

что 18:2ω6 и 18:3ω3 жирные кислоты подвергаются в организме воздействию одних и тех же ферментных систем, причем последние как наиболее реакционноспособные составляют конкуренцию в метаболизме 18:2ω6. При исследовании смесей растительных масел установлено, что оптимальное отношение линоленовой кислоты к линолевой, обеспечивающее минимальный нежелательный сдвиг в метаболизме жирных кислот, должно составлять приблизительно 1:8–1:10.

Дербак М. А., Архий Э. Й.,
Москаль О. Н.

Ужгородский национальный университет (медицинский факультет), Украина,
e-mail: derbak@mail.ru

Дисбаланс активности цитокинов у больных сахарным диабетом 2 типа в сочетании с хроническим гепатитом С

Цель исследования: изучить активность сывороточных про- и противовоспалительных цитокинов у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа в сочетании с хроническим гепатитом С (ХГС) в зависимости от уровня вирусной нагрузки.

Материалы и методы. Обследованы 400 пациентов в возрасте от 31 года до 70 лет (средний возраст $(54,1 \pm 1,1)$ года). Кроме стандартных исследований определяли количество РНК ВГС методом ПЦР и уровни цитокинов: неоптерина, ИЛ-1β, TNF-α, ИЛ-6, ИЛ-4, ИЛ-10. Больные были разделены на 2 группы: 1-я — 125 больных СД 2 типа с ХГС, 2-я — 275 больных СД 2 типа без ХГС. Первая группа разделена на подгруппу 1а (n=49) — больные с высокой вирусной нагрузкой — и подгруппу 1б (n=76) — с низкой вирусной нагрузкой.

Результаты. Отмечена достоверная гиперпродукция про- и депрессия противовоспалительных цитокинов у больных СД 2 типа с ХГС с высокой вирусной нагрузкой. У больных подгруппы 1б

Смеси растительных масел проходят апробацию в стационарах Санкт-Петербурга. С целью оценки эффективности метаболизма жирных кислот исследуются липидные показатели сыворотки крови (общий холестерин, β-липопротеиды, общие липиды). Промежуточные итоги медико-биологических исследований свидетельствуют о хорошей переносимости и клинической эффективности использования их и в рационе питания детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

уровень ИЛ-1β был выше на 17,7 %, TNF-α — на 23,5 %, ИЛ-6 — на 22,1 %, чем в группе сравнения, а в подгруппе 1а выше на 32,2 %, 47 % и 45,1 % соответственно. Активная вирусная репликация усиливает существующий дисбаланс цитокинов у больных СД 2 типа и стимулирует продукцию главного цитокина — неоптерина. Уровень неоптерина повышается прямо пропорционально с уровнем TNF-α, что приводит к активации процессов апоптоза и инактивации оксида азота в эндотелии сосудов. При этом показатели противовоспалительных цитокинов, ИЛ-4 и ИЛ-10, оставались на низком уровне, что дает возможность провоспалительным цитокинам стимулировать сосудистое воспаление и способствовать формированию микрососудистых осложнений СД 2 типа.

Выводы. У больных СД 2 типа с ХГС выявлена высокая степень корреляции между вирусной нагрузкой и дисбалансом про- и противовоспалительных цитокинов.

Дербак М. А.¹, Архий Э. Й.¹, Москаль О. Н.¹,
Олексик О. Т.²

¹Ужгородский национальный университет (медицинский ф-т), ²Закарпатская ОКБ им. А. Новака, Украина,
e-mail: derbak@mail.ru

Состояние углеводного обмена у больных сахарным диабетом 2 типа в сочетании с вирусом гепатита С

Цель исследования: изучить взаимосвязь между нарушениями углеводного обмена и уровнем вирусной нагрузки HCV у больных СД 2 типа.

Материалы и методы. Обследованы 400 пациентов в возрасте от 31 года до 70 лет (средний возраст $(54,1 \pm 1,1)$ года). Кроме стандартных исследований больным определяли уровень С-пептида и вирусную нагрузку методом ПЦР. Степень компенсации сахарного диабета устанавливали по уровню гликозилированного гемоглобина (HbA1c). Сформировано 2 группы больных: 1-я — 125 больных СД 2 типа с ВГС и 2-я — 275 больных СД 2 типа без ВГС. Первая группа разделена на подгруппу 1а (n=49) — больные с высокой вирусной нагрузкой РНК ВГС — не менее $4 \cdot 10^5$ МЕ/мл и подгруппу 1б (n=76) — с низкой вирусной нагрузкой РНК ВГС — менее $4 \cdot 10^5$ МЕ/мл.

Результаты. Установлено, что у больных СД 2 типа в сочетании с ВГС достоверно чаще (70,4 % пациентов) регистрировалась сниженная

секреция С-пептида, чем у неинфицированных (6,2 %, $p < 0,001$). Существенное влияние на базальную секрецию С-пептида оказывала имеющаяся разница в репликативной активности HCV. Содержание С-пептида ниже нормы отмечено у 83,6 % больных подгруппы 1-а и у 61,8 % — 1-б. Также установлено влияние высокой вирусной нагрузки на степень компенсации СД. Среди пациентов подгруппы 1-а декомпенсация углеводного обмена имела место у 38,8 % больных, с компенсированным сахарным диабетом в этой группе не было ни одного больного. В подгруппе 1-б декомпенсация отмечена у 15,8 % больных, а компенсация — у 9,2 % больных. У остальных больных СД был субкомпенсированным.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о возможной роли вируса гепатита С в нарушении углеводного обмена с последующим развитием инсулиновой недостаточности и ухудшением компенсации СД 2 типа.

Джулай Г. С., Секарева Е. В., Джулай Т. Е.
Тверская ГМА, Россия

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ассоциированная с дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом, и соединительнотканная дисплазия в аспекте преморбидности

Цель исследования: изучение у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) с дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом (ДГЭР) фенотипических и висцеральных проявлений соединительнотканной дисплазии и коморбидных

заболеваний органов пищеварения в качестве предикторов формирования заболевания.

Материал и методы. У 46 больных ГЭРБ (мужчин — 18, женщин — 28) в возрасте $(43,0 \pm 14,5)$ года детально изучены пищевые привычки,

фенотипические и висцеральные признаки имеющих недифференцированных соединительнотканых дисплазий (СТД).

Результаты. Признаки СТД у больных с ГЭРБ, ассоциированной с ДГЭР, отмечены в 42,0% наблюдений, причем значимое их сочетание (свыше 6 признаков) — в 23,8% случаев. Разнообразные фенотипические стигмы СТД встречались у 19,0% больных, преобладали висцеральные признаки в виде структурных аномалий желудочно-кишечного тракта — недостаточности кардии (23,8% случаев), диафрагмальных грыж (9,5%) и аномалий строения желчного пузыря (52,4%), гемангиом печени (6,2%). Рассчитанный риск формирования ГЭРБ, ассоциированной с ДГЭР, при наличии диагностически значимого сочетания признаков СТД,

составил 12,5%, относительный риск — 0,20. У пациентов с ДГЭР заболевание развивалось на фоне предшествующих заболеваний желчевыводящих путей (58,7% случаев), отягощенной наследственности по желчнокаменной болезни и хроническому холециститу (23,9%), пищевого предпочтения сдобных, жирных и высококалорийных блюд (58,7%). Такой тип пищевого выбора увеличивает риск формирования ГЭРБ, ассоциированной с ДГЭР, до 62,8%, относительный риск — до 2,68.

Заключение. Изучение признаков СТД и состояния билиарного тракта перспективно для выработки мер первичной профилактики ГЭРБ путем выбора пищевого поведения и жизненного стиля, в первую очередь, у лиц молодого возраста.

К вопросу о состоянии органов пищеварения у больных с распространенным атеросклерозом

Изменения пищеварительного тракта у больных атеросклерозом многогранны и чрезвычайно значимы.

Цель исследования: выявление особенностей изменений органов пищеварения у пациентов с мультифокальным атеросклерозом.

Материалы и методы. В основу работы легли наблюдения над 70 пациентами с атеросклеротическим поражением коронарных, брахиоцефальных сосудов и артерий конечностей. Выполнялась клиническая, лабораторная оценка состояния органов пищеварения, эндоскопия, ультразвуковое исследование печени, поджелудочной железы, гистологическое исследование слизистой оболочки желудка, а также анализировалось состояние магистральных сосудов, липидограмма, маркеры дисфункции эндотелия.

Результаты. Большое значение имеет состояние слизистой желудка в связи с вероятностью развития кровотечений. Опасные изменения слизистой были отмечены у половины обследованных, в том числе страдающих язвенной болезнью. Эрозивно-язвенный гастрит в свою очередь чаще регистрировался на фоне операционной кровопотери больше 500 мл ($p=0,03$). Оценка работы печени показала ухудшение непосредственных и отдаленных результатов реконструктивных вмешательств у лиц с признаками стеатоза и фиброза печени, в том числе на фоне висцерального ожирения, дислипидемии и хеликобактериоза.

Выводы. Печеночная дисфункция является фактором риска негативных кардиоваскулярных событий при реконструкции магистральных артерий. Риск желудочных кровотечений максимален у лиц с язвенным анамнезом.

Иванов М.А., Симонина К.А., Берест Д.Г., Шаповалов А.С., Умаханов З.Б., Кицбашвили Р.В.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Шведский стол как форма диетического питания в санаторно-курортных учреждениях: за и против

Цель исследования: дать оценку возможности внедрения принципа «шведского стола» в санаторно-курортных учреждениях.

Пища в зависимости от свойств и состава по-разному влияет на организм. Санаторно-курортное лечение направлено на обслуживание отдыхающих или направленных на долечивание лиц, в большинстве своем нуждающихся в лечебном питании. Последнее является неотъемлемой частью комплексного лечения. Принцип диетического питания — сбалансированность химического состава рационов с учетом биологических эффектов пищевых веществ. Цель его — помочь выздороветь и не вызвать обострение сопутствующих заболеваний.

В течение веков отработывалась структура диетического питания. В нашей стране наибольшее распространение получило лечебное питание, состоящее из 15 диет, разработанное одним из организаторов Института питания в Москве и основоположников диетологии и клинической гастроэнтерологии в СССР, М.И. Певзнером (1872–1952 гг.). М.И. Певзнер считал, что там, где нет лечебного питания, там нет рационального лечения.

Применение лечебных диет основывается на четырехразовом режиме питания, а для больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта

и некоторыми болезнями сердечно-сосудистой системы предусмотрено 5–6-разовое питание.

Особенности организации диетического питания в санаториях и на курортах определяются тем, что сюда направляют больных в период ремиссии, что позволяет вносить коррективы в обеспечении лечебного питания по сравнению с питанием в стационаре. Так, в санаториях Украины внедрены лечебные диеты «В» (заболевания и состояния, не требующие специальных лечебных диет), «Н» (хронические заболевания почек с резко выраженными нарушениями азотовыделительной функции почек и выраженной азотемией, цирроз печени с печеночной энцефалопатией), «Д» (сахарный диабет), «О» (послеоперационный период: первые дни после операций на органах брюшной полости, урологических, гинекологических операций), «П» (острые и обострение хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы), «Т» (туберкулез). В большинстве санаториев ограничиваются диетами № № 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 15. В санаториях «Центросоюз-Кисловодск» ведущие лечебные диеты: № № 10, 9, 5, 5П, 15, 8, 1, 7.

В соответствии с Приказом № 330 МЗ от 05.08.2003 ранее применявшиеся в лечебно-профилактических учреждениях диеты номерной системы (диеты № № 1–15) объединены или включены

Кириченко Н.Н., Аверьянов А.И., Белозеров Е.С.
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия