшей степени умственного проникновения». Свидетельством существенной перестройки психологии личности под влиянием ограничения и добровольного лишения пищи являлась и практика распространенного среди философских школ и различных религиозных воззрений (православное монашество и др.) аскетизма (аскезы), включавшего вегетарианство, пост и голодание.

В медицинской среде одним из первых в XVII в. сообщил о положительном влиянии голодания и легкой растительной пищи

на «психические реакции» человека английский врач Чайн. В дальнейшем, русский врач и экспериментатор Н. Л. Зеланд [81], страдавший периодическими тоскливыми депрессивными расстройствами, отмечал после применения на себе голодания «радикальные перемены» в состоянии нервной системы и общем самочувствии.

В конце XIX в. известный русский психиатр С. С. Корсаков обратил внимание коллег на мнение немецкого психиатра Сименса, рассматривавшего отказ от пищи на некоторых этапах шизофренического процесса как на защитную реакцию; он считал возможным — при постоянном контроле за соматическим и психическим состоянием — воздержание от насильственного кормления в течение 14 сут. «сухого» голодания и до 50 сут. при употреблении больным воды («влажное» голодание. — *Ред.*). «Опыт показывает, — писал С. С. Корсаков, — что человек может жить без пищи довольно долго. Так, описаны случаи, где больные жили 35 и 40 дней, принимая одну только воду». И далее: «Если же больной пьет хоть воду, можно ждать 2—3 нед., а по мнению немецкого психиатра Сименса, видящего в кормлении одно из проявлений *restraint'a*, — и целый месяц»*.

Позднее аналогичной позиции придерживался Cat, возражая против насильственного кормления душевнобольных и рекомендуя голодание и соответствующую диету, а также F. Segesser [272] и E. Dewey [248]. O. Buchinger [245] высказывал мнение, что больные шизофренией, отказываясь от пищи, показывают этим самым как их следует лечить.

В начале и середине XX в. на перспективность лечения душевнобольных полным воздержанием от пищи указывали наблюдения зарубежных и отечественных исследователей — Cat, E. Schenck и H. Meyer [271] — при шизофрении и циркулярном психозе; F. Segesser, O. Buchinger, A. Mayer, E. Dewey [245, 248, 268, 272] — при депрессии и страхах; H. Hales и L. Grote, W. Panfield и G. Erixon, A. A. Суворин [38, 172, 211, 257] — при депрессии, М. Я. Серейский [204] — при эпилепсии; М. Д. Бурштейн [38] — при шизофрении, П. В. Бирюкович — при маниакально-депрессивном психозе и некоторые другие.

В 1948 г. отечественный психиатр Юрий Сергеевич Николаев, позднее профессор и член Американской академии ортомолькулярной психиатрии, впервые начал целенаправленное клиничко-лабораторное изучение применения лечебного голодания (разгрузочно-диетической терапии — РДТ) у больных кататонической формой шизофрении с отказом от пищи, а затем и с другими формами этого заболевания. Его докторская диссертация «Разгрузочно-диетическая терапия шизофрении и ее физиологическое обо-

* Приведено по книге: Николаев Ю. С. Лечение шизофрении дозированным голоданием. — М., 1963. — С. 47.

снование» [147] и развернутая публикация «Лечение шизофрении дозированным голоданием» [155] явились сильным импульсом к научному исследованию психиатрами терапевтического влияния РДТ при нервно-психических нарушениях.

По инициативе Ю. С. Николаева формируются вначале Школа лечебного голодания в Ростове-на-Дону (1961—1963), а затем с помощью и непосредственным активным участием директора Московского НИИ психиатрии профессора Д. Д. Федотова, Московская школа РДТ (1963—1988). Изучаются самые различные клинические, параклинические и иные стороны применения РДТ при различных нервно-психических заболеваниях. Результаты этих научных исследований отечественных авторов опубликованы в многочисленных диссертациях, статьях, методических рекомендациях, ряде сборников по РДТ, а также монографиях: «Лечение шизофрении дозированным голоданием» Ю. С. Николаева, Ю. Л. Шапиро, 1963 [178]; «Разгрузочно-диетическая терапия малопрогредиентной шизофрении» Ю. И. Полищука, Г. К. Заирова, 1975 [178]; «Медико-биологические основы разгрузочно-диетической терапии психически больных» Г. И. Бабенкова, В. Б. Гурвича, Г. К. Заирова, Ю. С. Николаева, 1981 [16]; «Разгрузочно-диетическая терапия затяжных неврозов и невротического развития личности» И. В. Боева, Г. К. Заирова, Ю. И. Полищука [30]; «Медико-биологические основы лечения болезней адаптации способом управляемого голодания» Я. Я. Рудакова [96].

Накоплен большой клинический опыт по использованию разгрузочно-диетической терапии при психических заболеваниях и в других городах Советского Союза и России (Ташкент, Баку, Харьков, Кривой Рог, Херсон, Феодосия, Курск, Новосибирск, Свердловск, Ставрополь, Краснодарский край, Таганрог и др.).

Зарубежными авторами в последние годы также обращается внимание на психологический и психотерапевтический аспекты РДТ [247, 267, 272].

МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ

Применение разгрузочно-диетической терапии при психических заболеваниях рекомендуется проводить в стационарных условиях. Лечебное голодание показано при многих нервно-психических заболеваниях и клинических проявлениях как невротического (различные неврозы, декомпенсации психопатий и патохарактерологические развития личности, затяжные невротические состояния и др.), так и психотического (реактивные состояния, инволюционная депрессия, малопрогредиентная шизофрения, циркулярный психоз и др.) уровней нарушений.

Общепризнанной и наиболее изученной в научном отношении является методика полного («влажного») голодания с воздержани-

ем от приема пищи и употреблением воды. В то же время при расстройствах, сопровождающихся отказом от пищи, отсутствием аппетита или снижением влечения к пище, не исключается использование комбинированного («сухого» и «влажного») голодания [94].

К особенностям методики РДТ при психических заболеваниях относится вариант «корректирующего» голодания. Методика заключается (состоит) в проведении через 2–3 нед. после первого («основного») курса лечебного голодания повторного («корректирующего») курса РДТ сроком 7–10–14 сут. Подобный «корректирующий» курс нередко применяется при неполной редукции ведущей клинической психосимптоматики в процессе первого голодания и последующего диетического питания или при рецидиве психопатологической симптоматики в первые 2 нед. восстановительного питания. Данный вариант предпочтителен в случаях с длительным хроническим течением заболевания и резистентностью к различным терапевтическим методам, в том числе и к РДТ.

Проведение разгрузочно-диетической терапии (как и при соматической патологии) состоит из трех последовательных этапов: подготовительного, разгрузочного (голодание) и восстановительного (диетического питания).

Подготовительный период. Необходимым условием назначения голодания больным с нервно-психическими расстройствами является наличие показаний, добровольное согласие больных и родственников, сознательное отношение и участие в лечении. Пациентам с клинически тяжелым течением заболевания и психотическим уровнем нарушений это лечение следует осуществлять в условиях полузакрытого или закрытого режима отделения.

Подготовительный этап по времени занимает около недели. Лечащим врачом проводится всестороннее клиническое и клинко-лабораторное обследование пациента (общие анализы крови и мочи, анализ кала, биохимическое исследование крови на билирубин, сахар, протромбин и другие показатели, ЭКГ, рентгеноскопия, психологическое обследование и пр.), собираются подробные анамнестические сведения, осуществляются консультации специалистов, выявляются сопутствующие заболевания, уточняется диагностика.

При проведении РДТ больным с душевными расстройствами, в сравнении с применением лечебного голодания пациентам с соматическими, неврологическими и другими заболеваниями, более важное значение имеет психологический и психотерапевтический фактор. Это, прежде всего, *общая психотерапия*, подразумевающая создание охранительно-восстановительного режима с исключением психической травмы, ятрогении, влияния «отрицательных лидеров», т. е. создание системы «морального влияния» по С. С. Корсакову.

При ознакомлении больного с особенностями предстоящего метода лечения подчеркивается необходимость соблюдения всех принципов и правил РДТ для достижения лечебного эффекта. Разъясняется значение активного участия пациента в лечебном процессе. Он побуждается к выполнению во время голодания необходимых лечебно-гигиенических процедур, активного двигательного режима с обязательной ежедневной пешей прогулкой, к проведению дневного времени с непрерывной занятостью различной направленности, к воздержанию от разговоров и (по возможности) мыслей о пище. Запрещается прием алкоголя, рекомендуется воздержание от курения.

В индивидуальных и групповых психотерапевтических беседах объясняется в общих чертах механизм лечения, смысл и необходимость проводимых при этом мероприятий, характер вероятных изменений самочувствия в процессе лечения. Учитывая доминирование у многих душевнобольных таких личностных проявлений как тревожность, мнительность, боязливость, страхи, внутреннее напряжение, неуверенность и пониженная самооценка, астеновегетативные и сенсорные расстройства, лечащий врач обязан разрешить все сомнения, опасения, вопросы в отношении предстоящего лечения. Формирование спокойного и положительного отношения к лишению пищи, прития данного лечения, чувства надежности в его полноценном осуществлении, в опыте врачей и медицинского персонала достигается в результате положительной психологической атмосферы отделения, улучшения в состоянии больных, прошедших РДТ, под влиянием постоянного психотерапевтического контакта между лечащим врачом и пациентом. Немаловажное психологическое значение здесь имеет и личный опыт врача по применению лечебного голодания на себе.

Существенным элементом успеха в проведении курса РДТ при нервно-психических заболеваниях является создание доброжелательного эмоционального (желательно эмпатического) контакта врача с больным. Это тем более важно при душевных расстройствах в связи с непосредственным психотерапевтическим участием врача в коррекции и оптимизации терапевтического процесса, перестройках в динамике голодания и восстановительного питания психического состояния, преобразованиях в личностной структуре.

Эти первые беседы с терпеливым выслушиванием и желанием понять, вызывают у больного чувство уверенности в том, что его понимают и принимают (акцентирование), что, в свою очередь, удовлетворяет природную потребность в безопасности и покровительстве. Ценность хорошего психотерапевтического контакта состоит и в том, что стрессовый характер терапевтического воздействия пищевой депривации и последующей реалиментации может обуславливать у больных с пограничными расстройствами и вялотекущей шизофренией возникновение так называемого «не-

вроза перенесения» с идентификацией врача с фигурой «знающего специалиста», «опытного проводника по РДТ», «учителя», «отца» и т. д.

Отдельной стороной в изучении влияния лечебного голодания на душевное состояние человека является вопрос о первичной психологической (эмоциональной) реакции на лишение пищи, обозначенной в последующем как «установка». Впервые Э. Синклер в 1911 г., затем эксперимент А. Бомбара в 1953 г., наконец экспериментальный спортивный поход без пищи в Швеции в 1954 г. под руководством врача Л. Эрдена [272] и серии туристических походов без пищи «Экстремум» в СССР (1981–1987) показали важное значение положительной устойчивой психологической установки на воздержание от пищи как фактора «стратегии поведения» и оптимизации адаптационного процесса во время голодания.

В своем первом опыте применения лечебного голодания в условиях общего психиатрического отделения, использовавшего психофармакотерапию и инсулинотерапию, учитывался ряд психологических принципов, важных для успешного проведения первоначальных курсов РДТ. Были выбраны трое (то есть группа, но ни в коем случае не один!) пациентов с наиболее показанными для успеха лечения психическими расстройствами — малопрогрессивной приступообразной шизофренией с дисморфобическим, сенесто-ипохондрическим и апатически-депрессивным синдромом с длительностью заболевания не более 2 лет и терапевтической резистентностью к проводившемуся ранее лечению психотропными средствами. Их мотивация на избавление от болезненных нарушений была высокой («готовы на все!»). После ознакомления с методом РДТ, с его высокой эффективностью при наблюдающихся у них расстройствах, были разрешены все оставшиеся у больных сомнения, опасения, тревоги, связанные с воздержанием от пищи. Пребывание в палате с тремя другими пациентами, получавшими психотропные средства и поддразнивавшими голодающих пищей, только еще больше мобилизовывало наших пациентов на то, чтобы выдержать 15-суточное испытание лишением питания. Психотерапевтическая установка категорически исключала «преодоление голода», разговоры о еде и сосредоточение на мыслях о ней, «экономии энергии» с длительным лежанием в постели. И включала умеренные двигательные нагрузки с продолжительной прогулкой, ежедневное выполнение необходимых при голодании лечебных процедур, постоянную занятость в течение дня, отношение к возникающим в процессе лечения переменам в состоянии как к положительным показателям выздоровления. В результате, у всех больных наблюдался выход в полноценную ремиссию с полной редуциацией психосимптоматики и восстановлением трудоспособности, что привлекло внимание

к эффективности метода лечебного голодания окружающих пациентов и коллег по работе.

Особое место занимает формирование целевой установки у больных с расстройствами в сфере самовосприятия, навязчивыми и сверхценными идеями. В ряде случаев с нарушением критической оценки и возможности коррекции указанных нарушений врач в той или иной степени «идет на поводу» представлений пациента ради проведения лечебного голодания, восстанавливающего нормальное самосознание, самооценку и мыслительные процессы.

В качестве примера приведем наблюдение:

Больная О., 38 лет, повар на морском судне, больна в течение 24 лет. Заболевание проявилось в 14-летнем возрасте с появлением менструаций, когда ей стало казаться, что туловище все более полнеет, а ноги остаются тонкими. Находила это некрасивым, постепенно пришла к убеждению, что она урод. Замечала, что окружающие обращают внимание на ее «тонкие» ноги. Всегда носила брюки. С целью маскировки надевала подкладки на икры и носила их под чулками в течение 20 лет. Избегала общения и близких отношений с мужчинами. Трижды лечилась без эффекта в стационарах психотропными средствами, гипогликемическими дозами инсулина.

Попытки убеждения больной, что лечебное голодание очень показано при ее заболевании и обязательно поможет, не имели успеха. Установку на РДТ удалось сформировать лишь после разъяснения, что голодание «восстановит пропорции, и ноги будут более полные и нормальные». Больная согласилась на проведение РДТ. После 18 сут. голодания на 6-й день питания ощутила, что «ноги полнеют и становятся пропорциональными туловищу». Выписалась со значительным улучшением.

Непосредственно перед первым днем голодания с больным проводится подробная беседа с напоминанием необходимости выполнения всех условий лечения. Больные осведомляются о намечаемых сроках голодания, которые с ними обязательно согласовываются.

Разгрузочный период (голодание). Воздержанию от пищи не предшествуют какие-либо предварительные изменения питания. Осуществляется санация и терапия соматических и иных нарушений (см. раздел 1.5).

Лечение начинается с предварительного очищения кишечника, которое достигается приемом внутрь большой дозы слабительного (сернокислой магнезии — 40–60 г, растворенной в 100 мл теплой воды). В некоторых случаях, где слабительное не оказывает действия, оно дается повторно. С этого же момента полностью прекращается прием пищи.

Ежедневно, в течение срока воздержания от пищи, утром с помощью медицинского персонала или самостоятельно больным делается очистительная клизма из 1–1,5 л воды температуры тела

(36,5–37 °С), окрашенной марганцовокислым калием до светло-розового цвета. Затем следует ванна или душ с температурой воды около 37 °С продолжительностью 10–15 мин. Регулярно проводится общий (давящий) массаж.

В течение голодания следует не менее 2 раз в сутки чистить зубы. Рекомендуется пить ежедневно около 1,5 л (не менее 0,5 л в отдельные дни) теплой или комнатной температуры кипяченой воды, настоя шиповника, чистой газированной воды или любой экологически чистой воды. Индивидуально, обычно на 7, 10 или 12-й день — в зависимости от времени проявления ацидоза и степени его выраженности, — пациенты принимают до 0,5 л в сутки «Боржоми». В некоторых случаях, где ацидотический криз ярко выражен и продолжителен, делается повторная клизма или промывается желудок содовым раствором. При показаниях со стороны нарушений кишечника применяется колоногидротерапия до 1–2 раз на курс лечения.

После утренних процедур, взвешивания, измерения АД и пульса, принятия общей гигиенической ванны с температурой 37–38 °С или душа, общего массажа, получасового отдыха в постели, больные выходят на прогулку. В летнее время разрешается гулять до 21 ч, в зимнее — до 19 ч. Рекомендуется давать умеренную пешую нагрузку, заниматься дыхательной гимнастикой и делать легкие гимнастические упражнения, не вызывающие чувства утомления и мышечного напряжения. Летом разрешается загорать, зимой следует теплее одеваться из-за возникающей при лишении пищи повышенной зябкости. После 2–3 ч прогулки больные возвращаются в отделение и отдыхают. Во второй половине дня они вновь совершают прогулку. Длительное пребывание на свежем воздухе, активный двигательный режим облегчают переносимость алиментарной депривации, улучшают общее самочувствие. Многие больные охотно принимают и другие «очищающие» процедуры — душ Шарко, циркулярный душ, ванны, ЛФК. В первые две недели голодания многим показана сауна или русская баня.

Свободное от сна и процедур время пациентам советуется проводить активно. Летом они могут играть в бадминтон, настольный теннис, волейбол, большую часть дня проводить на улице. Зимой участвуют в трудотерапии, играют в настольные игры, читают, в вечерние часы смотрят телепередачи, общаются и танцуют в комнате отдыха. Беседы врача активизируют пациентов на непосредственное участие в лечении. Индивидуальные листки с динамикой показателей веса, АД и пульса больные обычно заполняют самостоятельно. Необходимым условием ночного сна является достаточная вентиляция палаты.

Длительность воздержания от пищи дозируется индивидуально — в зависимости от веса тела, соматического состояния, возраста, нозологической и синдромологической принадлежности нервно-психического заболевания. *Средние сроки голодания равняют-*

ся 14–25 дням, у ряда больных они не превышают 7–10 дней или достигают 4–5 нед. С появлением клинических признаков, возвещающих о завершении терапевтических сроков голодания, — исчезновения «голодного» запаха изо рта и от кожи, выделения относительно чистой воды после клизмы, появления свежей окраски кожных покровов лица, заметного падения двигательной активности с явлениями общей слабости, некоторой раздражительности, желанием полежать, возникновения чувства голода со слюнотечением, сновидений о пище, очищения языка и пр., — больные начинают питание. В среднем за время разгрузочного периода теряется 10–15 % массы тела. Потеря массы свыше 20 % от исходного не допускается (исключая случаи с повышенным исходной массой и ожирением). Изредка голодание прерывается преждевременно — вследствие различных соматических или психиатрических показаний, семейных и иных обстоятельств. В целом, воздержание от пищи переносится большинством пациентов удовлетворительно или достаточно легко без каких-либо осложнений.

На основании данных клинико-лабораторных исследований в динамике РДТ больных шизофренией Ю. С. Николаевым (1959, 1963) *шесть клинических стадий*, которые в дальнейшем были признаны всеми специалистами-психиатрами. Из них три относятся к разгрузочному периоду и три — к восстановительному. В разгрузочном периоде это:

I. Стадия «пищевого возбуждения» в 1–4 сут. голодания.

II. Стадия «нарастающего ацидоза» — 5–12 сут., завершается «ацидотическим кризом».

III. Стадия «компенсации» или «выравнивания» — с 13-го дня и до конца голодания.

Во время *первой стадии* наблюдается повышенная пищевая возбудимость. Раздражают любые пищевые сигналы — вид, запах пищи, разговоры о еде, звук столовой посуды. Напоминание о пище вызывает нередко слюнотечение, отмечается «урчание» в животе, «сосание в животе». У больных с нервно-психическими нарушениями ухудшается сон, появляется общая расторможенность, повышается раздражительность, ухудшается настроение. У ряда пациентов обостряются психические расстройства. Повышаются сухожильные рефлексы.

Масса падает быстро (до 1 кг в сутки). Жажда не выражена. Диурез повышается. Стул после клизмы обильный. АД не меняется или незначительно повышается. Пульс и дыхание учащаются.

В начале *второй стадии* аппетит постепенно понижается или исчезает. Пищевые сигналы перестают привлекать больных, уменьшается или исчезает «урчание в животе», «сосание под ложечкой». Многие пациенты по утрам жалуются на головную боль, головокружение, тошноту, чувство слабости. Ухудшается ночной сон. Наблюдается общая психомоторная заторможенность с воз-

никновением днем дремотного состояния. Вместе с тем эти явления значительно снижаются или исчезают полностью на некоторое время после прогулки, питья щелочных вод. Обострения психической симптоматики сглаживаются или полностью исчезают. Сухожильные рефлексы резко понижаются. У отдельных больных обостряются симптомы хронических соматических заболеваний.

Падение веса уменьшается. Появляется налет на языке, сухость языка и губ, сухость и бледность кожных покровов, запах ацетона изо рта. Жажда обычно повышается. Диурез выравнивается. Стул уменьшается в объеме. Пульс и дыхание становятся реже. Кровяное давление постепенно понижается.

С началом *третьей стадии* состояние больных критически (реже волнообразно) меняется. В течение одного дня или нескольких часов в психическом и соматическом состоянии больных наступает резкий перелом. Уменьшается или полностью исчезает чувство физической слабости, появляется бодрость, повышается настроение, исчезает обострение соматических заболеваний. Отмечается уменьшение или исчезновение психопатологических расстройств.

Суточная потеря веса становится минимальной — до 200—300 г в день. Постепенно очищается от налета язык, прекращается запах изо рта. Исчезает бледность кожных покровов, иногда появляется румянец. Больные охотно пьют воду и отвар шиповника. Диурез увеличивается. Пульс и дыхание становятся редкими. Артериальное давление понижено.

Длительность третьей стадии индивидуально различна. В конце разгрузочного периода, перед началом восстановительного питания выделяется «переходный этап», указывающий на необходимость прекратить воздержание и начать питание больных. Третья стадия заканчивается критически — появлением клинических признаков, возвещающих о завершении терапевтических сроков голодания.

Врачебная тактика при обострениях психического состояния в 1—2-й стадиях голодания различается в зависимости от клинически синдромальных проявлений. Так, усилие психопатологической симптоматики с явлениями тревожности, беспокойства, внутреннего напряжения, сенесто-ипохондрических, обсессивно-фобических, депрессивных и других расстройств, нарушений сна корректируется психотерапевтическими или психотропными средствами. Психотерапевтические подходы показаны всем пациентам. Психотерапевтическая коррекция с использованием транквилизаторов, антидепрессантов, нейролептиков и других в небольших дозах применяется у ряда пациентов согласно клиническим показаниям; или дозы психотропных средств могут быть повышены у больных, начавших курс голодания на фоне приема этих препаратов. В то же время, вводимые лекарства не должны превышать

треть или половину терапевтической дозы, ввиду возможности извращенной реакции на них.

Наблюдающаяся в третьей стадии голодания положительная динамика психического состояния значительно расширяет психотерапевтические возможности и позволяет врачу вновь скорректировать медикаментозное лечение — уменьшить дозировки лекарственных средств или отменить их прием.

Приводим клиническое наблюдение.

У пациента Ф. с затяжным обсессивно-фобическим синдромом в виде танато- и нозофобий, навязчивых сомнений, защитных ритуальных действий, стойких вегетативных нарушений, субдепрессивного настроения усиление данной симптоматики в 1—2-й стадиях голодания сопровождалось также ухудшением сна. Было убедительно объяснено, прежде всего, что появление подобного ухудшения состояния у многих больных в эти сроки голодания — закономерно, что оно временно и имеет положительное значение для излечения. Ежедневно проводились индивидуальные успокаивающие беседы или психотерапевтические занятия (рационально-разъяснительные приемы). Учитывая выраженность клинических проявлений, назначался транквилизатор (феназепам) и снотворное (инавал) в небольших дозах. Предложен курс РДТ, согласие больного получено.

Ацидотический криз на 8-е сут. голодания протекал с выраженной общей слабостью, головокружением. Рекомендовалось в этот день находиться в отделении, в палате, больше лежать.

В третьей стадии голодания, с исчезновением имевшейся продуктивной симптоматики, значительно повысилась психотерапевтическая доступность больного и появилась возможность отмены медикаментозных средств и проведения катарсической, экзистенциальной, психодинамической психотерапии.

Восстановительный период. Началу питания предшествует обстоятельная беседа с больными о важности восстановительного периода, необходимости строгого выполнения рекомендаций врача по питанию, возможных изменениях состояния. Подчеркивается, что от их ответственности, от соблюдения назначаемого специального диетического режима зависит конечный результат лечения.

С прекращением голодания отменяются клизмы, ванны, массаж. На первые 2—3 дня питания назначается в ряде случаев, в связи с явлениями общей слабости, полупостельный режим, отменяются прогулки. Кормление больных начинается со свежих овощных или фруктовых соков, при показаниях — с овощного или овсяного отвара, с сыворотки из-под простокваши. Соблюдается принцип строжайшей постепенности и последовательности, как в качественном, так и в количественном отношении употребляемых пищевых продуктов. Исключается употребление поваренной соли. Поощряется желание пациентов участвовать в приготовлении пищи, — очищать от кожуры фрукты, тереть морковь и пр.

В процессе еды рекомендуется есть медленно, тщательно и неспешно пережевывая пищу. При отсутствии стула в течение 4 суток ставится клизма. Растительно-молочная гипонатриевая диета назначается на срок, в целом, равный времени воздержания от пищи. Однако сроки питания могут быть индивидуально продлены по времени или незначительно сокращены.

Восстановительное диетическое питание осуществляется примерно по следующей схеме.

В 1-й день пациенты получают 1 л овощного или фруктового сока, 1 ч. ложку меда. Рекомендуется обычно морковный, томатный, яблочный, апельсиновый, абрикосовый или виноградный соки. Сок разбавляется наполовину кипяченой водой, его принимают по глотку или 1 ст. ложке через каждые 10–15 мин. Постепенно количество выпиваемого за один раз сока и интервалы между его приемами увеличиваются. На 2-й день 1,5 л неразбавленных соков принимают по 200 мл через каждые 2 ч; в некоторых случаях добавляется тертое яблоко или апельсин. На 3-й день к 500 мл сока добавляется 750 мл кефира и 500 г яблок, которые употребляются в протертом виде с кефиром. С этого дня до 5-го дня включительно пища принимается по 5 раз в сутки через каждые 3 ч — в 9, 12, 15, 18 и 20 ч. На 4-й день к указанным продуктам добавляется тертая морковь в количестве 250 г. Она готовится в смеси с тертыми яблоками и кефиром из расчета: 100 г яблок, 50 г моркови и 100 г кефира. На 5-й день количество кефира увеличивается до 1 л в день, добавляется винегрет без соли — 200 г и сухари — 50 г. Винегрет включает картофель, свеклу, капусту, лук, зеленый горошек, растительное масло. Количество моркови увеличивается до 500 г. С 6-го дня устанавливается 4-разовое питание. Каждый прием пищи содержит: морковь — 150 г, яблоки — 100 г, кефир — 250 г, винегрет — 100 г, мед — 1 ч. ложка. С 7-го дня к рациону предыдущего дня добавляется 200 г полужидкой каши — гречневой, овсяной или манной, 200 г хлеба. На 8–9-е сут. сохраняется питание 7-го дня. С 10-го — добавляется вегетарианский суп — 200 мл. На 11-й день разрешается есть творог — 100 г с небольшим количеством сметаны. Далее, с 12-го дня прибавляется картофельное пюре на молоке с 15–20 г сливочного масла.

Приблизительная калорийность суточного пищевого рациона составляет: 1-й день — 395, 2-й — 790, 3-й — 966, 4-й — 1043, 5-й — 1377, 6-й — 1590, 7–9-й — 2111, 10-й — 2245, 11-й — 2405, 12-й — примерно 2630 ккал. При этом суточное количество белка в пищевом рационе постепенно увеличивается, по мере питания, и на 12-й день составляет 85–90 г.

В рацион диетического питания, по показаниям, могут быть добавлены овощные и фруктовые соки, свежие фрукты, овощи и орехи, ограниченное количество кефира, творога, хлеба или других продуктов.

Приведенная диета учитывает сбалансированное соотношение белков, жиров и углеводов в пищевом рационе и обеспечивает постепенный переход больных на диетическое питание. Классическая схема питания постоянно корректируется лечащим врачом с учетом особенностей привычного питания пациентов, а также — особенностей заболевания, адаптационных возможностей организма и наличия полиморбидности.

Для закрепления положительных терапевтических результатов многим больным рекомендуется, при отсутствии астенических явлений, в течение года придерживаться данной растительно-молочной гипонатриевой диеты. Помимо большого содержания в ней витаминов и минеральных солей, положительное значение имеет преобладание щелочной валентности. Переход на смешанный рацион питания с включением мясных и рыбных продуктов должен быть постепенным.

В восстановительном периоде выявлены (аналогично разгрузочному) также:

I. Стадия «астеническая», или «нарастающего пищевого возбуждения», в 1–4 сут. или до 7 сут. диетического питания;

II. Стадия «интенсивного восстановления», с 5–8 до 12 (во многих случаях — до 18–25) сут.;

III. Стадия «нормализации», с 13–15 (чаще с 18–25) до 2–3 мес.

В *первой стадии* изменяются пищевые побуждения. Сильное влечение к пище после приема небольшой порции сока сменяется чувством предельной сытости, а затем, уже через 20–30 мин снова возникает сильный аппетит. Заметно усиливается чувство слабости, желание полежать в постели. Настроение становится неустойчивым, с резкими колебаниями. Чувство блаженства сменяется раздражительностью, капризностью, необоснованными претензиями к персоналу. У некоторых больных обостряется психическая симптоматика. Сухожильные рефлексы несколько оживляются.

Масса тела в первые двое суток питания продолжает понижаться. Язык становится красным и влажным. У некоторых пациентов отмечается дискомфорт в области желудочно-кишечного тракта. Жажда удовлетворяется 1–1,5 л выпиваемого сока. Диурез несколько возрастает. Пульс и дыхание учащаются и становятся неустойчивыми. АД остается пониженным.

Во *второй стадии* аппетит повышается, и для его удовлетворения требуется уже достаточно большое количество пищи. Прибавляются физические силы. Исчезают психические расстройства, быстро улучшается самочувствие. Настроение становится повышенным, у некоторых с элементами эйфории, наблюдается повышенное стремление к деятельности. Сухожильные рефлексы становятся живыми.

Масса больных заметно возрастает. Исчезают расстройства желудочно-кишечного тракта. Устанавливается регулярный нормальный стул и умеренный диурез. Пульс и дыхание становятся устойчивыми. АД достигает нормального уровня.

В *последней, третьей, стадии* аппетит постепенно становится умеренным. Психические расстройства отсутствуют. Настроение становится ровным, спокойным, исчезает налет эйфории. Возвращается нормальная работоспособность.

Этапы психотерапевтического воздействия, преимущественная направленность психотерапии и методы психотерапии в динамике клинического состояния психически больных при РДТ

До лечения Подготовительный период	Стадия разгрузочно-диетической терапии по Ю. С. Николаеву			После РДТ 3—6 мес. — 1 год		
	Период голодания		Период восстановительного питания			
	1	2	3	1	2	3
Этапы динамики клинического состояния:						
1. Инициальный	2. Развернутой психосимптоматики, обострения и редукции симптоматики			3. Выраженной редукции психосимптоматики		
Этапы психотерапевтического воздействия:						
1. Подготовительный	II. Реконструирующий			III. Активирующий		
IV. Лечебно-педагогический						
Психологические (психофизиологические) феномены:						
Установки	Катарсиса (репродукции)			Повышения обучаемости		
Психотерапевтической доступности						
Преимущественная направленность психотерапевтического воздействия:						
Информационно-образовательная	Психокаталитическая. Корректирующая	Активизирующая	Социально-психологическая	Социально-психологическая	Социально-психологическая	Социально-психологическая
Разъяснительная	Седативная. Патогенетическая	Психокаталитическая	Психокаталитическая	Психокаталитическая	Психокаталитическая	Психокаталитическая
Убеждающая	Симптоматическая. Информационно-обучающая. Катарсическая	Патогенетическая	Патогенетическая	Патогенетическая	Патогенетическая	Патогенетическая
Эмоционально-эмпатическая	Кausalно-аналитическая	«Осознание» и «освобождение»	«Осознание» и «освобождение»	«Осознание» и «освобождение»	«Осознание» и «освобождение»	«Осознание» и «освобождение»
Мотивизирующая	«Осознание» и «освобождение»	Интегрирующая	Интегрирующая	Интегрирующая	Интегрирующая	Интегрирующая
на РДТ						
Методы психотерапии (индивидуальной и групповой):						
Информационно-образовательная	Когнитивная (рациональная)	Активизирующая	Активизирующая	Методы терапии духовной культурой.	Методы терапии духовной культурой.	Методы терапии духовной культурой.
Разъяснительная	Поведенческая (бихевиоральная)	Поведенческая (бихевиоральная)	Поведенческая (бихевиоральная)	ТТС	ТТС	ТТС
Когнитивная	Патогенетическая. Дидактическая	Когнитивная (рациональная)	Когнитивная (рациональная)	Логотерапия	Логотерапия	Логотерапия
Рациональная	Катарсис (репродукция)	Экзистенциальная. Логотерапия	Экзистенциальная. Логотерапия	Аутогенная тренировка	Аутогенная тренировка	Аутогенная тренировка
Суггестивная	Клинико-аналитическая	ТТС. Эмоционально-стрессовая	ТТС. Эмоционально-стрессовая	Психическая саморегуляция	Психическая саморегуляция	Психическая саморегуляция
	Экзистенциальная. Психодинамическая	Психодинамическая	Психодинамическая			
	Суггестивная	Суггестивная	Суггестивная			

* * *

Восстанавливается нормальный вес. Показатели сердечно-сосудистой системы, дыхания, желудочно-кишечного тракта, системы выделения держатся на уровне нормы.

С возобновлением приема пищи у ряда больных с эндогенно обусловленными заболеваниями в 1-й стадии восстановительного питания наблюдается кратковременное (от 3—4 дней до недели) обострение прежней психопатологической симптоматики. В этих случаях врач ежедневно проводит психотерапевтические разъяснительно-успокаивающие беседы и занятия. По индивидуальным показаниям могут быть назначены транквилизаторы, антидепрессанты, снотворные и другие психотропные препараты в небольших дозах, т. е. в качестве корректирующего терапевтического средства. С исчезновением проявлений обострения, нормализации сна прием лекарственных средств сокращается или они полностью отменяются. Существенно расширяются возможности применения разнообразных психотерапевтических методов (табл. 2.15). Приводим клинические наблюдения.

Больной С., 26 лет, с малопрогрессирующим приступообразным течением шизофренического процесса длительностью 7 лет и 3-кратным коэффициентным лечением в психиатрических больницах современными психофармакологическими средствами. Был резистентен к попыткам применения психотерапии. После согласия пациента на легкое голодание начал курс на фоне приема терапевтических доз транквилизаторов и антидепрессантов. Воздерживался от приема пищи в течение 15 сут. В 3-й стадии наблюдалось значительное ослабление психопатологической симптоматики. По просьбе больного лекарства были отменены (оставлен феназепам по 0,5 мг утром и вечером). Заранее был поставлен в известность о возможном ухудшении душевного состояния, как бы временном возвращении болезни после возобновления питания. В период восстановительного периода, с 3-го дня наступало обострение продуктивной депрессивно-обсессивной и психопатоподобной симптоматики с проявлениями внутренней напряженности, неусидчивости, раздражительности и озлобленности к медперсоналу, нарушением сна. Требовал выписать его домой в связи с «возвращением болезни». Консультирован профессором. После объяснения больному, что настоящее обострение — момент борьбы организма с заболеванием, «последняя, обреченная на неудачу, попытка болезни вернуться», — прогностически положительный фактор в выздоровлении и после назначения малых доз антидепрессанта (амитриптилин), санопакса, снотворного, увеличения дозы транквилизатора (феназепама до 3 раз в сутки) пациент согласился остаться в отделении. С 7—9-го дня восстановительного питания психопатологическая симптоматика полностью редуцировалась. Психотропные препараты отменены. Значительное улучшение состояния сопровождалось повышением психотерапевтической доступности. Впервые за время болезни стал податлив к когнитивно-поведенческим методам психотерапии.

Продолжительность подготовительного периода РДТ обычно около недели. Сроки воздержания от пищи и последующего диетического питания равны по длительности. Продолжительность лечебного голодания определяется критерием достижения терапевтического эффекта. Сроки пищевой депривации для достижения терапевтического эффекта у больных вялотекущей шизофренией наибольшие — 25–30 дней, у больных с периодическим и приступообразным малопрогрессирующим течением шизофрении, больных с затяжными невротами и реактивными состояниями, алкоголизмом — до 14–16 дней. При невротоподобных расстройствах гипоталамического генеза, с вегетативно-сосудистыми нарушениями показаны 7–10–14-дневные сроки голодания.

Особенностью восстановительного периода у больных вялотекущей шизофренией со сроками голодания 20 и более дней является лучшая переносимость диеты со средним (90 г в день) содержанием белка, чем с его повышением (120 г в день). Повышение содержания белка вызывает у них ухудшение самочувствия, иногда усиление основной симптоматики. При сроках голодания до 14–15 дней диета с повышенным содержанием белка переносится пациентами хорошо.

Показания и противопоказания к лечению. РДТ имеет достаточно широкие показания к применению пациентам с нервно-психическими расстройствами. Однако в психиатрической практике использование этого метода ограничивается прежде всего больными, которые выражают *желание легиться данным способом* и в состоянии добровольно воздерживаться от приема пищи в течение продолжительного времени. Этим условиям удовлетворяют *больные непсихотическими формами психических заболеваний и больные с пограничной психической патологией.*

РДТ наиболее показана при следующих заболеваниях:

Пограничные психические заболевания:

- невроты (неврастения, истерический невроз, невроз навязчивости, депрессивный невроз), в том числе с затяжным течением;
- затяжные невротические развития;
- декомпенсации психопатий тормозимого и шизоидного типа;
- реактивные (психогенные) депрессии, реакции горя.

Невротоподобные состояния экзогенно-органического (травматического, сосудистого, инфекционного) генеза.

Невротоподобные и депрессивные состояния в позднем возрасте, с начальным атеросклерозом. Инволюционная депрессия.

Токсикомании. Алкоголизм.

Шизофрения:

- малопрогрессирующая с приступообразным течением и преобладанием депрессивных и невротоподобных расстройств;
- малопрогрессирующая с вялым непрерывным течением и преобладанием невротоподобной симптоматики;

- вялотекущая простая;
- приступообразная с затяжными приступами;
- с циклотимоподобным течением.

Циклотимия с затяжными депрессивными расстройствами.

Другие затяжные неглубокие депрессии эндогенного и экзогенного происхождения.

Относительные показания:

Шизофрения с рекуррентным и шубообразным течением (значительно повышает эффективность РДТ одновременная с ней или последующая адекватная психофармакотерапия).

Навязчивые мысли отвлеченного характера, с «изолированными» монофобиями при выраженном апатическом фоне настроения.

Деперсонализационно-дереализационные синдромы, анестетическая депрессия.

Апатогипобулические и психопатоподобные расстройства возбуждаемого типа.

Паранояльно-ипохондрические расстройства.

Противопоказания к применению РДТ:

Глубокие депрессии с выраженной тоской и тревогой.

Состояния возбуждения (речевого, двигательного, галлюциаторно-бредового и др.), синдромы острого страха.

Олигофрения и явления слабоумия.

Шизофрения:

— с прогрессирующим течением (ядерные, параноидные формы) и наличием психотических расстройств, дефектных изменений личности;

— с приступообразным течением, близком к непрерывному, с преобладанием галлюциаторно-параноидных расстройств.

Кроме этого, по данным некоторых авторов, имеются показания к применению РДТ при эпилепсии и эпилептиформных состояниях. Однако эти показания (как и противопоказания) недостаточно разработаны.

Возможные побочные реакции и осложнения, способы их преодоления. В стадии нарастающего ацидоза и ацидотического криза могут возникать тошнота, иногда рвота, чувство общего недомогания, умеренная головная боль. Рекомендуются в таких случаях принимать щелочные минеральные воды или раствор пищевой соды, проветривание помещения, больше времени проводить на свежем воздухе; при рвоте — промывание желудка раствором бикарбоната натрия.

Иногда после неоднократной рвоты и обезвоживания или при продолжительных сроках воздержания от пищи, сопровождающихся уменьшением и недостатком хлористого натрия, «сводит» пальцы рук, возникают судороги икроножных, иногда жевательных мышц, подергивание мышц лица. Осложнение исчезает после

приема внутрь минеральной воды или 1 % раствора поваренной соли (200 мл через 1—2 ч 2—3 раза). При сохранении или усилении судорог голодание прерывается, назначается диетическое питание и противосудорожные средства в малых дозах.

Во время голодания при быстрой перемене положения тела из горизонтального в вертикальное, а также вследствие курения иногда может возникнуть коллаптоидное состояние. Необходимо немедленно придать телу больного горизонтальное положение, дать для вдыхания нашатырный спирт, ввести парентерально кофеин, кордиамин. В качестве профилактики развития (ортостатического. — Авт.) коллапса больным при голодании рекомендуется медленно вставать, не совершать резких движений, воздерживаться от курения.

При обострении каких-либо сопутствующих психическим расстройствам заболеваний, обострения хронической дремлющей инфекции и т. д. их лечение следует проводить по общепринятым правилам с применением специальных лечебных мероприятий. Профилактически в подготовительном периоде различные полиморбидные нарушения должны быть подвержены терапевтической коррекции и лечению. Возможность применения РДТ для лечения соматической и нервно-психической патологии одновременно должна быть согласована между психиатром, терапевтом и пациентом.

В периоде восстановительного питания возможные осложнения связаны только с нарушением диетического режима. Переедание, преждевременное употребление в пищу острых и соленых продуктов может привести к нарушениям со стороны желудочно-кишечного тракта (диспепсия, боли, обильное газообразование), к появлению пастозности и отечности со стороны подкожной клетчатки и слизистых, чувству тяжести в голове, вялости, иногда головной боли. Все эти расстройства исчезают после промывания желудка водой, приема слабительного в обычной дозе, однодневного голодания с последующей бессолевой диетой и строгим соблюдением диетического питания (см. раздел 1.8).

Особенности клинического действия лечебного голодания в психиатрии. РДТ больных с психическими заболеваниями выявляет у них разную степень выраженности вышеописанных клинических стадий, т. е. разный характер реагирования организма больного на полную алиментарную депривацию. В зависимости от выраженности этой соматической и психической реакции Ю. С. Николаевым [147, 155] были выделены три группы *клинической реактивности*:

1) с выраженной реактивностью, когда описанные стадии хорошо выражены и наступают своевременно. В этих случаях, как правило, отмечается хороший терапевтический эффект;

2) пониженной реактивностью, когда клинические стадии выражены, но развиваются с запаздыванием или выражены слабо. Терапевтический эффект в таких случаях более низкий;

3) низкой реактивностью, когда стадии не наблюдаются. Терапевтический эффект в этих случаях выражен слабо или отсутствует.

Значительный клинический опыт применения лечебного голодания у душевнобольных, накопленный отечественными психиатрами, выявил *терапевтическое действие РДТ* при психических заболеваниях. Оно имеет фазный характер и проявляется прежде всего в психостимулирующем, антидепрессивном и некотором седативном эффектах [177, 178]. Психостимулирующий и связанный с ним антидепрессивный эффекты выражены в первых двух стадиях лечебного голодания и последующего диетического питания. Седативный эффект проявляется в заключительной стадии лечебного голодания.

Изменения в клинической картине под влиянием полной алиментарной депривации обыкновенно начинаются с изменений в аффективной сфере. Неглубокие депрессивные, в особенности вялоапатические, астенические, гиподинамические, «мастовые» депрессивные состояния подвергаются постепенной или быстрой редукции обычно в конце второй — начале третьей стадий лечебного голодания. Эти изменения начинаются с улучшения процессов восприятия и памяти, исчезновения или уменьшения явлений дереализации и соматопсихической деперсонализации, улучшения ассоциативных процессов и повышения продуктивности умственной деятельности. Субъективно эти сдвиги воспринимаются больными как «прояснение, облегчение в голове».

Вслед за депрессивными расстройствами или одновременно с ними начинается обратное развитие невротических и невротоподобных расстройств, связанных в синдромальной структуре с депрессивными нарушениями. Это касается в первую очередь доминирующих, навязчивых и сверхценных идей, опасений и переживаний, в частности фобического, ипохондрического, дисморфофобического и иного характера. Нередко полная редукция депрессивных расстройств, исчезновение тоскливого аффекта сменяются в процессе лечения состоянием эмоционального оживления или легкой эйфории, что чаще наблюдается в первой стадии восстановительного питания. Развитие этих состояний, которые длятся обычно несколько дней, иногда более недели, составляет характерную особенность клинического действия РДТ.

Редукция астенических, апатических и гиподинамических депрессий в процессе РДТ, с одной стороны, и возможное углубление тревожных депрессий, с другой стороны, свидетельствуют, наряду с данными биохимического и патопсихологического исследований о том, что антидепрессивный эффект действия метода сочетается с психостимулирующим влиянием. Временные обострения невротоподобной и психопатоподобной симптоматики, которые наблюдаются в начальных стадиях лечебного голодания и восстановительного питания, и более выраженные обострения

симптоматики в процессе лечения у больных с подострыми психотическими состояниями также служат подтверждением психостимулирующего действия РДТ. Умеренный седативный эффект, проявляющийся в третьей стадии лечебного голодания, выражается в уменьшении или исчезновении признаков начального обострения психопатологической симптоматики, если оно имело место, в ослаблении или исчезновении чувства тревоги, страха, эмоционального напряжения. Можно считать, что небольшие сроки лечебного голодания оказывают стимулирующее действие, тогда как при более продолжительных сроках достигается седативное действие, которое в периоде восстановительного диетического питания сменяется вновь стимулирующим влиянием.

Психотропное действие РДТ проявляется в редукции симптоматики невротического характера в основном в периоде лечебного голодания, невротоподобной и иной психопатологической симптоматики при вялотекущей и малопрогрессирующей шубообразной шизофрении, резидуальных явлениях инфекционного, интоксикационного, травматического поражения ЦНС, при сосудистых заболеваниях интра- и экстрацеребральной локализации — в основном в периоде последующего диетического питания. При этом оно зависит, с одной стороны, от выраженности общей клинической реакции у больных на алиментарную депривацию, с другой — от характера симптоматики, синдромальной структуры невротоподобных и иных психопатологических состояний, типа течения и темпа прогрессивности патологического процесса.

В процессе лечения у больных шизофренией под влиянием психостимулирующего действия РДТ выявляется скрытая, латентная психопатологическая симптоматика, кратковременно усиливаются слабо выраженные невротоподобные, психопатоподобные и аффективные расстройства. Это облегчает *дифференциальную диагностику* с клинически сходными невротическими состояниями и позволяет использовать РДТ в качестве метода лечения, способствующего в то же время более точному клиническому диагностированию процессуальных невротоподобных (обсессивно-фобических, сенесто-ипохондрических) состояний, а также астено-апатических и апатических депрессивных синдромов при вялотекущей простой форме шизофрении [152].

Пациентка Ч., 18 лет, студентка, поступила в клинику, больна в течение 3 лет. В 15-летнем возрасте начала ощущать запахи кишечных газов. Вскоре «поняла», что запахи исходят от нее, и заметила, что окружающие будто бы «обсуждают» между собой ее «недостаток». При поступлении, кроме синдрома мнимого недержания кишечных газов и идей отношения, дополнительной психопатологической симптоматики не обнаруживала. Дифференциальная диагностика проводилась между паранойальным развитием личности и шизофре-

нией с синдромом дисморфофобии. Предложена РДТ, согласие пациентки получено. В результате курса РДТ ощущение запахов кишечных газов и идеи отношения исчезли. Однако в период с 6-го по 12-й день восстановительного периода больная отмечала «наплывы» мыслей, жаловалась, что окружающие люди утомляют ее, предпочитала находиться в одиночестве, обнаруживала манерность, гебефреничность, резонерство. В дальнейшем указанные явления исчезли. Указанная скрытая шизофреническая симптоматика, выявившаяся во 2-й стадии восстановительного питания, способствовала уточнению диагноза шизофрении. После выписки возобновила занятия в институте. Спустя 3 года после лечения стала раздражительной, аутичной. Отмечала у себя эпизодическое беспричинно угнетенное настроение. В эти периоды наблюдались наплывы мыслей, пропал интерес к жизни, окружающая обстановка воспринималась тусклой, измененной. Больная стала обнаруживать холодность к родителю. Указанные психопатологические расстройства подтвердили уточненный в результате РДТ диагноз.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ДИНАМИКИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЛЕЧЕБНОГО ГОЛОДАНИЯ

Знание основных клинических закономерностей динамики психопатологических расстройств в течение РДТ важно, как с позиции оценки динамики лечебного процесса, так и с точки зрения возможностей использования сочетания РДТ с другими (традиционными) методами лечения.

В настоящее время изучены закономерности динамики психопатологических расстройств при различных психических заболеваниях, преимущественно сотрудниками Московской (Ю. С. Николаев, Б. В. Крайцеров, Г. И. Бабенков, В. Б. Гурвич, Г. И. Глезерман, Ю. И. Полищук, Г. К. Заиров, Я. Я. Рудаков, В. А. Брюзгин, В. А. Пузиенко, М. М. Юркин, П. Э. Рабинович, Г. Г. Незнамов, Д. Д. Федотов, Т. В. Зозуля, М. А. Сердюк) и Ростовской (В. М. Коваленко, М. П. Невский, О. Я. Силецкий, В. А. Китьян, Е. А. Цуканова, С. Б. Семичов, Л. А. Рублева, Д. А. Цацак, Ю. А. Кутявин) школ РДТ.

Приведем два основных варианта этих закономерностей: при тяжелых невротических состояниях, которые отражают в целом особенности пограничных состояний; при вялотекущей и малопрогрессирующей шубообразной шизофрении, как эндогенного заболевания.

При *тяжелых неврозах* к закономерностям клинической динамики под влиянием РДТ относятся:

— критический (при выраженной соматической реакции на лишение пищи) и литический (при пониженной соматической реакции) характер редукции невротической симптоматики в процессе лечения;

— незначительно выраженное, кратковременное усиление невротических расстройств в первой стадии лечебного голодания;

— сравнительно быстрая редукция повышенной истощаемости, эмоциональной возбудимости и аффективной насыщенности

фобий и связанных с ними по содержанию навязчивых мыслей и сомнений, происходящая обычно в начале третьей стадии лечебного голодания после ацидотического криза;

— исчезновение в третьей стадии лечебного голодания депрессивных расстройств и одновременно остальной симптоматики (вегетативных, агрипнических расстройств, повышенной раздражительности), составляющей невротические симптомокомплексы;

— эмоциональное оживление больных, не достигающее степени гипомании и не имеющее эйфорического оттенка, которое наступает в третьей стадии лечебного голодания и во второй стадии восстановительного диетического питания;

— наличие в структуре терапевтических ремиссий проявлений физической астении и навязчивоподобных опасений возврата невротической симптоматики.

Клинические закономерности динамики под влиянием РДТ невротоподобных и других психопатологических расстройств у больных вялотекущей и малопрогредиентной шизообразной шизофренией составляют:

— в основном альтернирующий волнообразный характер обратной динамики невротоподобной и иной психопатологической симптоматики, которая зависит от выраженности соматической реакции на полную алиментарную депривацию, отражающей характер общей реактивности организма больных;

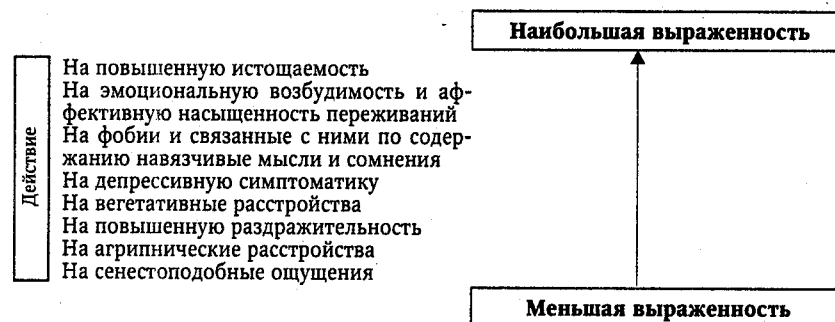
— сравнительно быстрая редукция психической астении, неглубоких депрессивных и астено-гипопатических проявлений, последующее исчезновение невротоподобной симптоматики, отличающейся аффективной насыщенностью — дереализационных нарушений, фобий и связанных с ними по содержанию навязчивых мыслей и сомнений, ипохондрических сенестопатий, соматопсихической и сенсорной деперсонализации, а также сверхценных ипохондрических переживаний и сверхценной дисморфофобии, что обычно происходит в третьей стадии лечебного голодания, или во второй и третьей стадиях восстановительного питания;

— появление физической астении, более отчетливой в конце периода лечебного голодания и в первой стадии последующего диетического питания. Физическая астения чаще всего слабо выражена и исчезает в конце восстановительного питания;

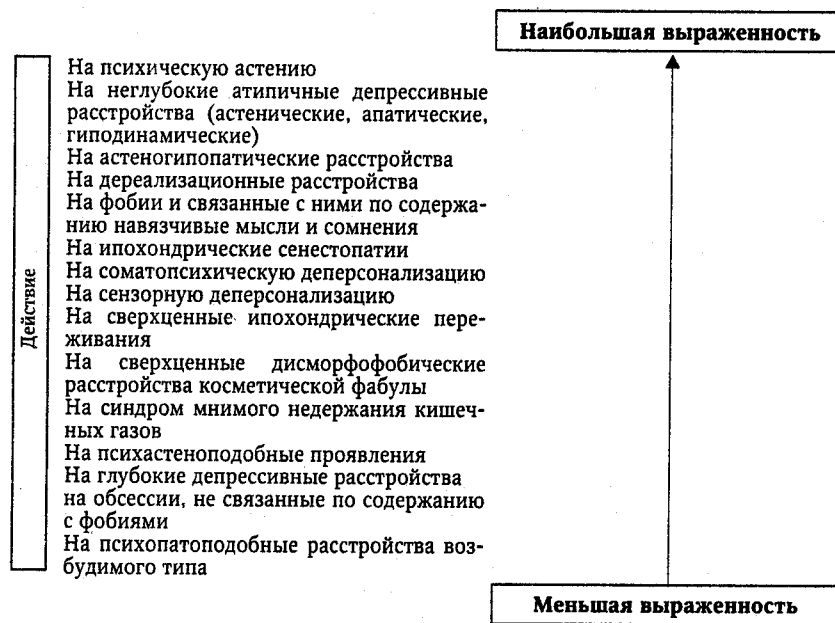
— возникновение в начальной стадии диетического питания эмоционального оживления больных, легко преходящих гипоманиакальных состояний с эйфорическим оттенком и иногда преходящих гипоманиакальных состояний без эйфорической окраски;

— наступление в начальных стадиях лечебного голодания и восстановительного питания кратковременных, но выраженных обострений психопатологической симптоматики с углублением депрессивных, усилением навязчивых и психопатоподобных расстройств, интенсификацией сенестопатий и деперсонализационно-дереализационных переживаний, а также сверхценных дисмор-

Выраженность элективности клинического действия РДТ в отношении отдельных невротических расстройств



Выраженность элективности клинического действия РДТ в отношении невротоподобных или иных психопатологических расстройств при вялотекущей шизофрении



фобических; при этом у больных обычно появляются повышенные возбудимость и раздражительность;

— инверсия аффекта у больных рекуррентной (циркулярный вариант) и малопрогрессирующей шизофренией со сменой депрессии атипичной гипоманией, наблюдающаяся в первой стадии восстановительного питания.

Клиническое действие РДТ проявляется также в относительной избирательности (избирательности) терапевтического влияния, т. е. большей или меньшей тропности к отдельным невротическим, неврозоподобным и другим психопатологическим расстройствам [6] (схемы 1, 2). Элективность клинического действия РДТ в отношении невротических, неврозоподобных, депрессивных и других психопатологических расстройств при пограничных состояниях и шизофрении обусловлена фазным, поэтапным характером психотропного действия метода, включающего психостимулирующий, связанный с ним антидепрессивный и седативный эффекты.

Для иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Больной Ч., 19 лет. Окончил среднюю школу, 1 курс авиатехнологического техникума. Нетрудоспособен. В 18 лет трижды лечился в психиатрических больницах психотропными средствами и инсулиношоковой терапией без эффекта. В клинической картине вялотекущего малопрогрессирующего шизофренического процесса, начавшегося в 16 лет, преобладают сенестопатически-ипохондрические расстройства, сверхценные идеи болезни, тревожные опасения и страхи за здоровье, пониженное настроение и изменения личности в виде аутизма, эмоционального оскудения, резонерства, снижения общей активности. *В лечении решено использовать РДТ, согласие получено. Разгрузочный период составил 25 сут.* В первые 7 дней — усиление пищевой возбудимости, большие потери в весе. С 8-го по 16-й день — исчезновение чувства голода, уменьшение потерь в весе, замкнутость, заметная раздражительность, усиление сенестопатий, тревоги за здоровье. Переломный момент с 17-го дня голодания, после отставленного ацидотического криза: уменьшились интенсивность сенестопатий, ипохондрическая фиксация, наблюдалось оживление аффекта и выравнивание настроения. С 20-го по 25-й день голодания — дальнейшее ослабление патологических ощущений. В первую неделю диетического питания наблюдалось вновь ухудшение самочувствия, понижение настроения, усиление сенестопатий. Такое психическое состояние удерживалось до 16-го дня питания. С 17-го дня восстановления — значительное улучшение с почти полной редукцией патологических ощущений, отсутствием ипохондрических высказываний, значительным улучшением настроения, психической и двигательной активностью, общительностью, восстановлением работоспособности. Таким образом, в 1—2 недели голодания и восстановительного питания выявлялся психостимулирующий эффект, в третьей стадии голодания и восстановительного питания — антидепрессивный эффект, в третьей стадии голодания — седативный эффект. В результате курса РДТ наблюдалась глубокая терапевтическая ремиссия в течение 2 лет.

Психотерапия в различных ее видах является неотъемлемой составной частью РДТ при психических заболеваниях. Эффективность лечебного голодания у большинства больных невротическими состояниями различного генеза, реактивными состояниями, психопатиями, алкоголизмом, шизофренией и другими находится в четкой зависимости от проводимого психотерапевтического воздействия в виде адекватной психическому состоянию больных *специальной психотерапии*. Если *общая психотерапия* направлена на создание и поддержание в течение РДТ охранительно-восстановительного режима, то *специальная психотерапия* включает применение индивидуальных и коллективных методов когнитивно-рациональной, поведенческой, патогенетической, катарсической и каузально-аналитической, суггестивной психотерапии, способов саморегуляции и пр. А также учитывает этапность адаптационных перестроек в организме (в периодах пищевой депривации и последующей пищевой реалиментации) и закономерности клинической динамики психического состояния больных [30, 61, 62, 154].

Психотерапевтическое воздействие в процессе РДТ может применяться в трех вариантах участия психотерапевта. В первом — психотерапия ограничивается отдельными занятиями, сеансами рациональной, суггестивной и иной психотерапии в периоде голодания, аутогенной тренировки в периоде восстановления. Во втором — психотерапия проводится практически на всех этапах РДТ как параллельное, сочетанное с биологическим, психологическое воздействие. В третьем — психотерапевтическое и биологическое действие РДТ сливаются в одно целое, врач становится активным соучастником, компонентом функциональной терапевтической системы. В последнем случае осуществляется клиническая системная психотерапия в комплексе РДТ.

Следующий пример иллюстрирует некоторые возможности клинической психотерапии в комплексе РДТ.

Больная П., 65 лет, пенсионерка. Страдает реактивной (психогенной) депрессией, развившейся 3 мес. назад после внезапной смерти единственного сына, протекающей как «тяжелая депрессия» с выраженным чувством тоски, подавленности, нарушением аппетита и сна, потерей в весе. Проводившаяся комплексная психофармакотерапия антидепрессантами, транквилизаторами, церебропротекторами и другими сопровождалась побочным действием и была неэффективна. *Согласилась на применение легкого голодания с воздержанием от пищи 15 дней.* В подготовительном периоде с больной был установлен эмоционально-эмпатический контакт, установка на голодание подкреплена внушением в бодрствующем состоянии. В 1-й и 2-й стадиях разгрузочного периода на фоне усиления депрессивных переживаний и

потребности в сочувствии и утешении успешно осуществлялась когнитивная, катарсическая (репродуктивная), гипносуггестивная (преимущественно релаксационно-седативная) психотерапия. В 3-й стадии голодания, по мере редукции депрессивных расстройств, психотерапевтическая тактика изменилась в сторону «осознания» ситуации переживания, работы с механизмами психологической защиты, симптоматического воздействия, логотерапии. В периоде диетического питания, в процессе последующего исчезновения психопатологической симптоматики и формирования нового смысла жизни, «смыслового будущего», восстановления интереса к реальным событиям, потребности в деятельности, направленности психотерапии менялась в сторону активирования и интеграции духовно-психического состояния личности. Применение клинической системной психотерапии в комплексе РДТ обусловило полноценную реабилитацию больной.

СОЧЕТАНИЕ МЕТОДИК ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ С РДТ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

При лечении психических заболеваний параллельно или последовательно можно сочетать РДТ и психофармакотерапию.

При параллельном варианте психотропные средства (транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики) могут применяться на всех стадиях РДТ, как в качестве профилактического и корректирующего воздействия на расстройства сна, обострение основных психических проявлений и других психопатологических состояний, так и в комбинации с РДТ. Показанными для комбинированной терапии являются больные с рекуррентным и приступообразно-прогредиентным течением шизофрении и с МДП с остаточной, стойкой и инертной симптоматикой; с затяжными депрессивными состояниями с идеаторно-двигательной заторможенностью, тоской и тревогой, идеями самообвинения, с сенесто-ипохондрическими, обсессивно-фобическими расстройствами, психической анестезией; с состояниями депрессивно-галлюцинаторно-бредовой структуры. Комбинированная терапия целесообразна при наличии в клинической картине шизофрении тревожно-депрессивного аффекта, полиморфных невротоподобных расстройств, галлюцинаторных проявлений и пр.

Необходимо учитывать индивидуальную переносимость препаратов, возможность их потенцирующего действия при одновременном применении. Для предупреждения и смягчения побочного действия нейролептических препаратов используются корректоры (циклодол, ромпаркин и др.).

В динамике РДТ по мере редукции психопатологической симптоматики целесообразно снижение суточной дозировки психотропных средств, изменения сочетаний препаратов с заменой нейролептиков на транквилизаторы, в ряде случаев — отмена отдельных препаратов.

Последующий вариант назначения психофармакотерапии показан у больных с затяжными неврозами, реактивными депрессиями,

шизофренией с различными формами течения, МДП в случаях недостаточной эффективности или отсутствия улучшения, при нестойкой редукции психопатологических расстройств или их возвращении в периоде восстановления. Многие психотропные средства, безуспешно применявшиеся до лечебного голодания, в результате изменения под влиянием РДТ общей клинической реактивности и преодоления резистентности к психофармакотерапии, становятся эффективны вследствие повышения податливости к лечению ранее стабильных психопатологических состояний.

Терапевтически эффективно сочетание РДТ с *инсулиношоковой терапией*, которая может применяться до курса лечебного голодания или после него. Использование инсулина в малых дозах в периоде восстановительного питания способствует в ряде случаев повышению результата лечения.

Оптимизация адаптации к воздержанию от пищи и последующему диетическому питанию при РДТ психических расстройств достигается, помимо комплекса физиотерапевтических процедур и ЛФК, и использованием других физических и психологических приемов (дыхательных упражнений, сосредоточения-медитации и т. д.). Показано сочетание в периоде восстановительного питания с ИРТ, гомеопатией, витаминотерапией, общеукрепляющими средствами.

ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ДИЕТОТЕРАПИЯ И ПОВТОРНЫЕ КУРСЫ РДТ

В результате РДТ у больных с психическими заболеваниями достигается терапевтический эффект в виде различной степени улучшения или выздоровления. При пограничных заболеваниях этот эффект достигает, по данным разных авторов, 65—95 %, при различных формах течения шизофрении — 60—85 %. В сочетании с психофармакотерапией и другими методами лечения терапевтические показатели еще более возрастают.

Для РДТ шизофренического процесса характерны в 10—15 % случаев «отставленные» (через 1—3 мес. после курса лечения) и «дозревающие» ремиссии, при которых глубина терапевтических сдвигов увеличивается с течением времени.

Отдаленные результаты РДТ в значительной степени связаны с соблюдением пациентами диетических рекомендаций — растительно-молочной гипонатриевой диеты — в течение года. Выполнение диетических рекомендаций в ряде случаев шизофренического процесса сопровождается тенденцией к регрессиентному течению заболевания и в последующем — исчезновению продуктивной психопатологической симптоматики.

При нарушении диетических рекомендаций, раннем или преждевременном переходе на смешанное питание возможно ухудше-

ние психического состояния, обострение прежней психосимптоматики, рецидив приступа. Эти расстройства исчезают после возвращения к строгому режиму молочно-растительного питания или проведения 3-дневного лечебного голодания.

Повторные курсы лечебного голодания могут проводиться как после 1-го курса РДТ, так и через 6—12 мес. после лечения. В первом случае показаниями к повторному, после окончания восстановительного периода, 5—10-дневному воздержанию от пищи могут быть неполная редукция психических расстройств, возвращение основной симптоматики, несоблюдение диетического рациона. Во втором случае, лечебное голодание может рекомендоваться как профилактический, закрепляющий улучшение или ремиссию курс, а также при ухудшении или обострении психического состояния, рецидиве приступа заболевания.

* * *

Больная Б., 37 лет, поступила в клинику диетотерапии с жалобами на вялость, пониженное настроение, общую заторможенность, снижение интересов к окружающему и побуждений, затруднение внимания и сосредоточения, ухудшение памяти, медленное течение мыслей. Ранее подобное состояние наблюдалось в 34 года. Лечилась в психиатрической больнице амитриптилином, френолоном и реланиумом. Психическое состояние улучшилось, вернулось ровное настроение, восстановилась трудоспособность. Периодически отмечалось появление вялости и повышенной утомляемости. Настоящее ухудшение пыталась снять амбулаторным приемом амитриптилина и френолона, но улучшения не ощущала. *Предложено провести курс РДТ, согласие пациента получено.* При проведении лечебного голодания на 5-й день почувствовала «облегчение», «заметное улучшение настроения», «оживление», стала активнее. В последующие дни *14-суточного голодания* «вернулось здоровое самочувствие», общалась с окружающими, охотно читала. В первые дни восстановительного питания выявлялись легкие колебания настроения — от небольшой приподнятости до незначительно пониженного с чувством вялости. Со второй недели колебания настроения исчезли, стала активной, стремилась к деятельности. Выписалась с легкой приподнятостью настроения.

В течение 2 лет «жила насыщенной жизнью», «успела сделать очень много». В течение 8 мес. придерживалась молочно-растительного питания, затем перешла на смешанное питание. После появления некоторой вялости, утомляемости, колебаний настроения, опасаясь возвращения болезненного состояния, вновь поступила в клинику диетотерапии. При *повторном 14-дневном курсе РДТ* с первых дней голодания отмечалось исчезновение психических расстройств, положительное отношение и хорошая адаптация к воздержанию от пищи, активность и общительность. Выписалась в состоянии легкой приподнятости настроения и потребности действовать.

В последующие 3 года поддерживала контакт с клиникой, придерживалась молочно-растительного питания. *При появлении вялости и утомляемости проводила самостоятельно 3-дневное голодание, после которого «восстанавливалось здоровое самочувствие и хороший тонус».*

МЕТОДЫ КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ В ДИНАМИКЕ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

В качестве общепринятого метода контроля и количественной оценки клинического состояния и комплексного терапевтического эффекта РДТ используется модифицированная клинико-психопатологическая карта балльной шкалы оценок психофармакотерапии [78]. При оценке терапевтической эффективности качества или глубины ремиссий применяется шкала М. Я. Серейского [204], определяющая такие характеристики как значительное улучшение (выздоровление), умеренное улучшение, незначительное улучшение, отсутствие терапевтического эффекта.

Выраженность различной психопатологической симптоматики обычно регистрируется с использованием шкалы общего клинического впечатления (CGI), шкал позитивной, негативной симптоматики и общих психопатологических нарушений PANSS, стандартных оценочных шкал депрессии Бека и Гамильтона, шкалы выраженности обсессивно-компульсивных расстройств Y-BoCS и целого ряда других. Используются личностные опросники, исследующие как отдельные свойства и проявления, так и одновременно многие стороны личности — методики Айсенка, MMPI, Люшера и др.

Для контроля терапевтических результатов РДТ могут использоваться и методы психофизиологического исследования — тест Анфимова, определение скорости двигательных реакций, данные электроэнцефалографии и ряд других методов.

Показатели оценочных шкал и методик регистрируются, как правило, в сроки: до начала РДТ — исходный фон, в 1—3-й стадиях голодания и восстановительного питания, или в сокращенном виде — исходный фон, в 3-й стадии периода голодания после ацидотического криза и во 2—3-й стадиях диетического питания.

В заключение необходимо отметить, что овладение врагом метода РДТ и творческое его применение в согетании с другими традиционными методами, психотерапией, особенно при лечении таких сложных заболеваний как шизофрения, затяжные невроты и ряд других, поднимает его враждебное умение от уровня ремесленничества до уровня искусства врачевания.

Глава 3. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В СИСТЕМЕ ОРГАНОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (на примере Республики Бурятия)

3.1. СОСТОЯНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ. ПРЕДПОСЫЛКИ ДЛЯ ВНЕДРЕНИЯ МЕТОДА РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

В Республике Бурятия, как и в Российской Федерации в целом, с начала 1990-х гг. сложилась сложная демографическая ситуация, характеризующаяся снижением рождаемости и увеличением общей смертности населения. Уровень состояния здоровья населения неуклонно снижался. Социально-экономическое положение республики, и прежде являвшейся дотационной, значительно ухудшилось, что отразилось на уровне жизни населения и привело к резкому снижению «потенциала здоровья». Низкая плотность населения на территории республики, спад экономики, уменьшение финансирования отрасли здравоохранения снизили доступность медицинской помощи населению. Имело место кажущееся снижение заболеваемости, которое было обусловлено низкой обращаемостью населения за медицинской помощью, при утяжелении патологии: при этом основную долю в ее структуре составляли социально обусловленные заболевания.

Указанная ситуация привела к необходимости принимать неотложные меры. Недостаточная материально-техническая база местных учреждений здравоохранения, отсутствие медицинского вуза и научно-исследовательского потенциала не позволяли в достаточной мере внедрить в республике современные (ортодоксальные. — Авт.) медицинские технологии.

Уникальность территории Забайкалья состояла в том, что там сохранилась и развивается традиционная медицина. Восточные методы лечения пользуются среди населения республики большой популярностью и при соблюдении четких показаний и профессиональных навыков оказывают значительный лечебный и оздоравливающий эффект при многих заболеваниях. Немаловажное значение при этом имеет снижение или полная отмена (синтезированных. — Ред.) лекарственных препаратов при тяжелых хронических заболеваниях, требующих (по консенсусам) базисной терапии высоких доз лекарств с наличием серьезных побочных эффектов от них. Многие методы восточной медицины, используемые для лечения, могут быть полезны и для профилактики заболеваний. Интерес и потребность в методах восточной медицины среди населения республики предопределили и подготовили благоприятную почву для восприятия других методов традиционного лечения.

В Бурятии к методу РДТ появился определенный интерес в 1994 г., когда по инициативе группы больных в республику приехал московский профессор Ю. С. Николаев — автор популярной

книги «Голодание ради здоровья». После проведения обзорных лекций в больничных учреждениях города, Министерство здравоохранения (МЗ) республики включилось в процесс организации внедрения этого метода, хотя среди врачей интерес и скептицизм к РДТ долго сопровождали друг друга.

Среди лечебно-профилактических учреждений, которые познакомились с методом РДТ, первым решил организовать его у себя курорт «Горячинск», который и на сегодняшний день остается пионером в истории развития этого метода в республике и первым среди курортов в России. Успешные результаты лечения относительно быстро сформировали все возрастающий спрос на РДТ со стороны пациентов, особенно страдающих такими социально значимыми заболеваниями как артериальная гипертония и бронхиальная астма. На фоне положительных отзывов и роста общественного интереса к РДТ в Улан-Удэ была переиздана книга «Голодание ради здоровья».

При все большей популяризации РДТ и расширении спроса на нее среди населения республики возникла объективная необходимость систематизировать накапливающийся опыт. Потребность пациентов получить в амбулаторно-поликлинических условиях квалифицированную консультацию по поводу возможности РДТ, заинтересованность врачей в научных знаниях по РДТ, привело организаторов здравоохранения к решению провести ознакомительный семинар-совещание в г. Улан-Удэ на тему «Применение РДТ в клинике внутренних болезней» с участием профессора А. Н. Кокосова (Санкт-Петербург) (Приказ МЗ РБ № 271 от 25.11.1998 г.). Проявленный интерес со стороны врачей — участников семинара подтвердил, что пришло время удовлетворить спрос пациентов на РДТ. По принципу, что «одни врачи должны знать о методе», а другие — «знать и уметь применять», органы здравоохранения обеспечили условия для обучения методу РДТ во всех ТМО г. Улан-Удэ. В соответствии с Приказом МЗ РБ № 56 от 16.03.1999 г. был организован и проведен первый выездной цикл обучения (А. Н. Кокосов) 30 врачей разного профиля методу РДТ с выдачей соответствующих аттестатов.

На сегодняшний день в Республике Бурятия имеется когорта врачей-специалистов, владеющих методом РДТ, которые работают в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях; на их квалифицированную консультацию может уверенно рассчитывать любой пациент, желающий пройти курс РДТ. В течение последних 6 лет увеличилось также количество стационаров, способных принимать и обслуживать пациентов при проведении РДТ. Кроме курорта «Горячинск» ими стали курорт «Аршан», Центр Восточной Медицины, Республиканский госпиталь ветеранов войн, Республиканский кожно-венерологический диспансер, филиал Центра Восточной Медицины в Закаменском районе республики.

На сегодняшний день МЗ РБ продолжает исследование эффективности РДТ не только с клинической, но и с экономической и социальной точки зрения; располагает богатым опытом, который представляет несомненную ценность и для других регионов РФ, а может быть и других стран. Особой привлекательностью этого метода является влияние, которое оказывает РДТ на подавляющее большинство пациентов в сфере повышения сознания о поведенческих причинах возникновения их болезни, в том числе и в сфере питания, что позволяет утвердить его профилактическую роль.

3.2. ПУТИ И СПОСОБЫ ОПТИМИЗАЦИИ ВНЕДРЕНИЯ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В СТАЦИОНАРНЫХ И ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ОРГАНОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Первым необходимым условием для практического внедрения метода РДТ явилась необходимость создания положительной информационной базы как для широкой общественности в целом, так и для отдельных категорий специалистов (местных врачей), последовательно развивающих успех РДТ. Информационная база о РДТ, сформированная в республике с «нуля», строилась достаточно медленно. Вначале она создавалась на основе информационных вкладов пациентов, которые лечились на курорте «Горячинск», ЛРЦ «Здоровье», Республиканском госпитале для ветеранов войн и в других лечебных учреждениях, в средствах массовой информации (СМИ) и на общественных мероприятиях, посвященных РДТ. Систематическое накопление отзывов об РДТ, анкетирование пациентов, изучение данных об изменениях их образа жизни после проведения курса РДТ, документировалось для того, чтобы обосновать необходимость наиболее рационального подхода при внедрении этого метода. Но если информационное внедрение представлений о «лечебной полезности» РДТ среди населения и больных явилось относительно простой задачей, которая решалась положительно, на основе цепной реакции начинаясь с согласия на РДТ пациентов, убедившихся на наглядных примерах в эффективности такого лечения, то по-другому это было с врачебным сообществом.

Информационное внедрение РДТ среди врачей предполагает необходимость большой организационной работы по снижению объема «научной» предубежденности в отношении понятия «голодания» как такового, не говоря уже о его лечебном значении. Это связано с тем, что научная информация об РДТ отечественных и зарубежных авторов не была очень широкой и оказалось доступной лишь сравнительно узкому кругу заинтересованных специали-

стов (не вошла еще в учебники, руководства для врачей), поэтому у широкой массы врачей имело место чисто эмоциональное восприятие метода, не вникая в его суть, по принципу самоторможения сознания о возможной лечебной эффективности голодания.

Однако в условиях интенсивного воздействия различных информационных источников — от своих пациентов, коллег-врачей, СМИ, а также «принудительных» организационно-методических и организационных мер органов здравоохранения республики, процесс изменения восприятия РДТ со стороны массы врачей в своей динамике проходил различные качественные фазы. Активное включение в процесс внедрения РДТ (в консультативную и лечебную практику) уже специально подготовленных (обученных) врачей начинается обычно с психоэмоционального восприятия темы и только уже потом проверки на практике научных данных, когда они приобретают личную уверенность в эффективности нового метода лечения и становятся в большей или меньшей степени, его сторонниками и помощниками в распространении соответствующей информации в своих (врачебных) коллективах и среди своих пациентов.

Практика показывает, что создание организационно-информационного поля (включая утвержденные новые формы документооборота), где отражаются профессиональные интересы медицинского персонала и интересы пациентов, путем обмена опытом, является основополагающим фактором для успешного внедрения РДТ в любой организационно-лечебной структуре, независимо от ее масштаба; отсутствие этого фактора может явиться основной причиной неудачи внедрения РДТ. С учетом того, что метод РДТ требует знаний и в области физиологии голодания и в области диетологии, информационный подход дифференцируется — идет ли речь о методе в целом или об отдельных его фазах.

Известно, что из трех составляющих периодов РДТ — последний (восстановительное питание) наиболее ответственный, поскольку требует особого внимания в плане информационной подготовки, в его полном понимании со стороны врачей и пациентов, ибо часто имеет место нехватка осознанных мотиваций строгого соблюдения восстановительного периода лечения и рекомендуемых правил в долгосрочном образе жизни пациента. Интенсивность и качество информационного давления на медицинский персонал и на пациентов в отношении важности соблюдения диетического поведения во многом определяет успех результатов лечения и в период ремиссии хронической патологии; поэтому в практике внедрения РДТ в систему органов здравоохранения республики разработаны разные формы и документы, для повышения сознания и безопасности в этой ответственной фазе лечения для пациентов и для врача. Благоприятный информационный «климат» имеет разные составляющие: активные, пассивные эле-

менты. К первым относятся все элементы целевого характера самого плана организации внедрения; ко вторым — все элементы, связанные с фактором времени, которое пропускает через себя медленное изменение восприятия эффективности РДТ, в основном на базе накопления убедительных доказательств последнего, особенно среди медицинской общественности. Это означает, что процесс широкого внедрения РДТ не может быть волюнтаристски ускорен, даже при наличии удовлетворительных информационно-организационных условий больше, чем это позволяет стадия многостороннего интеллектуального осознания необходимости и выгоды.

Многолетний опыт внедрения РДТ в различных лечебных учреждениях республики утверждает, что это всегда требует комплексного подхода при специальной подготовке всего персонала, имеющего к этому методу функциональное отношение. Так как точное и вполне осознанное исполнение функциональных обязанностей и нормативов на каждом уровне персональной ответственности, далеко не менее значимо, чем работа лечащего врача и администрации учреждения по всей вертикали.

Исходным положением при этом является разработка должностных инструкций для всех участников лечебного процесса, в которых должны быть отражены их обязанности по отношению к выполнению документооборота и специфических функций, меняющихся в зависимости от качества контакта с пациентом на разных этапах РДТ (подготовительном, разгрузочном, восстановительном). С учетом того, что каждое учреждение отличается от другого по возможностям лечебно-оздоровительного плана (вспомогательных и оптимизирующих эффект РДТ), а также по собственной специфике (месторасположение, планировка здания, уровень комфортности, мощность и организация работы пищеблока, наличие оргтехники, библиотеки, зала ЛФК, кадровой укомплектованности и т. п.), часть руководящей документации является стандартной для любого лечебно-оздоровительного учреждения, а часть специфичной. Следует также учитывать, что метод РДТ (в отличие от многих других) особо действует 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 общепринятых (обычно, медикаментозных) методах лечения.

В этом отношении личный опыт прохождения лечебного голодания со стороны обслуживающего персонала (всех уровней) с целью лечения или оздоровления обычно обеспечивает более высокое качество обслуживания и способствует возникновению наиболее доброжелательных отношений между пациентами (проходящими курс РДТ) и медперсоналом, улучшает их взаимопонимание (положительный комплайенс).

Пациенты, проходящие курс РЛТ, как правило, обладают более активным типом сознания, зрелым интеллектом и сознательностью. Несмотря на большую или меньшую осведомленность о сути лечебного голодания, у них часто имеет место отсутствие должного понимания процесса перехода с экзогенного на эндогенное питание и не хватает психологической поддержки (со стороны медперсонала) в случае появления непривычных ощущений в период ацидотического криза. Период пищевой депривации разные пациенты переносят по-разному: у одних на передний план самочувствия выходит нарастающая слабость и они стремятся меньше двигаться; другие, наоборот, резко активизируются, что побуждает создавать организационные условия для активного проведения свободного времени. Если нет противопоказаний, то пациента следует «разумно загрузить» процедурами, оптимизирующими конечные результаты РДТ (ЛФК, массаж, сауна/русская баня, водные процедуры, Су-Джок терапия, тубаж, очистительные процедуры и т. п.), с учетом самочувствия и характера патологии. В целом, пациент должен быть «настолько занят, что у него не должно быть времени думать о пище».

Во время проведения РДТ в больничном учреждении пациент постоянно находится в окружении обслуживающего персонала. Последний должен быть способен единодушно влиять на его сознание, чтобы пациент освоил правила долгосрочного оздоровления и придерживался целевых рекомендаций лечащего врача. Следует иметь в виду, что часто пациенты (после эффективного курса РДТ) при достижении улучшения своего состояния, возвращаются к своему прежнему образу жизни, который привел их к болезни, не всегда сознавая личную ответственность за свое здоровье.

В связи с морально-психологическими аспектами РДТ следует помнить, что у пациентов, прошедших курс лечебного голодания, часто изменяется отношение как к окружающему миру, так и к самому себе, по крайней мере, непосредственно после прохождения такого рода лечения. Подобная реакция имеет свои положительные стороны, так как налицо моральное и психологическое оздоровление, повышение чувства самостоятельности, уверенности в своих силах. Но поскольку эффект лечения обычно связан с изменениями характера питания, привычек и др., это может быть фактором осложнения взаимоотношений в кругу семьи, с друзьями и коллегами (на работе).

Изменение характера питания после курса РДТ в целом ряде случаев (аллергия, заболевания ЖКТ и др.) может иметь не кратковременный, а постоянный характер и это неизбежно должно привести к переменам в домашних делах, прежде всего в процессе приготовления пищи. Домашнее окружение пациента не всегда готово принять и поддержать новый стиль питания своего члена семьи, а тем более последовать за ним, что, в конечном итоге, ведет

к коренным изменениям как образа жизни, так и целого ряда привычных ценностных приоритетов. В результате пациент может оказаться либо в «изоляции», либо вынужден вернуться к прежнему режиму питания и жизни, что влечет за собой и возвращение болезни. В связи с указанным, может создаться ложное впечатление, что лечебное голодание не помогло избавиться от болезни или что поддержание состояния здоровья после проведения РДТ — «трудоемкий» и сложный процесс, что не верно, ибо искажает смысл и сами результаты применения такого лечения.

Таким образом, при внедрении РДТ в системе органов здравоохранения следует иметь в виду необходимость создания постоянного и расширенного информационного оборота о развитии метода и достигнутых результатах как в клиническом, так и в социально-психологическом плане; формирование финансовой мотивации и профессионального интереса у всех медработников и персонала, вовлеченных в обслуживание пациентов при проведении РДТ. Не менее важно при этом и поддержание здоровья пациента и качества его жизни в фазе ремиссии хронической болезни (после проведения РДТ). Важно создавать условия для встреч пациентов с врачами (лекции, конференции, «круглые столы» и т. п.) для совместного обсуждения вопросов диетического и социального плана, что в РБ проводится регулярно. Для проведения более детального анализа работы по внедрению полезно также проводить тематические анкетирования пациентов по формам патологии, опыту лечебного голодания; обращая специальное внимание на снижение количества лекарств базисной терапии или их отмены за ненадобностью при регулярном проведении лечебного голодания.

3.3. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛОВИЯХ

В санаторно-курортной практике здравоохранения России лечебное голодание применяется с 1994 г., когда в Республике Бурятия на курорте «Горячинск» (на берегу Байкала), по рекомендации профессора Ю. С. Николаева (Москва), было открыто первое в России отделение РДТ. В 1997 г. было открыто отделение РДТ на другом республиканском курорте «Аршан». Врачи этих курортов — С. И. Филонов, Н. А. Батаева («Горячинск») и А. Д. Шагдурова («Аршан») прошли подготовку в Москве у проф. Ю. С. Николаева и в Санкт-Петербурге у проф. А. Н. Кокосова.

Курорт «Горячинск» — старейший курорт Сибири — расположен на песчаном побережье озера Байкал. Курорт имеет два основных природ-

ных лечебных фактора — горячинская минеральная вода и сапропели озера Бормашовое. Минеральная вода относится к группе термальных (54,4 °С) слабоминерализованных щелочных азотисто-кремнистых сульфатно-натриевых минеральных вод. Кроме азота, вода содержит 2,5 объемных процента редких газов (аргон, неон, гелий, ксенон) и микроэлементы (алюминий, титан, серебро, медь, свинец, вольфрам, молибден, литий). Вода обладает активными целебными свойствами: спазмолитическим, болеутоляющим, противовоспалительным, успокаивающим, детоксикационным, желчегонным и мочегонным. Бальнеолечение назначается в виде гидромассажа, ванн, циркулярного и восходящего душей, душа Шарко; орошений десен, ингаляций, гинекологического орошения. При заболеваниях желудочно-кишечного тракта минеральная вода назначается внутрь перед едой с учетом характера патологии. При грязелечении используются низкоминерализованные высокосольные слабосульфидные сапропели в виде аппликаций, гальваногрязи, грязевых тампонов.

Показаниями для лечения на курорте являются заболевания опорно-двигательного аппарата, органов дыхания, обмена веществ, нервной, сердечно-сосудистой, пищеварительной систем; гинекологические, кожные и аллергические болезни.

При всех вышеуказанных формах хронической патологии применяется РДТ в соответствии с показаниями-противопоказаниями, с учетом желания пациента. В методическом плане наиболее часто используется полное («влажное») голодание, но постепенно накапливает опыт применения и других методик.

Для оптимизации эффекта РДТ в соответствии с характером патологии применяются:

- 1) микроклизмы с минерально-масляной эмульсией, отваром ромашки, минеральной водой в восстановительном периоде РДТ;
- 2) точечный массаж по методу Су-Джок терапии при различной соматической патологии (с 1998 г.);
- 3) тюбаж с минеральной водой больным с хроническим холециститом, гепатитом и дискинезией желчевыводящих путей (с 1998 г.);
- 4) питье минеральной азотисто-кремнистой воды при хроническом холецистите (с 2000 г.);
- 5) аппликации меда и свеклы у больных мастопатией (2000 г.);
- 6) «Био-биофит» в микроклизмах для восстановления микробной флоры кишечника в восстановительный период РДТ (2000 г.);
- 7) обучение диафрагмально-релаксационному дыханию с применением аппаратов БОС (биологическая обратная связь) (с 2001 г.).

Важным разделом работы сотрудников отделения являлась разработка и ведение текущей документации. По назначению ее можно подразделить на четыре группы:

- 1) впервые были разработаны и утверждены — положение об отделении РДТ (в условиях санатория); о заведующем отделении;

о враче-ординаторе; о диетсестре; палатной сестре; о сестре-массажистке, а также об их функциональных обязанностях, в которых отражена организация работы с пациентами в отделении РДТ;

2) к регистрационным документам относятся: путевка на лечение методом РДТ, анкета на поступившего, журнал учета путевок; эти документы заполняет медрегистратор;

3) во врачебном кабинете заполняются журналы регистрации пациентов отделения РДТ, учет процедур (на каждом периоде лечения. — *Авт.*) и (лабораторно-инструментальных. — *Авт.*) обследований;

4) в отделении разработаны специальные формы индивидуальной диетической карты, истории болезни пациента на РДТ (в условиях санатория. — *Авт.*) и санаторно-курортной книжки, дневника самонаблюдения; эти документы относятся к группе медицинских.

Для успешной работы отделения РДТ большое значение имеет согласованность в работе врача-ординатора и персонала (столовой санатория), что обеспечивается (документально. — *Авт.*) при помощи индивидуальной диетической карты, где должна быть отражена схема восстановительного питания (диета) с учетом «пищевых привязанностей» пациента. Диетсестра санатория (в котором есть отделение РДТ. — *Авт.*), кроме общепринятого журнала регистрации пациентов и бракеража готовых блюд использует также разработанные в отделении РДТ (санатория) формы меню-раскладки, примерного меню первых пяти дней восстановительного периода лечения и семидневное заказное меню, которое предлагается пациентам, начиная с шестого дня восстановительного питания. Под руководством диетсестры на кухне работают (обычно) два повара и официант. Один раз в две недели в столовой отделения РДТ проводится анкетирование.

Важным разделом работы сотрудников отделения РДТ (санатория) является «санпросветработа», которая заключается в ежедневных беседах с пациентами (отделения) с использованием при этом элементов «малой психотерапии», написание методических руководств для пациентов отделения — как себя вести в разные периоды лечения и в последующем, чтобы как можно дольше сохранить достигнутый уровень здоровья. Кроме того, в раздел обязанностей входит чтение лекций на медицинские темы лечения и оздоровления, выпуск санитарных бюллетеней.

Ниже приводится перечень лекций (бесед) о методе РДТ на курорте «Горячинск»:

- лечебное голодание: история внедрения метода РДТ на курорте «Горячинск», методики лечения, влияние на здоровый и больной организм»;
- показания и противопоказания к РДТ на курорте «Горячинск»;
- эффективность лечения внутренних болезней методом РДТ в сочетании с природными факторами курорта «Горячинск»;

- очищающие процедуры при проведении РДТ — оптимизация эффекта лечебного голодания;
- статические упражнения (хатха-йога), в том числе Удиана, Шанкт-Прокшалана при проведении РДТ (лекция и практические занятия);
- особенности РДТ при некоторых внутренних заболеваниях (гипертонической болезни, ожирении и др.);
- возможные побочные реакции при проведении РДТ и их предупреждение (лекция/беседа);
- профилактика рецидивов болезни после проведения РДТ (беседа);
- вредные привычки во время лечебного голодания и их последствия (беседа);
- дневник самонаблюдения при проведении РДТ, его содержание, практическое значение (беседа; обучение подсчету частоты пульса, определения времени задержки дыхания на вдохе/выдохе и пр.);
- техника (самостоятельного) проведения очистительных процедур во время лечебного голодания (беседа; практические занятия);
- диетическое питание в восстановительном периоде РДТ. Рекомендации по здоровому питанию в повседневной жизни (лекция/беседа);
- сауна и русская (парная) баня в процессе очищения организма правильное проведение процедуры (беседа).

За 7 лет в отделении РДТ санатория «Горячинск» пролечено 1796 больных с различной (хронической) соматической патологией. Эффективность лечения (значительное улучшение, улучшение) составило от 75 до 100 % в зависимости от характера патологии, давности заболевания, степени выраженности полиморбизма.

Для создания атмосферы психологического комфорта и взаимопонимания между пациентами и работниками курорта на периодических планерных совещаниях медицинского персонала и столовой регулярно заслушивались сообщения о сути и методиках РДТ и результатах работы за отчетный период. Мнения пациентов об эффективности лечения и качестве обслуживания отражают результаты анкетирования.

Так, например, опрошено 93 пациента, из числа которых на первый курс РДТ приехал 75 (21 % мужчин), на повторный — 18 (из них 16,7 % мужчин). По методике полного («влажного») голодания провели первый курс РДТ 80 % пациентов и повторный — 50 %; по методике комбинированного голодания — 18 и 33 % соответственно; по методике ступенчатого голодания — 2 и 12 % соответственно. При этом, преследовали цель: «подлечиться» — 38,8 % первичных и 61 % повторных; «очистить» организм — 81,3 и 72,2 % соответственно; похудеть — 50,7 и 77,8 % пациентов соответственно. Представляет интерес, что на решение провести курс РДТ повлияли в 57,3 % случаев — знакомые и родственники пациента; в 9,5 % случаев — врач по месту жительства, в 10,7 % случаев — реклама в СМИ, в 20 % — врачи курорта. На повторный курс РДТ вернулись в «Горячинск» 78,6 % пациентов. Они отмечали, что после такого лечения стали спокойнее (27,8 %), терпеливее (16,7 %), улучшилось восприятие жи-

ненных ситуаций (33,3 %), стали активнее (22,2 %), стали выглядеть моложе своего возраста (16,7 %).

Другой курорт республиканского значения — «Аршан» является климато-бальнеологическим и относится по климатической характеристике к среднегорью, имея три основных лечебных фактора: минеральную воду «Аршан», сульфидные грязи, горный климат.

Аршанская минеральная вода принадлежит к углекислым, высококонцентрированным, маломинерализованным, сульфидно-гидрокарбонатным-магниево-кальциевым водам. Грязевые залежи из озера Цага-Нур по своим физико-химическим свойствам относятся к категории лечебных низкоминерализованных среднесульфидных иловых грязей.

В технологическую схему лечения больных методом РДТ входят:

- тюбаж с солевым слабительным и оригинальной минеральной водой («Аршан»);
- бальнеологические процедуры;
- грязевые аппликации;
- сауна с бассейном;
- массаж (общий; другой — по показаниям);
- мануальная терапия (по показаниям);
- ЛФК;
- фитотерапия (фито-РДТ);
- клинические биохимические анализы;
- ЭКГ, спирография;
- кишечное промывание: с использованием аппарата мониторной очистки кишечника;
- прогулки на свежем воздухе;
- гигиенические и косметические процедуры.

С 1998 г. на курорте «Аршан» РДТ была проведена у 503 пациентов в возрасте от 7 до 73 лет, у которых преобладали болезни ЖКТ, положительный эффект наблюдался в 62—96 % случаев при различной соматической патологии.

Больные, приезжающие на курорты «Горячинск» и «Аршан», для лечения своих болезней методом лечебного голодания поступают именно в отделение РДТ. Психологически они готовятся к этому еще на этапе получения путевки в поликлинике, в редких случаях пациент, приезжает по «обычной» путевке; но «разобравшись в ситуации» хотел бы изменить ее для лечения методом РДТ. Это создает определенные организационные трудности, которые не всегда легко преодолимы. В указанном плане представляет интерес организация этого раздела работы в одном из крупных зарубежных учреждений курортного типа в Южной Корее (Cheongshim Hospital). Там функционирует два отделения западной (ортодоксальная медицина) и восточной (традиционная медицина) ориентации. Поступающий больной при необходимости дообследуется и в зависимости от характера патологии, по желанию

ему предлагают лечиться преимущественно ортодоксальными («европейскими») или традиционными методами. В случае необходимости они, естественно, сочетаются по принципам интеграционной медицины (www.csmc.or.kr).

По аналогичному принципу начинают работать некоторые медицинские центры и в России; например, Центр восстановительного лечения «Беловодье», Республика Алтай. По-видимому, это наиболее перспективный метод организации восстановительного (реабилитационного) лечения в аспекте интеграционной медицины будущего.

В целом метод РДТ, в условиях санаторно-курортного лечения, был достаточно эффективным при широком диапазоне хронических соматических заболеваний, позволял улучшить самочувствие и отменить или значительно сократить количество применяемых лекарств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, лечебное (дозированное) голодание или разгрузочно-диетическая терапия (РДТ), — немедикаментозный метод лечения и оздоровления организма, который из «арсенала» традиционной медицины через клиническую апробацию методами доказательной медицины перешел в русло ортодоксальной (научной) медицины и успешно применяется в России уже более 40 лет.

Особенностью этого метода является то, что путем *управляемого стресса* он «пробуждает» генетически детерминированные механизмы саногенеза, заставляя их «работать» что оказывает благотворное действие на весь организм. Это определяет широкие показания к применению РДТ специалистами разного профиля.

Другой важной особенностью РДТ является применение этого метода с согласия (желания) больного, который становится союзником врача в борьбе за свое здоровье, сознательно и четко выполняя все указания специалиста-врача в разные периоды проведения РДТ.

Хорошо известно, что ни один метод лечения и оздоровления не дает 100 %-ного эффекта, ибо каждый человек индивидуален, поэтому, в большинстве случаев, особенно в условиях долговременной болезни и полиморбизма, приходится сочетать РДТ с другими (комплементарными) методами, в основном из арсенала традиционной медицины.

Для получения стойкого эффекта, особенно в случаях хронической патологии, необходимы повторные курсы РДТ (через 6—8 мес.) при соблюдении «здорового» образа жизни, сбалансированного питания, калорийность которого должна соответствовать образу жизни и повседневной физической активности, а также регулярного проведения разгрузочных дней.

1. ВАРИАНТЫ НАЧАЛЬНОГО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПРИ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К НЕКОТОРЫМ ПИЩЕВЫМ ПРОДУКТАМ

Вариант I («крупяной»)

Дни, часы приема пищи	Продукты	Химический состав суточного рациона (г) и калорийность (ккал)				Количество пищи (г)	
		белки	жиры	углеводы	калорийность	на 1 прием	на сутки
1-й день 9, 12, 15, 18, 21 ч	Крупяной отвар (суп), 1:15 (крупя гречневая, перловая)	1,0	0,15	5,5	28	200	1000
2-й день 9, 12, 15, 18, 21 ч	То же, 1:10	1,3	0,25	6,8	35	200	1000
3-4-й день 9, 12, 15, 18, 21 ч	Каша «размазня» (гречневая, рисовая, пшеничная) Масло сливочное	21,5	25,5	136,5	885	200 5	1025
5-6-й день 9, 13, 17, 21 ч	Каша Масло сливочное Кефир Хлеб серый	43,0	26,0	210,0	1280	200 5 200 100	1010

Вариант II («сывороточный»)

Дни, часы приема пищи	Продукты	Химический состав суточного рациона (г) и калорийность (ккал)				Количество пищи (г)	
		белки	жиры	углеводы	калорийность	на 1 прием	на сутки
1-й день 9, 12, 15, 18, 21 ч	Сыворотка из-под простокваши	12,5	2,5	43,8	254	250	1250
2-й день 9, 12, 15, 18, 21 ч	Кефир, разбавленный водой (1:1)	14,0	16,0	20,5	295	200	1000

В международной практике лечебного голодания «классическим» считается полное («влажное») голодание, в России дополнительно разработаны методики — абсолютного «сухого», комбинированного («сухого» и «влажного»), ступенчатого и фракционного лечебного голодания, которые (в их совокупности) значительно расширяют возможности практикующего врача.

Редуцированная по продолжительности РДТ может применяться для лечения острых («простудных») заболеваний и служит целям оздоровления, являясь фактически разгрузочно-диетической профилактикой (РДП), в смысле сохранения и укрепления здоровья.

Владение методом РДТ (РДП) чрезвычайно расширяет личные профессиональные возможности врача любой специальности, поэтому я полностью согласен с моим зарубежным коллегой из Германии доктором Н. А. Fahrner (1991) в том, что «каждый практический врач должен иметь опыт в применении лечебного голодания в группе больных, включая амбулаторные наблюдения».

* Статья Fastenkur в журнале «Arztezeitschrift für Naturheilverfahren».

Продолжение

Дни, часы приема пищи	Продукты	Химический состав суточного рациона (г) и калорийность (ккал)				Количество пищи (г)	
		белки	жиры	углеводы	каорийность	на 1 прием	на сутки
3-й день 9, 12, 15, 17, 21 ч	Кефир цельный	28,0	32,0	41,0	580	200	1000
4—5-й день 9, 17 ч	Каша «размазня» (крупя гречневая, пшеничная, рис, манная) Масло сливочное	41,7	23,7	189,5	1170	200	1110
13, 21 ч	Кефир Хлеб серый	—	—	—	—	250 100	—

Вариант III («соковый»)

Дни, часы приема пищи	Продукты	Химический состав суточного рациона (г) и калорийность (ккал)				Количество пищи (г)	
		белки	жиры	углеводы	каорийность	на 1 прием	на сутки
1-й день 9, 12, 15, 18, 21 ч	Сок морковный, разбавленный водой (1 : 1)	13,0	1,0	70,0	350	100	500
2-й день 9, 12, 15, 18, 21 ч	Сок морковный	26,0	2,0	140,0	690	200	1000
3-й день 9, 15, 21 ч	Сок морковный	14,4	7,5	86,0	480	200	800
12, 18 ч	Кефир, разбавленный водой (1 : 1)					100	
4-й день 13 ч	Морковное пюре (морковь — 150, молоко — 50, масло сливочное — 5) Кефир	25,9	20,9	128,1	825	200	900
9, 17, 21 ч	Сок морковный Кефир Хлеб	—	—	—	—	200 200 100	—

2. ПРИМЕРНОЕ МЕНЮ-РАСКЛАДКА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Дни восстановительного периода и часы приема пищи	Перечень блюд рациона	Выход готового блюда, г	Основным требованиям какой диеты АМН РФ соответствует блюдо	Набор продуктов, г			Пищевая ценность блюда (рациона), г			Калорийность, ккал
				белки	жиры	углеводы	белки	жиры	углеводы	
1-й день										
9.00	Отвар из сборных сухофруктов, без сахара	250	Нулевая	Сборные сухофрукты — 20, вода — 250	0,60	—	18,70	—	—	73,0
11.30	Отвар из риса на воде, без соли	250	Нулевая	Рис молотый — 20, вода — 250	1,40	0,12	15,44	—	—	64,4
14.00	Отвар из сборных сухофруктов, без сахара	250	Нулевая	Сборные сухофрукты — 20, вода — 250	0,60	—	18,70	—	—	73,0
18.00	Отвар из риса на воде, без соли	250	Нулевая	Рис молотый — 20, вода — 250	1,40	0,12	15,44	—	—	64,4
21.00	Отвар из сборных сухофруктов, без сахара	250	Нулевая	Сборные сухофрукты — 20, вода — 250	0,60	—	18,70	—	—	73,0
	Всего в суточном рационе (без свободной жидкости для питья)	1250	—	Рис молотый — 40, сборные сухофрукты — 60, вода — 1250	4,60	0,24	86,98	—	—	347,8
2-й день										
9.00	Отвар из риса на воде, без соли	250	Нулевая	Рис молотый — 25, вода — 250	1,75	0,15	19,30	—	—	80,7
	Чай зеленый байховый, с сахаром	200	10и	Чай зел. байх. — 1, сахар — 5, вода — 200	—	—	4,99	—	—	20,0
11.30	Отвар из сборных сухофруктов, без сахара	250	Нулевая	Сборные сухофрукты — 30, вода — 250	0,90	—	28,10	—	—	100,0
14.00	Отвар из риса на воде, без соли	250	Нулевая	Рис молотый — 25, вода — 250	1,75	0,15	19,30	—	—	80,7

Продолжение

Дни восстановления периода и часы приема пищи	Перечень блюд рациона	Выход готового блюда, г	Основным требованиям какой диеты НИИ питания АМИН РФ соответствует блюдо	Набор продуктов, г	Пищевая ценность блюда (рациона), г		Калорийность, ккал
18.00	Отвар из риса на воде, без соли	250	Нулевая	Рис молотый — 25, вода — 250	1,75	0,15	80,7
21.00	Отвар из сборных сухофруктов, без сахара	250	Нулевая	Сборные сухофрукты — 30, вода — 250	0,90	—	100,0
	Всего в суточном рационе (без свободной жидкости для питья)	1500	—	Рис молотый — 75, сборные сухофрукты — 60, чай байх. — 1, вода — 1500	6,05	0,45	460,1
3-4-й день							
9.00	Каша манная на воде, жидкая, со сливочным маслом, без соли	200	4	Масло слив. — 5, крупа манная — 40, сахар — 5, вода — 200	4,55	4,40	186,5
	Чай зеленый байховый на разведенном молоке, с сахаром	250	1а	Чай зел. байх. — 1,5; вода — 225, молоко — 25, сахар — 5	0,70	0,80	35,4
11.30	Отвар из сборных сухофруктов, с сахаром и аскорбиновой кислотой	250	10и	Сборные сухофрукты — 30, сахар — 5, аскорбиновая кислота — 0,3, вода — 250	0,90	—	120,5
14.00	Каша из толокна на воде, жидкая, без соли	200	4	Толокно — 30, масло слив. — 3, масло подсолн. — 2, вода — 200	3,93	6,93	146,9
18.00	Отвар из сборных сухофруктов, без сахара	125	10и	Сборные сухофрукты — 20, вода — 125	0,60	—	73,0
	Яблочный кисель	250	4	Яблоко свеж. протертое — 40, мука каргоф. — 5, вода — 250	0,16	—	42,9
21.00	Отвар из сборных сухофруктов, без сахара	250	Нулевая	Сборные сухофрукты — 30, вода — 250	0,90	—	100,0
	Сухарик из простого пшеничного багона	20	1а	Сухарик пшеничн. — 20	2,24	0,28	66,2
	Всего в суточном рационе (без свободной жидкости для питья)	1545	—	Масло слив. — 8, масло подсолн. — 2, чай зел. байх. — 1,5, манная крупа — 40, сухофрукты — 80, сухарик пшенич. — 5, аскорбиновая кислота — 0,3, молоко — 25, вода — 1500	13,98	11,09	771,4
							Белки: животн. — 0,5, растит. — 13,48
5-6-й дни							
9.00	Чай зеленый байховый на половинном молоке, с сахаром	200	10и	Чай зел. байх. — 2, молоко — 20, сахар — 5, вода — 150	1,40	1,60	47,9
	Каша из толокна на половинном молоке, вязкая, без соли	200	10	Толокно — 35, масло слив. — 3, масло подсолн. — 2, молоко — 50, вода — 150	5,67	8,10	200,0
11.30	Отвар из сборных сухофруктов, с сахаром	250	10и	Сухофрукты — 30, сахар — 5, аскорбиновая кислота — 0,4, вода — 250	0,90	—	120,5
	Батон из пшеничной муки 85-процентной	25	1	Батон пшеничн. — 25	1,98	0,25	59,0
14.00	Суп овощной протертый, с гречками, без соли	200	10и	Масло слив. — 3, масло подсолн. — 3, картофель — 50, батон пшеничн. — 15, вода — 150	1,86	5,65	120,8
	Каша гречневая протертая на воде, без соли	200	4	Крупа гречневая молотая — 40, масло слив. — 5, вода — 225	5,07	5,16	169,0
	Кисель яблочный	125	4	Яблоко свеж. протертое — 40, сахар — 5, крахмал — 5, вода — 125	0,16	—	42,9
18.00	Каша манная на половинном молоке, жидкая, без соли	200	16	Масло слив. — 5, молоко — 50, сахар — 5, крупа манная — 30, вода — 200	4,82	5,93	183,6
21.00	Кисель яблочный	250	4	Яблоко свеж. протертое — 40, сахар — 5, крахмал — 5, вода — 250	0,16	—	42,9
	Батон из муки 85-процентной	25	1	Батон из пшеничной муки 85-процентной — 25	1,98	0,25	59,0
	Всего в суточном рационе (без свободной жидкости для питья)	1675	—	Масло слив. — 16, масло подсолн. — 5, сахар — 20, чай зел. байх. — 2, молоко — 150, толокно — 35, крупа гречн. — 40, крупа манная — 30, яблоко свеж. — 80, сухофрукты — 30, картофель — 50, морковь — 25, батон — 65, Белки: животн. — 5,2, растит. — 18,8. Жиры: животн. — 6,5, растит. — 20,4. Сахароза — 20, фруктоза и глюкоза — 10, лактоза — 7, крахмал — 84, клетчатка — 50	24,00	26,94	1045,6

Дни восстановительного периода и часы приема пищи	Перечень блюд рациона	Выход готового блюда, г	Основным требованиям какой диеты НИИ питания АМН РФ соответствует блюдо	Набор продуктов, г	Пищевая ценность блюда (рациона), г	Калорийность, ккал	
7-9-й день							
9.00	Чай зеленый байховый на половинном молоке Батон из муки 85-процентной со сливочным маслом	200 25/5	10 1	Чай зелен. байх. - 4, молоко - 50, сахар - 5, вода - 150 Батон из пшеничной муки 85-процентной - 25, масло слив. - 5	1,40 2,01 4,44	7,29 13,03 18,63	47,9 96,4 61,7
11.30	Каша гречневая на половинном молоке, протертая, без соли Омлет паровой белковый, без соли Кисель яблочный	150 60 250	10и 8 4	Крупа гречн. протертая - 30, масло слив. - 3, масло подсолн. - 2, молоко - 50, вода - 100 Яйцо диет. - 2 шт., молоко - 60, масло слив. - 2 Яблоко свеж. - 40, сахар - 5, крахмал - 5, вода - 250, аскорбиновая кислота - 0,5	8,29 0,16	2,98 9,51	76,7 42,9
14.00	Батон из муки 85-процентной Суп овощной вегетар., протертый, с гречками, с прокипяченной сметаной, без соли Каша пшеничная молочная, протертая, без соли Говядина отварная молотая, без соли Отвар из сборных сухофруктов, без сахара Яблоко печеное, без сахара	25 200 150 20 125 97	1 10и 16 16 10и 10и	Батон из пшеничной муки 85-процентной - 25 Масло слив. - 3, масло подсолн. - 3, картофель - 50, морковь - 50, сметана - 10, батон пшеничн. - 25 Крупа пшеничная протертая - 30, молоко - 50, масло слив. - 5 Говядина нестарая, нежирная, нежидистая - 50, масло подсолн. - 2 Сухофрукты - 20, вода - 125	1,97 2,38 3,50 6,61 0,60 0,40	12,97 17,78 24,46 - 18,70 11,30	59,0 156,7 145,1 80,7 73,0 46,0
16.00				Яблоко свеж. - 110			
10-12-й дни							
18.00	Картофельно-морковное пюре, без соли Отвар из сборных сухофруктов Батон из муки 85-процентной	200 250 50	10 1 1	Морковь - 100, картофель - 50, молоко - 50, масло слив. - 5, масло подсолн. - 3 Сухофрукты - 30, сахар - 5, аскорбиновая кислота - 0,3, вода - 250 Батон пшеничн. - 50	2,89 0,90 3,95	14,89 23,69 25,95	149,8 120,5 118,0
21.00	Кефир Батон из муки 85-процентной Всего в суточном рационе (без свободной жидкости для питья)	125 25 1960	5 1 -	Кефир однодн. бутылочн. низкой кислотности - 135 Батон пшеничн. - 25 Масло слив. - 26, масло подсолн. - 10, чай зелен. байх. - 3, молоко - 260, кефир - 135, крупа гречн. - 30, крупа пшеничн. 30, картофель - 100, морковь - 150, сметана 30-процентная - 10, яблоко свеж. - 150, сухофрукты сборн. - 50, аскорбиновая кислота - 0,8, батон из пшеничн. муки 85-процентной - 125, крахмал картоф. - 5, яйцо диет. - 2 шт., говядина 2-й кат. - 50, сахар - 15, вода для приготовления пищи - 1200	3,50 1,97 44,63	4,00 0,25 220,03	71,2 59,0 1544,9
9.00	Чай зеленый байховый с молоком Яйцо диетическое всмятку Хлеб пшеничный 1-го сорта и масло сливочное	200 48 50/5	10 10 10	Чай зел. байх. - 3, молоко - 50, сахар - 5, вода - 150 Яйцо диетическое - 1 шт. Хлеб пшеничн. - 50, масло слив. - 5	1,40 6,09 3,78	7,21 0,33 24,82	47,9 75,0 148,4
11.30	Винегрет без соли, уксуса, из измельченных отварных овощей с подсолнечным маслом и соком лимона Компот из свежих яблок Хлеб пшеничный 1-го сорта	235 200 50	10 5 5	Картофель - 75, горошек зел. - 15, свекла - 75, морковь - 75, масло подсолн. - 10, лимон - 25 Яблоко свеж. - 50, сахар - 5, аскорбиновая кислота - 0,4, вода - 200 Хлеб пшеничн. - 50	2,47 0,24 3,80	18,70 11,75 24,85	185,7 47,6 113,0

Продолжение

Дни восстановительного периода и часы приема пищи	Перечень блюд рациона	Выход готового блюда, г	Основным требованиям какой диеты НИИ питания АМН РФ соответствует блюдо	Набор продуктов, г	Пищевая ценность блюда (рациона), г			Калорийность, ккал
					1,76	8,48	13,20	
14.00	Суп крестьянский вегетарианский, со сметаной Говядина отварная мелкопорезанная, без соли Пюре картофельно-морковное, без соли Компот из свежих яблок Хлеб пшеничный 1-го сорта	200/10 40 120 200 25	5 16 10 5 5	Масло слив. — 3, масло подсолн. — 3, сметана 30-процентная — 10, капуста свеж. — 25, крупа перл. — 5, картофель — 40, морковь — 25 Говядина нестарая, нежирная, обезжиренная — 100, масло слив. — 3, масло подсолн. — 2 Масло слив. — 3, масло подсолн. — 2, картофель — 125, морковь — 100, молоко — 50, вода — 100 Яблоко свеж. — 60, сахар — 5, аскорбиновая кислота — 0,4, вода — 200 Хлеб пшеничн. — 25	1,76 13,63 3,49 0,24 1,90	8,48 10,82 6,18 — 0,23	13,20 — 25,22 11,75 12,42	126,3 161,4 169,6 47,6 56,5
16.00	Яблоко печеное, без сахара	97	10и	Яблоко свеж. — 110	0,40	—	11,30	46,0
18.00	Морковь отварная с пюре из отварного чернослива с прокипяченной сметаной Творог редуцированный Чай зеленый байховый на половинном молоке Хлеб пшеничный 1-го сорта	190 50 200 25	10 8 10 5	Масло слив. — 5, сметана 30-процентная — 20, сахар — 5, чернослив — 40, морковь — 190 Творог 18-процентный — 50, молоко — 50 Чай зел. байх. — 2, молоко — 50, сахар — 5, вода — 150 Хлеб пшеничн. — 25	3,28 8,40 1,40 1,90	9,58 10,60 1,60 0,23	38,58 3,00 7,29 12,42	242,0 142,7 47,9 56,5
21.00	Кефир однодневный Батон из муки 85-процентной	200 25	5 1	Кефир бутылочный однодн. — 210 Батон пшеничн. — 25	5,60 1,95	6,40 0,25	8,20 12,97	118,0 59,0
Всего в суточном рационе (без свободной жидкости для питья)					2245	—	—	—
13-15-й дни								
9.00	Чай зеленый байховый с молоком Хлеб ржано-пшеничный, масло сливочное Каша из овсяных хлопьев «Геркулес», молочная, вязкая, малосоленая	200 50/5 200	10 5 5	Чай зел. байх. — 5, молоко — 200, кефир — 210, масло слив. — 19, масло подсолн. — 17, творог 18-процентный — 50, яйцо диет. — 1 шт., говядина 2-й кат. — 100, сметана 30-процентная — 30, картофель — 250, морковь — 390, морковь — 390, свекла — 75, горошек зел. — 15, крупа перл. — 5, хлеб пшеничн. 1-го с. — 230, лимон — 25, яблоко свеж. — 230, лимон — 25, аскорбиновая кислота — 0,8, вода для приготовления пищи — 1400	89,93 Белки: животн. — 45,62, растит. — 16,11. Жиры: животн. — 19,50, растит. — 57,12. Сахароза — 25, фруктоза и глюкоза — 40, лактоза — 10, крахмал — 95, клетчатка — 70	96,97	311,32	2430,4
11.30	Яблоко свежее протертое, без кожуры Творог редуцированный Компот из сухофруктов, без сахара	100 100 200	10 10 8	Яблоко свеж. — 115 творог 18-процентный — 100, молоко 50 Сухофрукты — 30, вода — 200, аскорбиновая кислота — 0,4	0,30 15,40 0,90	— 19,60 —	11,50 3,65 28,05	44,6 255,7 99,8
14.00	Винегрет без соли, уксуса, с подсолечным маслом, тертым сыром яблоком, соком лимона, без картофеля Суп овощной молочный, малосоленный Котлета говяжья паровая, без соли	150 200 90	8 5 10	Капуста сол. вымоч. — 25, свекла — 40, морковь — 40, горошек зел. — 30, масло подсолн. — 10, лимон — 25 Масло слив. — 5, крупа манная — 5, яйцо диет. — 1/4 шт., молоко — 75, морковь — 50, картофель — 75, вода — 200 Говядина нестарая, нежирная, нежирная — 100, яйцо диет. — 1/4 шт., батон пшеничн. — 15, масло подсолн. — 3 Молоко — 50, масло слив. — 5, картофель — 100, морковь — 150, вода 200	2,35 5,08 14,78 3,83	10,09 7,99 7,85 5,87	14,28 20,45 7,78 24,59	150,0 163,7 168,4 164,9

Продолжение

Дни восстановительного периода и часы приема пищи	Перечень блюд рациона	Выход готового блюда, г	Основным требованиям какой диеты НИИ питания АМН РФ соответствует блюдо	Набор продуктов, г	Пищевая ценность блюда (рациона), г		Калорийность, ккал
	Компот из свежих яблок	200	5	Яблоко свеж. — 60, сахар — 5, аскорбиновая кислота — 0,6, вода — 200	0,24	—	47,6
	Хлеб ржано-пшеничный	50	5	Хлеб ржано-пшеничн. — 50	3,50	0,55	96,5
16.00	Яблоко свежее протертое без кожуры	100	10	Яблоко свеж. — 115	0,30	—	44,0
18.00	Винегрет без соли, уксуса, с маслом и соком лимона	235	10	Картофель — 75, горошек зел. — 15, свекла — 75, морковь — 75, масло подсолн. — 10, лимон — 25	2,47	10,08	185,7
	Говядина отварная молотая, малосоленая	40/5	16	Говядина нестарая, нежирная, нежирлистая — 100, масло слив. — 3, масло подсолн. — 2	13,63	10,82	161,4
	Компот из сухофруктов, без сахара	200	8	Сухофрукты — 30, вода — 200	0,90	—	99,8
	Хлеб пшеничный 1-го сорта	50	5	Хлеб пшеничн. — 50	3,80	0,45	113,0
21.00	Кефир однодневный	200	5	Кефир однодневный бутылочный — 210	5,60	6,40	118,0
	Батон из муки 85 %-ной	25	1	Батон пшеничн. — 25	1,95	0,25	59,0
	Всего в суточном рационе (без свободной жидкости для питья)	2245	—	Чай зел. байх. — 3, молоко ко — 250, кефир — 210, масло слив. — 21, масло подсолн. — 27, сахар — 10, говядина 2-й кат. — 200, хлопья овсяные «Геркулес» — 50, яблоко свежее — 340, картофель — 60, творог 18-процентный — 100, капуста кваш. — 25, свекла — 115, морковь — 315, горошек зел. — 45, картофель — 250, лимон — 25, яйцо диет. — 0,45 шт., хлеб ржано-пшеничн. — 100, хлеб пшеничн. — 50, батон пшеничн. — 25, аскорбиновая кислота — 1,0,	89,93	96,97	2430,4
				Белки: животн. — 70,02, растит. — 19,91. Жир: животн. — 65,37, растит. — 31,50. Сахароза — 10,00, фруктоза и глюкоза — 36,78, лактоза — 17,3, крахмал 98, клетчатка 125,5			

16-18-й дни									
9.00	Чай зеленый байховый с молоком	200	10	Чай зел. байх. — 3, молоко — 50, сахар — 5, вода — 150	1,40	1,60	7,29	47,9	
	Хлеб ржано-пшеничный, масло сливочное	50/5	5	Хлеб ржано-пшеничн. — 50, масло слив. — 5	3,53	4,62	20,04	133,9	
	Омлет паровой белковый из двух яиц без соли	60	8	Яйцо диет. — 2 шт., молоко — 60, масло слив. — 2	8,29	3,57	2,98	76,7	
	Каша гречневая вязкая, на воде, малосоленая, с молоком	100/100	5	Крупа гречн. — 30, молоко — 100	6,58	3,98	25,10	158,2	
11.30	Яблоко свежее без кожуры	100	10	Яблоко свеж. — 115	0,30	—	11,50	44,6	
	Говядина отварная куском	46	8	Говядина нестарая, нежирная, нежирлистая — 110	14,96	5,17	—	116,6	
	Чай зеленый байховый с молоком	200	10	Чай зел. байх. — 3, молоко — 50, сахар — 5, вода — 150	1,40	1,60	7,29	47,9	
	Хлеб ржано-пшеничный	25	5	Хлеб ржано-пшеничн. — 25	1,75	0,27	10,07	48,2	
14.00	Винегрет без уксуса, соли, с тертым сырым яблоком, соком лимона, без картофеля	150	8	Капуста кваш. вымоч. — 25, свекла — 40, морковь — 40, горошек зел. — 30, яблоко свеж. — 50, масло подсолн. — 10, лимон — 25	5,08	7,99	20,45	163,7	
	Суп крестьянский вегетар., с прокипяченной сметаной, без соли	300	10	Масло слив. — 5, масло подсолн. — 3, сметана 30-процентная — 15, капуста свеж. — 50, крупа перл. — 10, картофель — 50, морковь — 50	3,00	11,79	19,39	212,3	
	Тефтели говяжьи, паровые, малосоленые	62	8	Говядина нестарая, нежирная, нежирлистая — 90, батон из муки 85-процентной — 10, яйцо диет. — 1/4 шт., масло подсолн. — 3	16,20	10,06	5,36	185,2	
	Овощи без картофеля отварные и припущенные в сметане с отварным черносливом	200	8	Сметана 30-процентная — 10, горошек зел. — 30, капуста свеж. — 100, брюква — 50, морковь — 100, масло подсолн. — 8, чернослив вяленый — 30	4,81	3,17	34,50	173,8	
	Компот из свежих яблок с аскорбиновой кислотой	200	5	Яблоко свеж. — 60, сахар — 5, аскорбиновая кислота — 0,6, вода — 200	0,24	—	11,75	47,6	
	Хлеб ржано-пшеничный	50	5	Хлеб ржано-пшеничн. — 50	3,50	0,55	20,15	96,5	

Продолжение

Дни восстановительного периода и часы приема пищи	Перечень блюд рациона	Выход готового блюда, г	Основным требованиям какой диеты НИИ питания АМН РФ соответствует блюдо	Набор продуктов, г	Пищевая ценность блюда (рациона), г		Калорийность, ккал	
					0,30	11,50		
16.00	Яблоко свежее без кожуры	100	10	Яблоко свеж. — 115	—	11,50	44,0	
18.00	Творог редуцированный с отварным размельченным черносливом Компот из сухофруктов с аскорбиновой кислотой	140 200	10 10	Творог 18-процентный — 100, молоко — 50, чернослив вяленый — 30 Сухофрукты — 30, сахар — 5, аскорбиновая кислота — 0,4, вода — 200	16,09	23,50	334,9 129,4	
20.00	Хлеб пшеничный 1-го сорта Чай зеленый байховый с молоком	50 200	5 10и	Хлеб пшеничн. 1-го с. — 50 Чай зел. байх. — 2, молоко — 50, сахар — 5, вода — 150	3,80 1,40	0,45 7,29	113,0 47,9	
21.00	Кефир однодневный бутылочный Батон из муки 85-процентной	200 25	5 1	Кефир однодневный — 210 Батон пшеничн. — 25	5,60 1,95	6,40 12,97	118,0 59,0	
	Всего в суточном рационе (без свободной жидкости для питья)	2750	—	Чай зел. байх. — 5, молоко — 360, кефир — 210, масло слив. — 12, масло подсолн. — 21, сметана 30-процентная — 25, творог 18-процентный — 100, яйцо диет. — 0,25 шт., говядина 2-й кат. — 200, крупа гречн. — 30, капуста кваш. — 25, капуста свеж. — 100, брюква — 50, морковь — 190, свекла — 40, горошек зел. — 60, картофель — 50, крупа перл. — 10, лимон — 25, яблоко свеж. — 290, чернослив — 60, сухофрукты сборные — 30, сахар — 25, хлеб ржано-пшеничн. — 125, хлеб пшенич. — 50, батон пшеничный — 25, аскорбиновая кислота — 1, соль поваренная — 5, вода для приготовления пищи — 1900	97,28	82,67	317,21	2399,3

Белки: животн. — 59,84, растит. — 37,44.
Жиры: животн. — 25,20, растит. — 57,47.
Сахароза — 25,0, глюкоза и фруктоза — 40,2, лактоза — 18,7, крахмал — 109,4, клетчатка — 114

19-й, 20-й и 22-й дни

9.00	Чай зеленый байховый с молоком Хлеб ржано-пшеничный, масло сливочное Каша из овсяных хлопьев «Геркулес» на воде, вязкая, без соли Молоко	200 50/5 200 110	10и 5 10 10	Чай зел. байх. — 3, молоко — 50, сахар — 5, вода — 150 Хлеб ржано-пшеничн. — 50 Масло слив. — 5, масло подсолн. — 3, овс. хлопья «Геркулес» — 50, вода — 200 Молоко — 110	1,40 3,53 6,58	1,60 4,62 10,22	7,29 20,04 32,89	47,9 133,9 221,9
11.30	Сыр «Российский», малосолёный, тертый Хлеб ржано-пшеничный Чай зеленый байховый с молоком Яблоко свежее	37 25 200 100	5 5 10и 10	Сыр «Российский» тертый — 40 Хлеб ржано-пшеничн. — 25 Чай зел. байх. — 2, молоко — 50, сахар — 5, вода — 150 Яблоко свежее — 115	8,65 1,75 1,40	11,10 0,27 1,60	— 10,07 7,29	58,0 137,3 48,2 47,9
14.00	Морковь сырая тертая со свежей сметаной Борщ вегетар. без картофеля, со сметаной, аскорбиновой кислотой, без соли Говядина отварная кусочком Пюре картофельно-морковное, малосоленное Компот из сборных сухофруктов Хлеб ржано-пшеничный	55/15 300/15 46 120 200 50	10 8 8 5 10 5	Морковь — 75, сметана 30-процентная — 15 Масло подсолн. — 5, сметана 30-процентная — 15, морковь — 25, капуста свеж. — 150, свекла — 50, аскорбиновая кислота — 0,4, вода — 300 Говядина нестарая, нежирная, нежирная — 110 Масло слив. — 3, масло подсолн. — 2, картофель — 125, морковь — 100, молоко — 50, вода — 100 Сухофрукты — 30, сахар — 5, аскорбиновая кислота — 0,8, вода — 200 Хлеб ржано-пшеничн. — 50	1,17 1,48	3,06 8,02	4,68 10,68	50,7 134,1
16.00	Яблоко свежее без кожуры	100	10	Яблоко свежее — 115	0,30	—	11,50	44,0
18.00	Винегрет без уксуса, соли, с тертым сырым яблоком, соком лимона, без картофеля	150	8	Капуста кваш. вымоч. — 25, свекла — 40, морковь — 40, горошек зел. — 30, яблоко свеж. — 50, масло подсолн. — 10, лимон — 25	5,08	7,99	20,45	163,7

Дни восстановительного периода и часы приема пищи	Перечень блюд рациона	Выход готового блюда, г	Основным требованиям какой диеты НИИ питания АМН РФ соответствует блюдо	Набор продуктов, г	Пищевая ценность блюда (рациона), г			Калорийность, ккал
					1,40	1,60	7,29	
	Чай зеленый байховый с молоком Хлеб пшеничный 1-го сорта со сливочным маслом	200 50	10и 5	Чай зел. байх. — 2, молоко — 50, сахар — 5, вода — 150 Хлеб пшеничн. — 50, масло слив. — 5	3,80	4,60	24,82	148,4
21.00	Кефир однодневный бутылочный Батон из муки 85-процентной	200 25	5 1	Кефир однодневный — 210 Батон пшеничн. — 25	5,60	6,40	8,20	118,0
	Всего в суточном рационе (без свободной жидкости для питья)	2500	--	Чай зел. байх. — 7, молоко слив. — 310, кефир — 210, масло слив. — 13, масло подсолн. — 20, сыр 30-процентный — 40, сметана 30-процентная — 15, говядина 2-й кат. — 110, хлопья овсян. «Геркулес» — 50, картофель — 125, морковь — 240, свекла — 90, капуста свеж. — 150, капуста кваш. — 25, горошек зел. — 30, сахар — 20, яблоко свежее — 280, лимон — 25, аскорбиновая кислота — 1, сухофрукты сборные — 50, хлеб ржано-пшеничн. — 125, хлеб пшеничн. — 50, батон пшеничн. — 25, поваренная соль — 5, вода для приготовления пищи — 1800	70,07	80,35	272,76	2054,1
21-й и 23-й дни								
9.00	Кофе-суррогат с молоком	200	10	Кофе-суррогат — 8, молоко — 100, сахар — 5, вода — 100	3,60	3,80	14,44	105,0
	Каша пшеничная, вязкая, на воде, без соли	150	10	Масло слив. — 3, масло подсолн. — 2, крупа «пшеничка» — 40, вода — 200	2,81	4,73	30,97	169,34
	Яйцо диетическое всмятку	1 шт.	10	Яйцо диет. — 1 шт.	6,09	5,52	0,33	75,0
	Хлеб ржано-пшеничный, масло сливочное	25/5	5	Хлеб ржано-пшеничн. — 25, масло сливочное — 5	1,78	4,15	10,84	85,8
11.30	Творог редуцированный со свежей сметаной	110/15	10	Творог 18-процентный — 100, молоко — 50, сметана 30-процентная свежая — 15	15,79	24,10	4,07	189,7
	Чай зеленый байховый с молоком	200	10	Чай зел. байх. — 3, молоко — 50, сахар — 5, вода — 150	1,40	1,60	7,29	47,9
	Яблоко свежее	100	10	Яблоко свежее — 115	0,30	—	11,50	44,6
14.00	Винегрет без уксуса, соли, с тертым яблоком, соком лимона, без картофеля	150	8	Капуста кваш. вымоч. — 25, морковь — 40, свекла — 40, горошек зел. — 30, яблоко свеж. — 50, лимон — 25, масло подсолн. — 10	5,08	7,19	20,45	163,7
	Суп крестьянский вегетар. с отварной говядиной, свежей сметаной, без соли	300/20/ 15	10	Масло слив. — 5, масло подсолн. — 3, сметана 30-процентная свежая — 15, говядина нестарая, нежирная, нежирная — 55, капуста свеж. — 50, картофель — 50, морковь — 50, крупа перл. — 10	10,48	14,37	19,39	271,6
	Рулет паровой из отварной говядины, без хлеба и соли	68	8	Говядина нежирная, нестарая, нежирная — 100, масло слив. — 3, масло подсолн. — 2, яйцо диет. — 0,5 шт.	16,67	13,58	0,20	188,9
	Хлеб ржано-пшеничный	50	5	Хлеб ржано-пшеничн. — 50	3,50	0,55	20,15	96,5
	Компот из сухофруктов с аскорбиновой кислотой	200	5	Сухофрукты — 30, сахар — 5, аскорбиновая кислота — 0,8, вода — 200	0,90	—	23,69	120,5
16.00	Яблоко свежее без кожуры	200	10	Яблоко свеж. — 115	1,22	—	11,50	44,0
18.00	Каша гречневая, вязкая, на воде, без соли	200	10	Крупа гречн. — 50, вода — 250	6,30	1,30	34,00	164,5
	Молоко	150	10	Молоко — 160	4,20	4,80	7,05	89,2
	Пюре из отварного чернослива и пшеного яблока	140	5	Яблоко свеж. — 115, чернослив вяленый — 40	1,22	—	37,74	154,0

Дни восстановительного периода и часы приема пищи	Перечень блюд рациона	Выход готового блюда, г	Основным требованиям какой диеты НИИ питания АМН РФ соответствует блюдо	Набор продуктов, г	Пищевая ценность блюда (рациона), г			Калорийность, ккал
					5,60	6,40	8,20	
21.00	Кефир однодневный бутылочный Батон из муки 85-процентной	200	5	Кефир однодневный — 210	1,95	0,25	12,97	59,0
		2425	—	Кофе-суррогат — 8, молоко — 360, кефир — 200, масло слив. — 16, масло подсолн. — 17, творог 18-процентный — 100, сметана 30-процентная — 30, говядина 2-й кат. — 155, яйцо диет. — 1,5 шт., крупа пшеничн. — 40, крупа гречн. — 50, яблоко свеж. — 345, сухофрукты сборные — 30, чернослив вялен. — 40, капуста кваш. — 25, капуста свеж. — 50, морковь — 90, свекла — 40, картофель — 50, горошек зел. — 30, лимон — 25, крупа перл. — 10, хлеб ржано-пшеничн. — 75, батон пшен. — 25, чай зел. байх. — 3, сахар — 15, аскорбиновая кислота — 0,8, вода для приготовления пищи — 1750, соль поваренная — 5	87,97	93,14	274,38	2287,3
24-й день								
9.00	Чай зеленый байховый с молоком Хлеб ржано-пшеничный, масло Каша из овсяных хлопьев на воде, вязкая, без соли Молоко	200	10	Чай зел. байх. — 3, молоко — 50, сахар — 5, вода — 150	1,40	1,60	7,29	47,29
		25/5	5	Хлеб ржано-пшеничн. — 25, масло слив. — 5	1,68	4,35	19,97	85,7
		200	10	Масло слив. — 5, масло подсолн. — 3, овсян. хлопья «Геркулес» — 50, вода — 150	6,58	10,22	32,89	221,9
		100	10	Молоко — 110	2,80	3,20	4,70	58,0
11.30	Чай зеленый байховый с молоком Хлеб ржано-пшеничный, масло сливочное Яблоко свежее	200	10	Чай зел. байх. — 3, молоко — 50, сахар — 5, вода — 150	1,40	1,60	7,29	47,9
		25/5	5	Хлеб ржано-пшеничн. — 25, масло слив. — 5	1,68	4,35	19,97	85,7
		100	10	Яблоко свежее — 115	0,30	—	11,50	44,6
		100	8	Кефир однодневный — 110	2,80	3,20	4,10	59,0
14.00	Борщ вегетар., без картофеля, со сметаной, отварной говядиной, аскорбиновой кислотой, без соли Биточки говяжьи паровые, малосоленные Овощи без картофеля отварные и припущенные в сметане, без соли Компот из сборных сухофруктов Хлеб ржано-пшеничный	300/15/20	10	Масло подсолн. — 5, сметана 30-процентная свежая — 15, говядина нестарая, нежирная, нежирная — 50, морковь — 25, капуста свеж. — 150, свекла — 50, аскорбиновая кислота — 0,4, вода — 300	8,08	11,37	10,68	188,1
		85	5	Говядина нестарая, нежирная, нежирная — 100, батон пшеничн. — 15, масло слив. — 5	14,81	9,07	7,78	178,8
		200	8	Масло подсолн. — 10, сметана 30-процентная свеж. — 10, брюк-ва — 100, горошек зел. — 30, морковь — 200, вода — 100	4,11	11,79	19,57	199,9
		200	10	Сухофрукты — 30, сахар — 5, аскорбиновая кислота — 0,8, вода — 200	0,90	—	33,03	129,4
16.00	Хлеб ржано-пшеничный	25	5	Хлеб ржано-пшеничн. — 25	1,75	0,28	10,07	48,3
18.00	Яблоко свежее без кожуры	100	10	Яблоко свежее — 115	0,30	—	11,50	44,0
18.00	Сок томатный консервированный Творог редуцированный с перцем из отварного чернослива Чай зеленый байховый с молоком Хлеб пшеничный 1-го сорта	150	5	Сок томатный консерв. — 160	1,50	—	4,95	27,0
		140	10	Творог 18-процентный — 100, молоко — 50, чернослив вяленый — 30	16,09	19,60	23,50	334,9
		200	10	Чай зел. байх. — 2, молоко — 50, сахар — 5, вода — 150	1,40	1,60	7,29	47,9
		50	5	Хлеб пшеничн. 1-го с. — 50	3,80	0,45	24,80	113,0
21.00	Кефир однодневный бутылочный Батон из муки пшеничной 85-процентной	200	5	Кефир однодневный — 210	5,60	6,40	8,20	118,0
		25	1	Батон пшеничн. — 25	1,95	0,25	12,97	59,0

Дни восстановительного периода и часы приема пищи	Перечень блюд рациона	Выход готового блюда, г	Основным требованиям какой диеты НИИ питания АМН РФ соответствует блюдо	Набор продуктов, г	Пищевая ценность блюда (рациона), г			Калорийность, ккал
					78,93	89,33	282,05	
Всего в рационе (без свободной жидкости для питья)		2700	-	Чай зел. байх. — 7, молоко — 310, кефир — 320, масло слив. — 15, масло подсолн. — 18, говядина 2-й кат. — 150, творог 18-процентный — 100, сметана 30-процентная свежая — 25, овсян. хлопья «Геркулес» — 50, яб-локо свежее — 230, сухофрукты сборные — 30, чернослив вяленый — 30, горошек зел. — 30, морковь — 225, брюква — 100, капуста свеж. — 150, свекла — 50, томатный сок — 160, хлеб ржано-пшеничн. — 50, хлеб пшеничн. 1-го с. — 25, батон пшеничн. — 25, сахар — 15, аскорбиновая кислота — 1,2, вода для приготовления пищи — 1800, соль поваренная — 5	Белки: животн. — 52,05, растит. — 26,83 Жиры: животн. — 69,53, растит. — 19,80. Сахара — 18,5, фруктоза и глюкоза — 45,5, крахмал — 122,2, за — 28,6, клетчатка — 67,4			

3. МАТЕРИАЛЫ К ОРГАНИЗАЦИИ И АМБУЛАТОРНОМУ ПРОВЕДЕНИЮ ЛЕЧЕБНОГО ГОЛОДАНИЯ В УСЛОВИЯХ ЧАСТНОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА

РДТ — методика лечения болезней и оздоровления организма, которую не следует применять самостоятельно, без предварительного медицинского обследования и наблюдения компетентного врача. Общепринято проводить РДТ в больничных условиях. Однако в настоящее время, как в России, так и за рубежом — во Франции, Австралии и других странах, постепенно накапливается успешный опыт амбулаторного применения лечебного голодания, в том числе в условиях частных медицинских центров («Беловодье», Алтай; «Афродита», Благовещенск, «ЛЕНмедцентр», Санкт-Петербург, «Aura and Body Centre», Мельбурн и др.). Автор данного раздела — главный врач «ЛЕНмедцентра» — начав работу с РДТ более 20 лет назад в условиях клиники, успешно продолжает ее в настоящее время в частном центре, где лечение проводится амбулаторно. Несомненно, что именно такое применение РДТ дало возможность очень многим людям воспользоваться этой методикой, расширив границы ее применения. Речь идет о тех, кто по тем или иным причинам хочет пройти лечение или оздоровление во внебольничных условиях.

Практика ведения больных при РДТ в стационаре и амбулаторно имеет существенные отличия. Они касаются принципов отбора пациентов, характера патологий, особенностей проведения РДТ, а также структуры и построения работы самого медицинского учреждения.

Особенности работы медицинского центра

1. Структура центра

В идеале структура центра должна предусматривать наличие:

1. Регистратуры.
2. Кабинета врача.
3. Кабинета для взятия анализов.
4. Кабинета для проведения мониторингового толстокишечного диализа (гидроколонтерапии) или для очищения кишечника клизмой (во втором случае должен быть предусмотрен туалет).
5. Массажного кабинета (мануальная терапия, иглорефлексотерапия и др.).
6. Помещения для проведения водных процедур (душ Шарко, жемчужные ванны и др.).
7. Бассейна.
8. Сауны или русской (парной) бани.
9. Зала для индивидуальных занятий лечебной физкультурой.
10. Кабинета психологической разгрузки.

Однако далеко не всегда в небольшом частном центре есть все необходимые помещения, поэтому зачастую кабинеты совмещают различные функции. Взятие анализов может проводиться в другом медицинском учреждении (желательно порекомендовать пациенту конкретные хорошо оборудованные лаборатории). Если в центре нет бассейна, сауны, русской бани, пациент посещает их самостоятельно. Лечебной физкультурой занимаются на дому или в спортивном зале, иногда ее заменяют прогулками (в том числе, лыжными или велосипедными) в парке или в лесу.

Исходя из логики подготовки больного к РДТ, можно было бы говорить о необходимости включения в структуру центра лаборатории. Одна-

ко это не представляется целесообразным (в том числе и по финансовым показателям), по крайней мере, в крупных городах, где существует достаточное количество прекрасно оснащенных лабораторий.

2. Возможности центра.

Даже небольшой частный амбулаторный центр может принимать на лечебное голодание до 200 человек в месяц. Однако при организации работы следует учесть, что из числа обратившихся в центр больных, желающих пройти курс РДТ, какое-то количество будет «отсеяно» из-за противопоказаний (см. раздел 1.3).

3. Подготовка персонала.

Врачебный персонал.

Врачам, не владеющим методикой РДТ, иногда кажется, что она очень проста. Но следует знать, что лечебное голодание оказывает действие на весь организм, весь спектр обмена веществ. Даже опытного специалиста (если он не знаком с лечебным голоданием) могут испугать вполне естественные при РДТ изменения биохимических анализов, запах ацетона изо рта и др.

Врачу любой специальности, желающему обогатить свою лечебную практику этой эффективной методикой, необходимо пройти соответствующее обучение и получить сертификат. Только в этом случае можно говорить о полной профессиональной ответственности.

Средний медицинский персонал.

В медицинском центре, применяющем РДТ, специальное обучение должны пройти не только врачи, но и медицинские сестры. Их следует ознакомить с проявлениями нарастающего ацидоза и научить оказывать необходимую медицинскую помощь.

Обучение методике РДТ.

Обучение методике РДТ можно пройти в медицинских учреждениях, специалисты которых имеют большой личный опыт проведения лечебного голодания. Например, в Санкт-Петербурге обучающие программы проводятся на факультете усовершенствования врачей в НИИ пульмонологии при медицинском университете им. акад. И. П. Павлова («Авторская школа профессора А. Н. Кокосова» — kokosov_an@mail.ru, (812) 499-68-53) и в ООО «ЛЕНмедцентр» у д-р мед. н., профессора, гастроэнтеролога и диетолога высшей категории Е. Н. Лаптевой (lenmedcenter@mail.ru, (812) 235-09-47, 235-26-63).

Основные принципы отбора больных:

1. Предварительное обследование, тщательно собранный анамнез, клинико-лабораторные данные.

Тщательно собранный анамнез и обследование (с использованием всей имеющейся у больного документации) должны исключить возможные противопоказания к РДТ (см. раздел 1.9.). Больному необходимо сдать общий клинический анализ мочи, биохимический анализ крови (билирубин, глюкоза, АЛТ, АСТ, К, Са, креатинин, мочевины), пройти рентгенографию органов грудной клетки, ЭКГ.

При выявлении острых заболеваний или обострения хронических заболеваний РДТ откладывается до завершения обострения или воспалительного процесса. При наличии сложной патологии, полиморбизме отдается предпочтение проведению РДТ в условиях стационара. В остальных случаях можно проходить лечение амбулаторно.

2. Оценка общего состояния пациента.

Для проведения РДТ необходимо исключить выраженную активность какого-либо воспалительного процесса, гнойничковые поражения кожи, обострение возможных очагов инфекции (в глоточных миндалинах, пазухах носа, ротовой полости и др.); Приступать к лечебному голоданию можно только после проведения санации острых и хронических очагов поражения.

3. Мотивационные установки.

Назначать пациенту РДТ следует только в том случае, если он настроен на проведение лечебного голодания.

Предварительная, в том числе психологическая, подготовка пациентов:

1. Обсуждение сроков пищевой депривации.

Методику лечебного голодания (см. раздел 1.5) и продолжительность воздержания от пищи выбирает врач, ибо это во многом определяется особенностями патологии. Однако все решения согласуются с пациентом. Если больной «не уверен в своих силах», то лучше применять ступенчатую методику. Необходимый в конкретном случае срок голодания выбирает не больной, а врач. По желанию пациента после завершения очередной «ступеньки» продолжительность пищевой депривации можно увеличить.

2. Обсуждение основных принципов РДТ и особенностей методики.

Больного следует ознакомить в популярной форме с сутью РДТ и особенностями методики, чтобы он сознательно и адекватно реагировал на изменения в собственном организме, возникающие во время пищевой депривации, а также четко выполнял указания врача.

Общие рекомендации:

Во время пищевой депривации пациенту следует вести себя в соответствии с самочувствием, противопоказаний для умственной и легкой физической работы (например, на приусадебном участке) нет.

При достаточной мотивации к проведению лечебного голодания пациент может спокойно находиться в помещении, где готовится еда, и/или сам может готовить пищу для членов своей семьи. Как показывает наш опыт, это не создает каких-либо проблем для проведения РДТ.

Больному следует объяснить необходимость ежедневных очистительных процедур во время разгрузочного периода лечения и научить самостоятельному очищению кишечника с помощью клизмы или предложить проведение мониторинга толстокишечного диализа. Особое внимание нужно уделить тому, что пропуск даже одной процедуры может привести к ухудшению самочувствия (головной боли, слабости и другим проявлениям интоксикации). По нашему опыту, мониторинг толстокишечный диализ гораздо более эффективен, чем очистительная клизма, так как при его применении у больного практически отсутствуют какие-либо побочные эффекты.

Во время проведения РДТ у пациента под рукой всегда должны быть телефоны и другие координаты его лечащего врача и медицинского центра.

Ацидотический криз:

Пациенту необходимо объяснить в популярной форме, что такое ацидотический криз, когда он возникает (см. раздел 1.8) и как справляться с общим недомоганием, которое иногда появляется на его фоне (питье содового раствора — 0,5 ч. ложка соды на 1 ст. воды — небольшими глотка-

ми в течение часа). В беседе следует отметить, что проявления ацидотического криза возникают далеко не у всех больных, проходящих РДТ. Грамотная психологическая подготовка пациента и выраженная мотивация к проведению РДТ значительно сокращают вероятность возникновения субъективных проявлений ацидотического криза (вплоть до их отсутствия).

При выявлении ярких признаков ацидотического криза (тошнота, рвота, слабость и т. д.), необходимо проведение инфузионной терапии или гидроколонтерапии с раствором бикарбоната натрия.

При тяжелом течении ацидотического криза пациенту может быть рекомендован постельный режим (под наблюдением медицинского персонала центра) в течение 1–2 дней.

Для профилактики возможных проявлений ацидотического криза в качестве питья используется щелочная минеральная (столовая) вода (например, «Боржоми»).

Во время появления и нарастания ацидоза у больного возникает запах ацетона изо рта, что является нормальным результатом метаболической перестройки организма при РДТ, и не должно настораживать ни врача, ни пациента. Для устранения запаха следует периодически в течение дня (обязательно — утром), чистить язык при помощи зубной щетки.

Выход из голодания:

Во время восстановительного периода применяются различные пищевые рационы — крупяные, соковые, овощные (см. в Приложениях). Назначение того или иного рациона зависит от характера патологии. Так, при язвенной болезни целесообразно начинать выход на кашах или овощных отварах. При назначении сокового рациона необходимо употреблять только свежевыжатые (а не пастеризованные или консервированные) соки.

Продукты для выхода из голодания лучше всего покупать в последний день голодания.

Рецептуру некоторых блюд, рекомендованных для восстановительного периода (см. в Приложении 4).

В начале восстановительного периода пациенты зачастую испытывают чувство насыщения даже от минимального количества принимаемой пищи (например, от половины стакана сока). Пациенту следует объяснить, что это явление временное: уровень кислотности и ферментов, регулирующих аппетит, восстанавливается в желудочно-кишечном тракте после голодания постепенно.

Когда у больного восстановился аппетит, ему особенно важно соблюдать умеренность при приеме пищи (питаться маленькими порциями), так как переизбыток может вызвать серьезные осложнения, вплоть до кишечной непроходимости.

Выше были отмечены лишь общие аспекты, которые необходимо затронуть в предварительной беседе с пациентом, а также во время его ежедневных посещений. Помимо этого врач должен дать каждому больному индивидуальные подробные рекомендации по поведению во время голодания и восстановительного периода с учетом имеющихся особенностей и патологий (физическая нагрузка, рецепты блюд и т. д.).

3. Особенности подготовки и проведения лечебного голодания у больных с ожирением.

Наш опыт и опыт других авторов показывает, что многие пациенты воспринимают лечебное голодание как эффективный метод снижения веса. Действительно, это подтверждают различные научные публикации.

Однако нужно отметить, что проведение лечебного голодания при избыточной массе тела имеет свои методические особенности.

Больного с алиментарным ожирением до проведения РДТ желательно минимум за 1–1,5 мес. перевести на редуцированную диету, что позволит изменить характерные для подобных больных пищевые стереотипы (питание 1–2 раза в день, зачастую на ночь, не ограничивая себя), и выработать новые навыки пищевого поведения: питание 6 раз в день; в определенное время; небольшими порциями.

Указанный подход дает возможность заложить к началу лечения при помощи РДТ базовые принципы рационального питания.

С целью закрепления навыков при переводе на лечебное голодание желательно соблюдение 5–6-разового режима приема жидкости во время пищевой депривации. После завершения голодания следует придерживаться такого же режима при приеме пищи.

Лечащему врачу необходимо скорректировать не только пищевой, но и двигательный режим пациента. Целью комплексного лечения должно быть изменение привычного образа жизни, ставшего причиной алиментарного ожирения. В противном случае голодание принесет лишь кратковременный результат, и пациент восстановит исходный вес или даже превысит его.

Для больных ожирением РДТ может проводиться как самостоятельное лечение, а также служить подготовительным этапом и способствовать благоприятному исходу при различных хирургических вмешательствах, как по поводу различных сопутствующих заболеваний, так и по поводу самого ожирения (например, при липоксакции и т. д.).

Проведение РДТ:

1. Общий контроль.

Контроль состояния пациента во время пищевой депривации и восстановительного периода должен проводиться врачом ежедневно. В осмотрах следует включать:

- оценку общего состояния (в том числе по ежедневному дневнику самонаблюдения, содержащему сведения о выпитой и выделенной жидкости и т. п.);
- измерение АД, частоты сердечного ритма, выявление возможных его нарушений;
- измерение потери массы тела за сутки.

По результатам ежедневного осмотра врач дает пациенту дальнейшие рекомендации.

2. Дополнительные процедуры и занятия.

Во время посещения медицинского центра больному также могут проводиться:

- мониторинг толстокишечный диализ (в том числе с сорбентом, разработанным МАПО СПб, — пастой лигносорб);
- занятия лечебной физкультурой (по индивидуально подобранному комплексу, 2 раза в неделю);
- общий массаж и др. лечебные манипуляции (например, ИРТ).

В лечение обязательно включаются ежедневные пешие прогулки продолжительностью не менее 2,5–3 ч в день.

3. Причины для прекращения голодания.

Досрочное начало восстановительного периода (ранее оговоренного с пациентом) может быть обусловлено чрезмерно быстрым очищением языка (обычно происходящим к 14-му дню пищевой депривации), по-

явлением ярких сновидений с «пищевыми сюжетами», а также назначаться при:

- ухудшении общего состояния больного в связи с развитием острой инфекции или обострением хронической патологии;
- нарушении сердечного ритма и симптомах коронарной недостаточности;
- ярких проявлениях ацидотического криза в случаях, когда меры, принятые для их купирования (см. раздел 1.8), оказываются неэффективными;
- острых психических или невротических расстройств.

Следует помнить, что в случае необходимости медикаментозную терапию пациентам, находящимся на голодании, проводят точно так же, как обычным больным.

4. Выход из голодания (см. в раздел 1.5).

Успех работы центра по амбулаторному проведению РДТ зависит от грамотной работы всего медицинского персонала. Однако в условиях рыночной экономики он может зависеть и от других показателей: организации работы, правильного составления комплекса медицинских услуг, точно рассчитанных цен, удачно выбранного места расположения, хорошо продуманной рекламы и т. п. Поэтому, приступая к созданию такого центра, необходимо тщательно продумать не только медицинские, но и другие аспекты его работы.

4. РЕЦЕПТЫ БЛЮД, РЕКОМЕНДОВАННЫХ ДЛЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ

Компот из свежих яблок

Вводится на 1–2-й день

Противопоказания: обострение язвенной болезни, панкреатита. При избыточной массе тела, ожирении, сахарном диабете II типа — исключить сахар.

Наименование продуктов	Вес, г		Химический состав, г			Калории (ккал)
	брутто	нетто	белки	жиры	углеводы	
Яблоки	60	55	0,2	—	6,2	24
Сахар	15	15	—	—	15	56
Вода	150	150	—	—	—	—
Итого	—	—	0,2	—	21,2	80

Вес готового блюда: 200 г.

Краткая технология: яблоки моют, удаляют семенные гнезда, нарезают дольками. В горячей воде растворяют сахар, доводят до кипения, проваривают 10–12 мин и процеживают. В подготовленный горячий сироп погружают яблоки. Варят при слабом кипении, не более 6–8 мин. Быстро

разваривающиеся сорта яблок (антоновские и др.) не варят, а кладут в кипящий сироп, прекращают нагрев и оставляют в сиропе до охлаждения.

Каша гречневая вязкая

Вводится на 1–4-й день.

Краткая технология: в 1-й день 1 ст. ложка каши разводится в 1 л воды; на 2-й день каша разводится водой 1 : 1; в неразбавленном виде на 3–4-й день. 1–3-й день молоко заменяется на воду. С 3–4-го дня каша варится с добавлением молока.

Особенно показана при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, избыточной массе тела, ожирении, бронхиальной астме. При сахарном диабете II типа необходимо исключить сахар и учитывать количество хлебных или углеводных единиц, содержащихся в продукте. При избыточной массе тела и ожирении исключить сахар и до окончания восстановительного периода сливочное масло (далее — по согласованию с лечащим врачом).

Наименование продуктов	Вес, г		Химический состав, г			Калории (ккал)
	брутто	нетто	белки	жиры	углеводы	
Крупа гречневая	50	50	6,3	1,3	34	164
Масло сливочное	10	10	0,06	8,2	0,09	75
Молоко	100	100	2,8	3,2	4,7	58
Сахар	5	5	—	—	5,0	19
Вода	60	60	—	—	—	—
Итого	—	—	9,2	12,7	44	316

Вес готового блюда: 200/100 г.

Краткая технология: гречневую крупу засыпают в кипящую жидкость (молоко 100 г + вода 60 г), добавляют соль, сахар и варят, периодически помешивая, до тех пор, пока каша не загустеет, посуду плотно закрывают и оставляют для упревания до готовности (на 1–1,5 ч).

Яблоко печеное без сахара

Вводится на 3–4-й день.

Противопоказания: обострение панкреатита.

Наименование продуктов	Вес, г		Химический состав, г			Калории (ккал)
	брутто	нетто	белки	жиры	углеводы	
Яблоко	150	132	0,5	—	14,9	58
Всего	—	—	0,5	—	14,9	58

Вес готового блюда: 106 г.

Краткая технология: из яблок, не очищая их от кожицы, удаляют семенные гнезда. Затем их кладут на противень, подливают небольшое количество воды и пекут в жарочном шкафу 15–20 мин (в зависимости от сорта яблок).

Пюре картофельное

Вводится на 3-й день на воде (с заменой в рецептуре молока на воду), на 5–6-й день на молоке.

Противопоказания: избыточная масса тела, ожирение, сахарный диабет.

Наименование продуктов	Вес, г		Химический состав, г			Калории (ккал)
	брутто	нетто	белки	жиры	углеводы	
Картофель	238	160	3,2	0,2	31,5	133
Молоко	40	40	1,1	1,3	1,9	23
Масло сливочное	5	5	—	4,1	—	37
Итого	—	—	4,3	5,6	33,4	193

Вес готового блюда: 200 г.

Краткая технология: вареный горячий картофель протирают, используя для этого мясорубку или сито. В горячую картофельную массу кладут растопленное масло и, непрерывно помешивая, вливают за 2–3 раза горячее молоко.

Кефир

Вводится на 3–4-й день.

Противопоказаний нет.

Наименование продуктов	Вес, г		Химический состав, г			Калории (ккал)
	брутто	нетто	белки	жиры	углеводы	
Кефир	200	190	5,3	6,1	7,8	112
Всего			5,3	6,1	7,8	112

Вес готового блюда: 200 г.

Рецептура — с увеличением на 10 г.

Цветная капуста отварная

Вводится на 4–5-й день.

Без ограничений. При избыточной массе тела и ожирении до окончания восстановительного периода исключить сливочное масло (далее — по согласованию с лечащим врачом).

Наименование продуктов	Вес, г		Химический состав, г			Калории (ккал)
	брутто	нетто	белки	жиры	углеводы	
Капуста цветная	250	150	3,8	—	7,3	4,3
Масло сливочное	8	8	—	6,6	—	60
Всего			3,8	6,6	7,3	64,3

Вес готового блюда: 143 г (вместе с маслом).

Краткая технология: подготовленную капусту (разобранную на кочешки) заливают подсоленной холодной водой и оставляют в ней на 25–30 мин, затем промывают, кладут в кипящую, слегка подсоленную воду и варят. Готовую капусту поливают растопленным маслом.

Борщ вегетарианский со сметаной без картофеля

Вводится на 4–5-й день без добавления сметаны, на 6–7-й — со сметаной.

Противопоказания: обострение дискинезии желчевыводящих путей. При избыточной массе тела и ожирении до окончания восстановительного периода исключить сливочное масло (далее — по согласованию с лечащим врачом).

Наименование продуктов	Вес, г		Химический состав, г			Калории (ккал)
	брутто	нетто	белки	жиры	углеводы	
Свекла	103	80	1,4	—	8,6	38
Капуста свежая	186	150	2,7	—	8,1	42
Морковь	26	20	0,3	—	1,4	6
Петрушка — корень	7	5	0,1	—	0,5	2
Масло сливочное	5	5	—	4,1	—	37
Лимонная кислота	0,3	0,3	—	—	—	—
Зелень	7	5	—	—	—	—
Сметана	10	10	0,3	2,0	0,3	21
Овощной отвар	400	400	—	—	—	—
Итого	—	—	4,8	6,1	18,1	146

Вес готового блюда: 500/10 г.

Краткая технология: для придания борщу более яркой окраски приготавливают свекольный отвар. Очищают наиболее красные экземпляры свеклы, промывают их, натирают на терке или мелко нарезают, заливают двойным по весу количеством горячей воды, добавляют лимонную кислоту, доводят до кипения, но не кипятят. После этого отвару дают настояться 15–20 мин на борту плиты и процеживают. Этот отвар добавляют в готовый борщ перед употреблением. Свеклу и морковь для борща можно приготовить двумя способами:

1. Их нарезают соломкой и припускают в закрытой посуде с добавлением масла и небольшого количества воды, периодически помешивая. В начале овощи припускают на сильном огне, а когда они хорошо прогреются, огонь уменьшают. Зрелую свеклу припускают 40–50 мин, молодую — 15–20 мин.

2. С промытой свеклы срезают поврежденные места и, не очищая, заливают горячей водой. Варят свеклу до готовности, затем очищают и нарезают соломкой. Нарезанную морковь припускают в небольшом количестве воды с добавлением сливочного масла.

Капусту шинкуют, закладывают в кипяток и варят до готовности, а затем кладут подготовленную свеклу, петрушку, лимонную кислоту и доводят борщ до готовности. Подают борщ со сметаной.

Компот из сухофруктов

Вводится на 5–7-й день.

Противопоказания: избыточная масса тела, ожирение, сахарный диабет.

Наименование продуктов	Вес, г		Химический состав, г			Калории (ккал)
	брутто	нетто	белки	жиры	углеводы	
Сухофрукты	20	20	0,2	—	10,2	43
Сахар	15	15	—	—	15,0	56
Вода	180	180	—	—	—	—
Всего			0,2	—	25,2	99

Вес готового блюда: 200 г.

Краткая технология: сухофрукты перебирают, удаляя посторонние примеси, тщательно промывают в теплой воде, сменяя ее несколько раз. Яблоки и груши заливают горячей водой, вводят сахар и варят до мягкости (35–40 мин), затем добавляют абрикосы, чернослив и изюм. Готовый компот охлаждают и настаивают (желательно не менее 6 ч).

Каша гречневая рассыпчатая

Вводится на 5–8-й день.

Особенно показана при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, ожирении, бронхиальной астме. При сахарном диабете II типа необходимо учитывать количество хлебных или углеводных единиц, содержащихся в продукте. При избыточной массе тела и ожирении до окончания восстановительного периода исключить сливочное масло (далее — по согласованию с лечащим врачом).

Наименование продуктов	Вес, г		Химический состав, г			Калории (ккал)
	брутто	нетто	белки	жиры	углеводы	
Крупа гречневая	72	72	9,1	1,9	49,0	237
Вода	108	108	—	—	—	—
Масло сливочное	5	5	—	4,1	—	37
Всего			9,1	6,0	49,0	274

Вес готового блюда: 150/5 г.

Краткая технология: поджаренную крупу, после того как она охладится, засыпают в горячую воду (подсоленную — 8–10 г соли на 1 л воды), перемешивают и немедленно сливают с крупы всю воду. Затем крупу снова заливают горячей подсоленной водой в таком количестве, чтобы объем крупы и воды (в литрах) получился в два с половиной раза больше объема сухой крупы. Затем, перемешивая, варят при слабом кипении. Как только каша загустеет, ее помещают в жарочный шкаф на 2–2,5 ч. Подают кашу с маслом.

Свекла тушеная

Вводится на 5–6-й день без добавления сметаны, на 7–8-й день — со сметаной.

Добавление сметаны не показано больным с избыточной массой тела, ожирением СД тип II, дискинезией желчевыводящих путей, хроническим панкреатитом, синдромом раздраженной толстой кишки с дискинезией по гипермоторному типу. При избыточной массе тела и ожирении до окончания восстановительного периода исключить сливочное масло (далее — по согласованию с лечащим врачом).

Наименование продуктов	Вес, г		Химический состав, г			Калории (ккал)
	брутто	нетто	белки	жиры	углеводы	
Свекла	242	188	3,2	—	20,3	90
Сметана	10	10	0,3	2,0	0,3	21
Мука пшеничная	3	3	0,3	—	2,2	10
Масло сливочное	5	5	—	4,1	—	37
Вода	30	30	—	—	—	—
Итого			3,8	6,1	22,8	158

Вес готового блюда: 100 г.

Краткая технология: свеклу отваривают, мелко нарезают, прогревают с маслом, добавляют сметанный соус и тушат до готовности.

Суп овощной вегетарианский протертый

Вводится на 5–6-й день без добавления сметаны, на 8–9-й день со сметаной.

Противопоказания: обострение дискинезии желчевыводящих путей, сахарный диабет II типа. При избыточной массе тела и ожирении (диабет тип II) до окончания восстановительного периода исключить сливочное масло и сметану (далее — по согласованию с лечащим врачом).

Наименование продуктов	Вес, г		Химический состав, г			Калории (ккал)
	брутто	нетто	белки	жиры	углеводы	
Масло сливочное	5	5	—	4,1	—	37
Сметана	15	15	0,4	3,0	0,5	31
Морковь	50	40	0,5	—	2,8	13
Картофель	110	75	1,5	—	14,8	62
Овощной отвар	250	250	—	—	—	—
Итого			2,4	7,1	18,1	143

Вес готового блюда: 250 г.

Краткая технология: картофель отваривают. Морковь нарезают и припускают до готовности. Овощи протирают вместе с отваром в горячем виде, доводят до нужной консистенции овощным отваром и доводят до кипения. Затем охлаждают до 70 °С и заправляют сметаной. Кладут сливочное масло.

Горошек зеленый

Вводится на 6–7-й день.

При сахарном диабете II типа требуется контроль уровня сахара в крови. **Противопоказания:** состояния с сопутствующим метеоризмом, непереносимость бобовых.

Наименование продуктов	Вес, г		Химический состав, г			Калории (ккал)
	брутто	нетто	белки	жиры	углеводы	
Горошек зеленый	125	100	3,1	0,2	7,1	41
Масло сливочное	5	5	—	4,1	—	37
Итого			3,1	4,3	7,1	78

Вес готового блюда: 100 г.

Краткая технология: горошек в собственном отваре доводят до кипения. Перед употреблением заправляют растопленным маслом.

Омлет белковый запеченный

Вводится на 6–7-й день.

Противопоказания: аллергическая реакция на блюда из яиц.

Наименование продуктов	Вес, г		Химический состав, г			Калории (ккал)
	брутто	нетто	белки	жиры	углеводы	
Яичный белок	2 шт.	49 г	3,8	3,4	—	47
Молоко	60	60	1,7	1,9	2,8	34
Масло сливочное	2	2	—	1,6	—	15
Итого	—	—	5,5	6,9	2,8	96

Вес готового блюда: 100 г.

Краткая технология: к белкам яиц добавляют молоко и соль. Смесь тщательно размешивают, выливают на смазанный противень и ставят в жарочный шкаф (180–200 °С) на 8–10 мин.

Рыба отварная

Вводится на 6–7-й день.

Противопоказания: аллергия на рыбу.

Наименование продуктов	Вес, г		Химический состав, г			Калории (ккал)
	брутто	нетто	белки	жиры	углеводы	
Треска (филе)	150	141	24,7	0,8	—	106
Судак (н/разд.)*	150	97	14,4	0,6	—	63
Хек (н/разд.)	150	96	13,1	1,7	—	63
Ледяная (н/р.)	150	85	11,1	1,0	—	54
Минтай (спинка)	150	142	22,6	0,9	—	99
Окунь морской (н/р.)	150	79	13,9	3,2	—	92
Путассу (н/р.)	150	100	16,1	0,9	—	72
Ставрида (н/р.)	150	91	13,3	3,6	—	86
Треска (н/р.)	150	85	12,1	0,4	—	52
Морковь	4	3	—	—	0,2	1
Петрушка (корень)	3	2	—	—	0,2	0,9

* н/разд. — неразделанная.

Краткая технология: обработанную неразделанную рыбу нарезают на куски (по одному на порцию). На поверхности каждого кусочка делают 2–3 надреза. Затем куски кладут в посуду в один ряд кожей вверх, заливают горячей водой, уровень которой должен быть на 1–2 см выше поверхности рыбы, добавляют морковь, петрушку, соль. Когда жидкость закипит, удаляют пену и варят рыбу до готовности без кипения при температуре 90 °С. Хранят отварную рыбу в горячем бульоне не более 30–40 мин.

Говяжьи кнели

Вводится на 10–14-й день.

Без ограничений.

Наименование продуктов	Вес, г		Химический состав, г			Калории (ккал)
	брутто	нетто	белки	жиры	углеводы	
Мясо:						
Говядина I кат.	100	74	14,0	9,2	—	138
Говядина II кат.	100	71	14,3	5,0	—	102
Хлеб пшеничный	15	15	1,2	0,2	7,0	33
Молоко	22	22	0,6	0,7	1,0	13
Яйцо	1/4	10	1,3	1,1	0,1	16
Масло сливочное	3	3	—	2,5	—	22

Вес готового блюда: 98 г. — говядина II кат., 101 г. — говядина I кат.

Краткая технология: подготовленное мясо пропускают через мясорубку с двумя решетками, соединяют с пшеничным хлебом, предварительно замоченным, и еще раз пропускают через мясорубку. Добавляют масло, яйцо, молоко и хорошо взбивают. Из этой массы разделяют кнели и отваривают их на пару или пропускают под крышкой.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Авершина Е. О.* [и др.]. Гормональная регуляция экскреции натрия почками при лечении голоданием больных ожирением / Пробл. эндокринологии. — 1992. — Т. 38. — № 2. — С. 22–24.
2. *Авершина Е. О.* Натрийуретическая функция почек и ее гормональная регуляция у лиц с ожирением при голодании (эксперим.-клин. исследование). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Новосибирск, 1989. — 28 с.
3. *Авершина Е. О., Мелиди Н. Н.* Экскреторная функция почек у больных ожирением в процессе лечения голодом в восстановительном периоде / В кн.: Актуальные вопросы клинической патофизиологии почек водно-солевого обмена: тез. докл. Всесоюз. конф. (г. Калуга, 1–2 февраля 1989 г.). — Тула: Приокское книжн. изд-во, 1989. — С. 15–16.
4. *Агаджанян Н. А., Катков А. Ю.* Резервы нашего организма. Изд. 3-е перераб. и доп. — М.: «Знание», 1990. — 239 с.
5. *Аксенова И. Е.* Динамика ультраструктурных изменений паренхиматозных клеток печени при голодании в зависимости от возраста // Адаптационные процессы в организме при старении. — Минск, 1977. — С. 77–86.
6. *Аламэ Зухейр.* Клинико-фармакологическое обоснование лечения больных бронхиальной астмой и в состоянии предастмы методом разгрузочно-диетической терапии в сочетании с соком проростков (травы) пшеницы. — Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — СПб., 1994. — 43 с.
7. *Алехина Г. Г.* Оценка эффективности сочетанного применения немедикаментозных методов разгрузочно-диетической терапии и иглорефлексотерапии в лечении больных гормонозависимой бронхиальной астмой. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 1991. — 21 с.
8. *Арбузов Е. Н.* Разгрузочно-диетическая терапия бронхиальной астмы: гормональный гомеостаз, оценка результатов. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Омск, 1996. — 24 с.
9. *Аруин Л. И.* Изменения слизистой оболочки желудка при длительном лечебном голодании (гистологические и электронно-микроскопические исследования) / Физиология и патология желудка и его комплексное курортное лечение. — Тбилиси, 1975. — С. 15–21.
10. *Аруин Л. И.* Ультраструктура слизистой оболочки фундального отдела желудка при длительном лечебном голодании // Арх., патол. — 1974. — Т. 36. Вып. 12. — С. 9–16.
11. *Архий Е. И.* Разгрузочно-диетическая терапия больных сочетанной патологией органов дыхания и аллергическими осложнениями. — Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — Киев, 1996. — 47 с.
12. *Аршина Ю. А.* Состояние гемодинамики у больных гипертонической болезнью в процессе разгрузочно-диетической терапии. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1993. — 19 с.
13. *Афанасьев И. А.* Случаи успешного применения краткосрочного лечебного голодания в амбулаторной врачебной практике, включая самонаблюдения // Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней: перспективы внедрения метода в систему органов здравоохранения и санаторно-курортного лечения / под ред. А. Н. Кокосова. — СПб.: «Лань», 2001. — С. 104–105.
14. *Ашихмина М. В.* Автоматизированная система поддержки врачебных решений по управлению разгрузочно-диетической терапией на основе метода Накатани. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1998. — 24 с.
15. *Ашихмина М. В.* О возможности применения гомеопатических препаратов во время разгрузочно-диетической терапии // Разгрузочно-диетическая терапия и традиционная медицина. — СПб., 2003. — С. 108–110.
16. *Бабенков Г. И.* [и др.]. Медико-биологические основы разгрузочно-диетической терапии психически больных. — М.: «Медицина», 1981. — 118 с.
17. *Бабигев Б. Н.* [и др.]. К вопросу о профилактике злокачественных опухолей с применением дозированного лечебного голодания // Разгрузочно-диетическая терапия и традиционная медицина / под ред. А. Н. Кокосова. — СПб.: Изд-во «СпецЛит», 2003. — С. 82–84.
18. *Бакулев А. Н., Колесников С. Г.* Лечение голоданием. Клин. мед. — 1962. — № 2. — С. 14–20.
19. *Баранова О. П.* Сравнительная оценка эффективности разгрузочно-диетической терапии и других методов лечения больных саркоидозом легких. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 1992. — 20 с.
20. *Безбородько Б. Н., Грегко Т. Н.* Изучение некоторых ферментов гликолиза и тканевого дыхания у больных алиментарным ожирением в процессе лечебного голодания / Рациональное питание. Респ. межведом. сборн. — Вып. 13. — Проблемы ожирения. — Киев: «Здоровье», 1978. — С. 23–24.
21. *Бекирова А. В.* [и др.]. Разгрузочно-диетическая терапия больных с заболеваниями нервной системы по материалам медсанчасти № 58 // Сб.: Разгрузочно-диетическая терапия нервно-психических заболеваний. — М., 1976. — С. 24–30.
22. *Беляева И. Б.* Клинико-лабораторная оценка эффективности коротких курсов разгрузочно-диетической терапии ранних этапов бронхиальной астмы — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 1992. — 21 с.
23. *Беникова Е. А., Боярская О. Я.* Дозированное голодание как метод лечения больных ожирением в детском и юношеском возрасте / Рациональное питание Респ. межведом. сборн. — Вып. 13. — Проблемы ожирения. — Киев: Изд-во «Здоровье», 1990 — С. 34–36.
24. *Берене Я. И., Юкстонене Б. П.* Сравнение изменений структуры тела женщин при редукации веса двумя методами / В кн.: Теоретические и практические аспекты изучения питания человека. — М., 1980. — Т. 2. — С. 155.
25. *Бессесен Д. Г., Кушниц Р. П.* Избыточный вес и ожирение. Профилактика, диагностика, лечение. — М.: «Бином», 2004. — С. 15.
26. *Бюкл Е. А.* [и др.]. Ожирение. — М., 1986. — 189 с.
27. *Бжишкян-Бородина Г. Н.* Динамика клинического состояния больных гипертонической болезнью и ожирением при разгрузочно-диетической терапии в комплексе с курортными факторами и лечебной физкультурой // Сб. научн. тр. НИИ психиатрии МЗ РСФСР «Проблемы лечебного голодания». — М., 1986. — Т. 57. — С. 249–257.
28. *Бжишкян-Бородина Г. Г.* Материалы к изучению влияния физической нагрузки на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы больных гипертонической болезнью и ожирением при разгрузочно-диетической терапии. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1966. — 22 с.
29. *Благосклонная Я. В.* Ожирение и его патогенетическая роль в развитии метаболического синдрома // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости, 1999, 1(7) — С. 34–36.
30. *Боев И. В., Заиров Г. К., Полищук Ю. И.* Разгрузочно-диетическая терапия затяжных невротозов и невротического развития личности. — Ставрополь: Книжное изд-во, 1984. — 139 с.
31. *Бокалюк О. И.* Динамика основных показателей функционального состояния сердечно-сосудистой системы у больных гипертонической болезнью и общим атеросклерозом в процессе разгрузочно-диетической терапии. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Ужгород, 1977. — 19 с.
32. *Бокалюк О. Ф.* [и др.]. Оценка влияния разгрузочно-диетической терапии на систему гемодинамики у больных гипертонической болезнью и атеросклерозом // Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней. — М., 1993. — С. 45.
33. *Бордюг О. Ф.* Динамика клинико-лабораторных показателей при разгрузочно-диетической терапии внутренних заболеваний / В кн.: Разгрузочно-диетическая терапия психических и соматических заболеваний с нервно-психическими нарушениями и ее физиологические механизмы. — М., 1978. — С. 34–36.
34. *Браздейкене Л. С., Стапонкене М. А.* Разгрузочно-диетическая терапия в терапевтическом отделении / В кн.: Разгрузочно-диетическая терапия психических и соматических заболеваний с нервно-психическими нарушениями и ее физиологические механизмы. — М., 1978. — С. 34–36.
35. *Брюзгин В. А.* [и др.]. Пятнадцатилетний опыт лечения больных в условиях специализированного отделения разгрузочно-диетической терапии Криворожской городской больницы № 11 // Сб.: Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней. — М., 1993. — Ч. 1. — С. 9.

36. Брюзгин В. А. [и др.]. Способ лечения больных бронхиальной астмой с неврозоподобными состояниями и сопутствующим ожирением // *Метод. реком. — Кривой Рог, 1970. — 19 с.*

37. Бунина Е. М. [и др.]. Лечение первичного ожирения длительным дозированным голоданием в сочетании с психотерапией // *Неврология и психиатрия, 2001. — С. 37–42.*

38. Бурштейн М. Д. О периодическом голодании как добавочном лечебном факторе при инсулиновой терапии шизофрении // *Невропатология и психиатрия, 1947. — XIV, 6.*

39. Вельховер Е. С., Ромашов Ф. И., Алексеева А. Н. Иридодиагностика : учебное пособие. — М., 1981. — 71 с.

40. Веселкин П. Г. [и др.]. Голодание. БМЭ. — М. : Изд-во «Советская энциклопедия». Изд. 3-е, Т. 6. — С. 294–299.

41. Витрано В. В. (Vitranо V. V.; USA; Texas). Точка зрения естественного гигиениста // *Разгрузочно-диетическая терапия и традиционная медицина / под ред. А. Н. Кокосова. — СПб. : Изд-во «СпецЛит», 2005. — С. 45–47.*

42. Вознесенская Т. Г. [и др.]. Дозированное голодание при церебральной форме ожирения // *Сов. мед. — 1990. — № 1. — С. 88–91.*

43. Войтовиг Г. А. Фракционный метод лечебного голодания у больных саркоидозом органов дыхания // *Регуляторно-приспособительные механизмы в норме и патологии. — Л., 1992. — С. 151–155.*

44. Воронина Т. Н. Разгрузочно-диетическая терапия в лечении сахарного диабета // *Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней. — М., 1993. — С. 94.*

45. Воротаева С. В., Орлов В. А. Влияние разгрузочно-диетической терапии в сочетании с медикаментозной на морфофункциональное состояние сердца и качество жизни у больных гипертонической болезнью / *Росс. кардиол. журн. — 2000. — № 5. — С. 12–14.*

46. Вуколова З. П. [и др.]. Опыт использования при гипертонической болезни иглорефлексотерапии в сочетании с разгрузочно-диетической терапией // *Тер. арх. — 1998. — № 8. — С. 41–45.*

47. Вуколова З. П., Оганова А. Г., Ашихмина М. В. Сочетанное применение иглорефлексотерапии и разгрузочно-диетической терапии при лечении больных с ожирением // *Медицина-Альтера. — Сент. 2000. — С. 17–21.*

48. Гандин А. Б. [и др.]. Функциональное состояние печени в процессе разгрузочно-диетической терапии // *Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней. — М., 1993. — С. 76–77.*

49. Ганиг Т. М., Коваг С. И. Сочетанное применение элементов разгрузочно-диетической терапии в условиях гастроэнтерологического санатория // *В кн. : Разгрузочно-диетическая терапия больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, пищевой и лекарственной аллергией. — Ужгород, 1988. — С. 12.*

50. Гинзбург М. М. [и др.]. Ожирение. Влияние на развитие метаболического синдрома. Профилактика и лечение. — М. : «Медпрактика», 2002. — С. 2–4.

51. Годун Т. В. Разгрузочно-диетическая терапия у больных с аллерго-дерматозами // *Разгрузочно-диетическая терапия и традиционная медицина. — СПб. : Изд-во «СпецЛит», 2005. — С. 97–99.*

52. Грегко Т. Н. Изменения показателей общей активности МГД и ее изоферментов у больных ожирением в процессе разгрузочно-диетической терапии / *В кн. : Системный анализ функциональных проявлений защитных специфических и неспецифических реакций организма. — М., 1980. — С. 131–132.*

53. Грегко Т. Н. Плазменные изоферменты лактатдегидрогеназы, электролиты плазмы и эритроцитов у больных ожирением в период ацидоза, вызванного лечебным голоданием / *В кн. : Физиологические и клинические проблемы адаптации организма человека и животного к гипоксии, гипертермии, гипердинамии и неспецифическим средствам восстановления. — М., 1978. — С. 231–232.*

54. Грегко Т. Н. Состояние ряда ферментных систем крови у больных ожирением в различные периоды разгрузочно-диетической терапии / *В сб. науч. раб. : Рациональное питание (Республ. междувед. сборн.). Вып. 16. Лечебное и профилактическое питание. — Киев : «Здоровье», 1981. — С. 64–66.*

55. Грибкова И. Н., Дунаева Г. М. Изменение электролитного обмена при разгрузочно-диетической терапии у больных ожирением, осложненным артериальной гипертонией. — В сб. науч. работ : *Результаты экспериментальных и клинических исследований. — М. : ММСИ, 1976. — С. 38–41.*

56. Грошев С. П. [и др.]. Разгрузочно-диетическая терапия при некоторых сексуальных расстройствах // *Сб. науч. тр. : «Разгрузочно-диетическая терапия нервно-психических заболеваний». — М., 1976. — С. 15–18.*

57. Гуллы М. Ф. Природа и биологическое значение некоторых метаболических приспосабливательных реакций организма. АН УССР. Институт биохимии им. А. В. Палладина. — Киев : «Наукова думка», 1977. — 234 с.

58. Гуллы М. Ф., Мельнигук Д. А. Роль углекислоты в регуляции обмена веществ у некоторых гетеротрофных организмов. — Киев : «Наукова думка», 1978. — 243 с.

59. Гурвич В. Б. Особенности психотерапии больных ожирением в комплексе разгрузочно-диетической терапии // *Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней. — М., 1993. — С. 96.*

60. Гурвич В. Б. Разгрузочно-диетическая терапия больных с психопатологическими нарушениями гипоталамического генеза // *Сб. : Нервно-психич. расстр. экзогенно-органич. природы. — М., 1975, т. 71. — С. 566–572.*

61. Гурвич В. Б. Разгрузочно-диетическая терапия психически больных с ипохондрическими расстройствами. Клинико-лабораторное исследование / *Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1968. — С. 174–185.*

62. Гурвич В. Б. Разгрузочно-диетическая терапия психических расстройств, обусловленных гипоталамическими нарушениями // *Сб. : Разгрузочно-диетическая терапия нервно-психических заболеваний. — М., 1976. — С. 66–70.*

63. Гурвич В. Б. Принципы клинической системной психотерапии в комплексе разгрузочно-диетической терапии психогенных (реактивных) депрессий // *Сб. : Разгрузочно-диетическая терапия и традиционная медицина. — СПб. : Изд-во «СпецЛит», 2003. — С. 122–127.*

64. Гылькова Л. Б. [и др.]. Интеграция разгрузочно-диетической терапии как метода очищения организма в лечебной практике врача герантолога // *Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней : перспективы внедрения метода. — СПб. : Изд-во «Лань», 2001. — С. 96–98.*

65. Даутов Ю. Ю. [и др.]. Использование разгрузочно-диетической терапии в системе эндоэкологической реабилитации пациентов с «мягкой» артериальной гипертонией // *Вестник новых медицинских технологий. — 2000. — № 7. — С. 70–72.*

66. Даутов Ю. Ю., Тешев Ф. А. Использование разгрузочно-диетической терапии в амбулаторных условиях как немедикаментозного метода коррекции артериальной гипертонии // *Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней. — М., 1993. — С. 49.*

67. Дерпак Ю. Ю. Эффективность розвантажувально-дієтичної терапії в поєднанні з альфа-токоферолом у хворих на ожиріння з супутньою артеріальною гіпертензією. — Автореф. дис. ... на здоб наук ступ канд. мед. наук. — Киев, 2004. — 20 с.

68. Дмитриев А. И. Роль разгрузочно-диетической терапии в реадaptации к пищевой нагрузке больных с патологией гепатобилиарной и панкреатической системы // *Гастроэнтерология. Вып. 3. — Киев, 1979. — С. 98–101.*

69. Дунаева Т. Н. [и др.]. Разгрузочно-диетическая терапия у больных артериальной гипертонией в сочетании с алиментарным ожирением. — *Сов. мед. — 1959. — № 5. — С. 8–11.*

70. Емельянова А. И. Данные лечения дозированным голоданием за период 1962–1965 гг. // *Сб. : Проблемы лечебного голодания. — М., 1969. — С. 196–198.*

71. Емельянова А. И., Калагова О. Т., Железнова Л. С. Лечение дозированным голоданием психических заболеваний в условиях психического отделения соматической больницы // *Сб. : Проблемы лечебного голодания. — М., 1969. — С. 199–204.*

72. Ермолаев Н. Н. Первоначальный опыт применения разгрузочно-диетической терапии в условиях Республиканского кожно-венерического диспансера // *Разгрузочно-диетическая терапия и традиционная медицина. — СПб. : Изд-во «СпецЛит», 2003. — С. 119–121.*

73. Ефимов А. С. [и др.]. Лечебное голодание в комплексной терапии больных ожирением // *Врач. дело. — 1987. — № 8. — С. 63–65.*

74. Жизнь в единении с природой. Система естественного оздоровления Учителя Иванова. Сост.: Т. А. Шаблонова, Н. А. Пичугина. — Л.: «Оптималист», 1991. — С. 23.
75. *Завадьяк М. И., Черляк В. И.* Сочетание разгрузочно-диетической терапии с «пероральным» промыванием в условиях санатория // Разгрузочно-диетическая терапия больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, пищевой и лекарственной аллергией. — Ужгород, 1988. — С. 16—17.
76. *Заиров Г. К.* Клинические закономерности динамики вялотекущей шизофрении и затяжных невротозов под влиянием лечения // Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 1979. — 48 с.
77. *Заиров Г. К.* [и др.]. Сравнительный анализ результатов разгрузочно-диетической терапии у больных с сенесто-ипохондрическим синдромом органического и процессуального генеза // Сб.: Нервно-психич. расстр. экзогенно-органич. природы. — М., 1975. — Т. 71. — С. 559—566.
78. *Зайцев С. Г.* Шкалы обобщенной оценки степени редукции симптоматики в исследованиях по прогнозированию результатов психофармакотерапии // Вопросы психофармакотерапии. — М., 1984. — С. 20—28.
79. *Закиров В. А.* Первоначальный опыт разгрузочно-диетической терапии бронхиальной астмы // Опыт лечения бронхиальной астмы методом разгрузочно-диетической терапии / Сб. научн. тр., под ред. А. Н. Кокосова, С. Г. Осинина. — Л.: ВНИИП, 1986. — С. 77—80.
80. *Закиров В. А.* Клиническая и функциональная характеристика больных бронхиальной астмой при редуцированной (трехдневной) разгрузочно-диетической терапии методами «влажного» и «сухого» голодания // Немедикаментозные методы в лечении и реабилитации больных неспецифическими заболеваниями легких / под ред. А. Н. Кокосова, Л. В. Борисенко. — Л.: ВНИИП, 1989. — С. 63—67.
81. *Зеланд Н. Л.* О последовательном влиянии лишения пищи на питание // Рус. Мед. — 1888. — № 5—10, 12.
82. *Зенин С. В.* Диалектика современной конфронтации науки и антинауки // Народная медицина России: теория и практика. — 2001. — № 11/12. — С. 32.
83. *Зозуля Т. В.* [и др.]. Разгрузочная диетотерапия в комплексном лечении больных с церебральным ожирением // Врач. дело. — 1986. — № 8. — С. 72—74.
84. *Зозуля Т. В.* Разгрузочно-диетическая терапия в комплексном лечении тяжелых невротоподобных расстройств экзогенно-органического происхождения / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1985. — 24 с.
85. *Егоров М. Н., Ексенина Н. И.* Опыт применения лечебного голода при ожирении // Вопросы питания. — 1959. — № 5. — С. 8—11.
86. *Иванова О. А.* Клинико-лабораторная оценка эффективности лечения больных бронхиальной астмой методами разгрузочно-диетической терапии и разгрузочно-диетической терапии в сочетании с соком проростков (травы) пшеницы. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 1996. — 15 с.
87. *Игнатьев В. А.* Влияние некоторых биологических ритмов на обращаемость больных бронхиальной астмой и эффективность разгрузочно-диетической терапии // Проблемы этиологии, патогенеза, клиники и лечения бронхиальной астмы. — Л., 1981. — С. 141—142.
88. *Идрелене Н., Шнипас П.* Лечение ожирения дозированным голоданием / В кн.: Материалы 25-й межвузовской научной конференции Каунасского медицинского института. — Вильнюс, 1977. — С. 179—180.
89. *Каратаев С. Д.* Клинико-лабораторно-морфологическая оценка состояния желудка и двенадцатиперстной кишки больных хроническим гастритом при проведении разгрузочно-диетической терапии. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1992. — 19 с.
90. *Киняйкин М. Ф.* [и др.]. Динамика изменений микроциркуляции у больных бронхиальной астмой в процессе сочетанного применения квантовой и разгрузочно-диетической терапии // Нац. конгр. по болезням органов дыхания. 1—5 декабря 1992 г. — СПб. — № 832.
91. *Кицишин В. П.* [и др.]. К вопросу о механизмах гипотензивного действия разгрузочно-диетической терапии при гипертонической болезни // Матер. Всерос. научн. конф. — СПб., 1995. — С. 212.
92. *Кицишин В. П.* Хроноструктура сердечно-сосудистой системы у больных гипертонической болезнью II стадии на фоне разгрузочно-диетической терапии. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 1995. — 21 с.
93. *Клейменов И.* Лечение дозированным голоданием больных с последствиями закрытой черепно-мозговой травмы // Сб.: Проблемы лечебного голодания. — М., 1969. — С. 182—186.
94. *Кокосов А. Н.* [и др.]. Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней. — СПб.: Специальная литература, 1995. — 56 с.
95. *Кокосов А. Н.* [и др.]. Лечебное голодание при внутренних болезнях. Методическое пособие. — СПб.: Изд-во «Лань», 1998. — 64 с.
96. *Кокосов А. Н., Осинин С. Г., Трофимов В. И., Гонтарова В. А.* Разгрузочно-диетическая терапия больных бронхиальной астмой. Методические рекомендации. — Л.: НИПП, 1984. — 39 с.
97. *Кокосов А. Н., Осинин С. Г.* Разгрузочно-диетическая терапия больных бронхиальной астмой. — СПб.: Изд-во «СпецЛит», 2004. — 144 с.
98. *Кокосов А. Н.* Разгрузочно-диетическая терапия, традиционная медицина и саногенез // Разгрузочно-диетическая терапия и традиционная медицина / под ред. А. Н. Кокосова. — СПб.: Изд-во «СпецЛит», 2005. — С. 40—42.
99. *Кокосов А. Н., Стрельцова Э. В.* Лечебная физическая культура в реабилитации больных с заболеваниями легких. — Л.: «Медицина», 1987.
100. *Коновалов С., Бозатырева Е.* Энергия сотворения. — СПб.: Изд-во «Питер», 1999. — С. 178.
101. *Корепанов А. М.* [и др.]. Опыт лечения бронхиальной астмы и хронического обструктивного бронхита методом разгрузочно-диетической терапии // Опыт лечения бронхиальной астмы методом разгрузочно-диетической терапии / под ред. А. Н. Кокосова, С. Г. Осинина. — Л.: ВНИИП, 1986. — С. 74—77.
102. *Коргажкина Н. Б.* [и др.]. Применение разгрузочно-диетической терапии в восстановительной медицине: пособие для врачей. — М., 2004. — 40 с.
103. *Кривенко В. Н.* [и др.]. Влияние разгрузочно-диетической терапии на изменения в системе гемостаза у женщин, страдающих ожирением, приобретенных после патологических родов // Вопр. охр. материнства и детства. — 1989. — № 11. — С. 70.
104. *Кузиев П. П.* [и др.]. Вариационная пульсометрия у гастроэнтерологических больных с ожирением в процессе разгрузочно-диетической терапии // Физиология человека. — 1997. — Т. 23, № 4. — С. 139—141.
105. *Кузиев П. П., Сливка Ю. И.* Физическая работоспособность и состояние центральной гемодинамики у женщин с алиментарным ожирением в процессе разгрузочно-диетической терапии // Физиология человека. — 1998. — Т. 24, № 1. — С. 141—142.
106. *Куница Л. Д.* [и др.]. Осложнения разгрузочно-диетической терапии // Разгрузочно-диетическая терапия больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, пищевой и лекарственной аллергией // Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней. — М., 1993. — С. 51.
107. *Кутякин Ю. А.* Разгрузочно-диетическая терапия вторичных энцефалитов // Сб.: Проблемы лечебного голодания. — М., 1969. — С. 187—195.
108. *Лантева Е. Н.* Сочетанное применение редуцированных диет и разгрузочно-диетической терапии в комплексной лечебно-реабилитационной программе у больных с избыточной массой тела // В кн.: Разгрузочно-диетическая терапия и традиционная медицина / под ред. А. Н. Кокосова. — СПб.: Изд-во «СпецЛит», 2005. — С. 76—78.
109. *Лантева Е. Н., Лантева Е. С., Болотова М. Е.* Динамика инико-антропометрических показателей у пациентов с алиментарно-конституциональным ожирением под влиянием диетического вмешательства, включая разгрузочно-диетическую терапию // В кн.: Разгрузочно-диетическая терапия и традиционная медицина / под ред. А. Н. Кокосова. — СПб.: Изд-во «СпецЛит», 2003. — С. 97—99.
110. *Леваева М. В.* [и др.]. Оценка обеспеченности организма эссенциальными жирными кислотами при разгрузочно-диетической терапии // Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней. — М., 1993. — С. 24.

111. *Лейзеровиц Э. А., Кенибаровский Я. И.* Разгрузочно-диетическая терапия при болезни Деркума в трех поколениях // Сб. научн. тр. «Разгрузочно-диетическая терапия психических и соматических заболеваний». — М., 1978. — С. 15–18.
112. *Лейзеровиц Э. А., Федоровский Ю. Н.* Динамика невротоподобных расстройств и реоэнцефалографических (РЭГ) изменений у больных церебральным атеросклерозом при разгрузочно-диетической терапии // Сб. : Проблемы бреда, пограничные состояния и вопросы организации психиатрической помощи. — М., 1975. — С. 320–322.
113. *Леонов С. Н.* Динамика некоторых вегетативных показателей в процессе разгрузочно-диетической терапии у больных с синдромом вегетативной дистонии различного генеза // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Новосибирск, 1997. — 20 с.
114. *Леонов С. Н.* [и др.]. Мониторинг вегетативного статуса как критерий определения типа клинической реактивности организма к разгрузочно-диетической терапии // Актуальные вопросы неврологии: Юбилейный сб. работ. — Новокузнецк, 1997. — С. 285.
115. *Лизенко М. В.* Особенности обмена липидов в сыворотке, липопротеидах и форменных элементах крови у больных бронхиальной астмой. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 1994. — 24 с.
116. *Лобков В. В.* [и др.]. К вопросу обоснования и применения метода разгрузочно-диетической терапии в практике лечебных учреждений города и села // Сб. : Разгрузочно-диетическая терапия психических и соматических заболеваний с нервно-психическими нарушениями и ее физиологические механизмы. — М., 1978. — С. 42–46.
117. *Лобков В. В.* Кислотно-щелочной баланс, электролитное равновесие и гормональные сдвиги в процессе разгрузочно-диетической терапии у больных гипертонической болезнью // Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней. — М., 1993. — С. 49.
118. *Лобков В. В.* [и др.]. Опыт применения разгрузочно-диетической терапии при гипертонической болезни // Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней. — М., 1993. — С. 51–52.
119. *Лобков В. В.* [и др.]. Применение разгрузочно-диетической терапии и игло-рефлексотерапии в комплексном лечении больных бронхиальной астмой // Опыт лечения больных бронхиальной астмой методом разгрузочно-диетической терапии. Сб. научн. тр. / под ред. А. Н. Кокосова, С. Г. Осинина. — Л. : ВНИИП, 1986. — С. 66–70.
120. *Луфт В. М., Ткаченко Е. И., Свердлина Н. Т., Гриневиц В. Б.* Динамика некоторых биохимических и инструментальных показателей у больных алиментарно-конституциональным ожирением на фоне лечения голодом / Докл. и сообщ. — М., 1987. — Разд. 4. — С. 416–417.
121. *Лысов А. Н.* Клиническая и функционально-морфологическая оценка состояния кишечника у больных с синдромом раздраженной толстой кишки при проведении разгрузочно-диетической терапии / Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1998. — 137 с.
122. *Ляхова Т. М.* Сравнительная оценка влияния разгрузочно-диетической терапии и лекарственной терапии на состояние центральной гемодинамики и мышечного кровотока у больных ожирением с артериальной гипертонией. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1980. — 24 с.
123. *Магарилл Е.* (США) Болезни медицинского прогресса // Российский мед. журн. — 2005. — № 5. — С. 38–40.
124. *Максимов В. А.* [и др.]. Разгрузочно-диетическая терапия как метод выбора в лечении некоторых заболеваний сердечно-сосудистой системы. Показания и терапевтическая эффективность применения разгрузочно-диетической терапии при заболеваниях системы пищеварения. Применение разгрузочно-диетической терапии при дерматозах. // Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней. — М., 1993. — С. 57–59, 82–89; 98–100.
125. *Мартыненко А. Г.* Разгрузочно-диетическая терапия при аллергических поражениях кожи // Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней. — М., 1993. — С. 100.
126. *Малахов Г. П.* Голодание. — СПб. : «Невский проспект», 2003. — 192 с.
127. *Маршак М. С.* Диетическое питание. — М. : «Медицина», 1967. — 423 с.

128. Медико-биологические основы разгрузочно-диетической терапии психических больных / Г. И. Бабенков, В. Б. Гурвич, Г. К. Заиров, Ю. С. Николаев. — Ташкент : «Медицина», 1981. — 118 с.
129. *Меерсон Ф. З.* Адаптационная медицина: механизмы и защитные эффекты адаптации. — М., 1993. — 331 с.
130. Методические рекомендации по дифференцированному применению разгрузочно-диетической терапии при некоторых внутренних и нервно-психических заболеваниях. МЗ СССР. — М., 1990. — 31 с.
131. *Миловидова С. С., Дунаева Т. М.* Разгрузочно-диетическая терапия у больных с ожирением, осложненным атеросклерозом и гипертонией // В сб. научн. раб. ММСИ. — 1975. Вып. 2. — С. 187–191.
132. *Мирзоева М. Ю.* Динамика химизма желчи у больных с заболеваниями желчевыделительной системы в сочетании с ожирением под влиянием разгрузочно-диетической терапии // В сб. научн. раб. «Желчекаменная болезнь», Всесоюз. симпозиум. — Душанбе: «Дониш», 1981. — С. 147–149.
133. *Мирзоева М. Ю.* Влияние разгрузочно-диетической терапии на химизм желчи при заболеваниях желчевыделительной системы в сочетании с ожирением // Здравоохранение Таджикистана. — 1981, № 2. — С. 43–45.
134. *Мишин А. Я., Козмала М. Т.* Опыт применения разгрузочно-диетической терапии в психиатрической больнице // Сб. : Разгрузочно-диетическая терапия нервно-психических заболеваний. — М., 1976. — С. 113–115.
135. *Муляр Л. А.* Влияние ограниченного питания и дозированного голодания на свертываемость крови и перекисное окисление липидов. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Львов, 1984. — 20 с.
136. *Муляр Л. А., Мищенко В. П.* Влияние полного голодания на коагуляционные и антикоагуляционные свойства крови // Вопр. питания. — 1984. — № 4. — С. 20–23.
137. *Муравьев С. А., Макарова Г. А.* Разгрузочно-диетическая терапия у больных гипертонической болезнью. Методические рекомендации. — Тюмень : «Издат. центр „Академия“», 2004. — 44 с.
138. *Муравьев С. А.* Оценка состояния центральной и периферической гемодинамики у больных гипертонической болезнью при разгрузочно-диетической терапии. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2001. — 21 с.
139. *Невский М. П., Китьян В. А., Цуканова Е. А.* Опыт лечения психических заболеваний дозированным голоданием // Сб. : Проблемы лечебного голодания. — М., 1969. — С. 89–98.
140. *Невский М. П., Шевелев А. И., Кутявин Ю. А.* Об эффективности разгрузочно-диетической терапии ревматических и тонзиллогенных энцефалитов и изменениях обмена микроэлементов в процессе лечения // Сб. : Разгрузочно-диетическая терапия нервно-психических заболеваний. — М., 1976. — С. 116–120.
141. Немедикаментозные методы в лечении и реабилитации больных неспецифическими заболеваниями легких // Сб. научн. тр. / под ред. А. Н. Кокосова, Л. В. Борисенко. — Л. : ВНИИП, 1989. — 141 с.
142. *Николаев Ю. С.* Голод не тетка, а мать родная. — М. : «Советская Россия», 1973. — 173 с.
143. *Николаев Ю. С.* Инструктивно-методическое письмо в АН СССР: «Лечение нервно-психических заболеваний дозированным голоданием». — М., 1969. — 68 с.
144. *Николаев Ю. С.* Лечение шизофрении дозированным голоданием / Тр. Гос. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — М., 1963. — Т. 39. — С. 3–165.
145. *Николаев Ю. С.* Развитие идей лечебного голодания // Лечебное голодание: клиничко-экспериментальное исследование. — М., 1968. — С. 19–21.
146. *Николаев Ю. С.* Развитие идей лечебного голодания // Сб. : Проблемы лечебного голодания. — М., 1969. — С. 23, 56–57.
147. *Николаев Ю. С.* Разгрузочно-диетическая терапия шизофрении и ее физиологическое обоснование // Дис. ... докт. мед. наук. — М., 1959. — 256 с.
148. *Николаев Ю. С., Бабенков Г. И.* Краткая история развития лечения голодом и медико-биологическая характеристика разгрузочно-диетической терапии // Разгрузочно-диетическая терапия бронхиальной астмы // Сб. научн. тр. / под ред. А. Н. Кокосова. — Л. : ВНИИП, 1978. — С. 18–26.
149. *Николаев Ю. С., Крайцеров Б. С.* Опыт использования дозированного голодания в комплексном лечении нервно-психически больных с некоторыми фор-

- мами гипоталамических расстройств // В кн. : Глубокие структуры головного мозга и проблемы психиатрии. — М., 1966. Т. 45. — С. 128—132.
150. Николаев Ю. С., Нилов Е. И., Черкасов В. Г. Голодание ради здоровья. — М. : «Советская Россия», 1988. — С. 67—70.
151. Николаев Ю. С., Овчинникова Г. М. Опыт применения разгрузочно-диетической терапии соматическим больным в отделении лечебного питания Центральной республиканской больницы МЗ РСФСР / В кн. : Разгрузочно-диетическая терапия психических и соматических заболеваний с нервно-психическими нарушениями и ее физиологические механизмы. — М., 1978. — С. 5—9; 45—48.
152. Николаев Ю. С., Полищук Ю. И., Заиров Г. К., Незнамов Г. Г. Разгрузочно-диетическая терапия нервно-психических заболеваний // Методические рекомендации. — М., 1979. — 39 с.
153. Николаев Ю. С. [и др.]. Влияние разгрузочно-диетической терапии на некоторые заболевания, сопутствующие бронхиальной астме // Опыт лечения бронхиальной астмы методом разгрузочно-диетической терапии. — Л. : ВНИИП, 1986. — С. 72—74.
154. Николаев Ю. С., Рудаков Я. Я. Роль психотерапии в комплексе разгрузочно-диетической терапии больных гипертонической болезнью с психическими нарушениями // Сб. : Психиатрия, невропатология и нейрохирургия. — Ч. 1. — Рига, 1974. — С. 182—190.
155. Николаев Ю. С. [и др.]. Лечение шизофрении дозированным голоданием // Тр. Государственного НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — М., 1963. — Т. 39. — 191 с.
156. Оганова А. Г. [и др.]. Опыт применения дозированного голодания в сочетании с иглорефлексотерапией у больных с разными формами гипотиреоза // Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней. — СПб. : Изд-во «Лань», 2001. — С. 99—101.
157. Оганова А. Г. [и др.]. Сочетание иглорефлексотерапии и разгрузочно-диетической терапии у больных с различными формами гипотиреоза // Военно-мед. журн. — 1998. — № 10. — С. 137—138.
158. Оганова А. Г. Эффективность и место иглорефлексотерапии и разгрузочно-диетической терапии в комплексном лечении больных гипотиреозом. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1999. — 23 с.
159. Одинец В. С. Роль гормональных и электролитных нарушений в патогенезе гипертонической болезни при алиментарно-конституциональном ожирении и влияние на них разгрузочно-диетической терапии. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Каунас, 1986. — 20 с.
160. Одинец В. С., Филиппович Н. С. Динамика показателей рентгенокардиографии под влиянием разгрузочно-диетической терапии при гипертонической болезни в сочетании с ожирением // В кн. : Патология сердечно-сосудистой системы / Сб. научн. тр. — Минск, 1984. — С. 39—40.
161. Ожирение / под ред. Н. А. Белякова, В. И. Мазурова. — СПб. : МАПО, 2003. — 280 с.
162. Ожирение / под ред. И. И. Делова, Г. А. Мельниченко. — М. : Медицинское информационное агентство, 2004. — 265 с.
163. Опыт лечения бронхиальной астмы методом разгрузочно-диетической терапии // Сб. научн. тр. / под ред. А. Н. Кокосова, С. Г. Осинина. — Л. : ВНИИП, 1986. — 133 с.
164. Осинин С. Г. Клинико-патогенетическое обоснование метода разгрузочно-диетической терапии бронхиальной астмы и оценка результатов лечения. — Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — СПб., 1993. — 49 с.
165. Осинин С. Г. Некоторые особенности течения бронхиальной астмы у больных старше 50 лет и оценка эффективности у них метода разгрузочно-диетической терапии // Гериатрические аспекты клинической пульмонологии / Сб. научн. тр. / под ред. А. Н. Кокосова. — Л. : ВНИИП, 1990. — С. 84—87.
166. Оситрин П. И. Лечебное голодание при остром панкреатите // Проблемы лечебного голодания. Тр. МНИИП МЗ РСФСР. — 1969. — Т. 57. — С. 47—50.
167. Остроносова Н. С. Динамика функции внешнего дыхания и реактивности бронхов у больных бронхиальной астмой при сочетании лечебного голодания с лазеропунктурой // IV Нац. конгр. по болезням органов дыхания. — М., 15—29 мая 1994 г. — № 562.

168. Панайкин В. И. Состояние желчевыделительной системы у больных с заболеваниями билиарного тракта и поджелудочной железы при проведении разгрузочно-диетической терапии (клинико-лабораторно-инструментальная оценка). — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1980. — 17 с.
169. Пастушенков Л. В. Фармакотерапия с основами фитотерапии : учебник. Ч. I — СПб. : ХФИ, 1994. — 159 с.; Ч. II. — СПб. : ХФИ, 1995. — 248 с.
170. Пауштин В. В. Курс общей и экспериментальной патологии (патологической физиологии). Т. 2. Ч. I. — СПб., 1902. — 1726 с.
171. Певзнер М. И. Основы лечебного питания. — М. : «Медицина», 1958. Изд. 3-е перераб. — 582 с.
172. Пенфильд В., Эрикссон Г. Эпилепсия и мозговая локализация. — М., 1949.
173. Першко А. М., Гриневит В. Б. Клиническая эффективность разгрузочно-диетической терапии у больных алиментарно-конституциональным ожирением / В кн. : Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней: перспективы внедрения метода. — СПб. : Изд-во «Лань», 2001. — С. 80.
174. Петрова М. А., Линцов А. Е. Роль наследственных факторов в формировании бронхиальной астмы // Бронхиальная астма / под ред. Г. Б. Федосеева. — СПб. : «Медицина», 1996. — Гл. 2. — С. 24—28.
175. Плотникова О. А. [и др.]. Опыт применения разгрузочно-диетической терапии при некоторых заболеваниях опорно-двигательного аппарата // Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней. Ч. 2 // Сб. научн. тр. / под ред. М. Н. Волгарева, В. А. Максимова. — М., 1993. — С. 106—109.
176. Погодина В. А. Роль микробиоценоза толстой кишки в патогенезе бронхиальной астмы и немедикаментозные способы его коррекции. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Новосибирск, 2004. — 18 с.
177. Полищук Ю. И. Применение разгрузочно-диетической терапии при малопрогредиентном течении шизофрении // Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 1974. — 39 с.
178. Полищук Ю. И., Заиров Г. К. Разгрузочно-диетическая терапия малопрогредиентной шизофрении. — Ташкент, 1975. — 175 с.
179. Полищук Ю. И., Рудаков Я. Я. Разгрузочно-диетическая терапия больных гипертонической болезнью с нервно-психическими нарушениями. Методические рекомендации. МЗ РСФСР. — М., 1981. — 26 с.
180. Пономаренко Л. П. [и др.]. Опыт лечения методом разгрузочно-диетической терапии больных бронхиальной астмой и гипертонической болезнью // Актуальные вопросы патологии сердечно-сосудистой системы и органов дыхания. — Киев, 1981. — С. 164—165.
181. Поплаво А. П., Бекирова А. В. Применение разгрузочно-диетической терапии при травматической болезни головного мозга // Сб. : Разгрузочно-диетическая терапия нервно-психических заболеваний. — М., 1976. — С. 148—152.
182. Потемкин В. В. Эндокринология. — М., 1986. — С. 89—174.
183. Прокопенко Е. А. Изменение функционального состояния альвеолярных макрофагов при бронхиальной астме и возможности их коррекции при медикаментозной и разгрузочно-диетической терапии. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Барнаул, 1993. — 18 с.
184. Разгрузочно-диетическая терапия бронхиальной астмы // Сб. научн. тр. / под ред. А. Н. Кокосова. — Л. : ВНИИП, 1978. — 78 с.
185. Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней: перспективы внедрения метода в системе органов здравоохранения и санаторно-курортного лечения // Матер. Республ. научно-практ. конф. в Республике Бурятия: г. Улан-Удэ, май 2001 г. / под ред. А. Н. Кокосова / Пер. на англ. язык. Ч. Ц. Гармаевой, Ц. Б. Раднаевой. — СПб. : Изд-во «Лань», 2001. — 160 с.
186. Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней // Сб. научн. тр. / под ред. М. Н. Волгарева, В. А. Максимова. — М., 1993. — 124 с.
187. Разгрузочно-диетическая терапия заболеваний внутренних органов. Методические рекомендации (Утверждены начальником Главного военно-медицинского управления Министерства обороны РФ). Авт. : И. Г. Бакулин, В. В. Волков, М. М. Дьяконов [и др.]. — М. : «ВоенИздат», 1993. — 54 с.
188. Разгрузочно-диетическая терапия и традиционная медицина / под ред. А. Н. Кокосова. — СПб. : Изд-во «СпецЛит», 2003. — 294 с.

189. Разгрузочно-диетическая терапия и традиционная медицина / под ред. А. Н. Кокосова / Пер. на англ. М. М. Горшковой. — СПб. : Изд-во «СпецЛит», 2005. — 256 с.

190. РДТ в Республике Бурятия 10 лет : сборник. — Иркутск : Изд-во «Обл-машинформ», 2004. — 304 с.

191. Редгиц И. В. [и др.]. Влияние разгрузочно-диетической терапии на свертывание крови и перекисное окисление липидов у больных бронхиальной астмой // Опыт лечения бронхиальной астмы методом разгрузочно-диетической терапии. — Л. : ВНИИП, 1986. — С. 46—49.

192. Редгиц И. В., Треумова С. И., Редгиц В. И. Антиоксидантная обеспеченность организма и состояние перекисного окисления липидов больных бронхиальной астмой в период проведения разгрузочно-диетической терапии // Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней: перспективы внедрения. — СПб. : Изд-во «Лань», 2001. — С. 61—62.

193. Ровинская С. А. [и др.]. Некоторые клинко-физиологические показатели при разгрузочно-диетической терапии у больных с органическими поражениями лимбико-диэнцефальных систем инфекционного и сосудистого генеза // Сб. : Разгрузочно-диетическая терапия нервно-психических заболеваний. — М., 1976. — С. 153—158.

194. Рублева Л. А. Опыт лечения затяжных форм психических заболеваний дозированным голоданием // Сб. : Проблемы лечебного голодания. — М., 1969. — С. 144—147.

195. Рудаков Я. Я. К вопросу о корреляции между психическими нарушениями и состоянием капиллярного кровообращения у больных гипертонической болезнью и церебральным атеросклерозом // Сб. : Разгрузочно-диетическая терапия нервно-психических заболеваний. — М., 1976. — С. 165—169.

196. Рудаков Я. Я. Медико-биологические основы лечения болезней адаптации способом управляемого голодания. — М., 1994. — 364 с.

197. Рудаков Я. Я. Разгрузочно-диетическая терапия больных гипертонической болезнью с психическими нарушениями и состоянием сердечно-сосудистой системы в динамике лечения. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1972. — 23 с.

198. Савенков Ю. И. Лечение дозированным голоданием декомпенсированных форм ожирения // Сб. научн. тр. «Разгрузочно-диетическая терапия психических и соматических заболеваний». — М., 1978. — С. 12—16.

199. Савенков Ю. И. Применение разгрузочно-диетической терапии при синдроме Пикквика // Сб. научн. тр. «Разгрузочно-диетическая терапия психических и соматических заболеваний». — М., 1978. — С. 16—20.

200. Савенков Ю. И. Применение разгрузочно-диетической терапии у больных с ожирением в сочетании с артериальной гипертензией // Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней. — М., 1978. — С. 18—24.

201. Савенков Ю. И., Титова Л. А. Влияние лечебного голодания на менструальную функцию и плодovitость у женщин с нарушенным менструальным циклом и бесплодием // Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней. — М., 1993. — С. 111—113.

202. Самсонов М. А. [и др.]. Результаты применения разгрузочно-диетической терапии при сердечно-сосудистых заболеваниях // Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней. — М., 1993. — С. 53.

203. Селье Г. Концепция стресса, как мы ее себе представляем в 1976 г. // Новое о гормонах и механизме их действия. — Киев, 1977. — С. 25—521.

204. Серейский М. Я. Патогенез и терапия эпилепсии // В кн. : Проблемы теоретической и практической медицины. Сб. НИР 8. Эпилепсия. Изд. УПУ. — М., 1938. — С. 121—122.

205. Сквергинская Е. А. [и др.]. Разгрузочно-диетическая терапия как метод регуляции эндокринной функции больных бронхиальной астмой // Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней. — М., 1993. — С. 48.

206. Смоленский Б. Л., Абрамова Ж. И. Справочник по лечебному питанию. — М. : Медицина, 1984. — С. 260.

207. Слесивцева В. Г. [и др.]. Современные терапевтические возможности лечения эндокринных нарушений, сопровождающихся тучностью. — М., 1976. — 123 с.

208. Справочник по диетотерапии / под ред. А. А. Покровского и М. А. Самсонова. — М. : «Медицина», 1981. — С. 511.

209. Справочник по лечебному питанию для диет сестер и повара / Б. Л. Смолянский, Ж. И. Абрамова. — М. : «Медицина», 1984.

210. Страер Л. С. Биохимия / Пер. с англ. — В 3 т. — М. : «Мир», 1984. — Т. 3. — С. 45—56.

211. Суворин А. А. Лечение голодом. — Белград : Изд-во «Новый человек», 1931. — 120 с.

212. Суханова Г. И. [и др.]. Обоснование использования сочетания разгрузочно-диетической терапии и квантовой терапии при лечении бронхиальной астмы // III Нац. конгр. по бол. орг. дых. 1—5 декабря 1992 г. — СПб., № 832.

213. Тарасова А. С., Острин П. И. Лечебное голодание при остром панкреатите // Проблемы лечебного голодания. Тр. МНИИП МЗ РСФСР. — 1969. — Т. 57. — С. 47—50.

214. Терещенко И. В. [и др.]. Клинические, метаболические, гормональные изменения у больных ожирением при проведении разгрузочно-диетической терапии // Вопросы питания. — 1994. — № 3. — С. 45—49.

215. Терещенко И. В. [и др.]. Патогенетические особенности эндогенной интоксикации при голодании у больных ожирением / В сб. научн. работ: Эндогенные интоксикации; тезисы межд. симпозиума. — СПб., 1994. — С. 51—52.

216. Терещенко И. В., Кашкина Н. В. Воздействие лечебного голодания на водно-электролитный обмен и гормональный гомеостаз у больных ожирением с тканевыми отеками / Перм. Гос. мед. академия. — Пермь, 1996.

217. Треумова С. И. Антиоксидантная обеспеченность организма и свободнорадикальное окисление у больных с преастмой и бронхиальной астмой в период разгрузочно-диетической терапии / Дис. ... канд. мед. наук. — Полтава, 1990. — 18 с.

218. Треумова С. И., Редгиц И. В., Редгиц В. И. Значимость иридологического исследования больных бронхиальной астмой в период разгрузочно-диетической терапии // Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней: перспективы внедрения. — СПб. : Изд-во «Лань», 2001. — С. 62—64.

219. Трубников Г. В. [и др.]. Дозированное лечебное голодание в комплексной нелекарственной терапии больных бронхиальной астмой // Опыт лечения бронхиальной астмы методом разгрузочно-диетической терапии. — Л. : ВНИИП, 1986. — С. 81—87.

220. Трубников Г. В. [и др.]. Сочетанное использование разгрузочно-диетической терапии с другими нелекарственными методами лечения у больных бронхиальной астмой // Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней. — М., 1993. — С. 68—69.

221. Ультроструктурные изменения субклеточных мембран гепатоцитов на ранних сроках голодания / А. Покровский, Т. А. Ташев, Л. П. Крыстев и др. // Вопр. питания. — 1976. — № 2. — С. 26—31.

222. Федеральная программа «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в РФ». Протокол 13. — М., 1996. — 5 с.

223. Федотов Д. Д. [и др.]. Опыт лечения тучности методом полного голодания / В кн.: Лечебное голодание. Тр. Моск. НИИ психиатрии. — М., 1969. — Т. 57. — С. 205—215.

224. Ханина С. М. [и др.]. Об эффективности разгрузочно-диетической терапии при некоторых заболеваниях внутренних органов / В кн.: Разгрузочно-диетическая терапия при психических и соматических заболеваниях с нервно-психическими нарушениями и ее физиологические механизмы. — М., 1978. — С. 34—38.

225. Хорошилов И. Г. Клинико-гигиенические аспекты абсолютного голодания. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 1994. — 32 с.

226. Черемнов В. С. Биобилдинг. Снижение веса, коррекция фигуры, предупреждение ошибок и осложнений. — Витебск, 1996. — 32 с.

227. Черемнов В. С. Восстановительное лечение больных бронхиальной астмой с преимущественным использованием немедикаментозных методов. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Витебск, 1990. — 22 с.

228. Чернышев А. Л. Нарушение желчеобразовательной и желчевыделительной функции печени при заболеваниях органов пищеварения. — Дис. ... докт. мед. наук. — М., 1993. — 44 с.
229. Чижова О. Ю. Влияние разгрузочно-диетической терапии на гиперреактивность слизистой бронхов у больных бронхиальной астмой. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 1993. — 16 с.
230. Чуралин А. Г. Бронхиальная астма: глобальная стратегия // Тер. арх. — 1994. — № 3. — С. 3—8.
231. Шапиро Ю. Л., Стренин Л. Е. Математический анализ изменения веса при полном длительном алиментарном голодании у людей // Патол. физиол. и экспер. терапия. — 1965. — Т. 91. — № 2. — С. 58—66.
232. Шарафутдинов Х. Х. [и др.]. Эффективность разгрузочно-диетической терапии больных ревматоидным артритом // Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней. — М., 1993. — С. 119—124.
233. Шевелев А. И. Разгрузочно-диетическая терапия больных с психическими нарушениями ревматического и тонзиллогенного происхождения // Сб. : Разгрузочно-диетическая терапия нервно-психических заболеваний. — М., 1976. — С. 188—191.
234. Шевлягина Л. А. Особенности состояния здоровья детей из районов экологического неблагополучия. — Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 1995. — 50 с.
235. Шевченко В. В., Коломиец Л. М. Сравнительная оценка результатов лечения больных ожирением диетой с пониженной калорийностью и голодом / Рациональное питание. Респ. междувед. сборн. Вып. 13. Проблемы ожирения. — Киев : Изд-во «Здоровье», 1978. — С. 18—21.
236. Шилина Т. Ф. Случай успешного комбинированного лечебного голодания («сухое» + «влажное») при острой респираторной вирусной инфекции. Самонаблюдение врача // Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней: перспективы внедрения метода в систему органов здравоохранения и санаторно-курортного лечения / под ред. А. Н. Кокосова. — СПб. : Изд-во «Лань», 2001. — С. 105—106.
237. Шедрунов В. В. [и др.]. Разгрузочно-диетическая терапия : учебное пособие для врачей-слушателей. — Л. : ГИДУВ (Кафедра клинической диетологии), 1990. — 25 с.
238. Эвентштейн З. М., Кокосов А. Н. О трехдневном полном голодании как об одном из вариантов разгрузочно-диетической терапии // Опыт лечения бронхиальной астмы методом разгрузочно-диетической терапии / Сб. научн. тр. / под ред. А. Н. Кокосова, С. Г. Осинина. — Л. : ВНИИП, 1986. — С. 56—63.
239. Электронно-микроскопическое изучение восстановительных процессов в фундальных железах желудка после окончания длительного лечебного голодания / А. И. Морозов [и др.] // Актуальные вопросы гастроэнтерологии. — Вып. 8. — М., 1975. — С. 129—142.
240. Яковлев В. А. [и др.]. Место разгрузочно-диетической терапии в лечении гипертонической болезни // Клини. мед. — 1997. — № 9. — С. 21—23.
241. Ballantyne D. A. Starvation Therapy in Obesity / British Medical Journal, 7 august 1971, s. 370.
242. Billich C., Bray G. A., Gallagher T. F., Hoffbrand A. V., Levitan R. Absorptiv Capaciti of the Jejunum of Obese and Lean Subjects / Arch. intern. med., 1972, v. 130, p. 377—380.
243. Bolzano K., Lisch H.-J., Aigner A., Sandhoier F., Sailer S. Der Einilub einer Null-Kalorieniat auf die Herzleistung von kreislauigesunden Frauen / Wein. Klin. Wchschr. 1973, Bd. 85, s. 657—661.
244. Bragg Paul C. The Miracle of Fasting. — Sydney, 1967. — 270 p.
245. Buchinger O. (sen.) Das Heilfasten und seine Hilfsmethoden als biologischer Weg. — Stuttgart — Leipzig : Hippokrates Verlag, 1941. — 312 p.
246. Conclars Z., Makowski C., Krol Z. Kliniczna przydatnos oznaczania azetonurii u osob otylicz leczonych glodem. — Pol. Tyg. Lec., 1972, № 27, s. 8—13.
247. Dahlke R. Bewudt Fasten. Munchen, 1996. — 188 s.
248. Dewey E. H. Die Fastenkur. — Berlin, 1922. (Приводится см. по: Николаев Ю. С., Шапиро Ю. Л., 1963.)
249. D'enick E. I., Swendseid M. E., Bland W., Tuttle S. G. Prolonged startion as treatment for severe obesity. — J. Amer. Med. Ass., 1969, v. 187, 2, p. 100—104.
250. Duncan G. G. [et al.] Intermittent fast in the correction and control of intrac-table obesity // Am. J. Sci. 1982, v. 245, p. 515—520.
251. Fahrner H. Fasten als Therapie. — Stuttgart : Hippokrates, 1991. — 244 s.
252. Fekete T., Scurtu A. Asupra repercusuniilor hepaticae ale curie de foame la obezi. Med. interna, 1970, v. 22, p. 1057—1062.
253. Foldenauer A., Bohm P. Adipositasbehandlung mit einer Null-Kalorien-Diat. Munch. med. Wschr., 1968, Nr. 41, s. 2373—2377.
254. Gavagnini F., Peracchi M., Bianchi Porro G. Starvation Therapy in Obesity / British Medical Journal, 29 may 1971, s. 527.
255. Goth E. A zsiranyagesere — zavar jelentosege elhisaeban es diabetsben. — Orv. Hetil, 1968, № 109, p. 36—42.
256. Graczkowska-Koczorowska A., Hryniewiecki L., Hasik J., Tycowa M., Grala T., Makowska K. Leczenie tylosci regulacyjnej dieta niskokaloryczna i calkowitym glodzeniem w swietle badan bilansu azotowego electrolitowego oraz innych badan metabolicznych / Polskie arch. med. wewn., t. 46, 1971, 3 (3), s. 287—294.
257. Hales H. W. Value of physical medicine in treatment, Fasting. — M. : Press, 1943, Aug. 25, 210, s. 123—126.
258. Hartman G. Le jeune absolu dens le traitement de l'obedite. — Rev. med. Suisse Rom., 1967, № 87, p. 9—12.
259. Hartmann G., Schmid R. Prolongiertes Fasten als Behandlungs form der Adipositas. — Dtsch. Med. Wschr. 1967, B. 92, № 37, S. 1663—1668.
260. Jaffrey Kenneth S. How to Fast Nature s Mthod for Restoration of Health 7-th Edition. — Australia, 1984. — 28 s.
261. Jahure K. Diatetische Behandlung der Fettsucht-Moglichkeiten und Grenzen. — Dtsch. Med. J., 1970, № 21, S. 16—20.
262. Kjellberg J., Reizenstein P. Effect of starvation on bodi composition in obesity / Acta med. scand. Vol. 188, pp. 171—178, 1970.
263. Komarnicka R. Wyniki proby zwalczania tylosci glodzeniem I dieta niskokaloryczna / Polski tygodnik lekarski, 1974, T. XXIX, Nr 20, s. 843—845.
264. Lawor T., Wells D. G. Fasting as a treatment of obesity / Postgrasuate Medical Journal (Jne Suppl. 1971), 452—458.
265. Lefebvre P., Luyckx A. Le jeune complet chez l'uhomme Application su traitement de l'obesity. — Rev. med. Liege, 1970, № 25, p. 3—9.
266. Lindner H., Muller R., Rahn U., Ritz J. R., Tillman W. Langzeitbeobachtung uber den Wert von Fasten und Reduktionskost / Med. Klin. 65 (1970) Nr. 44, s. 1914—1919.
267. Lutzner H. Wie neugeboren durch Fasten. Munchen, 1990. — 96 s.
224. Maage H., Mogensen E. The effect of treatment on obesity. — Dan. med. Bull., 1970, № 17, p. 7—11.
268. Mayer A. Hungerkuren-Wunderkuren. — 1901.
269. Obesity pathogenesis and treatment. — London — New York, 1981, p. 1—6.
270. Qiannini S. [et al.]. Bone density and metabolism thyroidectomiyed patient treated with long-term thyroxine / Endocrinology sect. 3. 1994, v. 84, p. 87.
271. Rappoport A., From G. L. A., Husdan H. Metabolism. — 1965. — Vol. 14. — P. 31—46.
272. Schenck E. G., Meyer H. E. Das Fasten. — Stuttgart-Leipzig, 1938. — 177 p.
273. Segesser F. Die Hungerkuren. — Dresden, 1914. — 376 p.
274. Tygova M., Slawa-Kubasik W. Wplyw 14-dniowego glodzenia na zmiany morfologiczne watroby u osob z otylicza regulacyjna / Polskie arch. med. wewn., t. 52, 1974, 49, s. 49—56.
275. Tygova M. Wplyw dlugotrwaliej glodowki na zimany czynnosciowe watroby u osob z otylicza regelacyjna / Polskie arch. med. wewn., t. 51, 1974, 2, s. 167—174.
276. Vivini J. Quirir par le jeune et les traitements naturels iditit par l'auteur by Jves Vivini. Paris, 1963. — 292 p.
277. Voigr K. D., Apostollakis M., Jungmann H. Staffwechsel — und Kreislauf — laufstudien bei absoluter Nahrungskarenz. — Klin. Wschr., 1967, № 45, p. 18—22.
278. Vries A. De. Therapeutic Fasting. Chicago, 1958. — 120 p.

РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Авторская школа профессора А. Н. Кокосова

Справки и заявки по адресам:

197089, Санкт-Петербург, ул. Рентгена, 12.
НИИ пульмонологии, кафедра пульмонологии
факультета последипломного образования
СПб ГМУ им. акад. И. П. Павлова, 6.
Тел.: (812) 234-90-46

Для восточных регионов страны – Улан-Удэ:
<http://www.cleanbody.ru>. E-mail: rtd@burnet.ru

Учебное издание

РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Руководство для врачей

Под ред. **А. Н. Кокосова**

Редактор *О. Ю. Гурьева*

Корректор *Е. Г. Белоус*

Техническое редактирование *И. Ю. Илюхина*

Компьютерная верстка *А. И. Агашковой*

Подписано в печать 22.12.06. Формат 60 × 90¹/₁₆. Усл. печ. л. 20.

Тираж 2000 экз. Заказ № 3800

ООО «Издательство „СпецЛит“». 190005, Санкт-Петербург,
Измайловский пр., 29, тел.: (812) 251-66-54, факс: (812) 251-16-94.
<http://www.speclit.spb.ru>

Отпечатано с диапозитивов в ГУП «Типография „Наука“»
199034, Санкт-Петербург, 9 линия, 12

ISBN 978-5-299-00336-9



9 785299 003369