

проживающих в сельских районах Удмуртской республики. Мужчин было 13, женщин — 31. Диагноз ХП устанавливался в соответствии с рекомендациями НОГР по диагностике и лечению ХП (2011). Верификация МС проводилась согласно критериям ВНОК (2009). Для изучения особенностей питания пациентов была составлена специальная анкета.

Результаты. При изучении особенностей питания выявлено, что при стрессе у больных 2-й группы чаще повышается аппетит (45,5%), чем у больных 1-й группы (36%), но они реже едят быстро, впопыхах (4,5% и 22,5% соответственно) и реже — во время просмотра телевизора и чтения книг (4,5% больных 2-й группы и 36,4% — 1-й группы). Предпочтения в пище также отличались: большие

1-й группы чаще употребляют вареную и тушеную пищу (81,8%), чем пациенты 2-й группы (63,6%), и чаще предпочитают молочные продукты высокой жирности (63,6% и 50% соответственно). Больные 1-й группы чаще едят ежедневно каши и мясные продукты (40% и 72,7%), чем пациенты 2-й группы (18% и 22,7%). Острую пищу и сладости респонденты обеих групп употребляют в пищу одинаково часто. Завтрак больных состоит из каши и какого-нибудь напитка чаще в 1-й группе (59% и 31,8% соответственно), только из напитка — во 2-й группе (13,6% и 31,8% соответственно).

Заключение. Сельские пациенты с ХП и особенно с ХП в сочетании с МС нуждаются в диетических рекомендациях и в контроле их соблюдения, что важно учитывать врачам первичного звена.

Влияние хронической болезни почек на состояние микробиоценоза кишечника

Барилко М.С.¹, Алёхина Г.Г.², Селиверстов П.В.¹, Радченко В.Г.

¹Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова, ²Институт экспериментальной медицины, Санкт-Петербург, Россия

На сегодняшний день хроническая болезнь почек (ХБП) в России занимает третье место среди заболеваний внутренних органов, что резко снижает качество жизни пациентов трудоспособного возраста, приводя к необходимости применения дорогостоящих методов заместительной терапии (диализ и пересадка почки) и является одним из факторов высокой смертности пациентов.

Перитонеальный диализ (ПД) — один из методов адекватного замещения функции почек, который получают более 11% всей диализной популяции в мире. ПД применяется в лечении терминальной ХПН ввиду более длительного сохранения остаточной функции почек, а также в связи с низкой стоимостью по сравнению с гемодиализом (ГД). Так, больные, получающие ПД, гемодинамически более стабильны, не имеют больших колебаний АД; риск инфицирования вирусным гепатитом низок; нет необходимости в создании сосудистого доступа.

Одним из осложнений, встречающихся у пациентов, получающих ПД, является перитонит, ключевую роль в развитии которого играют нарушения микробиоценоза, изменения которого являются одним из недостаточно освещенных и изученных аспектов. При терминальной хронической почечной недостаточности кишечник замещает функцию почек, участвует в секреции мочевой кислоты, оксалатов. Происходящие изменения биохимических процессов желудочно-кишечного тракта увеличивают концентрацию мочевины во внутри- и внеклеточной жидкостях, что ведет к ее массивному притоку в ЖКТ из-за пассивной диффузии и включения железистой секреции, а также гидролизу мочевины, осуществляемому некоторыми видами микроорганизмов кишечного микробиоценоза, который способствует образованию большого количества аммония, что, в свою очередь, приводит к изменению пристеночного pH и вызывает уремический колит. Так, в 2012 г.

в Китае Wang I.K. первым исследовал кишечную микрофлору с помощью ПЦР-диагностики в режиме реального времени и обнаружил низкий уровень *Bifidobacterium species*, *B. catenulatum*, *B. longum*, *B. bifidum*, *Lactobacillus plantarum*, *L. paracasei* у пациентов, получающих ПД, по сравнению со здоровыми добровольцами. В настоящее время в различных странах ведутся исследования по изучению влияния кишечного микробиоценоза на течение болезни почек и разработке методов ее коррекции с использованием про-, пре и синбиотиков для выработки терапевтической тактики ведения пациентов, получающих ПД.

Нами обследованы 15 пациентов с ХБП, получающих ПД в диализных отделениях СЗГМУ им. И.И. Мечникова и СПб ГБУЗ «Городской Мариинской больницы» (средний возраст 40 лет), не имеющих воспалительных инфекций в стадии обострения, почечного трансплантата, сахарного диабета, онкологических новообразований, аутоиммунной патологии, вирусного гепатита, ВИЧ-инфекции, туберкулеза. Задачей исследования является оценка гастроэнтерогических симптомов (боли в животе, метеоризм, чувство переполнения в желудке, отрыжка, частота и форма стула). Боли в животе, не связанные с перитонеальным катетером, отмечаются у 33% больных, метеоризм у 66%, чувство тяжести в желудке у 33%, отрыжка у 40%, стул чаще 2 раз в день — у 40%, у 60% больных форма стула 3-го типа по Бристольской шкале, у 33% — 4-го типа. Таким образом, клинически у этой категории больных можно заподозрить нарушение микробиоценоза кишечника.

Механизм взаимодействия кишечника и почек остается дискуссионным. Необходимо проведение большего количества клинических исследований для оценки и выработки единой терапевтической стратегии коррекции нарушений микробиоценоза кишечника у пациентов с тХПН.