

В нашем исследовании продолжительность использования ингибиторов протонной помпы была связана с ААД у пациентов, что совпадает с данными литературы. Ингибиторы протонной помпы назначались 79 % пациентов с сепсисом и 96% с ААД.

К наиболее частым факторам риска относят длительное применение антибактериальных препаратов. Комбинированная антибактериальная терапия вызывала ААД – 95% по сравнению с монотерапией. Основные группы антибактериальных препаратов, вызывающих ААД у пациентов в тяжелом состоянии, являлись фторхинолоны, цефалоспорины, карбапенемы.

У пациентов с ААД средняя продолжительность времени от приема антибиотика до появления клинической картины (3 или более эпизодов неоформленного стула в течение двух или более последующих дней) составила 5 суток при терапии фторхинолонами, карбапенемами и цефалоспоридами. Среди фторхинолонов наиболее «колитогенным» являлся левофлоксацин, в суточной дозировке 1000 мг, среди цефалоспоринов – цефтриаксон, в суточной дозировке 2000 мг, среди карбапенемов – меропенем, в суточной дозировке 3000 мг.

Использование противогрибковых препаратов, как фактор риска ААД, не показал разницы между двумя группами исследования.

Лемешевская З.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

ДИЕТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ С СИНДРОМОМ ХОЛЕСТАЗА

Актуальность. Большинство пациентов с ЖКБ хорошо переносят оперативное лечение, у них не наблюдается осложнений, однако существует группа пациентов, у которых после холецистэктомии появляется расстройство пассажа желчи, и клинически их начинают беспокоить запоры, а вторично изжога и другие проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Кроме того, существует группа пациентов без ЖКБ, которые так же страдают синдромом холестаза, что у этой категории имеет сезонный характер. Описанные выше категории пациентов имеют низкое качество жизни, так как обычные

слабительные средства им не приносят облегчения. С одной стороны хирурги отрицают свой профиль, так как у пациентов больше нет желчного пузыря, а с другой стороны у второй группы пациентов нет хирургической патологии. Пациенты многократно обращаются к разным специалистам, однако не получают рекомендаций, которые облегчили бы их состояние.

Цель. Сформировать рекомендации по питанию пациентам с синдромом холестаза как после холецистэктомии, так и у пациентов без нее.

Методы исследования. Опросник (Google), опросник качества жизни SF-36, Бристольская шкала стула, шкала ВАШ для оценки плотности стула и как шкала объективизации мнения пациентов и врачей, методы непараметрической статистики, сравнение результатов до и после изменения диетических рекомендаций.

Результаты и их обсуждение. В общей сложности 275 респондентов с синдромом запоров и холестазом опрошено. При анализе результатов опросников сформированы группы продуктов, которые приводят к скреплению стула, и те, которые облегчают дефекацию и изменяют качество стула в сторону нормы по Бристольской шкале стула. На основе полученных данных сформированы пробные рекомендации для пациентов с холестазом с учетом физиологии пассажа желчи. Проведена оценка качества жизни у 17 пациентов после холецистэктомии и 28 с синдромом холестаза без ЖКБ до изменения в рационе питания и через 14 и 60 дней после изменения.

Из исследования исключены пациенты с низким комплаенсом (3 человека из группы без ЖКБ).

76% участников исследования отметили явную положительную клиническую динамику симптомов уже на 14-й день, $p < 0,0005$, 91% на 60 $p < 0,0001$. Качество жизни выросло по всем подпунктам опросника, $p < 0,001$.

Накопленная информация переработана и сформирована в брошюру для пациента, в которой помещена общая краткая информация для пациента о холестазе, расписаны кратко и в понятной форме физиотерапевтические рекомендации.

Для наглядности в две колонки помещена информация о том, что рекомендовано есть при холестазе (продукты и их комбинации,

которые способствуют правильному формированию стула и активной перистальтике), а также напротив, что ухудшает синдром холестаза.

Получена обратная связь с пациентами и врачами о функциональности брошюры, по шкале ВАШ пациенты оценили информацию на 10 баллов, а врачи оценили на практике рекомендации на 9,8 балла $p < 0,02$.

Оформлено рационализаторское предложение для применения полученных результатов в практике гастроэнтерологического отделения.

Лемешевская З.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

ФАКТЫ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ДИЕТИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПАЦИЕНТАМ С СИНДРОМОМ ЗАПОРОВ

Актуальность. Пациенты с синдромом запоров являются постоянными клиентами гастроэнтерологического отделения и консультативных центров, особенно актуальной проблема запоров является в стационаре, когда пациентам назначается постельный режим, рацион питания изменяется резко. При проведении информационного поиска отмечено, что в основном, рекомендации, доступные на разных интернет источниках повторяют бездумно друг друга, или ограничиваются общими фразами, иногда авторы приписывают к своим рекомендациям, разработанные ранее столы по Певзнеру. Однако на практике отсутствие достоверной информации приводит к формированию «автоматического» неверного представления о принципе питания.

Цель. Получить достоверную информацию об изменения стула пациентов при использовании разных групп продуктов для формирования объективных рекомендаций по питанию пациентам с синдромом запоров.

Методы исследования. Дневник на бумажном носителе и электронная версия опросника (Google), Бристольская шкала стула, шкала ВАШ для оценки плотности стула, методы непараметрической статистики.