



УДК: 616.366-002:616.61-056.4]: 616.39-085.874.2

ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ ХАРЧУВАННЯ ТА РОЛЬ ДІЄТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ З ЯВИЩАМИ СЛАДЖ-ФЕНОМЕНУ В ПОЄДНАННІ З СЕЧОКИСЛИМ ДІАТЕЗОМ

О.І. Волошин, доктор мед. наук, професор, Л.І. Власик, доктор мед. наук, професор,
В.Л. Васюк, кандидат мед. наук, доцент, Л.О. Волошина, кандидат мед. наук, доцент,
Буковинський державний медичний університет,
ДП НДІ медико-екологічних проблем МОЗ України, м. Чернівці, Україна

РЕЗЮМЕ. У 236 хворих на хронічний холецистит досліджено особливості проявів сладж-феномену жовчного міхура і сечокислового діатезу та встановлено високу частоту їх поєднання. Встановлено, що в основі цих явищ є спільні причини виникнення, визначальними з яких є значні часові та якісні порушення в харчуванні, особливо нестача рідинного, фруктово-овочевого, пектинового компонентів в їжі та гіподинамія. Реабілітація таких хворих із застосуванням дієтичних корекцій, фітотерапевтичних засобів гепатопротекторно-жовчогінної, сечогінної та послаблюючої дії покращують віддалені результати оздоровлення. Ключові слова: хронічний холецистит, сладж-феномен, сечокислий діатез, поєднання, дієтична і фітотерапевтична корекція.

РЕЗЮМЕ. У 236 больных с хроническим холециститом исследованы особенности явлений сладж-феномена желчного пузыря и мочекислового диатеза и выявлена высокая частота их сочетания. Установлено, что в возникновении этих явлений есть общие причины развития, определяющими из которых есть значительные временные и качественные нарушения в питании, особенно недостаток жидкостного, фруктово-овощного, пектинового компонентов пищи, а также гиподинамия. Реабилитация таких больных с применением диетических коррекций, фитотерапевтических средств гепатопротекторно-желчегонного, мочегонного, слабительного действия улучшают отдаленные результаты оздоровления. Ключевые слова: хронический холецистит, сладж-феномен, мочекислый диатез, сочетание, диетическая и фитотерапевтическая коррекция.

Summary. The peculiarities of appearance of sludge-phenomenum in gall-bladder and uratic diathesis has been investigated in 236 patients with chronic cholecystitis. The high frequency of those combination has been revealed. There are common causes in development of these states. The determining factors are considerable temporal and qualitative violations in nutrition, especially deficiency of liquors, fruit, vegetable, pectinal components in diet and hypodynamia. The rehabilitation of these patients with application of dietary corrections, hepatoprotectal, bile-expelling, diuretic and laxative phytotherapeutic remedies improves the distant results of treatment.

Key words: chronic cholecystitis, sludge-phenomenum, uratic diathesis, combination, dietary and phytotherapeutic correction.

В останні десятиріччя спостерігається зростання частоти захворювань гепатобіліарної системи та нирок, зі схильністю до каменеутворення в них [1, 2, 3]. Хронічний холецистит (ХХ) з явищами сладж-феномену та сечокислий діатез (СКД) розглядають як початкові стадії калькульозних процесів у жовчному міхурі та нирках з більш ефективними медичними та економічними результатами комплексного лікування, ніж на стадії калькульозу [5, 6, 7, 8].

Одним із провідних факторів ризику розвитку та прогресування цієї патології є нераціональне харчування. Отже, розробка програм нутрієнтопрофілактики та корекції способу життя має вирішальне значення в комплексному лікуванні цих пацієнтів та покращенні якості їхнього життя. В глобальній стратегії ВООЗ щодо харчування, фізичної активності та здоров'я наголошується: здорове харчування та достатня фізична активність — ключ-

чові елементи профілактики неінфекційних захворювань та факторів їх ризику [4].

Мета роботи — оцінка ролі методів дієтичної й фітотерапевтичної корекції та освітніх підходів щодо формування здорового способу життя у комплексному лікуванні хворих на ХХ із сладж-феноменом та СКД.

Матеріали і методи.

Спостереження проведені у 236 амбулаторних хворих на ХХ з явищами сладж-феномену та без нього в період помірного загострення у віці 23–62 роки, серед яких переважали жінки (159 осіб 63,15%). Крім клінічних методів обстеження, застосовано УЗД черевної порожнини і нирок, досліджено біохімічні дані (показники креатиніну, сечовини, сечової кислоти, фракцій білірубину, холестерину, тригліцеридів, активність лужної фосфатази, аланінової, аспарагінової трансаміназ, гамаглутамілтранс-пептидази [ГГТП], кальцію, фосфору, заліза у крові), а також проведено дуоденальне зондування, аналізи сечі (загальний та за Нечипоренком). Для з'ясування особливостей харчування та способу життя використано анкетно-опитувальний метод.

Результати дослідження та їх обговорення.

Виявлено, що у 194 із 236 хворих на ХХ мали місце явища сладж-феномену від 1/4 до 2/3 об'єму жовчного міхура, потовщення та ущільнення його стінки, у половини з них — ущільнення внутрішньопечінкових жовчних протоків при нормальних розмірах ехоструктури печінки.

Майже в усіх зазначених випадках виявлено мікроліти в чашково-мисковій системі нирок та їх ущільнення. Однак серед 42 хворих на ХХ без явищ сладж-феномену при УЗД виявлено прояви СКД у 16 осіб, що наводить на думку про можливу клініко-патогенетичну незалежність цих процесів.

Найчастіше та клінічно чіткіше поєднання цих УЗД-феноменів було у віці 40–62 роки, зокрема у жінок із схильністю до надмірної маси тіла та з ожирінням. Надмірний сольовий осад за загальним аналізом сечі підтверджував дані УЗД, а відсутність чи незначні зміни за аналізом сечі за Нечипоренком дозволяв виключити запальні процеси сечостатевої системи. При цілеспрямованому опитуванні майже третина хворих вказувала на короточасні ниркові міні-коліки зліва чи справа, на які, як правило, не звертали особливої уваги. За даними біохімічних досліджень виявлено коливання рівнів креатиніну, сечовини, рідше — сечової кислоти в межах нормальних значень з чіткою тенденцією до верхньої межі, а незначне підвищення активності лужної фосфатази та ГГТП вказували на наявність біохімічного синдрому холестазу. Лабораторно в отриманій при дуоденальному зондуванні жовчі виявлено значні скупчення солей білірубінату кальцію, жовчних кислот, епітелію та грудок слизу, зниження рН жовчі в кислий бік.

Аналіз стилю життя та особливостей харчування досліджуваного контингенту показав, що найваж-

ливішими, на нашу думку, були довготривалі порушення біологічного ритму і характеру харчування: зміщення основних прийомів їжі з першої половини дня на вечірній час, зокрема надмірне вживання їжі на ніч, домінування в раціоні жирної, смаженої, пікантної їжі, звужений спектр харчових продуктів, неповноцінний сніданок, досить часто — без нього, невчасний або неповноцінний обід. У 102 хворих із сладж-феноменом та СКД (52,58%) проміжки між вживанням їжі становили вісім і більше годин (практично — дворазове харчування). Найбільш вираженими прояви сладж-феномену та СКД були у прихильників закладів швидкого харчування.

Не менш важливою, на нашу думку, була багаторічна звичка ігнорування рідинним компонентом їжі. Майже в усіх хворих його квота становила 0,8–1,5 літра на добу, часто була їжа всухом'ятку, недостатньо в раціоні фруктів, овочів, соків, рослинних олій, молочної продукції, звичайної чи мінеральної води, чаїв, що, ймовірно, було також однією з причин значної частоти хронічних закріпів (132 особи — 55,93%). Недостатню фізичну активність відзначено у 118 (60,8%) осіб. Залежності проявів СКД та сладж-феномену від зони проживання та особливостей складу місцевих питних вод (в т.ч. з високим вмістом карбонату кальцію та магнію) не встановлено. Досить низьким у контексті досліджуваної патології був спадковий фактор: лише 36 пацієнтів (18,56 %) спостерігали подібні явища у родичів. У професійному аспекті найчастіше така поєднана патологія зустрічалася у водіїв, вчителів, студентів, службовців, бізнесменів.

З урахуванням останніх досягнень дієтології та фітотерапії, аналізу отриманої у хворих інформації та результатів досліджень нами розроблено програму оздоровлення. Вона включає виховну частину з обґрунтуванням та необхідності корекції харчового режиму в часі, нормалізації балансу складових їжі, форми споживання (в межах дієти №5 за Певзнером) з акцентом на збільшення рідинного компонента до 2,5–3 літрів на добу залежно від індексу маси тіла. Третину рідинного компонента їжі становили перші страви, фруктових-овочевих соки, молочно-кислі продукти. Інша третина — відвари та чаї з лікарських рослин жовчогінної, сечогінної, при закріпах — додатково послаблюючої дії в різних композиціях (безсмертник, материнка, спориш, золотушник, календула, кропива, хвощ польовий, ромашка, меліса, м'ята, насіння кропу, кмину, льону тощо), в тому числі аптечні їх форми. Вживання якісної питної води, при можливості — джерельної, становило решту рідинного компонента їжі. Здійснювалася обов'язкова харчова корекція функції кишечника за рахунок збільшення пектинового компонента їжі, рослинних олій та молочно-кислих продуктів. За необхідністю рекомендувалася корекція фізичного режиму (ходьба, біг, гімнастика, помірна фізична праця, заняття у фітнес-залах).

У початковому періоді впродовж 1–1,5 місяця оздоровлення здійснювалося на фоні жовчогінно-ге-

патопротекторної терапії визнаними фітопрепаратами (гепабене, холівер, гепатофіт, сирін) з переходом на урофітолітичні препарати протягом 3–6 тижнів (уролесан, канефрон, фітоліт, фітолізин тощо). Критеріями ефективності реабілітації були клінічна симптоматика, УЗД та аналізи сечі кожні три місяці. Тривалість спостереження — 6–12 місяців. Результати оцінювалися як добрі, задовільні або незадовільні.

Встановлено, що хворі, для яких запропоновані рекомендації стали стилем життя та харчування (98 осіб, або 50,52%), мали добрі клінічні результати, яких досягли вже впродовж першого 1,5–2 місячного курсу реабілітації. Проте явища сладж-феномену та СКД за даними УЗД в них спостерігалися не менше 0,5 року при явній позитивній динаміці їх регресу. У пацієнтів старше 60 років та в категорії 30–45 років, але зі схильністю до надмірної маси тіла ця тенденція була повільнішою. Зауважимо, прогноз щодо подальшого покращення здоров'я за цією програмою у наведеної групи хворих був високим.

194 особам (49,5%) через різні обставини вдалося реалізувати запропоновану програму лише частково, переважно за рахунок фітотерапії. В них результати виявилися задовільними, покращення відбувалося пізніше та було нестійким. Недостатню корекцію стилю життя та харчування не компенсувало навіть періодичне санаторно-курортне лікування (Трускавець, Сатанів, Східниця) або більш тривале споживання фітопрепаратів. Через 2–4 місяці клініко-ультрасонографічні параметри набували стану близького до початкового. Саме економічні аспекти та результати реабілітації більшості з цієї групи стали вагомим чинником, що визначив переважний успіх у покращанні їхнього здоров'я. Це сприяло подальшому впровадженню запропонованих змін у стиль життя та харчування. При цьому значну роль у досягненні позитивного результату відіграло вміння медичного персоналу тактовно змінювати усталені звички в харчуванні пацієнта, підтримувати позитивні зрушення в

харчуванні й допомогти правильно підібрати необхідний раціон і позбутись шкідливих звичок.

Висновки.

1. Хронічний холецистит з явищами сладж-феномену та сечокислий діатез, як початкові стадії калькульозних процесів, мають високий ступінь поєднуваності; в їх основі домінуючими є екзогенні чинники у вигляді значних та багаторічних порушень хроноаспектів харчування, якості їжі, ігнорування рідинним, рослинно-овочевим, пектиновим компонентами їжі, гіподинамія. Вираженість і частота їх зростають з віком та схильністю до надмірної маси тіла.
2. Одним з оптимальних шляхів досягнення ефективних результатів при реабілітації таких хворих є освітній принцип формування здорового способу життя і дієтичного харчування з підвищеним рідинним навантаженням, особливо за рахунок фруктово-овочевих страв та соків на фоні гепатопротекторно-жовчогінних, урофітолітичних препаратів, відварів та чаїв з лікарських рослин такої ж дії впродовж не менше 0,5–1 року.
3. Лікарям загальної практики — сімейної медицини, а також гастроентерологам, урологам, нефрологам та дієтологам доцільно об'єднувати зусилля у вирішенні цієї спільної комплексної проблеми внутрішньої медицини шляхом використання в комплексному лікуванні даної поєднаної патології методів дієтичної корекції й фітопрофілактики, а також активізації інформованості населення про основні принципи раціонального харчування та негативні наслідки для здоров'я при його порушенні.

Перспективою подальших досліджень можна вважати вивчення особливостей поєднання цих патологій у людей різних професій, пацієнтів похилого та старечого віку, розробку нових та вдосконалення існуючих методів дієтичної, фітотерапевтичної корекції за допомогою різних природних факторів, дослідження стійкості результатів реабілітації та проблеми підтримуючого оздоровлення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дзеранов Н.К. Лечение мочекаменной болезни – комплексная медицинская проблема / Н.К. Дзеранов, Д.А. Бешлиев // Consilium: приложение –Урология. –2003. –С. 18–22.
2. Ильченко А.А. Хронический бескаменный холецистит. В помощь практическому врачу /А.А.Ильченко // Гепатология. –2004. –№1. –С.26–30.
3. Нейко Е.М. Хронічний холецистит /Е.М. Нейко, Н.В. Скробач // Архів клін.мед. –2003. –№1. –С. 6–14.
4. Профилактика неинфекционных болезней и борьба с ними: осуществление глобальной стратегии (WHA61.14) [Электронный ресурс]. Женева, ВОЗ, 2008. Режим доступа до журн.: (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_8-en.pdf).
5. Руководство по нефрологии; пер. с англ. / Под ред. Дж. А. Витворт, Дж.Р. Лоуренса/ –М.: Медицина, 2000. –С. 290–301.
6. Tiselius H.G. Guidelines on Urolithiasis / Tiselius H.D. e.a. / European Urology. –2001. –Vol.40. –P. 362–371.
7. Seiner R. The Effect of Different Diets on Urine Composition and the of Calcium Oxalate Crystallisation in Healthy Subject / R. Seiner, A.Hesse // European Urology. –2002. –Vol. 42. –P. 289–296.
8. Seiner R. Prospective study of the efficacy on selective treatment and risk factors for relapse in recurrent calcium oxalate stone patients / R. Seiner // European Urology. –2003. –Vol. 44. –P. 467–474.