

Р. И. МКРТЧЯН

МЕТОД ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Профилактика и лечение гипертонической болезни занимает одно из центральных мест в системе Советского здравоохранения. Важным звеном в единой системе лечебно-профилактических мероприятий в отношении гипертонической болезни является санаторно-курортное лечение. Значительное число больных гипертонической болезнью ежегодно проводит свое лечение в здравницах Кисловодского курорта. По данным отчетов территориального управления курортов, в Кисловодске ежегодно лечится 18—20 тыс. больных гипертонической болезнью.

Как известно, гипертоническая болезнь часто сочетается с ожирением (В. М. Коган-Ясный и С. Г. Генес [2, 3], Г. Ф. Ланг [4], Е. М. Тареев [9], А. Л. Мясников [6, 7], Ф. Фолгард [11, 12] и др.). По данным клиники имени В. И. Ленина г. Кисловодска, гипертоническая болезнь в 57,2% случаев сочетается с ожирением, которое в большой степени отягощает работу сердечно-сосудистой системы.

По данным многих авторов (С. М. Лейтес [5], М. Н. Егоров и Л. М. Левитский [1], К. Ноорден [10]), смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы при ожирении в 2—3 раза чаще, чем при нормальном или пониженном питании.

Несмотря на частое сочетание гипертонической болезни с ожирением в курортной практике Кисловодска, а также других курортов страны вопросам профилактики, диагностики и дифференцированного лечения этой группы больных уделяется незаслуженно мало внимания.

Наша работа включает изучение 140 больных (76 мужчин и 64 женщины) гипертонической болезнью в сочетании с ожирением и ставит себе целью разработать наиболее рациональные методы лечения больных данной группы в условиях Кисловодского курорта.

Распределение больных по возрасту представлено в табл. 1.

Таблица 1

В о з р а с т	Число больных
От 20 до 30 лет	2
" 31 " 40 "	22
" 41 " 50 "	63
" 51 " 60 "	49
Выше 60 лет	4

По стадиям гипертонической болезни (по классификации Института терапии АМН СССР) больные распределялись следующим образом: первая стадия в фазе Б—40 человек, вторая—100 человек, из коих 60 человек—в фазе А и 40—Б.

По степени ожирения (классификация Института питания АМН СССР): I степени—98 человек, II—32 человека, III—6 чел. и IV—4 человека.

У 79 больных была установлена алиментарно-обменная форма ожирения, у 32—эндокринно-обменная и у 29—церебральная форма ожирения. К стабильной стадии ожирения относилось 63 больных, к прогрессирующей—77 больных.

За время пребывания в санатории больные получали весь комплекс курортного лечения—определенный двигательный режим с включением терренкура и лечебной гимнастики, нарзанные ванны. В некоторых случаях больные получали физиотерапевтические процедуры и только при необходимости медикаменты, главным образом в виде снотворных. Гипотензивных средств, как правило, не применялось.

Для создания более совершенной и устойчивой компенсации сердечно-сосудистой системы, которая несет повышенную нагрузку у больных гипертонической болезнью особенно в сочетании с ожирением, мы уделяли большое внимание лечебному питанию.

В целях рационального построения питания, а также определения степени физической нагрузки во время пребывания больных на Кисловодском курорте нами было произведено определение суточных энергетических трат человека при различных двигательных режимах и при ходьбе по маршрутам Кисловодского курорта.

Для ориентировочного определения энергетических трат при ходьбе по маршрутам терренкура нами были подобраны 5 человек (3 мужчин, 2 женщины) практически здоровых, в возрасте от 30 до 40 лет, со средними росто-весовыми показателями. У исследуемых лиц газоаналитическим методом производилось определение энергетических трат при ходьбе по всем трем маршрутам терренкура. Первый маршрут исследуемые проходили со скоростью 2800 м в час, а второй и третий маршруты—2400 м в час.

Результаты исследования энергетических трат человека из расчета на 1 кг веса при прохождении всего маршрута и на 1 кг веса в течение одного часа ходьбы представлены в табл. 2.

Таблица 2

Наименование маршрута	Энерготраты на 1 кг веса в к. кал.	
	при прохождении всего маршрута	в течение 1 ч.
I	1,571	2,38
II	8,413	3,48
III*	7,94	4,14

* Энерготраты по III маршруту определялись до „Красного солнышка“ (станция 45).

Энергетические траты человека в течение одних суток, соответственно принятым в Кисловодске двигательным режимам, определялись методом хронометража. Результаты исследования представлены в виде табл. 3.

Таблица 3

Наименование режима	Энерготраты в к. калориях	
	человека весом 70 кг за сутки	на 1 кг веса
I	3383	48,3
II	3000	42,9
III	2575	36,8

Имея показатели энергетических трат на 1 кг веса человека при двигательных режимах, принятых на курорте, легко установить ориентировочно энергетические траты больных и исходя из этого строить лечебное питание.

Из 140 наших больных 50 питалось по широко распространенной в нашей стране диете № 8 (по Певзнеру) и 90 человек—по специально разработанной нами диете.

Применяя диету № 8, мы старались индивидуально с учетом энергетических трат больного ограничивать калорийность указанной диеты, доводя дефицит суточной калорийности от 500 до 1500 калорий. Однако следует сказать, что проведение индивидуальных ограничений калорийности пищи в санаториях при применении диеты № 8 представляет большие трудности, что заставляет часто прибегать к проведению у больных ожирением так называемых «разгрузочных» или «контрастных дней» питания. Кроме того, диета № 8 по существу не соответствует современным представлениям патогенеза ожирения, так как она построена по принципу значительного ограничения жиров (соотношение белков, жиров и углеводов—1 : 0,5 : 3) и умеренного ограничения углеводов, тогда как основная роль в синтезе жиров принадлежит углеводам, а сами жиры в определенной степени тормозят переход углеводов в жиры.

Большим недостатком лечебного питания в санаториях, на наш взгляд, является отсутствие дифференцированных диет при некоторых, часто встречающихся сочетаниях заболеваний, в частности при сочетании гипертонической болезни с ожирением. С этой целью нами выработана диета, названная 10/8, с ограничением калорийности больше за счет углеводов, чем жиров при сохранении физиологических норм белков (приблизительное соотношение—1,0,75 : 2). Данная диета является гипохлоридной (4,0—6,0 соли за сутки), гипохолестериновой, насыщена липотропными веществами витамина «С» при сохранении физиологических норм других витаминов. Такая диета позволяет варьировать как в частоте приема пищи (4—7 раз в день), так и в калорийности (от 1650 до 2250 к. кал.). При минимальном четырехкратном приеме пищи эта

диета содержит 1650 калорий при соотношении белков, жиров и углеводов—1 : 0,6 : 2 (белков—90 гр, жиров—54 гр, углеводов—180 гр). При более частом питании каждая последующая порция пищи содержит в себе 200 калорий. Максимальный вариант диеты, с семикратным приемом пищи, содержит 2250 калорий, при соотношении белков, жиров и углеводов 1 : 0,7 : 2,5 (белков 110 гр, жиров 77 гр, углеводов 270 гр).

При применении выработанной нами диеты к «разгрузочным дням» питания приходилось прибегать значительно реже, чем при применении диеты № 8. «Разгрузочные дни», в противовес общепринятым установкам, проводились при активном, но щадящем двигательном режиме с сохранением бальнеологического лечения.

Для установления влияния «разгрузочных дней» питания на больных при активном, но щадящем двигательном режиме, 24 больных были подвергнуты специальному обследованию. В этот день у всех больных учитывалось состояние, проводилось измерение артериального давления, делалась осциллограмма и электрокардиограмма до и после прогулки по первому маршруту.

Как правило, отмечалась хорошая переносимость «разгрузочных дней» питания при правильном подборе диеты, предупреждении наступления гипогликемии и установления двигательного режима, соответствующего состоянию больного.

Благодаря варьированию частоты приема пищи с постепенным ограничением калорийности при применении диеты 10/8, организм больного настолько приспособивался к данной диете, что в процессе лечения даже значительные ограничения калорийности пищи больными переносились хорошо.

За курс лечения больные теряли в весе от 3 до 10 кг. Средняя потеря веса больными составляла 4,6 кг. Данные весовые потери переносились больными обычно хорошо и регулировались нами соответственно состоянию больного. Снижение веса у больных гипертонической болезнью в сочетании с ожирением происходило не только за счет уменьшения калорийности пищи и физической активности, но и за счет усиления окислительных процессов в организме, что документировалось изучением основного обмена.

Если при поступлении в санаторий основной обмен у большей части больных определялся со знаком минус (55,9% больных), т. е. имел склонность к снижению, то при окончании лечения основной обмен чаще определялся со знаком плюс и имел тенденцию к умеренному повышению.

Субъективно к концу лечения больные отмечали значительное улучшение: уменьшались или полностью проходили головные боли, головокружения, одышка, боли в области сердца и т. д.

В среднем снижение максимального артериального давления к концу лечения равнялось 50,2 мм, а минимального—24,7 мм ртутного столба. У большей части больных снижение артериального давления шло параллельно снижению веса. Наряду с субъективным улучшением и сниже-

нием артериального давления к концу лечения у больных отмечались заметные положительные сдвиги и со стороны других симптомов.

Несмотря на усиление окислительных процессов в организме больных, к концу лечения отмечались значительные сдвиги в сторону улучшения показателей функции внешнего дыхания: повышалась жизненная емкость легких, коэффициент использования кислорода, скорость форсированного выдоха, а также задержка на вдохе и выдохе. К концу лечения у больных уменьшался минутный объем дыхания (м. о. д.), что указывает на заметное уменьшение или полное исчезновение одышки. Уменьшалась частота дыхания, резервный воздух и т. д.

Изучение в динамике показателей функции внешнего дыхания у больных гипертонической болезнью в сочетании с ожирением показывает, что к концу лечения на Кисловодском курорте у этих больных наступают значительные сдвиги в сторону нормализации функций сердечно-сосудистой системы в легких.

Данные динамометрии указывают на повышение мышечной силы кисти рук в среднем на 5,4 кг у каждого больного.

У 85 больных (60,7%) при поступлении в санаторий имелась патологическая электрокардиограмма, главным образом в виде нарушения питания миокарда, в том числе и гипертрофия левого желудочка с его перегрузкой. У 53 больных к концу лечения электрокардиограмма улучшилась или нормализовалась.

Положительные сдвиги отмечены у большинства больных и в биохимических показателях крови. Снижение холестерина крови к концу лечения отмечено у 85 больных из 135 повторно обследованных. Если холестерин крови был выше 200 мг% в начале лечения у 86 человек (61,4%), то к концу лечения он был выше 200 мг% только у 63 больных. Наряду с этим у 50 больных из 77 повторно обследованных на содержание холестерина и лецитина крови отмечено повышение лецитин-холестеринового индекса.

К концу лечения у обследуемых нами больных отмечено повышение в крови мелкодисперсной фракции белков-альбуминов. У 23 из 46 больных, у которых при поступлении в санаторий содержание альбуминов в крови было ниже нормы, к концу лечения содержание альбуминов нормализовалось. Следует отметить, что к концу лечения в сыворотке крови у больных заметно уменьшилось процентное содержание фракции альфа-глобулинов и в частности альфа-2 глобулина (гипертензиноген), который в начале лечения был повышен у 88,9% больных.

В ходе применяемого нами лечения установлено, что уровень витамина «С» в цельной крови, как усилителя и регулятора обменных реакций в организме, имел склонность к повышению. У 22 больных из 34 повторно обследованных витамин «С» крови повысился сравнительно с исходным уровнем, у 6 больных не изменился и у 5 больных незначительно понизился.

При оценке результатов лечения основным критерием мы считали динамику артериального давления и веса больных. Учитывались также и субъективные симптомы.

Результаты лечения оценивались следующими терминами: «значительное улучшение», «улучшение», «без перемен».

За «значительное улучшение» принималась стойкая нормализация артериального давления больного в течение не менее 10—14 дней к концу пребывания больного в санатории, со значительным снижением веса больного (4—5 кг с учетом степени ожирения), с исчезновением или заметным улучшением субъективных симптомов.

За «улучшение» принималось заметное снижение артериального давления у больного, но без его нормализации или нестойкой нормализацией (когда артериальное давление держалось на нормальных цифрах менее 10 дней), с падением веса больного (не менее 3 кг) и с исчезновением или уменьшением субъективных симптомов.

Термином «без перемен» характеризовалось состояние больного, при котором артериальное давление в процессе лечения заметно не снижалось, если даже уменьшался вес больного и улучшалось его субъективное состояние.

Эффективность лечения больных по стадиям и фазам гипертонической болезни представлена в табл. 4.

Таблица 4

Стадия и фаза гипертонической болезни	Число больных	Эффективность лечения		
		значительное улучшение	улучшение	без перемен
I Б	40	40	—	—
II А	60	51	9	—
II Б	40	—	37	3
Всего	140	91	46	3

Из таблицы видно, что наиболее эффективным лечение оказалось для больных гипертонической болезнью первой стадии (все 40 человек выписались со значительным улучшением). Вполне удовлетворительными были результаты лечения больных гипертонической болезнью второй стадии в фазе А (51 человек из 60 выписался со значительным улучшением и только 9—с улучшением).

У 37 из 40 больных, которые нами были расценены как больные гипертонической болезнью стадии II Б, к концу лечения артериальное давление значительно снизилось (максимальное давление не менее 30, минимальное—20 мм ртутного столба) при падении веса, что указывает на выраженное положительное влияние снижения веса больного на течение гипертонической болезни при ожирении. У 3 больных артериальное давление заметно не снизилось, хотя и отмечалось субъективное улучшение.

Указанная эффективность лечения больных гипертонической болезнью в сочетании с ожирением дает основание считать, что разработанный нами метод лечения больных данной группы можно с успехом применить в курортной практике.

В ы в о д ы

1. Лечение в Кисловодске показано больным гипертонической болезнью I и II стадии в сочетании с ожирением при применении всего комплекса курортного лечения, при соответствующей методике, направленной к потере веса больного.

2. Энергетические траты человека на 1 кг веса при ходьбе по маршрутам Кисловодского терренкура составляют: по I маршруту—1,571 к. кал; по II маршруту—8,413; по III маршруту до станции 45 («Красное солнышко»)—7,94 к. кал.

3. Энергетические траты санитарного больного на 1 кг веса за сутки при первом двигательном режиме, принятом на Кисловодском курорте, составляют в среднем 48,3 к. кал; втором—42,9 к. кал и третьем—36,8 к. кал.

4. Разработанная нами диета 10/8 является физиологической, дает возможность варьировать в санаторных условиях калорийность пищи индивидуально для каждого больного и отличается большой эффективностью в потере веса больного и снижении повышенного артериального давления при хорошей ее переносимости.

5. С учетом общего состояния больного «разгрузочные дни» питания больным гипертонической болезнью в сочетании с ожирением целесообразно проводить при активном, но щадящем двигательном режиме с сохранением бальнеологического лечения.

Пятигорский институт
курортологии и физиотерапии

Поступило 14.V 1962 г.

Ռ. Ի. ՄԿՐՏՉՅԱՆ

ԲՈՒԺԱԿԱՆ ՄՆՆԴԻ ԴԻՖԵՐԵՆՑՎԱԾ ԿԻՐԱՌՄԱՆ ՄԵԹՈԴԸ
ՃԱՐՊԱԿԱՎՄԱՄԲ ԶՈՒԴԱԿՅՎԱԾ ՀԻՊԵՐՏՈՆԻԿ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ՝
ԿՈՒՐՈՐՏԱՅԻՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Մեր կառարած աշխատանքը Կիսլավոդսկի կուրորտում, ճարպակալմամբ զուգակցված հիպերտոնիկ հիվանդների բուժման հարցում, հնարավորություն տվեց պարզելու տարբեր շարժական ուժիմների դեպքում 1 կգ քաշի համար էներգետիկ ծախսը, և ապա գալու հետևյալ եզրակացություններին՝

1. Կիսլավոդսկի կուրորտում ցուցված է ճարպակալումով զուգակցված 1-ին և 2-րդ փուլի հիպերտոնիկ հիվանդությամբ տառապող հիվանդների բուժումը.

2. Մեր կողմից մշակված դիետան 10/8 ֆիզիոլոգիական է, այն տալիս է հնարավորություն սանատորիական պայմաններում տարատեսակել յուրաքանչյուր հիվանդի սննդի կալորիականությունը և բնորոշվում է մեծ էֆեկտիվությամբ, նկատվում է հիվանդի քաշի կորուստ, արյան բարձրացված ճնշման իջեցում:

3. Ճարպակալմամբ զուգակցված հիպերտոնիկ հիվանդների մոտ, հաշվառանելով նրանց ընդհանուր վիճակը, «սննդաբեռնաթափման օրերը» նպատակահարմար է անցկացնել ազտիվ, բայց խնայողական սեռիմ, պահպանելով բալնեոլոգիական բուժումը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Егоров М. Н., Левитский Л. М. Ожирение. М., 1957.
2. Коган-Ясный В. М. Врачебное дело, 1939, 12, 715.
3. Коган-Ясный В. М. и Генес С. Г. Врачебное дело, 1940, 7—8, 510.
4. Ланг Г. Ф. Гипертоническая болезнь. М., 1950.
5. Лейтес С. М. Физиология и патология жировой ткани. М., 1954.
6. Мясников А. Л. Гипертоническая болезнь. М., 1954.
7. Мясников А. Л. Гипертоническая болезнь (современное состояние проблемы). М., 1960 г.
8. Певзнер М. И. Основы лечебного питания. М., 1937, 1946, 1958.
9. Тареев Е. М. Гипертоническая болезнь. М., 1948.
10. Ноорден К. и Шительгельм А. Терапия болезней обмена. М., 1930.
11. Фолгард Ф. Врачебное обозрение, 1926, 9, 369.
12. Фолгард Ф. Врачебное обозрение, 1926, 10, 424.
13. Zeunek. Frakt. Stschr. Path., 44, p. 387, 1933.