

Вавилов А.М., Аникина Е.Б., Шелихов В.Г., Булаев В.М.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

ЕСТЕСТВЕННОЕ СТАРЕНИЕ: НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Обобщены ранее опубликованные данные автора о старении больных язвенной болезнью и течении названного заболевания у больных разного календарного и биологического возраста. Показано, что взаимосвязь старения и рецидивирующего язвообразования в гастродуоденальной зоне может носить различный характер: у части пациентов рецидивы пептических пилорoduоденальных язв оказывают биоактивирующее влияние; у больных медиастральными пептическими язвами старение развивается быстрее, чем у лиц, не страдающих хроническими заболеваниями. Высказано предположение о существовании филогенетически сложившихся биоактивационных реакций, направленных на замедление и гармонизацию естественного старения. Обоснована точка зрения о перспективности изучения взаимосвязи естественного старения и патогенеза хронических заболеваний внутренних органов.

Ключевые слова: хронические заболевания, старение, пептические язвы.

Vavilov A.M., Anikina E.B., Shelihov V.G., Bulaev V.M.

*Kemerovo State Medical Academy,
Kemerovo*

NATURAL AGEING: SOME KLINIKAL ASPECTS

We generalizationed of publication information about the ageing of patient of peptic ulcer and the course of this disease of patients of different callender age and different bioage. We showed different character of correlation of ageing and returns of peptic ulcer: returns of peptic pyloroduodenalis ulcer of part of patients bio active exert influence, ageing of patients of mediagastric peptic ulcers develop more rapidly than with healthy persons. We express an opinion on the existence of phylogeniesion turn out bio activereactions of the trend for a delay and a harmonion of ageing. We gave proof standpoint about the perspective of the study of the correlation of natural ageing and pathogenesis of chronic diseases of internal organs.

Key words: chronic diseases, ageing, peptic ulcer.

Старение в настоящее время рассматривается как неотъемлемое свойство любого материального объекта [1, 2]. Это обстоятельство определяет актуальность изучения естественного старения. Хотя изучение старения человека имеет продолжительную историю, его клинические аспекты изучены фрагментарно [2]. Мало изученной остается взаимосвязь естественного старения и хронических заболеваний. Актуальность последней проблемы определяется ее общетеоретическим и прикладным значением. Изучение взаимного влияния хронических заболеваний и процесса естественного старения человека вполне правомерно рассматривать как пер-

спективное направление решения одного из узловых вопросов теории естественного старения — вопроса о значении эндогенных и экзогенных факторов для развития естественного старения.

Старение населения (увеличение доли лиц пожилого и старческого возраста) в современном мире стало одной из актуальных медико-социальных проблем [1, 2, 3]. Как один из перспективных путей решения названной проблемы в настоящее время рассматривается внедрение методик «профилактики старения», гармонизации и замедления естественного старения [1, 2, 3]. Другой причиной возрастающего интереса к названным медицинским технологиям является повышение уровня жизни населения Западной Европы и Северной Америки, ряда государств Юго-Восточной Азии, развитие систем социальной защиты населения во многих странах, что определило стремление к максимальному увеличению продолжительности жизни значительной части населения нашей планеты. Очевидно, что широкое использование медицинских технологий, благоприятно изме-

Корреспонденцию адресовать:

Вавилов Александр Михайлович,
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а,
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная
медицинская академия»,
тел. раб. 8 (3842) 61-85-78, 58-68-41,
E-mail: vavilovavp@mail.ru

няющих процесс естественного старения, делает необходимым понимание взаимосвязи старения и хронических патологических процессов.

До настоящего времени лечение, первичная и вторичная профилактика распространенных хронических заболеваний внутренних органов (ишемической болезни сердца (ИБС), эссенциальной артериальной гипертензии, хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), сахарного диабета, пептических гастродуоденальных язв) остаются острой медико-социальной проблемой. Хотя этиология перечисленных заболеваний считается установленной, основные звенья патогенеза изученными [4, 5, 6], проводимые в ряде экономически развитых стран профилактические вмешательства не привели к значительному снижению заболеваемости: ИБС и эссенциальная артериальная гипертензия остаются основными причинами смерти в постиндустриальном обществе [4, 5], распространенность ХОБЛ увеличивается [6, 7], рецидивы пептических гастродуоденальных язв наносят значительный экономический ущерб, их осложнения ведут к инвалидности и угрожают жизни больных [4, 5, 6, 7]. Медицинские технологии, разработанные на основании многочисленных экспериментальных и клинических исследований, позволяют существенно улучшить результаты лечения больных, но не изменяют ситуацию принципиально. Сказанное выше делает очевидным необходимость критического анализа существующих принципов изучения хронических заболеваний. Очевидное слабое место существующих исследований длительно текущих патологических процессов — упрощенный подход к изучению возрастных аспектов этих заболеваний и фрагментарная изученность взаимосвязи патогенеза хронических заболеваний и естественного старения. Учитывая сказанное выше, нам кажется целесообразным обобщить некоторые фрагментарные сведения о взаимосвязи хронических заболеваний внутренних органов и естественного старения, и результаты собственных исследований, посвященных особенностям старения больных язвенной болезнью (ЯБ) и взаимосвязи пептических гастродуоденальных язв и естественного старения.

Сравнивая представления большинства авторов [6, 7, 8] о взаимосвязи старения и хронических заболеваний внутренних органов, приходится говорить если не об их полной идентичности, то о значительном сходстве. Согласно существующим представлениям, течение хронических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста неблагоприятно отличается от их течения у пациентов молодого и зрелого воз-

раста [6, 7, 8]. Это объясняется снижением адаптационных возможностей организма в результате естественного старения больного и увеличением продолжительности влияния патогенных факторов при увеличении календарного возраста (КВ) пациентов [7, 8].

В некоторых публикациях признается возможность уменьшения интенсивности влияния некоторых патогенных факторов в результате закономерных возрастных изменений. Отмечено, например, что у страдающих ЯБ мужчин старше 45 лет уменьшается интенсивность кислотно-пептической агрессии, что может объяснить меньшую частоту осложнений рецидивов пептических гастродуоденальных язв у названной группы пациентов перфорацией, по сравнению с распространенностью прободения язв желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) у больных 20-39 лет [5, 8].

Хронические заболевания рассматриваются как один из факторов «преждевременного старения» [7, 8, 9]. Последняя концепция базируется на данных клинического наблюдения, согласно которым симптомы пресенильных и сенильных изменений развиваются у больных рядом хронических заболеваний раньше, чем у практически здоровых. Проведенные нами исследования биологического возраста (БВ) у больных ЯБ и динамики этого показателя у пациентов, страдающих пептическими язвами, позволяют говорить о более сложной взаимосвязи естественного старения и рецидивирующего язвообразования в гастродуоденальной зоне (ГДЗ). Было показано, что старение больных пептическими медиагастральными язвами развивается быстрее, чем у практически здоровых [10, 11, 12].

Старение больных пептическими пилородуоденальными язвами существенно различается. У обследованных нами больных ЯБ с названной локализацией язвенных дефектов имело место как благоприятное, так и неблагоприятное течение заболевания. Отмечен также промежуточный вариант течения пептических пилородуоденальных язв (пилородуоденальные язвы со средней частотой рецидивирования). При обострениях первого из них размеры язвенных дефектов не превышают 0,8 см. При эндоскопической ремиссии имеет место эпителизация язвенных дефектов. Абдоминальный болевой и диспептический синдромы во время обострений заболевания выражены умеренно. Осложнений не отмечается. Старение пациентов, независимо от лечения, развивается медленнее, чем у лиц, не страдающих хроническими заболеваниями.

Сведения об авторах:

Вавилов Александр Михайлович, доктор мед. наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ГОУ ВПО КемГМА, г. Кемерово, Россия.

Аникина Елена Борисовна, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ГОУ ВПО КемГМА, г. Кемерово, Россия.

Шелихов Валентин Григорьевич, канд. мед. наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ГОУ ВПО КемГМА, г. Кемерово, Россия.

Булаев Валерий Михайлович, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ГОУ ВПО КемГМА, г. Кемерово, Россия.

ми. Размеры язвенных дефектов при рецидивах неблагоприятно текущей ЯБ превышают 0,8 см. Клиническая картина обострений заболевания складывается из выраженного диспепсического и абдоминального болевого синдромов, значительно ухудшающих самочувствие пациентов. Осложнения заболевания имели место у 25 % больных, страдающих неблагоприятно текущими пилородуоденальными язвами [11, 12].

Темпы старения больных неблагоприятно текущей ЯБ с пилородуоденальной локализацией язвенных дефектов зависят от проводимого лечения. При проведении адекватной терапии (диета и эрадикация *Helicobacter pylori* (Hр) — инфекции у больных Hр-позитивной ЯБ, диета и методически правильное лечение ингибиторами протонной помпы и препаратами сукральфата пациентов, страдающих Hр-неассоциированными пептическими пилородуоденальными язвами) старение больных неблагоприятно текущей ЯБ с пилородуоденальной локализацией язвенных дефектов развивается медленнее, чем у сопоставимой по полу и КВ группы практически здоровых обследованных [11, 12]. При отсутствии адекватной терапии неблагоприятно текущей ЯБ с пилородуоденальной локализацией язвенных дефектов старение страдающих ею пациентов протекает быстрее, чем у сопоставимой группы практически здоровых. При увеличении БВ больных ЯБ возрастает продолжительность, как обострений, так и ремиссий заболевания, и увеличивается частота осложнений пептических гастродуоденальных язв [10, 12].

При промежуточном варианте течения пептических пилородуоденальных язв размеры язвенных дефектов составляют 0,8-1,0 см. Клиническая картина обострения заболевания складывается из непродолжительных рецидивов довольно выраженных абдоминального болевого и диспепсического синдромов. Осложнения имеют место у 10 % больных и не ведут к существенным нарушениям функции желудочно-кишечного тракта. Темпы старения этой группы больных ЯБ, независимо от проводимого лечения, не отличаются от таковых у практически здоровых [13].

Сравнивая динамику клинических и эндоскопических симптомов ЯБ у пациентов разного БВ, нетрудно отметить сходство изменения течения заболевания при увеличении БВ больных и установленной возрастной эволюции адаптационных реакций [10, 12]: в результате естественного старения уменьшается скорость реализации компенсаторно-приспособительных реакций, увеличивается время, необходимое для достижения адаптационного эффекта, снижаются приспособительные возможности организма [14].

Это позволило сформулировать концепцию этиопатогенеза пептических язв, рассматривающую рецидивирующее язвообразование в гастродуоденальной зоне (ГДЗ) как адаптационно-компенсаторную реакцию [10, 11, 12, 15], зарегистрированную ФГУП «ВНТИЦ» 19 декабря 2004 г. под номером 72200400093. Такие представления об этиопатогенезе ЯБ подтверждают данными клинических исследований: установле-

но, что у значительной части больных ЯБ во время рецидива заболевания сохраняется вполне удовлетворительное самочувствие [10, 11, 12], большая часть случаев пептических язв желудка и ДПК не диагностируется [12, 16].

Реальная распространенность рецидивирующего язвообразования в ГДЗ, вероятно, в несколько раз выше приводимых статистических данных. Установлено, что течение хронического бронхита у большинства больных ЯБ ДПК благоприятно отличается от течения названного заболевания у пациентов, не страдающих другой хронической патологией [12, 18, 19]. Изменения показателей лейкоцитарной формулы при рецидивах благоприятно текущих пилородуоденальных язв носят такой же характер, как и при реализации реакции активации [12]. Таким образом, рецидивы пептических гастродуоденальных язв могут быть как фактором, ускоряющим процесс естественного старения, так и оказывать биоактивирующее влияние, замедлять естественное старение.

Приведенный выше обзор ранее опубликованных данных позволяет сформулировать концепцию о существовании филогенетически сложившихся биоактивационных реакций, направленных на замедление и гармонизацию естественного старения. Биологическая целесообразность замедления и гармонизации старения очевидна: замедление старения на ранних этапах развития этого процесса ведет к увеличению продолжительности репродуктивного периода, увеличение длительности пострепродуктивного периода ведет к снижению интенсивности прессинга естественных врагов на репродуктивно активную часть особей вида. Увеличение продолжительности жизни высокоразвитых животных — необходимое условие совершенствования социального поведения, принципиально повышающего эффективность адаптации вида к неблагоприятным условиям среды обитания. Адекватная реализация филогенетически сложившихся биоактивационных реакций ведет не только к замедлению и гармонизации естественного старения, но и к повышению неспецифической резистентности. ЯБ, с точки зрения названной концепции, может рассматриваться как результат недостаточной эффективности контроля филогенетически сложившихся биоактивационных реакций.

С учетом приведенных выше данных, вполне корректным кажется предположить, что большинство случаев рецидивирующего язвообразования в ГДЗ не отражаются современными статистическими данными. Вероятно, пептические пилородуоденальные язвы периодически рецидивируют в течение определенных периодов жизни у большинства людей. Рецидивы их оказывают биоактивирующее влияние, протекают бессимптомно и эпителизируются без постязвенных рубцов. Возможно несколько уровней «сбоя» реализации этой филогенетически сложившейся биоактивационной реакции: наиболее выраженное нарушение реализации названной филогенетически сложившейся биоактивационной реакции — медиастральная локализация язвенных дефектов, при которой рецидивы пептических язв утрачивают

способность активировать механизмы замедления и гармонизации естественного старения. Менее выраженный «сбой» названной адаптационной реакции — описанные выше неблагоприятно текущие рецидивы пептических пилородуоденальных язв.

Благоприятно текущие рецидивы пилородуоденальных язв могут рассматриваться как минимальное отклонение от оптимальной реализации биоактивационной реакции, при котором ее природа и эффективность не изменяются, но, наряду с филогенетически сложившимися механизмами замедления и гармонизации естественного старения, активируются и патологические процессы, что ведет к развитию клинических симптомов заболевания.

Корректно предположить наличие нескольких вариантов реализации биоактивационных реакций: 1) периодическое включение под влиянием эндогенных хронобиологических циклов других эндогенных факторов, 2) эпизодическая реализация, обусловленная действием других эндогенных факторов, 3) активация в результате неблагоприятных экзогенных влияний. Сформулированная нами концепция рецидивирующего язвообразования в ГДЗ [12, 15] позволяет интегрировать существующие в наше время представления о этиопатогенезе ЯБ: влияние любого интенсивного неблагоприятного фактора запускает адаптационно-компенсаторную реакцию в форме рецидивирующего язвообразования. При чрезмерной интенсивности и(или) продолжительности неблагоприятного фактора происходит сбой в реализации этой компенсаторно-адаптационной реакции, в результате которого снижается или утрачивается эффективность функционирующих адаптационных реакций, повышается выраженность потенциально патогенетических компонентов этих адаптационных реакций.

Такими патогенетическими факторами может быть интенсивная контаминация слизистой оболочки (СО) ГДЗ патогенными штаммами Нр, влияние неблагоприятных метеорологических условий, повторные эмоциональные стрессы и т.д. Вероятно, имеют значение и генетически обусловленные дефекты механизмов реализации филогенетически сложившейся компенсаторно-адаптационной реакции рецидивирующего язвообразования. Таким образом, при чрезмерной интенсивности и(или) чрезмерной продолжительности патогенных факторов развивается клиническая картина рецидивов пептических гастродуоденальных язв, что чаще отмечается при наличии определенных генетически обусловленных дефектов реализации механизмов филогенетически сложившейся адаптационной реакции рецидивирующего язвообразования в ГДЗ.

Рецидивирующий характер симптомов обострений может быть объяснен как длительно сохраняющимся или повторным влиянием патогенных факторов (длительное существование контаминации СО гастродуоденальной зоны патогенными штаммами Нр или реинфекция названным микроорганизмом, повторные эмоциональные стрессы, обусловленные личностными, поведенческими особенностями и т.д.), так и наличием генетически обусловленных дефек-

тов, механизмов реализации названных адаптационных реакций. Возможно формирование приобретенных дефектов механизмов, ведущих к реализации названной адаптационной реакции. Одной из причин снижения выраженности адаптационных эффектов рецидивирующего язвообразования в ГДЗ или их утраты может быть естественное старение, под влиянием которого возникает «запаздывание» как реализации адаптационных реакций, так и их обратного развития, т.е. адаптационные реакции реализуются после того, как ситуация, в которой они были бы наиболее эффективны, исчерпана и пролонгируется гораздо дольше, чем это физиологически целесообразно, что создает условия для приобретения физиологической адаптационной реакцией патологических черт.

Практическое следствие изложенной концепции рецидивирующего язвообразования в ГДЗ — необходимость коррекции существующего подхода к лечению ЯБ и реабилитации страдающих им пациентов. Во-первых, рассматривая рецидивирующее язвообразование в ГДЗ как филогенетически сложившуюся биоактивационную реакцию, следует считать целью терапии пептических язв желудка и ДПК не подавление рецидивирующего язвообразования, но его эффективный контроль. Во-вторых, предложенная концепция расширяет значение адекватной терапии обострений ЯБ, который в некоторых ситуациях (лечение неблагоприятно текущих пептических пилородуоденальных язв) может рассматриваться как один из способов гармонизации и замедления естественного старения, а, следовательно, и один из путей профилактики злокачественных опухолей [11, 12]. В-третьих, неотъемлемой частью лечения рецидивов пептических язв и реабилитации страдающих ЯБ пациентов должно стать выявление и коррекция факторов, способствующих рецидивирующему язвообразованию в ГДЗ [12, 19]. В-четвертых, одним из направлений реабилитации больных ЯБ должна стать геропротекторная терапия [12, 20, 21, 22, 23].

Реализация названного методического подхода позволяет существенно улучшить результаты лечения и реабилитации больных ЯБ [12, 21, 22, 23]. Изложенная концепция рецидивирующего язвообразования в ГДЗ ставит вопрос об известной ревизии принципов экспертизы временной нетрудоспособности у больных ЯБ. Так, с точки зрения изложенных выше представлений о патогенезе пептических язв, вызывает сомнение обоснованность признания нетрудоспособным пациента, у которого выявлена небольшая пилородуоденальная язва при не выраженных клинических симптомах заболевания, если работа его не связана со значительной физической нагрузкой, частыми эмоциональными стрессами.

Конечно, было бы совершенно некорректным распространять данные о взаимосвязи рецидивирующего язвообразования в ГДЗ на другие хронические заболевания внутренних органов. Но осуществленное выше обобщение позволяет говорить о возможности различных вариантов взаимного влияния хронических заболеваний внутренних органов и естествен-

ных возрастных изменений, и позволяет предложить следующую концептуальную модель взаимосвязи хронических заболеваний внутренних органов и естественного старения:

- рецидивирующие хронические заболевания, обострения которых не ведут к выраженным функциональным расстройствам и необратимым морфологическим изменениям, оказывают биоактивирующее влияние, замедляя, таким образом, естественное старение.
- обострения хронических заболеваний, ведущие к непродолжительным функциональным нарушениям и заканчивающиеся морфологическими изменениями, не влияющими на функцию пораженных органов, не изменяют темпов естественного старения.

- рецидивы хронических патологических процессов, приводящие к продолжительным функциональным расстройствам и необратимым изменениям структуры пораженных органов, обуславливающим их функциональную недостаточность, ускоряют темпы естественного старения.

Сделанное выше обобщение результатов изучения взаимного влияния ЯБ и естественных возрастных явлений позволяет говорить о значительном влиянии экзогенных факторов на развитие естественного старения и подтверждает возможность эффективного влияния на старение с помощью доступных терапевтических мероприятий.

Очевидна перспективность изучения взаимосвязи патогенеза хронических заболеваний внутренних органов и естественного старения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Донцов, В.И. Старение: механизмы и пути преодоления /Донцов В.И., Крутько В.Н., Подколзин А.А. – М.: Биоинформсервис, 1997. – 240 с.
2. Снегирев, Н.М. Философские и социальные аспекты геронтологии и биологии старения /Снегирев Н.М., Голубев М.Г., Михайлов Н.Г. – СПб.: Питер, 2001. – С. 10-17.
3. Крутько, В.Н. Математические основы геронтологии /Крутько В.Н., Славин М.Б., Смирнова Т.М. – М.: «Едиториал УРСС», 2002. – 382 с.
4. Beard, R.E. Health and economic aspects of peptic ulcer disease /Beard R.E. – London: Med. Stat.-Inform., 1998. – P. 47-74.
5. Wormsley, G.M. Gastroenterology /Wormsley G.M. – New York: World medicine, 2002. – P. 37-47.
6. Witten, M. The enigma of coronary heart disease and its prevention /Witten M. – New York: World medicine, 2001. – P. 17-34.
7. Макаров, Н.С. Избранные вопросы лечения терапевтических заболеваний /Макаров Н.С. – Смоленск: ИД «Практика», 1999. – 254 с.
8. Wilson, D.E. The age and the ageing /Wilson D.E. – London: Internal medicine, 2001. – 354 p.
9. Small, N.D. Ageing: the age and chronic disease /Small N.D. – New York: World medicine, 2001. – 275 p.
10. Вавилов, А.М. Биологический возраст больных язвенной болезнью /Вавилов А.М. //Сиб. журн. гастроэнтерол. и гепатол. – 2002. – № 14. – С. 30-33.
11. Вавилов, А.М. Особенности старения больных язвенной болезнью /Вавилов А.М. //Бюл. сиб. медицины. – 2004. – № 4. – С. 44-56.
12. Вавилов, А.М. Гастродуоденальные язвы у пациентов разного возраста /Вавилов А.М., Белобородова Э.И. – Томск: ООО «Печатная мануфактура», 2006. – 198 с.
13. Вавилов, А.М. Язвенная болезнь и старение (особенности патогенеза, течения и лечения заболевания, зависящие от паспортного и биологического возраста) /А.М. Вавилов: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Томск, 2006. – 46 с.
14. Руководство по физиологии. Биология старения /Н.И. Аринчин, И.А. Аршавская, Г.Д. Бердышев и др. – Л.: Наука, 1982. – С. 10-12.
15. Вавилов, А.М. Концепция этиопатогенеза язвенной болезни /Вавилов А.М. //Сиб. журн. гастроэнтерол. и гепатол. – 2005. – № 19. – С. 22-24.
16. Чагин, Х.С. Язвенно-эрозивные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки /Чагин Х.С., Морозов М.Ф., Нестеров Н.К. – Хабаровск: «Дальний Восток», 2005. – 175 с.
17. Вавилов, А.М. Сопутствующие заболевания у больных язвенной болезнью разного возраста /Вавилов А.М. //Сиб. журн. гастроэнтерол. и гепатол. – 2003. – № 16. – С. 157-158.
18. Вавилов, А.М. Хронический бронхит и язвенная болезнь: особенности течения заболеваний при их сочетании /Вавилов А.М. //Сиб. мед. журн. – 2004. – № 1. – С. 33-39.
19. Вавилов, А.М. Лечение и реабилитация больных язвенной болезнью с учетом биологического и календарного возраста: метод. реком. /Вавилов А.М. – Кемерово: КеМГМА, 2003. – 20 с.

20. Вавилов, А.М. Использование геропротекторной терапии у пациентов трудоспособного возраста для профилактики острых заболеваний и реабилитации больных, страдающих хроническими заболеваниями: метод. реком. /Вавилов А.М. – Кемерово: КемГМА, 2003. – 11 с.
21. Вавилов, А.М. Геропротекторная терапия. Литературные данные, результаты собственных исследований, опыт клинического применения /Вавилов А.М. //Актуальные проблемы организации медицинской помощи контингенту особого внимания: сб. науч. тр., посв. 60-летию больницы, 5-летию ОКГВВ и 45-летию кафедры пропед. внутр. бол. – Кемерово, 2004. – С. 41-43.
22. Вавилов, А.М. Эффективность некоторых вариантов геропротекторной терапии /Вавилов А.М. //Актуальные проблемы организации медицинской помощи контингенту особого внимания: сб. науч. тр., посв. 60-летию больницы, 5-летию ОКГВВ и 45-летию кафедры пропед. внутр. бол. – Кемерово, 2004. – С. 44-49.
23. Вавилов, А.М. Влияние геропротекторной терапии на течение язвенной болезни /Вавилов А.М., Белобородова Э.И., Аникина Е.Б. //Сиб. вестн. гепатологии и гастроэнтерологии. – 2008. – № 22. – С. 65-68.



ЦЕЛЬНОЗЕРНОВОЕ ПИТАНИЕ ПРЕДОТВРАЩАЕТ СЕРДЕЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Цельнозерновые продукты помогают сердечной защите и предотвращают сердечно-сосудистые нарушения. Положительные эффекты злаковых на работу сердца доказали американские кардиологи, которые рассмотрели диетические привычки и здоровье более 14 тыс. человек за 13 лет.

Цельнозерновая мука, хлеб, овсяные хлопья, неочищенный рис снижали риск сердечной недостаточности, в то время как повышенное потребление яиц и молока с высоким процентом жира, наоборот, способствовало неправильному кровообращению сердца и патологическим сердечным болезням.

Рацион питания – один из самых важных факторов здоровья в жизни, который оказывает влияние на широкий спектр заболеваний, включая ишемическую болезнь сердца, ожирение, диабет и гипертонию, говорят медики. Они установили, что зерновые продукты на 7 % сокращают риск сбоя сердечно-сосудистой функции. Молочные продукты на 8 % увеличивали этот риск, а много яиц в регулярном питании повышали риск сердечных нарушений на 23 %. Исследование проводилось врачами Университета Миннесоты в сотрудничестве с Университетом Северной Каролины. При этом медики напоминают, что только в Соединенных Штатах около 5 млн. человек страдают от сердечной недостаточности.

Источник: Ami-tass.ru