

составляет от 66,77% в 2014 году до 70,66% в 2016 году.

Вирусный гепатит А в Варненском районе ниже среднего по стране. Одиночные случаи, зарегистрированные случаи заболевания лептоспирозом, листериозом, ботулизмом, отсутствием бруцеллезных заболеваний.

Список литературы

Валканова Н., Романова Х., Паунов Ц. и др. Влияние наводнений в 1986 и 1999 гг. по кишечным инфекционным заболеваниям в Варненской области, Научные сообщения СУБ, Филиал Добрич, 2001, том 3, Медицина, 114-124

Валканова Н., С. Станева, Р. Кантангинов и др. Эко-аспекты вибрионов в Варненской области и состояние эпидемической системы. Наблюдение, СУБ - Добрич, Том 6, № 1/2004, 148 – 152

Георгиев П., Ранчов Г., Драганов П. и др. Нозогеографические исследования по распространению некоторых инфекционных заболеваний в Болгарии. Infectology., 30, 1993, 1, 6-11

Капустин Д. В., Е. В. Жираковская, С. Н. Соколов, Н. И. Хохлова, Е. И. Краснова, Н. В. Тикунова Вирусные диареи в структуре острых кишечных инфекций у взрослых жителей новосибирска "Медицина и образование в Сибири" № Спецвыпуск - 2016 г. 14.00.00 Медицинские науки (14.01.00 Клиническая медицина)УДК 616.314-008.314.4-022-053.8(571.4)

УДК 615.83

<http://ngmu.ru/cozo/mos/article/abauthors.php?id=2048>

Константинов Р., М. Коларова, А. Кирчева, С. Паунов, Е. Иванова, С. Станева, А. Баева, Эпидемиологические особенности кишечных инфекций и вирусных гепатитов в Варненской области за период 2008-2017 гг. Материалы Второй национальной конференции по эпидемиологии 27-29 сентября 2018 года, Пловдив, 40.

Рибарова Н., Ю. Стойлова, Н. Валканова и др., Эпидемиология инфекционных заболеваний, Издательство Симелпрес, София, 2011,447

Farthing MJ. Diarrhoea: a significant worldwide problem. International Journal of Antimicrobial Agents. 2000;14:65–69. [PubMed] [Google Scholar]

Kaferstein FK. Food Safety: a commonly underestimated public health issue. World Health Statistics Quarterly. 1997;50:3–4. [PubMed] [Google Scholar]

Todd EC. Epidemiology of food borne diseases: a worldwide review. World Health Statistics Quarterly. 1997;50:30–50. [PubMed] [Google Scholar]

Mead PS et al. Food-related illness and death in the United States. Emerging Infectious Diseases. 1999;5:607–625. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Scallan E1, Griffin PM, Angulo FJ, Tauxe RV, Hoekstra RM Foodborne Illness Acquired in the United States—Unspecified Agents Emerg Infect Dis. 2011 Jan; 17(1): 16–22.

ПРИНЦИПЫ СОСТАВЛЕНИЯ ПРОГРАММ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Остапишин В.Д.

Научно-исследовательский центр курортологии и реабилитации – филиал ФГБУ

«Северокавказский федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства»

в городе Сочи

Санаторий «Авангард» - филиал ФГБУ «Детский медицинский центр»

Управления делами Президента Российской Федерации,

г. Сочи

DOI: [10.31618/ESU.2413-9335.2019.2.69.521](https://doi.org/10.31618/ESU.2413-9335.2019.2.69.521)

PRINCIPLES OF PROGRAMMING OF MEDICAL REHABILITATION

Ostapishin V.D.

Scientific-research centre of balneology and rehabilitation — a branch of FSBI

“North Caucasian federal scientific-clinical centre of Federal Medical Biological Agency”,

Sochi

Sanatorium “Avangard” - a branch of FSBI “Children's medical centre”

Presidential Property Management Departments of the Russian Federation,

Sochi

АННОТАЦИЯ

Принципы, которые мы применяем для управления функциональным состоянием организма, использует и сам организм для самоуправления. В основе самоуправления организма лежит периодическая закономерность развития реакций и состояний реактивности, принцип дискретности и т.д. Необходимо подчеркнуть, мы достигаем эффекта именно потому, что используем закономерности, свойственные

самому организму, а не идем против них. Мы хотим подчеркнуть роль «резонансной» энергии, получаемой организмом из внешней среды, по-видимому, в соответствии с естественными частотами организма и его подсистем при разных адаптационных реакциях и состояниях ареактивности. Свойство организма выбирать резонансным путем в качестве управляющего малый по абсолютной величине фактор дает возможность самоподдерживать состояние, т.е. лежит в основе самоуправления. Это также позволяет целенаправленно поддерживать благоприятное состояние с помощью соответствующих воздействий как колебательной, так и не колебательной природы.

ANNOTATION

The principles that we apply to the management of the functional state of the organism, uses the organism itself for self-management. In the basis of self-management of the organism there is also a periodic pattern of development of reactions and states of areactivity, the principle of discreteness, etc. it is necessary to emphasize that we achieve the effect precisely of perspiration, that we use regularities peculiar to the organism itself, and do not go against them. We want to emphasize the role of the "resonance" energy received by the body from the external environment, apparently in accordance with the natural frequencies of the organism and its subsystems under different adaptive responses and states of areactivity. The property of the organism is chosen in a resonant way, as a manager, a factor small in absolute value makes it possible to self-sustain a state, i.e. underlies self-government. It also allows purposefully to maintain a favorable state with the help of appropriate influences of both vibrational and non-vibrational nature.

Ключевые слова: программы медицинской реабилитации, самоуправление организма, функциональные блоки, лечебное питание, адаптивные реакции, механизмы саморегулирования.

Keywords. Medical rehabilitation, programs, principles, organism, self-management of the organism, functional blocks, dietetic, therapeutic diet, diet, individual therapeutic diet, hypercholesterolemia, vitamins, adaptive reactions, discreteness, self-regulation mechanisms, musculoskeletal activity, prognosis.

Составление программ медицинской реабилитации (МР) происходит на основе теории функциональных блоков [1, 2]. Программы МР включают следующие функциональные блоки: диетологический, диагностический, опорно-двигательная активность, психолого-психофизиологический оценка эффективности, прогноз [2-6]. Рассмотрим один из них:

Принципы диетического питания. Лечебное питание должно способствовать направленному воздействию на обмен веществ и предотвращению обострения заболевания [7]. В частности, при гипертонической болезни предпочтение отдают диетам со значительным ограничением употребления поваренной соли, способствующим снижению артериального давления (АД). При ишемической болезни сердца (ИБС), протекающей на фоне атеросклероза и повышенного уровня холестерина в крови, из диеты исключают продукты, богатые животными жирами и холестерином.

Важное значение имеет режим питания, связанный с биоритмологическими и физическими аспектами работы организма, при котором время приема пищи и ее количество способствуют уменьшению действия вредных факторов [2, 7], особенно при сочетании заболеваний сердечно-сосудистой системы с ожирением и сахарным диабетом. Необходимо применение полноценного рациона питания, содержащего продукты животного и растительного происхождения.

Индивидуализированное лечебное питание должно быть направлено на лечение конкретного больного, а не заболевания. В связи с этим существующие 15 лечебных диет, разработанных профессором М.И. Певзнером, должны служить только базисным ориентиром в лечебном питании и учитывать современные достижения в этой области.

В лечебном питании обязательно следует учитывать калорийность и основной химический состав основных продуктов и блюд. Необходимо помнить о том, что при кулинарной обработке продуктов возможно разрушение составляющих компонентов. При наличии диетического питания следует учитывать основное и сопутствующее заболевание [2-6]. В лечебном питании применяют современные достижения функционального питания с учетом микрофлоры кишечника и взаимодействия пищевых продуктов и микрофлоры.

Особое значение диетическое питание имеет для профилактики основных факторов риска формирования ИБС (ожирение, гиперхолестеринемия). В частности, в мировой практике значительное применение находят рекомендации Американской ассоциации сердца и Национальной программы по изучению холестерина. Выпущенные в 90-е годы XX в. Американской ассоциацией сердца рекомендации по лечению гиперлипидемий предусматривают дифференцированный подход к питанию в зависимости от степени тяжести гиперхолестеринемии.

При легкой степени тяжести рекомендуют следующие диетические рекомендации (табл. 1):

- уменьшить потребление жира на 30% от общей калорийности, соотношение между насыщенными, моно- и полиненасыщенными жирными кислотами должно составлять 1:1:1;
- содержание холестерина в пище не должно превышать 300 мг в день;
- уменьшить потребление мяса до 200 г в день;
- рыбу и домашнюю птицу следует предпочитать другим видам мяса, курятину или индюшатину употреблять без кожи;
- на этой стадии допускаются употребление лососевых и других видов рыбы, а также

использование в еде постной телятины, говядины, свинины и молодой баранины;

- следует ограничить потребление яиц до двух в неделю, включая и те, которые используются при приготовлении пищи (белок можно не ограничивать), употреблять молоко с содержанием жира не более 1%, йогурт, сыр и творог с пониженным содержанием жира;

- необходимо исключить твердые жиры, плавленые сыры, кокосовое и пальмовое масла, шоколад;

- следует использовать только растительные масла или мягкие маргарины;

- допускается хлеб, злаки, картофель, рис и сдобное тесто, приготовленные без яичных желтков;

- необходимо избегать употребления цельномолочных продуктов, мяса с жировыми прослойками, икры, потрохов, кондитерских изделий, при приготовлении которых используются твердые жиры и желтки.

При умеренной, средней и тяжелой формах гиперхолестеринемии используют следующие диетологические рекомендации:

- уменьшить потребление жира до 25% от общей калорийности, соотношение между

насыщенными, моно - и полиненасыщенными жирными кислотами должно составлять 1:1:1;

- содержание холестерина в пище не должно превышать 200 мг в день;

- уменьшить потребление мяса до 70 г в день (лучше ограничить его потребление, заменив его рыбой или мясом птицы);

- употреблять только курятину или индюшатину без кожи и только постное мясо;

- исключить яичный желток, а белок и его заменители можно не ограничивать;

- употреблять молоко с содержанием жира до 0,5%, сыр и творог с пониженным содержанием жира;

- исключить твердые жиры, такие, как сливочное масло, плавленые сыры, животные жиры, кокосовое и пальмовое масла, шоколад. Использовать только растительные масла, оливковое масло или мягкие маргарины;

- можно употреблять все фрукты и овощи, кроме кокосовых орехов, оливок, авокадо;

- допускаются хлеб, злаки, картофель, рис, сдобное тесто и др., приготовленные без яичных желтков;

- необходимо ограничить крахмалистую пищу для предотвращения увеличения массы тела.

Таблица 1

Особенности диетотерапии при гиперхолестеринемии

Компонент питания	Первый этап	Второй этап
Общий жир	Менее 30%	Менее 25%
Жирные кислоты	Менее 10%	Менее 7%
насыщенные	Менее 10%	Менее 7%
полиненасыщенные	До 10%	До 10%
мононенасыщенные	10-15%	10-15%
Углеводы	50-60%	50-60%
Белок	10-20%	10-20%
Холестерин	Менее 300 мг в день	Менее 200 мг в день

С помощью этапного питания удастся снизить концентрацию сывороточного холестерина на 0,5-1,5 ммоль/л. Обычно это происходит в течение 3 мес, но даже при отсутствии положительного эффекта следует придерживаться диеты не менее 6 мес, после чего следует ставить вопрос о медикаментозной коррекции (кроме пациентов, имеющих семейную гиперхолестеринемии).

Отдельного внимания заслуживают рекомендации НИИ питания РАМН по питанию больных с заболеванием сердечно-сосудистой системы с вегетарианской направленностью. Важной составной частью диет служат микроэлементы. Калий способствует выведению избыточной жидкости из организма и улучшению метаболизма сердечной мышцы. Магний оказывает сосудорасширяющее и мочегонное действие; основной источник поступления в организм - растительные продукты. Йод оказывает метаболическое действие, участвуя в промежуточных фазах накопления энергии в миокарде; в больших количествах содержится в продуктах моря. Витамины группы С участвуют в

синтезе и элиминации холестерина, препятствуют отложению холестерина в сосудистой стенке. Витамин А, особенно бета-каротин, участвует в снижении синтеза холестерина и отложении его в печени.

Диета с вегетарианской направленностью не исключает продукты животного происхождения, но сводит их к разумному минимуму. Разрешаются мясо нежирных сортов, творог и молоко пониженной жирности, морская рыба, морепродукты. В последние годы широкое распространение получили диеты с вегетарианской направленностью, рекомендованные М.М. Гурвичем. В то же время известно, что холестерин синтезируется в органах и лишь 1/5 поступает извне с продуктами животного происхождения. В связи с этим, не следует абсолютизировать роль холестерина, поступающего с пищей. С указанных позиций рекомендация некоторых диетологов употреблять в течение недели не более 2-3 яиц нуждается в существенном уточнении. Яйца, употребляемые в пищу, содержат много лецитина, который препятствует отложению холестерина в

стенках сосудов. В среднем холестерина в яичном желтке 1,5-2%, а лецитин - около 10%. Выраженное преобладание в желтке лецитина позволяет ослабить запрет на включение яиц в рацион питания при атеросклерозе (АС). При АС в меню пожилых людей можно включить одно яйцо ежедневно в виде омлета или в составе рецептуры того или иного блюда. В диетическом питании отдается предпочтение яйцам всмятку или белковым омлетам. Несколько слов о сливочном масле. Обычно диетологи рекомендуют включать в рацион питания при атеросклерозе не более 15 г масла. Однако с учетом того, что в настоящее время в продаже представлены сорта сливочного масла с повышенным содержанием влаги, можно разрешить включение в рацион до 20 г сливочного масла. Часть животных жиров полезно заменять растительными, содержащими ненасыщенные жирные кислоты, что способствует снижению уровня холестерина в крови. Растительные масла (подсолнечное, кукурузное, оливковое, хлопковое) наиболее полезно использовать не для жарки, а для заправки салатов, винегретов, других овощных блюд. Следует иметь в виду, что если специальные антисклеротические диеты типа диетического стола №10 применяют в условиях стационаров и санаториев в течение ограниченного срока, то диету с вегетарианской направленностью с пользой для здоровья можно соблюдать многие месяцы или даже годы. Многие диетологи предлагают эту диету назвать диетой доктора Гурвича, так как впервые в России она была предложена этим автором в 80-е годы XX века для лечения больных атеросклерозом и гипертонической болезнью.

Мы считаем, что построение программ медицинской реабилитации должно проводиться в соответствии с принципами медицинской реабилитации:

- принцип периодичности: наличие периодической закономерности развитие адаптационных реакций и возможность их коррекции с помощью новых медицинских технологий;
- принцип экспоненциальной «логарифмической зависимости реакции от дозы»;
- принцип дискретности: переход из одной реакции в другую происходит дискретно, скачкообразно как переход в другое качество. При изменении реакции качественно меняется весь комплекс соотношения в организме, свойственно той или иной реакции. Поэтому, целенаправленно изменяя тип реакции, мы можем также целенаправленно изменять функциональное состояние. На принципе дискретности основана сама возможность смены реакций;
- принцип «новизны»: в ответ на новизну как по количеству, так и по качеству, в мозгу развивается возбуждение, адекватное степени новизны: на умеренную новизну отмечается преобладание умеренного возбуждения, что характерно для реакции активации и приводит к ее формированию в организме с присущим этой реакции комплексных изменений;

- принцип приоритетности слабых раздражителей, свойственные организму как сложной самоорганизующейся системе;
- колебательная природа живых объектов как фундаментальное свойство организма;
- принципы синхронизации работы подсистем организма и резонансного механизма развития реакций и ареактивности;
- свойство организма поддерживать хорошее состояние вытекает из принципа резонансного механизма развития реакций и вообще свойств организма как сложной колебательной системы, подчиняющейся космическим законам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. N 1705н «О Порядке организации медицинской реабилитации».

2. Кайсинова А.С. Система медицинских технологий санаторно-курортной реабилитации больных с эрозивно-язвенными эзофагогастроуденальными заболеваниями: Автореф. дисс. ... д.м.н. – Пятигорск, 2013. – 45 с.

3. Уйба В.В. Перспективы технологий медицинской реабилитации на санаторно-курортном этапе / В.В. Уйба, В.Ф. Казаков, Н.В. Ефименко, А.С. Кайсинова, С.Н. Колбахова, А.Н. Глухов // Курортная медицина. – 2017. - №4. – С. 4-9.

4. Глухов, А.Н. Актуальные вопросы медицинской реабилитации на курорте / А.Н. Глухов, Н.В. Ефименко, А.С. Кайсинова // Курортная медицина. – 2017. - № 2. - С. 6-16.

5. Кизеев М.В. Дистанционно-контролируемая реабилитация в Ивановской области: организация и результаты / М.В. Кизеев, Е.А. Володеева, Н.Н. Нежкина, С.Б. Антипина, О.В. Кулигин // Курортная медицина. – 2017. - №4. – С. 78-82.

6. Лядов К.В. Реабилитация кардиологических больных / К.В. Лядов, В.Н. Преображенский, В.Д. Остапишин. - М., 2002. - 320 с.

7. Блинкова Л.Н., Кошель В.И. Оптимизация питания в комплексе лечебных мероприятий на этапах восстановительного лечения людей пожилого и старческого возраста / Л.Н. Блинкова, В.И. Кошель // Курортная медицина. – 2015. - № 2. - С. 197-199.

REFERENCES

1. The order of the Ministry of Health of the Russian Federation from December 29, 2012 N 1705n "About the Order of the organization of medical rehabilitation".

2. Kaisinova A.S. The system of medical technologies of sanatorium rehabilitation of patients with erosive and ulcer esophagogastroduodenal diseases: Extended abstract ... MD – Pyatigorsk, 2013. – 45 p.

3. Uyba V.V. Technology prospects of medical rehabilitation at a sanatorium stage / V.V. Uyba, V.F. Kazakov, N.V. Efimenko, A.S. Kaisinova, S.N. Kolbakhova, A.N. Glukhov // Resort medicine. – 2017. - № 4. – P. 4-9.

4. Glukhov, A.N. Topical issues of medical rehabilitation in the resort / A.N. Glukhov, N.V. Efimenko, A.S. Kaisinova// Resort medicine. – 2017. - № 2. - P. 6-16.

5. Kizeev M.V. Remote and controlled rehabilitation in Ivanovo region: organization and results / M.V. Kizeev, E.A. Volodeeva, N.N. Nezhkina, S.B. Antipina, O.V. Kuligin// Resort medicine. – 2017. - № 4. – P. 78-82.

6. Lyadov K.V. Rehabilitation of cardiological patients / K.V. Lyadov, V.N. Preobrazhensky, V.D. Ostapishin. - M, 2002. - 320 p.

7. Blinkova L.N., Koshel V.I. Optimization of nutrition in a complex of treatment at stages of rehabilitation treatment of people of advanced and

senile age/ L.N. Blinkova, V.I. Koshel// Resort medicine. – 2015. - № 2. - P. 197-199.

Сведения об авторе.

Остапишин Владимир Данилович, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, заслуженный деятель науки Кубани, главный научный сотрудник Научно-исследовательского центра курортологии и реабилитации - филиала ФГБУ «Северокавказский федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства» в городе Сочи.

Руководитель медицинской службы санатория Авангард – филиала ФГБУ Детский медицинский центр Управления Делами Президента Российской Федерации г. Сочи .