

УДК 613.2.53-086.3

**АЛЬТЕРНАТИВНАЯ И КОМПЛИМЕНТАРНАЯ  
МЕДИЦИНА. ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ И  
БУДУЩЕЕ****В.И.Бакшеев, Н.М.Коломоец, Н.В.Акулинин,  
Н.О.Латыш, В.Н.Ярошенко, О.Я.Ряпалова***ФГУ "52 Консультативно-диагностический центр МО РФ"***Кафедра кардиологии ГИУВ МО РФ****Луганская областная клиническая психоневрологическая  
больница****Ровеньковская городская больница****Вступление**

В начале 20-го столетия, научная медицина стала доминирующей в здравоохранении на Западе. Однако, несмотря на ее успехи, люди продолжали и продолжают искать помощь у "альтернативных медиков" [1, 2]. Радужность рекламных проспектов, множество целителей и колдунов, обещающих якобы быстрое и окончательное излечение от любого страдания, настораживает. Назрела необходимость беспристрастно оценить причины возникшего "провала" в лечении больного, предоставить врачу более точную информацию о немедикаментозной терапии и объяснить, в каких случаях разные методы этой терапии можно использовать, а в каких - нельзя.

1. Терминология [3]. Альтернативная медицина. Понятие возникло в XX веке в связи с нарастающими различиями в подходах общепризнанной медицины, основанных на изучении механизмов заболеваний, и нетрадиционной медицины, базирующихся на оценке проявлений болезни. К области альтернативной медицины относятся уринотерапия, хиропрактика, хилерство, иглоукальвание, фитотерапия (за исключением лечения теми травами, которые имеют научно доказанные фармакологические эффекты), тибетская, китайская медицины, гомеопатия, биоэнергоинформотерапия и др.

Традиционная медицина - система обширных медицинских знаний, навыков и умений, передающихся в письменной форме и применяемых на протяжении нескольких тысяч лет и по настоящее время в решении вопросов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации. Традиционная медицина подразделяется на китайскую, индийскую, тибетскую, уйгурскую, греческую и арабскую медицины. Народная медицина - это методы оздоровления, профилактики, диагностики и лечения, основанные на опыте многих поколений людей, утвердившиеся в народных традициях и законодательно не зарегистрированные.

Конвенциональная медицина - официальная медицина. Ее отличие от научной медицины состоит в том, что нередко используются методы лечения, которые не соответствуют современным строгим требованиям доказательной медицины (например, широкое применение физиотерапии).

Считается, что термин "дополнительная (комплиментарная) медицина" является более предпочтительным, поскольку предполагает более тесные взаимоотношения и сотрудничество с традиционной медициной. Альтернативная медицина часто категоризируется с дополнительной и в литературе обозначается как "САМ" (Complimentary and Alternative Medicine).

II. Эпидемиология. В развитых странах применение САМ с каждым годом увеличивается. За последние 14 лет использование САМ в США увеличилось с 33,8% до 62% [4, 5], причем в 25% случаях по предложению самого медицинского персонала [6]. У жителей Испании использование САМ доходит до 90% [7]. Важными предикторами использования САМ является этническая принадлежность, образование, возраст, и материальное состояние [4, 8].

Исследование 2002 г. в США показало, что взрослые старше 18 лет пользовались следующими видами САМ [6]: молитва (45,2%), траволечение (18,9%), дыхательная гимнастика (11,6%), медитация (7,6%), хиропрактика (7,5%), йога (5,1%), диетические рекомендации (3,5%), релаксация (3,0%), поливитаминная терапия (2,8%), визуальная терапия (2,1%)

Персистирующие симптомы хронического заболевания, побочные эффекты обычной терапии, высокая стоимость медицинских услуг, узкая специализация, индивидуальные особенности личности (собственные ценности, верования и философская ориентация) - одни из основных причин, почему люди пользуются альтернативными методами лечения [9, 10]. В целом, популярность САМ отражает некоторую ограниченность конвенциональных методов лечения, как по качеству (неизлечимые болезни), так и по доступности информации (в том числе и через СМИ), которую врач должен предоставлять больному при назначении того или иного вида лечения.

III. Диета и продукты питания. Исследования показали, что специальный пищевой рацион способствует предотвращению развития артериальной гипертензии и снижению уже повышенного АД. Так, диеты с большим количеством овощей, фруктов, бобов, цельных зерен, рыбы, орехов, и продуктов со сниженным содержанием насыщенных жиров способствуют профилактике ССЗ, всех случаев смерти и ряда онкологических заболеваний [12-13]. Применение в питании продуктов богатых полифенолами (например, красное вино, сок бузины, красный виноград, шоколад и др.) увеличивает содержание в плазме крови холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), снижает холестерин липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и триглицериды (ТГ) у здоровых людей [14-16].

DASH - диета. Лечебный эффект данной диеты был доказан во многих контролируемых исследованиях и она рекомендована как один из наиболее важных нефармакологических методов контроля АД [17]. Средиземноморская диета. Все компоненты средиземноморской диеты полезны для организма и сохраняют свою функциональную активность. Овощи, фрукты, орехи содержат большое количество фенолов, флавоноидов, изофлавоноидов, фитостеролов и фитокислот. Полиненасыщенные жирные кислоты, содержащиеся в рыбе эффективно регулируют гомеостатические факторы, влияют на ритм сердца, уменьшают риск развития опухолей и снижают АД, играют жизненно важную роль в функционировании нервной систе-

мы и профилактики некоторых психических расстройств [18, 19]. Оливковое масло (содержит олеиновую кислоту, фенолические компоненты и сквален, обладающие антиоксидантными свойствами) - достаточно изучено как средство профилактики ИБС, снижения АД, холестерина ЛПНП. Показано, что применение не только оливкового масла, но и оливок в пищевом рационе может иметь определенные преимущества для кардиологического больного [20]. Добавление в рацион  $\omega$ -3 жирных кислот, как было показано, уменьшают риск внезапной коронарной смерти у пациентов с ИБС, приводит к снижению АД, ТГ у пациентов с гиперхолестеринемией [21,22]. Американская Ассоциация Сердца рекомендует приём эквивалентных доз ежедневно 1 г. активных  $\omega$ -3 компонентов (эйкозапентаеновая кислота [ЭПА] и доксаэйкаеновая кислота [ДЭА])

**Диета Аткинса.** Это низкоуглеводная диета, предложенная американским специалистом по питанию Р. Аткинсом [23], является наиболее жесткой из низкоуглеводных диет и не рекомендована к широкому использованию [24], также как и западная диета (Western-diet), содержит много высоко насыщенных жиров, обеспечивающего общую энергию, высокий холестерин, животный белок, сниженное количество клетчатки.

В основе диеты Аткинса, как и других низкоуглеводных диет, которые являются лишь вариацией диеты Аткинса, лежит принцип, что основной причиной ожирения и отложения жира в организме является чрезмерное употребление углеводов [23].

В редакционной статье журнала Lancet L.M. Steffen и J. A. Nettleton, из Университета Миннесотской Школы Здравоохранения в Миннеаполисе, отметили, что "низкоуглеводные диеты для снижения веса ассоциируются с кетозом, запором или диареей, головной болью, общей усталостью и, вызывая ряд побочных эффектов далеки от "здоровья" [25]. Тем не менее, в последние годы наблюдаются попытки "реанимировать" низкоуглеводную диету. Так, в недавнем исследовании (участвовало 130 пациентов в возрасте  $45,4 \pm 1,2$  лет, ИМТ= $32,6 \pm 0,8$  кг/м<sup>2</sup>) было показано, что высокобелковая и низкоуглеводная диета были эффективнее диеты без ограничения углево-

дов в отношении стойкого снижения массы тела и коррекции липидного профиля. Однако, уже через 12 мес. достоверных различий в снижения массы тела (в кг) не было [26]. Вместе с тем, отмечается, что модифицированная диета Аткинса может быть эффективна у детей при эпилепсии (за счет снижения в плазме крови метаболитов арахидоновой кислоты) с лучшими результатами через 3 мес., но не через 6 мес. [27].

И, наконец, I.Shai et al [28] подвели итоги 2-х годичного исследования (Израиль, участвовало 322 пациента с умеренно выраженным ожирением, средний возраст 52 лет, ИМТ- 31, мужчины- 86%), в котором оценивались диеты со сниженным содержанием жира и ограничением калорий (1 группа), средиземноморская диета с ограничением калорий (2 группа) и низкоуглеводная диета без ограничений калорий (3 группа). Снижение веса составило 2,9 кг, 4,4 кг и 4,7 кг по группам соответственно ( $p < 0,001$ ). Снижение индекса общего холестерина/холестерин ЛПВП составил 20% и 12% для 3 и 1 группы соответственно ( $p = 0,01$ ). Среди 36 пациентов с сахарным диабетом 2 типа изменения в глюкозе плазмы крови и уровня инсулина были более значимыми в группе 2, чем в группе 1 ( $p < 0,001$ ). Авторы считают, что средиземноморская диета и низкоуглеводная диета могут быть эффективной альтернативой диете с пониженным содержанием жира. Более выраженное снижение липидов (низкоуглеводная диета) и улучшенный гликемический контроль (средиземноморская диета) позволяют подходить к индивидуальному выбору диетических рекомендаций в зависимости от конкретной клинической ситуации [28].

Врачу необходимо объяснять больному, что большое количество так называемых диет, которые публикуются в различных интернет ресурсах, массовых печатных изданиях, являются не чем иным, как вариациями (зачастую далекими от качества) на перечисленные выше диеты, их эффективность не доказана в контролируемых исследованиях и они могут принести больше вреда, чем пользы.

Японская диета является симбиозом средиземноморской и западной диеты и включает в себя продукты сои, рыбу, морс-

кие водоросли, овощи, фрукты, зеленый чай, мясо животных, малое количество алкоголя. Результаты 7 - летнего проспективного исследования (участвовало 40547 жителей Японии в возрасте 40-79 лет без указаний на наличие сахарного диабета, перенесенного инфаркта миокарда и мозгового инсульта) показали, что соблюдение японской диеты ассоциировалось со снижением риска сердечно-сосудистой смертности [29].

И, наконец, специалистами департамента питания Гарвардской школы здоровья (Бостон, США) было проведено мультицентровое, сравнительное, рандомизированное контролируемое исследование (участвовало 811 человек с избыточной массой тела), в котором изучалось влияние 4 типов диет с различным содержанием калорий, белка, жиров и углеводов (диеты не противоречили основным принципам руководств по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний). Было показано, что соблюдение низкокалорийной диеты в течение 2-х лет приводило к клинически значимому снижению веса и не зависело от ее состава [30].

Вегетарианская диета. Ранее отмечалось, что вегетарианская диета ассоциировалась с понижением уровня АД [31, 32]. Однако результаты контролируемых исследований оказались далеки от определенности [33]. Например, диета, богатая молочно-кислыми продуктами [34], приводила к снижению САД на 5 мм с двусмысленными результатами для ДАД. Более того высокое содержание гомоцистеина в вегетарианской диете минимизирует ее возможный положительный эффект на сердечно-сосудистую систему (сравнительное исследование, Турция) [35]. Последнее пытаются исправить дополнительным введением витамина В12 лицам, приверженным вегетарианской диете.

Омега - 6 полиненасыщенные жирные кислоты

Использование омега-6 полиненасыщенных жирных кислот ( $\omega$ -6 ПНЖК, гамма линоленовая кислота) оказывает слабый эффект на уровень АД (в 8-и исследованиях не было отмечено никаких ассоциаций, в 4-х - обратная ассоциация и только в 1-м - позитивная корреляция между потреблением  $\omega$ -6 ПНЖК и уровнем АД) [36, 37]. Более того, применение  $\omega$ -6 ПНЖК, в

отличии от  $\omega$ -3 ПНЖК не защищает почку от ее ишемического/реперфузионного повреждения (эксперимент, опыты на мышах) [38]. Показано, что полиморфизм генов кодирующих метаболизм ПНЖК, влияет на их концентрацию в плазме крови [39].

И, наконец, специалистами из Вашингтонского центра генетики, питания и здоровья А.Р. Simopoulos et al. (2008), показано, что для соблюдения правильной диеты более важен коэффициент, отражающий отношение  $\omega$ -6 ПНЖК/ $\omega$ -3 ПНЖК, который должен приближаться в идеале к 1. Однако в Западной диете он составляет 15/1-16,7/1. Последнее приводит к развитию многих заболеваний (сердечно-сосудистых, онкологических, воспалительных, аутоиммунных и др.), в то время как увеличение  $\omega$ -3 ПНЖК оказывает противоположный эффект. Например, при вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний коэффициент  $\omega$ -6 ПНЖК/ $\omega$ -3 ПНЖК, равный 4/1 ассоциировался с 70% снижением общей смертности [40].

Мононенасыщенные жирные кислоты (МНЖК)

В ряде исследования оценивалось взаимосвязь между потреблением в питании МНЖК и уровнем АД. В 5 из 7 перекрестных исследований не было отмечено прямой корреляции [36] и ни в одном из 2-х проспективных исследований, выполненных в США, также не было выявлено значимого эффекта МНЖК на снижение АД [37]. Тем не менее, в других исследованиях такая роль показана [41,42]. В недавно закончившемся исследовании OmniHeart, показано, что частичная замена углеводов МНЖК может приводить к снижению АД. Последнее, скорее всего, было связано не с потреблением МНЖК, а с действием углеводов, хоть и в уменьшенном количестве. В целом эффект МНЖК пока не имеет достаточных оснований для объяснения [43].

Потребление белка

Во многих исследованиях выявлена обратная корреляция между потреблением с пищей белка и уровнем АД [44- 47]. В целом, анализ результатов обсервационных исследований показывает, что замена углеводов растительным белком может приводить к снижению АД. Тем не менее, остается неясным за

счет чего возникает данный эффект (увеличения в рационе доли белка или уменьшения содержания углеводов).

Рекомендации по диете и изменению образа жизни для снижения сердечно - сосудистого риска [ВНОК, 2007; FDA, 2008; Lichtenstein A.H. et al., 2006]:

1. Чтобы достигнуть или поддерживать массу тела в нормальных пределах необходимо соблюдать баланс физической активности и поступления калорий с пищей.

2. Потреблять диету, богатую овощами и фруктами, которые необходимо употреблять несколько раз в день в общем количестве не менее 400 г, не считая картофеля.

3. Выбирать цельное зерно, пищевые продукты с высоким содержанием волокон.

4. Употреблять рыбу жирных сортов (лосось, тунец, скумбрия), по крайней мере, два раза в неделю.

5. Ограничить потребление насыщенного жира до 7 %, трансгенных жиров до 1 % от общей энергетической ценности суточного рациона и холестерина до 300 мг в день. У лиц с дислипидемией, атеросклерозом и высокого 10-летнего риска смерти от ССЗ поступление холестерина с пищей следует ограничить до 200 мг (для сравнения - в одном яйце содержится 200-250 мг холестерина).

6. Следует существенно снизить потребление трансизомеров ЖК. С этой целью рекомендуется заменять твердые маргарины и кулинарные жиры на растительное масло и мягкие маргарины; Употреблять постное мясо и, по возможности, заменять его растительными альтернативами.

7. Ежедневно использовать обезжиренное или 1 %-жирности молочные продукты (кефир, кислое молоко, сыр, йогурт).

8. Уменьшить потребления частично гидрогенизируемых жиров. Добавлять в пищевой рацион растительные стеролы/станолы (2 г/сут.), которые конкурентно блокируют всасывание холестерина в кишечнике.

9. Минимизировать потребление напитков и пищевых продуктов с добавлением сахара, доля которого в суточном рационе не должна превышать 10% общей калорийности.

10. Выбирать и готовить пищевые продукты с небольшим или нулевым содержанием поваренной соли. Общее потребление соли, включая соль, содержащуюся в хлебе, консервированных продуктах и пр., не должно превышать 6 г (1 чайная ложка) в сутки.

11. Целесообразно питание малыми дробными порциями (завтрак, второй завтрак, обед, полдник, ужин, второй ужин).

12. Читать информацию о продуктах на упаковке (содержание соли, калорий, растительных волокон, клетчатки).

13. Если употребляете алкоголь, то следует уменьшить его потребление до рекомендуемых величин (2 дозы для мужчин и 1 доза для женщин). 1 доза (дриньк) алкоголя включает в себя 12 унций (341 мл) пива, 5 унций (142 мл) вина, 1,5 унции (42,6 мл.) 80% алкоголя, каждая из которых содержит от 13 до 15 г этанола (1 унция 28,3 гр.).

14. Ежедневная физическая нагрузка должна составлять не менее 30 минут.

15. Общий энергетический расклад принимаемой пищи с учетом рекомендаций следующий: белки -15%, жиры - 30%, сложные углеводы - 55% общей калорийности.

16. Следует помнить, что даже строгое соблюдение диеты позволяет снизить уровень ХС не более чем на 10%.

17. Питаясь вне дома, следует соблюдать такие же рекомендации.

#### Выводы

1. Во многих исследованиях доказано, что диетические факторы влияют на уровень артериального давления. К диетическим воздействиям, которые эффективно снижают АД, относятся снижение веса за счет рационального питания, уменьшение потребления соли, увеличение в пищевом рационе доли продуктов, содержащих калий, прием ограниченных доз алкоголя и приверженность к DASH диете.

2. Воздействие других факторов, которые могут влиять на АД, либо не столь выражено, чтобы считаться доказательством, либо имеют двойкий смысл, либо необъяснимы.

3. В целях снижения бремени сердечно-сосудистых и иных

заболеваний необходимо выработать новые стратегические подходы, которые включали бы в себя и соответствующие диетические рекомендации, на основе медицины доказательств, как на индивидуальном, так и популяционном уровнях.

"Наши пищевые вещества должны быть лечебным средством, а наши лечебные средства должны быть пищевыми веществами", - Гиппократ. И результаты клинических исследований и контролируемых испытаний с каждым годом все более и более приближают нас к доказательству данного тезиса великого врача древности.

#### Литература

1. Cizmesija T. B. *Use of complementary and alternative medicine among the patients in primary health care.* / T. Cizmesija, B. Bergman-Markovic // *Acta Med Croatica.* - 2008. - Vol. 62 (1) - P. 15-22.
2. Frishman W.H. *Alternative and complementary medicine for preventing and treating cardiovascular disease* / W.H.Frishman, P.Beravol, C.Carosella // *Circulation.* - 2009. - Vol. 55 (3). - P. 121-192.
3. Традиционная медицина [Электронный ресурс] // Википедия : свободная энциклопедия. - Сан-Франциско: Фонд Википедия, 2008. - Режим доступа : <http://ru.wikipedia.org/oldid=8667643>.
4. Eisenberg D.M. *Trends in alternative medicine use in the United States 1990-1997* / D.M.Eisenberg, R.B.Davis, S.L.Ettner // *JAMA.* - 1998. - Vol. 280. - P. 1569-1575.
5. National Center for Complementary and Alternative Medicine. *What is complementary and alternative medicine (CAM)?* [Электронный ресурс]. - Режим доступа : [www.nccam.nih.gov](http://www.nccam.nih.gov).
6. *Complementary and alternative medicine use among adults* / P.Barnes, E.Powell-Griner, K.McFann, R.Nahin. - *United States, 2002.* - 343 p.
7. *Complementary and Alternative Medicine Use Among Hispanics in the United States* / B.I.Ortiz, K.M.Shields,

K.A.Clauson, P.G.Clay // *Ann Pharmacother.* - 2007. - Vol. 41(6). - P. 994-1004.

8. Cheung C.K. *Use of complementary and alternative therapies in community-dwelling older adults* / J. Cheung C.K., J.F.Wyman, L.L.Halcon // *Altern Complement Med.* - 2007. - Vol. 13(9). - P. 997-1006.

9. Astin J. A. *Why Patients Use Alternative Medicine. Results of a National Study* / J.A. Astin // *JAMA.* - 1998. - Vol. 279. - P.1548-1553.

10. Thompson T. *Complementary therapies and the NHS* / T.Thompson, G.Feder // *BMJ.* - 2005. - Vol. 331. - P. 856-857.

11. Dobs A. S. *Complementary and Alternative Medicine. WebMD Scientific American Medicine 2002* [Электронный ресурс] / A.S.Dobs, B.H.Ashar. - Режим доступа : [www.medscape.com/viewarticle/439463](http://www.medscape.com/viewarticle/439463).

12. *The diet and 15-year death rate in the Seven Countries Study* / A.Keys, A.Menotti, M.J.Karvonen [e.a.] // *Am. J. Epidemiol.* - 1986. - Vol. 124. - P. 903-915.

13. *Intake of Vegetables, Legumes, and Fruit, and Risk for All-Cause, Cardiovascular, and Cancer Mortality in a European Diabetic Population* / U.Nothing, M.B.Schulze, C.Weikert [e.a.] // *J. Clin. Nutr.* - 2008. - Vol. 138. - P. 775-781.

14. *Effects of elderberry juice on fasting and postprandial serum lipids and low-density controlled study* / E.M. Murkovi., P.M.Abuja, A.R.Bergmann [e.a.] // *J. Clin. Nutr.* - 2004. - Vol. 58. - P. 244-249.

15. *Polyphenols: food sources and bioavailability* / C.Manach, A.Scalbert, C.Morand [e.a.] // *Am. J. Clin. Nutr.* - 2004. - Vol. 79. - P. 727 - 747.

16. *Grape polyphenols extract exert a cardioprotective effect in pre- and postmenopausal women by lowering plasma lipids and reducing oxidative stress* / T.L.Zern, R.J.Wood, C.Greene [e.a.] // *J. Nutr.* - 2005. - Vol. 135. - P. 1911-1917.

17. *Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from the national high blood pressure education program* / P.K.Whelton, J.He, L.J.Appel [e.a.] // *JAMA.* - 2002. - Vol. 288. - P. 1882-1888.

18. Ortega R.M. Importance of functional foods in the Mediterranean diet // *Public Health. Nutr.* - 2006. - Vol. 9(8A). - P. 1136-1140.

19. The Mediterranean Diet and Incidence of Hypertension. The Seguimiento Universidad de Navarra (SUN) Study // *American J. of Epidemiology.* - 2009. - Vol. 169(3). - P. 339-346.

20. Waterman E. Active components and clinical applications of olive oil / E. Waterman, B. Lockwood // *Altern. Med. Rev.* - 2007. - Vol. 12(4). - P. 331-342.

21. Marchioli R. Early protection against sudden death by n-3 polyunsaturated fatty acids after myocardial infarction: time-course analysis of the results of the Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto Miocardico (GISSI) / R. Marchioli, F. Barzi, E. Bomba // *Prevenzione - Circulation.* - 2002. - Vol. 105. - P. 1897-1903.

22. Davidson M.H. Mechanisms for the hypotriglyceridemic effect of marine omega-3 fatty acids / M.H. Davidson // *Am. J. Cardiol.* - 2006. - Vol. 98. - P. 27i-33i.

23. Atkins R.C. Dr. Atkins' diet revolution: the high calorie way to stay thin forever / Atkins R.C. - New York : David McKay, 1972. - 215 p.

24. A critique of low-carbohydrate ketogenic weight reduction regimens: a review of Dr. Atkins' diet revolution // *JAMA.* - 1973. - Vol. 224. - P. 1415-1419.

25. Steffen L.M. Carbohydrates: how low can you go? / L.M. Steffen, J.A. Nettleton // *Lancet.* - 2006. - Vol. 367 (9514). - P. 880-881.

26. A moderate-protein diet produces sustained weight loss and long-term changes in body composition and blood lipids in obese adults / D.K. Layman, E.M. Evans, D. Erickson [e.a.] // *J. Nutr.* - 2009. - Vol. 139(3). - P. 514-521.

27. Comparison of seizure reduction and serum fatty acid levels after receiving the ketogenic and modified Atkins diet / N. Porta, L. Vallee, E. Boutry [e.a.] // *Seizure.* - 2009. - Vol. 24. - P. 141-149.

28. Weight loss with a low-carbohydrate, Mediterranean, or low-fat diet / I. Shai, D. Schwarzfuchs, Y. Henkin [e.a.] // *N. Engl. J. Med.* - 2008. - T. 17, vol. 359(3). - P. 229-241.

29. Dietary patterns and cardiovascular disease mortality in Japan: a prospective cohort study / I. Shimazu, T. Kuriyama, S. Hozawa [e.a.] // *J. Epidemiol.* - 2007. - Vol. 36(3). - P. 600-609.

30. Comparison of weight-loss diets with different compositions of fat, protein, and carbohydrates. / N. Sacks F.M., Bray G.A., Carey V.J. [e.a.] // *Engl. J. Med.* - 2009. - Vol. 360 (9). - P. 859-873.

31. Sacks F.M. Blood pressure in vegetarians / F.M. Sacks, B. Rosner, E.H. Kass // *Am. J. Epidemiol.* - 1974 - Vol. 100. - P. 390-398.

32. Armstrong B. Blood pressure in Seventh-day Adventist vegetarians / B. Armstrong, A.J. van Merwyk, H. Coates // *Am. J. Epidemiol.* - 1977. - Vol. 105. - P. 444-449.

33. Blood-pressure lowering effect of a vegetarian diet: controlled trial in normotensive subjects / I.L. Rouse, L.J. Beilin, B.K. Armstrong, R. Vandongen // *Lancet.* - 1983. - Vol. 1. - P. 5-10.

34. Vegetarian diet in mild hypertension: a randomised controlled trial / B.M. Margetts, L.J. Beilin, R. Vandongen, B.K. Armstrong // *BMJ. (Clin. Res. Ed.)*. - 1986. - Vol. 293. - P. 1468-1471.

35. Karabudak E. A comparison of some of the cardiovascular risk factors in vegetarian and omnivorous Turkish females / E. Karabudak, G. Kiziltan, N. Cigerim // *J. Hum. Nutr. Diet.* - 2008. - Vol. 21(1). - P. 13-22.

36. Morris M.C. Dietary fats and blood pressure / M.C. Morris // *J. Cardiovasc. Risk.* - 1994. - Vol. 1. - P. 21-30.

37. Prospective study of nutritional factors, blood pressure, and hypertension among US women / A. Ascherio, C. Hennekens, W.C. Willett [e.a.] // *Hypertension.* - 1996. - Vol. 27. - P. 1065-1072.

38. Hassan I.R. Acute changes in dietary omega-3 and omega-6 polyunsaturated fatty acids have a pronounced impact

on survival following ischemic renal injury and formation of renoprotective docosahexaenoic acid-derived protectin D1 / I.R.Hassan, KJ.Gronert // *Immunol.* - 2009. - Vol. 182(5). - P. 3223- 3232.

39. Tanaka T. Genome-wide association study of plasma polyunsaturated fatty acids in the InCHIANTI Study / T.Tanaka, J.Shen, G.R.Abecasis [e.a.] // *PLoS Genet.* - 2009. - Vol. 5(1). - P.e1000338.

41. Simopoulos A.P. The importance of the omega-6/omega-3 fatty acid ratio in cardiovascular disease and other chronic diseases / A.P.Simopoulos // *Exp. Biol. Med. (Maywood).* - 2008. - Vol. 233(6). - P. 674-688.

42. Effects on blood pressure, glucose, and lipid levels of a high-monounsaturated fat diet compared with a high-carbohydrate diet in NIDDM subjects / O.W.Rasmussen, C.Thomsen, K.W.Hansen [e.a.] // *Diabetes Care.* - 1993. - Vol. 16. - P. 1565- 1571.

42. Olive oil and reduced need for antihypertensive medications / L.A.Ferrara, A.S.Raimondi, L.d'Episcopo [e.a.] // *Intern. Med.* - 2000. - Vol. 160. - P. 837-842.

43. He J. Effect of dietary fiber and protein intake on blood pressure: a review of epidemiologic evidence / J. He, P.K. Whelton // *Clin. Exp. Hypertens.* - 1999. - Vol. 21. - P. 785-796.

44. Obarzanek E. Dietary protein and blood pressure / E.Obarzanek, P.A.Velletri, J.A.Cutler // *JAMA.* - 1996. - Vol. 275. - P.1598 -1603.

45. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза (Российские рекомендации - III пересмотр 2007) // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* - 2007. - № 6(6) (приложение 3). - P. 1-26.

46. Food and Drug Administration. Department of Health and Human Services [Электронный ресурс]. - Режим доступа : <http://www.fda.gov/opacom/lowlit/hlyheart.html>.

47. Diet and Lifestyle Recommendations Revision 2006. A Scientific Statement From the American Heart Association

Nutrition Committee / A.H.Lichtenstein, L.J.Appel, M.Brands [e.a.] // *Circulation.* - 2006. - Vol. 114, № 8. - P. 2-96.

#### Резюме

**Бакшеев В.И., Коломоец Н.М., Акулинин Н.В., Латыш Н.О, Ярошенко В.Н., Ряпалова О.Я.** Альтернативная и комплиментарная медицина. прошлое, настоящее и будущее.

Приведены понятия о традиционной, конвенциональной, альтернативной медицине. Показано значение диеты и продуктов питания в предупреждении ряда соматических и психосоматических заболеваний. Приведены схемы диет.

**Ключевые слова:** традиционная медицина, конвенциональная медицина, альтернативная медицина, психосоматические заболевания.

#### Резюме

**Бакшеев В.И., Коломоец Н.М., Акулинин М.В., Латыш Н.О, Ярошенко В.Н., Ряпалова О.Я.** Альтернативна та компліментарна медицина. Минуле, теперішнє та майбутнє.

Наведені дані о традиційній, конвенціональній та альтернативній медицині. Наведене значення дієти та продуктів харчування у попередженні низки соматичних та психо-соматичних захворювань. Наведені схеми дієт.

**Ключеві слова:** традиційна медицина, конвенціональна медицина, альтернативна медицина, психосоматичні захворювання.

#### Summary

**Baksheev V. I, Kolomoets N.M., Akulinin N.V., Latvian N.O, Jaroshenko V. N, Rjapalova O. JA.** Alternative and complementary medicine. The past, the present and the future.

Concepts about traditional, conventional, alternative medicine are resulted. The significance of a diet and a foodstuff in the prevention of some somatic and psychosomatic diseases is shown. Schemes of diets are resulted.

**Key words:** traditional medicine, conventional medicine, alternative medicine, psychosomatic diseases.

**Рецензент: д.мед.н., проф.Л.М.Іванова**