

Управление делами Президента Российской Федерации
ФГБУ «ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ»

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ООО «Красноярский региональный центр
биотехнологического инжиниринга»

_____ М.С. Патрина
«__» _____ 2018 г.

УТВЕРЖДАЮ
Врио главного врача
ФГБУ «Центр реабилитации»



_____ А.В.Сергеев
«__» _____ 2018 г.

СОГЛАСОВАНО
Директор
ООО «Латта-Био»

_____ В.В.Плесовских
«__» _____ 2018 г.

ОТЧЕТ
О НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЕ

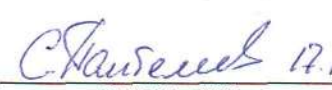
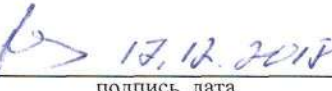
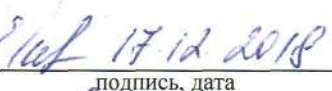
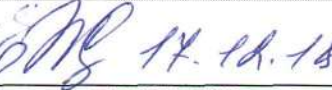
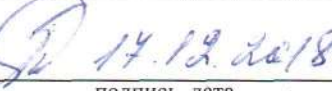
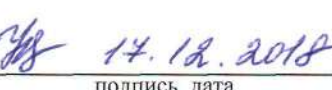
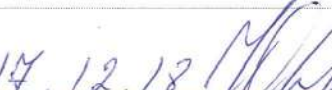
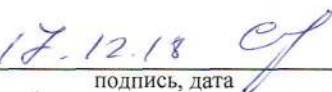
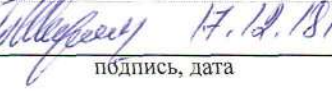
**Оценка эффективности продукции т.м. «ЛАТТА» в составе комплексных реабилитационных программ на базе многопрофильного реабилитационного учреждения, подведомственного федеральному органу исполнительной власти Российской Федерации
(итоговый)**

Научный руководитель,
академик РАН, д.м.н., проф.

_____ А.И. Романов
«__» _____ 2018 г.

А.И. Романов

СПИСОК ОСНОВНЫХ ИСПОЛНИТЕЛЕЙ

Научный руководитель, академик РАН, д.м.н., проф.	 подпись, дата	Романов А.И.
Главный специалист по информатизации и инновационным технологиям ФГБУ «Центр реабилитации»	 подпись, дата	Пантелеев С.Н.
Зав. учебно-научным отделом ФГБУ «Центр реабилитации», д.м.н.	 подпись, дата	Каллистов Д.Ю.
Зав. 1 ТО ФГБУ «Центр реабилитации», к.м.н	 подпись, дата	Гаврилова Е.С.
Зав. 2 ТО ФГБУ «Центр реабилитации»	 подпись, дата	Гусельникова О.В.
Зав. 1 КО ФГБУ «Центр реабилитации»	 подпись, дата	Жирнова А.М.
Зав. 2 КО ФГБУ «Центр реабилитации», к.м.н.	 подпись, дата	Дудко Т.Л.
Зав. 1 НО ФГБУ «Центр реабилитации», к.м.н	 подпись, дата	Федина Н.В.
Зав. 2 НО ФГБУ «Центр реабилитации», к.м.н.	 подпись, дата	Алексахина Ю.А.
Зав. 3 НО ФГБУ «Центр реабилитации»	 подпись, дата	Сафонова Е.В.
Нормоконтролер	 подпись, дата	Ширяева Т.И.

РЕФЕРАТ

Ключевые слова: реабилитация, адаптивное питание, фитопродукция, бактерицидные аэрозоли, переносимость, побочные эффекты, клиничко-лабораторные показатели

Объектом исследования является динамика клиничко-лабораторных показателей у пациентов при включении в состав реабилитационных программ продукции т.м. «Латта».

Цель исследования: оценка результативности и безопасности включения фитопродукции т.м. «ЛАТТА» (адаптивное питание, бактерицидные спреи для воздуха) в комплекс реабилитационных мероприятий у больных по следующим направлениям: 1) кардиология, 2) неврология (включая расстройства сна), 3) терапия (гастроэнтерология, пульмонология, эндокринология), 4) травматология и ортопедия, хирургия.

Пациенты и методы. Сформированы 2 сопоставимые по основным антропометрическим характеристикам группы пациентов (основная и контрольная). В группы включены пациенты с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, нервной системы, включая расстройства сна, органов дыхания, пищеварения, опорно-двигательного аппарата, сосудов нижних конечностей). Срок программ реабилитации составлял от 10 до 18 дней. Пациенты основной группы получали галеновые экстракты AirForest, адаптивное питание «Кедровый микс обогащенный терпеноидами»; адаптивной питание «Флавонокс»; адаптивное питание «Кедровый микс обогащенный природным витамином С»; адаптивное питание «Кедровый микс обогащенный антоцианами»; кедровое масло с хлорофиллом; кедровое масло с хамазуленом; для снижения уровня внутрибольничных респираторных инфекций и предупреждения ОРВИ и элиминации потенциальных возбудителей в ротоглотке применялись бактерицидные спреи AirFit. Проводилась оценка динамики антропометрических и клиничко-лабораторных показателей в исследуемой группе и в контрольной группе.

Результаты. Клинических проявлений непереносимости, аллергических реакций на продукцию т.м. «Латта» ни у кого из исследуемых зафиксировано не было. У пациентов основной группы отмечено более выраженное снижение массы тела за период реабилитации. Динамика гематологических показателей носила разнонаправленный характер, в основной группе с большей частотой отмечено снижение повышенных значений СОЭ. В основных группах на фоне применения адаптивного питания «Флаванокс» отмечались более выраженное снижение липидов плазмы. Отмечено снижение сезонной заболеваемости ОРВИ в клинических отделениях на фоне применения бактерицидных спреев.

Заключение: адаптивное питание и бактерицидные спреи т.м. «Латта» могут рассматриваться в качестве безопасного компонента в составе комплексных реабилитационных программ.

Содержание

1. Введение	6
2. Анализ современных подходов к организации медицинской реабилитации в условиях многопрофильного стационара. Теоретические основы применения фитопродукции из растительного сырья в реабилитационных программах.	7
3. Пациенты и методы, формирование основной и контрольной групп, схема применения фитопродукции т.м. «Латта», инструментальный и лабораторный контроль.	10
4. Результаты (протоколы клинических и лабораторных исследований)	13
5. Заключение по основным направлениям исследования.	36
6. Список литературы	40

1. ВВЕДЕНИЕ

Лечебное питание является важным компонентом комплексных программ реабилитации пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой и нервной системы, болезнями органов пищеварения, алиментарным ожирением, заболеваниями опорно-двигательного аппарата, сосудов конечностей. Исходя из основных положений Концепции оптимального питания, питание пациентов ЛПУ осуществляется в рамках разработанных специалистами и утвержденных диет в соответствии с требованиями приказа Минздрава РФ от 05.08.2003 №330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации»; приказа Минздрава РФ от 21.06.2013 №395н «Об утверждении норм лечебного питания», приказа Минздрава МО от 12.08.2013 №977 «О совершенствовании организации лечебного питания в медицинских организациях Московской области»).

Полученные за последние годы результаты ряда исследовательских работ позволяют прийти к выводу о благоприятном влиянии адаптивного питания, включая экстракты галеновые лекарственных трав Сибири и кедровые миксты на показатели метаболизма как практически здоровых лиц, так и пациентов с рядом заболеваний, нуждающихся в медицинской реабилитации. Также важной сферой применения препаратов из растительного сырья является профилактика вирусных и бактериальных респираторных инфекций, передающихся воздушно-капельным путем.

2. АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ФИТОПРОДУКЦИИ ИЗ РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММАХ.

Медицинская реабилитация, как один из компонентов этапной системы оказания медицинской помощи, призвана обеспечить восстановление здоровья после перенесенных заболеваний и предотвращение перехода болезней в хронические формы. Определение реабилитации, данное в ст. 40 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"¹, охватывает широкий спектр задач и функций данного клинического направления.

Приказ Минздрава РФ от 29 декабря 2012 г. №1705н "О порядке организации медицинской реабилитации", определяет, что медицинская реабилитация осуществляется в следующих условиях: а) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения); б) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения); в) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

В соответствии с данным приказом «медицинская реабилитация осуществляется независимо от сроков заболевания, при условии стабильности клинического состояния пациента и наличия перспективы

¹ Медицинская реабилитация - комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество.

восстановления функций (реабилитационного потенциала), когда риск развития осложнений не превышает перспективу восстановления функций (реабилитационный потенциал), при отсутствии противопоказаний к проведению отдельных методов медицинской реабилитации на основании установленного реабилитационного диагноза».

Ряд новых тенденций определяют развитие медицинской реабилитации в настоящее время: 1) Перераспределение потоков пациентов и финансирования от стационарных к стационар-замещающим видам помощи. 2) Совершенствование методической и материально-технической базы реабилитации. 3) Ограничение оплачиваемых государством направлений медицинской реабилитации 3-4 клиническими профилями.

Этапная система оказания медицинской помощи «поликлиника – стационар – реабилитационный центр – поликлиника» на практике доказала свою высокую клиническую, социальную и экономическую результативность. Организационные принципы и методические основы системы этапной реабилитации в системе ГМУ предусматривают обеспечение взаимодействия лечебно профилактических (поликлиника – стационар - РЦ) и санаторно-курортных учреждений на основе единых научно-методических и управленческих подходов, использования единой информационной системы.

Преимущество оказания реабилитационной помощи в стационаре, реабилитационном центре и на амбулаторном этапе должна обеспечиваться общностью теоретических подходов, едиными критериями определения реабилитационного потенциала, реабилитационного прогноза, оценки эффективности реабилитации.

Важным компонентом лечебно-реабилитационных программ является лечебное (включая адаптивное) питание.

Адаптивное питание предназначено для нормализации обменных процессов, в первую очередь липидного обмена в организме человека. Применение адаптивного питания может привести к снижению веса и

улучшению общего самочувствия, физической работоспособности, что актуально при проведении физической реабилитации.

Адаптивное питание т.м. «Латта», согласно декларации производителя, создается на основе щадящей технологии переработки исходного растительного сырья без нарушения структуры клетки, при этом обеспечивается сохранение комплекса витаминов, минералов и биологически активных веществ, содержащихся в дикорастущих ягодах и лекарственных травах. В результате технологии смешивания, получается биологически активный продукт адаптивного питания. Кедровый жмых, обогащенный йодом, облегчает процесс обмена липидов, обмена веществ. Исходный качественный и количественный компонентный состав обеспечивает совместное действие витаминов, минералов и биологически активных веществ таежных растений. Полученные биологически активные продукты подобраны по принципу биосовместимости, легко усваиваются, что обуславливает высокий фармакотерапевтический эффект и отсутствие побочных. Рецептурная комбинация оптимально сбалансирована по жизненно необходимым компонентам, проявляет свойства адаптогенов и детоксикантов за счет большого количества микро- и макроэлементов, различных групп витаминов.

Представленная производителем информация позволяет рассматривать адаптивное питание «Латта» в качестве источника ряда витаминов, антиоксидантов и других биологически активных веществ, способных при систематическом приеме оказать благоприятное влияние на показатели углеводного, липидного обменов, функцию органов желудочно-кишечного тракта, органов дыхания.

3. ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В 3 – 4 кварталах 2018 года на базе 7-и клинических отделений ФГБУ «Центр реабилитации» УДП РФ были сформированы подгруппы пациентов с кардиоваскулярными заболеваниями (гипертоническая болезнь II-III ст., хронические формы ИБС, состояния после операций реваскуляризации миокарда), заболеваниями нервной системы (острые и хронические формы ЦВБ, расстройства сна), заболеваниями органов пищеварения (хронический гастрит, язвенная болезнь вне обострения, заболевания печени), органов дыхания, опорно-двигательного аппарата, облитерирующими заболеваниями сосудов.

Половине из пациентов в каждой из подгрупп было предложено использовать продукцию т.м. «Латта» (кедровые миксты, галеновые экстракты) в качестве компонента лечебного питания в составе комплексных программ реабилитации по соответствующим нозологиям. Эти пациенты составили основную группу (90 больных, в том числе 20 больных кардиологического профиля, 20 – неврологического профиля, включая расстройства сна, 30 терапевтического (органы пищеварения, органы дыхания) и 20 хирургического и ортопедического профиля). Пациенты, не применявшие фитопрепараты т.м. «Латта», составили контрольную группу (группу сравнения) (90 больных; выбывшие по ряду причин пациенты заменялись сопоставимыми по основным характеристикам пациентами). Отбор пациентов осуществлялся лечащими врачами с учетом принципов формирования рандомизированных групп в условиях открытого (open label) исследования. Пациенты заполняли форму добровольного информированного согласия. Исследование одобрено локальным этическим комитетом.

Условия пребывания пациентов, режим дня и питания, стандартные процедуры медикаментозной терапии, ЛФК, физиотерапевтические процедуры и пр. были идентичными. Рандомизированные группы больных

были ограничены в контактах по спальным местам, лечебным процедурам, объектам ЛФК и специализированной терапии.

Был разработан дизайн исследования с программой применения фитопрепаратов т.м. «ЛАТТА» наряду с базисной медикаментозной терапией и другими методиками лечения и реабилитации пациентов, созданы и тиражированы карты пациентов.

Применение фитопродукции т.м. «ЛАТТА» осуществлялось по следующим нозологическим группам:

кардиология (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца) – адаптивное питание «Кедровый микс обогащенный терпеноидами»;

неврология (включая расстройства сна) (последствия ОНМК, хроническая ишемия мозга, нарушения засыпания и поддержания сна) – галеновый экстракт AirForest (пихта и зверобой) - аромаванны и адаптивное питание «Кедровый микс обогащенный терпеноидами»;

терапия:

- заболевания печени, поджелудочной железы и желчевыводящих путей) – адаптивной питание «Флавонокс» и кедровое масло с хлорофиллом;

- заболевания пищевода (ГЭРБ), желудка и 12-перстной кишки (гастрит, язвенная болезнь) – адаптивное питание «Флавонокс» и кедровое масло с хамазуленом;

- болезни органов дыхания: острый ринит, фарингит, тонзиллит, ларингит, острый и хронический бронхит - галеновый экстракт AirForest (пихта и душица) - аромаванны и горячие ингаляции и адаптивное питание «Кедровый микс обогащенный терпеноидами»

травматология и ортопедия, хирургия:

- заболевания и травмы опорно-двигательного аппарата – адаптивное питание «Кедровый микс обогащенный природным витамином С» и галеновый экстракт AirForest (кедр и тысячелистник) - горячие компрессы для нормализации кровообращения и снятия болевого синдрома;

- облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей, заболевания вен нижних конечностей) - галеновый экстракт AirForest (кедр и донник) – горячие компрессы и адаптивное питание «Кедровый микс обогащенный антоцианами»;

Пациентам основных и контрольных групп, проходивших реабилитацию в трех клинических отделениях (изолированных от пациентов других 4-х клинических отделений), для снижения уровня внутрибольничных респираторных инфекций, предупреждения ОРВИ и элиминации потенциальных возбудителей в ротоглотке применялись бактерицидные спреи; сравнение уровней заболеваемости проводилось с пациентами других клинических отделений, где спреи не применялись, а также с заболеваемостью в данных отделениях в иные временные периоды.

Срок программ реабилитации составлял от 12 до 20 дней. Проводилась оценка динамики антропометрических и клинико-лабораторных показателей.

Телефонный опрос после выписки пациента из стационара проводился с целью подтверждения отсутствия отсроченных побочных эффектов, сохранения достигнутых положительных результатов.

4. РЕЗУЛЬТАТЫ (ПРОТОКОЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ)

4.1 Профиль: кардиология

Основные антропометрические и клинические характеристики пациентов кардиологического профиля основной и контрольной групп представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Антропометрические и клинические характеристики
пациентов кардиологического профиля**

№	Показатель	Основная	Контрольная
1.	Количество, м/ж	20 (10/10)	20 (11/9)
2.	Возраст	60,1±7,1	61,8±7,5
3.	ИМТ	28,3±3,0	29,7±3,1
4.	ИБС ²	13	14
5.	Гипертоническая болезнь	7	6

Динамика клинико-лабораторных показателей пациентов кардиологического профиля основной группы на фоне применения адаптивного питания «Кедровый микс обогащенный терпеноидами» представлена в таблице 2.

Таблица 2

**Динамика клинико-лабораторных показателей у пациентов
основной группы (кардиология)**

№	показатель	при поступлении	по завершении курса
1.	Ведущие жалобы ³	на эпизоды болей за грудиной при физ. нагрузке – 3 чел. одышку при физ. нагрузке – 10 чел. лабильность АД - 7 чел.	исчезли – 15%; уменьшились – 50%; сохранились – 30%; усилились – 5%
2.	В клиническом статусе	отеки голеней – 6 чел. повышение АД свыше	приступы стенокардии не

² диагноз основного заболевания, по которому кодирован данный случай при выписке. В подгруппе пациентов с ИБС в качестве фонового заболевания у 10 пациентов также имелась гипертоническая болезнь II ст.

³ указаны ведущие жалобы из 3-7 видов жалоб, отмечавшихся у каждого больного

		140/90 – 8 больных Средние величины АД: АД сист. =138,1 $\pm$ 10,1 АД диа. = 88,6 $\pm$ 7,3	отмечались, периферические отеки уменьшились у 5 больных (83%) Средние величины АД: АД сист. =133,8 $\pm$ 5,9 АД диа. =84,5 $\pm$ 6,3
3.	Общий анализ крови: Гемоглобин, г/л	135,1 $\pm$ 7,4	133,0 $\pm$ 5,7
4.	Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	4,17 $\pm$ 0,18	4,17 $\pm$ 0,21
5.	СОЭ, мм/ч	14,8 $\pm$ 3,3	13,4 $\pm$ 2,3
6.	Тромбоциты, $\times 10^9/л$	199,5 $\pm$ 27,9	200,8 $\pm$ 27,2
7.	Лейкоциты, $\times 10^9/л$	5,09 $\pm$ 0,96	5,32 $\pm$ 1,01
8.	Глюкоза, моль/л	5,92 $\pm$ 0,63	5,74 $\pm$ 0,39
9.	О.холестерин, моль/л	5,76 $\pm$ 1,36	5,34 $\pm$ 0,94
10.	Триглицериды, моль/л	1,87 $\pm$ 0,22	1,81 $\pm$ 0,17
11.	ЭКГ	синусовый ритм у 15 больных, ФП у 5	без динамики
12.	Побочные эффекты во время нахождения в Центре реабилитации	нет	
13.	Побочные эффекты по данным телефонного опроса	нет	

Динамика клинико-лабораторных показателей пациентов кардиологического профиля контрольной группы представлена в таблице 3.

Таблица 3

**Динамика клинико-лабораторных показателей у пациентов
контрольной группы (кардиология)**

№	показатель	при поступлении	по завершении курса
1.	Ведущие жалобы	на эпизоды болей за грудиной при физ. нагрузке – 4 чел. одышку при физ. нагрузке – 8 чел. лабильность АД - 8 чел.	исчезли – 10%; уменьшились – 45%; сохранялись – 40%; усилились – 5%

2.	В клиническом статусе	отеки голеней – 7 чел. повышение АД свыше 140/90 – 9 больных Средние величины АД: АД сист. =137,9 $\pm$ 9,4 АД диа. = 84,8 $\pm$ 6,8	приступы стенокардии не отмечались, периферические отеки уменьшились у 5 больных (71%) Средние величины АД: АД сист. =135,5 $\pm$ 6,1 АД диа. =83,3 $\pm$ 5,2
3.	Общий анализ крови: Гемоглобин, г/л	133,5 $\pm$ 9,2	132,5 $\pm$ 6,9
4.	Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	4,4 $\pm$ 0,35	4,5 $\pm$ 0,38
5.	СОЭ, мм/ч	21,7 $\pm$ 8,8	21,9 $\pm$ 7,9
6.	Тромбоциты, $\times 10^9/л$	219,6 $\pm$ 20,3	218,6 $\pm$ 22,4
7.	Лейкоциты, $\times 10^9/л$	5,8 $\pm$ 1,4	5,9 $\pm$ 1,2
8.	Глюкоза, моль/л	5,45 $\pm$ 0,67	5,54 $\pm$ 0,49
9.	О.холестерин, моль/л	5,69 $\pm$ 1,0	5,73 $\pm$ 0,74
10.	Триглицериды, моль/л	1,91 $\pm$ 0,27	1,93 $\pm$ 0,29
11.	ЭКГ	синусовый ритм у 17 больных, ФП – у 3	без динамики
12.	Побочные эффекты во время нахождения в Центре реабилитации	нет	
13.	Побочные эффекты по данным телефонного опроса	нет	

Случаев аллергических реакций или непереносимости, послуживших основанием для прекращения приема препарата, не отмечено.

В клиническом статусе у пациентов кардиологического профиля, получавших в составе комплексных реабилитационных программ адаптивное питание «Кедровый микс обогащенный терпеноидами», по сравнению с больными контрольной группы, с большей частотой отмечались исходы «исчезновение жалоб» или «уменьшение жалоб», уменьшение клинических проявлений отечного синдрома, уменьшение повышенных значений артериального давления.

У больных основной группы с большей частотой (75% против 60% в контрольной группе) зарегистрировано увеличение максимальной переносимой физической нагрузки (на 25 и более Вт) по результатам повторного тредмил-теста.

Динамика лабораторных показателей носила разнонаправленный характер.

4.2 Профиль: неврология (включая расстройства сна)

Основные антропометрические и клинические характеристики пациентов неврологического профиля основной и контрольной групп представлены в таблице 4.

Таблица 4

Антропометрические и клинические характеристики пациентов неврологического профиля

№	Показатель	Основная	Контрольная
1.	Количество, м/ж	20 (9/11)	20 (10/10)
2.	Возраст	57,6 $\pm$ 9,05	54,2 $\pm$ 9,1
3.	ИМТ	27,05 $\pm$ 3,22	28,2 $\pm$ 3,1
4.	последствия ОНМК	7	5
5.	Хроническая ишемия головного мозга	13	15

Нарушения засыпания и поддержания сна (код по МКБ10 – G47.0) выявлялись у 75% основной и 70% контрольной группы.

Динамика клинико-лабораторных показателей пациентов неврологического профиля основной группы на фоне применения адаптивного питания представлена в таблице 5.

Таблица 5

**Динамика клинико-лабораторных показателей у пациентов основной группы
(неврология)**

№	показатель	при поступлении	по завершении курса
1.	Жалобы	головокружение – 12 чел слабость в конечностях – 5 чел. нарушение походки – 3 чел.	исчезли – 20% уменьшились – 50% сохранились – 20% усилились – 10%
2.	В клиническом статусе	пирамидная симптоматика – 40% вестибулярный синдром - 70% когнитивные нарушения - 20%	уменьшение выраженности вестибулярной симптоматики у 60%
3.	Общий анализ крови: Гемоглобин, г/л	144,3 ±17,6	145,0±12,1
4.	Эритроциты, х 10 ¹² /л	4,75±0,50	4,83 ±0,44
5.	СОЭ, мм/ч	12,1 ±6,2	10,9 ±5,1
6.	Тромбоциты, х 10 ⁹ /л	253,3±76,2	235,1 ±26,2
7.	Лейкоциты, х 10 ⁹ /л	6,57 ±1,89	5,89 ±1,57
8.	Глюкоза, моль/л	5,93 ±2,38	5,28 ±1,02
9.	О.холестерин, моль/л	5,48 ±1,1	5,21 ±0,99
10.	Триглицериды, моль/л	2,12 ±0,67	1,96 ±0,68
11.	ЭКГ	синусовый ритм -16 больных, ФП – 4 больных	без динамики
12.	Индекс тяжести бессонницы	21,6 ±3,1	15,2 ±2,1
13.	Побочные эффекты во время нахождения в Центре реабилитации	нет	
14.	Побочные эффекты по данным телефонного опроса	нет	

Динамика клинико-лабораторных показателей пациентов неврологического профиля контрольной группы представлена в таблице 6.

Таблица 6

Динамика клинико-лабораторных показателей у пациентов контрольной группы (неврология)

№	показатель	при поступлении	по завершении курса
1.	Жалобы	головокружение – 10 чел слабость в конечностях – 5 чел. нарушение походки – 5 чел.	(исчезли – 10% уменьшились – 40% сохранились – 40% усилились – 10%)
2.	В клиническом статусе	пирамидная симптоматика – 30% вестибулярный синдром -65% когнитивные нарушения - 25%	уменьшение выраженности вестибулярной симптоматики у 50%
3.	О. анализ крови: Гемоглобин, г/л	140,1 $\pm$ 5,5	142,5 $\pm$ 4,3
4.	Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	5,1 $\pm$ 0,8	5,2 $\pm$ 0,7
5.	СОЭ, мм/ч	13,1 $\pm$ 4,4	15,2 $\pm$ 6,6
6.	Тромбоциты, $\times 10^9/л$	196,4 $\pm$ 11,1	198,1 $\pm$ 13,2
7.	Лейкоциты, $\times 10^9/л$	6,0 $\pm$ 2,1	6,2 $\pm$ 2,5
8.	Глюкоза, моль/л	5,3 $\pm$ 1,0	5,2 $\pm$ 1,3
9.	О.холестерин, моль/л	5,6 $\pm$ 1,1	5,5 $\pm$ 0,9
10.	Триглицериды, моль/л	2,3 $\pm$ 0,1	2,3 $\pm$ 0,2
11.	ЭКГ	синусовый ритм -15 больных, ФП – 5 больных	без динамики
12.	индекс тяжести бессонницы	21,5 $\pm$ 3,3	17,1 $\pm$ 4,1
13.	Побочные эффекты во время нахождения в Центре реабилитации	нет	
14.	Побочные эффекты по данным телефонного опроса	нет	

Случаев аллергических реакций или непереносимости, послуживших основанием для прекращения приема препарата, не отмечено.

В целом, у пациентов с последствиями острых сосудистых заболеваний мозга и/или хронической ишемией мозга, получавших в составе комплексных реабилитационных программ адаптивное питание «Кедровый микс обогащенный терпеноидами» и аромаванны с использованием

галенового экстракта AirForest (пихта и зверобой), по сравнению с больными контрольной группы, с большей частотой отмечались клинические исходы «исчезновение жалоб» или «уменьшение жалоб». В неврологическом статусе у больных основной группы в большей степени отмечались признаки уменьшения вестибуло-атактических нарушений по данным теста Ромберга.

Нарушения засыпания и поддержания сна (хроническая бессонница) выявлялись у 12 пациентов основной и 11 пациентов контрольной группы. Оценка выраженности нарушений сна выполнена с использованием индекса тяжести бессонницы (Insomnia Severity Index), диапазон выраженности бессонницы от 0 до 28 баллов, при этом значение индекса от 0 до 7 свидетельствует об отсутствии клинически значимой бессонницы, от 8 до 14 – субклинической бессонницы, от 15 до 21 – бессонницы, умеренно выраженной и от 22 до 28 – тяжелой бессонницы. Для инструментального исследования сна у части пациентов проводилось полисомнографическое исследование – мониторинг набора физиологических параметров во время сна, предусматривающее регистрацию 6-и каналов ЭЭГ, 2 каналов ЭОГ, подбородочной ЭМГ, воздушного потока, дыхательных усилий, ЭМГ конечностей, ЭКГ и насыщения кислородом артериальной крови.

У пациентов основной группы с клиническими проявлениями хронической бессонницы (нарушений засыпания и поддержания сна) на фоне курса терапии препаратами т.м. «Латта» отмечено более выраженное снижение индекса тяжести бессонницы (Insomnia Severity Index). Кроме того, по данным контрольной полисомнографии у пациентов основной группы (n=9) было выявлено повышение эффективности сна с $83,5 \pm 5,8\%$ до $91,1 \pm 5,2\%$, снижение фрагментации сна, увеличение % 3 стадии NREM-сна в его структуре.

4.3.1 Профиль: терапия (заболевания печени, поджелудочной железы и желчевыводящих путей)

Основные антропометрические и клинические характеристики пациентов с заболеваниями печени, поджелудочной железы и желчевыводящих путей основной и контрольной групп представлены в таблице 7.

Таблица 7

Антропометрические и клинические характеристики пациентов с заболеваниями печени, поджелудочной железы и желчевыводящих путей

№	Показатель	Основная	Контрольная
1.	Количество, м/ж	10 (5/5)	10 (4/6)
2.	Возраст	57,2 $\pm$ 9,4	61,7 $\pm$ 7,4
3.	ИМТ	30,1 $\pm$ 2,3	29,6 $\pm$ 2,2

Динамика клинико-лабораторных показателей пациентов основной группы с заболеваниями печени, поджелудочной железы и желчевыводящих путей представлена в таблице 8.

Таблица 8

Динамика клинико-лабораторных показателей у пациентов с заболеваниями печени, поджелудочной железы и желчевыводящих путей (основная группа)

№	показатель	при поступлении	по завершении курса
1.	Жалобы	чувство тяжести в правом подреберье – 5 чел. отрыжка – 2 чел. нарушения стула – 3 чел.	(исчезли – 20% уменьшились – 40% сохранились – 30% усилились – 10%)
2.	В клиническом статусе	чувствительность в правом подреберье при пальпации – 5 чел., увеличение размеров печени по Курлову – 2 чел. неустойчивый стул – 3 чел.	уменьшение жалоб на болезненность в правом подреберье при пальпации – 4 чел., оформление

			стула – 3 чел.
3.	Общий анализ крови: Гемоглобин, г/л	129,5 $\pm$ 6,2	131,1 $\pm$ 7,2
4.	Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	5,1 $\pm$ 0,3	5,1 $\pm$ 0,4
5.	СОЭ, мм/ч	19,2 $\pm$ 5,1	15,1 $\pm$ 3,4
6.	Тромбоциты, $\times 10^9/л$	184,4 $\pm$ 20,7	189,1 $\pm$ 21,5
7.	Лейкоциты, $\times 10^9/л$	6,4 $\pm$ 1,2	6,1 $\pm$ 2,2
8.	АЛТ, ед/л	49,6 $\pm$ 10,2	42,1 $\pm$ 9,4
9.	АСТ, ед/л	51,8 $\pm$ 13,6	45,2 $\pm$ 11,9
10.	ЩФ, ед/л	284,3 $\pm$ 20,3	275,1 $\pm$ 22,4
11.	ГГТ, ед/л	47,6 $\pm$ 13,1	43,1 $\pm$ 12,2
12.	ЭКГ	синусовый ритм – 10 больных	без динамики
13.	Побочные эффекты во время нахождения в Центре реабилитации	нет	
14.	Побочные эффекты по данным телефонного опроса	нет	

Динамика клинико-лабораторных показателей пациентов контрольной группы представлена в таблице 9.

Таблица 9

Динамика клинико-лабораторных показателей у пациентов с заболеваниями печени, поджелудочной железы и желчевыводящих путей (контрольная группа)

№	показатель	при поступлении	по завершении курса
1.	Жалобы	чувство тяжести в правом подреберье – 4 чел. отрыжка – 2 чел. нарушения стула – 4 чел.	(исчезли – 10% уменьшились – 40% сохранялись – 40% усилились – 10%
2.	В клиническом статусе	чувствительность в правом подреберье при пальпации – 4 чел., увеличение размеров печени по Курлову	уменьшение жалоб на болезненность в правом подреберье при пальпации – 3

		2 чел. неустойчивый стул – 4 чел.	чел., оформление стула – 2 чел.
3.	Общий анализ крови: Гемоглобин, г/л	143,5 $\pm$ 4,1	141,7 $\pm$ 3,2
4.	Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	5,3 $\pm$ 0,4	5,2 $\pm$ 0,6
5.	СОЭ, мм/ч	21,7 $\pm$ 4,2	19,7 $\pm$ 5,3
6.	Тромбоциты, $\times 10^9/л$	212,3 $\pm$ 20,5	217,2 $\pm$ 16,2
7.	Лейкоциты, $\times 10^9/л$	5,1 $\pm$ 3,3	5,5 $\pm$ 2,9
8.	АЛТ, ед/л	43,9 $\pm$ 5,2	41,2 $\pm$ 6,8
9.	АСТ, ед/л	46,6 $\pm$ 10,2	45,1 $\pm$ 12,5
10.	ЩФ, ед/л	291,5 $\pm$ 23,1	288,2 $\pm$ 20,1
11.	ГГТ, ед/л	44,5 $\pm$ 20,1	42,3 $\pm$ 16,2
12.	ЭКГ	синусовый ритм – 10 больных	без динамики
13.	Побочные эффекты во время нахождения в Центре реабилитации	нет	
14.	Побочные эффекты по данным телефонного опроса	нет	

Случаев аллергических реакций или непереносимости, послуживших основанием для прекращения приема препарата, не отмечено.

В клиническом статусе у пациентов основной группы в 60% случаев отмечено уменьшение или исчезновение жалоб гастроэнтерологического характера (таких, как боли или чувство тяжести в правом подреберье, отрыжка, неустойчивый стул).

По данным УЗИ у большинства пациентов основной (8 больных) и контрольной (7 больных) группы отмечались признаки жирового гепатоза.

Существенной динамики в общем анализе крови и биохимическом анализе крови не отмечено.

Таким образом, у пациентов с заболеваниями печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы на фоне назначения адаптивного питания

«Флавонокс» и кедрового масла с хлорофиллом отмечено уменьшение выраженности диспептического синдрома, улучшение моторной функции кишечника.

4.3.2 Профиль: терапия (заболевания пищевода (ГЭРБ), желудка и 12-перстной кишки (гастрит, язвенная болезнь)).

Основные антропометрические и клинические характеристики пациентов с заболеваниями пищевода (ГЭРБ), желудка и 12-перстной кишки (гастрит, язвенная болезнь) основной и контрольной групп представлены в таблице 10.

Таблица 10

Антропометрические и клинические характеристики пациентов с заболеваниями пищевода (ГЭРБ), желудка и 12-перстной кишки (гастрит, язвенная болезнь)

№	Показатель	Основная	Контрольная
1.	Количество, м/ж	10 (7/3)	10 (5/5)
2.	Возраст	48,2 $\pm$ 11,3	52,1 $\pm$ 12,1
3.	ИМТ	26,2 $\pm$ 1,1	27,5 $\pm$ 2,2

Динамика клинико-лабораторных показателей пациентов основной группы с заболеваниями пищевода (ГЭРБ), желудка и 12-перстной кишки (гастрит, язвенная болезнь) представлена в таблице 11.

Таблица 11

Динамика клинико-лабораторных показателей у пациентов с заболеваниями пищевода (ГЭРБ), желудка и 12-перстной кишки (гастрит, язвенная болезнь) (основная группа)

№	показатель	при поступлении	по завершении курса
1.	Жалобы	изжога – 6 чел. боли в эпигастрии – 2 чел. нарушения стула – 2 чел.	(исчезли – 30% уменьшились – 40% сохранились – 20% усилились – 10%
2.	В клиническом статусе	чувствительность при пальпации в эпигастрии – 7 больных	чувствительность при пальпации в эпигастрии – 3 больных

3.	О. анализ крови: Гемоглобин, г/л	141,6 $\pm$ 5,5	142,3 $\pm$ 6,1
4.	Эритроциты, $\times 10^{12}/\text{л}$	4,7 $\pm$ 0,9	4,8 $\pm$ 1,1
5.	СОЭ, мм/ч	14,1 $\pm$ 4,2	11,2 $\pm$ 5,2
6.	Тромбоциты, $\times 10^9/\text{л}$	205,4 $\pm$ 20,2	200,1 $\pm$ 23,1
7.	Лейкоциты, $\times 10^9/\text{л}$	6,2 $\pm$ 2,1	5,7 $\pm$ 1,9
8.	АЛТ, ед/л	52,6 $\pm$ 21,2	43,1 $\pm$ 19,1
9.	АСТ, ед/л	49,2 $\pm$ 11,1	46,8 $\pm$ 12,3
10.	ЩФ, ед/л	256,1 $\pm$ 23,7	235,2 $\pm$ 18,2
11.	ГГТ, ед/л	32,7 $\pm$ 9,1	30,9 $\pm$ 10,2
12.	ЭКГ	синусовый ритм – 9 больных, ФП – 1 больной	без динамики
13.	Побочные эффекты во время нахождения в Центре реабилитации	нет	
14.	Побочные эффекты по данным телефонного опроса	нет	

Динамика клинико-лабораторных показателей пациентов контрольной группы представлена в таблице 12.

Таблица 12

Динамика клинико-лабораторных показателей у пациентов с заболеваниями пищевода (ГЭРБ), желудка и 12-перстной кишки (гастрит, язвенная болезнь (контрольная группа))

№	показатель	при поступлении	по завершении курса
1.	Жалобы	изжога – 5 чел. боли в эпигастрии – 3 чел. нарушения стула – 2 чел.	(исчезли – 20% уменьшились – 30% сохранились – 40% усилились – 10%
2.	В клиническом статусе	чувствительность при пальпации в эпигастрии – 7 больных	чувствительность при пальпации в эпигастрии – 5 больных
3.	О. анализ крови: Гемоглобин, г/л	139,4 $\pm$ 4,2	142,3 $\pm$ 5,1
4.	Эритроциты, $\times 10^{12}/\text{л}$	4,9 $\pm$ 1,6	5,0 $\pm$ 1,5

5.	СОЭ, мм/ч	12,4 $\pm$ 5,2	11,6 $\pm$ 5,5
6.	Тромбоциты, $\times 10^9/\text{л}$	175,4 $\pm$ 23,2	181,1 $\pm$ 30,2
7.	Лейкоциты, $\times 10^9/\text{л}$	5,1 $\pm$ 2,0	4,9 $\pm$ 1,7
8.	АЛТ, ед/л	26,8 $\pm$ 7,7	24,0 $\pm$ 6,5
9.	АСТ, ед/л	22,7 $\pm$ 9,1	20,8 $\pm$ 8,5
10.	ЩФ, ед/л	237,7 $\pm$ 16,9	227,2 $\pm$ 17,2
11.	ГГТ, ед/л	40,5 $\pm$ 10,1	41,1 $\pm$ 9,3
12.	ЭКГ	синусовый ритм – 10 больных	без динамики
13.	Побочные эффекты во время нахождения в Центре реабилитации	нет	
14.	Побочные эффекты по данным телефонного опроса	нет	

Переносимость препарата была удовлетворительной, случаев аллергических реакций или непереносимости, послуживших основанием для прекращения приема препарата, не отмечено.

Существенной динамики ОАК у пациентов основной группы при повторном исследовании не установлено, за исключением снижения СОЭ, в сравнении с показателями при поступлении (14,1 $\pm$ 4,2 и 11,2 $\pm$ 5,2, соответственно). В БАК отмечалось снижение АЛТ (52,6 $\pm$ 21,2 и 43,1 $\pm$ 19,1, соответственно), ЩФ (256,1 $\pm$ 23,7 и 235,2 $\pm$ 18,2, соответственно)

Таким образом, у пациентов с заболеваниями пищевода, желудка и 12-перстной кишки на фоне назначения адаптивного питания «Флавонокс» и кедрового масла с хамазуленом отмечено уменьшение выраженности диспепсического и болевого синдромов, отмечена нормализация стула (исчезновение диарейного синдрома, гипомоторной дискинезии кишечника (запоры)). Отмечалась положительная динамика показателей БАК (АЛТ и ЩФ).

4.3.3 Профиль: терапия (болезни органов дыхания: острый ринит, фарингит, тонзиллит, ларингит, острый и хронический бронхит)

Основные антропометрические и клинические характеристики пациентов с заболеваниями органов дыхания (острый ринит, фарингит, тонзиллит, ларингит, острый и хронический бронхит) основной и контрольной групп представлены в таблице 13.

Таблица 13

Антропометрические и клинические характеристики пациентов с заболеваниями органов дыхания

№	Показатель	Основная	Контрольная
1.	Количество, м/ж	10	10
2.	Возраст	51,8 $\pm$ 11,2	54,7 $\pm$ 10,2
3.	ИМТ	27,5 $\pm$ 3,2	28,4 $\pm$ 4,1
4.	Острые заболевания верхних дыхательных путей.	4	5
5.	Хронический бронхит	6	5

Динамика клинико-лабораторных показателей пациентов основной группы с заболеваниями органов дыхания представлена в таблице 14.

Таблица 14

Динамика клинико-лабораторных показателей у пациентов с заболеваниями органов дыхания: острый ринит, фарингит, тонзиллит, ларингит, острый и хронический бронхит (основная группа)

№	показатель	при поступлении	по завершении курса
1.	Жалобы	кашель сухой – 3 чел. кашель с выделением мокроты – 2 чел. одышка при нагрузке 2 чел одышка в покое – 1 чел. насморк – 2 чел	(исчезли – 20% уменьшились – 50% сохранились – 30% усилились – 0%
2.	В клиническом статусе	рассеянные сухие хрипы -5 чел слизистая мокрота – 3 чел.	уменьшение количества мокроты – 3 чел.

		ринофарингит -2 чел.	купирование проявлений ринофарингита – 2 чел.
3.	Общий анализ крови: Гемоглобин, г/л	141,3 $\pm$ 9,2	142,2 $\pm$ 8,1
4.	Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	4,6 $\pm$ 0,5	4,7 $\pm$ 0,5
5.	СОЭ, мм/ч	16,3 $\pm$ 6,2	13,1 $\pm$ 5,9
6.	Тромбоциты, $\times 10^9/л$	201,8 $\pm$ 20,3	187,2 $\pm$ 30,1
7.	Лейкоциты, $\times 10^9/л$	8,3 $\pm$ 2,5	6,8 $\pm$ 3,4
8.	ЭКГ	синусовый ритм – 9 больных, ФП – 1 больной	без динамики
9.	FEV1/FVC (n= 5)	0,65	0,75
10.	FEV1 % предсказ. (n=5)	60%	80%
11.	Побочные эффекты во время нахождения в Центре реабилитации	нет	
12.	Побочные эффекты по данным телефонного опроса	нет	

Динамика клинико-лабораторных показателей пациентов контрольной группы представлена в таблице 15.

Таблица 15

Динамика клинико-лабораторных показателей у пациентов с заболеваниями органов дыхания: острый ринит, фарингит, тонзиллит, ларингит, острый и хронический бронхит (основная группа)

№	показатель	при поступлении	по завершении курса
1.	Жалобы	кашель сухой – 3 чел. кашель с выделением мокроты – 3 чел. одышка при нагрузке 1 чел. одышка в покое – 1 чел. насморк – 2 чел.	(исчезли – 20% уменьшились – 40% сохранились – 20% усилились – 20%)

2.	В клиническом статусе	рассеянные сухие хрипы – 4 чел. слизистая мокрота – 4 чел. ринофарингит – 2 чел.	уменьшение количества мокроты – 3 чел. купирование проявлений ринофарингита – 2 чел.
3.	Общий анализ крови: Гемоглобин, г/л	135,5 ±8,1	137,2 ±8,0
4.	Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	4,8 ±0,4	4,8 ±0,6
5.	СОЭ, мм/ч	17,1 ±6,1	15,6 ±7,1
6.	Тромбоциты, $\times 10^9/л$	198,1 ±23,2	203,8 ±32,2
7.	Лейкоциты, $\times 10^9/л$	7,2 ±1,7	6,5 ±2,2
8.	ЭКГ	синусовый ритм 8 чел. , ФП – 2 чел.	без динамики
9.	FEV1/FVC (n= 5)	0,68	0,72
10.	FEV1 % предсказ. (n=5)	65%	75%
11.	Побочные эффекты * во время нахождения в Центре реабилитации	нет	
12.	Побочные эффекты по данным телефонного опроса	нет	

Переносимость препарата была удовлетворительной, случаев аллергических реакций или непереносимости, послуживших основанием для прекращения приема препарата, не отмечено.

У пациентов основной и контрольной группы на фоне проведенного курса реабилитации отмечено уменьшение лейкоцитоза, уровня СОЭ (более выраженное в основной группе).

У пациентов основной группы с ХОБ на фоне курса реабилитации отмечено более выраженное увеличение величин FEV1, FEV1/FVC.

Таким образом, у пациентов с острыми и хроническими заболеваниями органов дыхания на фоне назначения галенового экстракта AirForest (пихта + душица) - аромаванны и горячие ингаляции + адаптивное питание «Кедровый микс обогащенный терпеноидами» отмечено уменьшение выраженности бронхообструктивного синдрома, лейкоцитоза.

4.4.1 Профиль: травматология и ортопедия, хирургия - заболевания и травмы опорно-двигательного аппарата

Основные антропометрические и клинические характеристики пациентов с заболеваниями и травмами опорно-двигательного аппарата основной и контрольной групп представлены в таблице 16.

Таблица 16

Антропометрические и клинические характеристики пациентов с заболеваниями и травмами опорно-двигательного аппарата

№	Показатель	Основная	Контрольная
1.	Количество, м/ж	10 (6/4)	10 (5/5)
2.	Возраст	63,7 $\pm$ 5,5	62,2 $\pm$ 5,7
3.	ИМТ	27,3 $\pm$ 2,0	28,2 $\pm$ 1,8
4.	Хронический деформирующий остеоартроз	5	5
5.	Состояние после переломов костей, операций металлоостеосинтеза	2	3
6.	Состояние после эндопротезирования тазобедренного / коленного суставов по поводу хронического остеоартроза.	3	2

Динамика клинико-лабораторных показателей пациентов основной группы с заболеваниями и травмами опорно-двигательного аппарата представлена в таблице 17.

Таблица 17

**Динамика клинико-лабораторных показателей у пациентов с заболеваниями
и травмами опорно-двигательного аппарата (основная группа)**

№	показатель	при поступлении	по завершении курса
1.	Жалобы	боли - 6 ограничение движений в суставах - 4	(исчезли – 20% уменьшились – 40% сохранились – 30% усилились – 10%
2.	В клиническом статусе	суставной синдром – 70%	суставной синдром - 40% больных
3.	Общий анализ крови: Гемоглобин, г/л	137,5 ± 5,5	138,3 ± 7,2
4.	Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	5,1 ± 0,4	5,2 ± 0,5
5.	СОЭ, мм/ч	16,2 ± 5,2	13,3 ± 7,1
6.	Тромбоциты, $\times 10^9/л$	224,7 ± 13,1	209,3 ± 15,3
7.	Лейкоциты, $\times 10^9/л$	7,8 ± 1,4	7,1 ± 2,2
8.	ЭКГ	синусовый ритм 100%	без динамики
9.	Побочные эффекты во время нахождения в Центре реабилитации	нет	
10.	Побочные эффекты по данным телефонного опроса	нет	

Динамика клинико-лабораторных показателей пациентов контрольной группы представлена в таблице 12.

Таблица 18

**Динамика клинико-лабораторных показателей у пациентов с заболеваниями
и травмами опорно-двигательного аппарата (контрольная группа)**

№	показатель	при поступлении	по завершении курса
1.	Жалобы	боли - 5 ограничение движений в суставах - 5	(исчезли – 10% уменьшились – 20% сохранились – 50% усилились – 20%
2.	В клиническом статусе	суставной синдром – 70%	суставной синдром -

Таблица 17

**Динамика клинико-лабораторных показателей у пациентов с заболеваниями
и травмами опорно-двигательного аппарата (основная группа)**

№	показатель	при поступлении	по завершении курса
1.	Жалобы	боли - 6 ограничение движений в суставах - 4	(исчезли – 20% уменьшились – 40% сохранились – 30% усилились – 10%
2.	В клиническом статусе	суставной синдром – 70%	суставной синдром - 40% больных
3.	Общий анализ крови: Гемоглобин, г/л	137,5 ±5,5	138,3 ±7,2
4.	Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	5,1±0,4	5,2±0,5
5.	СОЭ, мм/ч	16,2 ±5,2	13,3 ±7,1
6.	Тромбоциты, $\times 10^9/л$	224,7 ±13,1	209,3 ±15,3
7.	Лейкоциты, $\times 10^9/л$	7,8±1,4	7,1±2,2
8.	ЭКГ	синусовый ритм 100%	без динамики
9.	Побочные эффекты во время нахождения в Центре реабилитации	нет	
10.	Побочные эффекты по данным телефонного опроса	нет	

Динамика клинико-лабораторных показателей пациентов контрольной группы представлена в таблице 12.

Таблица 18

**Динамика клинико-лабораторных показателей у пациентов с заболеваниями
и травмами опорно-двигательного аппарата (контрольная группа)**

№	показатель	при поступлении	по завершении курса
1.	Жалобы	боли - 5 ограничение движений в суставах - 5	(исчезли – 10% уменьшились – 20% сохранились – 50% усилились – 20%
2.	В клиническом статусе	суставной синдром – 70%	суставной синдром -

			50% больных
3.	О. анализ крови: Гемоглобин, г/л	126,3 $\pm$ 11,1	125,0 $\pm$ 9,2
4.	Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	4,8 $\pm$ 0,9	4,7 $\pm$ 1,1
5.	СОЭ, мм/ч	17,9 $\pm$ 11,2	18,1 $\pm$ 9,1
6.	Тромбоциты, $\times 10^9/л$	231,2 $\pm$ 35,1	240,1 $\pm$ 24,1
7.	Лейкоциты, $\times 10^9/л$	7,2 $\pm$ 1,9	7,9 $\pm$ 2,1
8.	ЭКГ	синусовый ритм 90%, ФП – 10%	без динамики
9.	Побочные эффекты во время нахождения в Центре реабилитации	нет	
10.	Побочные эффекты по данным телефонного опроса	нет	

Переносимость препарата была удовлетворительной, случаев аллергических реакций или непереносимости, послуживших основанием для прекращения приема препарата, не отмечено.

В целом, у больных основной группы с заболеваниями и травмами опорно-двигательного аппарата, получавших в составе реабилитационных программ адаптивное питание «Кедровый микс обогащенный природным витамином С» и горячие компрессы для нормализации кровообращения и снятия болевого синдрома с использованием галенового экстракта AirForest (кедр $\pm$ тысячелистник) в большем проценте случаев отмечалось уменьшение выраженности суставного синдрома, уменьшение СОЭ.

4.4.2 Профиль: травматология и ортопедия, хирургия – облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей, заболевания вен нижних конечностей

Основные антропометрические и клинические характеристики пациентов с облитерирующими заболеваниями артерий нижних

конечностей, заболеваниями вен нижних конечностей основной и контрольной групп представлены в таблице 19.

Таблица 19

Антропометрические и клинические характеристики пациентов с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, заболеваниями вен нижних конечностей

№	Показатель	Основная	Контрольная
1.	Количество, м/ж	10 (8/2)	10 (7/3)
2.	Возраст	65,1 ±4,9	64,8 ±5,5
3.	ИМТ	27,6±3,3	28,2±2,9
4.	Хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей	6	5
5.	Хроническая венозная недостаточность	4	5

Динамика клинико-лабораторных показателей пациентов основной группы с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, заболеваниями вен нижних конечностей представлена в таблице 20.

Таблица 20

Динамика клинико-лабораторных показателей у пациентов с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, заболеваниями вен нижних конечностей (основная группа)

№	показатель	при поступлении	по завершении курса
1.	Жалобы	боли - 7 отечность нижних конечностей -3	(исчезли – 20% уменьшились – 40% сохранились – 30% усилились – 10%
2.	В клиническом статусе	перемежающаяся хромота -5 больных	увеличение дистанции ходьбы на 150 м
3.	Общий анализ крови: Гемоглобин, г/л	129,2 ±8,2	127,1 ±7,2
4.	Эритроциты, х 10 ¹² /л	4,3 ±0,7	4,4 ±0,9
5.	СОЭ, мм/ч	15,1 ±8,1	13,2 ±7,7
6.	Тромбоциты, х 10 ⁹ /л	210,3 ±30,2	201,3±32,1
7.	Лейкоциты, х 10 ⁹ /л	5,5 ±3,1	5,2 ±3,2

8.	ЭКГ	синусовый ритм 10 пациентов	без динамики
9.	Побочные эффекты во время нахождения в Центре реабилитации	нет	
10.	Побочные эффекты по данным телефонного опроса	нет	

Динамика клинико-лабораторных показателей пациентов контрольной группы представлена в таблице 21.

Таблица 21

**Динамика клинико-лабораторных показателей у пациентов с
облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, заболеваниями
вен нижних конечностей (контрольная группа)**

№	показатель	при поступлении	по завершении курса
1.	Жалобы	боли - 5 чел. отечность голеней - 5 чел.	(исчезли – 10% уменьшились – 40% сохранились – 40% усилились – 10%)
2.	В клиническом статусе	перемежающаяся хромота - 4 больных	без динамики
3.	Общий анализ крови: Гемоглобин, г/л	141,9±6,2	139,5 ±7.1
4.	Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	4,8 ±0,7	4,7±0,7
5.	СОЭ, мм/ч	13,4 ±8,1	12,4 ±5,2
6.	Тромбоциты, $\times 10^9/л$	226,9±20,1	201,2 ±19,2
7.	Лейкоциты, $\times 10^9/л$	5,7±0,9	5,5 ±1,1
8.	ЭКГ	синусовый ритм – 10 пациентов	без динамики
9.	Побочные эффекты во время нахождения в Центре реабилитации	нет	
10.	Побочные эффекты по данным телефонного опроса	нет	

Переносимость препарата была удовлетворительной, случаев аллергических реакций или непереносимости, послуживших основанием для прекращения приема препарата, не отмечено.

Таким образом, переносимость фитопродукции т.м. «Латта» у пациентов с заболеваниями сосудов нижних конечностей была удовлетворительной. У пациентов основной группы с заболеваниями сосудов нижних конечностей, получавших в составе программ реабилитации горячие компрессы с использованием галенового экстракта AirForest (кедр +донник) и адаптивное питание «Кедровый микс обогащенный антоцианами» в большем проценте случаев отмечалось уменьшение выраженности суставного синдрома, увеличение дистанции ходьбы.

Применение бактерицидных спреев AirFit (кедр и кедр +пихта) для снижения уровня внутрибольничных респираторных инфекций и предупреждения ОРВИ и элиминации потенциальных возбудителей в ротоглотке проводилось по 2 протоколам:

- применение автоматических диспенсоров в местах массового пребывания персонала и пациентов (приемное отделение, залы ЛФК, холлы)
- применение спрей-дозаторов в палатах клинических отделений (3 отделения из семи).

Сравнивалась частота выявления диагнозов «острый ринит», «острый ринофарингит», «острый фарингит», «острый трахеит» (по записям в истории болезни и в журнале ЛОР-врача) между пациентами клинических подразделений, где применялись бактерицидные спреи, и подразделений, где спреи не применялись.

В целом по учреждению частота установления указанных диагнозов сравнивалась с аналогичным периодом (15 августа – 15 ноября) 2-х предыдущих лет.

Результаты представлены в таблицах 22 и 23.

Таблица 22.

**Частота установления диагнозов инфекций верхних дыхательных путей в
отделениях учреждения.**

№	отделение	частота выявления диагнозов ОРВИ
исследовательские контингенты		
1.	2 кардиологическое отделение	6%
2.	1 терапевтическое отделение	4%
3.	1 неврологическое отделение	6%
контроль		
4.	1 кардиологическое отделение	9%
5.	2 терапевтическое отделение	8%
6.	2 неврологическое отделение	11%
7.	3 неврологическое отделение	7%

Таблица 23.

**Частота установления диагнозов инфекций верхних дыхательных путей в
учреждении в целом 2016, 2017 и 2018 (август-ноябрь)**

	2016	2017	2018 (на фоне применения бактерицидных спреев в учреждении)
частота выявления	5,2%	6,5%	4,1%

Таким образом, частота выявления диагнозов инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей в клинических отделениях, где применялись бактерицидные спреи AirFit (кедр и кедр +пихта), оказалась меньшей, по сравнению с отделениями, где спреи не использовались.

Аналогичные различия выявлены при сравнении частоты выявления ОРВИ в 2018 году на фоне применения бактерицидных спреев и в аналогичные периоды 2016 и 2017 гг.

Переносимость препарата была удовлетворительной, случаев аллергических реакций или непереносимости, послуживших основанием для прекращения использования препарата, не отмечено.

5. Заключение по основным направлениям исследования.

5.1 Кардиология.

У пациентов кардиологического профиля, получавших в составе комплексных реабилитационных программ адаптивное питание «Кедровый микс обогащенный терпеноидами», по сравнению с больными контрольной группы, с большей частотой отмечались клинические исходы «исчезновение жалоб» или «уменьшение жалоб».

У больных основной группы с большей частотой (75% против 60% в контрольной группе) зарегистрировано увеличение максимальной переносимой физической нагрузки (на 25 и более Вт) по результатам повторного тредмил-теста. Также у больных исследовательской группы отмечено большее снижение величин систолического и диастолического артериального давления к завершению программ реабилитации.

Случаев серьезных побочных эффектов (SAE⁴), побочных эффектов (АЕ), аллергических реакций, обусловивших необходимость прекращения приема адаптивного питания, за период нахождения в стационаре РЦ и по данным телефонных опросов не установлено.

Выявленное у больных основной группы отмечено снижение уровня общего холестерина и триглицеридов не носило статистически значимого характера, что может быть обусловлено малым размером подгрупп и непродолжительной длительностью исследования, а также особенностями дизайна открытого исследования. Поэтому представляется целесообразным проведение рандомизированного слепого исследования в достаточных по объему группах, посвященного влиянию адаптивного питания на показатели липидного и обмена пациентов, не получавших исходно гиполипидемической терапии.

⁴ serious adverse event

5.2. Неврология, включая расстройства сна

У пациентов неврологического профиля с острыми и хроническими сосудистыми заболеваниями мозга, получавших в составе комплексных реабилитационных программ адаптивное питание «Кедровый микс обогащенный терпеноидами» и аромаванны с использованием галенового экстракта AirForest (пихта и зверобой), по сравнению с больными контрольной группы, с большей частотой отмечались клинические исходы «исчезновение жалоб» или «уменьшение жалоб».

У пациентов основной группы в неврологическом статусе отмечались более выраженные признаки уменьшения вестибуло-атактических нарушений (тест Ромберга, координаторные пробы, стабиллоплатформа).

У пациентов основной группы с клиническими проявлениями хронической бессонницы (нарушений засыпания и поддержания сна) на фоне курса терапии отмечено более выраженное снижение индекса тяжести бессонницы (Insomnia Severity Index).

Случаев серьезных побочных эффектов (SAE), побочных эффектов (AE), аллергических реакций, обусловивших необходимость прекращения приема адаптивного питания, за период нахождения в стационаре РЦ и по данным телефонных опросов не установлено.

5.3. Терапия

Профиль «терапия» включал 3 основных направления – два гастроэнтерологических (заболевания печени, поджелудочной железы и желчевыводящих путей и заболевания пищевода (ГЭРБ), желудка и 12-перстной кишки (гастрит, язвенная болезнь) и пульмонологическое и ЛОР (болезни органов дыхания: острый ринит, фарингит, тонзиллит, ларингит, острый и хронический бронхит).

У пациентов с заболеваниями печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы на фоне назначения адаптивного питания «Флавонокс» и кедрового масла с хлорофиллом отмечено уменьшение

выраженности диспептического синдрома, улучшение моторной функции кишечника.

У пациентов с заболеваниями пищевода, желудка и 12-перстной кишки на фоне назначения адаптивного питания «Флавонокс» и кедрового масла с хамазуленом уменьшение выраженности диспепсического и болевого синдромов, отмечено улучшение стула. В ОАК у пациентов основной группы при повторном исследовании отмечалось снижение СОЭ, в БАК отмечалось снижение Алт и ЩФ.

У пациентов с острыми и хроническими заболеваниями органов дыхания на фоне назначения галенового экстракта AirForest (пихта и душица) - аромаванны и горячие ингаляции и адаптивное питание «Кедровый микс обогащенный терпеноидами» отмечено уменьшение выраженности бронхообструктивного синдрома, лейкоцитоза.

Случаев серьезных побочных эффектов (SAE), побочных эффектов (AE), аллергических реакций, обусловивших необходимость прекращения приема адаптивного питания, за период нахождения в стационаре РЦ и по данным телефонных опросов не установлено.

5.4. Травматология и ортопедия, хирургия:

У пациентов основной группы с заболеваниями и травмами опорно-двигательного аппарата, получавших в составе реабилитационных программ адаптивное питание «Кедровый микс обогащенный природным витамином С» и горячие компрессы для нормализации кровообращения и снятия болевого синдрома с использованием галенового экстракта AirForest (кедр + тысячелистник) в большем проценте случаев отмечалось уменьшение выраженности суставного синдрома, уменьшение СОЭ.

У пациентов основной группы с заболеваниями сосудов нижних конечностей, получавших в составе программ реабилитации горячие компрессы с использованием галенового экстракта AirForest (кедр и донник) и адаптивное питание «Кедровый микс обогащенный антоцианами»

в большем проценте случаев отмечалось уменьшение выраженности суставного синдрома, увеличение дистанции ходьбы.

Случаев серьезных побочных эффектов (SAE), побочных эффектов (AE), аллергических реакций, обусловивших необходимость прекращения приема адаптивного питания, за период нахождения в стационаре РЦ и по данным телефонных опросов не установлено.

Во всех группах, кроме пациентов с заболеваниями пищевода, желудка и 12-перстной кишки по завершении программ реабилитации отмечено снижение массы тела обследованных. Явных клинических проявлений непереносимости, аллергических реакций у всех пациентов не зафиксировано. У значительной части обследованных отмечалось улучшение сна.

5.5. Применение бактерицидных спреев AirFit (кедр и кедр +пихта) для снижения уровня внутрибольничных респираторных инфекций и предупреждения ОРВИ и элиминации потенциальных возбудителей в ротоглотке.

Сравнительный анализ в разрезе клинических подразделений и периодов применения бактерицидных спреев показал, что частота выявления диагнозов инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей в клинических отделениях, где применялись бактерицидные спреи AirFit (кедр и кедр и пихта), оказалась меньшей, по сравнению с отделениями, где спреи не использовались.

Список литературы

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Приказ Минздрава РФ от 29 декабря 2012 г. №1705н «О порядке организации медицинской реабилитации».
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012г. № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» (по профилю неврология).
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15.11.2012г. № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (по профилю кардиология).
4. Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012г. № 901н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «травматология и ортопедия».
5. Романов А.И. Медицинская реабилитация. Нормативно-правовое и организационное обеспечение /А.И.Романов.- М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2016.-296 с.