

Степень тяжести цирроза печени и отечно-асцитического синдрома устанавливали с учетом выраженности портальной гипертензии и печеночной недостаточности, при этом использовали критерии прогностической системы Чайлд – Пью.

Среди больных АЦП компенсированный цирроз печени (класс А по Чайлд-Пью) имел место у 13 человек, субкомпенсированный (класс В) и декомпенсированный (класс С) – соответственно у 30 и 16 пациентов. В группе больных с вирусной этиологией заболевания компенсированный, субкомпенсированный и декомпенсированный ЦП диагностирован соответственно у 18, 26 и 20 человек.

Клинико-лабораторное исследование больных ЦП выявило, что печеночно-клеточная недостаточность диагностировалась с одинаковой частотой как при вирусной, так и при алкогольной этиологии заболевания - от 53,8-55,6% в классе А до 93,8-95% в классе С. При этом удельный вес синдрома нарастал с развитием декомпенсации печеночного процесса. Печеночная энцефалопатия, как одно из проявлений гепатоцеллюлярного синдрома, на 32,9% чаще диагностировалась в группе больных алкогольным циррозом печени в стадию компенсации ($p < 0,05$). В классах В и С печеночная энцефалопатия также превалировала у больных с алкогольной этиологией заболевания – на 4,1% и 10,0% соответственно. В стадию декомпенса-

ции у пациентов с АЦП энцефалопатия отмечалась в 100% случаев. Синдром цитолиза у обследованных больных встречался достаточно часто – от 50,0% до 96,7% случаев. При алкогольной этиологии заболевания частота встречаемости цитолиза была выше, чем при вирусной – разница между АЦП и ВЦП составила 42,3% в классе А ($p < 0,05$), 27,5% в классе В ($p < 0,05$) и 21,3% в классе С. Холестатический синдром диагностирован среди пациентов выделенных групп в 6,7-30% случаев, причем вирусная этиология заболевания достоверно чаще сопровождалась холестазом, чем алкогольная. Иммуновоспалительный синдром достоверно чаще наблюдался в группе больных вирусным ЦП в стадию суб- и декомпенсации (соответственно на 29,8 и 37,5%) и нарастал параллельно утяжелению состояния больного - в классе С он регистрировался у всех больных с вирусной этиологией заболевания.

Таким образом, алкогольный цирроз печени, в сравнении с вирусным, характеризуется более высокой частотой встречаемости синдромов цитолиза и энцефалопатии. Холестаз и иммунное воспаление наблюдаются с более высокой частотой в группе больных вирусным ЦП. Гепатоцеллюлярный синдром встречался с одинаковой частотой в исследуемых группах и его частота не зависела от этиологии заболевания.

Рациональное питание, пищевые добавки и биостимуляторы

ДИЕТОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Парахонский А.П.

Кубанская медицинская академия,

Госпиталь ветеранов

Краснодар

Цель работы – разработка адекватной диетической терапии у больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. Под наблюдением находились 104 пациента, оперированных по поводу суб- и декомпенсированного стеноза пилородуоденальной зоны, длительно не заживающей язвы 12-перстной кишки, кровоточащей язвы. У больных проведена селективная проксимальная ваготомия, селективная или стволовая ваготомия. При анализе результатов изучения метаболических показателей сыворотки крови у больных, перенесших ваготомию, не было выявлено существенных нарушений в показателях белкового, липидного и пигментного обмена, а также в функциональных печёночных тестах. Наиболее выраженные изменения со стороны углеводного обмена характеризовались высокой гипергликемией и наблюдались у пациентов с демпинг-синдромом. Также выявлено достоверное повышение активности трипсина, амилазы и липазы в крови больных после ваготомии.

Диетотерапию пациентов, перенесших ваготомию, разрабатывали, исходя из основных принципов: 1) диета должна быть адекватной потребностям организма больного по химическому составу и энергетической ценности; 2) она должна создавать оптимальные условия для восстановления и нормализации

функций всех органов пищеварительной системы после операции, то есть строиться с учётом происшедших изменений в секреторной и моторной функциях желудочно-кишечного тракта, а также метаболических нарушений; 3) необходимо учитывать имеющиеся осложнения, их характер, фазу, наличие сопутствующих поражений. Установлено, что в ранние сроки после ваготомии целесообразна диета с высоким содержанием белка, минеральных веществ (с учётом катаболического эффекта операции). Уместна также противовоспалительная направленность диеты. В более поздние сроки после операции можно переходить к диетическому рациону, адекватному по химическому составу и энергетической ценности, физиологическим потребностям конкретных больных. Главное назначение диеты – создание покоя для больного органа, снижение химического и механического раздражения желудка; профилактика постваготомических расстройств. В связи с этим показана необходимость соблюдения адекватных технологических приёмов при изготовлении блюд, что призвано обеспечить щажение всех органов системы пищеварения, и создаёт благоприятные условия для их функционирования. Этим задачам отвечают дробность питания и приём пищи небольшими порциями.

Показана следующая методика диетической терапии. В ранние сроки (до 2-3 месяцев) после операции в качестве основной больным назначали высокобелковую диету с механическим и химическим щажением слизистой оболочки желудка. Через 3 месяца после операции их переводили аналогичную диету без механического щажения. Такая диета особенно пока-

зана при наличии демпинг-синдрома, дуоденогастрального или гастро-эзофагеального рефлюкса, при гастростазе, дискинезии тонкой кишки по гипомоторному типу. Рекомендован следующий химический состав и энергоценность диеты: белков 100-110 г, жиров 90-100 г, углеводов 350-370 г; калорийность 2500-2700 ккал. Простых углеводов (сахара) не более 30 г.

Через 5-6 месяцев и на последующее время больным, перенесшим органосохраняющую операцию с ваготомией, рекомендуется диета с нормальной квотой белка, жира и сложных углеводов, ограничением простых углеводов. В подобной диете соблюдается умеренное химическое и механическое щажение желудочно-кишечного тракта. Исключаются продукты и блюда, содержащие грубую растительную клетчатку, усиливающую процессы брожения и гниения в кишечнике, экстрактивные вещества, продукты, богатые эфирными маслами, холестерином, а также продукты расщепления жира. Показана необходимость исключения из рациона таких пациентов блюд, вызывающих развитие демпинговых реакций – сладкомолочных, жирных и горячих.

Таким образом, применение диетотерапии у больных, перенесших ваготомию, даёт хороший терапевтический эффект: исчезают или значительно уменьшаются различные постваготомические расстройства, происходят благоприятные сдвиги в функциональном состоянии пищеварительной системы, в частности, исчезают демпинговые реакции, диспептические явления; нормализуется деятельность желудка и кишечника, уменьшаются дискинетические проявления со стороны кишечника и жёлчевыводящей системы, восстанавливается трудоспособность. В отношении некоторых больных, помимо диетического лечения, отмечалась необходимость назначения спазмолитических и седативных препаратов. Пациенты с рецидивами язвенной болезни нуждались в длительном и упорном лечении с применением репарантов, блокаторов H₂-рецепторов гистамина, антацидов. Соблюдение диетических рекомендаций - дробного частого питания, определённого подбора блюд, адекватной кулинарной обработки – требуется, по крайней мере в течение одного года после операции, а при наличии нарушений функционального состояния органов пищеварительной системы и постваготомических расстройств – в течение 2-3 лет и более. Правильное питание способствует успешной реабилитации и повышению качества жизни пациентов.

РОЛЬ ПИТАНИЯ В РЕГУЛЯЦИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ГОМЕОСТАЗА ОРГАНИЗМА

Парахонский А.П., Венглинская Е.А.

Кубанская медицинская академия,

*Институт высшего сестринского образования,
Краснодар*

Пища представляет собой комплекс предшественников лекарств, из которых в организме образуются естественные лекарства: гормоны, трансмиттеры, ферменты, рецепторы, биомолекулы (ДНК, РНК) и все структурные элементы живого организма. В связи

с этим становится актуальной разработка биологических интегральных методов оценки безвредности пищевых средств и готовой продукции в модельных опытах на живых клетках, в которых возникает первичный лечебный либо токсический эффект. Показана достоверность результатов ориентировочной экспресс-оценки токсичности натуральных и заводских продуктов питания на простейших одноклеточных организмах, которые имеют сходные с клетками высших животных системы жизни и регуляторные функции. Другой подход к пище связан с нерациональной тотальной химизацией и широким применением премиксов при откормке животных. Представляет интерес проблема целенаправленного получения пищевых продуктов для укрепления здоровья и лечения с помощью биотехнологической микробиологии и промышленного производства. В кисломолочных продуктах содержится повышенное количество аминокислоты тирозина, из которой в организме образуется трансмиттер норадреналин, гормон симпатической нервной системы адреналин, играющие активизирующую и регуляторную роль в организме и обеспечивающие трофику и адаптацию клеток к изменяющимся условиям жизни. В настоящее время получение пектинов (растительных полисахаридов) из овощей, фруктов, плодов и другого растительного сырья вызывает несомненный практический интерес. Пектин и содержащие его продукты выводят из организма тяжёлые металлы, радионуклиды, пестициды, гербициды и другие вредные вещества, содержащиеся в пище и выделяющиеся с жёлчью и пищеварительными железами в желудочно-кишечный канал. Он благотворно влияет на пищеварение и обмен веществ, пролонгирует действие лекарственных препаратов.

Общие патологические явления и процессы приводят к нарушению равновесия в основных регуляторных системах (ЦНС, эндокринной, иммунной, мембранорецепторной системах клеток) организма. При рассогласовании этих систем происходит ограничение работы и ритмичности исполнительных органов (кровообращения, дыхания, пищеварения). Нарушения синхронных связей регуляторных систем и органов вызывают расстройства согласованности, что обуславливает общее недомогание и недостаточность восстановительных процессов, нарушение нормальной работы различных структурных и функциональных систем организма. Из этого следует практический вывод о наиболее эффективном укреплении здоровья и лечении путём сочетания адекватного полноценного питания с лекарственными средствами, действующими одновременно на разные части функциональных систем. В последнее время в связи с избыточной химизацией и растущей урбанизацией возросла заболеваемость и увеличилась распространённость общей мембранной патологии, вызванной усилением процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и активацией свободнорадикальных процессов. В связи с этим применение природных растительных антиоксидантов представляется весьма рациональным для повышения резистентности организма к сердечно-сосудистым заболеваниям, злокачественным новообразованиям, ионизирующим излучениям, отравлению тяжёлыми металлами, а также для сохранения иммун-