

ввозимых продуктов питания, особенно фруктов и овощей, разнообразных молочных и производимых из молока продуктов, что вызвало интерес к проведению современных исследований особенностей питания при наиболее часто встречающихся заболеваниях органов пищеварения, в частности, при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК).

Цель исследования. С помощью анкетирования провести оценку питания взрослых пациентов (старше 18 лет), страдающих ЯБДК.

Материалы и методы. В соответствии с целями и задачами

настоящего исследования нами обследовано 80 пациентов гастроэнтерологического отделения Республиканского гастроэнтерологического центра Минздрава Чувашии Государственного учреждения здравоохранения Республиканская клиническая больница с верифицированным диагнозом язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДК). Для достижения достоверности и генерализованности результатов исследования была подобрана репрезентативная выборка группы исследования по возрасту, полу, а также многим социально-экономическим характеристикам. Среди пациентов с ЯБДК было проведено анкетирование с целью изучения характера и особенностей питания.

Результаты. Анализ кратности питания среди обследованных лиц с диагностированной ЯБДК выявил, что лишь 28 пациентов (35%) принимают пищу 3 раза в день, 19 человек (23,3%) употребляли пищу 2 раза в день, 3 (3,3%) – 1 раз в день, а 30 из обследованных (38,4%) питались нерегулярно.

Интересным оказался факт, что 32 человека (40% респондентов) назвали самым обильным вечерний приём пищи, а 16 (20%) плотнее обычного питались непосредственно перед сном, хотя знали о наличии у них ЯБДК. Несоблюдение режима питания с перегрузкой наиболее калорийной и обильной по количеству пищи в вечерние часы – одно из самых распространённых нарушений правил здорового питания.

Соотношение животных и растительных жиров в питании пациентов с ЯБДК оказалось 1:2. Так у 65% опрошенных в рационе преобладали растительные жиры, на которых преимущественно готовились различные блюда из муки и мяса. Растительные жиры были представлены исключительно подсолнечным маслом, что обеспечивает рацион ПНЖК класса  $\omega$ -6. Отсутствие в рационе орехов, семян и арахисового масла, а также морских сортов рыб значительно обедняют рацион ПНЖК класса  $\omega$ -3, а оливкового и миндального – классом  $\omega$ -9. Возможно, именно данная несбалансированность жиров в рационе является одним из пусковых механизмов ulcerации слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки.

Анализ данных анкет показал, что наиболее часто опрошенными пациентами с ЯБДК в пищу употребляются мучные и кондитерские изделия (58,3% респондентов употребляют их ежедневно, 27% 2-3 раза в неделю, 10% - 1 раз в неделю, 5% - реже 2 раз в месяц). Среди хлебобулочных изделий предпочтение отдаётся ржаным и смешанным сортам хлеба, что значительно обогащает рацион клетчаткой, ценными аминокислотами (глиадином и глутенином), магнием и железом, однако

практически не используются цельнозерновые и отрубные сорта. В рационе анкетированных широко представлены самые различные виды домашней выпечки (блины и оладьи), которые являются значительными источниками энергии, белков, углеводов, тиамина, рибофлавина, кальция и магния с одной стороны и увеличивает количество сахара и рафинированных видов муки с другой. Среднее потребление чистого сахара в день у анкетированных составило 27,45 г/сутки, причем корреляция с возрастом отсутствовала.

Количество овощей и фруктов (кроме картофеля) в фактическом питании обследованных пациентов с ЯБДК оказалось не велико (лишь 10% респондентов ежедневно употребляли блюда из сырых или варёных овощей).

Заключение. Проведённое анкетирование особенностей питания пациентов с ЯБДК в Чувашии выявило несбалансированность и однообразие питания, что требует разработки комплекса мероприятий направленных на выработку среди них мотивации к правильному питанию.

### 273. ПРОБЛЕМЫ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ИЗМЕРЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛАСТИЧЕСКОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ ЛЕГКИХ

Тетнев К.Ф., Тетнев Ф.Ф.

Dept. of Molecular Physiology and Biophysics of the University of Vermont, Burlington, USA; кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, г. Томск, Россия

Ценность показателей механики дыхания состоит в том, что они характеризуют величины не- и эластического сопротивления легких (ЭСЛ) вне зависимости от внелегочного сопротивления и их величины не зависят от сотрудничества исследуемого и исследователя. Широкого использования в практике, однако, они не нашли в связи со сложностью методики, связанной с введением внутривещного зонда для измерения транспульмонального давления (ТПД), и трудностью интерпретации результатов, особенно ЭСЛ. Macklem P. et al (1974) обнаружили обратимое снижение эластической тяги легких (ЭТЛ) при гиперинфляции в условиях провокации бронхообструктивного синдрома и отнесли этот факт к удивительному явлению. Macklem P. (1978) высказал суждение о заманчивой перспективе открыть способность легких к механической активности. Изучение эластичности легких (ЭЛ) в нормальных условиях и при патологии выявил ряд противоречий, которые невозможно объяснить, если механические свойства легких рассматривать в рамках парадигмы Ф. Дондерса. Динамическая растяжимость легких (ДРЛ) обычно снижена при обструктивных заболеваниях, когда снижается ЭТЛ. Снижение растяжимости легких (РЛ) означает повышение ЭЛ, а снижение ЭТЛ – снижение ЭЛ. Снижение ДРЛ пытались объяснить неравномерностью вентиляции легких, замедлением выравнивания давления в конце вдоха в связи с сужением просвета бронхов. Был предложен метод измерения статической растяжимости легких (СРЛ) с использованием прерывания воздушного потока на 0,5 с для выравнивания давления, который, однако, не помог разрешить противоречие. Напротив, выявились новые, анализ которых позволил создать теорию механической

активности легких (Тетнев Ф.Ф., 1976, 1981). Позднее убедились, что выравнивание давления в легких происходит со скоростью звука и не может влиять на величину эластического напряжения легких (ЭНЛ) и, следовательно, ДРЛ действительно отражает состояние ЭЛ на уровне дыхательного объема (ДО). Чтобы помирить клиническую и функциональную трактовку ЭСЛ, было предложено измерять СРЛ в квазистатических условиях, при медленном глубоком вдохе в линейном участке кривой ТПД. Сущность же противоречия осталась неизвестной: почему при обструктивной патологии на уровне спонтанного дыхания отмечается повышенная ЭЛ, тогда как общая растяжимость легких (ОРЛ) и СРЛ существенно повышены, что означает снижение ЭСЛ, т.е. легкие одновременно характеризуются и повышенной, и пониженной эластической способностью, что абсолютно не укладывается в парадигму Ф. Дондерса. У больных бронхиальной астмой легкого течения ДРЛ была снижена, тогда как ЖЕЛ, ФЖЕЛ<sub>1</sub> и МВЛ были в пределах допустимой нормы. Была высказана гипотеза, что повышение ЭЛ на уровне ДО является функциональным и обеспечивающим нормальные показатели вентиляционной функции легких (Тетнев К.Ф., 1998). Разница между ЭНЛ, измеренным на высоте резервного вдоха (ОРЛ) и ДРЛ является диапазоном функционального изменения ЭЛ. Был предложен коэффициент функциональной ЭЛ (КФЭЛ), который определялся делением ОРЛ на ДРЛ, и показывал в какой степени может снижаться РЛ, т.е. увеличиваться ЭЛ от суммарной ОРЛ для обеспечения механики спонтанного дыхания. У здоровых людей КФЭЛ варьировал от 0,48 до 1,4 (0,81±0,08), а у больных выраженной обструктивной эмфиземой легких – от 4,92 до 29,22 (7,69±2,27). Повышенная ОРЛ при эмфиземе, вероятно, отражает степень снижения ЭЛ анатомического характера, так как увеличение ООЛ и ФОЕ у них является необратимым. Тем не менее, функционирующая легочная паренхима способна значительно увеличивать ЭСЛ для осуществления вентиляции легких в условиях резко выраженной обструктивной патологии.

#### 274. НОВЫЕ ПОДХОДЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОЛИПАМИ ЖЕЛУДКА

Тимченко И.В., Терехов С.В.

Отделение эндоскопии ЦКБ №2 им. Н.А.Семашко ОАО «РЖД», отдел медицинской техники МТУСИ, г.Москва.

Актуальность проблемы состоит в том, что в связи с неуклонным ростом выявляемости рака желудка, назревает необходимость ранней диагностики процессов, приводящих к данной патологии и их лечению. Полипы желудка относятся к опухолеподобным процессам, они несут в себе предраковый потенциал и могут малигнизироваться, по данным разных авторов от 7% до 40% случаев.

Цель настоящего исследования преследует выработку алгоритма диагностики полипов с использованием передовых эндоскопических технологий, разработку способа их радикального эндоскопического удаления с использованием

достижений медицинской радиоэлектронной аппаратуры, что приведет к минимизации возможных осложнений (кровотечение, перфорация), а также выработку тактики лечения фоновых заболеваний слизистой оболочки желудка для профилактики развития в ней неопластических процессов и рецидивов полипов.

Материалы и методы. В Центральной клинической больнице №2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД» за период с 1995 по 2009 годы 1821 больным удалено 2328 полипов желудка от 0,5 до 6,0см. В нашей клинике разработан и используется диагностический алгоритм для пациентов с полипами желудка. Диагностический алгоритм включает в себя: 1) эндоскопическое исследование полипа и окружающей слизистой оболочки желудка с использованием технологии спектрального цветового выделения (CVC) в совокупности с технологией многократного увеличения (ZOOM), позволяющей выявить очаги метаплазии, дисплазии, неоплазии по характеру сосудистого рисунка и рельефа слизистой оболочки; 2) выполняется биопсия полиповидного образования с целью его морфологической верификации, а также биопсия окружающей слизистой оболочки желудка для диагностики инфекции *Helicobacter pylori*; 3) колоноскопия проводится с целью выявления распространенности процесса в пищеварительном тракте; 4) трансабдоминальное ультразвуковое исследование желудка — позволяет исключить инфильтрацию стенки желудка в зоне локализации полиповидного образования 5) УЗИ органов брюшной полости выполняется для исключения сопутствующей патологии.

Эндоскопическая диагностика и удаление 2328 полипов желудка осуществлялось с использованием видео и фиброэндоскопов фирм «Olympus», «Fujinon», «Pentax», электрохирургических аппаратов PSD-30, MBC Soring, ЭХВЧ-50 МТУСИ, радиохирургических приборов Surgitron TM – США и МТУСИ, аргоноплазменного коагулятора, высокоэнергетического YAG-Nd лазера методами электроэксцизии, электрокоагуляции, радиоволновой коагуляции, фотодеструкции YAG-Ne лазером, а также разработанным нами комбинированным методом. Комбинированная полипэктомия применялась в 382 случаях для удаления полипов на широких основаниях и толстых ножках: методом электроэксцизии удалялась основная масса полипа, а оставшиеся в основании ткани полипа, во избежание рецидива, удалялись методом радиоволновой коагуляции радиохирургическими приборами Surgitron TM – США и МТУСИ.

Результаты и обсуждение. Морфологическая верификация удаленных полипов: гиперпластические полипы-1629 (70%), аденоматозные полипы с выраженной пролиферацией эпителия 484 (20,8%), с признаками дисплазии D1-D3 – 152 (6,5%), неэпителиальные опухоли 26 (липома-8, лейомиома- 5, Пейтц- Егерса 8, карциноид-3, ГИСТ- 2), малигнизированные полипы 47 (2,5%). Пациенты с малигнизированными полипами, лейомиомой, ГИСТ, карциноидом были оперированы.

Кровотечение при диатермической полипэктомии имело место у 3% больных (у 68 из 2328), при этом эндоскопический гемостаз был обеспечен у 60 из 68 больных, а 8 больным по поводу продолжающегося