

# **Методические рекомендации по дифференцированному применению разгрузочно-диетической терапии (РДТ) при некоторых внутренних и нервно-психических заболеваниях**

Методические рекомендации составлены при участии сотрудников Института питания АМН СССР, специалистов других учреждений: члена-корреспондента АМН СССР, проф. М. А. Самсонова, проф. Ю. С. Николаева, проф. А. Н. Кокосова, проф. О. Н. Ганич, проф. Л. Д. Куница, проф. Ю. И. Полищука, проф. Е. И. Ткаченко, д. м. и. В. А. Мещеряковой, д. м. н. В. А. Максимова, доцента В. М. Луфта, ст. н. с. С. Г. Осинина, ст. н. с. Г. Р. Покровской, ст. н. с. О. А. Плотниковой, к. м. н. А. Л. Чернышева, к. м. н. В. И. Панайкина, к. м. н. С. Н. Зеленцова, к. м. н. Э. И. Архий, В. А. Миронова, Н. С. Страховой, Х. Х. Шарафетдинова, Т. М. Головкиной, С. Д. Каратаева и Л. А. Редзюка.

## **Введение**

Данные мировой и отечественной литературы свидетельствуют о достаточно широком распространении лечебного голодания — разгрузочно-диетической терапии (РДТ) в практическом здравоохранении, интерес к которому заметно увеличился за последние годы. Накопленный опыт подтверждает выраженную терапевтическую эффективность РДТ при ряде заболеваний внутренних органов (бронхиальная астма, пищевая аллергия, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и др.), а также при нервно-психических заболеваниях.

Однако, в большинстве публикаций, посвященных применению РДТ при заболеваниях внутренних органов оценка лечебного эффекта РДТ осуществляется преимущественно на основе учета динамики общеклинических и субъективных данных, а также недостаточно информативных лабораторных показателей, не отражающих в полной мере специфику действия РДТ на регулирующие системы организма, состояние метаболизма, изменение функций других органов и систем. В связи с этим, несмотря на значительное количество экспериментальных исследований и клинических наблюдений, накопленных к настоящему времени, не имеется четких критериев показаний и противопоказаний для проведения РДТ при лечении заболеваний внутренних органов. Не определены также оптимальные сроки РДТ, нет единой методики дифференцированного применения с учетом сопутствующих заболеваний, исключающей возможность серьезных осложнений.

Учитывая вышеизложенное и исходя из Постановления Президиума АМН СССР и Ученого медицинского совета Минздрава СССР № 157 от 06.05. 1985 г. (протокол № 11) в Институте питания АМН СССР, Всесоюзном НИИ пульмонологии Минздрава РСФСР, Ужгородском Госуниверситете, и др. в 1986—88 гг. были осуществлены исследования, направленные на разработку научных основ разгрузочно-диетической терапии.

В контролируемых условиях стационара изучено влияние различных сроков голодания на функциональное состояние центральной и вегетативной нервной системы, на иммунологическую реактивность, энергетический баланс и состояние белкового, липидного, углеводного, витаминного, минерального и водно-электролитного обмена; кислотно-щелочного равновесия; динамику эндокринно-гормонального профиля, а также на функциональное состояние органов кровообращения, дыхания, пищеварения, опорно-двигательного аппарата и физическую активность у больных: бронхиальной астмой, гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, хроническим гастритом, хроническим холециститом, хроническим панкреатитом, ревматоидным артритом, болезнью Бехтерева, деформирующим полиостеоартрозом на различных этапах РДТ и некоторых нервно-психических заболеваниях. Материалы этих исследований положены в основу разработки настоящих методических рекомендации и определения критериев дифференцированного применения РДТ в лечебной практике в зависимости от характера патологического процесса, нозологической специфичности болезни, ее фазы и стадии, наличия сопутствующих заболеваний и других факторов.

## **Механизмы лечебного действия разгрузочно-диетической терапии**

По мнению ведущих специалистов в области разгрузочно-диетической терапии биологическая сущность алиментарного голодания является приспособительной, т. е. ее следует рассматривать как вариант стресс-терапии по Г. Селье, усиливающей компенсаторно-приспособительные механизмы, лежащие в основе процессов саногенеза и выздоровления. П. К. Анохин, К. В. Судаков (1971) считают, что голод и чувство насыщения обусловлены рефлекторной активацией и соответственно последующим торможением гипоталамуса, прямое влияние на который оказывает уровень сахара в крови. Ими установлено, что в начальных стадиях полного голодания поток восходящих импульсов из адренергических субстанций ретикулярной формации распространяется вначале на кору лобных отделов головного мозга с последующей ренерализацией процесса возбуждения по всей коре.

Важную роль в достижении лечебного эффекта при РДТ придают симпатoadреналовой системе (САС). По данным разных авторов, под влиянием РДТ дважды происходит повышение тонуса САС—в начальной стадии голодания и в конце первой, начале второй стадии восстановительного периода. На этом основании авторы полагают, что РДТ больше показана тем больным с психическими нарушениями, у которых имеет место снижение тонуса САС.

Повышение функциональной активности вегетативной и центральной нервной системы под влиянием РДТ, как указывает ряд авторов сопровождается повышением неспецифической реактивности организма больных, некоторым усилением углеводно-фосфорного обмена и окислительных процессов, что имеет существенное значение в достижении и стабилизации лечебного эффекта.

Как показывает накопленный опыт применения РДТ в клинике психиатрических болезней, при лишении больного пищи происходят изменения в белковом обмене, характеризующиеся тем, что в первой стадии голодания уровень сывороточного белка повышается и снижается в его третьей стадии. В первой стадии восстановительного периода содержание белка в сыворотке крови уменьшается как по сравнению с третьей стадией голодания, так и по отношению к исходному уровню, однако к концу восстановительного периода уровень сывороточного белка возвращается к исходному уровню.

Среднее количество общего азота в суточной моче существенно не изменяется в первых двух стадиях лечебного голодания, а в третьей стадии уровень его по сравнению с исходным снижается. В первые две стадии восстановительного периода продолжается снижение общего азота в моче. В третьей стадии восстановительного периода количество общего азота мочи увеличивается и достигает исходного уровня. Процентное содержание азота мочевины снижается во время лечебного голодания и повышается до исходного уровня в конце восстановительного периода.

В первые дни голодания интенсивно расходуются углеводы, запас которых довольно быстро истощается и организм переходит на использование жиров в качестве энергетического материала: В то же время, окисление жиров в условиях дефицита углеводов приводит к повышению в крови уровня метаболитов жирового обмена ацетона, ацетоуксусной и р-оксимасляной кислоты, что вызывает развитие метаболического ацидоза с последующим включением буферных систем для его компенсации. Однако с падением щелочного резерва крови, накоплением кетоновых тел ацидотический сдвиг все-таки возникает и достигает максимума на 7—10 день голодания.

Таким образом, в процессе лечебного голодания на 5—7—10 день наступает сдвиг в кислотно-щелочном равновесии в сторону преобладания ацидоза, развивается «ацидотический криз», во время которого выделение с мочой ацетоновых тел

значительно возрастает, а затем снижается. Ацидоз, по данным показателей кислотно-щелочного равновесия в первой стадии лечебного голодания является компенсированным, во второй стадии (5—8 дней) субкомпенсированным. На 9—12 день второй стадии и в третьей стадии лечебного голодания ацидоз вновь становится, компенсированным. Многие авторы считают, что развитие ацидотического кризиса во время полной алиментарной депривации является, критерием достаточных адаптационных возможностей организма при переходе его на эндогенное питание.

Под влиянием лечебного голодания происходят изменения в иммунобиологическом состоянии организма, характеризующиеся, некоторым угнетением иммунологической реактивности в период лечебного голодания, повышением иммунологической защиты и повышением показателей неспецифической реактивности организма (титров пропердина и комплемента) в восстановительном периоде.

При гистологических, гистохимических и электронно-микроскопических исследованиях слизистой оболочки желудка было установлено, что РДТ вызывает ряд преходящих изменений в ней, характеризующихся дистрофическими явлениями, угнетением секреторной активности и переваривающей способности желудочного сока. С началом восстановительного питания указанные изменения постепенно редуцируются.

Сложное влияние РДТ оказывает на желудочную секрецию. Если в период полного голодания происходит угнетение секреции, то после восстановления она нормализуется, как при исходной повышенной, так и при исходной пониженной секреторной функции.

Существенные изменения под воздействием РДТ претерпевает внешнесекреторная функция печени. По данным этапного хроматического дуоденального зондирования (ЭХДЗ) РДТ приводит к повышению печечной секреции, оказывает корригирующий эффект на сфинктерный аппарат билиарной системы, тонус сфинктеров понижается при исходном повышенном тоне и повышается при исходном пониженном), приводит к повышению реактивной способности сфинктерного аппарата, в ответ на раздражитель.

Таким образом, длительное, двух-трех-четырёхнедельное голодания сопровождаются существенными сдвигами в основных регулирующих системах организма, в его физиолого-биохимическом, метаболическом и психо-эмоциональном статусе. Степень изменения обмена веществ и клинических проявлений болезни под влиянием РДТ определяется с одной стороны, исходным состоянием организма больного, а с другой адекватностью метода РДТ клинко-патогенетической сущности болезни.

Показания к назначению РДТ и определение оптимальных сроков алиментарной депривации должны быть строго дифференцированными не только в зависимости от фазы и стадии основного заболевания, но и от характера сопутствующих болезней. При этом психологическая установка больного, т. е. готовность воспользоваться этим методом лечения, является очень существенным условием назначения РДТ.

## **Показания к применению РДТ**

Учитывая, что РДТ является серьезным метаболическим стрессом и вызывает глубокие изменения в обмене веществ, ее применение при внутренних заболеваниях сводится к ограниченному числу нозологических форм при дифференцированном определении срока голодания (оптимальным следует считать две-три недели) индивидуальных показаний, и при условии, если результаты лечебного голодания выше таковых при применении традиционных лечебных методов или последние не оказывают существенного лечебного эффекта.

Как показывает клинический опыт и результаты физиолого-биохимических и инструментально - графических исследований, РДТ оказывает благоприятное влияние на течение заболеваний, в патогенезе которых сенсibilизация, аллергические и иммунные нарушения играют существенную роль. Так, у абсолютного большинства больных бронхиальной астмой (БА) на фоне РДТ наступает урежение и исчезновение приступов экспираторного удушья — основного симптома БА, что соответствует уменьшению обструктивных нарушений. Наблюдается восстановление слизистой трахеи и бронхов с улучшением бронхиальной проходимости.

У больных инфекционно-аллергической БА наблюдается положительное влияние голодания на показатели как неспецифической резистентности организма, так и специфического антибактериального иммунитета.

Механизм положительного лечебного действия РДТ у больных БА связан с подавлением аллергического воспаления, о чем свидетельствует уменьшение эозинофилов в периферической крови, снижение частоты циркулирующего в сыворотке крови легочного антигена, а также частоты и степени выраженности положительных внутрикожных проб с аутолимфоцитами. Эти данные объективизируют благоприятное влияние РДТ на иммунологический механизм патогенеза БА.

С другой стороны РДТ является своего рода мягким пролонгированным стрессом, который реализуется, в первую очередь, через стимуляцию и улучшение функции надпочечников. Это происходит как в результате прямой с симуляции синтеза

кортикостероидов в коре надпочечников, так и относительно, путем снижения связывающей способности транскаротина. В свою очередь, глюкокортикостероиды активируют аденилциклазу, а это опосредует положительный лечебный эффект РДТ на клеточном уровне через систему циклического аденозинмонофосфата (цАМФ) с повышением его содержания. Последнее обеспечивает адекватное восприятие клеткой нейрогуморальных воздействий, в том числе со стороны медиаторов симпатической нервной системы.

Наиболее показанными являются больные БА со среднетяжелым и тяжелым течением с преобладанием в клинической картине аллергического и нейрогного, компонента, не поддающихся общепринятой терапии, а также при БА, сочетающейся с поливалентной лекарственной и пищевой аллергией.

При ревматоидном артрите с активностью ревматоидного процесса I—II ст. применение РДТ в течение двух недель способствует улучшению состояния этих больных. В процессе голодания на фоне смягчения суставного синдрома удается уменьшить медикаментозную терапию, а у части больных ревматоидным артритом с I ст. активности в период голодания имеется возможность полностью исключить фармакотерапию. Терапевтический эффект от РДТ ПРИ ревматоидном артрите выражается в снижении суставных явлений, а также улучшении показателей активности ревматоидного процесса (СОЭ, СРВ, белки острой фазы воспаления, ревматоидный фактор и др.).

Проведенные специальные исследования по применению РДТ при болезни Бехтерева с невысокой степенью активности воспалительного процесса, показали, что под влиянием полной пищевой депривации уменьшается болевой синдром и увеличивается амплитуда движений в позвоночнике, а также положительно меняются показатели периферической крови. В восстановительном периоде этот эффект снижается, что требует постоянного соблюдения диеты, рекомендуемой при данной патологии.

В настоящее время имеется опыт применения РДТ при полиостеоартрозах. Как показали исследования, 2—3-х недельное применение лечебного голодания у большинства больных полиостеоартрозами в период голодания приводит к снижению болевого синдрома и увеличению амплитуды движения в суставах. Параллельно с этим у большинства больных снижается избыточная масса тела, улучшаются показатели водно-электролитного обмена.

Опыт применения РДТ при лечении больных гипертонической болезнью подтверждает его достаточную эффективность. На основании состоятельных наблюдений и исследований, касающихся применения РДТ при гипертонической болезни, можно заключить, что при этом заболевании необходимо учитывать не

только стадию болезни, особенности гемодинамических и метаболических нарушений, но и характер сопутствующих заболеваний.

Так, при гипертонической болезни I ст. нет необходимости применять РДТ, так как для достижения эффекта достаточна коррекция образа жизни и питания. При гипертонической болезни II стадии РДТ с продолжительностью голодания 2—3 недели приводит, как правило, к снижению уровня артериального давления, редукции избыточной массы тела, улучшению общего состояния. Отмечаются некоторые положительные сдвиги в водно-электролитном балансе, степень которых в восстановительном периоде несколько снижается.

Требуется четкая регламентация применения РДТ при ишемической болезни сердца. Как показывает накопленный опыт, РДТ показана при ИБС, сопровождающейся стенокардией I—II функционального класса, без инфаркта миокарда в анамнезе и без стойкого нарушения сердечного ритма. При стабильной стенокардии I—II функционального класса по индивидуальным показаниям допускается использование РДТ сроком не более 2-х недель.

Имеется значительный опыт применения РДТ при заболеваниях системы пищеварения, который позволил определить диапазон использования этого метода. Так, при хронических гастритах с любым типом секреции, неосложненных формах язвенной болезни в фазе рубцевания язвенного дефекта, хроническом некалькулезном холецистите и различных формах дискинезии желчевыводящих путей, хроническом панкреатите и холёцисто-панкреатите, хроническом энтериге с явлениями энзимопатии, хроническом колите, хроническом неспецифическом язвенном колите применение РДТ в большинстве случаев дает положительный эффект, нередко превосходящий такой от традиционных методов лечения.

Применение РДТ возможно и при обострении хронического панкреатита, однако длительность периода голодания не должна превышать 7—8 суток, так как при пролонгированном голодании часто возникает нарастание воспалительных явлений. В острой фазе язвенной болезни применение РДТ приводит к повышению «агрессивности» желудочного сока, нарастанию клинических симптомов болезни, образованию новых язвенных дефектов и возникновению других нарушений.

При втором типе сахарного диабета, не осложненного выраженными сосудистыми расстройствами, РДТ в некоторых случаях эффективно используется. Допустима РДТ при многих формах нейродермитов, экземы, рецидивирующей крапивницы.

Особенно большой опыт применения РДТ накоплен психиатрической практике. На основании клинических наблюдений и результатов специальных исследований установлено, что применение этого метода лечения в психиатрической практике ограничивается прежде всего больными, которые по своему психическому

состоянию способны добровольно воздерживаться от приема пищи в течение продолжительного времени и выражают желание лечиться данным методом. Этим условиям удовлетворяют больные с непсихотическими состояниями и пограничными психическими нарушениями. Так, наиболее показана РДТ при вялотекущей и малопрогрессирующей приступообразной шизофрении с депрессивными нев-розоподобными состояниями, при циклотимии с затяжными депрессиями; при затяжных нев-розоподобных состояниях экзогенно-органического (посттравматического, постинфекционного, сосудистого) происхождения.

Положительный эффект достигается у больных с ипохондрическими, сенестопатическими - ипохондрическими, дисморфофобическими, дисморфоманическими, сверхценными, навязчивыми, фобическими расстройствами.

Применение РДТ при алиментарном ожирении оказалось недостаточно эффективным. Снижение массы тела в период голодания почти не превышает снижения ее при традиционных методах лечения. Вместе с тем, после периода голодания масса тела нарастает быстрее, чем после лечения больных ожирением общепринятыми методами.

Учитывая то обстоятельство, что под влиянием РДТ происходят существенные изменения в основных регулирующих системах организма, протекающие на фоне сформировавшейся болезни, в процессе голодания могут возникать различного рода осложнения, требующие срочных лечебных мероприятий. Поэтому разгрузочно-диетическую терапию можно проводить строго дифференцированно, с учетом показаний и противопоказаний только в стационарных условиях многопрофильного учреждения, располагающего блоком интенсивной терапии.

## **Противопоказания к применению РДТ при некоторых внутренних и нервно-психических заболеваниях**

1. Выраженная активность воспалительного процесса (II, III степень) любой локализации.
2. Ревматоидный артрит с высокой степенью активности ревматоидного процесса, а также в случаях системного поражения почек, сердца и других органов. Абсолютным противопоказанием для этой категории больных служит использование стероидной терапии.
3. Злокачественные новообразования или подозрения на них и болезни крови.
4. Все заболевания, протекающие с выраженной астенизацией и гипотрофией.



5. Заболевания желудочно-кишечного тракта в период обострения, при наличии осложнений, декомпенсации.
6. Желчнокаменная болезнь с частыми приступами печеночной колики.
7. Нарушения пуринового обмена и подагра.
8. Сахарный диабет 1 типа и высокая гипергликемия.
9. Болезнь Крона.
10. Активные формы туберкулеза легких.
11. Период беременности и лактации.
12. Гельминтозы.
13. Декомпенсация функций печени, почек, сердечно-сосудистой системы (в том числе и аритмия).
14. Психические заболевания: шизофрения с прогрессирующим течением (ядерные, параноидные, паранойяльные приступообразно – прогрессирующие формы), эпилепсия и эпилептиформные состояния, олигофрения и явления слабоумия состояния психомоторного возбуждения различной природы, глубокие тревожные депрессии.

## **Возможные осложнения при разгрузочно-диетической терапии и их профилактика**

Преждевременно прерывать лечебное голодание вследствие соматических осложнений обычно не приходится, если больной до лечения был хорошо обследован и были учтены все противопоказания к РДТ. Во время ацидотического сдвига и ацидотического криза могут возникать тошнота, головная боль, чувство общего недомогания. В таких случаях рекомендуется увеличить прием щелочных минеральных вод или питьевой соды, больше времени проводить на свежем воздухе. Улучшает самочувствие общий массаж.

В процессе лечебного голодания могут наблюдаться обострения некоторых хронических заболеваний. При тенденции к артериальной гипотонии в процессе голодания и при быстром снижении артериального давления под влиянием голодания может возникнуть коллаптоидное состояние, нарушение сердечного

ритма. При быстрой перемене положения тела из горизонтального в вертикальное может возникнуть ортостатический коллапс. С профилактической целью больным рекомендуется медленно вставать и не совершать резких движений. Из коллаптоидного состояния больного выводят обычным способом. Изредка при больших сроках лечебного голодания могут возникнуть тонические судороги, обусловленные выведением из организма хлористого натрия, солей кальция и фосфора. При этом вначале сводит пальцы рук, затем появляются судороги икроножных мышц, иногда жевательной мускулатуры. В таких случаях назначается 1% раствор поваренной соли, который дается в теплом виде по 20 мл внутрь один или два раза. Судороги мышц после этого проходят.

В периоде восстановительного питания некоторые осложнения могут возникать в связи с нарушением диеты и режима питания. Важно не допускать нарушений режима реалиментации, в результате которого у больных могут возникать диспептические расстройства. В случаях появления диспептических расстройств необходимо промыть желудок и назначить слабительное. Иногда целесообразно назначить однодневное голодание.

К осложнениям следует отнести отечность подкожной клетчатки, которая может возникнуть в результате преждевременного употребления поваренной соли. Отеки больше выражены на лице, в подглазничных впадинах. Они исчезают в течение суток при назначении бессолевой диеты.

При осложнениях, связанных с обострением основного заболевания в процессе РДТ лечебное голодание целесообразно прекратить и назначить адекватную терапию. Если признаки обострения основного заболевания выражены незначительно, то адекватную фармакотерапию можно назначить и на фоне лечебного голодания.