

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

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.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.