

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 взаимоотношение симптомов заболевания, особенно при наличии осложнений.

Клестер Е. Б.¹, Славнова М. К.², Клестер К. В.¹, Демина Е. И.¹
¹Алтайский ГМУ, ²ГБ № 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.

В ДПК на фоне дуоденита (в 82,1 %) также отмечено наличие эрозий (36,6 %) и свежих язв (6,7 %). Ведущим в клинике был диспепсический синдром — у 52, проявляемый чаще изжогой, реже в виде отрыжки и тошноты, рвоты. Степень обсемененности НР по результатам уреазного теста: слабая — у 6 (15,4 %), средняя — у 10 (25,6 %), выраженная — у 23 (59,0 %).

Хронический гастрит (ХГ) у детей на фоне заболеваний соединительной ткани

Целью исследования явилось изучение иммунологических особенностей ХГ у детей с ювенильным артритом (ЮА) и недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ).

Материалы и методы. Обследованы 46 детей в возрасте от 9 до 16 лет. Группа 1—21 ребенок с ХГ и ЮА, диагноз ставился на основании критериев EULAR (1994). В группу 2 вошли 12 детей с ХГ и НДСТ 1—2 степени, определенной по схеме Т. Милковска-Дмитровой и А. Каракашева (1985). Группа сравнения 3—13 пациентов с ХГ, без ЮА и НДСТ. Диагноз ХГ подтвержден морфологически. Уровни IL-10, IL-6, IL-8, IL-1 β , IFN- γ , TNF- α в сыворотке крови больных определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа (ELISA).

Результаты. У детей группы 1 выше, чем в группах 2 и 3, были уровни IL-6, IL-8, IL-1 β . Средние значения уровня IL-8 во всех группах превышали нормальные показатели, а IL-10 во всех группах соответствовали норме. Уровень TNF- α у детей

Выводы. У всех обследованных больных ХОБЛ выявляются патологические изменения в слизистой оболочке желудка и ДПК, при скудной клинической картине. Частота и степень поражения гастродуоденальной зоны зависят от тяжести ХОБЛ. Рекомендуемая Маастрихским консенсусом-4 четырехкомпонентная схема с препаратом висмута оказала эрадикационный эффект у 90 % больных.

группы 2 был ниже по сравнению с группами 1 и 3. Уровень IFN- γ как у детей с ХГ и ЮА, так и у детей с ХГ и НДСТ оказался достоверно ниже, чем в группе сравнения. Выявлена достоверная положительная корреляционная связь между степенью активности ЮА и уровнем IL-8 ($r=0,48$, $p<0,05$), достоверная положительная корреляционная связь между уровнем IL-8 ($r=0,43$, $p<0,05$) и фиброзом СО желудка при ЮА, также достоверная положительная корреляционная связь между степенью выраженности лимфоцитарной инфильтрации СО желудка и уровнем IL-8 ($r=0,58$, $p<0,05$).

Заключение. У детей с ХГ и ЮА отмечено повышение уровня IL-6, IL-8, IL-1 β при снижении уровня IFN- γ , причем повышение уровня IL-8 коррелирует со степенью тяжести ЮА, со степенью лимфоцитарной инфильтрации и фиброза СО желудка. Для детей с ХГ и НДСТ характерно снижение уровней TNF- α и IFN- γ .

Листопадова А. П.¹, Новикова В. П.², Калинина Н. М.³, Демченкова О. А.⁴, Петровский А. Н.¹

¹СЗГМУ им. И. И. Мечникова, ²ФМИЦ им. В. А. Алмазова, ³ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова», ⁴ДГП № 8, Санкт-Петербург, Россия

Состояние внутрипеченочной гемодинамики у больных ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью по данным полигепатографии

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и гипертоническая болезнь (ГБ) в течение многих лет являются главными причинами смертности населения во многих странах. Накопленные в настоящее время данные свидетельствуют о нарушении гомеостаза и снижении функции печени при ИБС и ГБ. В свою очередь функциональное состояние самой печени во многом зависит от особенностей кровотока на уровне синусоидов печени, определяемого состоянием эндотелия и насосной функции сердца. Однако взаимозависимость печени и сердечно-сосудистой системы в настоящее время изучена недостаточно.

Цель исследования: изучить состояния внутрипеченочной гемодинамики у больных ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью.

Материалы и методы. Обследованы 90 человек. Сформированы три группы: I группа — больные с ишемической болезнью сердца, атеросклеротически измененными коронарными артериями ($n=30$), средний возраст (62 ± 12) лет; II группа — больные с гипертонической болезнью ($n=30$), средний возраст (59 ± 12) лет. III — группа контроля, в которую вошли практически здоровые лица ($n=30$), средний возраст (31 ± 10) лет. Пациенты данных групп сопоставимы по полу. Диагноз ишемической болезни сердца и гипертонической болезни верифицирован на основании общепринятых в кардиологии клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования. Критериями исключения из исследования явились сахарный диабет, ожирение, заболевания

печени в анамнезе, хроническое злоупотребление алкоголем (согласно опроснику CAGE). Внутрипеченочная гемодинамика оценивалась с помощью полигепатографии — метода, основанного на совместном анализе нескольких реограмм (кривых кровенаполнения) портальной области и кривых центрального пульса, позволяющего получить данные о соотношении (балансе) притока (артериального и венозного) и оттока в синусоидах печени. Оценку результатов проводили в процентном соотношении.

Результаты. У больных с ишемической болезнью сердца в 73,3 % случаев ($n=22$) нарушение внутрипеченочной гемодинамики характеризовалось затруднением артериовенозного притока. В группе пациентов с гипертонической болезнью в 60 % случаев ($n=18$) было выявлено нарушение венозного оттока в синусоидах печени. В контрольной группе нарушений внутрипеченочной гемодинамики выявлено не было.

Выводы. Нарушение внутрипеченочной гемодинамики у пациентов с ИБС, на наш взгляд, обусловлено снижением механизма артерио-венозной инъекции. Снижение венозного оттока в синусоидах печени у больных с ГБ, вероятнее всего, связано с формированием диастолической дисфункции левого желудочка. Полученные результаты исследований свидетельствуют о специфичности нарушений внутрипеченочной гемодинамики у пациентов с ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью и должны учитываться при проведении медикаментозной терапии.

Манасян А. Г., Ермолов С. Ю., Манасян С. Г. СЗГМУ им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия