

ДИЕТОТЕРАПІЯ И РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

Совместный образовательный проект кафедры гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии
Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика и медицинской газеты «Здоровье Украины»

Н.В. Харченко, член-корреспондент НАМН України, д.м.н., професор, Г.А. Анохіна, д.м.н., професор, В.В. Марченко, кафедра гастроентерології, дієтології та ендоскопії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Харчування хворих на функціональні розлади шлунково-кишкового тракту

Диспепсичні розлади належать до найбільш поширених серед гастроентерологічних скарг, і не всі вони означають наявність органічного ураження органів травлення. Найбільш різноманітні та стійкі до лікування симптоми характерні для функціональних розладів шлунково-кишкового тракту. Для цих захворювань характерні «ножиці» між скаргами на різноманітні гастроентерологічні прояви і нормальні показники інструментальних та лабораторних досліджень на тлі змін психоемоційного стану. У веденні хворих на функціональні розлади роблять надмірний акцент на харчуванні, виборі продуктів, режимі харчування з тенденцією до безперервного зменшення або виключення харчових продуктів, часто на тлі нормального апетиту. Загальне самопочуття пацієнтів залежить від добового ритму, частина хворих почувається краще ввечері, ніж уранці. Хворі настирливо звертаються до різних лікарів, незважаючи на відсутність позитивного результату від лікування, часто обстежуються навіть за умови нормальних попередніх даних досліджень.

В основі розвитку функціональних розладів часто лежать порушення нейрогуморальної регуляції діяльності травної системи і зміни в обміні нейротрансмітерів у мозку, часто викликані порушеннями харчового статусу хворих. Порушення харчового статусу пацієнтів належать до частих проявів функціональних розладів шлунково-кишкового тракту. За даними королівського медичного госпіталю Великої Британії, не менше 33% осіб, які страждають на психічні розлади, такі як депресія, тривога, іпохондрія, підвищена втома й ін., мають дефіцит вітамінів групи В тощо у раціоні повсякденного харчування. Учені дійшли висновку, що більшість людей зможуть позбутися переважної частини своїх психологічних негативних переживань, відновивши необхідний баланс амінокислот, мікроелементів, вітамінів та інших нутрієнтів в організмі. Повноцінне постачання мозку необхідних речовин є ключовим фактором гарного настрою, інтелекту, пам'яті та психічної витривалості, тому що підтримує високий рівень нейротрансмітерів – норадреналіну й серотоніну. Дисбаланс саме цих речовин у мозку викликає депресію і загальне зниження тону. Важливість нутритивної підтримки пацієнтів із функціональними захворюваннями зумовлена особливостями метаболізму основних речовин, які позитивно впливають на настрій – серотоніну й мелатоніну, а також дофаміну. Серотонін синтезується з амінокислоти триптофану за участі кофакторів – вітаміну С, фолієвої кислоти, вітаміну В₆ і цинку. Мелатонін утворюється із серотоніну у присутності вітаміну В₆ і цинку. Покращити настрій і збільшити задоволення від життя допоможе відновлення балансу нейротрансмітера норадреналіну, який синтезується з дофаміну. Психічні процеси й позитивний стрес (закоханість, задоволення від танців і музики, захоплення від виконаних справ тощо) перебігають за участі цього нейротрансмітера.

Сучасні дослідження свідчать про наявність у деяких людей гена, який визначає схильність до депресії. Регулярне застосування попередників допаміну амінокислот тирозину і феніланіну дасть змогу компенсувати генетичні схильності. Нормалізація синтезу норадреналіну покращить настрій і самопочуття. Приймаючи тирозин і феніланін у супроводі вітамінів В₆ і В₉, можна підсилити синтез допаміну.

У наш час встановлено, що повноцінне харчування і збагачення організму необхідними нутрієнтами є безпечним і фізіологічним методом лікування хворих із функціональними розладами органів травлення.

Харчування хворих на функціональну диспепсію

Серед факторів, які сприяють розвитку функціональної диспепсії (ФД), виділяють зміни шлункової секреції й порушення моторної функції шлунка. У хворих із ФД

можуть спостерігатися розлади акомодативної тиску шлункового вмісту на його стінки, а також розвиток шлункової дизритмії різного типу – тахігастрія, брадигастрія, змішана дизритмія. Розвиток таких клінічних ознак, як відчуття переповнення й біль, може бути зумовлений підвищеним тиском хімусу на стінки шлунка, а нудота, блювання – дизритмією. Особливо неприємні клінічні прояви спостерігають у разі ослаблення моторики антрального відділу шлунка. Затримка їжі у шлунку спричиняє відчуття переповнення, дискомфорту, нудоти, а в деяких випадках можуть приєднатися кишкові розлади, особливо при поєднанні порушень моторики шлунка з дисмоторією дванадцятипалої кишки.

Хворі з підвищеною психоемоційною подразливістю можуть мати підвищену чутливість рецепторного апарату шлунка до розтягнення, і клініка захворювання може з'являтися не тільки внаслідок переїдання чи вживання важких для перетравлення страв, а й у разі психоемоційних перевантажень. Незалежно від причин, які викликають ФД, значне місце в розвитку симптомів захворювання посідає аліментарний фактор. Відомо, що клініка ФД розвивається після їди, і певні харчові продукти можуть стимулювати або гальмувати розвиток порушень моторної та секреторної функцій шлунка. Велике значення в розвитку ФД мають харчові погіршеності, нервово-психічні чинники, шкідливі звички – куріння, вживання алкогольних напоїв, міцної кави й чаю.

Мета дієтотерапії при ФД:

- **забезпечення організму необхідною енергією, пластичними й регуляторними компонентами;**
- **нормалізація моторної та секреторної функції шлунка;**
- **нормалізація психоемоційного стану хворих.**

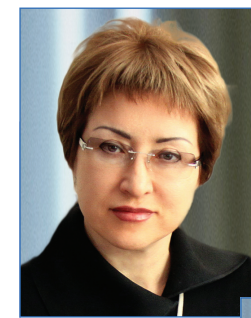
Харчування хворих із ФД має бути повноцінним і забезпечувати організм енергією, пластичним матеріалом і регуляторними компонентами. Під час призначення дієти важливо враховувати особливості моторики і шлункової секреції. За наявності гіпермоторики й високої шлункової секреції необхідно обмежувати вживання продуктів, які є стимуляторами шлункової секреції, – це продукти, багаті на органічні кислоти (кислі соки і фрукти), а також зелена цибуля, часник, томати, соління, деякі прянощі. У наш час доведено, що цукор подразнює слизову оболонку шлунка внаслідок стимуляції кислотоутворення, а також завдяки підсиленню процесів ферментації цукру в порожнині шлунка й підвищеному газоутворенню. Високий вміст цукру в порожнині шлунка також сприяє розмноженню бактерій. При обмеженні вживання окремих продуктів треба керуватися не загальними рекомендаціями, а наявністю даних щодо

непереносимості кожного виду продуктів у конкретного хворого.

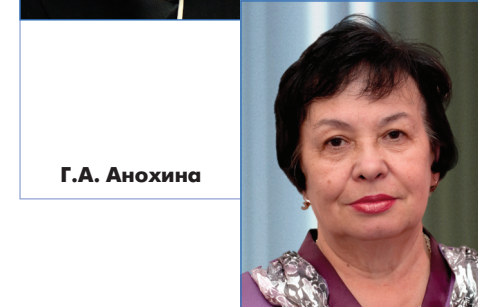
У пацієнтів із послабленою моторикою і зниженою шлунковою секрецією необхідно обмежувати вживання жирних страв. Харчовий жир пригнічує шлункову секрецію, тому не рекомендовано вживати жирні сорти м'яса, гусятину, качатину, а також грубо-волокнисті сорти м'яса, цільне молоко, зварені круто яйця, страви, багаті на важко перетравлювану клітковину, – бобові, кукурудзу, сухофрукти тощо. Зазначені продукти протягом тривалого часу знаходяться у шлунку, для їх підготовки до проходження у дванадцятипалу кишку шлунок має виділяти значну кількість хлористоводневої кислоти, пепсину й інших ферментів.

З метою зменшення тиску харчового вмісту на стінку шлунка хворим рекомендовано вживати невеликі об'єми їжі, у харчуванні надавати перевагу легко перетравлюваним стравам – риби, приготувані на пару або запечені з овочами, курятині, тефтелям, яєчному омлету, молочнокислим продуктам, підсушеному хлібу, добре розвареним кашам із гречки й рису, овочам і фруктам, звільненим від шкірки і подрібненим. З метою корекції порушень секреторної та моторної функції шлунка до раціону хворих на ФД зі зниженою масою тіла й гіпотонією шлунка треба включати продукти, які довго не затримуються у шлунку й покращують евакуаторну функцію. До таких продуктів відносять страви з органічними кислотами – кислі ягоди, фрукти, соки, вино, яблучний оцет, лимонний сік. Під час їди можна запивати страви невеликою кількістю розведеного лимонного соку, а у процесі приготування страв – використовувати зелень, пряні трави. Вищезазначені продукти необхідно систематично додавати до страв із м'яса, риби як під час приготування, так і до готових страв. Серед нутрієнтів, які варто призначити додатково, – вітаміни групи В, особливо вітаміни В₆, вітаміни С, магній, за наявності депресії показано застосування тирозину, триптофану, гліцину.

Доведено, що при ФД у значній частині хворих спостерігають інтенсифікацію енергетичних процесів, яка клінічно виражається зниженою масою тіла. Підвищення енергетичного обміну при ФД зумовлене психоемоційними порушеннями, підсиленням викидом адреналіну й інших гормонів кори надниркових залоз. Хворі на ФД зі зниженою масою тіла потребують підвищеного енергетичного і пластичного забезпечення. Неповноцінне харчування чинить істотний вплив на загальний стан пацієнтів, викликає м'язову слабкість, що погіршує перебіг захворювання і знижує ефективність медикаментозної терапії. З метою корекції енергетичної цінності харчування рекомендовано збільшити вживання круп'яних виробів – каш із гречаної, вівсяної й інших круп з додаванням молока, вершків, вершкового масла, а також овочевого пюре.



Н.В. Харченко



Г.А. Анохіна

Кількість білка в харчуванні хворих на ФД зі зниженою масою тіла необхідно збільшувати шляхом введення до раціону білків тваринного походження, оскільки вони мають найбільш збалансований амінокислотний склад. Квота білка має становити не менше 1,6–2,0 г на 1 кг маси тіла. До харчування хворих включають страви з продуктів, багатих на вітаміни А, Е й залізо, – страви з курячої, телячої печінки, печінку тріски, ікру, курячі й перепелині яйця, рибу, страви з м'яса, а також овочі, багаті на каротиноїди й вітаміни Е, – плоди обліпихи, гарбуз, червону моркву, шпинат, черемшу, шавель, салат, корінь і зелень петрушки, червоний і зелений солодкий перець, абрикоси, томати, яблука, чорну смородину, горобину чорноплідну, хурму, мандарини, зелений горошок. У раціоні пацієнтів необхідно збільшити вміст вітаміну С, джерелом якого є лимони, апельсини, ківі, чорна смородина, солодкий перець, зелень тощо.

Харчування за наявності синдрому подразненого кишечника

Серед численних захворювань кишечника найбільш поширеним є синдром подразненого кишечника (СПК), на який страждає понад 30% дорослого населення багатьох країн світу. Причини СПК до кінця не встановлено, проте більшість дослідників вважають, що в основі розвитку захворювання лежать порушення моторики кишечника. Рухова функція тонкої кишки має адаптуватися до різного за об'ємом, консистенцією й хімічним складом харчового вмісту. Нервовий і гуморальний вплив на рухову функцію тонкої кишки спричинений прийманням їжі й розтягненням кишечника. Рухи кишки натше істотно відрізняються від рухів після вживання їжі. У період травлення переважають ритмічна сегментація і маятникоподібні рухи, які переміщують вміст кишки, що сприяє оптимальному перетравлюванню. На цьому етапі пропульсивна перистальтика пригнічена гормонами гастрином і холецистокініном. Тривалість та інтенсивність рухової функції кишки залежать від складу раціону і його енергетичної цінності. Найвирзніший ефект на рухову функцію чинять тригліцериди.

Основною причиною розвитку СПК вважають порушення нервової та гуморальної регуляції рухової функції кишечника, що призводить до порушень транзиту кишкового вмісту. Діяльність датчиків ритму, рівень мембранного потенціалу, величина пікових потенціалів, швидкість проведення хвиль залежать від рівня обміну речовин, концентрації біологічно активних речовин. Моторна активність кишки залежить від механічних властивостей і хімічного складу харчового вмісту. За наявності в хімісі грубих часточок висівок, клітковини, жиру, великої кількості солей, органічних кислот

Продовження на стор. 28.

ДИЕТОТЕРАПІЯ І РАЦІОНАЛЬНЕ ПИТАННЯ

Совместный образовательный проект кафедры гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии
Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика и медицинской газеты «Здоровье Украины»

Н.В. Харченко, член-корреспондент НАМН України, д.м.н., професор,
Г.А. Анохіна, д.м.н., професор, **В.В. Марченко**, кафедра гастроентерології, дієтології та ендоскопії
Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Харчування хворих на функціональні розлади шлунково-кишкового тракту

Продовження. Початок на стор. 27.

моторика кишки підсилюється. Найбільший вплив на моторику кишечника має їжа і її реакції – це сумарний результат дії їжі на стравохід, шлунок, дванадцятипалу й голудну кишку.

Установлено координуючий вплив їжі на моторну діяльність шлунково-кишкового тракту. При цьому адекватне подразнення їжею певної ділянки шлунково-кишкового тракту викликає збудження моторики в ділянці дії їжі та в ділянках, розташованих нижче, що сприяє просуванню харчових мас у каудальному напрямку. Це подразнення одночасно гальмує моторику й затримує їжу в ділянках шлунково-кишкового тракту, розташованих вище.

Певні особливості властиві руховій функції товстої кишки. У товстій кишці відбуваються прості хвилі в різних ділянках без пересування і з переміщенням вмісту кишки; маятникові рухи, які сприяють перемішуванню й розрідженню кишкового вмісту; значні маятникові рухи, які зумовлюють перемішування, усмоктування і згущення вмісту кишки; антиперистальтичні рухи, які викликають ретроградне пересування вмісту кишки; пропульсивні мас-скорочення, які починаються від сліпої кишки, сприяючи викиду вмісту ободової кишки в сигмовидну і пряму. Вони виникають 3-4 рази на добу і характерні тільки для товстої кишки.

Приймання їжі – головний фізіологічний стимулятор моторної функції товстої кишки. Моторика й тиск у порожнині ободової кишки посилюється під час вживання їжі два рази – через 20 і 30 хвилин.

Відомо, що клінічні реакції на харчові продукти мають широкий діапазон дії і включають не тільки реакції з боку органів травлення, а й низку реакцій на рівні всього організму. Існують докази взаємозв'язку між підвищеною подразливістю, депресією й харчуванням. У першій половині ХХ століття з'явилися багато публікацій, автори яких повідомляли про взаємозв'язок між мігренню і вживанням певних продуктів. Було з'ясовано, що вживання деяких продуктів, які містять пресорний амін тіамін, викликає головний біль. Велику кількість тіаміну містить сир, його вміст залежить від технології приготування і може коливатися в деяких сортах сиру від 72 до 953 мкг тіаміну на 1 г сиру. Тіамін також виявлено в пиві, напоях шеррі, саутерні, бананах, червоній сливі, авокадо, апельсинах, баклажанах. Пресорні речовини виявлено також у дріжджовому екстракті, бобових, маринованому оселедці, шоколаді, сметані, молочних концентратах. За частотою виникнення мігрени й інших пресорних реакцій харчові продукти було розподілено в такому порядку: шоколад, сир і молочні продукти, цитрусові, алкогольні напої (пиво, вино), смажені жирні продукти, чай і кава, м'ясо (особливо свинина), морепродукти. Вазоактивні аміни, здатні викликати не лише напади головного болю, а й виділення адреналіну й норадреналіну з нервових закінчень, прямо чи опосередковано можуть спричинити низку загальних порушень в організмі. Уміст біогенних амінів у деяких продуктах харчування представлено в таблиці.

Різноманітні реакції викликають продукти, які містять харчові домішки, такі як нітрат натрію, глутамат натрію, а також продукти, багаті на гістамін і гістидин. Вплив глутамату натрію відомий у зарубіжній літературі

як «синдром китайського ресторану». Підвищений уміст гістаміну виявлено у продуктах, у складі яких є протеолітичні бактерії. Підвищений уміст гістаміну й тіаміну виявлено у дріжджовому екстракті, а гістидину – у різних сортах сиру, м'яси, особливо смаженому, риби, арахісі. Дія зазначених речовин залежить від їх дози, вжитої з харчовими продуктами. Так, істотний вплив на нейрогуморальну систему чинять 5 г гістидину. Ця доза міститься в багатьох білкових продуктах, проте у разі надходження до організму інших вазоактивних речовин – гістаміну, тираміну завдяки кумулятивному ефекту можуть легко виникати різноманітні реакції.

Крім порушень моторики, однією з найчастіших ознак СПК є метеоризм. Гази, які з'являються у шлунково-кишковому тракті, мають таке походження: повітря, яке заковтували під час приймання їжі; гази, що утворюються в результаті взаємодії бікарбонатів травних соків дванадцятипалої кишки з кислотами шлункового соку; гази, які утворюються внаслідок життєдіяльності бактерій. Ураховуючи той факт, що медикаментозна терапія не завжди ефективна у разі СПК, а тяжкість захворювання визначається тривалістю перебігу, дієтологія посідає провідне місце серед усіх лікувальних засобів. Хворі із СПК мають вживати їжу, максимально адаптовану до функціональних змін кишечника.

Мета дієтології при СПК:

- забезпечення організму необхідною кількістю енергії, пластичного матеріалу й регуляторних компонентів;
- адаптація харчування до функціонального стану кишечника;
- корекція психоемоційного стану та нейрогуморальних порушень.

Харчування хворих із СПК має бути повноцінним за всіма необхідними харчовими компонентами і задовольняти енергетичні та пластичні потреби організму. Лікувальне харчування хворих із СПК, як і при більшості захворювань кишечника, залежить від особливостей випорожнення – наявності діареї чи закрепів.

Важливе значення в лікуванні СПК мають адаптація харчових продуктів до індивідуальних особливостей кишечника й корекція психоемоційного стану хворих за допомогою лікувального харчування, в основі якого лежить принцип виявлення продуктів, які провають підвищену подразливість кишечника й викликають загальні прояви.

Хворі із СПК повинні протягом тривалого часу вести харчовий щоденник, до якого записувати дані про вид продукту, його кількість, спосіб кулінарної обробки, наявність і характер кишкових і загальних проявів захворювання. Хворі із СПК, як правило, мають супутній кишковий дисбіоз, що необхідно враховувати при призначенні харчування, а також метаболічні зміни з боку м'язового шару кишечника, зумовлені дефіцитом калію, що може бути причиною гіпотонії кишечника.

Мета дієти при СПК з діареєю:

- забезпечення організму хворих необхідною кількістю енергії, пластичного матеріалу й регуляторних компонентів;
- нормалізація рухової функції кишечника;
- нормалізація мікробіоценозу кишечника;
- покращення психоемоційного стану хворого.

У харчуванні обмежують вживання продуктів, які підсилюють моторику кишечника, і збільшують кількість продуктів, які її сповільнюють і є щодо неї індивідуальними. Дієту збагачують глутаміном шляхом введення

до раціону курячого і м'ясного бульйону, а також вітамінами й антиоксидантами. Рекомендують страви з нежирного м'яса, птиці, кролика, риби – парові або відварені котлети, фрикадельки, відварене м'ясо або тушковане без попереднього обсмажування у фруктових соках, червоному або білому вині, нежирній сметані, кефірі з додаванням невеликої кількості спецій, зелені; морепродукти; тушковану з морквою печінку; відварений язик; яйця у вигляді омлету, зварені некруто або у стравах; супи на курячому, телячому, рибному бульйоні, розварені каші з рису, гречки, дрібну вермішель; нежирну шинку; м'який некислий сир, невелику кількість молочнокислих продуктів, сирно-круп'яні запіканки; страви з овочів, які містять невелику кількість клітковини – кабачків, гарбуза, моркви, картоплі, помідорів; хліб пшеничний, сухарики, сушки, сухе печиво; тваринні жири (невелика кількість сметани, вершків, вершкового масла, які додають до готових страв), рослинні олії (бажано суміш оливкової, соняшникової та соєвої олій); стиглі ягоди і фрукти без шкірки й кісточок; чорний чай, рослинні чаї із закріплюючими властивостями; кисіль із чорниці, узвари із сухофруктів, киселі із солодких розведених фруктових соків, відвар шипшини.

Харчування хворих на СПК із закрепом становить значну проблему. Під терміном «закреп» розуміють частоту випорожнення менше 3 разів на тиждень із вимущеним напруженням, яке займає більше 25% часу акту дефекації. Харчування відіграє важливу роль у профілактиці та лікуванні закрепів. Основною дієтичною рекомендацією є призначення харчування з підвищеним умістом харчових волокон. Відомо, що харчові волокна здатні зв'язувати воду, збільшувати об'єм кишкового вмісту, впливати на епітелій та мікрофлору кишечника. Проте харчові волокна по-різному впливають на функції кишечника. Так, харчові волокна зернових, а також деяких овочів і фруктів, багатих на целюлозу й лігнін, зв'язують порівняно невелику кількість води – до 180-220 г на 100 г продукту. Зв'язуюча здатність харчової смоли (гуару) й водорозчинного пектину досягає 300-400 г води на 100 г речовини. Водорозчинні пектини мають також виражену властивість адсорбувати ендотенні й екзогенні токсини. Вони необхідні для існування нормальної мікрофлори кишечника.

Під час вибору джерела харчової клітковини при закрепах треба враховувати наявність больового синдрому й переносимість харчового продукту. При гіпотонічних закрепах без болю можна використовувати всі продукти, багаті на харчові волокна й калій. Якщо закрепи супроводжуються спазмами кишечника, доцільно вибрати продукти, багаті на водорозчинні волокна. У разі СПК із закрепом найкращим джерелом харчових волокон є вівсяні висівки та фруктовий і овочевий пектин.

Висівки необхідно вводити до раціону поступово, починаючи з 1/2 чайної ложки

запарених висівок, додаючи їх до однієї із страв зі збільшенням по 1/2 чайної ложки на тиждень. У разі виникнення чи підсилення диспепсичних скарг варто повернутися до меншої дози, рівномірно розподіливши її на декілька вживань їжі. Бажано довести дозу висівок до 1-2 столових ложок на день.

У раціоні треба збільшити вживання продуктів, багатих на магній (ламінарія, пшеничні висівки, насіння соняшника, гарбузове насіння, півні дріжджі, горіхи, геркулес, рис, висівковий хліб, сухофрукти), який є антагоністом кальцію і зменшує спастичні зміни. Згідно з рекомендаціями ВООЗ нормальним вважають вживання з їжею 25-35 г харчових волокон на добу. Для виконання цієї норми необхідно вживати до 400 г свіжих овочів і фруктів на день. Харчові волокна покращують транзит кишкового вмісту, підсилюють перистальтику, адсорбують токсини, зменшують інтоксикацію, знижують утворення й надходження до організму канцерогенів, аміаку, солей важких металів. Харчові волокна, особливо фруктоолігосахариди, покращують мікробіоценоз кишечника, збільшують синтез вітамінів В₁, В₂, В₆, РР, фолієвої кислоти кишковими бактеріями. Дієта, збагачена харчовими волокнами, позитивно впливає на ліпідний обмін, холесекреторну функцію печінки.

Сучасна людина харчується рафінованою їжею, бідною на харчові волокна, тому збільшення вмісту харчових волокон у раціоні треба проводити поступово. Основним критерієм є переносимість продуктів, багатих на клітковину. Вони не повинні викликати дискомфорту. Надмірне надходження до організму харчової клітковини в осіб, які не звикли до підвищеного вживання їжі, багатого на харчові волокна, може призвести до подовження тонкої й поширення товстої кишки, зменшення всмоктування вітамінів і мінералів. При закрепах дозу харчових волокон збільшують до 40 г на добу, максимальна кількість становить 60 г на добу.

Важливим для нормалізації випорожнення кишечника є дотримання режиму харчування з обов'язковим сніданком, до якого бажано включити каші, хліб із висівками. Режим приймання їжі сприяє відновленню ритму випорожнення.

Хворим із закрепами рекомендовано збільшити вживання рідини – до 1,5-2 л на добу. При цьому, якщо немає протипоказань, бажано пити газовану воду, а також вживати продукти, багаті на органічні кислоти. До таких продуктів належать кисле молоко, ацидофілін, молочна сироватка, кислі фрукти і фруктові соки, особливо сливовий і персиковий. Стимулює рухову функцію кишечника кава, а також продукти, які містять фруктозу (мед), сорбіт або ксиліт. Підсилюють перистальтику кишечника страви, багаті на кухонну сіль, – соління, маслини, оселедець. Моторна функція кишечника залежить від стану жовчного міхура, тому стимуляція жовчовиділення підсилює перистальтику кишечника. З цієї метою хворим на СПК із закрепами

Таблиця. Уміст біогенних амінів у продуктах харчування

Продукт	Уміст амінів, мг/100 г			
	Тирамін	Дофамін	Норадреналін	Серотонін
Сир ементальський	До 100,0	-	-	-
Дріжджовий екстракт	До 250,0	-	-	-
Оселедець маринований	До 300,0	-	-	-
Печінка яловича	До 30,0	-	-	-
Пиво	До 1,2	-	-	-
Цитрусові	До 10,0	-	-	-
Банани	0,7	0,8	0,2	2,8
Ананаси	-	-	-	До 2,0
Томати	0,4	-	-	1,2

рекомендують збільшити вживання рослинних олій, яєчних жовтків, сметани.

Для зменшення болювого синдрому пацієнтам із СПК рекомендують приймати Дуспалатін, який чинить спазмолітичну й міотропну дію на непосмуговану мускулатуру кишечника. Знімаючи спазми й біль, препарат не впливає на природну перистальтику кишечника, тому його можна застосовувати при різноманітних формах СПК.

У разі СПК із закрепами, кишковим дисбіозом доцільно приймати Дуфалак. Препарат покращує перистальтику кишечника, попереджає розвиток кишкового дисбіозу, а також сприяє збільшенню в кишечнику вмісту лактобактерій, які є продуцентами коротколанцюгових жирних кислот. Коротколанцюгові жирні кислоти використовуються епітеліоцитами товстої кишки як джерело енергії; покращення живлення слизової оболонки кишки зменшує її проникливість, що захищає внутрішнє середовище організму від кишкових токсинів. Лактулоза збільшує об'єм калових мас і полегшує дефекацію.

Завдання харчування хворих на дисфункцію жовчного міхура полягає в покращенні функціонального стану жовчного міхура і сфінктерів біліарної системи. Дисфункція жовчного міхура і сфінктера Одді належать до найпоширеніших функціональних захворювань органів травлення. Виділяють гіпертонічно-гіперкінетичну дисфункцію й гіпотонічно-гіпокінетичну дисфункцію жовчного міхура та сфінктера Одді, а також змішані форми. На розвиток дисфункцій жовчного міхура і сфінктера Одді впливає багато факторів – це порушення нейрогуморальної регуляції, стан шлункової секреції, нераціональне харчування, особливо порушення режиму приймання їжі, психоемоційний стан. Основним регулятором моторики жовчного міхура є гормон холецистокінін-панкреозимін,

який вивільняється слизовою оболонкою дванадцятипалої кишки та стимулює скорочення жовчного міхура й вихід жовчі із протоків у тонку кишку. На вивільнення холецистокінін-панкреозиміну слизовою оболонкою дванадцятипалої кишки найбільший вплив мають склад і кількість їжі. Жири й білки їжі є основними стимуляторами вивільнення холецистокініну. Вагоме значення також має стан слизової оболонки дванадцятипалої кишки. Розвиток атрофічних змін слизової оболонки дванадцятипалої кишки, запальні процеси, подразнення надто кислим шлунковим умістом порушують вивільнення холецистокініну й можуть спричинити розвиток дискінезій жовчного міхура і сфінктера Одді.

Дієтичне харчування при дисфункції жовчного міхура призначають згідно з вимогами раціонального харчування з урахуванням віку пацієнтів, маси тіла й фізичної активності, а також функціонального стану жовчного міхура і сфінктера Одді. Серед хворих на дисфункцію жовчного міхура значну частину становлять особи з надмірною масою тіла. У хворих з надмірною масою тіла енергетична цінність знижена внаслідок обмеження вуглеводів і жирів і підвищена у разі дефіциту маси тіла; рекомендують раціон із помірним збільшенням кількості білка завдяки вживанню повноцінного тваринного, помірним зниженням вживання жиру, підвищенням умістом ліпотропних факторів – метіоніну, лецитину, холіну, вітамінів А, Е, С, В₁, В₆, В₁₂, фолієвої кислоти. Показаний раціон із підвищеним умістом харчових волокон. Хворим рекомендовано вживати страви із м'яса, птиці, кролика, риби, відварені, приготовані на пару, тушковані з додаванням спецій, зелені, лимонного соку, соусів; морепродукти; яйця у вигляді омлету з додаванням овочів, грибів, зеленого горошку, ячної кашки, зварені некруто або у стравах; супи на нежирному курячому, телячому, рибному, овочевому бульйоні, червоний і зелений борщ; хліб

висівковий, пшеничний, випічку з овочевою, фруктовою начинкою; страви з вівсяної, рисової, перлової, пшеничної, гречаної, кукурудзяної, ячної круп, макаронні вироби; молочнокислі продукти, м'який сир, різноманітні овочі в сирому вигляді й у вигляді рагу; рослинні олії (бажано суміш оливкової, соняшникової та соєвої олій), ягоди і фрукти; каву, чай або каву з молоком; мінеральні води; відвар шипшини.

У хворих з гіпертонічно-гіперкінетичною дисфункцією жовчного міхура спостерігають наявність швидкої та вираженої реакції жовчного міхура на різноманітні фактори, у тому числі на харчові. У клініці домінує болювий синдром, часто нудота і блювання. У період нападу болю хворому необхідно уникати приймання їжі, рекомендовано вживання теплих лужних мінеральних вод (Поляна Квасова, Лужанська або Моршинська), чаю, сухариків. Після зняття болювого синдрому й покращення загального стану хворим протягом 3-4 днів рекомендовано добре розварені каші з рисової, вівсяної, гречаної круп з додаванням невеликої кількості молока, протерті супи на немічному бульйоні, свіжий кисломолочний сир, м'ясні тефтели, картопляне пюре, овочі, приготовлені на пару або відварені, фруктові киселі, узвар, розведені водою некіслі фруктові соки. Потім пацієнтів переводять на раціон, який відповідає принципам раціонального харчування. При цьому необхідно уникати жирних, смажених страв, переїдання, одноразового вживання великої кількості жиру, сметани, яєць та інших продуктів, які сприяють підвищенню скоротливої функції жовчного міхура.

За наявності гіпотонії жовчного міхура до раціону включають страви з холекінетичними властивостями – омлет, вершки, салати, заправлені рослинною олією, шматочок сала, чай із ксилітом або сорбітом. Хворим показано збільшення фізичної активності, тютюбні й відвари з жовчогінних трав. Хворим з гіпотонією жовчного міхура чи хронічним

некаменевим холециститом з гіпотонією жовчного міхура з підвищеною масою тіла необхідно зменшити енергетичну цінність раціону шляхом обмеження вживання вуглеводів, кількість жиру становить нижню межу фізіологічної норми 80-90 г на добу. При цьому найбільшу кількість харчових жирів варто перенести на перший сніданок. Відомо, що вранці жовч навіть у здорових людей перенасичена холестерином і має літогенні властивості, тому на сніданок пацієнтам показано вживання 1-2 десертних ложок оливкової олії із салатом або 1 столової ложки оливкової чи іншої рослинної олії з лимонним соком. Протягом дня кількість харчового жиру помірно знижена внаслідок уникнення смажених продуктів, жирних молочних продуктів, кремів тощо.

Хворі з гіпотонічною дискінезією жовчного міхура становлять групу ризику виникнення жовчнокам'яної хвороби й холестерозу жовчного міхура. Для нормалізації холесекреторної функції печінки важливе значення має принцип зворотного зв'язку регуляції синтезу жовчних кислот. Знижений уміст жовчних кислот у крові порталної вени є стимулом для посилення утворення власних жовчних кислот із холестерину. До речовин, які сприяють зменшенню всмоктування жовчних кислот і холестерину із просвіту кишечника, належать харчові волокна, тому пацієнти мають стежити, щоб щоденно до їх раціону входили овочі та фрукти, хліб із цільного зерна. Кількість і вид харчових волокон призначають індивідуально з урахуванням переносимості. Основним критерієм є відсутність дискомфорту й метеоризму.

Відомо, що при гіпотонії жовчного міхура найчастіше спостерігають зниження моторики товстої кишки і схильність до гіпотонічних закрепів. Включення до раціону овочевих пюре (з кабачків, буряка, моркви, гарбуза), салатів, багатих на пектин, сприятиме підвищеній адсорбції жовчних кислот і холестерину та нормалізації випорожнення кишечника.

Передплата на 2012 рік!

Здоров'я України

ТОВ «Здоров'я України»
03151, м. Київ, вул. Народного Ополчення, 1,
тел./факс 0 (44) 391-54-76
ЄДРПОУ 25276619, р/р 26001060209962 у філії
Київське відділення «Приватбанк», Розрахунковий Центр м. Києва,
МФО 320649, ІПН 252766126594,
свідоцтво платника податку № 39086545
Є платником податку на прибуток на загальних підставах

Рахунок № 5 П-12/12
від «___» _____ 2012р.

№	Назва видання	Кількість комплектів	Ціна без ПДВ (грн.)		Сума до сплати без ПДВ
			І періодич 2012 року (січень-червень)	2012 рік (січень-грудень)	
1.	«Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя»	1	300,00 (12 номерів)	600,00 (24 номери)	
2.	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Гастроентерологія, гепатологія, колопроктологія»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
3.	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Діабетологія, тиреоїдологія, метаболічні розлади»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
4.	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Кардіологія, ревматологія, кардіохірургія»	1	150,00 (3 номери)	300,00 (6 номерів)	
5.	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Неврологія, психіатрія, психотерапія»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
6.	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Онкологія, гематологія, хіміотерапія»	1	150,00 (3 номери)	300,00 (6 номерів)	
7.	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Педіатрія»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
8.	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Пульмонологія, алергологія, риноларингологія»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
9.	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Хірургія, ортопедія, травматологія»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
10.	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Гінекологія, акушерство, репродуктологія»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
11.	Журнал «Природна медицина / Medical Nature»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
12.	Журнал «Серцева недостатність»	1	-	150,00 (3 номери)	
Разом без ПДВ:					
ПДВ:				0,00	
Всього з ПДВ:					

(Пільга згідно з пп. 5.1.2. Закону України «Про податок на додану вартість») Всього на суму: _____ грн. _____ коп. Без ПДВ

Генеральний директор
Головний бухгалтер



Л.В. Жданова
Т.Є. Пащенко

ПРИМІТКА. Передплатник заповнює рахунок до сплати згідно з обраними виданнями та передплатним періодом.

Своєчасна доставка видань здійснюється за умови отримання редакцією заповненої картки – доручення.

Заповніть картку-доручення та надішліть її на адресу редакції у зручний для Вас спосіб:

- факсом – 0 (44) 391-54-76
- поштою – ТОВ «Здоров'я України», м. Київ, 03151, вул. Народного ополчення, 1.
- електронною поштою – podpiska@health-ua.com

КАРТКА-ДОРУЧЕННЯ

Назва організації												
П.І.Б. та посада передплатника												
Поштова адреса												
Тел. (_____) _____ Факс _____ E-mail _____ код міста)												
Зазначте період передплати на 2012 рік та кількість примірників на місяць												
Видання	Місяць передплати											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
«Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Гастроентерологія, гепатологія, колопроктологія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Діабетологія, тиреоїдологія, метаболічні розлади»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Кардіологія, ревматологія, кардіохірургія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Неврологія, психіатрія, психотерапія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Онкологія, гепатологія, хіміотерапія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Педіатрія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Пульмонологія, алергологія, риноларингологія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Хірургія, ортопедія, травматологія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Гінекологія, акушерство, репродуктологія»												
Журнал «Природна медицина / Medical Nature»												
Журнал «Серцева недостатність»												