

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 обеспечение 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