

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ПИТАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЖИТЕЛЕЙ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ И ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ КАК ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

¹Республиканский гастроэнтерологический центр

ГУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздравсоцразвития Чувашии, Россия, 428018, г. Чебоксары, Московский проспект, 9, тел. (8352) 58-23-01;

²Управление Роспотребнадзора по Чувашской Республике – Чувашии, Россия, 428018, г. Чебоксары, Московский проспект, 3д, тел. (8352) 58-26-06;

³кафедра внутренних болезней

ФГОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова», Россия, 428015, г. Чебоксары, Московский проспект, 15, тел. (8352) 58-29-48.

E-mail: tlarisagast18@mail.ru

Проведено анкетирование 100 практически здоровых жителей Чувашской Республики и 80 пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с целью сбора анамнеза питания и проведения анализа частоты употребления основных групп продуктов питания. Выявлены достоверные различия в режиме питания и потреблении таких продуктов, как творог, сметана, морская рыба и мясо. Проанализировано и озвучено низкое потребление среди обследуемых респондентов витаминов, микроэлементов и обогащённых йодом продуктов питания. Обращено внимание врачей общей практики на необходимость позиционирования среди населения правил здорового, сбалансированного питания.

Ключевые слова: питание, практически здоровое население, Чувашская Республика, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

L. V. TARASOVA¹, E. A. KHOCHLOVA², T. E. STEPASHINA³

COMPARISON OF NUTRITION PECULIARITIES OF A SAMPLE FROM THE HEALTHY POPULATION OF THE CHUVASH REPUBLIC VERSUS PATIENTS SUFFERING FROM DUODENAL ULCER, AS AN IMPORTANT CONSTITUENT OF THE PREVENTATIVE WORK OF GENERAL PRACTICE DOCTORS

¹Republican gastroenterological centre state health care institution «Republican clinical hospital» of Ministry of health care and social development of the chuvash republic, Russia, 428018, Cheboksary, Moskovski prospect, 9, tel. (8352) 58-23-01;

²department of Rosportebnadzor on Chuvash Republic – Chuvashia, Russia, 428018, Cheboksary, Moskovski prospect, 3d, tel. (8352) 58-26-06;

³chair of Internal diseases of Federal state educational institution of higher professional education «Chuvash state university named after I. N. Ulianov», Russia, 428015, Cheboksary, Moskovski prospect, 15, tel. (8352) 58-29-48. E-mail: tlarisagast18@mail.ru

The survey of a sample of 100 healthy people of the Chuvash Republic and 80 patients with duodenal ulcer was carried out to reveal the nutrition anamnesis and analyze frequency of usage of main food groups. Significant differences were revealed in the dietary use and consumption of such products as sour cream, cottage cheese, sea fish and meat. Among respondents under examination low consumption of vitamins, microelements and food enriched by iodine was analyzed and emphasised. The attention of general practice doctors was drawn to the necessity for healthy balanced nutrition within the population.

Key words: nutrition, healthy people, the Chuvash Republic, duodenal ulcer.

Питание является одним из главнейших факторов, влияющих на здоровье населения. Сложившаяся неблагоприятная тенденция к росту заболеваний органов пищеварения во многих субъектах Российской Федерации во многом связана с ухудшением качества питания населения и требует серьезного анализа. Кроме того, терапевты, врачи общей практики (семейные врачи)

недостаточно внимания уделяют позиционированию правильного питания как важному фактору профилактики и лечения заболеваний органов пищеварения, ограничиваясь назначением обилия медикаментозных средств. Исследование особенностей питания в каждом субъекте Российской Федерации на современном этапе является насущной необходимостью.

Цель исследования – проведение сравнительной оценки особенностей питания практически здоровых жителей Чувашской Республики и пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Методика исследования

Проведено анкетирование 100 практически здоровых жителей Чувашской Республики. Возраст опрошенных колебался в пределах от 21 года до 55 лет, средний возраст составил $42,01 \pm 1,8$ года. Средний возраст обследованных женщин (48) составил $51,02 \pm 2,5$ года, мужчин (52) – $46,6 \pm 2,0$ года. Исследование было выборочным (методом бесповторного случайного отбора), одномоментное. Критериями отбора в группу практически здоровых являлись: 1) возраст 18 лет и старше; 2) проживание в Чувашской Республике с рождения или более 15 лет; 3) отсутствие каких-либо жалоб в течение 6 месяцев; 4) отсутствие в анамнезе (по данным амбулаторных карт) тяжелых соматических заболеваний; 5) отсутствие беременности у респонденток женского пола; 6) отсутствие органических заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (по данным эзофагогастроуденоскопии); 7) отсутствие указаний на приём каких-либо лекарственных препаратов. Всем респондентам предлагалась анкета, позволяющая оценить анамнез питания и провести анализ частоты употребления основных групп продуктов питания.

В качестве группы сравнения было обследовано 80 пациентов гастроэнтерологического отделения Республиканского гастроэнтерологического центра Минздравсоцразвития Чувашии Государственного учреждения здравоохранения «Республиканская клиническая больница» с верифицированным диагнозом «язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки» (ЯБДК). В состав клинической группы вошли 29 женщин и 51 мужчина с ЯБДК в фазе обострения. Возраст пациентов колебался в пределах от 19 до 76 лет, средний возраст составил $41,01 \pm 1,77$ года (здесь и далее $M \pm m$). Средний возраст обследованных женщин составил $49,03 \pm 2,8$ года, мужчин – $36,45 \pm 2,06$ года. Язвенный анамнез обследованных варьировал в пределах от нескольких недель до 30 лет, средняя длительность заболевания составила $6,87 \pm 0,82$ года. У подавляющего числа пациентов наблюдалось до 1–2 обострений ЯБДК в год.

Фаза обострения устанавливалась на основании: 1) жалоб пациентов на боль в эпигастрине, усиливающуюся через 2–2,5 часа после приёма пищи, ночные «голодные» боли, диспепсические явления (изжога, отрыжка кислым, воздухом, съеденной пищей и т. д.), снижение аппетита либо «волчий» аппетит; 2) данных анамнеза: наследственно-конституциональная предрасположенность, сезонность рецидивов ЯБ с появлением болевых ощущений преимущественно в весенне-осенне время года, наличие активного антравального геликобактерного гастрита по результатам предыдущих цитологических исследований (по данным амбулаторной карты); 3) данных объективного осмотра: обложенность языка, болезненность при пальпации в эпигастрине, пилородуodenальной и параумицеллярной областях; 4) результатов эндоскопического обследования: локализация язвенного дефекта в луковице ДК округлой либо овальной формы с дном, покрытым фибрином жёлто-серого цвета, с «воспалительным валом» вокруг.

При поступлении в стационар у всех больных согласно результатам фиброзофагогастроуденоскопии (ФЭГДС) констатирована фаза обострения ЯБ с локализацией дефекта в луковице ДК. Средняя площадь язвенного дефекта составила $0,65 \pm 0,07 \text{ см}^2$, глубина – $0,35 \pm 0,02$ см. Среди пациентов с ЯБДК также было проведено анкетирование с целью изучения характера и особенностей питания.

Результаты исследования

Пациенты с ЯБДК достоверно чаще ($p < 0,05$), чем практически здоровое население Чувашии, самым обильным делают ночной приём пищи (непосредственно перед сном). Так, 48 пациентов с ЯБДК (60%) называли самым обильным вечерний приём пищи в отличие от 47 (47%) практически здоровых жителей республики.

Сравнивая питание практически здоровых жителей Чувашии и пациентов с ЯБДК, мы убедились, что не соблюдается правило сбалансированного употребления блюд из продуктов различных групп [4]. Так, достоверно реже ($p < 0,05$) пациенты с ЯБДК употребляют в пищу такие продукты, как морская рыба, сметана, творог, мясо (таблица).

Количество овощей и фруктов (кроме картофеля) в фактическом питании как обследованных пациентов с ЯБДК, так и здоровых жителей Чувашии оказалось не

Сравнительная оценка частоты употребления основных продуктов питания среди контрольной группы и пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

Вид пищи Частота	Морская рыба		Сметана		Творог		Мясо	
	Контр. группа, n=100 (%)	Пациенты с ЯБДК, n=80 (%)						
Ежедневно	3,4	0	1,7	0	0	0	60,0	45,0
2–3 раза/нед.	11,9	2	15,3	3,3	22,0	5,0	33,0	43,3
1 раз/нед.	32,2	20,0	32,2	26,7	12,0	21,7	5,0	5,0
2–3 раза/мес.	18,6	36,7	20,3	40,0	35,0	36,7	1,0	3,3
1 раз/мес.	23,7	38,3	15,3	25,0	14,0	31,7	1,0	1,7
Никогда	10,2	3,0	15,3	5,0	17,0	5,0	0	1,7
Достоверность различий (p)	$p=0,04$		$p=0,004$		$p=0,0012$		$p=0,04$	

велико (лишь 10% пациентов с ЯБДК и 22% лиц контрольной группы ежедневно употребляли блюда из сырых или варёных овощей).

Основная доля опрошенных (65%) употребляли овощи и фрукты (кроме картофеля) от 1 до 3 раз в неделю. Особое внимание привлек факт, что 25% пациентов с верифицированным диагнозом ЯБДК употребляли фрукты и овощи крайне редко (3 и менее раз в месяц).

Наиболее часто из овощей, произрастающих в средней полосе России и на территории Чувашской Республики, в рацион жителей включается картофель. Анализ анкетных данных выявил стереотип частого потребления картофеля как в сельской местности, так и в городах Чувашии, что, видимо, обусловлено доступностью, хорошей урожайностью и особенностями национальной кухни коренного населения республики. Так, 96% как практически здоровых респондентов, так и пациентов с ЯБДК включают картофель в свой рацион несколько раз в неделю, а 22% из них – ежедневно.

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). Представленные данные коррелируют с результатами, полученными при анкетировании практически здоровых жителей республики.

Частота потребления обогащённых йодом продуктов питания (йодированный хлеб, соль, молоко) в группе анкетированных пациентов с ЯБДК оказалась достоверно ниже, чем в группе практически здоровых жителей республики, участвовавших в опросе (30% против 54,3% соответственно, $p<0,05$). Полученные данные требуют подробного анализа влияния совместного дефицита этих важнейших микроэлементов на развитие ЯБ.

Кроме того, с еще большей долей достоверности ($p<0,001$) пациенты с ЯБДК меньше употребляют поливитаминных препаратов, чем практически здоровые жители Чувашии. Так, 37,0% анкетируемого практически здорового населения употребляют поливитамины, в состав которых входит йод. Среди пациентов с ЯБДК этот показатель составил всего 3%. Селенсодержащие препараты в республике практически не применяются как практически здоровыми (3,4%), так и больными ЯБДК (1,7%). Этот факт подчеркивает роль гиповитаминоза и, возможно, дисмикроэлементоза в патогенезе язвенной болезни.

Анкетирование, направленное на выявление количественного употребления практически здоровым населением республики крепких и некрепких алкогольных напитков, выявило тенденцию к умеренному употреблению алкоголя (не более 1 раза в месяц) основной массы респондентов (31%). Так, на вопрос о ежедневном приеме крепкого алкоголя утвердительно не ответил ни один из респондентов, 18,9% анкетируемых указали, что позволяют себе приём алкоголя 1 раз в неделю, 15% – несколько раз в год. 6,8% респондентов Чувашии никогда не употребляют спиртные напитки, а 28,3% – затруднились ответить на вопрос. Среди пациентов с ЯБДК частота употребления спиртных напитков оказалась достоверно выше по сравнению с контрольной группой (3,3% употребляют ежедневно; 31,7% – раз/неделю; 33,3% – раз/месяц; 11,7% – несколько раз в год; 20% – затруднились ответить, $p<0,05$).

Обсуждение

Одной из главных задач врача общей практики, терапевта, гастроэнтеролога является обучение пациентов с заболеваниями органов пищеварения не только поддерживать баланс пищевых веществ в рационе, но и соблюдать режим приёма пищи. Полученные данные по несоблюдению режима питания с перегрузкой наиболее калорийной и обильной по количеству пищей в вечерние часы среди пациентов с ЯБДК – одно из самых распространённых нарушений правил здорового питания. Полученные результаты указывают на недостатки работы «гастрошкол» республики, обучение в которых в течение нескольких лет (средняя длительность язвенного анамнеза среди обследованных пациентов составила $6,87\pm0,82$ года) не помогло сформировать устойчивую мотивацию к правильному режиму питания среди пациентов с ЯБДК.

Несмотря на то что в настоящее время нет единого мнения, касающегося кратности приёма пищи при язвенной болезни [6, 8, 10], авторы сходятся во мнении, что наиболее рациональным и сбалансированным является 3–4-разовое питание со следующим распределением энергетической ценности пищи по приемам: завтрак – 25%, обед – 35%, полдник – 15%, ужин – 25%. А. Н. Мартинчик с соавторами (2005) рекомендуют ужинать не позже, чем за 2 часа до отхода ко сну [4]. Чрезмерно обильный приём пищи на ночь приводит к избыточной стимуляции секреции желудочного сока, ускорению перистальтики желудка и сбросу плохо переваренной пищи в луковицу двенадцатиперстной кишки, что нарушает постулаты о механическом и химическом щажении двенадцатиперстной кишки как наиболее важном профилактическом факторе.

Взгляды на диетическое питание пациентов с язвенной болезнью подверглись существенному пересмотру именно в последние годы. Большинство современных гастроэнтерологов [8, 12] считают, что игнорировать диетическое питание как один из лечебных факторов ни в коем случае нельзя. Пациент с ЯБДК как в фазе обострения, так и в фазе ремиссии должен соблюдать общие правила здорового питания [4], в первую очередь сбалансированное употребление блюд из продуктов различных групп. В работе показано, что пациенты с ЯБДК достоверно реже ($p<0,05$), чем практически здоровые жители Чувашии, употребляют в пищу такие продукты, как морская рыба, сметана, мясо, творог. Очевидно, что продукты, обладающие наибольшими антацидными свойствами и содержащие в своем составе такие важные компоненты, как животные белки, витамины группы В, железо, магний, цинк, селен, марганец, требуются пациентам с ЯБДК ежедневно и в достаточных количествах. Данный фактор невозможно игнорировать при анализе патогенеза ЯБДК.

Цитопротективное действие перечисленных микроэлементов на слизистую желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) доказано многими исследователями [9, 15, 16, 17, 25]. В частности, цинк (Zn), входящий в состав мяса, рыбы, яиц и творога, имеет несколько точек приложения, позволяющих ему участвовать в сохранении целостности слизистых оболочек ЖКТ. Во-первых, Zn является кофактором процессов репарации и регенерации вследствие своих антиоксидантных свойств и стабилизирует проницаемость цитоплазматических мембран, повреждённых продуктами перекисного окисления липидов, что препятствует высвобождению гидролитических ферментов, таких как катепсин

Д и коллагеназа, контролирующих распад повреждённых тканей [9]. Во-вторых, Zn участвует в процессе ингибирования апоптоза в эпителиальной, эндотелиальной, лимфоидной и железистой тканях и стимулирует синтез ДНК [9, 20, 25]. Являясь составной частью более 100 нуклеопротеидов, Zn входит в состав генетического аппарата клетки, тем самым оказывая прямое влияние на рост и пролиферацию клеток [1, 2, 3, 5, 7, 11, 23]. В-третьих, Zn, образуя комплексы с глюкуроновой кислотой, регулирует проницаемость слизистых оболочек [9]. В-четвертых, Zn увеличивает секрецию желудочной слизи [16, 18], восстанавливая и стимулируя синтез простагландина Е2 в желудке [15, 16, 17], усиливает синтез коллагена [22, 26].

Частота употребления крепких и некрепких алкогольных напитков среди группы больных с ЯБДК оказалась достоверно выше ($p < 0,05$), чем в контрольной группе практически здоровых жителей республики. Учитывая, что отрицательное действие алкоголя на слизистые оболочки ЖКТ доказано достаточно давно многочисленными исследованиями [13, 14, 19, 24], необходимо проведение серьезной антиалкогольной пропаганды, в том числе и среди пациентов с ЯБДК. Вино, пиво, крепкие спиртные напитки при их разведении в желудке повышают секрецию соляной кислоты и увеличивают выработку гастрин. Кроме того, алкоголь замедляет опорожнение желудка, способствует освобождению эндогенных медиаторов (лейкотриенов, тромбоксана, фактора активации тромбоцитов), вызывающих нарушение микроциркуляции в слизистой оболочке, угнетает желудочное слизеобразование, повышает проницаемость слизистой оболочки, увеличивает потерю белка, усиливает слущивание поверхностных эпителиальных клеток слизистой оболочки и тормозит их регенерацию [19]. Не случайно алкоголь широко используется в экспериментальных исследованиях в качестве одного из основных ультцерогенных агентов для получения модели язвенных поражений желудка у животных. Кроме того, если употребление алкоголя не сопровождается приемом достаточного количества пищи, то в желудке возникает дефицит глутатиона, что приводит к возрастанию токсичности этанола [19, 21]. Полученный нами результат большего употребления алкогольных напитков пациентами с ЯБДК по сравнению с группой практически здоровых жителей республики только подтверждает, что имеется прямая зависимость между количеством и частотой приёма алкогольных напитков и вероятностью развития ЯБДК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авцын А. П., Жаворонков А. А., Риши М. А. и др. Микроэлементы человека. – М.: Медицина, 1991. – 496 с.
2. Горбачёв В. В., Горбачёва В. Н. Витамины, макро- и микроэлементы. – Минск: Книжный Дом, 2002. – 544 с.
3. Лаврова А. Е., Щеплягина Л. А. Дефицит цинка в патогенезе хронического гастродуоденита у детей дошкольного возраста; обоснование методов коррекции // Российский педиатрический журнал. – 2004. – № 4. – С. 44–46.
4. Мартинчик А. Н., Маев И. В., Янушевич О. О. Общая нутрициология. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 392 с.
5. Мухина Ю. Г., Ключников С. О., Нетребко О. К. и др. Клиническое значение нарушений метаболизма цинка // Лекции по педиатрии. Гастроэнтерология. – М., 2003. – Т. 3. – С. 285–298.
6. Окороков А. Н. Лечение болезней внутренних органов. Издание второе, переработанное и дополненное. – М.: Медицинская литература, 2000. – Т. 1. – 533 с.
7. Пикуза О. И., Закирова А. М. Современные взгляды на биологическую роль цинка в сохранении ресурсов здоровья человека // Российский педиатрический журнал. – М.: Медицина, 2002. – № 4. – С. 39–41.
8. Пиманов С. И. Эзофагит, гастрит, язвенная болезнь: Руководство для врачей. – М.: Медицинская книга, 2000. – 377 с.
9. Ребров В. Г., Громова О. А. Витамины, макро- и микроэлементы // Обучающие программы РСЦ института микроэлементов ЮНЕСКО. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008. – 955 с.
10. Рысс Е. С. Заболевания органов пищеварения. – Санкт-Петербург: Медицинское информационное агентство, 1995. – 399 с.
11. Серебряковская Н. Б. Клиническое значение нарушений обмена микроэлементов при гастроэнтерологической патологии у детей: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2001. – 24 с.
12. Циммерман Я. С. Клиническая гастроэнтерология. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009. – 416 с.
13. Шептулин А. А. Алкогольные поражения слизистой оболочки желудка // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2008. – Т. 18. № 5. – С. 62–64.
14. Baishali Bhattacharya. Non-neoplastic disorders // Gastrointestinal and liver pathology/Eds. Ch. A. Iacobuzio, E. A. Montgomery. – Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier, 2005. – Р. 66–69.
15. Bandyopadhyay B., Bandyopadhyay S. K. Protective effect of zinc gluconate on chemically induced gastric ulcer // Indian j. med. res. – 1997. – Vol. 106. – Р. 27–32.
16. Bravo M. L., Escolar G., Navarro C. et al. Morphological study of gastric lesions developing in the rat ulcerus several damaging conditions: modifications induced by pretreatment with zinc acexamate // Scanning microsc. – 1992. – Vol. 6. № 3. – Р. 855–862.
17. Bulbena O., Escolar G., Navarro C. Gastroprotective effect of zinc acexamate against damage induced by non-steroid anti-inflammatory drugs. A morphological study // Dig. dis. sci. – 1993. – Vol. 38. № 4. – Р. 730–739.
18. Christensen A. H., Logan R. P. H., Noach L. A. Do clinicians accept the role of Helicobacter pylori in duodenal ulcer disease: A survey of European gastroenterologists and general practitioners // J. intern. med. – 1994. – Vol. 236. № 5. – Р. 501–505.
19. Ernst H., Hahn E. C. Mechanische und chemische Isonien der magenschleimhaut // Klinische gastroenterologie. – Stuttgart – New York, 2000. – Bd. I. – Р. 660–669.
20. Ishido M., Suzuki T., Adachi T., Kunimoto M. Zinc stimulates DNA synthesis during its antiapoptotic action independently with increments of an antiapoptotic protein, Bcl-2, in protein Kidney LLC-PK(1) cells // J. pharmacol. exp. ther. – 1999. – Vol. 290. – Р. 923–928.
21. Mayinger B., Braun R., Hahn E. C. Krankheiten der leber durch alkohol // Klinische gastroenterologie. – Stuttgart – New York, 2000. – Bd. II. – Р. 1603–1618.
22. Nishiwaki H., Kato S., Takeuchi K. Irritant action of monochloramine in rat stomachs: effects of zinc L-carnosine // Gen. pharmacol. – 1997. – Vol. 29. № 5. – Р. 713–718.
23. Prasad A. S. Clinical and biochemical manifestations of zinc deficiency in human subjects // J. am. coll. nutr. – 1985. – Vol. 4. № 1. – Р. 65–72.
24. Seitz H. K., Meier P. Alkohol als kofaktor bei anderen Erkrankungen im gastrointestinaltrakt // II. Potsdamer gastroenterologisches falk seminar. – Beiträge: Falk Foundation, 2006. – Р. 39–44.
25. Szuster-Citsielska A., Stachura A., Storvinska M. et al. The inhibitory effect of zinc on cadmium-induced cell apoptosis and reactive oxygen species (ROS) production in cell cultures // Toxicology. – 2000. – Vol. 145. – Р. 159–171.
26. Turner A. R., Kama N. A., Turner L. Effects of 5-fluorouracil and zinc on healing of colonic anastomoses in rabbits // Eur. j. surg. – 1999. – Vol. 165. № 4. – Р. 369–377.

Поступила 10.03.2010