

14. *Musculoskeletal MRI in the emergency department: using the evidence to maximize resource utilization // Emergency Medicine Practice.* – 2009 - №11 (3). – P.9-11.

15. *Reihsaus E. Spinal epidural abscess: a meta-analysis of 915 patients / E. Reihsaus, H. Waldbaur, W. Seeling // Neurosurg. Rev.* – 2000. - № 23 (4). – P.175-204.

16. *Spinal epidural abscess - experience with 46 patients and evaluation of prognostic factors / H.J. Tang, H.J. Lin, Y.C. Liu, C.M. Li // J. Infect.* - 2002. - № 45 (2). - P.76-81.

17. *Verner E.F. Spinal epidural abscess / E.F. Verner, D.M. Musher // Med. Clin. North. Am.* – 1985. - № 69. – P. 375–384.

Резюме

Костюковская А.Е. Магнитно-резонансная диагностика спинальных эпидуральных абсцессов.

В статье представлен анализ магнитно-резонансных томограмм 16 пациентов с верифицированным диагнозом спинальный эпидуральный абсцесс. Целью исследования было изучить локализацию и магнитно-резонансные признаки спинального эпидурального абсцесса на разных этапах его формирования и организации. Типичной локализацией спинального эпидурального абсцесса является заднее эпидуральное пространство грудно-поясничного уровня. Было выявлено три модели магнитно-резонансной картины эпидурального абсцесса. Наиболее распространенной является модель, при которой на томограммах во всех типах последовательностей выявляется симптом «трехслойности». Эта модель, по мнению автора, соответствует стадии раннего или позднего инкапсулированного абсцесса.

Ключевые слова: спинальный эпидуральный абсцесс, магнитно-резонансная томография

Резюме

Костюковська Г.Є. Магнітно-резонансна діагностика спінальних епідуральних абсцесів.

У статті представлено аналіз магнітно-резонансних томограм 16 пацієнтів з верифікованим діагнозом спінальний епідуральний абсцес. Метою дослідження було вивчити магнітно-резонансні ознаки спінального епідурального абсцесу на різних етапах його формування та організації. Було виявлено три моделі магнітно-резонансної картини епідурального абсцесу. Найбільш поширеною є модель, при якій на томограмах у всіх типах послідовностей виявляється «тришаровий» симптом. Ця модель, на думку автора, відповідає стадії раннього або пізнього інкапсульованого абсцесу.

Ключові слова: спінальний епідуральний абсцес, магнітно-резонансна томографія.

Summary

Kostiukovskaya A.E. *Magnetic-resonance diagnosis of spinal epidural abscesses.*

The author presents analysis of magnetic resonance images of 16 patients with verified diagnosis of spinal epidural abscess. The purpose of the work was to investigate the location and magnetic resonance signs of spinal epidural abscess at various stages of its formation and organization. The typical location of the abscess was the epidural space of the thoracococcal region, which corresponded to the phenomenon prevalence in the total population. Three models of magnetic resonance picture of epidural abscess were revealed. The most common was the model in which the image demonstrated “three-layer sign” in all types of sequences. The author concludes that this model corresponds to the stage of early or late encapsulated abscess.

Key words: spinal epidural abscess, location of spinal epidural abscess, magnetic resonance tomography.

Рецензент: д.мед.н., проф. Л.О. Шкондін

УДК 615.874

ЛІКУВАЛЬНЕ ГОЛОДУВАННЯ: ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО СУПРОВОДУ ПАЦІЄНТІВ ТА ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМКИ ЗАСТОСУВАННЯ

І.М. Кравченко

Харківська медична академія післядипломної освіти

Вступ

Впродовж останніх десятиріч великий інтерес лікарів різних спеціальностей викликають альтернативні методи лікування, одним з яких є метод лікувального голодування або розвантажувально-дієтичної терапії (РДТ). Метод РДТ позбавлений ряду суттєвих недоліків, властивих медикаментозним методам лікування, завдяки чому особливо показаний хворим, резистентним до терапії, з поганою переносимістю лікарських препаратів і алергічними реакціями [1,2,3,4].

При цілому ряді захворювань лікувальний вплив голодування не поступається ефекту медикаментозних втручань і є методом вибору, в інших випадках - стає суттєвим доповненням до основної терапії [1,4,9].

Багаторічний досвід застосування РДТ показав, що даний метод вигідно відрізняється від відомих методів лікування рядом переваг. РДТ має широке коло показань при порівняно невеликому числі протипоказань, благотворно впливає на супутні захворювання, сприяє нормалізації обмінних процесів і функції серцево-судинної системи, покращує загальний стан хворого, є профілактичним засобом, нормалізує діяльність імунної системи [5,6,24]. Розробка численних модифікацій лікувального голодування дає можливість здійснити управління лікувальним процесом з урахуванням віку, маси тіла, психічного статусу хворого [9, 10, 11,12].

Все це є наслідком неспецифічності і загальнооздоровчого впливу РДТ на організм людини в цілому, підвищенням його реактивності, стійкості до дії несприятливих факторів (мікроорганізми, холод, гіпоксія та ін.) [13,14]

Мета роботи полягала у проведенні проблемно-цільового аналізу перспективних напрямків клінічного застосування та особливостей клінічного супроводу пацієнтів, яким застосовано метод РДТ.

Матеріали і методи дослідження

Матеріалом дослідження стали опубліковані за останні роки результати клінічних та експериментальних досліджень по проблемі застосування методу розвантажувально-дієтичної терапії, а також факторів, причин та умов виникнення ускладнень при проведенні курсу лікувального голодування. При виконанні роботи застосовані методи системного аналізу: логічного структурування, компонентної архітекtonіки явищ, функціонального підходу та топографічного опису. Використані наукові огляди та публікації перших двох рівнів доказовості.

Отримані результати та їхнє обговорення

Лікувальне голодування - метод альтернативної медицини, що полягає в добровільній відмові від їжі, а іноді і води, з наступним полегшеним (дієтичним) харчуванням протягом певного періоду. В основі методу покладено ідею про існування в організмі так званих шлаків, згідно з якою за відсутності надходження ззовні їжі органи травлення та пов'язані з ними системи переходять в режим «відновлення» і очищення [13,14,16].

В процесі лікування із застосуванням РДТ пацієнт послідовно проходить шість стадій: три на розвантажувальному і три на відновлювальному етапі. Розвантажувальний період включає три етапи: перший етап переходу на ендogenous харчування (I стадія - стадія харчового збудження, стадія тривоги, II- стадія переходу на ендogenous харчування, стадія "перебудови", перемикання); другий етап компенсованого ендogenous харчування (III стадія компенсації, адаптації); третій перехідний етап [14,16,18].

Коротко розглянемо кожну стадію. Перша стадія - стадія харчового збудження (стадія "тривоги") зазвичай триває перші 2-4 доби і характеризується підвищеним почуттям голоду, головними болями, "сисними" болями в кишечнику; хворі гостро реагують на вигляд і запах їжі. Добові втрати маси тіла становлять 1-2 кг [14]. Періодично виникає моторна діяльність шлунково-кишкового тракту, збільшується концентрація ферментів шлунка, підшлункової залози, складових частин жовчі [16]. Через кілька годин після припинення прийому їжі активізується анаеробний розпад глікогену з утворенням глюкози. Гліколіз переважає у перші 16-18 годин голодування. Дещо пізніше до сенсорного голодування приєднується так зване "метаболічне голодування", яке активує зону гіпоталамуса за допомогою "голодної крові", що емоційно сприймається як почуття голоду.

Друга стадія - перехід на ендogenous харчування, стадія наростаючого кетоацидозу, стадія "перебудови". У цей час притупляється відчуття голоду, з'являється запах з рота, обкладений язик, відзначається помірна брадикардія, зниження артеріального тиску, ударного об'єму серця, виникнення ортостатичних реакцій [14,19]. У цей період розвивається ацидоз, пов'язаний з падінням лужного резерву крові і накопиченням кетонів тіл, який поступово наростає, зазвичай до 7-9 дня голодування. Надалі протягом дня або навіть декількох годин явища ацидозу різко слабшають. Цей період отримав назву "ацидотична піку" (Ф. Бенедикт, 1915) [1,11,14,16,18]. У другій стадії організм починає функціонувати більш економно, знижується основний обмін (до 30% від вихідного), добова втрата маси тіла складає 0,3-0,7 кг. На 6-8 добу відбувається припинення періодичної діяльності ШКТ і з'являється так звана "спонтанна" шлункова секреція, що утворюється секрет містить 25% білка, який знову всмоктується. Це явище розглядається як пристосувальний механізм, який забезпечує організм постійним припливом амінокислот, які використовуються в якості пластичного матеріалу для побудови та синтезу білків найбільш важливих органів. Організм переходить на ендogenous харчування, яке виробляє ендogenous насичення крові поживними речовинами і кров стає "ендogenous ситий" [14]. Перша і друга стадії голодування є етапом переходу на ендogenous харчування.

Третя стадія - стадія компенсації або адаптації, це перші 15-20 діб після ацидотичного піку, що відповідає другому етапу компенсованого ендogenous харчування. У ці терміни кетонемія знижується і метаболічний ацидоз компенсується, що проявляється поліпшенням самопочуття хворого зменшенням почуття слабкості, голоду, головних болів. У хворих підвищується настрій, зникають або зменшуються явища загострення хронічних захворювань. Добова втрата маси тіла становить 0,2-0,5 кг. У цей час не відбувається істотної зміни структур організму, від 70 до 90% загальної витрати енергії забезпечується за рахунок окислення тригліцеридів жирових депо і кетонів тіл.

Адаптація організму до умов голоду стає більш досконалою, відбувається відносна стабілізація метаболізму, зниження енергетичних витрат функцій фізіологічних систем [14,16,17].

Приблизно на 20-у добу настає другий ацидотический пік, схожий своїми клінічними і параклінічними проявами на перший, але менш виражений.

Ця стадія триває до фізіологічно допустимого рівня витрачання депо ресурсів. За вичерпання ресурсів виникають активуючі імпульси, з'являється відчуття голоду (вторинне харчове збудження). Тривалість цієї стадії є строго індивідуальним показником, який залежить з одного боку від компенсаторних можливостей організму, і з іншого, від давності і тяжкості захворювання.

Закінчення цієї стадії визначається цілою низкою об'єктивних і суб'єктивних ознак [14,20,21]: поява підвищеного апетиту, посилення відчуття голоду, очищення язика від нальоту аж до його кореня, зменшення виділень з клізмою (калові маси в промивних водах практично не виділяються, рідина виходить прозорою), поява блиску очей, блакиті і чистоти склер, стійке поліпшення клінічної симптоматики наявних захворювань, поява «хорошого кольору» обличчя. Появі цих ознак відповідає втрата ваги 13-17% від початкового. Виявлення цих ознак дуже важливо, тому у разі їх "невпізнання" лікарем подальше голодування буде вже "голодуванням хвороби". Необхідно відзначити, що з усіх перерахованих ознак найбільш значущим є поява апетиту у пацієнта.

Слідом за другим етапом РДТ настає перехідний етап тривалістю 1-2 доби. Процес відновлення (виходу з голодування, реаліментації, преадаптації до ендogenous харчування) включає також три стадії [14,20,21,22].

Перша стадія - астенична (стадія "наростаючого харчового збудження на фоні дратівливою слабкості"). У більшості випадків вона триває 2-3 доби. Особливістю цієї стадії є те, що у хворого насичення настає дуже швидко і після прийому невеликої кількості їжі, але через 15-30 хвилин знову виникає відчуття голоду. До кінця цієї стадії, як правило, виникає підвищений апетит.

Друга стадія відновного періоду - стадія вторинного харчового збудження (інтенсивного відновлення). Вона може тривати 5-7 днів і більше, залежно від терміну розвантажувального періоду. Ситість утримується вже 3-4 години, частота прийомів їжі скорочується до 3-4 разів на день. Апетит підвищується, що вимагає великої обережності, хворі починають набирати вагу, встановлюється нормальний регулярний стул, поліпшується настрій і самопочуття, відзначається підвищення фізичної сили, з'являється бадьорість. Відбувається нормалізація біохімічних показників крові [14,28,29].

Третя стадія - стадія нормалізації. Апетит стає помірним, настрій рівним. Ця стадія характеризується повним відновленням всіх фізіологічних функцій організму, стабілізацією маси тіла.

Перша і друга клінічні стадії періоду реаліментації представляють єдиний етап латентної компенсації витрачених ресурсів. Слідом за ним настає етап гіперкомпенсації ресурсів, в процесі якого достовірно виявляється феномен "активації" метаболізму і захисних сил. Цей етап триває до 3-4 місяців, за ним настає етап стабілізації, в процесі якого виявляється феномен "тенденції до нормалізації" вищої нервової діяльності та метаболізму [14,33].

Існують багато підходів до проведення РДТ [25,26,31]. Ми зупинимося на тих видах, які найбільш часто використовують в клінічній практиці лікарі. Розрізняють абсолютне (з повною заборонаю вживання їжі і води), повне (заборона вживати їжу з необмеженим вживанням води), неповне (обмеження вживання води) і різні види якісних голодувань (білкові, жирові, вуглеводні, вітамінні та ін.)

Повне або "вологе" голодування (без обмеження води) найбільш широко використовується в клінічній практиці РДТ. Терміни настання стадій при проведенні цього голодування описані раніше.

Абсолютне або "сухе" голодування. З фізіологічної точки зору організм в процесі повного голодування не відчуває значного дефіциту рідини, тому що на кожен кілограм розщепленої жирової маси звільняється до 1 літра ендogenous (метаболічної) води. Втрати рідини організмом на шкірно-легеневу перспірація і діурез при звичайних температурних умовах невеликі і становить від 1,5 до 2 л / добу. Таким чином, дефіцит води не перевищує 0,5-1 літр щодоби, що в умовах зниженого основного обміну речовин є цілком фізіологічно допустимим. У клінічній практиці зазвичай застосовують 1-3 добове абсолютне голодування. Терміни настання стадій розвантажувального періоду скорочуються, стадія харчового збудження триває кілька годин, стадія наростаючого кетоацидозу - від 1-х до 3-х діб. При використанні "сухого" голодування спостерігається ранній початок і більш повне розщеплення депонованих жирів, досягаються більш високі концентрації біологічно активних речовин, гормонів, імунокомпітентних клітин і імуноглобулінів в рідинах організму [10,19]. "Сухе" голодування об'єктивно переноситься легше "вологого". При багатьох захворюваннях (bronхіальна астма, гіпертонічна хвороба, алергози і т.д.) показана більш висока

ефективність "сухого" 3-х добового голодування в порівнянні з 3-х добовим "вологим" голодуванням [14,21, 23, 27,30].

Комбіноване абсолютне і повне лікувальне голодування. Методика послідовного застосування 2-3-х добового абсолютного і 10-14-ти добового повного лікувального голодування. При даній методиці протягом 1-3 діб пацієнтам пропонується утримуватися від прийому їжі та води. Починаючи з 2-4-х діб, пацієнти відновлюють прийом води, обмежуючи його до 10-12 мг / кг маси тіла на добу протягом всього розвантажувального періоду, і продовжують повне голодування за звичайною методикою РДТ. Ряд дослідників [14,27,30] відзначають, що використання комбінованого голодування дозволяє досягти більш раннього настання ацидотична піку, більшій редукції жирної маси тіла. У разі лікування хворих з артеріальною гіпертензією нормалізація артеріального тиску настає раніше, що скорочує терміни розвантажувального періоду, і, відповідно, тривалість стаціонарного лікування хворих. Зазначена методика є методом вибору при ускладненні основного захворювання ожирінням і набряковим синдромом. Крім того, комбінація сухого і вологого голодування добре переноситься хворими, надає лікувальний ефект при скороченні загальної тривалості РДТ, оптимізує терміни її проведення внаслідок більш раннього настання ацидотична кризи.

Фракційне лікувальне голодування. Цей вид голодування передбачає кілька (зазвичай три), повторних поступових один за іншим циклів (фракцій) РДТ. Середня тривалість розвантажувального періоду при цьому становить 14 днів, загальна тривалість лікування - 6 місяців. Можливе використання і повного, і комбінованого лікувального голодування.

Сходинокоподібне лікувальне голодування. При цьому виді голодування передбачається редукція тривалості розвантажувального періоду до перших клінічних ознак появи ацидотична піку, тобто переходу на ендогенне харчування. Після цього слідує відновний період, рівний по тривалості половині розвантажувального (перша сходинка), після чого знову слід голодування "до піку" (друга сходинка). Всього 3-4 етапи. Застосування даної методики доцільно при поганій переносимості тривалих термінів голодування, особливо для пацієнтів старше 55 років [14,23]. Методика може бути методом вибору у хворих з підвищеним ризиком проведення РДТ.

Застосування лікувального голодування, як зазначено вище, є методом з широким колом показань. Розглянемо основні з них

[14,16,22,35]: гіпертонічна хвороба I-II ступеня; нейроциркуляторна дистонія за гіпертонічним і змішаного типу (обмеження складають НЦЦ за гіпотонічним типом - існує можливість ортостатичний колапс); ішемічна хвороба серця, стенокардія напруги I, II і III функціонального класів; хронічний обструктивний бронхіт; бронхіальна астма; саркоїдоз легень I і II стадії; хронічний гастрит з секреторною недостатністю і гіперацидним станом, гастродуоденіт; хронічний некалькульозний холецистит і панкреатит; дискінезія жовчовивідних шляхів, синдром подразненої товстої кишки); захворювання опорно-рухового апарату запального та дистрофічного генезу; нейроендокринні порушення при хронічних сальпінгофарігах; аденома передміхурової залози; аліментарно-конституційне, дієтцефальне ожиріння; резистентність до лікарської терапії; шкірні алергози (хронічний алергічний дерматоз, нейродерміт, псоріаз, екзема); неврози, депресивні стани, уповільнена шизофренія; харчова та (або) медикаментозна алергія.

Зважаючи на клінічну широту дії лікувального голодування, і глибоку перебудову метаболічних процесів організму пацієнта під його впливом, при призначенні курсу РДТ необхідно ретельно оцінити наявність протипоказань і визначити ризик для здоров'я пацієнта. Нижче перелічені основні протипоказання для проведення курсу лікувального голодування.

Абсолютними протипоказаннями до проведення курсу РДТ є [14,22,35,36]: виражений дефіцит маси тіла (більше 15% від належних величин); злоякісні пухлини; активний туберкульоз легенів та інших органів; бронхоектатична хвороба; системні захворювання крові; цукровий діабет I типу; тиреотоксикоз; порушення серцевого ритму і (або) провідності будь-якого генезу; стан після перенесеного великовогнищового інфаркту міокарда; серцева недостатність II Б - III ступеня; хронічний гепатит і цироз печінки; хронічна ниркова і ниркова недостатність будь-якого генезу; тромбофлебіт.

Відносні протипоказання: ішемічна хвороба серця з порушеннями ритму та серцевою недостатністю вище II А стадії; виражена гіпотонія; жовчнокам'яна хвороба; сечокам'яна хвороба; виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки; хронічна венозна недостатність; цукровий діабет II типу; подагра; стани, які супроводжуються лихоманкою; вагітність і період лактації; дитячий і старечий вік хворих.

В клінічній практиці найбільш часто використовується метод дозованого голодування, який був розроблений Ю.С. Ніколаєвим

і в наступні роки доповнений іншими фахівцями з РДТ. Суть методу полягає в добровільному утриманні від прийому їжі з необмеженим (у разі повного голодування) вживанням води і проведенні ряду дезінтоксикаційних гігієнічних процедур (водні процедури, щоденні очисні клізми і т.п.) з подальшим відновним дієтичним харчуванням за особливою схемою [14,16,22].

Ураховуючи характер терапевтичного впливу лікувального голодування бажано проводити курс РДТ в спеціалізованих відділеннях стаціонару, в лікувальних установах санаторного типу, в окремих випадках допустиме проведення курсу лікування амбулаторно. Лікувальне голодування з терміном розвантажувального періоду 14 днів і більше рекомендується проводити в тільки спеціалізованому відділенні стаціонару. Для лікування дозованим голодуванням виділяється спеціальна палата.

Розглянемо загальні принципи лікувального супроводу пацієнта при проведенні курсу РДТ. У підготовчий період проводиться індивідуальна і колективна інформаційна підготовка пацієнтів до даного методу лікування, оскільки метод лікувального голодування потребує активну участь самого пацієнта, і він повинен бути ознайомлений із сутністю методу, термінами проведення, основними змінами в організмі при харчовій депривації, з режимом лікування [14,20,22, 29].

Тривалість голодування (періоду розвантаження) дозується індивідуально залежно від віку, початкової маси тіла, захворювань хворого. У більшості випадків курс лікувального голодування становить від 7 до 21 дня. Як правило, терапевтичний ефект досягається саме при даній тривалості розвантажувального періоду. У профілактичних цілях можна порекомендувати короткострокове голодування з терміном розвантажувального періоду від трьох до семи днів. Протягом всього розвантажувального періоду повинен зберігатися принцип добровільності.

Відновлювальний період (реаліментация) за тривалістю повинен бути рівний або дещо довше, ніж дві третини розвантажувального періоду. Відновлення проводиться з використанням рослинно-молочної дієти з суворою поступовістю щоденного нарощування харчування як за асортиментом, так і за обсягом продуктів і страв, при поступовому зниженні кількості прийомів їжі від 7-10 до 3-4 разів на день. Основними принципами відновного харчування є: фізіологічність і адекватність раціону, поступовість розширення дієти, дроб-

ність харчування. При виході з голодування існує необхідність індивідуального призначення дієти з урахуванням нозологічної форми захворювання пацієнта, початкової маси тіла, терміну розвантажувального періоду, моменту настання кетоацидотичного піку [22]. Результатом роботи програми є розписана по днях дієта, роздрукований аркуш призначення. У разі проведення розвантажувально-дієтичної терапії з профілактичною та загальнозміцнюючою метою для практично здорових людей режим практично не змінюється.

При проведенні курсу лікувального голодування важливим є те, що даний метод добре комбінується з іншими методами традиційної та народної медицини. Останнім часом особлива увага науковців та лікарів приділяється пошуку нових модифікацій РДТ, можливого поєднанню методу лікувального голодування з іншими немедикаментозними втручаннями [7,8,15,32,34].

Висновки

1. Метод розвантажувально-дієтичної терапії є досить детально розробленим лікувальним заходом, який використовується для корекції широкого кола захворювань і патологічних станів, і може застосовуватися в лікувально-профілактичних і санаторно-курортних установах.

2. Імплементация даного методу в комплексну терапію ряду захворювань дозволяє знизити дози лікарських препаратів, скоротити терміни лікування. РДТ допомагає оптимізувати схеми профілактики та реабілітації.

3. Важливим перспективним напрямком вивчення впливу лікувального голодування на організм людини є пошук об'єктивних ознак, що чутливо реагують на динаміку процесів у хворих при проведенні курсу РДТ; це визначає актуальність подальших досліджень в даній галузі для науковців і лікарів різних клінічних спеціальностей.

Література

1. Benedict F.G. A study of prolonged fasting / F.G. Benedict. - Washington, 1915. - 416 p.
2. Kernolt P.K. Fasting: the history, pathophysiology and complications / P.K. Kernolt, J.L. Nanghton, C.L. Driscoll // West. J. Med. - 2007. - Vol.137. - P. 379-399.
3. Ашихмина М.В. О возможности применения гомеопатических препаратов во время разгрузочно-диетической терапии / М.В. Ашихмина // Разгрузочно-диетическая терапия и традиционная терапия: сб. научных трудов. - СПб., 2003. - С. 108-110.
4. Бердышев Г.Д. Теория и практика голодания ради здоровья и долголетия / Г.Д. Бердышев. - Киев, 2007. - 68 с.

5. Застосування методу вегето резонансного тестування і біорезонансної терапії в діагностиці, профілактиці та лікуванні свинячого грипу (H_1N_1) з використанням апаратно – програмного комплексу «ІМЕДІС»: інформаційний лист № 157-2009 про нововведення в системі охорони здоров'я / Т.П. Гарник, С.Л. Мачерет, О.С. Коваленко, С.П. Шкляр [та ін.]. - Київ, 2009. - 4 с.
6. Вегеторезонансне тестування і біорезонансна терапія в комплексній діагностиці, профілактиці та лікуванні з використанням комплексу "ІМЕДІС": методичні рекомендації МОЗ України / Т.П. Гарник, С.Л. Мачерет, О.С. Коваленко, С.П. Шкляр [та ін.]. - Київ, 2010.-14 с.
7. Данилюк О.А. Практическая иридодиагностика и фитотерапия / О.А. Данилюк. - М.: Феникс, 2006. - 300 с.
8. Лекарственные растения в фитотерапии: практическое пособие / В.Ф. Дзюба, В.А. Николаевский, В.М. Щербаков, И.М. Коренская. - Воронеж: ВГУ. - 2004. - 83с.
9. Зеиров В.А. Ближайшие и отдаленные результаты РДТ больных БА / В.А. Зеиров // РДТ в клинике внутренних болезней. - М., 2003. - С. 84-86
10. Сучасні аспекти діагностики та лікування хворих на метаболічний синдром / Т.В. Казанцев [та ін.] // Буков.мед. вісник. - 2008. - Т. 12, № 4. - С. 139-143.
11. з немедикаментозного лікування у клінічній та спортивній медицині: навчальний посібник / О.М.Хвисьюк, М.І.Хвисьюк, В.Г. Марченко [та ін.]. - Харків: Майдан, 2008. - 464 с.
12. Лечебное голодание при внутренних болезнях / А.Н. Кокосов [и др.]. - СПб.: Лань, 1999. - 64 с.
13. Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней / А.Н. Кокосов, В.М. Луфт, В.И. Ткаченко [и др.]. - [3-е изд.]. - СПб: Специальная литература, 2008. - 56 с.
14. Применение разгрузочно-диетической терапии (РДТ) в восстановительной медицине: пособие для врачей / Н. Б Корчажкина [и др.]. - М., 2005. - 25 с.
15. Кьосев П.А. Полный справочник лекарственных растений / П.А. Кьосев. - М.: ЭКСМО, 2006. - 991 с.
16. Лаптева Е.Н. Разгрузочно-диетическая терапия (лечебное голодание) и редуцированные диеты: будущее, прошлое, настоящее / Е.Н. Лаптева // Клиническое питание. - 2007. - № 3. - С. 2-8.
17. Любимов Е.В. Краткое руководство по электропунктурной диагностике и энергоинформационной терапии с основами медикаментозного тестирования: учебное пособие / Е.В. Любимов. - Днепропетровск: Центр гомеопатической медицины, 2009. - Часть I. - С.1-35.
18. Петров М.И. Лечение голоданием по методике А.А. Суворина / М.И. Петров. - СПб, 2005. - 81 с.
19. Мацьків І.Д. Наукові підходи та релігійні переконання як синергічні чинники профілактики «захворювань цивілізації» / І.Д. Мацьків, І.І.Мацьків // Біологія та фармація. - 2010. - № 3. - С. 81-82.

20. Методические рекомендации по дифференцированному применению разгрузочно-диетической терапии (РДТ) при некоторых внутренних и нервно-психических заболеваниях. - М., 1990. - 28 с.
21. Миняйленко М.И. Лечение больных дозированным голоданием ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки / М.И. Миняйленко // Проблемы леч. голодания. - 2006. - Т.57. - С.243-249.
22. Голодание ради здоровья / Ю.С. Николаев [и др.]. - [Изд. 2-е, доп.]. - М., 1988. - 115 с.
23. Николаев Ю.С. Разгрузочно-диетическая терапия нервно-психических заболеваний. Лечение дозированным голоданием: методическое письмо / Ю.С.Николаев. - М., 1970. - 33 с.
24. Пинчук В.В. «Materia medica» диагностики по Фоллю: методические рекомендации МЗ Украины / В.В. Пинчук. - Киев, 2006. - С. 3-22.
25. Погудина В.А. Лечебное голодание и гидроколонтотерапия, возможности их совместного применения / В.А. Погудина // Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней: перспективы внедрения метода в системе здравоохранения и санаторно-курортного лечения. - СПб: Лань, 2001. - С.87-89.
26. Попилова Ю.И. Опыт применения РДТ в клинической практике / Ю.И. Попилова // РДТ в клинике внутренних болезней. - М., 2007. - С. 10-13.
27. Приступа Л.Н. Механізми реалізації клінічної ефективності розвантажувально-дієтичної терапії у хворих на бронхіальну астму з вісцеральним ожирінням / Л.Н. Приступа // Укр. пульмон. журнал. - 2006. - № 10. - С. 32-34.
28. Нутрициология: основные понятия и термины: терминологический словарь / А.В.Скальный, И.А.Рудаков, С.В.Нотова, Т.И.Бурцева [и др.]. - Оренбург: ОУ ОГУ, 2005. - 49 с.
29. Основы здорового питания: пособие по общей нутрициологии / А.В. Скальный, И.А. Рудаков, С.В. Нотова [и др.]. - Оренбург: ГОУ ОГУ.- 2005. - 117 с.
30. Сливка Ю.І. Віддалені результати використання розвантажувально-дієтичної терапії в поєднанні з мікрохвильовою резонансною терапією у кардіологічних хворих / Ю.І. Сливка, Л.Н. Приступа // Вісник СумДУ. Серія Медицина. - 2008. - № 1. - С. 125-128.
31. Традиційні та нетрадиційні методи лікування в клінічній і спортивній медицині: навчальний посібник / О.М. Хвисьюк, В.Г. Марченко, І.С. Вітенко [та ін.]. - Харків: Фолю, 2007. - 412 с.
32. Турищев С.Н. Современная фитотерапия: учебное пособие / С.Н. Турищев. - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2007.- 464с.
33. Федотов Д.Д. Практическое значение РДТ с позиций саногебеза / Д.Д. Федотов, Ю.С. Николаев // РДТ нервно-психических заболеваний. - М., 1976. - 180 с.
34. Ендогенно-гіпоксичне дихання : теорія і практика / Г.І. Ходоровський [та ін.]. - Чернівці, 2006. - 144 с.

35. Хорошилов И.Е. *Клиническая нутрициология* / И.Е. Хорошилов. - ЛБИ-СПб, 2009. - 284 с.

36. Янушевич О.О. *Общая нутрициология: учебное пособие для вузов* / О.О. Янушевич, А.Н. Мартынич, И.В. Маев. - М: МЕДпресс-информ, 2005. - 392 с.

Резюме

Кравченко І.М. Лікувальне голодування: особливості клінічного супроводу пацієнтів та перспективні напрямки застосування.

У статті викладені методичні підходи і практичні рекомендації щодо застосування розвантажувально-дієтичної терапії (РДТ) в клінічній практиці і відновній медицині. Приведені наукові основи розділення РДТ на клінічні періоди, кожен з яких відіграє важливу роль в підвищенні ефективності застосування РДТ. Застосування цього методу в комплексній терапії низки захворювань дозволяє понизити дози лікарських препаратів, скоротити терміни лікування. РДТ допомагає оптимізувати схеми профілактики і реабілітації.

Ключові слова: лікувальне голодування, метод розвантажувально-дієтичної терапії, розвантажувальний етап, реаліментация.

Резюме

Кравченко И.М. *Лечебное голодание: особенности клинического сопровождения пациентов и перспективные направления применения.*

В статье изложены методические подходы и практические рекомендации по применению разгрузочно-диетической терапии (РДТ) в клинической практике и восстановительной медицине. Приведены научные основы разделения РДТ на клинические периоды, каждый из которых играет важную роль в повышении эффективности применения разгрузочно-диетической терапии. Применение данного метода в комплексной терапии ряда заболеваний позволяет снизить дозы лекарственных препаратов, сократить сроки лечения. РДТ помогает оптимизировать схемы профилактики и реабилитации.

Ключевые слова: лечебное голодание, метод разгрузочно-диетической терапии, разгрузочный этап, реалиментация.

Summary

Kravchenko I.M. *Fasting-diet: features of clinical accompaniment of patients and perspective directions of application.*

The article describes the methodological approaches and practices for the use of fasting-diet therapy in clinical practice, and restoring medicine. It is provided the scientific basis for the division of fasting to clinical periods, each of which plays an important role in enhancing the effectiveness of fasting-diet therapy. Application of this method in the treatment of several diseases can reduce the doses of drugs, time of treatment. Fasting-diet therapy helps optimize the prevention and rehabilitation.

Key words: fasting, method of fasting, dietary therapy, fasting stage realimentation.

Рецензент: д.мед.н., проф. С.П. Шкляр

УДК 616.24-002-06:616.12-008.46-036.1

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

М.Н. Лебединская, В.И. Березняков

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Отличительной особенностью современной клиники внутренних болезней является наличие у одного больного двух и более заболеваний внутренних органов. Особую актуальность коморбидная патология приобретает в случаях сочетания болезней, имеющих важное медико-социальное значение. Под ними понимают распространенные заболевания, сопровождающиеся высокими заболеваемостью, инвалидизацией и смертностью, лечение и профилактика которых влечет за собой высокие экономические затраты. К таким заболеваниям с полным основанием можно отнести внебольничную пневмонию (ВП) и хроническую сердечную недостаточность (ХСН).

Заболеваемость ВП составляет 3–11 случаев на 1000 взрослых человек в год [1–3] и наибольшая среди пациентов старшей возрастной группы [2–4]. Мужчины болеют чаще женщин [4]. Наличие таких заболеваний, как хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), хроническая почечная недостаточность (ХПН), болезни печени, иммунодефицитные состояния, предрасполагает к возникновению ВП [5]. Исходы заболевания хуже у больных старшего возраста и при наличии сопутствующих заболеваний [2, 6].

Среди больных с ВП, получавших лечение в стационаре, смертность колеблется в пределах 5%–20%, а у госпитализированных в отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) может достигать 50% [7, 8]. Смертность при ВП не связана с резистентностью возбудителей заболевания к антибиотикам [4]. Пневмония может быть суррогатным маркером тяжелого основного заболевания, либо что она инициирует те или другие нежелательные последствия для пациента, которые могут в конечном итоге привести к его смерти [9].

Распространенность ХСН увеличилась за последние 40 лет (у мужчин превосходит 2,1%, а у женщин приближается к 1,8%) [10,11].