

*В. М. Монченко, В. И. Мизин, Н. Н. Богданов, А. С. Плахотный,
Д. Тимошенко, М. А. Бобров, А. А. Хмара, Т. М. Скрипник, А. М. Литвяк, Н. В. Бойко, К. И. Душина*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНОАНТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

В большинстве стран СНГ, в том числе и на Украине, наблюдается рост сердечно-сосудистых заболеваний — ишемической болезни сердца (ИБС) и гипертонической болезни (ГБ). В структуре общей смертности населения Украины около 60% приходится на смертность от болезней системы кровообращения. Экономические потери, обусловленные временной нетрудоспособностью, инвалидизацией от ИБС, ГБ и цереброваскулярных заболеваний, составляют ежегодно несколько миллиардов гривен. В связи с этим проблема профилактики, лечения и реабилитации больных с сердечно-сосудистой патологией приобретает большую значимость.

Современные достижения экспериментальной и клинической кардиологии свидетельствуют о множестве пато- и сааногенетических звеньев, участвующих как в развитии заболеваний органов кровообращения, так и противодействующих их возникновению. Множественность причин и патофизиологических механизмов заболеваний сердечно-сосудистой системы определяет принципы их комплексной и дифференцированной профилактики, лечения и реабилитации, в основе которых должно лежать оптимальное использование различных природных и преформированных лечебных факторов, способных оказывать нормализующее воздействие на адаптационно-компенсаторные процессы в нарушенных системах организма.

Целесообразность включения в курортные комплексы профилактики и лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы пищевого концентрата полифенолов винограда “эноант” основывается на известном “французском парадоксе” — на фактах значительно меньшей заболеваемости стенокардией среди французов по сравнению с населением других развитых стран и достоверной обратной корреляционной зависимости между смертностью от инфаркта миокарда и потреблением сухого красного вина (1, 2, 4 и др.). Известно, что полифенолы винограда, обладая антиоксидантными свойствами, эффективно связывают свободные радикалы, активируют процессы взаимодействия белков пищи с пищеварительными ферментами, улучшают всасывание пептидов и аминокислот, активируют процессы этерификации жирных кислот и холестерина, препятствуя тем самым развитию атеросклероза и ишемической болезни сердца. Проантоцианиды красного вина фиксируются пролином коллагена и эластина в стенках артерий, увеличивая их сопротивление давлению крови. Эти же факторы влияют на содержание холестерина в крови и ингибируют фермент гистидиндекарбоксилазу, благодаря чему снижается содержание в крови гистамина, ответственного за излишнюю проницаемость стенок сосудов. При этом сам алкоголь не оказывает такого положительного влияния и не играет никакой роли в указанных лечебных свойствах виноградных вин.

Целью настоящей работы явилось изучение эффективности применения пищевого концентрата полифенолов винограда “эноант” в составе комплексного санаторно-курортного лечения больных ИБС и ГБ в санаториях “Ливадия” и “Украина”.

Методические установки, предложенные Р. Е. Веремьевой и касающиеся методики применения эноанта в лечении детей с бронхо-легочной патологией, предусматривают суточную дозу в 20 мл эноанта (при содержании полифенолов 15 мг/мл), разделенную на три приема (за 30 минут до еды), в течение 15 дней. При содержании полифенолов 18–20 мг/мл применявшаяся Р. Е. Веремьевой суточная доза для детей составила бы 12,5–16,6 мл эноанта (5, 6).

Соблюдение общепринятого в фармакологии подхода к дозировке действующего агента требует, однако, расчетов дозы действующего агента на 1 кг массы тела, которые были нами проведены.

Учитывая диапазоны значений массы тела детей (см. таблицы стр. 115–121 в “Эволюция биоэнергетики и здоровье человека”, Г. Л. Апанасенко, С.-Пб., 1992), суточная доза эноанта в клиническом исследовании Р. Е. Веремьевой составила бы в среднем 0,517 мл эноанта на 1 кг массы тела. Эта же суточная доза была принята в качестве исходной и в проведенных экспериментальных исследованиях действия эноанта.

Это позволило нам провести перерасчет детской индивидуальной лечебной суточной дозы эноанта, которая составила 0,52 мл на 1 кг массы тела ребенка. Расчет суточной дозы эноанта в мл производится умножением массы тела ребенка в кг на 0,52 мл/кг с последующим округлением полученной величины до целого числа (по обычным правилам). Например, 35 кг умножаем на 0,52 мл/кг, получаем в результате 18,2 мл и округляем это значение до 18 мл.

По данным литературы, у взрослых лечебная доза составляет 400–450 мг полифенолов в сутки, что соответствует 20–25 мл эноанта в сутки при содержании полифенолов 18–20 мг/мл. В фармакологии принято, что в общем случае дозы лекарств для взрослых приравниваются к дозам лекарств для детей в возрасте 13 лет. Однако, при дозировке эноанта необходимо учитывать следующие важные аспекты: а) у взрослых, по сравнению с ребенком 13 лет, отмечается меньший уровень метаболизма, поэтому доза на 1 кг массы тела взрослого будет меньшей; б) избыточная масса тела формируется в основном за счет липидов, перекисное окисление которых является именно тем процессом, на коррекцию которого направлен прием эноанта. Поэтому доза на 1 кг избыточной массы тела будет большей, чем у взрослого с идеальным весом. Учитывая вышесказанное, а также данные специально проведенных нами расчетов, рекомендуемые лечебные средние суточные дозы эноанта составят 0,45 мл/кг при нормальном или сниженном весе (массе тела) пациента и 0,48 мл/кг при избыточном весе.

Суточные лечебные дозы в мл эноанта рассчитываются после определения идеального веса с использованием таблицы Keys, модифицированной Ю. А. Ростокимым с соавторами (1982), или по номограммам расчета отклонения веса от идеального.

В связи с тем, что идеальный вес сложным образом зависит от возраста и пола, номограммы состав-

Таблица 1.

Значения параметров больных ИБС и ГБ в ходе курса санаторно-курортного лечения с применением эноанта и без его применения.

Наименование параметра	Единица измерения	Значение параметров / сигма			
		Основная группа		Группа сравнения (1)	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
1	2	3	4	5	6
Самочувствие	Балл	1.89/0.31	2.59/0.55		
Одышка	Балл	1.16/0.87	0.68/0.91		
Утомляемость	Балл	1.48/0.68	0.35/0.71	1.00/0.00	0.33/0.52
Сердцебиение	Балл	0.95/0.94	0.30/0.62		
Боли в сердце	Балл	1.59/0.64	0.27/0.51		
Головные боли	Балл	1.48/0.96	0.14/0.42		
Головокружение	Балл	1.1/0.83	0.00/0.00		
Тревожность	Балл	1.14/0.95	0.08/0.28		
Диспептические явления	Балл	0.06/0.36	0.06/0.33		
Систолическое артериальное давление	Мм.рт.ст.	147.30/23.56	128.78/11.63		
Диастолическое артериальное давление	Мм.рт.ст.	88.38/12.97	80.00/6.56		
Частота сердечных сокращений	Уд/мин	72.19/7.81	67.08/7.04		
Жизненная емкость легких	Мл	3172.08/878.50	3279.30/815.36		
Тест Ридера	Ед	2.32/0.67	2.35/0.62		
Эритроциты крови	Млн/мл	4.13/0.33	4.17/0.41		
Цветной показатель	Ед	1.03/0.09	1.03/0.09		
Гемоглобин крови	Г/л	139.29/17.42	139.81/16.98		
Лейкоциты крови	Млн/л	5.95/1.07	5.96/1.12		
СОЭ	Мм/час	9.49/4.82	8.30/4.20		
Наличие депрессии сегмента ST (ЭКГ)	%	0.27/0.84	0.08/0.49		
Наличие нарушений проводимости (ЭКГ)	%	0.16/0.37	0.16/0.37		
Наличие признаков гипертонии (глазное дно)	%	0.45/0.51	0.45/0.51		
Индекс Робинсона	Ед	106.78/23.39	86.51/13.21		
Индекс Кердо	Ед	-23.66/21.69	-20.27/14.54		
МОК	Л	6.92/2.12	7.81/3.36		
УОК	Мл	95.18/22.74	106.1/36.26		
ОПСС	Дин*сек/См5	3308.80/767.99	3194.67/1144.95		
Холестерин крови	Ммоль/л	6.52/1.20	6.00/1.08		
Бета-липопротеиды крови	Ед.	59.4/48.14	55.58/16.59		
Коэффициент атерогенности	Ед.	4.14/4.75	4.12/3.60		
Гидроперекиси липидов	Усл. Ед.	3.60/0.30	3.65/0.86		
Малоновый диальдегид	Усл. Ед.	3.77/0.70	3.48/0.57		
Каталаза эритроцитов	%	70.72/4.92	71.54/3.53	62.63/5.46	64.55/4.67
Протромбин крови	%	93.58/5.06	87.9/6.21		
Фибриноген крови	Г/л	3.42/0.53	3.85/0.73		
Общий билирубин крови	Ммоль/л	12.75/6.49	10.73/4.35		

Примечание: 1 — см пояснения в тексте.

лены для мужчин, отдельно для возраста до 45 и после 46 лет, и включают поправки для женщин. Расчет суточной дозы эноанта в мл производится умножением массы тела взрослого в кг на 0,45 или 0,48 мл/кг с последующим округлением полученной величины до целого числа. Суточные лечебные дозы делились на три равные разовые доли (дозы), по одной на прием.

Эноант, являясь пищевым концентратом, принимался внутрь, как и любая другая пища. Закономерности физиологии питания требуют, чтобы прием эноанта был связан с установленным режимом питания пациента и соответствовал состоянию гастро-дуоденальной зоны его желудочно-кишечного тракта. С целью создания оптимальных условий для проявления всех лечебных эффектов эноанта, в том числе и сигнально-рефлекторных (феномен специфического динамического действия пищи и влияние на секрецию желудочного сока и моторику желудка), установленная вышеуказанными способами разовая доза эноанта принималась следующим образом: а) доводилась до объема 15 мл (в мензурке или маленьком стаканчике) за счет разбавления эноанта кипяченой водой; б) неспешно принималась внутрь несколькими маленькими глотками (плавно, смакуя вкус); в) запивалась небольшим количеством кипяченой воды (по желанию пациента).

Эноант принимался натощак или после еды, в зависимости от наличия или отсутствия патологии органов желудочно-кишечного тракта. Если у пациента не было патологии желудочно-кишечного тракта, эноант принимался за 45 минут до еды или после еды. Если у пациента была патология гастро-дуоденальной зоны со сниженной секрецией и сниженной моторикой, то прием эноанта осуществлялся за 30 минут до еды. Если у пациента была патология гастро-дуоденальной зоны с повышенной секрецией и моторикой, с нарушениями функции поджелудочной железы или гепато-билиарной системы, то прием эноанта осуществлялся за 60–90 минут до еды.

Прием эноанта вызывает секрецию желудочного сока. Если эноант принимался за 60–90 минут до еды, пациенту рекомендовалось, с целью устранения неприятных ощущений в области желудка и обострения утреннего чувства голода, в период между приемом эноанта и завтраком проводить прогулки или занятия ЛФК.

Исследования были проведены на 37 больных ИБС и ГБ, среди которых в качестве основного диагноза ИБС имели 31 человек и диагноз ГБ — 6 человек, тогда как в качестве сопутствующего диагноза ГБ имели 16 человек. Отбор пациентов для исследования осуществлялся методом сплошной выборки с последующей рандомизацией по критериям срока санаторно-курортного лечения (не менее 18 дней) и согласия пациента. Были сформированы основная группа (в которой в дополнение к индивидуально показанному комплексу лечения в рацион питания пациентов вводился эноант) в составе 31 пациента и группа сравнения в составе 6 пациентов (без применения эноанта). Вследствие высокой частоты сочетанного развития ИБС и ГБ основная и контрольная группы были составлены из пациентов, страдающих обеими нозологическими формами. В основной группе 27 пациентов имели в качестве основного заболевания ИБС и 4 пациента — ГБ, при этом 13 пациентов с

ИБС имели ГБ в качестве сопутствующего заболевания. В группе сравнения 4 пациента имели в качестве основного заболевания ИБС и 2 пациента — ГБ, при этом 3 пациента с ИБС имели ГБ в качестве сопутствующего заболевания. Группы существенно не отличались между собой по основным антропологическим и клиническим характеристикам пациентов.

В исследовании приняли участие 11 женщин и 26 мужчин, длительность заболевания составила в среднем 7,8 лет, все заболевания были в фазе стабильности, функциональный класс в среднем соответствовал 1,24, недостаточность кровообращения в среднем соответствовала 0,68, дыхательной недостаточности у пациентов не было, среди осложнений имели место кардиосклероз у 3 пациентов и постинфарктный кардиосклероз — у 10 пациентов, среди сопутствующих заболеваний (кроме ГБ) отмечались хронический необструктивный бронхит (у 6 пациентов) и патология желудочно-кишечного тракта (у 2 пациентов). Из отягчающих течение заболеваний факторов отмечались курение табака и употребление крепких алкогольных напитков. В момент исследований имели привычку курения 5 человек (13,5%) со средним числом выкуриваемых в сутки сигарет 15, в прошлом курили еще 10 человек, средняя длительность курения в анамнезе всех 15 (40,5%) курильщиков составляла 17,7 лет. Всего 23 человека (62,2%) употребляют крепкие алкогольные напитки, в среднем по 28,6 мл в сутки.

В обеих группах все больные получали комплекс лечения, которые предусматривали полноценное применение всех имеющихся в санаториях и индивидуально показанных данному пациенту немедикаментозных методов лечения (климатопродуры, ЛФК, массаж, бальнеотерапия, аппаратная физиотерапия) и лекарственных препаратов (нитраты, бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, антиагреганты, липотропные средства) в соответствии с утвержденными методиками. В среднем курс санаторно-курортного лечения в обеих группах включал следующие основные воздействия: 7,49 процедур воздушных ванн; 2,21 процедуры солнечных ванн; 2,59 процедуры морских купаний; 12,62 процедур ЛФК; 10,41 процедур массажа; 3,14 процедуры ингаляций; 6,89 процедур лечебных ванн; 3,86 процедуры внутривенного лазерного облучения крови; 2,62 процедуры электрофореза и 53,29 суточных доз различных лекарственных препаратов.

Назначение “эноанта” больным в основной группе осуществлялось строго индивидуально, как по показаниям, так и по дозам, которые в среднем составляли 0,45 мл/кг массы тела в сутки при 18,94 суточных доз на одного пациента основной группы.

Оценка влияния эноанта осуществлялась по результатам комплексного обследования пациентов перед началом и по окончании курса санаторно-курортного лечения с использованием клинических (жалобы), объективных (антропометрия, тонометрия, динамометрия, спирометрия), лабораторных (общий анализ крови, биохимический анализ липидного обмена, антиоксидантных систем, свертывающей системы и функции печени) и функциональных методов исследований (ЭКГ, реография), дополненных рядом тестов (психологический тест-опросник уровня стресса по Ридер и тест-опросник антиоксидантного балланса по Гуляр) и расчетных показателей (индекс Кердо, индекс Робинсона и др.). Все исследова-

ния осуществлялись в соответствии с принятыми методиками. Результаты исследований анализировались с использованием методов вариационной статистики.

В таблице 1 представлены значения основных исследованных параметров до и после курса лечения в обеих группах. По большинству параметров (за исключением параметров “утомляемость” и “каталаза эритроцитов”) значения параметров в основной группе и группе сравнения в один и тот же период (до лечения или после лечения) статистически достоверно между собой не различались, и в этом случае в таблице 1 приведены соответствующие значения параметров лишь для основной группы.

Из приведенных данных видно, что исходные и конечные (после окончания курса лечения) значения исследованных параметров больных основной группы и группы сравнения существенно не отличались. В резуль-

одышки, утомляемости, сердцебиения, головных болей и болей в области сердца, головокружения и тревожности. По сравнению с контрольной группой, у больных основной группы отмечается достоверная динамика ЧСС, систолического и диастолического артериального давления, индекса Робинсона, уровня протромбина, фибриногена и билирубина крови. Особенное внимание привлекает существенная разница динамики некоторых параметров пациентов основной группы по сравнению с группой сравнения, а именно: утомляемости, болей в сердце и билирубина крови.

С целью более глубокого анализа выявленных изменений во всем массиве пациентов был проведен корреляционный анализ зависимости значений изучавшихся параметров пациентов от количества принятых ими суточных доз эноанта. В результате проведенного анали-

Таблица 2.

Значения параметров больных ИБС и ГБ в ходе курса санаторно-курортного лечения с применением эноанта и без его применения

Наименование параметра	Значение динамики параметров	
	основная группа	группа сравнения
1	2	3
Самочувствие	+0.68	+0.83
Одышка	-0.55	(-0.16)
Утомляемость	-1.13	-0.67
Сердцебиение	-0.65	(-0.66)
Боли в сердце	-1.42	-0.84
Головные боли	-1.38	(-1.17)
Головокружение	-1.12	-0.83
Тревожность	-1.10	-0.83
Систолическое давление	-18.55	(-18.33)
Диастолическое давление крови	-8.87	(-5.83)
Частота сердечных сокращений	-5.84	(-1.33)
Индекс Робинсона	-21.13	(-15.73)
Протромбин крови	-6.03	(-3.25)
Фибриноген крови	+0.50	(+0.80)
Билирубин крови	-2.32	(-0.01)

тате проведенного санаторно-курортного лечения у всех пациентов обеих групп отмечена положительная динамика состояния здоровья, один пациент выписан со значительным улучшением, все остальные — с улучшением. Это свидетельствует о сопоставимости обеих групп по большому числу существенных параметров организма больных и об адекватности примененного лечебного комплекса. Однако эти сведения не показывают в явном виде различия изменений состояния пациентов в ходе санаторно-курортного лечения с использованием и без использования эноанта, и должны быть дополнены сведениями о достоверной динамике изучавшихся параметров.

В таблице 2 приведена статистически достоверная ($p < 0.05$) динамика изучавшихся параметров пациентов в ходе санаторно-курортного лечения, т. е. разница значений параметров “после лечения — до лечения”. В случае, если это различие статистически недостоверно, значение динамики приведено в круглых скобках.

Как видно из приведенных данных, в основной группе больных, принимавших эноант, прослеживается четкая динамика улучшения самочувствия, уменьшения

за были выявлены достоверные ($p < 0.05$) коэффициенты корреляции “доза эноанта — значение параметра после курса лечения”; — 0,313 для утомляемости; — 0,325 для болей в сердце и — 0,346 для билирубина крови.

По мнению лечащих врачей и самих пациентов, эффект эноанта проявился улучшением сна, нормализацией функций нервной системы и почек, уменьшением сердечных болей, улучшением пищеварения и аппетита, нормализацией артериального давления крови и стула, уменьшением кашля и дисфункции суставов, увеличением толерантности к физической нагрузке. Данные убедительно свидетельствуют о наличии положительных эффектов, обусловленных включением эноанта в состав комплексного санаторно-курортного лечения пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Выявленные нами клинические эффекты эноанта полностью согласуются с известными клиническими и экспериментальными эффектами полифенолов и биофлавоноидов, содержащихся в эноанте (1, 3), и представляют интерес как результаты первых клинических исследований применения эноанта у больных ИБС и ГБ.

Кроме того, в процессе исследований нами были получены ранее не известные данные о снижении у пациентов, получавших эноант, желания употребить красное вино или крепкий алкогольный напиток. Гипотеза о таком действии эноанта, обусловленном комплексным воздействием содержащихся в нем натуральных полифенолов и флавоноидов винограда, была выдвинута Мизиным В. И. В результате применения эноанта отмечено снижение желания употребить красное вино (у 30,8% не употребляющих алкогольные напитки и у 27,8% употребляющих) и крепкие алкогольные напитки (у 7,7% не употребляющих и у 22,2% употребляющих).

Не нашло подтверждения опасение того, что эноант может часто вызывать диспептические явления. Жалобы на диспептические явления предъявляли в начале санаторно-курортного лечения по 1 больному в каждой группе, в конце лечения диспепсия отмечена у 1 больного основной группы. Жалобы на чувство тошноты после приема эноанта предъявляли лишь 2 пациента (в начале курса лечения). В то же время напомним, что прием эноанта, по мнению лечащих врачей и самих пациентов, способствовал улучшению пищеварения (у 5 пациентов), улучшению аппетита (у 2 пациентов) и нормализации стула (у 1 пациента).

Таким образом, результаты впервые проведенных нами исследований по применению эноанта в комплексе санаторно-курортного лечения больных ИБС и ГЭ свидетельствуют об определенной терапевтической эффектив-

ности пищевого концентрата полифенолов винограда и целесообразности дальнейшего изучения возможности использования эноанта в практике санаторно-курортных учреждений.

Литература

1. Hertog M. G. L Les flavonoides dans le the le vin rouge et les oignons pro tegnet — ils contre les maladies cardiovasculaires et le cancer. // Polyphenols Actualites/-1995. - N 13. - Pp. 17-19.
2. Нужный В.П. Умеренное потребление алкоголя, вино и “французский парадокс”. // Виноград и вино России. - 1996. - № 4. - С. 34-40.
3. Огай Ю. А., Загоруйко В. А., Богадельников И. В., Богданов Н. Н., Веремьева Р. Е., Мизин В. И. Биологически активные свойства полифенолов винограда и вина. // “Магарах” Виноградарство и виноделие. - 2000. - N4. - С. 25-26.
4. Щец Н, Яценко О. Французский парадокс или роль красного вина в профилактике и лечении атеросклероза и ишемической болезни сердца. // Проблемы питания и здоровья. - №2. -1996. -С. 4-9.
5. Веремьева Р. Е. Методика применения пищевого концентрата полифенолов винограда “эноант”. ТУ У 00334830.002 96. — Симферополь, 1998. - 3 с.
6. Веремьева Р. Е. Дисбактериоз кишечника и его коррекция при стоматологических заболеваниях. — Симферополь, 2000. — 68 с.