

в систему стандартных диет, которые назначаются при различных заболеваниях в зависимости от стадии, степени тяжести болезни или осложнений со стороны различных органов и систем (5 вариантов: основной, с механическим и химическим щажением, высоко- и низкобелковая и низкокалорийная).

В последние 2–3 года многие службы общественного питания, отели, пансионаты и даже санатории переходят на заимствованную из ресторанного сервиса систему «шведский стол», в целом удобную и точно сориентированную на вкусы клиента организацию питания, которая существенно улучшает многие показатели работы санатория, увеличивает поток пациентов, так как многие люди предпочитают заранее увидеть те блюда, которые будут есть, позволяет реализовать индивидуализированный подход в виде самостоятельного выбора блюд, что не всегда можно сделать при заказе блюд по меню [<http://yurmino.ru/ru/sanatorium/infrastruktura-sanatoria/pitanie-v-sanatorii/>; <http://otdih.nakubani.ru/chernoe-more/sanatorii-pansionaty/shvedskiy-stol/>]. Важно, что при всем обилии шведский стол обходится предприятию дешевле, чем принцип порционной подачи, в том числе за счет того, что пациенты сами себя обслуживают, тем самым,

нет необходимости в обслуживающем персонале в зале, половину работы пациент «бесплатно» делает сам. Кроме того, вопреки мнению, что расход продуктов больше, при внедрении питания по принципу «шведского стола» на самом деле происходит с точностью до наоборот — экономия достигает 30 %.

При всей демократичности системы «шведский стол» имеет свои минусы, особенно важные в обеспечении санаторного лечения. Прежде всего, далеко не всем находящимся на лечении лицам можно обеспечить диетическое питание при системе «шведского стола». Например, при сахарном диабете, когда нарушено усвоение углеводов (сахара, крахмала), их временно или совсем устраняют из пищи или заменяют ксилитом либо сорбитом. При патологии почек показана бессолевая диета. Поэтому в санаториях, нет сомнения, «шведский стол» займет достойное место для большей части пациентов, но показания к нему должны быть взвешенными и определены врачом-диетологом по двум потокам: а) в зале «шведского стола» при отсутствии жестких ограничений в диете, б) в зале лечебного питания сохранение принципа 5 вариантов стандартных диет.

Клестер Е. Б., Лычев В. Г., Гервазиев Д. В., Клестер К. В.  
Алтайский ГМУ, Барнаул, Россия

### Функциональные и воспалительные заболевания кишечника у больных ХОБЛ

*Цель:* изучить частоту встречаемости и структуру патологии кишечника у больных ХОБЛ.

*Материалы и методы.* Проведено углубленное исследование 174 больных ХОБЛ (по критериям GOLD, 2011) в фазе обострения, взятых по методу случайной выборки в т/о. Легкая степень тяжести диагностирована у 59 пациентов, средняя — у 91, тяжелая — у 22, крайне тяжелая — у 2. Преобладали мужчины — 70,1 % больных. Возраст составил (51,8±5,2) года. Проводились копрологическое и бактериологическое исследование кала, оценивались частота и форма стула, выраженность болевого синдрома и метеоризма по ВАШ, по показаниям проводились эндоскопическое и рентгенологическое исследование кишечника. Осложнения в виде дыхательной недостаточности имели место у 14,4 % больных.

*Результаты.* Функциональные расстройства по критериям Римского консенсуса III выявлены у 60 (34,5 %) больных, из них с преобладанием запора — 13,3 %, с диареей — 21,7 %, смешанный — у 65,0 % больных. Воспалительно-дистрофические изменения слизистой оболочки кишечника с нарушениями ее функции — у 38 (21,8 %) больных. Из них у 7

больных диагностирован «язвенный колит» и у 1 больного обнаружена болезнь Крона. Диагноз верифицирован данными клинических, лабораторных, инструментальных и гистологических методов. По локализации поражения НЯК: левосторонний — у 28,6 %, тотальный — у 14,3 %, дистальный — у 57,1 %. По степени тяжести (по Truelove and Witts) легкая — у 42,8 %, средняя — у 42,8 %, тяжелая — у 14,2 % больных. У 30 (17,2 %) больных выявленные изменения отнесены к группе «других неинфекционных гастроэнтеритов и колитов» (по МКБ-10). Поражения слизистой чаще всего были представлены гиперемией — у 60,5 %, эрозиями — у 42,1 %, геморрагиями — у 34,2 %, контактной кровоточивостью — у 50,0 %. Псевдополипы выявлены у 15,8 %, микроабсцессы — у 7,9 %, гранулемы — у 2,6 %.

*Заключение.* Сопутствующая патология кишечника выявляется у каждого третьего больного ХОБЛ, с преобладанием функциональных расстройств. Отмечается взаимоотягощение симптомов заболевания, особенно при наличии осложнений.

Клестер Е. Б.<sup>1</sup>, Славнова М. К.<sup>2</sup>, Клестер К. В.<sup>1</sup>, Демина Е. И.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Алтайский ГМУ, <sup>2</sup>ГБ № 4, Барнаул, Россия

### Патология желудка и двенадцатиперстной кишки у больных хронической обструктивной болезнью легких

*Цель:* изучить состояние слизистой оболочки желудка и ДПК у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

*Материалы и методы.* Нами проведены углубленные клинические наблюдения с эндоскопическими исследованиями у 63 больных ХОБЛ в фазе обострения (оценка степени тяжести в соответствии с критериями GOLD, 2011), находившихся в 70-коечном терапевтическом отделении ГБ № 4 на протяжении 2013 г. ХОБЛ легкой степени тяжести диагностирована у 6 больных, средней — у 39, тяжелой — у 14, крайне тяжелой — у 4. В возрасте 45–59

лет — 9 больных, от 60 до 74 лет — 38, от 74 до 90 лет — 15, старше 90 лет — 1. Мужчин 44, женщин 19.

*Результаты.* Гастроэнтерологические жалобы предъявляли 39 (61,9 %) больных. При ЭГДС у всех выявлены изменения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны. Признаки воспаления более выражены в антральном отделе (у 43,6 % больных), чем в фундальном (у 12,8 % больных), пангастрит — у 43,6 % больных. На фоне гиперемии и отека выявлялись кровоизлияния в виде петехиальных высыпаний и мелкоочечные эрозии у 66,7 % больных и в 10,3 % случаев — язвенные поражения СОЖ.