

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО  
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ  
И ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ**

**ПРИМЕНЕНИЕ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (РДТ) В  
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ**

**Пособие для врачей**

**-Москва 2005-**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО  
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ  
И ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ**

«УТВЕРЖДАЮ»

**Председатель                      секции                      по  
восстановительной                      медицине,  
курортологии и физиотерапии Ученого  
совета Минздрава РФ, академик РАМН,  
профессор**

**А.Н. Разумов**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2005 г.

**ПРИМЕНЕНИЕ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (РДТ) В  
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ**

## Пособие для врачей

Пособие для врачей подготовлено Институтом повышения квалификации Федерального агентства медико-биологических и экстремальных проблем Минздравсоцразвития России (ректор Рева В.Д.).

**Составители:** д.м.н., проф. Корчажкина Н.Б.; к.м.н. Ашихмина М.В., к.м.н. Гурвич В.Б., Лебедева О.Н., к.м.н. Котенко К.В.

### **Аннотация**

В пособии для врачей излагаются методические подходы и практические рекомендации по применению разгрузочно-диетической терапии (РДТ) в клинической практике и восстановительной медицине. В пособии излагаются научные основы разделения РДТ на различные периоды, каждый из которых играет важную роль в повышении эффективности применения разгрузочно-диетической терапии.

Разгрузочно-диетическая терапия хорошо сочетается с другими немедикаментозными методами (рефлексотерапия, Су-Джок терапия, физиотерапия, фитотерапия, гомеопатия и др.) и может использоваться в лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждениях.

Применение данного метода в комплексной терапии ряда заболеваний позволяет снизить дозы лекарственных препаратов, сократить сроки лечения. РДТ помогает оптимизировать схемы профилактики и реабилитации.

Пособие предназначено для широкого круга врачей-клиницистов и врачей восстановительной медицины.

### **ВВЕДЕНИЕ.**

В последнее время большой интерес вызывает метод разгрузочно-диетической терапии (РДТ) или лечебного голодания. Этот интерес обусловлен несколькими факторами.

Так, в последние годы отмечено увеличение числа больных с сочетанной патологией, причем сопутствующих имеющихся заболеваний увеличивается с возрастом больного, что нередко приводит к необходимости одновременного назначения множества лекарственных препаратов.

Это сопровождается увеличением числа осложнений медикаментозной терапии, в том числе аллергических реакций, непереносимости лекарственных средств. Часто возникает устойчивость к медикаментозному лечению [15,16].

Спектр же применения РДТ очень широк и он может применяться при сочетанной патологии, оказывая лечебное воздействие одновременно на многие органы и системы.

Метод РДТ лишен ряда существенных недостатков, присущих медикаментозным методам лечения, благодаря чему особенно показан больным, резистентным к терапии, с плохой переносимостью лекарственных препаратов и аллергическими реакциями.

При целом ряде заболеваний (некоторые виды бронхиальной астмы, аллергодерматозы, псориаз, гипертоническая болезнь, болезнь Бехтерева и др.) лечебное воздействие голодания не уступает эффекту лекарственных препаратов, т.е. является методом выбора [1,11,12,18,21].

Многолетний опыт применения РДТ показал, что данный метод выгодно отличается от известных методов лечения рядом преимуществ [14, 15,20,26]. РДТ имеет широкий круг показаний при сравнительно небольшом числе противопоказаний благотворно влияет на многие сопутствующие заболевания, способствует нормализации обменных процессов и функции сердечно-сосудистой системы, улучшает общее состояние больного (появление бодрости, нормализация сна, улучшение умственных процессов) [5,6,7], является мощным профилактическим средством [29], нормализует деятельность иммунной системы [28]. Разработка многочисленных модификаций лечебного голодания дает возможность осуществить управление лечебным процессом с учетом возраста, массы тела, психического статуса больного [4].

Все это является следствием неспецифичности и общеоздоравливающим воздействием РДТ на организм человека в целом, повышением его реактивности, устойчивости к действию неблагоприятных факторов (микроорганизмы, холод, гипоксия и др.).

Развитие разгрузочно-диетической терапии как метода монотерапии можно считать завершенным, однако, учитывая частый полиморфизм сочетанной

патологии, основное внимание врачей и исследователей направлено на рассмотрение сочетания лечебного голодания с другими методами традиционной и восстановительной медицины. В последнее время особое внимание уделяется поиску новых модификаций РДТ, возможному сочетанию метода лечебного голодания с другими немедикаментозными методами [2,3,8,15,31]. Многие специалисты указывают на значительное усиление эффекта терапии при сочетанном применении традиционных методов [3,14,15].

Специалистом по РДТ может быть врач одной из клинических специальностей, прошедший курс обучения по разгрузочно-диетической терапии. Он должен уметь разрабатывать индивидуальные программы оздоровления и реабилитации, предусматривающие комплексное применение немедикаментозных методов, направленных на восстановление оптимальной работоспособности человека.

#### **Общие сведения о методе разгрузочно-диетической терапии (РДТ).**

На основании многолетних клинико-биологических исследований в процессе РДТ выделяют 6 стадий, через которые последовательно проходит пациент в процессе лечения - три на разгрузочном и три на восстановительном периоде (таблица 1). Таблица

**1. Этапы и клинические стадии разгрузочно-диетической терапии.**

Этапы	Клинические стадии
<i><b>голодание (разгрузочный период)</b></i>	
<b>1. ЭПЭП</b> (этап перехода на эндогенное питание)	I стадия - стадия пищевого возбуждения, стадия тревоги.
	II - стадия перехода на эндогенное питание, стадия "перестройки", переключения.
<b>2. ЭКЭП</b> (этап компенсированного эндогенного питания)	III - стадия компенсации, адаптации.
<b>3. ЭП</b> (переходный этап)	
<i><b>реалиментация (восстановительный период)</b></i>	
<b>1. ЭЛКИР</b> (этап латентной компенсации израсходованных ресурсов)	I - астеническая, стадия нарастания пищевого возбуждения, сенсорно-

	II - стадия интенсивного восстановления, вторичного пищевого возбуждения, сенсорно-
2. ЭГКР (этап гиперкомпенсации)	III - стадия нормализации
3. ЭС (этап стабилизации)	

*I стадия* – стадия пищевого возбуждения (стадия "тревоги") обычно продолжается первые 2-4 суток и характеризуется повышенным чувством голода, головными болями, "сосущими" болями в кишечнике; больные остро реагируют на вид и запах пищи. Суточные потери массы тела составляют 1-2 кг [14].

В I стадии периодически возникает моторная деятельность желудочно-кишечного тракта, увеличивается концентрация ферментов желудка, поджелудочной железы, составных частей желчи [15].

Исследования показали, что уже через несколько часов после прекращения приема пищи активизируется анаэробный распад гликогена с образованием глюкозы [17, 30, 32, 33]. Гликолиз преобладает в первые 16-18 часов голодания. Несколько позже к сенсорному голоданию присоединяется так называемое "метаболическое голодание", которое активирует зону гипоталамуса посредством "голодной крови", что эмоционально воспринимается как чувство голода.

Кроме того, в гипоталамусе более мощное голодное мотивационное возбуждение "блокирует" другие возбуждения, лишая патологические очаги в коре "слепой силы подкорки" (по И.П. Павлову).

*II стадия* - переход на эндогенное питание, стадия нарастающего кетоацидоза, стадия "перестройки". В это время притупляется чувство голода, появляется запах изо рта, обложенность языка, отмечается умеренная брадикардия, снижение АД, ударного объема сердца, возникновение ортостатических реакций [14,15].

В этот период развивается ацидоз, связанный с падением щелочного резерва крови и накоплением кетоновых тел, который постепенно нарастает, обычно до 7-9 дня голодания.

В дальнейшем в течение дня или даже нескольких часов явления ацидоза

резко ослабевают. Этот период получил название "ацидотического пика" (Ф. Бенедикт, 1915) [4,11,14,15,17,21,33].

Необходимо отметить, что при проведении курса РДТ считается целесообразным достижение кетоацидотического пика, однако часто для уменьшения продолжительности и выраженности его необходимо минимизировать сроки разгрузочного периода при лечении больных пожилого возраста, больных с сердечно-сосудистой патологией, с неврозами, затяжными реактивными состояниями, при иммунодефицитных состояниях [10,13,19].

Во II стадии организм начинает функционировать более экономно, снижается основной обмен (до 30 % от исходного), суточная потеря массы тела составляет 0,3-0,7 кг [14].

На 6-8 сутки происходит прекращение периодической деятельности ЖКТ и появляется так называемая "спонтанная" желудочная секреция, образующийся секрет содержит 25 % белка, который вновь всасывается. Это явление рассматривается как приспособительный механизм, который обеспечивает организм постоянным притоком аминокислот, используемых в качестве пластического материала для построения и синтеза белков наиболее важных органов. Организм переходит на эндогенное питание, которое производит эндогенное насыщение крови питательными веществами и кровь становится "эндогенно сытой" [9].

Первая и вторая стадии голодания являются **этапом перехода на эндогенное питание (ЭПЭП)** - 1-й этап.

**III стадия** - стадия компенсации или адаптации, это первые 15-20 суток после ацидотического пика, что соответствует 2-ому этапу **компенсированного эндогенного питания (ЭКЭП)**. В эти сроки кетонемия снижается и метаболический ацидоз компенсируется, что проявляется улучшением самочувствия больного уменьшением чувства слабости, голода, головных болей. У больных повышается настроение, исчезают или уменьшаются явления обострения хронических заболеваний [14,15]. Суточная потеря массы тела составляет 0,2-0,5 кг. В это время не происходит существенного изменения структур организма, от 70 до 90 % общего расхода энергии обеспечивается за счет окисления триглицеридов жировых депо и кетоновых тел.

Адаптация организма к условиям голода становится более совершенной, происходит относительная стабилизация метаболизма, снижение энергетических затрат функций физиологических систем.

Приблизительно на 20-е сутки наступает второй ацидотический пик, похожий своими клиническими и параклиническими проявлениями на первый, но менее выраженный.

Эта стадия продолжается до физиологически допустимого уровня расходования депотканевых ресурсов. По исчерпанию ресурсов кровь, вероятно, становится вновь "голодной", возникают активирующие импульсы, появляется чувство голода (вторичное пищевое возбуждение). Длительность этой стадии - строго индивидуальный показатель, который зависит с одной стороны от защитных сил и компенсаторных возможностей организма, и с другой, от давности и тяжести заболевания.

Окончание этой стадии определяется целым рядом объективных и субъективных признаков (по Ю.С. Николаеву) [20,21]:

- Появление повышенного аппетита, усиление чувства голода.
- Очищение языка от налета вплоть до его корня.
- Уменьшение выделений с клизмой (каловые массы в промывных водах практически не выделяются, жидкость выходит прозрачной).
- Появление блеска глаз, голубизны и чистоты склер.
- Стойкое улучшение клинической симптоматики имеющихся заболеваний.
- Появление «хорошего цвета» лица.

Появлению этих признаков соответствует потеря веса, составляющая 13-17 % от исходного.

Выявление этих признаков очень важно, т.к. в случае их "неузнавания" врачом последующее голодание будет уже "голоданием болезни" (П.П. Авроров, В.В. Пашутин).

Необходимо отметить, что из всех перечисленных признаков наиболее значимым является появление аппетита у пациента, т.к. наличие налета на языке отмечается не у всех больных, такие же признаки, как появление блеска глаз и "хорошего цвета лица" не всегда возможно отследить у некоторых пациентов.

Это говорит об актуальности поиска других объективных признаков, чутко реагирующих на динамику процессов у больных на РДТ. Вслед за 2-м этапом РДТ (ЭКЭП) наступает **переходный этап (ПЭ)** продолжительностью 1-2 суток. Оба эти этапа соответствуют III клинической стадии РДТ.

Процесс восстановления (выхода из голодания, реалиментации, преадаптации к эндогенному питанию) включает три стадии.

**I стадия** - астеническая (стадия "нарастающего пищевого возбуждения на фоне



раздражительной слабости"). В большинстве случаев она продолжается 2-3 суток.

Особенностью этой стадии является то, что у больного насыщение наступает очень быстро и после приема небольшого количества пищи, но через 15-30 минут вновь возникает чувство голода. К концу этой стадии, как правило, возникает повышенный аппетит.

**II стадия** восстановительного периода - стадия вторичного пищевого возбуждения (интенсивного восстановления). Она может продолжаться 5-7 дней и более, в зависимости от срока разгрузочного периода. Сытость удерживается уже 3-4 часа, частота приемов пищи сокращается до 3-4 раз в день. Аппетит повышается, что требует большой осторожности, больные начинают набирать вес, устанавливается нормальный регулярный стул, улучшается настроение и самочувствие, отмечается повышение физической силы, появляется бодрость. Происходит нормализация биохимических показателей крови.

**III стадия** - стадия нормализации. Аппетит становится умеренным, настроение ровным. III стадия характеризуется полным восстановлением всех физиологических функций организма, стабилизацией массы тела.

I и II клинические стадии представляют единый **этап латентной компенсации израсходованных ресурсов (ЭЛКИР)**. Вслед за ним наступает **этап гиперкомпенсации ресурсов (ЭГКР)**, в процессе которого достоверно выявляется феномен "активации" метаболизма и защитных сил. Этот этап длится до 3-4 месяцев, за ним наступает **этап стабилизации (ЭС)**, в процессе которого выявляется феномен "тенденции к нормализации" высшей нервной деятельности и метаболизма.

### **Показания и противопоказания к проведению РДТ.**

#### ***Основные показания к применению РДТ:***

- гипертоническая болезнь I-II степени;
- нейроциркуляторная дистония по гипертоническому и смешанному типу (ограничение составляют НЦД по гипотоническому типу - существует возможность ортостатического коллапса);
- ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения I, II и III функционального классов;
- хронический обструктивный бронхит;
- бронхиальная астма;
- саркоидоз легких I и II стадии;
- хронический гастрит с секреторной недостаточностью и гиперацидным состоянием, гастродуоденит;
- хронический некалькулезный холецистит и панкреатит;
- дискинезия желчевыводящих путей, синдром раздраженной толстой кишки);

- Заболевания опорно-двигательного аппарата воспалительного и дистрофического генеза;
- Нейроэндокринные нарушения при хронических сальпингофаритах;
- аденома предстательной железы;
- алиментарно-конституциональное, диэнцефальное ожирение;
- резистентность к лекарственной терапии;
- кожные аллергозы (хронический аллергический дерматоз, нейродермит, псориаз, экзема);
- невроты, депрессивные состояния, вялотекущая шизофрения; пищевая и (или) медикаментозная аллергия.

### **Противопоказания к применению РДТ:**

#### ***Абсолютные противопоказания:***

- выраженный дефицит массы тела (более 15% от должных величин);
- злокачественные опухоли;
- активный туберкулез легких и других органов;
- бронхоэктатическая болезнь;
- системные заболевания крови;
- сахарный диабет I типа;
- тиреотоксикоз;
- нарушения сердечного ритма и (или) проводимости любого генеза;
- состояние после перенесенного крупноочагового инфаркта миокарда;
- сердечная недостаточность II Б - III степени;
- хронический гепатит и цирроз печени;
- хроническая почечная и почечная недостаточность любого генеза;
- тромбофлебит.

#### ***Относительные противопоказания:***

- ишемическая болезнь сердца с нарушениями ритма и сердечной недостаточностью выше II А стадии;
- выраженная гипотония;
- желчекаменная болезнь;
- мочекаменная болезнь;
- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;
- хроническая венозная недостаточность;
- сахарный диабет II типа;
- подагра;
  - лихорадящие состояния;
  - беременность и период лактации;
  - детский и старческий возраст больных.

### **Описание метода разгрузочно-диетической терапии (РДТ).**

Метод дозированного голодания, разработанный Ю.С. Николаевым и в последующие годы значительно дополненный другими специалистами по РДТ, заключается в добровольном воздержании от приема пищи с неограниченным (в случае полного голодания) употреблением воды и проведении ряда дезинтоксикационных гигиенических процедур (водные процедуры, ежедневные очистительные клизмы и т.п.) с последующим восстановительным диетическим питанием по особой схеме.

Разгрузочно-диетическая терапия может проводиться в специализированных отделениях стационара, в лечебных учреждениях санаторного типа, в некоторых случаях допустимо проведение курса лечения амбулаторно.

Лечебное голодание со сроком разгрузочного периода 14 дней и более рекомендуется проводить в специализированном отделении стационара.

При проведении РДТ выделяют подготовительный, разгрузочный и восстановительный период.

#### **Подготовительный период.**

В подготовительный период проводится индивидуальная и коллективная информационная подготовка пациентов к данному методу лечения, поскольку метод лечебного голодания подразумевает активное участие самого пациента, и он должен быть ознакомлен с сущностью метода, сроками проведения, основными изменениями в организме при пищевой депривации, с режимом лечения.

Для лечения дозированным голоданием выделяется специальная палата.

#### **Период разгрузки (непосредственно голодание).**

Длительность голодания дозируется индивидуально в зависимости от возраста, начальной массы тела, заболеваний больного.

В большинстве случаев курс лечебного голодания составляет от 7 до 21 дня. Как правило, терапевтический эффект достигается именно при данной длительности разгрузочного периода.

В профилактических целях можно порекомендовать краткосрочное голодание со сроком разгрузочного периода от 3 до 7 дней.

В течение всего разгрузочного периода должен сохраняться принцип добровольности.

#### **Период восстановления (выход из голодания или реалиментация).**

Восстановительный период по продолжительности должен быть равен или несколько длиннее двум третям разгрузочного периода. Он проводится с целью переключения организма пациента с эндогенного на экзогенное питание.

Восстановление проводится с использованием растительно-молочной диеты со строгой постепенностью ежедневного наращивания питания как по ассортименту, так и по объему продуктов и блюд, при постепенном снижении количества приемов пищи от 7-10 до 3-4 раз в день.

Основными принципами восстановительного питания являются: физиологичность и адекватность рациона, постепенность расширения диеты, дробность питания.

При выходе из голодания существует необходимость индивидуального назначения диеты с учетом нозологической формы заболевания пациента, начальной массы тела, срока разгрузочного периода, момента наступления кетоацидотического пика [4]. Результатом работы программы является расписанная по дням диета, распечатанный лист назначения.

В случае проведения разгрузочно-диетической терапии с профилактической и общеукрепляющей целью для практически здоровых людей режим практически не меняется.

### **Виды разгрузочно-диетической терапии (РДТ).**

Различают абсолютное (отсутствие пищи и воды), полное (отсутствие пищи с приемом воды), неполное (недостаточное поступление воды) и различные виды качественных голоданий (белковое, жировое, углеводное, витаминное и др.).

**Полное** или "влажное" голодание (без ограничения воды) наиболее широко используется в клинической практике РДТ. Сроки наступления стадий при проведении этого голодания описаны ранее.

#### **Абсолютное** или "сухое" голодание.

С физиологической точки зрения организм в процессе полного голодания не испытывает значительного дефицита жидкости, т.к. на каждый килограмм расщепляющейся жировой массы (или гликогена) освобождается до 1 литра эндогенной (метаболической) воды. Потери жидкости организмом на кожно-легочную перспирацию и диурез при обычных температурных условиях невелики и составляет от 1,5 до 2 л/сут. Таким образом, дефицит воды не превышает 0,5-1 литр ежедневно, что в условиях сниженного основного обмена веществ является вполне физиологически допустимым. Если абсолютное отсутствие воды и пищи не превышает 3-4 суток, то дегидратация организма не выходит за пределы легкой степени.

В клинической практике обычно применяют непродолжительное, 1-3 суточное абсолютное голодание. Слабительные средства и очистительные клизмы перед абсолютным голоданием и в процессе его обычно не назначаются.

Сроки наступления стадий разгрузочного периода сокращаются, стадия пищевого возбуждения продолжается несколько часов, стадия нарастающего кетоацидоза - от 1-х до 3-х суток.

При использовании "сухого" голодания наблюдается раннее начало и более

полное расщепление депонированных жиров. При абсолютном голодании достигаются более высокие концентрации биологически активных веществ, гормонов, иммунокомпетентных клеток и иммуноглобулинов в жидкостях организма [10,19].

"Сухое" голодание, вопреки устоявшемуся мнению, объективно переносится легче "влажного". При многих заболеваниях (бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, аллергозы и т.д.) показана более высокая эффективность "сухого" 3-х суточного голодания по сравнению с 3-х суточным "влажным" голоданием. Можно считать, что 3 суток абсолютного голодания соответствуют 7-9 суткам полного голодания без ограничения воды.

**Комбинированное абсолютное и полное лечебное голодание.** Методика последовательного применения 2-3-х суточного абсолютного и 10-14-ти суточного полного лечебного голодания.

При данной методике в течение 1-3 суток (по индивидуальной переносимости) пациентам предлагается воздерживаться от приема пищи и воды, очистительные клизмы не назначаются. Начиная со 2-4-х суток, пациенты возобновляют прием воды, ограничивая его до 10-12 мг/кг массы тела в сутки в течение всего разгрузочного периода, и продолжают полное голодание по обычной методике РДТ.

Ряд исследователей [15,27] отмечают, что использование комбинированного голодания позволяет достичь более раннего наступления ацидотического пика, большей редукции жирной массы тела. В случае лечения больных с артериальной гипертонией нормализация артериального давления наступает раньше, что сокращает сроки разгрузочного периода, и, соответственно, длительность стационарного лечения больных. Указанная методика является методом выбора при осложнении основного заболевания ожирением и отечным синдромом. Кроме того, комбинация сухого и влажного голодания хорошо переносится больными, оказывает лечебный эффект при сокращении общей продолжительности РДТ, оптимизирует сроки ее проведения вследствие более раннего наступления ацидотического криза.

#### **Фракционное лечебное голодание.**

Этот вид голодания предусматривает несколько (обычно 3), повторных и следующих один за другим циклов (фракций) РДТ. Средняя продолжительность разгрузочного периода при этом составляет 14 дней, общая продолжительность лечения - 6 месяцев. Возможно использование и полного, и комбинированного

лечебного голодания.

### **Ступенчатое лечебное голодание.**

При этом виде голодания предусматривается редуцирование продолжительности разгрузочного периода до первых клинических признаков появления ацидотического пика, т.е. перехода на эндогенное питание. После этого следует восстановительный период, равный по продолжительности половине разгрузочного (1-я ступень), после чего вновь следует голодание "до пика" (2-я ступень). Всего 3-4 ступени.

Применение данной методики целесообразно при плохой переносимости длительных сроков голодания при гипертонической болезни, особенно для пациентов старше 55 лет [15]. Методика может быть методом выбора у больных с повышенным риском проведения РДТ.

## **МЕТОДИКИ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (РДТ)**

В связи с тем, что наиболее распространенной в клинической практике полное лечебное голодание, заключающееся в отказе от приема любой пищи без ограничения жидкости (воды).

После подготовительного периода начинается истинное голодание (от 7 до 21 дня).

**Разгрузочный период.** В первый день голодания с целью очищения кишечника больной принимает солевое слабительное (обычно сернокислая магнезия 30-40 г сухого вещества или 150—200 мл 25% раствора), вечером делается очистительная клизма.

В последующие дни также проводится 1-2 раза в день очистительная клизма общим объемом 1,0—1,5 л воды температуры тела. Наряду с этим назначаются лечебная физкультура, прогулки на свежем воздухе (не менее 3-4 ч в день), водные процедуры (циркулярный душ, душ Шарко, соляно-хвойные ванны, бассейн), массаж, другие методы физического лечения парафин, электросон, грязелечение и т. д.). Объем физиотерапевтического лечения определяется строго индивидуально с учетом имеющегося заболевания.

Для глубокого очищения кишечника и усиления очистительного эффекта может быть использован метод гидроколонотерапии. В конце промывания по показаниям могут вводиться травяные отвары и бифидопрепараты. Количество процедур гидроколонотерапии - от 1 до 3 раз в неделю. Рекомендуется

проведение одной процедуры в начале голодания и одного после наступления ацидотического пика [22].

Сауна проводится в первые дни голодания, когда еще не выражены ортостатические реакции.

Режим назначается, как правило, активный - свободный или палатный.

В течение всего разгрузочного периода больным рекомендуется соблюдение режима дня, в соответствии с их возрастом и имеющимися заболеваниями. В качестве питья больными употребляется вода (минеральная, дистиллированная, кипяченая или родниковая), отвар шиповника, вода с лимонным соком, слабо заваренный зеленый чай, слабощелочная вода. Питье употребляется без ограничения - от 1 до 1,5 (иногда больше) литров в день, что обеспечивает дезинтоксикацию организма за счет поддержания адекватного диуреза. При наличии зябкости воду можно употреблять в теплом виде.

Во время голодания прекращается или значительно снижается объем медикаментов. В некоторых случаях (выраженная гипертензия, гормонозависимая бронхиальная астма и т. д.) допустим прием пониженных доз медикаментов в течение 3—7 дней разгрузочного периода. Категорически на протяжении всего разгрузочного периода запрещается курить, принимать алкогольные напитки.

Ночной сон должен составлять не менее 8—10 ч.

Рекомендуется также не менее 2—3 раз в день гигиенический туалет полости рта (чистка зубов, удаление налета с языка). Перед сном теплый душ. При выраженной сухости кожи можно применять гигиенические кремы.

В связи с возможным наступлением ортостатических реакций в виде головокружения, потемнения в глазах и пр., особенно в ночные часы, когда преобладает действие *p.vagus*, следует предупредить пациентов о необходимости плавного, нерезкого подъема с постели.

Ежедневно врачом осматриваются пациенты, измеряется артериальное давление, частота сердечных сокращений. В истории болезни отмечается динамика состояния пациентов, переносимость ими лечебного голодания.

При появлении тошноты в течение длительного времени, частой рвоты, головной боли, боли в животе показаны прием гидрокарбонатных минеральных вод, очистительные клизмы с 2% раствором соды. Проведение этих процедур позволяет улучшить состояние больных. При появлении неукротимой рвоты и электролитных расстройств лечение голодом необходимо прекратить.

С прекращением голода отменяются очистительные клизмы, массаж, все физиотерапевтические процедуры. При отсутствии самостоятельного стула в течение трех дней назначается клизма (можно с отваром слабительных трав) или растительные слабительные.

На первые 4-5 дней назначается щадящий режим с ограничением двигательной активности. Постепенно границы двигательной активности больного расширяется в зависимости от его самочувствия.

**Восстановление** начинается с использования растительно-молочной диеты со строгим ступенчатообразным ежедневным наращиванием питания как по ассортименту, так и по количеству с уменьшением количества приемов пищи от 7-10 в первые дни до 3-4 в день в последующем.

В первые дни восстановительного периода у больных быстро наступает чувство насыщения, даже при приеме небольшого количества пищи. В таких случаях не следует преодолевать это чувство насыщения и не обязательно употреблять всю порцию предложенной пищи. Как правило, через 1—2 ч у этих лиц вновь появляется чувство голода, что служит основанием для очередного приема порции сока, кефира и т. д.

При первых приемах концентрация пищи низкая (разведенность сока водой, насыщенность крупяного отвара и пр.), при повторных приемах она постепенно нарастает.

При выходе из голодания назначается восстановительная диета, особенностью которой в первые дни является исключение из рациона соли и белковых продуктов питания: зернобобовых, яиц, грибов, рыбы, мяса.

В восстановительный период лучше включать в диетическое питание свежеприготовленный сок из зеленых яблок, апельсинов, моркови, капусты или томатов. Помидоры можно использовать лишь в сезон и при отсутствии заболеваний суставов и позвоночника. При повышенной секреции желудка, которая обычно сопровождается изжогой, следует разбавить сок в 4 раза. Допустимо использование магазинных соков в том же ассортименте, соков из детского питания, не содержащих сахара или соли.

Для лиц с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, нарушениями обмена веществ (ожирение, дорсопатии и др.) предлагается вариант соко-овощной диеты (Приложение 1), для лиц с бронхиальной астмой аллергическими заболеваниями, заболеваниями желудочно-кишечного тракта предлагается гипоаллергенная диета на крупяных отварах (вариант № 2, Приложение 2).



Возможен также и смешанный вариант, когда назначается диета с приемом и соков, и крупяных отваров. Пример такой диеты для выхода их 7-ми дневного голодания приведен в Приложении 3.

В случае проведения разгрузочно-диетической терапии с профилактической и общеукрепляющей целью для практически здоровых людей режим практически не меняется.

**Возможные осложнения при проведении РДТ, мероприятия по их купированию и профилактике.**

**Обострение хронических очагов инфекции.**

При продолжительном лечебном голодании, более двух недель может наблюдаться обострение хронических очагов инфекции. Предполагается, что после 15 дней разгрузочного периода у большинства больных отмечается преходящая иммуносупрессия всех звеньев иммунной системы. Клиническая картина возникающего обострения зависит от имеющегося очага инфекции (хронический тонзиллит, пиелонефрит, аднексит) и общеинтоксикационным синдромом (лихорадка, слабость, потливость и т. д.). Обычно проводятся следующие профилактические мероприятия:

- исключение переохлаждения организма;
- соблюдение адекватного питьевого режима (не менее 1,5 л), а при наличии хронической инфекции мочевыводящих путей (можно назначать уросептическую фитотерапию);
- еженедельные 2-разовые тюбажи (карловарская соль, сорбит, ксилит) при наличии хронического холецистита;
- ежедневное 1 - 2-разовое полоскание зева слабым раствором перманганата калия или фурацилина при наличии хронического тонзиллита. Возможно применения трав.

В случаях выраженного обострения хронических очагов инфекции следует отменить лечебное голодание и назначить восстановительное питание в сочетании с лечебными мероприятиями по общепринятой методике.

Рекомендуется также применение различных методов немедикаментозной терапии с целью купирования обострений хронических очагов - Су-Джок, иглорефлексотерапии, назначение гомеопатических средств [2,3,8,20,24,31].

**Тяжелое течение стадии нарастающего кетоацидоза.**

В 3-5 % случаев, обычно в процессе стадии нарастающего кетоацидоза, могут наблюдаться изнуряющая тошнота, многократная (вплоть до неукротимой)

рвота, схваткообразные боли в животе и выраженная общая слабость. В этих случаях рекомендуют употребление щелочных минеральных вод (Боржоми, Славяновская, Арзни и др.) или прием гидрокарбоната натрия по 2,0—3,0 г каждые 2—3 ч.

При многократной рвоте рекомендуются промывание желудка 3—5% раствором гидрокарбоната натрия, повторные клизмы раствором той же концентрации, при отсутствии эффекта — внутривенные вливания 300—500 мл 5% раствора соды. В случаях неукротимой рвоты голодание прерывается и назначается восстановительное питание. В некоторых случаях при стойкой психологической установке больного на лечение голодом допускается так называемая «ступенька», когда после 2—3 дней восстановительного питания вновь назначается полный голод. Как правило, при повторном курсе стадия нарастающего кетоацидоза переносится больными легче, и это позволяет провести полный курс разгрузочной терапии.

Тяжелое течение стадии нарастающего ацидоза обычно отмечается у больных, длительное время страдающих хроническими заболеваниями, а также у пациентов в пожилом возрасте, когда криз наступает позже, обычно на 8-12 день голода.

#### **Ортостатический обморок (коллапс).**

В некоторых случаях, обычно у пациентов, склонных к гипотонии, может наблюдаться ортостатическая реакция в виде обморока (коллапса). В связи с этим пациенты должны быть предупреждены о необходимости медленного вставания с постели, особенно в ночные часы. Они должны избегать резких движений. Категорически запрещается курение.

В случае возникновения обморочного состояния применяются обычные в таких случаях меры: придание больному горизонтального положения с приподнятыми нижними конечностями, обеспечение притока свежего воздуха, ингаляции кислорода, вдыхание нашатырного спирта, введение кофеина, кордиамина в половинной дозировке (на фоне голода чувствительность к различным медикаментам возрастает).

#### **Судорожный синдром.**

В редких случаях при длительных сроках голодания (свыше 23—25 сут.) могут возникать тонические судороги пальцевой, икроножной и (или) жевательной мускулатуры. Это, как правило, обусловлено сдвигами в водно-солевом обмене. В подобных ситуациях бывает достаточным назначение 1%

раствора поваренной соли в количестве 150—200 мл внутрь. Раствор соли дается в теплом виде 4—5 раз в день.

#### **Почечная колика.**

Профилактика подобного осложнения - соблюдение адекватного питьевого режима - обильное питье, не менее 1,5 литров в сутки и применение гидрокарбонатных минеральных вод на стадии нарастающего кетоацидоза. При развитии почечной колики проводятся общепринятые лечебные мероприятия: назначаются спазмолитики, холинолитики, анальгетики, тепло на поясницу и или теплая ванна.

#### **Нарушение сердечного ритма и проводимости.**

Наблюдается редко. Обычно при наличии сердечно-сосудистой патологии в анамнезе. В основе, как правило, лежит снижение концентрации ионов калия в крови и тканях организма. Чаще всего проявляется желудочковой экстрасистолией. В случаях ее появления назначаются препараты калия (панангин, аспаркам и другие препараты калия) и  $\beta$ -адреноблокаторы (обзидан или анаприлин, четверть или половина дозы). При отсутствии эффекта и сохраняющейся экстрасистолии на протяжении последующих 1—2 дней отменяется голодание и назначается восстановительное питание в сочетании с продолжающимся приемом препаратов калия.

#### **Острые эрозивно-язвенные изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.**

Данное осложнение встречается крайне редко. Прогностические критерии возможного осложнения со стороны гастродуоденальной слизистой оболочки при РДТ до настоящего времени не разработаны. Это требует эндоскопического контроля, особенно при впервые проводимом курсе лечебного голодания. Показаниями для фиброгастродуоденоскопии является наличие стойкой боли в эпигастральной области, изжоги, отрыжки, сохраняющихся длительное время. При наличии острых эрозивно-язвенных изменений слизистой оболочки, появившихся на фоне разгрузочного периода, разгрузочный период прекращается, назначается восстановительная диета (вариант №2), медикаментозные средства (альмагель, викалин и др.). Как правило, на фоне этих мероприятий происходит быстрая (в течение 10 - 14 дней) эпителизация имеющихся эрозий или острой язвы, что позволяет рассматривать их как проявление стресс-синдрома.

#### **«Солевые» отеки.**

«Солевые» отеки могут возникать в восстановительном периоде РДТ при несоблюдении назначенной диеты и преждевременным употреблением поваренной соли, в результате чего возникает отечность подкожной клетчатки, особенно под глазами. Нарушение диеты может выражаться не только в употреблении большими непосредственно поваренной соли, но и чрезмерном введении ее с пищей (черный хлеб, соленое масло, сыр и т. д.).

Появление отеков сопровождается чувством тяжести в голове или головной боли, вялости, снижением диуреза, значительным увеличением в течение суток массы тела (до 1,5—2 кг). В таких случаях обычно назначают бессолевую диету, и в течение 1—2 суток отеки исчезают самостоятельно. Чтобы ускорить их исчезновение, назначают мочегонные (почечный чай, гипотиазид) или слабительные средства (20—30 г сернокислой магнезии). Профилактика состоит в исключении поваренной соли на весь восстановительный период.

#### **Синдром «пищевой перегрузки».**

Может возникнуть в первые дни восстановительного питания чаще всего при несоблюдении больным предписанного рациона и режима питания (переедание). Возникают чувство тяжести и переполнения в эпигастрии, тошнота, рвота, нарушение стула. В случае переедания необходимо по возможности полно освободить желудочно-кишечный тракт от пищи промыванием желудка и приемом слабительных, после чего в течение одних суток больному рекомендуется воздерживаться от приема пищи. Профилактические мероприятия заключаются в строгом соблюдении предписанного рациона и режима питания.

#### ***Показанием для прекращения курса лечебного голодания являются:***

- отказ пациента продолжать РДТ;
- тяжелое течение кетоацидоза, не купируемое гидрокарбонатами;
- появление общей слабости, достигающей адинамии;
- повторные ортостатические обмороки;
- возникновение стойкой синусовой тахикардии (110— 120 уд./мин и более) или выраженной синусовой брадикардии (50 уд./мин и менее);
- стойкие нарушения сердечного ритма и (или) проводимости;
- появление признаков нарастающей сердечной слабости;
- возникновение острых эрозивно-язвенных изменений слизистой оболочки гастродуоденальной области;
- появление острой печеночной или почечной колики;

- увеличение аланин-аминотрансферазы, аспартатамино-траисферазы и (или) прямого билирубина более чем в 2 раза выше нормы; При проведении краткосрочных курсов голодания у практически здоровых людей контроль за уровнем ферментов необязателен

- снижение массы тела более, чем на 15% от исходной.

### **Сочетание разгрузочно-диетической терапии с другими методами немедикаментозной терапии.**

В последнее время особое внимание уделяется поиску новых модификаций РДТ, возможному сочетанию метода лечебного голодания с другими методами немедикаментозного лечения (дыхательная гимнастика, Су-Джок терапия, иглорефлексотерапия, гидроколонотерапия и др.). Изучение РДТ направлено на внедрение в практику комплексного лечения больных. Многие специалисты указывают на значительное усиление эффекта терапии при сочетанном применении традиционных методов, возводя даже в правило обязательность сочетания максимально возможного числа немедикаментозных методов [2,3,15].

В основном применение дополнительных методов немедикаментозной терапии во время проведения РДТ может быть использовано:

- для купирования различных осложнений во время разгрузочного периода - при диспептических явлениях, при обострении ронического заболевания, нарушении сердечной проводимости и ритма;

- для лечения основного заболевания;
- в качестве дезинтоксикационных мероприятий;
- для усиления неспецифического действия голода и повышения реактивности пациента.

Рассмотрим некоторые особенности использования этих методов в практике лечебного голодания

**Иглорефлексотерапия.** Многие специалисты по РДТ указывают на усиление лечебного эффекта при сочетанном применении лечебного голодания и иглорефлексотерапии (ИРТ) [2,8,15].

Рефлексотерапия эффективна и при купировании осложнений. Исследование состояния биологически активных точек по методу Накатани у пациентов, проходящих курс РДТ [4,24], показали, что во время голодания здоровых пациентов выявляется паттерн голодания, характеризующийся пониженными значениями показателей активности меридианов IG, P, MC, C и

повышенными значениями меридианов RP и V по сравнению с исходными.

Отличительной особенностью паттерна голодания у больных с артериальной гипертонией является повышенная активность меридианов MC и C по сравнению с этими показателями в группе практически здоровых лиц.

При проведении лечения и выбора биологических точек для воздействия рекомендуется соблюдение следующих правил [24]:

1. С особой осторожностью необходимо осуществлять воздействие на меридианы, которое бы «сглаживало» паттерн голодания, - повышать активность меридианов C, MC, P, IG и понижать активность меридианов RP и V.

2. Допускается воздействие на те меридианы-маркеры, состояние которых не соответствует паттерну голодания. В этом случае состояние меридианов оценивается методом электропунктурной диагностики по Накатани.

3. Допускается любое по усмотрению врача-рефлексотерапевта воздействие на те меридианы, которые не являются меридианами - маркерами (TR, GI, F, R, VB, E).

**Гомеопатическое лечение.** Действие гомеопатических лекарств, в состав которых входят продукты растительного, минерального и животного происхождения, направлены не на конкретную болезнь, а на тонкие механизмы систем регуляции. 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.

В подготовительном и восстановительном периодах РДТ могут употребляться любые формы гомеопатических препаратов (капли, порошки, настойки, гранулы, масла, оподельдоки и др.). Во время разгрузочного периода применяемые per os гранулы, изготовленные на основе молочного сахара, следует растворить в холодной воде (из расчета 8-10 гранул на 50 мл. воды), тщательно перемешать после растворения и принимать по назначенной схеме, другие лекарственные формы принимать как обычно.

Рассмотрим возможные варианты использования гомеопатии во время РДТ [3].

В подготовительный период целесообразно назначать дренажные препараты. Дренажные средства - это органотропные, окальнодействующие средства, улучшающие метаболизм и устраняющие эндогенную интоксикацию на клеточном уровне, усиливающие выделительную функцию того или иного органа.

Практически всем пациентам в подготовительном периоде можно назначать дренажные препараты толстого кишечника - Chelidonium D3, Berberis D3, Nuxvomica D3. В разгрузочный период - дренажные препараты печени и желчного пузыря - Chelidonium D3, Berberis D3, Chamomila D3. В зависимости от нозологической формы можно назначать дренажные препараты бронхо-легочной системы, сосудов, почек, поджелудочной железы, желудка и т.д.

В разгрузочный период РДТ использование гомеопатических препаратов в ряде случаев позволяет успешно справиться с осложнениями. Так, например, при тошноте нужно назначать препараты мяты, при сердцебиении назначают один из препаратов Cactus D3, Spigelia D3, Kalmia D3, Kalium carbonicum D3 и др.

Кроме того, назначение гомеопатических средств, которые подобраны индивидуально с учетом множества признаков и особенностей, как самого заболевания, так и больного усиливает лечебный эффект РДТ.

**Су-Джок терапия.** Один из методов воздействия на точки акупунктуры. Отличается легкостью освоения метода и простотой нахождения точек.

Су-Джок терапия может быть применена при обострении хронических очагов - по 1 или нескольким системам соответствия воздействуют на точки кистей и стоп, соответствующим больному органу или части органа. Например, приемы Су-Джок терапии используются для облегчения болевых синдромов при почечной или желчной колике.

Пример лечения основного заболевания - воздействие на точки, соответствующие суставам, на пальцах рук у больных с хроническим ревматоидным артритом [31].

**Методы физической терапии.** Методы современной физиотерапии очень разнообразны, поэтому они могут применяться не только для усиления выделительного и дезинтоксикационного эффекта при РДТ (сауна, различные водные процедуры, гидроклонолтерапия и др.), но и для купирования обострения хронических заболеваний в разгрузочном периоде (гальванизация, импульсная электротерапия, лазеротерапия, магнитотерапия, грязевые аппликации и пр.).

Физиотерапевтические процедуры могут значительно усилить лечебное воздействие РДТ при хронических заболеваниях. Так, при бронхиальной астме применяется грязевые аппликации и массаж грудной клетки, специальные дыхательные упражнения, гипоксические процедуры.

**Фитотерапия.** Накоплено много данных об успешном применении фитотерапии при РДТ. Отвары трав используются в качестве промывной жидкости для очистительных клизм, при обертывании, полоскании горла, проведения тюбажей и т.д.

Растительные уросептики применяются для профилактики урогенитальной инфекции во время разгрузочного периода. В качестве поддерживающей терапии при заболеваниях сердечно-сосудистой системы во время голода назначаются настои и отвары трав (пустырник, укроп, валерьяна, ромашка, лопух и т.д.).

**Тюбаж** желчного пузыря, печени и желчевыводящих протоков. Данная процедура показана к проведению не только в указанных выше случаях, но и в 90% случаях у практически здоровых людей, когда при ультразвуковом обследовании обнаруживаются застойные явления в желчном пузыре и желчевыводящих протоках. Дополнительным показанием для проведения тюбажа является возникающий в первые дни разгрузочного периода застой желчи в желчном пузыре и желчевыводящих путях. Что клинически проявляется диспептическими явлениями в виде тошноты, горечи во рту.

До и после проведения тюбажа проводится УЗИ контроль для выявления противопоказаний и оценки очистительного эффекта тюбажа.

Один из возможных вариантов тюбажа представлен в Приложении 4.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА РДТ**

Метод разгрузочно-диетической терапии был применен 453 больным с различной патологией с сопутствующим конституционально-алиментарным ожирением II и III степени. Полученные результаты представлены в таблице 2.

**Таблица 2 Эффективность применения метода разгрузочно-диетической терапии при различных заболеваниях (при 14 дневном курсе).**

Нозологическая форма	Количество больных	Эффективность лечения		
		Выраженный клинический эффект (потеря веса от 10% до 15% исходной массы тела)	незначительный эффект (потеря веса от 5% до 7% от исходной массы тела)	худше
Конституционально-алиментарное ожирение II степени	78	71(91%)	7(9%)	-
Конституционально-алиментарное ожирение III степени	120	115(95,8%)	5(4,2%)	-



Диэнцефальное ожирение	35	10(28,6%)	25(71,4%)	-
Гипертоническая болезнь I и II степени	65	58(89,2%)	7(10,8%)	
Экзема	26	18(69,2%)	8(30,8%)	-
Хронический атопический дерматит	21	15(71,4%)	6(28,6%)	-
Нейродермит	18	13(72,2%)	5(27,8%)	-
Псориаз	15	9(60%)	6(40%)	-
Неврозы, депрессивные состояния	24	16(66,7%)	8(33,3)	
Синдром раздраженной кишки	51	27(52,9%)	24(47,1%)	-
<b>Всего:</b>	<b>453</b>	<b>352(77,7%)</b>	<b>101(22,3%)</b>	<b>-</b>

Как видно из таблицы 2, выраженный клинический эффект от применения метода разгрузочно-диетической терапии, проявляющийся в потере массы тела на 10% и более процентов и регрессе основных клинических проявлений при различных заболеваниях составил 77,7%. У остальных больных (22,3%) потеря массы тела была менее 10%, что сопровождалось регрессом отдельных симптомов заболевания.

Таким образом, разгрузочно-диетическая терапия является эффективным методом снижения массы тела и лечения больных различными заболеваниями, в патогенезе которых важную роль играет ожирение.

#### Приложение 1.

#### **Диета восстановительного периода (вариант №1, на соках) после разгрузочного периода сроком 7 дней.**

1 день - в течение дня употребляется сок, разведенный водой (1:1), общим количеством 0,7-1,2 литра. Концентрация сока увеличивается к концу дня, между приемами пищи можно употреблять воду.

2 день - до обеда чистый сок - 2-3 приема, после обеда - фрукты или овощи, желателно в тертом виде.

3 день - овощи, фрукты. Вводится каша на воде, хлеб, сухофрукты.

4 день - в меню добавляется отварные овощи, фрукты, вегетарианские супы, подсолнечное масло.

5 день - добавляется кисломолочные продукты (кефир, ряженка и пр.), в небольших количествах сливочное масло.

6 день - в рацион вводят сыр, сметану, соль.

7 день - добавляют яйца, творог.

После 7 дня восстановительного периода в рацион постепенно вводят продукты с высоким содержанием белка, сначала рыбу, зернобобовые продукты, потом птицу, мясо.

Приложение 3.

**Восстановительная диета после 7-ми дневного разгрузочного периода (смешанный вариант).**

Выход из голода рассчитан на 7 дней. Часы приема пищи указаны ориентировочно и могут сдвигаться в ту или иную сторону, в зависимости от режима пациента.

**1-й день.**

9 часов. Овсяный кисель из расчета 1 ст. л. геркулеса, отечественного производства без пищевых добавок на 1 стакан воды. Варить на медленном огне 10-15 минут.

12 часов. Повторный прием киселя.

15 часов. Прием 50% сока, лучше свежеприготовленного из зеленых яблок или апельсинов или моркови или капусты или томатов. Помидоры можно использовать лишь в сезон и при отсутствии заболеваний суставов и позвоночника. При повышенной секреции желудка, которая обычно сопровождается изжогой, следует разбавить сок в 4 раза. Допустимо использование магазинных соков в том же ассортименте, соков из детского питания не содержащих сахара или соли.

18 часов. Повторный прием 50% сока.

21 час. 0,5 стакана 50% сока.

**2-ой день.**

Прием тех же соков, но уже 75%. При заболеваниях желудочно-кишечного тракта чередование 50% сока с овсяным киселем.

**3-й день.**

9 часов. При отсутствии стула - прием заваренных кипятком за 2 часа до приема 6-7 ягод чернослива. При восстановленной функции кишечника вместо чернослива принимается тертая морковь с 1ст.л. 10% сметаны.

12 часов. Один из перечисленных далее фруктов: зеленое яблоко или апельсин или 2 мандарина или 1 стакан ягод сезона.

15 часов. 75% сок.

18 часов. Салат из огурцов, салатного листа, петрушки и укропа.

Заправить салат можно 1-ой ч.л. любого растительного масла

21 час. 0,5 стакана жидкости с сухофруктами на выбор: 1 ст.л. изюма или 2 шт. кураги или 2 шт. чернослива. В последующие дни на 21 час рекомендации те же.

#### **4-й день.**

9 часов. Обезжиренный или с низким содержанием жира жидкий кисло-молочный продукт, желательна с «био» культурами: 1% « био» кефир, обезжиренный йогурт.

12 часов. Если за этот период работа кишечника нормализовалась, рекомендуем приготовить винегрет: свекла, морковь, 1 столовая ложка квашеной капусты, небольшое количество картофеля, укроп, петрушка, зеленый горошек, 1ст.л. растительного масла. При отсутствии стула - салат «Метла»: свежие, натертые на терке морковь и свекла по одной части и три части мелко нарезанной свежей капусты, четверть зеленого яблока и 1 ст.л. растительного масла. Объем салата увеличить до 2-х стаканов.

15 часов. Фрукты. См. выше.

18 часов. Салат. См.3-й день.

#### **5-й день.**

9 часов. 100 грамм диетического творога.

12 часов. Гречневая каша без добавления молока и сливочного масла.

15 часов. Салат см. 3-й день.

18 часов. 100 г тертого сыра, белых сортов, с низким содержанием жира типа «адыгейского» или вымоченной брынзы или домашнего сыра. Добавить до 1 стакана мелко нарезанной зелени.

#### **6-й день.**

9 часов. Одно яйцо всмятку, с зеленью. При миомах яйцо заменить на диетический творог.

12 часов. Фрукты.

15 часов. Любые овощи, кроме картофеля в отварном или тушеном виде. Можно использовать замороженные смеси из овощей, приготовить вегетарианский суп.

18 часов. 100 г не жирной рыбы, по калорийности не превышающей 40-50 ккал. Способ приготовления любой, кроме поджаривания. Сочетать с салатом из зелени.

#### **7-й день.**

9 часов. Жидкий кисломолочный продукт в виде йогурта или 1% кефира.

12 часов. Салат. См. 3-й день.

15 часов. 100 г куриного мяса без жира и кожи. Способ приготовления любой, кроме жарки. Зеленый салат.

18 часов. Фрукты. См. 3-й день.

Приложение 4.

### **Тюбаж печени, желчного пузыря и желчевыводящих протоков.**

До проведения данной процедуры назначается ультразвуковое обследование для выявления противопоказаний к проведению тюбажа (как правило, это наличие крупных камней в желчном пузыре). После тюбажа также проводится УЗИ для оценки очистительного эффекта.

Перед тюбажом желательно очистить кишечник - глубокое очищение кишечника (гидроколонотерапия).

Для рефлекторного воздействия на область печени используется аппарат магнитотерапии «МИЛТА», возможно дополнительное воздействие с помощью приемов Су-Джок терапии или классической иглорефлексотерапии.

В день проведения тюбажа пациент принимает желчегонные травы (официальный сбор №2 или сбор №3) до 500 мл. После чего местно прогревается область печени в течение 60 минут.

Через 3-4 часа делается очистительная клизма.

### **Литература**

1. Алгазин А.И., Савенков Ю.И., Машкин И.Л. Влияние РДТ на выраженность аллергических процессов у больных атопической бронхиальной астмой. // Сб. "РДТ в клинике внутренних болезней". - М.,1993.-с.63.
2. Оганова А.Г., Вуколова З.П., Ашихмина М.В., Ермолин С.Н. Сочетание иглорефлексотерапии и разгрузочно-диетической терапии у больных с различными формами гипотиреоза.// Военно-медицинский журнал.- 1998, №10, с. 137-138.
3. Ашихмина М.В. О возможности применения гомеопатических препаратов во время разгрузочно-диетической терапии.//Разгрузочно-диетическая терапия и традиционная терапия. Сб. научных трудов. - С-Пб., 2003. - с. 108-110.
4. Ашихмина М.В. Автоматизированная система поддержки врачебных решений по управлению разгрузочно-диетической терапией на основе метода Накатани. Автореф. дис. к.м.н.. 24 с. М., 1998.
5. Бакалюк О.И., Лобков В.В., Ловицкий В.И., Середюк Н.З. Оценка влияния РДТ на систему гемодинамики у больных гипертонической болезнью и атеросклерозом. // Сб. "РДТ в клинике внутренних болезней". - М.,1993.-

- с.45.
6. Бакалюк О.И., Седюк Н.З., Охримович Л.М., Жура И.И. Биоэлектрическая активность миокарда у больных гипертонической болезнью в процессе РДТ. // Сб. "РДТ в клинике внутренних болезней".-М.,1993.- с.45-46.
  7. Боев И.В. Динамика умственной работоспособности у больных невротической депрессии. // Сб. "РДТ нервно-психических заболеваний".-М., 1976.
  8. Вуколова З.П., Оганова А.Г., Ашихмина М.В. Опыт лечения гипертонической болезни сочетанием иглорефлексотерапии и разгрузочно-диетической терапии. // Тер.архив. - 1998, №8, с.41-45.
  9. Гандин А.Б., Крылов А.А., Валеева Г.А. Функциональное состояние печени в процессе разгрузочно-диетической терапии. //Сб. "РДТ в клинике внутренних болезней".- М.,1993.- с.76-77.
  10. Дайняк А.Н. Материалы к изучению эффективности метода РДТ при псориазе. // Сб.науч.тр "РДТ психич. и соматич. заболеваний и ее физиологич. механизмы".- М.,1978.
  11. Дорхов Г.Ю. Влияние разгрузочно-диетической терапии на клинико-иммунологические показатели больных ожирением. Автореф. дис.к.м.н.. 28 с. С-П., 1996.
  12. Закиров В.А. Ближайшие и отдаленные результаты РДТ больных БА. // Сб. "РДТ в клинике внутренних болезней". - М.,1993.- с.63-64.
  13. Кокосов А.Н. Методика РДТ и ее особенности у больных бронхиальной астмы. // Сб.науч.тр. "РДТ бронхиальной астмы". -Л.,1978. -с.5-9.
  14. Кокосов А.Н., Луфт В.М., Ткаченко В.И. и др. Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней. - С-П., Из-во «Специальная литература», 1994, 56 с.
  15. Кокосов А.Н., Черемнов В.С. Астматический бронхит и бронхиальная астма: физическая и медицинская реабилитация больных. - Минск, Из-во «Беларусь», 1995 - 185с.
  16. Комаров Ф.И. Актуальные проблемы клиники внутренних болезней на современном этапе.//Тер. архив. - 1982, №1. - с. 15-20.
  17. Методические рекомендации по дифференцированному применению разгрузочно-диетической терапии (РДТ) при некоторых внутренних и нервно-психических заболеваниях. Москва, 1990. с.28.
  18. Миняйленко М.И. Лечение больных дозированным голоданием ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки. //Сб.тр.НИИ психиатрии МЗ СССР "Проблемы леч. голодания."-М.,1969.- т.57.- с.243-249
  19. Моисеев Н.В., Гаврилова Н.Л., Король О.И., Немцов В.И., Трофимов В.И. Клинико-иммунологические исследования эффективности РДТ больных инфекционно-аллергической формой БА. //Сб.науч.тр "РДТ психич. и соматич. заболеваний и ее физиологич. механизмы".-М., 1978.
  20. Николаев Ю.С. Место РДТ среди современных методов лечения нервно-психических заболеваний. // Сб. "РДТ нервно-психических заболеваний". - М.,1976.

21. Николаев Ю.С. Инструктивно-методическое письмо в АН СССР "Лечение нервно-психических заболеваний дозированным голоданием". - М.,1969.
22. Погудина В.А. Лечебное голодание и гидроколонотерапия, возможности их совместного применения.// Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней: перспективы внедрения метода в системе здравоохранения и санаторно-курортного лечения - СПб: Лань, 2001. с.87-89.
23. Полищук Ю.И. Опыт применения РДТ в психиатрической практике. // Сб. "РДТ в клинике внутренних болезней". - М.,1993.-с.110-113.
24. Применение системы экспресс-диагностики по Накатани «Диакомс» при ведении пациента, проходящего курс разгрузочно-диетической терапии и иглорефлексотерапии. Методические рекомендации.,М., 1998. (в соавторстве с Огановой А.Г., Устиновым А.Г., Котеневой В.М., Гойденко В.С.).
25. Семичев СБ. О прогностическом значении обострения симптомов болезни в разгрузочном периоде при лечении больных шизофренией дозированным голоданием. //Сб.тр. НИИ психиатрии МЗ СССР "Проблемы леч.голодания."- М.,1969.-т.57.-с.99-102.
26. Рысин Г.Б. Перспективы применения РДТ при диффузном нейродермите. // Сб.науч.тр "РДТ психич. и соматич. заболеваний и ее физиологич. механизмы".- М.,1978.
27. Савенков Ю.И., Титова Л.А. Влияние лечебного голодания на менструальную функцию и плодовитость у ожирелых женщин с нарушенным менструальным циклом и бесплодием .// Сб. "РДТ в клинике внутренних болезней".- М.,1993.- с.113-115.
28. Федотов Д.Д., Николаев Ю.С. Практическое значение РДТ с позиций саногенеза. // Сб. "РДТ нервно-психических заболеваний".-М.,1976.
29. Федотов Д.Д., Николаев Ю.С, Шапиро Ю.Л. и др. Опыт лечения тучности методом полного голодания. //Сб.тр.НИИ психиатрии МЗ СССР "Проблемы леч.голодания."-М.,1969.-т.57.-с.205-216.
30. Черемнов В. Биобилдинг. Снижение веса, коррекция фигуры, предупреждение ошибок и осложнений. Витебск, 1996.
31. Шагдурова А.Д. Из опыта применения разгрузочно-диетической терапии на курорте Аршан.// Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней: перспективы внедрения метода в системе здравоохранения и санаторно-курортного лечения - СПб: Лань, 2001. с.118-120.
32. Benedict F.G. A study of prolonged fasting.- Washington, 1915.
33. Kernolt P.K., Nanghton J.L., Driscoll C.L. Fasting: the history, pathophysiology and complications. // West. J. Med. 1982, v.137, p.379-399.