

Н.Б. Губергриц, д.м.н., профессор, Ю.В. Линеvский, д.м.н., профессор, К.Ю. Линеvская, к.м.н., П.Г. Фоменко, к.м.н., К.А. Воронин, Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Современные подходы к диетотерапии больных с синдромом раздраженного кишечника

Продолжение. Начало на стр. 42.

сульфаты, нитраты и др.). Впрочем, не исключено, что повышенная чувствительность к указанным компонентам пищи может быть специфической. Последнее может быть установлено с помощью элиминационной диеты и плацебо-контролируемой провокации.

Веские доказательства наличия непереносимости глютена, не связанной с целиакией, у некоторых больных СРК [18, 21, 25] послужили основанием для постановки вопроса об ограничении в питании таких пациентов продуктов, богатых глютеном. Однако верификация таких больных возможна лишь путем использования элиминационных или провокационных диет, так как у них в крови не определяются ассоциированные с целиакией антитела. В связи с этим задачей исследователей является разработка биомаркеров непереносимости глютена без целиакии. Впрочем, необходимо иметь в виду, что одним из углеводных остатков пшеницы является фруктан, который может быть триггерным фактором, способным провоцировать появление функциональных нарушений со стороны кишечника. В то же время в экспериментах на мышах, экспрессирующих HLA-DQ8, показано, что глютен может вызывать нарушения нейромоторной функции и микробной флоры кишечника без морфологических признаков его повреждения [17].

Наряду с вышеизложенными дифференцированными ограничениями в питании больных СРК с запорами заслуживает внимания включение в рацион достаточного количества клетчатки. Однако увеличивать ее содержание в рационе следует постепенно (не более 3 г в неделю) до 25–30 г в сутки с одновременным употреблением значительного количества жидкости (до 8–10 стаканов в сутки). Без этого клетчатка тянет на себя воду из просвета кишки, что может усиливать запоры. Избыточное количество клетчатки может стимулировать метеоризм [24].

В числе продуктов, содержащих клетчатку в значительном количестве и не богатых FODMAPs, — овсяные отруби, крупы (гречневая, овсяная, пшено, коричневый рис), некоторые овощи (морковь, зеленая фасоль, оливки, кукуруза, огурцы, китайская капуста, репа, салат, шпинат, томаты, тыква, сладкий перец и др.), фрукты (бананы, киви, ягоды, цитрусовые, дыня и др.) [15].

Уменьшению метеоризма может способствовать ограничение употребления продуктов, обуславливающих газообразование, — бобовых (фасоль, горох, бобы, чечевица и др.), некоторых овощей (белокачанная, брюссельская, цветная капуста, брокколи, редис, брюква, кольраби, лук и др.), избыточного количества некоторых фруктов (сливы, яблоки, изюм и др.) и соков из фруктов, богатых FODMAPs (абрикосовый, сливовый, яблочный и др.), а также мяса, рыбы, яиц.

Следует иметь в виду, что у некоторых людей усилению газообразования способствует употребление жирной пищи [24].

С учетом вышеизложенного предлагаем возможные интегрированные диеты для больных СРК с диареей и для больных СРК с запорами (табл. 1, 2).

Диеты назначаются на 6 недель; при существенном улучшении в течение последующих 5 недель еженедельно последовательно через день рекомендуют пробно включать один из разновидностей FODMAPs. Так, первая неделя — полиолы (маннитол и сорбитол): 1/2 стакана грибов, 4 сушеных абрикоса; вторая неделя — дисахарид (лактоза): 250 мл молока или 200 мл йогурта; третья неделя — моносахарид (фруктоза): 2 чайные ложки меда; четвертая неделя — фруктаны (олигосахариды): 2 кусочка пшеничного хлеба; пятая неделя — галактаны (олигосахариды): 1/2 стакана чечевицы или бобовых. При возобновлении симптомов продукты, содержащие указанные разновидности

FODMAPs, в дальнейшем исключают из рациона, заменяя их альтернативными в пределах одной продовольственной группы, разнообразив при этом диету. При отсутствии эффекта после 6 недель соблюдения диеты следует учесть влияние природных химикатов и глютена.

Выводы

Доказана целесообразность ограничения в рационе больных СРК продуктов, богатых FODMAPs («диета low FODMAPs»). Научно обосновано внедрение стратегии ограничения употребления продуктов, богатых химически активными веществами и глютеном. Требуется индивидуальный отбор таких больных, что в настоящее время возможно лишь с помощью элиминационных и провокационных диет или теста активации базифилов, осуществляемого *in vitro*, в отношении химических компонентов пищи [8].

Литература

- Губергриц Н.Б. Клинико-патогенетическое обоснование лечения хронического рецидивирующего панкреатита селективным блокатором кальциевых каналов дилтиаземом / Н.Б. Губергриц, О.О. Челоманова // Журнал практического врача. — 2002. — № 3. — С. 33–40.
- Парфенов А.И. Висмута трикалия дигидрат в лечении больных постинфекционным синдромом раздраженного кишечника / А.И. Парфенов, И.Н. Ручкина, Г.А. Осипов // Русск. мед. журн. — 2006. — № 8. — С. 78–81.
- Парфенов А.И. Постинфекционный синдром раздраженного кишечника / А.И. Парфенов, И.Н. Ручкина // Лечаший врач. — 2010. — № 7. — С. 5–6.
- Про затвердження протоколу надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія»: Наказ від 13.06.2005 р. № 271 / Міністерство охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/portal/dn_20050613_271.html
- Ткач С.М. Модифікація дієти як одна із ключових стратегій ведення больових з синдромом подразненої кишки / С.М. Ткач, А.К. Сизоненко // Сучасна гастроентерологія. — 2013. — № 2. — С. 119–129.
- Ткач С.М. Пища як незаслужено забутий фактор при синдромі подразненої кишки / С.М. Ткач, А.А. Мартинчук // Здоров'я України. — 2013. — № 3. — С. 23–26.
- Ткач С.М. Синдром подразненої кишки: естествознавче течеиння і можливі протипротивопозидивної терапії / С.М. Ткач // Гастроентерологія. — 2012. — № 2. — С. 5–8.
- Basophil activation test for the *in vitro* diagnosis of nonsteroidal anti-inflammatory drug hypersensitivity / A. Rodriguez-Trabado, C. Camara-Hijon, A. Ramos-Cantarrino [et al.] // Allergy Asthma Proc. — 2008. — Vol. 29. — P. 241–249.
- Comparison of symptom response following advice for a diet low in fermentable carbohydrates (FODMAPs) versus standard dietary advice in patients with irritable bowel syndrome / H.M. Staudacher, K. Whelan, P.M. Irving [et al.] // Hum. Nutr. Diet. — 2011. — Vol. 24. — P. 487–495.
- Dietary triggers of abdominal symptoms in patients with irritable bowel syndrome: randomized placebo-controlled evidence / S.J. Shepherd, F.C. Parker, J.G. Muir [et al.] // Clin. Gastroenterol. Hepatol. — 2008. — Vol. 6. — P. 765–771.
- An evidence-based position statement on the management of irritable bowel syndrome / American College of Gastroenterology IBS Task Force: L.J. Brandt, W.D. Chey, A.E. Foxo-Orenstein [et al.] // Am. J. Gastroenterol. — 2009. — Vol. 104, Suppl. 1. — P. S1–S5.
- Food intolerance and the irritable bowel syndrome / R. Nanda, R. James, H. Smith [et al.] // Gut. — 1989. — Vol. 30. — P. 1099–1104.
- Functional bowel disorders / G. Longstreth, W. Thompson, W. Chey [et al.] // Gastroenterology. — 2006. — Vol. 130. — P. 1480–1491.
- Gibson P.R. Evidence-based dietary management of functional gastrointestinal symptoms: the FODMAP approach / P.R. Gibson, S.J. Shepherd // J. Gastroenterol. Hepatol. — 2010. — Vol. 25. — P. 252–258.
- Gibson P.R. Food choice as a key management strategy for functional gastrointestinal symptoms / P.R. Gibson, S.J. Shepherd // Am. J. Gastroenterol. — 2012. — Vol. 107, № 5. — P. 657–666.
- Gibson P.R. Personal view: food for thought western lifestyle and susceptibility to Crohn's disease. The FODMAP hypothesis / P.R. Gibson, S.J. Shepherd // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2005. — Vol. 21. — P. 1399–1409.
- Glutadin-dependent neuromuscular and epithelial secretory responses in gluten-sensitive HLA-DQ8 transgenic mice / E.F. Verdu, X. Kuang, J. Natividad [et al.] // Am. J. Physiol. Gastrointest. Liv. Physiol. — 2008. — Vol. 294. — P. G217–G225.
- Gluten causes gastrointestinal symptoms in subjects without celiac disease: a double-blind randomized placebo-control trial / J.R. Biesiekierski, E.D. Newnham, P.M. Irving [et al.] // Amer. J. Gastroenterol. — 2011. — Vol. 106, № 3. — P. 508–514.
- Holzer P. Acid sensing by visceral afferent neurons / P. Holzer // Acta Physiol. (Oxf.). — 2001. — Vol. 201. — P. 63–75.
- Manipulation of dietary short chain carbohydrates alters the pattern of gas production and genesis of symptoms in irritable bowel syndrome / D.K. Ony, S.B. Mitchell, J.S. Barrett [et al.] // Gastroenterol. Hepatol. — 2010. — Vol. 25. — P. 1366–1373.
- Newnham E.D. Does gluten cause gastrointestinal symptoms in subjects without celiac disease? / E.D. Newnham // J. Gastroenterol. Hepatol. — 2011. — Vol. 26 (Suppl. 3). — P. 132–134.
- Shepherd S. Food intolerance management plan / S. Shepherd, P. Gibson. — Cumberwell: Penguin Books, 2011.
- Shepherd S.J. Fructose malabsorption and symptoms of irritable bowel syndrome: guidelines for effective dietary management / S.J. Shepherd, P.R. Gibson // Am. Diet. Assoc. — 2006. — Vol. 106. — P. 631–639.
- Talley N.J. Conquering irritable bowel syndrome / N.J. Talley. — Shelton, 2012. — 175 p.
- Verdu E.F. Can gluten contribute to irritable bowel syndrome? / E.F. Verdu // Am. J. Gastroenterol. — 2011. — Vol. 106. — P. 516–518.
- A very low-carbohydrate diet improves symptoms and quality of life in diarrhea predominant irritable bowel syndrome / G.L. Austin, C.B. Dalton, Y. Hu [et al.] // Clin. Gastroenterol. Hepatol. — 2009. — Vol. 7. — P. 706–708.
- WGO practice guideline — irritable bowel syndrome: a global perspective / Q. Eamonn, F. Michael [et al.] // World Gastroenterology Organisation, 2009.

М.Б. Щербинина, д.м.н., профессор, Медицинский центр

амбулатор

Слепое дуоденальное зондирование в современной гастроэнтерологии

Согласно статистическим данным МЗ Украины в последнее десятилетие наблюдается рост гастроэнтерологической патологии, и первые места принадлежат заболеваниям гастродуоденальной зоны и билиарного тракта (БТ). Так, в 2011 г. патология указанных отделов суммарно составила 2/3, или 63,8%, всех зарегистрированных случаев в структуре гастроэнтерологических заболеваний. При этом удельный вес гастрита и дуоденита равен 23,7%, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) — 14,7% (суммарно 38,4%), в то время как у хронического холецистита и хронического холангита он достиг 21,4%, желчнокаменной болезни (ЖКБ) — 4% (суммарно 25,4%). Таким образом, заболевания БТ широко распространены и требуют существенных затрат здравоохранения.

В настоящее время актуальность заболеваний БТ как медицинской проблемы продолжает возрастать. Исследование ассоциации ЖКБ с общей и специфической по причинам смертностью в проспективной популяционной выборке населения США (14 228 человек в возрасте 20–74 лет) показало, что у лиц с желчными камнями независимо от выполнения холецистэктомии наблюдается повышенная смертность от всех причин и от сердечно-сосудистых причин и рака, локализованного в пищеварительной системе (Ruhl С.Е., Everhart J.Е., 2011). Если взаимовлияние БТ и сердечно-сосудистых поражений реализуется посредством метаболического пути холестерина, то онкологические процессы в большей степени обусловлены нарушением ряда звеньев межорганной нервно-гуморальной регуляции, приводящей к сбою регенераторных процессов тканей желудочно-кишечного тракта.

Особое значение в этой связи придается билиарной недостаточности, под которой понимают уменьшение количества желчи и желчных кислот, поступающих в кишечник за один час после введения раздражителя (Ильченко А.А., Делюкина О.В., 2006). Это состояние неизбежно сопровождается изменением качественного состава желчи (снижением дебита основных компонентов) при часто встречающейся нормальной концентрации ее ингредентов. Изменения пула желчных кислот и нарушения их энтеропатической циркуляции, в свою очередь, формируют клиническую картину билиарной недостаточности. Анализ клинических проявлений и результатов лабораторно-инструментальных методов позволил провести сопоставление между дефицитом секреции холевой кислоты и выраженностью клинических симптомов. На этом основании билиарную недостаточность условно разделили на три степени: легкую, среднюю и тяжелую (табл.). Тяжелая степень билиарной недостаточности встречается при полном или частичном истечении желчи наружу при наружных желчных свищах или тяжело протекающих хронических гепатитах

с резко выраженной активностью и декомпенсированных циррозах печени.

Эффективность лечения пациентов с билиарной патологией в немалой степени зависит от понимания процессов желчеобразования и желчевыделения, поступления желчи и панкреатического сока в ДПК. Следует отметить, что основное физиологическое значение желчи заключается в эмульгировании жиров, активировании панкреатических и кишечных ферментов. С помощью желчи происходит всасывание жирорастворимых витаминов А, D, E, K. Желчь повышает перистальтику кишечника и оказывает бактерицидный эффект.

Основным принципом всей регулирующей системы желчеобразования и желчевыделения является разноуровневая саморегуляция. При этом существенное значение имеют гастроинтестинальные гормоны — холецистокинин (ХЦК) и секретин. ХЦК, как известно, синтезируется I-клетками ДПК, стимулирует панкреатическую секрецию, сокращение желчного пузыря, уменьшает тонус сфинктера Одди, снижает давление в билиарной системе. Секретин синтезируется в S-клетках желудка, ДПК (наибольшее количество) и тощей кишки. Этот гормон стимулирует секрецию воды, электролитов и бикарбонатов эпителием билиарных и панкреатических протоков. В печени секретин активизирует образование желчи и сокращение желчного пузыря (ЖП), вызываемое ХЦК.

В обеспечении сократительной функции ЖП ведущая роль принадлежит парасимпатическому звену вегетативной регуляции. Показано, что преобладающее большинство нервных вегетативных ганглиев стенки ЖП представлено нейронами с холинергическим типом передачи нервного импульса. Раздражение слабым электрическим током терминалов вагуса в эксперименте инициирует опорожнение ЖП и соответствующее расслабление сфинктера Одди с усилением пассажа желчи. В настоящее время является признанным, что гуморальное действие холинергических агентов, в первую очередь ХЦК, реализуется опосредованно через парасимпатические

Таблица. Классификация билиарной недостаточности по степени тяжести

Показатели	Степень тяжести билиарной недостаточности		
	легкая	средняя	тяжелая
Суммарный дебит холевой кислоты, ммоль/час	0,6-1,2	0,1-0,5	< 0,1
Абдоминальная боль, чувство тяжести в правом подреберье и подложечной области	+ / ++	++ / +++	различные варианты
Признаки астенизации, похудение	+	++	+++
Непереносимость жирной пищи	+	++	+++
Нарушения стула	склонность к запорам	хронический запор	запоры, сменяющиеся поносами
Метеоризм	+	++	+++
Симптомы гиповитаминоза жирорастворимых витаминов А, D, E, K и витаминов группы В	+	++	+++ изменения в костях, ахолические кровотечения

амбулаторного обслуговування дітей і взрослых, г. Дніпропетровськ

Зондирование: место в клинической практике

ганглионарные структуры. В частности, физиологический эффект ХЦК достигается путем инициации выброса медиатора ацетилхолина с пресинаптической мембраны синапса парасимпатического волокна. Подтверждением этому стали исследования, доказавшие, что сокращение ЖП, вызванное приемом пищи либо внутривенным введением ХЦК в дозе, соответствующей его физиологической постпрандиальной концентрации в сыворотке крови, прерывалось введением атропина или холодовой блокадой вагуса.

! Нарушения холецистики, не связанные с первично-органическими изменениями БТ, изначально несут функциональный характер. Как правило, это является первым звеном патогенетической цепи, приводящим при дальнейшем прогрессировании к патологическим изменениям БТ и нарушениям пищеварения. Поэтому устранение дискоординации моторики БТ на ранних этапах ее формирования приобретает особое значение для успешной терапии.

Одним из методов диагностики заболеваний печени, желчных путей, поджелудочной железы, ДПК и, косвенно, желудка является дуоденальное зондирование. Первые «катетеризировали» ДПК М. Einhorn (1909) и М. Gross (1910). Они использовали тонкий зонд, получивший в дальнейшем название зонда Эйнгорна. S. Meltzer (1917) и В. Lyouon (1919) разработали прием введения в ДПК дуоденального зонда и в качестве раздражителя применили 33% раствор сернокислой магнезии. В. Lyouon ввел обозначение А, В и С порций желчи.

Значение дуоденального зондового тюбажа в клинической практике активно дискутировалось в начале прошлого века. Еще в 1924 г. в журнале Arch Intern Med (Chic) была опубликована статья, автор которой проанализировал литературу за предшествующие выходу статьи три года (всего около 50 публикаций). Автор указывал, что метод находится в центре внимания медицинских кругов, широко используется в Америке и Европе.

Клиническое применение дуоденального зондирования подробно описал А.М. Левин (1929). В настоящее время метод и его модификации (этапное хромотическое дуоденальное зондирование, модифицированные зонды) используются достаточно редко, в связи с возможностью проведения других неинвазивных и более информативных методов исследования. Тюбаж без зонда, или слепое зондирование с использованием сернокислой магнезии, впервые предложенное Г.С. Демьяновым в 1948 г., до сих пор имеет широкое распространение.

Слепое зондирование — процедура, улучшающая выделение желчи и устраняющая ее застой, который часто возникает при заболеваниях ЖП. Известны различные варианты его проведения. Однако в основе процедуры независимо от модификации лежит достижение нескольких воздействий на БТ: спазмолитического (медикаментозно и/или за счет прогревания области печени), холеретического и холекинетического (путем использования желчегонного раздражителя).

Итак, тюбаж без зонда осуществляется следующим образом. Утром натощак после туалета и выполнения гигиенических процедур пациент ложится на правый бок, положив на область печени теплую грелку. Через 45 мин больной встает, принимает

в теплом виде выбранный желчегонный раздражитель и вновь ложится на правый бок с грелкой на область печени еще на 45 мин. Для повышения эффективности процедуры в течение вторых 45 мин рекомендуется дважды вставать (каждые 15 мин) для выполнения нескольких простых физических упражнений (дыхательные упражнения, приседания, наклоны туловища вбок, вперед-назад).

В качестве желчегонного раздражителя используются средства, относящиеся к группе холекинетиков, которые повышают тонус ЖП и снижают тонус желчных путей, в результате чего желчь выходит в просвет кишечника. Для достижения рефлекса ЖП предложено много различных раздражителей: оливковое масло, сорбит (Fiatkowski G. и Zaigner J., 1963), 10% раствор поваренной соли (Пафес Ю.И. и Мезенцев Г.А., 1965), ксилит (Шелекетина И.И., 1969), питуитрин Р в дозе 1-2 мл (Ногаллер А.М., 1969) и др.

На практике в настоящее время для проведения процедуры используют дегазированную минеральную воду, сернокислую магнезию, сорбит, ксилит, отвар желчегонных трав, растительное масло, мед, яичные желтки. Врач должен выбрать средство, которое больше подходит данному пациенту. Например, сернокислая магнезия эффективно сокращает ЖП, но может обострить хронический колит у пациентов, имеющих проблемы с кишечником. В этом случае лучше назначить ксилит, сорбит, яичные желтки. Больным, у которых диагностирован хронический панкреатит, не рекомендуется проводить слепое зондирование с растительным маслом, так как при этом возможно обострение заболевания. Нельзя использовать средства, вызывающие аллергические реакции у пациента. Это могут быть яйца, мед, растительное масло, отвар желчегонных трав и др.

Любой желчегонный раздражитель необходимо принимать в подогретом виде (38-40°C). Ниже приведены возможные варианты и дозировка для взрослых:

- 0,5-1 стакан (1-1,5 стакана) дегазированной минеральной воды. При этом используют воды малой и средней минерализации типа Славяновская, Смирновская, Боржоми, Нарзан, Арзни, Поляна Квасова, Эссентуки № 17, Миргородская и др. Для усиления желчегонного эффекта можно добавить 1-2 чайные ложки сернокислой магнезии или соли «Барбара». Однако надо учитывать, что солевые слабительные при длительном использовании раздражающе действуют на слизистую оболочку кишечника, поэтому их применение должно быть ограничено 5-6 процедурами;
- 75-150 мл 25-33% раствора сернокислой магнезии;
- 2-4 столовые ложки сорбита, растворенного в 0,5 стакана воды;
- 1/2-1/4 стакана 20% раствора ксилита;
- 50-100 мл любого растительного масла, лучше оливкового. Масло нужно пить небольшими глотками, чтобы не возникло ощущение тошноты, и понемногу запивать теплой водой или слабым чаем, лимонным соком без мякоти (до 100 мл);
- 1 столовая ложка меда, растворенного в 0,5 стакана воды;
- «гоголь-моголь» — для приготовления берется 1-2 диетических яйца здоровых кур, отделяются желтки, на каждый желток добавляется 1 столовая ложка сахарного песка и 1 чайная ложка меда, смесь растирается до растворения сахара и подогревается.



М.Б. Щербина

На водных курортах используют следующие модификации метода.

1. Простой тюбаж (минеральной водой без добавления желчегонных веществ): утром натощак пациент выпивает медленно небольшими глотками 200-300 мл теплой (40-45°C) минеральной воды и ложится на правый бок с теплой грелкой на 40-50 мин, затем выпивает второй стакан воды и принимает прежнее положение на 40-60 мин.

2. Тюбаж с добавлением желчегонных веществ: натощак больной выпивает небольшими глотками стакан теплой минеральной воды, в которую добавляют 1 десертную ложку карловарской соли или соли «Барбара», сернокислой магнезии, ксилита или сорбита. В остальном методика выполнения аналогична вышеописанной, но во второй стакан воды желчегонные средства не добавляют.

3. Комбинированный (сложный тюбаж): пациент натощак принимает 10-20 г ксилита или сорбита, разведенного в 100-150 мл теплой воды, затем ложится на правый бок на грелку на 40 мин. После этого больной принимает 50 г растительного масла (оливкового или подсолнечного), а еще через 30-40 мин — 2 сырых желтка, которые можно заменить желчегонными препаратами.

В результате слепого зондирования стимулируется более энергичное сокращение ЖП, обеспечивается удаление из желчевыводящих путей и печени патологически измененной желчи, микробов, солей холестерина и билирубина в виде песка, устраняется застой в желчных ходах и протоках поджелудочной железы. После процедуры имеет место послабление стула за счет стимуляции кишечника выделившейся из ЖП желчью и/или солевых слабительных. Процедура считается эффективной, если пациент отмечает уменьшение тяжести и дискомфорта или появление некоторой легкости в правом подреберье, при регулярном проведении — стул становится более регулярным, ликвидируется метеоризм.

Принимать пищу после слепого зондирования рекомендуется через 1-1,5 ч. В этот день не следует переизбыток, рекомендуется воздержаться от кофе, белковой и жирной пищи, пить побольше жидкости. На следующий день возвращаются к обычному режиму.

Продолжительность курса определяется индивидуально. Обычно беззондовый тюбаж проводят в начале лечения 1 раз в неделю (1 мес); затем частота проведения уменьшается — 1 раз в 2 нед (1 мес) и 1 раз в месяц в течение полугодия.

Перед назначением курса слепого зондирования пациент должен быть обследован. С помощью лабораторно-инструментального комплекса проводят оценку общего состояния больного и состояния органов ЖКТ, наличие глистных инвазий (лямблиоз, аскаридоз, токсокароз, описторхоз) и хронических вирусных гепатитов В и С. Выявление последних диктует соответствующее лечение.

К общим противопоказаниям для проведения беззондового тюбажа относят все заболевания в острой стадии и состояния,

требующие стационарного лечения, злокачественные новообразования, болезни крови, психические заболевания, беременность независимо от срока, период менструации у женщин. Из заболеваний ЖКТ противопоказаниями служат эрозивно-язвенные поражения в любом отделе, декомпенсированные поражения печени, желтуха, склонность к поносам, врожденные и возникшие в результате заболеваний или после оперативных вмешательств нарушения анатомических структур (сужения, стриктуры).

Что касается выполнения беззондового тюбажа при ЖКБ — единого мнения нет, однозначным противопоказанием является наличие приступов желчной колики. Ультразвуковое исследование БТ позволяет исключить острые воспалительные процессы в виде острого холецистита, холангита, вклинивания желчного камня в шейку ЖП или ущемление желчного камня в протоках, а также другие ситуации, связанные с хирургической патологией и являющиеся абсолютным противопоказанием.

При обсуждении этой темы всегда возникает вопрос: не может ли слепое зондирование с усилением выведения желчи привести к движению камней либо вклиниванию камня в шейку ЖП, либо застреванию камня в желчном протоке с развитием «острого живота»? Может. Однако с такой же частотой, как при проведении процедуры, эти состояния могут возникнуть у пациента с ЖКБ в любой момент. Напомним, мощнейшим физиологическим стимулятором, вызывающим сокращение ЖП и выделение желчи в кишечник, является пища. Интенсивное движение желчных камней может вызвать обычное физическое движение. Поэтому так важно при заболеваниях БТ своевременное проведение профилактических мероприятий.

В то же время нельзя не согласиться, что при ЖКБ относиться к слепому зондированию нужно с осторожностью. Даже при наличии «немых» камней и песка до начала проведения процедур рекомендуется пройти курс медикаментозной литотрипсии, основанный на применении урсодезоксихолевой кислоты в сочетании со спазмолитическими средствами.

Для профилактики появления во время слепого зондирования боли в правом подреберье, связанной с чрезмерно интенсивными сокращениями ЖП или отхождением солей в виде кристаллов и мелких желчных камней, накануне проведения процедуры и утром, в день процедуры, натощак рекомендуется принять спазмолитическое средство.

Выполнение данной процедуры показано в случае хронических заболеваний печени и желчных путей, сопровождающихся застоем желчи и формированием билиарной недостаточности, при запорах. Есть наблюдения, показывающие ее эффективность у пациентов с избыточной массой тела. При проведении слепого зондирования происходит уменьшение вязкости желчи, увеличение щелочности и содержания в ней билирубина, повышение холатохолестеринового коэффициента и относительной плотности, улучшение моторной функции ЖП. Таким образом, после проведения процедуры наблюдается уменьшение застоя желчи и одновременно улучшение функционального состояния печени, поджелудочной железы и других органов системы пищеварения. Это положительным образом сказывается на состоянии больного.

Следует помнить, что беззондовый тюбаж не излечивает от указанных заболеваний, а является одним из методов, улучшающих состояние БТ, позволяет улучшить нарушенное пищеварение и осуществить профилактику осложнения ряда хронических рецидивирующих заболеваний пищеварительной системы.