

* Проксимальная субтотальная резекция желудка, ** Хи-квадрат = 42,53235, $cc = 4$, $p = 0,00001$.

Выводы

1. Показатели выживаемости пациентов закономерно снижаются с повышением стадии опухолевого процесса, что свидетельствует о важности мероприятий, направленных на повышение эффективности диагностики данной патологии.

2. Прогностически неблагоприятными являются эндофитные, низкодифференцированные формы РЖ, требующие выполнения гастрэктомии, что свидетельствует о необходимости поиска методов адъювантной терапии.

3. Показатели выживаемости были несколько ниже при распространенных опухолях, требующих выполнения комбинированных операций, однако более трети пациентов, перенесших комбинированные вмешательства, пережили пятилетний рубеж.

ЛИТЕРАТУРА

1. Янкин, А. В. Скрининг рака желудка / А. В. Янкин // Практическая онкология. — Т. 11. — № 2. — 2010. — С. 96–100.

УДК 618.2:616-056.52:612.39

ТРОФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАННИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Булик Т. С., Юзько О. М.

Научный руководитель: д. м. н., проф. О. М. Юзько

**Буковинский государственный медицинский университет
г. Черновцы, Украина**

Питание является одним из наиболее существенных форм связи организма с окружающей средой, посредством которой осуществляется поступление сложных органических веществ (белки, жиры, углеводы, витамины) и простых химических элементов, минеральных веществ и воды. Особенную роль питание приобретает в ранние сроки беременности, ведь именно оптимальные метаболические характеристики микроокружения эмбриона становятся стартовой площадкой для полноценного формирования и развития плода, а в будущем — и здорового индивидуума. Доказано, что нарушение питания во время беременности по-разному влияет на состояние плода. Так, голодание и недостаточное количество белка и витаминов в период имплантации плодного яйца может вызвать гибель эмбриона, а во время органогенеза может способствовать порокам развития. Поэтому питанию беременной женщины следует уделять значительное внимание, в особенности, если женщина вступает в беременность с уже измененным метаболическим статусом, т. е. с ожирением.

Цель исследования

Изучение фактического питания беременных с ожирением в ранние сроки беременности. Оценка фактического питания женщин с ожирением в ранние сроки беременности позволит за счет коррекции питания уменьшить количество осложнений беременности.

Материалы и методы исследования

Состояние фактического питания изучено при помощи обработки специально подготовленных анкет, заполненных беременными женщинами с ожирением. Было сформировано три группы, соответственно степеням ожирения. I группа (I степень ожирения) — 24 пациентки, II группа (II степень ожирения) — 21 пациентка, III группа

(III степень ожирения) — 19 женщин. По возрасту, характеру профессиональной деятельности, акушерскому анамнезу групп были репрезентативны.

Результаты и их обсуждение

Анализируя регулярность питания можно сделать вывод, что только 45,8 % беременных первой группы, 38 % — II группы и 36,8 % — III группы принимали пищу не менее 3–4 раз в сутки в установленные часы. Причем настораживает факт, что очень большое количество в рационе во всех трех группах составили хлебо-булочные, кондитерские и макаронные изделия, что в общей сложности увеличило содержание углеводов на 42 %, а, соответственно, увеличило каллораж суточного объема питания. Для женщин с ожирением такая нагрузка является дополнительным стрессовым фактором, как для пищеварительной, так и для эндокринной системы. В условиях перестройки всех систем и органов как элемента адаптации к беременности дополнительный стрессовый фактор может быть инициирующим звеном в цепочке патофизиологических событий, лежащих в основе осложнений беременности. На углеводную нагрузку существенное влияние имели такие углеводсодержащие продукты, как картофель и фрукты. Количество углеводов в суточном рационе составило: в первой группе — $357,9 \pm 15,0$ г, во второй — $417,7 \pm 14,4$ г и в третьей — $465,6 \pm 15,3$ г.

Беременной и кормящей женщине необходимы высококачественные белки с высокой питательной ценностью. Однако не все белки, содержащиеся в продуктах питания, равноценны. Их пищевая ценность зависит от аминокислотного состава. Белками высокого качества считаются те, которые содержат незаменимые аминокислоты. К таким белкам относятся белки животного происхождения.

При качественном анализе употребления белковых продуктов животного происхождения было отмечено две тенденции. Во-первых — обнаружено, что большинство беременных с ожирением предпочитают куриное мясо и колбасные изделия в копченном виде, при этом количество женщин, употребляющих хотя бы 1 раз в неделю рыбные продукты составило всего 24 %. Во-вторых — малоутешительным фактом есть, то что уменьшено общее количество кисло-молочной продукции в рационе всех трех групп исследуемых.

Что касается белков растительного происхождения, то практически во всех них не хватает одной или более аминокислот, поэтому они считаются неполноценными. Для обеспечения аминокислотных потребностей организма необходимо сочетать в рационе различные продукты растительного и животного происхождения. Вместе с тем, расщепление белков до аминокислот требует большого количества энергии, которая должна поступать в организм с продуктами, богатыми жирами и углеводами.

Количественный анализ фактического питания беременных с ожирением выявил существенное отклонение и от рекомендованных нормативов по содержанию жиров. При подсчете суточного количества жиров и определении соотношения животных и растительных жиров был сделан вывод, что большую часть составляют именно жиры животного происхождения. Особенно выражен этот факт в третьей группе наблюдения — 85 %. Литературные данные по данному вопросу определяют баланс между животными и растительными жирами исходя из общей ценности для организма — 60–70 % против 30–40 %. Относительно общего среднесуточного употребления количества жиров, то в I группе оно составило $93,8 \pm 6,08$ г, во второй — $134,9 \pm 7,1$ г и в третьей — $121,9 \pm 2,7$ г. Разница является статистически значимой ($p < 0,05$) и свидетельствует о большей выраженности изменений во II и III группах исследуемых.

Выводы

Суммируя полученные данные, следует отметить значительный дефицит белков в рационе беременных женщин с ожирением на фоне повышенного содержания

углеводов. Относительно количества жиров в фактическом питании исследуемых пациенток, то следует отметить, что только в первой группе выдержано содержание жиров, но и тут имеется дефицит жиров растительного происхождения.

Проведенный анализ свидетельствует о несбалансированности рациона питания беременных женщин с ожирением в ранние сроки беременности, причем чем больше степень ожирения, тем более значащим являются нарушения соотношений белков, жиров и углеводов. Продукты питания, являясь источником питательных веществ и энергии, в условиях несбалансированности питания способствуют повышению массы тела беременной, а, в особенности, беременной с ожирением. Складывающаяся картина может стать фоном для развития осложнений беременности, таких как угроза прерывания беременности, плацентарная дисфункция, преждевременные или осложненные роды, дистресс плода, рождение крупного ребенка. Коррекция рациона питания беременных женщин с ожирением в ранние сроки беременности даст возможность профилактировать развитие этих осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жабченко, І. А. Стан фактичного харчування здорових вагітних в умовах великого промислового центру / І. А. Жабченко // Перинатологія та педіатрія. — 2001. — № 4. — С. 16–18
2. Жабченко, І. А. Прогнозування і профілактика акушерської та перинатальної патології у здорових вагітних: автореф. дис. на здобуття наукового ступеню д-ра мед.наук: спец. 14.01.01 «Акушерство і гінекологія» / І. А. Жабченко. — Київ, 2003. — С. 15.
3. Основы лечебного питания беременных / Е. П. Самборская [и др.]; под ред. Е. П. Самборской. — К.: Здоров'я, 1989. — 144 с.
4. Тимохина, Е. В. Рациональное питание беременных / Е. В. Тимохина // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2005. — № 2. — С. 71–77.

УДК 616-002.5-036.8:616.98:578.828

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Буринский Н. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Буйневич И. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Туберкулез у лиц, инфицированных ВИЧ, представляет собой эпидемию в эпидемии. ВИЧ-инфекция относится к наиболее важным из факторов риска развития туберкулеза [1, 3, 4]. Если опасность заболевания туберкулезом на протяжении всей жизни ВИЧ-отрицательных лиц колеблется от 5 до 10 %, то у ВИЧ-положительных пациентов ежегодный риск развития выраженных форм составляет 8 % [3]. Туберкулез является самой серьезной инфекцией у ВИЧ-инфицированных и частой причиной их смерти [1, 3, 4]. По официальным данным подавляющее число больных с сочетанной патологией (ВИЧ-инфицирование и туберкулез) проживает на территории Гомельской области. Важность этой проблемы возросла за последние годы, что связано как с высоким уровнем заболеваемости туберкулезом в нашем регионе, так и со стремительным нарастанием масштабов ВИЧ-инфицирования. Так, в 2005 г. среди впервые выявленных больных туберкулезом 6,7 % (62 чел) были ВИЧ-инфицированными. А в 2010 г. таких случаев зарегистрировано уже 13,2 % (116 чел).

Оценка качества жизни (КЖ) дополняет традиционные принятые медицинские критерии диагностики заболевания и дает возможность количественно отразить результаты лечения с позиций самого пациента [2]. Это особенно касается сочетанной патологии ВИЧ-туберкулеза, требующей длительного лечения с применением большого