

лечения / Л.В. Симонова, Н.П. Котлукова, Н.В. Гайдукова // Детские болезни сердца и сосудов – 2004. – №3. – С.50–55.

5. Таболин, В.А. Синдром дизадаптации сердечно-сосудистой системы у новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию, его клинико-патогенетические варианты и роль в формировании патологии сердца у детей раннего возраста / В.А. Таболин, Н.П. Котлукова, Л.В. Симонова // Кардиология детского возраста. – 2010. – №1. – С.1–6.

6. Хомич, М.М. Неонатальное поражение миокарда. / М.М. Хомич, И.А. Леонова, Т.П. Дубова // Архив патологии. – 2010. – Т. 72. – № 6. – С. 91–94.

СИНДРОМ МАЛЬНУТРИЦИИ И СБАЛАНСИРОВАННОСТЬ ПИТАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Слободская Н.С., Якубова Л.В., Багдан А.П.

Гродненский государственный медицинский университет

Современная гериатрия ориентирована на оказание медицинской помощи пожилым людям. Перед врачами стоит задача продления активной жизни этих пациентов. Важная задача современной гериатрии - предупреждение раннего наступления и снижения степени выраженности, синдрома старческой астении. Одним из ведущих синдромов старческой астении является синдром мальнутриции [1]. В Белгородском государственном университете была разработана «Программа для ЭВМ по оптимизации ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении на основе представления результатов специализированного гериатрического осмотра», в которую включены различные параметрические характеристики, включая оценку развития синдрома мальнутриции [2]. Важным фактором образа жизни, обеспечивающим здоровье и активное долголетие является рациональное сбалансированное питание. Пищевые компоненты, витамины и минералы, должны поступать в организм в количествах, соответствующих физиологическим нормам потребления для данного возраста [3]. При недостаточном поступлении пищевых компонентов происходят нарушения в обменных процессах, приводящее к функциональным и органическим нарушениям различных систем организма у лиц старшего возраста [4].

Целью нашего исследования явилось изучение распространенности синдрома мальнутриции и оценка сбалансированности питания у пациентов пожилого возраста г.Гродно.

Материалы и методы исследования. С помощью «Программы для ЭВМ по оптимизации ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении на основе представления результатов специализированного гериатрического осмотра» было опрошено 26 пациентов в возрасте от 75 до 90 лет. Для выявления синдрома мальнутриции анализировался опросник *Mini nutritional assessment (MNA)*, включающего информацию о физикальных данных: нарушение аппетита на протяжении последних трех месяцев, снижение массы тела в течение последнего месяца, состояние мобильности, наличие психологических стрессов и психологических проблем на протяжении последних трех месяцев. Вторая часть опросника оценивает условия проживания, количество употребляемых лекарственных средств, количество ежедневно употребляемых блюд, ориентировочное количество белковой пищи в рационе, употребление овощей, зелени, жидкости, степень самостоятельности при приеме пищи, объем живота и бедер.

Кроме того, нами было опрошено 52 пациента в возрасте старше 65 лет, у которых детализировалось питание в течение трех дней, предшествовавших исследованию. Анализ фактического рациона выполнялся расчетным методом с использованием компьютерной программы «Тест рационального питания». Статистическая обработка результатов выполнялась с использованием программы «Statistica 7.0».

Результаты показали, что средний возраст опрошенных по выявлению синдрома мальнутриции составил 79 [78;82] лет. Выраженное снижение аппетита отмечалось у 6% опрошенных, умеренное – у 56%, не отмечали изменений – 38%; снижение массы тела более чем на 2 кг в течение месяца было у 6%, стабильную массу тела имели 44%, остальные 50% не замечали особых изменений и не контролировали свой вес. 81% опрошенных не был ограничен в мобильности, 19% самостоятельно передвигались в пределах квартиры. Наличие психологического стресса отмечалось у 25% опрошенных, умеренных психологических проблем – у 56%. ИМТ более 23 кг/м² имели 75% пациентов, 25% – в пределах 21-23 кг/м². Первая часть опросника показала, что риск развития синдрома мальнутриции имеется у 50% опрошенных. Анализ второй части опросника показал, что 19% оценили свое питание, как недостаточное, в их рационе отсутствовали овощи и фрукты, 56% – употребляли белки 1 раз в день. Пищевой рацион, из 3-х основных

блюд и более, имели 63%, из 2-х блюд –31%, из 1 блюда – 6%. Более 3-х лекарственных препаратов в день принимали 75% опрошенных. Собственное здоровье как плохое оценили 25%, как хорошее – 44%, затруднились ответить – 31%.

Средний возраст пациентов, опрошенных по рациону питания, составил 72,3 [68;76] года. Рацион пожилых людей содержит недостаточное количество белка и незаменимых аминокислот, в рационе 19% обследуемых количество белка снижено в 2 раза, при этом соотношение животных и растительных белков не нарушено. Среднесуточное потребление белков (г/сут) представлено на рисунке 1.

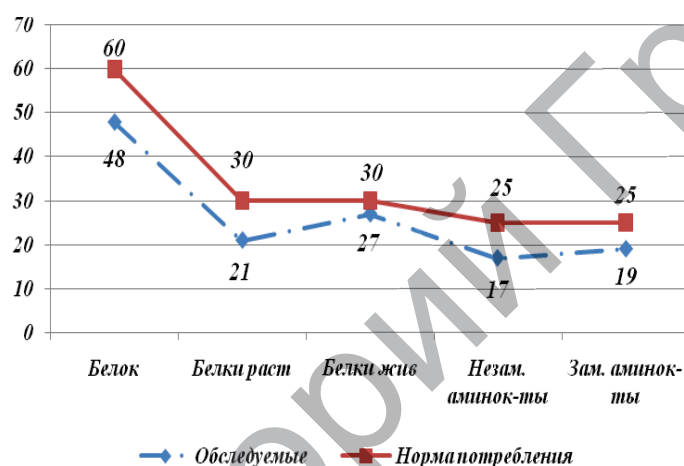


Рисунок 1. – Среднесуточное потребление белков, г/сут

Отмечается недостаточное потребление углеводов, при этом простых сахаров потребляется значительно больше, а балластных веществ – значительно меньше необходимого количества. Среднесуточное потребление углеводов представлено на рисунке 2.

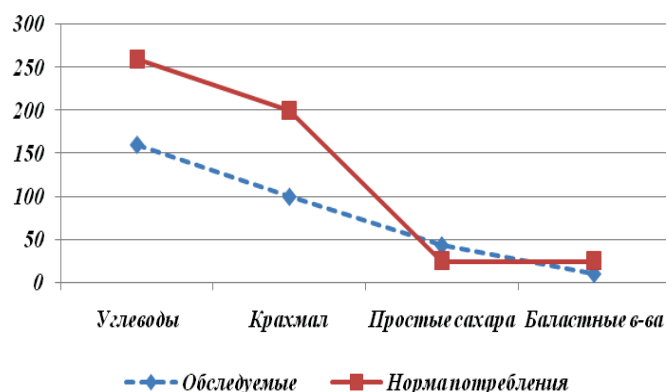


Рисунок 2. – Среднесуточное потребление углеводов, г/сут

Среднесуточное потребление жиров соответствует физиологической норме, доля растительных жиров в рационе значительно снижена и не достигает должных 50%. Среднесуточное потребление жиров (г/сут) представлено на рисунке 3.

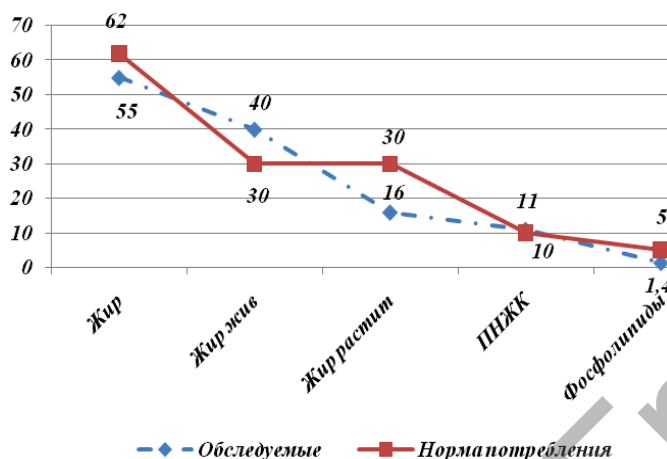


Рисунок 3. – Среднесуточное потребление жиров, г/сут

Анализ потребления витаминов показал снижение потребления витаминов А, Д, Б-каротина, С, РР, биотина, фолиевой кислоты, а также калия, кальция, магния, йода и фтора.

Результаты исследования показали, что у пациентов старших возрастных групп синдром мальнутриции имеют 19% опрошенных, риск развития этого синдрома – 75%, его отсутствие 6%. Рацион большинства пожилых лиц не сбалансирован. Поэтому своевременная коррекция рациона питания пациентов старшего возраста будет способствовать снижению развития синдрома мальнутриции позволит повысить качество жизни и продлить активное долголетие у этих пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ільніцкі В.Н. Заўчаснае старэнне, як грамадская праблема / В.Н. Ільніцкі, К.І. Прашчаеў // Вестник Полоцкого университета. – 2005.– №11 – С.98-101.
2. Инструкция по применению компьютерной программы «Оптимизации ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении» на основании проведения специализированного гериатрического осмотра [Электронный ресурс] : Москва, 2014. – Режим доступа: www.gerontolog.info. – Дата доступа: 06.03.2017.
3. Санитарные нормы и правила «Требования к питанию населения: нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Республики Беларусь»: постановление МЗ РБ от 20 ноября 2012г., № 180 // Национальный правовой Интернет-портал Республики

4. Слободская Н.С. Сбалансированность питания и содержание липопротеидов в плазме крови у женщин с артериальной гипертензией / Н.С. Слободская [и др.] // Медицинская панорама. – 2014. – № 7(151). – С. 29-32.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ В ГРОДНЕНСКОМ РЕГИОНЕ

Смотрин С.М.¹, Визгалов С.А.²,

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненская областная клиническая больница

Актуальность. Хирургия паховых грыж идет по пути как увеличения надежности применяемых способов пластики пахового канала, так и одновременном уменьшении травматичности используемых методик. В настоящее, наряду с атензионными методами лечения паховых грыж, по-прежнему сохраняют свои позиции такие способы герниопластики собственными тканями как: Бассини, Кукуджанова, Постемского, Шоулдайса [2, 6].

Следует отметить, что применяемые хирургические методики лечения часто соответствуют не столько современным достижениям герниологии, сколько установкам конкретной «клиники», что вполне понятно при отсутствии универсальной методики. Однако при значительном поражении задней стенки пахового канала они вытесняются атензионными и лапароскопическими методами герниопластики [5, 6]. Тем не менее, частота рецидивов грыж после хирургического лечения достигает 10% при первичных и до 30% при повторных операциях [1, 2].

Цель исследования. Провести анализ используемых методов лечения паховых грыж в Гродненской области за 2016 год.

Материал и методы. Нами проведен анализ используемых методов лечения паховых грыж в хирургических стационарах Гродненской области по результатам отчетов руководителей хирургических отделений с заполнением специально разработанной анкеты. Общая характеристика используемых методов хирургического лечения паховых грыж представлена в таблице.

Результаты. За 2016 год в хирургических стационарах Гродненской области выполнено 971 операция пахового грыжесечения. Атензионные методы применены в 355 наблюдений,