

УДК 615.83

С.В. Семенова

ГОМЕОПАТИЧЕСКАЯ ФЕНОМЕНОЛОГИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ключевые слова: гомеопатия, гомеопатические лекарства, гомеопатический диагноз, симптомы, конституциональное лечение, целостный уровень

Автор анализирует принципы гомеопатической терапии, с учетом особенностей технологии приготовления гомеопатических препаратов и методологии выбора гомеопатических лекарств на основе симптомов локального и целостного иерархических уровней в организме человека, этиологических факторов, индивидуальных и нозологических симптомов разных заболеваний.

S.V. Semenova

HOMEOPATHIC PHENOMENOLOGY IN CLINICAL PRACTICE

Key words: homeopathy, homeopathic remedies, homeopathic diagnosis, symptoms, constitutional treatment, integral level

The author have been analysed the principles of homeopathy taking into account the technology of the preparation of homeopathic remedies and the methodology of its prescribing on the basis of symptoms from both the local and the integral hierarchical levels of the human organism, etiological factors, individual and nosological symptoms of different diseases.

□

УДК:616.1/.4:616.36-002:616.379

- Н.В. Харченко, д. мед. н., проф., каф. гастроэнтерол., дієтол. і ендоскопії
- Г.А. Анохіна, д. мед. н., проф., каф. гастроэнтерол., дієтол. і ендоскопії
- І. С. Михайліченко, аспірант каф. гастроэнтерол., дієтол. і ендоскопії

- Національна академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

ОСОБЛИВОСТІ ДІЄТОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ, ПОЄДНАНИЙ ІЗ ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ

Важливе місце в лікуванні хворих на неалкогольний стеатогепатит (НАСГ), поєднаний із хронічним панкреатитом (ХП) та цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу, займає дієтичне харчування. Існуючі традиційні дієти (5, 5п) які використовуються в лікуванні хворих із захворюваннями печінки, хронічним панкреатитом та цукровим діабетом, не відповідають особливостям перебігу та метаболічним порушенням при поєднаній патології, що служило обґрунтуванням для розробки принципів диференційованого дієтичного харчування хворих на НАСГ, поєднаний із ХП та ЦД 2-го типу [1, 2].

Метою дослідження було вивчення впливу лікування із застосуванням диференційованої дієтотерапії на динаміку показників маси тіла у хворих на НАСГ, поєднаний із ХП та ЦД 2-го типу.

Матеріали та методи дослідження

Хворим на НАСГ, поєднаний із ХП та ЦД 2-го типу при призначенні дієти використовували принцип індивідуального харчування, який передбачає призначення раціону, в якому енергетична цінність та лімічний склад дієти

вираховується з врахуванням маси тіла та фізичної активності, віку хворих [3, 5].

Енергетичну цінність дієти вираховували із потреб на основний обмін (1 ккал на 1 кг ідеальної маси на годину, помножену на 24 години та на коефіцієнт фізичної активності). При цьому хворим із зниженою масою тіла рекомендували збільшити енергетичну цінність раціону в середньому на 200-250 ккал, а хворим із надмірною масою тіла зменшити енергетичну цінність харчування на 400-500 ккал на добу. Енергетична цінність харчування збільшувалась за рахунок підвищення в харчуванні квоти білку, зменшувалась за рахунок вуглеводів та жиру [7, 8].

Важливе значення має принцип розподілення вуглеводів та жиру на три прийоми (сніданок, обід та вечеря). Сніданок містить 25-30 % вуглеводів та жиру, обід 40-45 %, вечеря 25-35 %. Вказаний режим протягом дня попереджував постпрандіальну гіперглікемію та покращував переносність жиру. При виборі продуктів харчування обов'язково враховувалась глікемічний індекс. У харчуванні хворих на НАСГ поєднаний із ХП та ЦД 2-го типу, основної групи переважали продукти із низьким

глікемічним індексом (не вище 40): риба, птиця, м'ясо, молочні продукти, яйця, бобові, соя, горіхи, листяні овочі, томати, гриби, деякі фрукти та ягоди. Обмежували продукти із середнім глікемічним індексом (40-70) – це хлібобулочні вироби із цільного зерна, хліб із висівками, коричневий рис, гречка та вівсяна крупа (обмежено, тільки в перших стравах, або рідких молочних супах), макаронні вироби (рідко), мучні вироби в комбінації із м'ясом, сиром (рідко), бобові, більшість фруктів. Не рекомендували продукти із високим глікемічним індексом [4].

У розвитку жирової інфільтрації печінки важливу роль відіграє дефіцит повноцінного по амінокислотному складу білку. Дефіцит білку також поглиблює атрофічні зміни у підшлунковій залозі та сприяє зниженню ферментотворюючої функції, тому квота білку в раціоні хворих на НАСГ, поєднаний із ХП та ЦД 2-го типу, основної групи була збільшена і складала 1,4-1,8 г на 1кг маси тіла з врахуванням віку та статі. Квоту харчового білку збільшували за рахунок білку тваринного походження, кількість якого в харчуванні хворих основної групи становила 55-60 %. Кількість білку була вищою у харчуванні чоловіків порівняно із жінками та в осіб молодого і середнього віку – до 40 років. В якості джерел білку рекомендували нежирне м'ясо, птицю, рибу, молочні продукти, яйця, рибу [4, 6].

Квота жиру в дієті складала від 1,0-1,5 г на добу в основному за рахунок жирів, які входили у склад харчових продуктів. Хворим

рекомендували уникати додаткового вживання рафінованих жирів. Кількість рослинної олії в харчуванні становила не більше 1-2 столові ложки на добу. При визначенні кількості жиру в раціоні хворих враховували масу тіла, фізичну активність, а також переносність. У всіх випадках прагнули не зменшувати різко квоту жиру в харчуванні, оскільки тривале обмеження жиру призводить до гіпотонії жовчного міхура, підсилення застійних явищ у жовчовивідних шляхах та протоках підшлункової залози, порушень з боку наднирників, дефіциту жиророзчинних вітамінів. З метою поповнення харчового раціону мікронутрентами додатково рекомендували прийом вітамінно-мінеральних комплексів у профілактичних дозах [1, 2, 5].

Хворим на НАСГ, поєднаний із ХП та ЦД 2-го типу контрольної групи рекомендували харчування типу 5 або 5п дієти та обмеження легкозасвоюваних вуглеводів. Хворим контрольної групи також призначали вітамінно-мінеральні комплекси в профілактичних дозах.

Результати дослідження та їх обговорення

Одним із важливих показників, які характеризують загальний стан хворих, є маса тіла. До лікування серед обстежених нами хворих на НАСГ, поєднаний із ХП та ЦД 2-го типу, можна було виділити хворих із підвищеною, нормальною та зниженою масою тіла. Розподіл хворих щодо маси тіла до та після лікування в обстежених групах наведений у табл. 1.

Таблиця 1

Розподіл хворих на НАСГ поєднаний із ХП та ЦД 2-го типу, в залежності від маси тіла

Група хворих	Основна група (n=26)		Контрольна група (n=24)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Нормальна маса тіла	7 (26,9 %)	15 (57,7 %)	6 (25 %)	8 (33,3 %)
Підвищена маса тіла	14 (53,8 %)	9 (34,6 %)	13 (54,2 %)	12 (50 %)
Знижена маса тіла	5 (19,2 %)	2 (7,7 %)	5 (20,8 %)	4 (16,7 %)

Як видно із даних, наведених в табл. 1, до лікування у хворих на НАСГ, поєднаний із ХП та ЦД 2-го типу, нормальна маса тіла мала місце в 26,9 % хворих основної та 33,3 % хворих контрольної групи. У більшості обстежених пацієнтів виявлені зміни маси тіла як в бік її підвищення, так і зниження. Підвищення маси тіла спостерігалось у 53,8 % хворих на НАСГ, поєднаний із ХП та ЦД 2-го типу, основної та 54,2 % – контрольної групи; зниження маси тіла виявлено у 19,2 % хворих основної та 16,7 % хворих контрольної групи. Отримані дані свідчать про те, що по показниках маси тіла групи порівняння відповідали вимогам рандомізації.

Зміни маси тіла є інтегральним показником, який вказує на надмірне вживання енергії при підвищеній масі тіла, або на дефіцит в харчуванні енергетичних субстратів. Врахо-

вуючи те, що всі основні компоненти їжі одночасно виконують ряд біологічних функцій в організмі, включаючи енергетичну, пластичну та біорегуляторну, дефіцит енергетичних субстратів, або їх надлишок призводить не тільки до змін маси тіла, але й викликає порушення обміну речовин. Відомо, що жирова інфільтрація печінки розвивається як при надмірному, так і при недостатньому харчуванні.

Визначення маси тіла в обстежених хворих через 3 місяці після лікування показало, що у хворих на НАСГ, поєднаний із ХП та ЦД 2-го типу, в основній групі збільшився відсоток хворих із нормальною масою тіла із 26,9 % до 57,7 %, тобто в 2,1 рази за рахунок зменшення відсотку хворих із підвищеною та зниженою масою тіла. Як видно з даних, наведених у таблиці 1, кількість хворих на НАСГ, поєд-

наний із ХП та ЦД 2-го типу, в основній групі із надмірною масою тіла через 3 місяці від початку лікування зменшилась в 1,6 рази із 53,8 % до 34,6 %, а кількість хворих із дефіцитом маси тіла – в 2,5 рази із 19,2 до 7,7 %.

Традиційне лікування хворих на НАСГ, поєднану із ХП та ЦД 2-го типу, в меншій мірі сприяло нормалізації маси тіла. Так, кількість хворих із нормальною масою тіла у хворих на НАСГ, поєднаний із ХП та ЦД 2-го типу, в контрольній групі через 3 місяці від початку лікування збільшилась в 1,3 рази із 25 до 33,3 %, при цьому відсоток хворих із надмірною масою тіла зменшився в 1,1 рази із 54,2

до 50 %, а хворих із дефіцитом маси тіла – в 1,25 рази із 20,8 % до 16,7 %. Відомо, що при традиційному лікуванні хворих із патологією внутрішніх органів більшу увагу надають зменшенню клінічних ознак захворювання та недостатньо приділяється уваги нормалізації маси тіла.

Нами проведена оцінка індексу маси тіла у хворих на НАСГ, поєднаний із ХП та ЦД 2-го типу, в динаміці лікування. Дані щодо щомісячної втрати або збільшення маси тіла в обстежених хворих основної та контрольної групи наведені у табл. 2 та 3.

Таблиця 2

ІМТ в динаміці лікування хворих на НАСГ, поєднаний із ХП та ЦД 2-го типу, із надмірною масою тіла

Обстежена група хворих (n=14)			Контрольна група хворих (n=13)		
До лікування	Після лікування через		До лікування	Після лікування через	
	1 місяць	3 місяці		1 місяць	3 місяці
30,2±0,8	29,5±0,6	27,3±0,5*	30,9±0,7	30,1±0,6	29,5±0,6

Примітка. * вірогідно порівняно із даними до лікування ($P<0,05$).

Таблиця 3

ІМТ в динаміці лікування хворих на НАСГ, поєднаний із ХП та ЦД 2-го типу, із зниженою масою тіла

Обстежена група хворих (n=5)			Контрольна група хворих (n=5)		
До лікування	Після лікування через		До лікування	Після лікування через	
	1 місяць	3 місяці		1 місяць	3 місяці
19,1±0,2	19,8±0,3	22,3±0,5*	18,9±0,2	19,2±0,2	20,3±0,4

Примітка. * вірогідно порівняно із даними до лікування ($P<0,05$).

З наведених даних видно, що через місяць від початку лікування ІМТ у хворих на НАСГ, поєднаний із ХП та ЦД 2-го типу, з надмірною масою тіла зменшився незначно, а через 3 місяці ІМТ у хворих даної групи зменшився в 1,1 рази ($P<0,05$). Зміни ІМТ у хворих на НАСГ, поєднаний із ХП та ЦД 2-го типу, з надмірною масою тіла в контрольній групі через 3 місяці від початку лікування змінилися незначно ($p>0,05$). Порівняння показників ІМТ у хворих на НАСГ, поєднаний із ХП та ЦД 2-го типу, з надмірною масою тіла в основній та контрольній групі показало, що у хворих основної групи ІМТ після лікування статистично вірогідно нижчий.

З наведених у табл. 3 даних видно, що через місяць від початку лікування ІМТ у хворих на НАСГ, поєднаний із ХП та ЦД 2-го типу, із зниженою масою тіла підвищувався незначно, а через 3 місяці ІМТ у хворих даної групи ІМТ збільшився в 1,2 рази ($P<0,05$).

ІМТ у хворих на НАСГ, поєднаний із ХП та ЦД 2-го типу, із зниженою масою тіла в контрольній групі через 3 місяці від початку лікування змінився незначно ($p>0,05$). Порівняння показників ІМТ у хворих на НАСГ, поєднаний із ХП та ЦД 2-го типу, із зниженою масою тіла в основній та контрольній групі показало, що у хворих основної групи ІМТ після лікування вищий ($P<0,05$).

Висновок

Таким чином, розроблений нами лікувальний комплекс із застосуванням диференційованого дієтичного харчування сприяє нормалізації основного показника енергетичного обміну – маси тіла та може бути рекомендоване до клінічного використання.

Література

1. Анохина Г.А., Харченко В.В. Особенности питания больных хроническими гепатитами // Журн. практ. лікаря. – 2001. – № 4. – С. 2-5.
2. Анохіна Г.А. Теоретичні основи сучасної дієтотерапії захворювань печінки // Ліки України. – 2004. – № 3. – С. 22-24.
3. Ванханен В.В., Ванханен В.Д. Учение опитаним. До-нець: Донецчина. – 2000. – 343 с.
4. Ли фляндский В.Г., Закревский В.В., Андронов М.Н. Лечебные свойства пищевых продуктов. – ТЕРРА. – 1999. – 544 с.
5. Лечебное питание в клинической гастроэнтерологии // Под ред. В.Б.Гриневица, Петрозаводск: Интеллект Тек. – 2003. – 139 с.
6. Попова Т.С., Федичкина Т.В., Столяров М.В. Нутрицевтики в лечебном питании // РЖГГК. – 2003. – № 3. – С. 11-17.
7. Руководство по клинической диетологии // Под ред. А.Ю. Барановского – СПб.: Питер, 2001. – 544 с.
8. Самсонов М.А. Системный подход и системный анализ в диетологии // Вопр. питания. – 2004. – № 1. – С. 3-10.

Надійшла до редакції 11.11.2009

УДК:616.1/.4:616.36-002:616.379

Н.В. Харченко, Г.А. Анохина, И.С. Михайличенко

ОСОБЕННОСТИ ДИЕТОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА

Ключевые слова: стеатогепатит, хронический панкреатит, диетотерапия, масса тела

В статье описаны особенности лечения больных с НАСГ на фоне ХП и СД 2-го типа с применением дифференцированной диетотерапии и ее влияние на основной показатель энергетического обмена – динамику массы тела.

N.V. Kharchenko, G.A. Anokhina, I. Mykhailichenko

PECULIARITIES OF DIET THERAPY IN PATIENTS WITH NON-ALCOHOLIC STEATOHEPATITIS IN COMBINATION WITH CHRONIC PANCREATITIS AND DIABETES TYPE 2

Key words: steatohepatit, chronic pancreatitis, diet therapy, body weight

This article describes the peculiarities of treatment of patients with steatohepatitis in combination with chronic pancreatitis and diabetes type-2 by using differentiated diet therapy and its influence on the main index of energy metabolism – the body weight dynamics

