

Александр Геннадьевич Елисеев

Лечебное питание при холецистите и панкреатите



Александр Геннадьевич Елисеев

Лечебное питание при холецистите и панкреатите

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=6181041

Лечебное питание при холецистите и панкреатите: Научная книга;
2013

Аннотация

«Пища относится к факторам внешней среды, оказывающим мощнейшее воздействие на организм, причем это воздействие может быть как позитивным, так и негативным. Все, что человек съедает, сначала расщепляется, затем всасывается в виде микроскопических частиц и разносится током крови по организму. Процессы роста, само развитие организма и сохранение здоровья напрямую определяется рациональным, сбалансированным питанием. При заболевании изменяется обмен веществ в организме, поэтому изменение характера питания способно улучшать обмен веществ и активно воздействовать на течение болезни».

Содержание

Введение	5
Холецистит	10
Анатомия и физиология желчного пузыря	11
Общие сведения о заболевании	15
Причины развития холецистита	16
Классификация холецистита	19
Клиника холецистита	21
Конец ознакомительного фрагмента.	25

Елисеев Александр

Геннадиевич

Лечебное питание при

холецистите и панкреатите

Все права защищены. Никакая часть электронной версии этой книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, включая размещение в сети Интернет и в корпоративных сетях, для частного и публичного использования без письменного разрешения владельца авторских прав.

Введение

Основоположник медицины древнегреческий ученый Гиппократ (годы жизни около 460–377 гг. до н. э.) говорил: «Пусть ваша пища будет вашей медициной, а вашими лекарствами станет пища». Знаменитый восточный ученый и врач Авиценна (Абу Али Ибн Сина, годы жизни 980–1037 гг. до н. э.) в своем основном труде «Канон врачебной науки» подчеркивал значение «лекарственной пищи». Академик А. А. Покровский, ведущий отечественный диетолог, автор концепции сбалансированного питания, считает, что действие компонентов пищи на организм сопоставимо с действием фармакологических лекарственных средств.

Пища относится к факторам внешней среды, оказывающим мощнейшее воздействие на организм, причем это воздействие может быть как позитивным, так и негативным. Все, что человек съедает, сначала расщепляется, затем всасывается в виде микроскопических частиц и разносится током крови по организму. Процессы роста, само развитие организма и сохранение здоровья напрямую определяется рациональным, сбалансированным питанием. При заболевании изменяется обмен веществ в организме, поэтому изменение характера питания способно улучшать обмен веществ и активно воздействовать на течение болезни.

Коротко концепцию сбалансированного питания можно

сформулировать так: для нормальной жизнедеятельности организма недостаточно обеспечивать его только необходимым количеством энергии и белков (строительного материала), следует также вводить в рацион незаменимые факторы питания и соблюдать необходимый баланс всех веществ, поступающих с пищей. К незаменимым факторам питания относятся незаменимые аминокислоты (составные части белков), витамины, которые сам организм не в силах создавать, некоторые жирные кислоты, минеральные вещества и микроэлементы. Между незаменимыми факторами питания существуют достаточно строгие взаимоотношения, нарушения которых влечет за собой сначала изменение физиологического состояния организма, обменные расстройства, а затем и болезни. На основании концепции сбалансированного питания разработаны необходимые пропорции отдельных веществ в пищевых рационах.

Представляем основные недостатки питания, характерные для современного человека и способные приводить к болезням:

- избыточное калорийное питание, не соответствующее образу жизни (чаще всего в сочетании с низкой физической активностью);
- употребление слишком жирной пищи;
- повышенное содержание в пищевом рационе поваренной соли (особенно с консервами, маринадами, копченостями и другими заготовками);

- избыточное потребление сахара, сладостей и сладких напитков;
- низкое содержание пищевых волокон;
- недостаточное потребление овощей, фруктов, плодов и ягод;
- дефицит кисломолочных продуктов;
- однообразное питание;
- нарушение режима питания (нерегулярность), а также быстрая, поспешная еда;
- питание, не соответствующее возрасту (пожилые люди при невысокой энергетической потребности употребляют избыточное количество высококалорийной пищи).

По данным Института питания РАМН (Российская Академия медицинских наук) повседневный рацион многих, если не большинства россиян, по основным компонентам сбалансирован неправильный, в нем преобладают энергоемкие продукты: хлеб, картофель, мучные (в том числе сладкие кондитерские) изделия, жиры животного происхождения. Одновременно в пищевом рационе недостает продуктов, содержащих незаменимые аминокислоты, полиненасыщенные жирные кислоты, пищевые волокна, витамины и минеральные вещества. Отмечается, что ежедневный рацион стал богаче по вкусовым ощущениям, но менее сбалансированным по составу, он чрезмерно калориен, но не обеспечивает организму необходимое количество нужных компонентов.

Значение лечебного питания в терапии различных забо-

леваний с течением времени не только не уменьшается, но, напротив, возрастает. Этот феномен объясняется несколькими обстоятельствами: пища и ее компоненты способны оказывать непосредственное повреждающее действие на органы пищеварения; длительное применение лекарственных препаратов при хронических заболеваниях с частыми обострениями нередко приводит к ухудшению деятельности желудка, поджелудочной железы, желчного пузыря, вызывая различные расстройства пищеварения; длительная лекарственная терапия закономерно снижает лечебный эффект медикаментов, а в ряде случаев приводит к возникновению новых патологических состояний, чаще всего к расстройствам желудочно-кишечного тракта и к аллергическим болезням. Значительно повышает роль лечебного питания также экологическое неблагополучие и частые стрессы (характерная черта современности).

Современная диетология позволяет добиться, чтобы лечебные рационы соответствовали тем нарушениям в организме, которые развиваются при той или иной болезни. Такой подход способствует устранению обменных расстройств, вызванных заболеванием, нормализует течение химических реакций и восстанавливает измененные функции органа, обусловленных данной болезнью. Лечебное питание способно воздействовать на биохимические процессы организма аналогично лекарственному средству.

На основании знаний о нормальной потребности организ-

ма в энергии и необходимых компонентах пищи здорового человека в рацион больного вносятся коррективы в соответствии с диагнозом заболевания, особенностями обменных нарушений, течением болезни, ее стадией. Коррективы вносятся путем изменения количества и пропорций пищевых компонентов, необходимых при данной болезни. Самый простой пример – ограничение поваренной соли в рационе больных гипертонической болезнью приводит к снижению артериального давления. Особенно велико значение диетического питания в лечении и профилактике заболеваний пищеварительной системы. А при некоторых заболеваниях (например, у пациентов с наследственной непереносимостью фруктозы и галактозы) диетотерапия является единственным обоснованным методом лечения.

Холецистит

Холецистит (cholecystitis; от греч. chole – «желчь» + kystis – «пузырь» + itis) – воспаление желчного пузыря.

Различают острый и хронический холецистит. При острой форме болезни происходит воспаление слизистой оболочки желчного пузыря, появляются выраженные боли в животе, развиваются симптомы интоксикации (от греч. toxikon – «яд, отравление»). Хронический холецистит помимо симптомов отличает рецидивирующее течение (от рецидив – повторение), атрофия и склероз стенок желчного пузыря, расстройство его двигательной функции, изменения физических и химических свойств желчи.

Анатомия и физиология желчного пузыря

Желчный пузырь (vesica fellea) представляет собой достаточно тонкостенный полый мышечный орган пищеварительной системы, в котором происходит накопление желчи, повышение ее концентрации и из которого периодически (во время приема пищи) желчь поступает в общий желчный проток и в двенадцатиперстную кишку. Кроме того, желчный пузырь как часть желчевыделительной системы регулирует и поддерживает на необходимом уровне давление желчи в желчных путях.

Желчный пузырь располагается на нижней поверхности печени в соответствующей ямке (ямке желчного пузыря). Обычно он имеет грушевидную, реже коническую форму. У людей высоких, хрупкого телосложения с тонкими костями (у астеников) форма желчного пузыря чаще бывает продолговатой, вытянутой или веретенообразной, у людей невысокого роста, крепкого сложения с широкой костью (у пикников) – мешкообразной, округлой. Длина желчного пузыря колеблется в пределах 5–14 см, в среднем составляя 6–10 см, его ширина достигает 2,5–4 см, а емкость 30–70 мл. Однако стенка желчного пузыря легко растяжима, он может вмещать до 200 мл жидкости.

В желчном пузыре выделяют следующие анатомические

части: дно – наиболее широкую часть, тело и шейку – суженную часть. Желчный пузырь имеет две стенки: верхняя прилегает к нижней поверхности печени, нижняя стенка более свободная, она может соприкасаться с желудком и двенадцатиперстной кишкой.

После приема пищи желчный пузырь в области дна и тела начинает сокращаться, а его шейка в это время расширяется. Затем наступает сокращение всего желчного пузыря, в нем повышается давление и порция желчи выбрасывается в общий желчный проток.

Продолжительность сокращения желчного пузыря зависит от количества в пище жира – чем больше жира содержит пища, тем длительнее пузырь будет находиться в сокращенном состоянии. Из повседневных пищевых продуктов более всего способствуют выделению желчи яичные желтки, животные жиры и растительные масла. Желчный пузырь у мужчин опорожняется быстрее, чем у женщин; также быстрее происходит его опорожнение у людей старше 50 лет, чем у молодых. Период выброса желчи сменяется периодом наполнения ее пузыря. Выброс желчи днем связан с приемом пищи. В ночные часы происходит наполнение пузыря желчью. В норме при пищеварении желчный пузырь совершает энергичные ритмические и тонические сокращения, но при патологии развивается дискинезия (от лат. *dis* – «не», и от греч. *kinema* – «движение») – несогласованное, несвоевременное, недостаточное или чрезмерное сокращение желчного пузы-

ря. Дискинезия может протекать по двум вариантам (типам): гиперкинетическом (от греч. *huper* – «над, сверху») и гипокинетическом (от греч. *huro* – «под, внизу, снизу»), т. е. движения могут быть избыточными (гипер) или недостаточными (гипо).

Желчь вырабатывается клетками печени непрерывно. Вне пищеварения печеночная желчь поступает в желчный пузырь и там концентрируется (сгущается). Во время приема пищи желчный пузырь опорожняется и в течение 30–45 мин остается в сокращенном состоянии. В этот период в его просвет поступают вода и электролиты, желчный пузырь таким образом как бы отмывается, освобождается от лишних накопившихся в нем частиц.

Желчь представляет собой вырабатываемый печеночными клетками секрет желтовато-коричневого цвета жидкой консистенции. В нормальных условиях количество желчи, вырабатываемой печенью за сутки, может достигать 1,5 тыс. – 2 тыс. мл. Желчь имеет довольно сложный состав, она содержит желчные кислоты, фосфолипиды (липиды – жиры), билирубин, холестерин и другие компоненты и играет важную роль в физико-химической обработке пищи и прежде всего в переваривании и всасывании жира.

Образование и выделение желчи выполняет в организме две важнейшие функции:

– пищеварительную – компоненты желчи (прежде всего желчные кислоты) жизненно необходимы для переварива-

ния и всасывания пищевого жира;

– выведение из организма токсических веществ, которые не могут быть нейтрализованы путем переработки и не выводятся наружу почками.

В составе желчи могут удаляться из организма разные вредные соединения, в том числе лекарственные.

Общие сведения о заболевании

Медицинская статистика свидетельствует, что от воспаления желчного пузыря страдает до 10 % взрослого населения большинства стран мира. Женщины болеют холециститом в 3–4 раза чаще мужчин. Помимо пола распространенность заболевания имеет прямую связь с возрастом и весом тела: чаще холецистит выявляется у тучных и немолодых лиц, а к 60 годам приблизительно у 30 % женщин обнаруживаются камни желчного пузыря.

Причины развития холецистита

Возникновение и последующее развитие воспалительного процесса желчного пузыря могут вызывать несколько факторов, среди которых ведущее значение принадлежит инфекции (от лат. *infectio* – «заражение») и желчнокаменной болезни, самостоятельное значение имеют также застой желчи, паразиты (лямблии) желчного пузыря и другие причины. Если же иметь в виду бескаменный холецистит (т. е. исключить желчнокаменную болезнь), то именно инфекция в подавляющем числе случаев служит причиной его развития. Микроорганизмы в желчный пузырь попадают из больных зубов (кариес), уха (отит), небных миндалин (хронический тонзиллит), придаточных пазух носа (гайморит) и других очагов хронической инфекции. Холецистит нередко развивается после аднексита (воспаление придатков матки), аппендицита, тяжелого пищевого отравления.

Камни (конкременты) внутри желчного пузыря и их перемещение приводят к механическому повреждению слизистой оболочки, способствуют поддержанию воспалительного процесса и нарушают эвакуацию желчи из пузыря в протоки. Травмируя внутреннюю стенку желчного пузыря, камни крупных размеров вызывают образование эрозий и язвений слизистой оболочки с последующим формированием спаек и деформаций желчного пузыря. Все эти про-

цессы способствуют инфицированию и длительному сохранению микробов в полости пузыря.

Важнейшим фактором, способствующим развитию хронического холецистита, является застой желчи. Причиной застоя желчи может быть несколько: дискинезия желчных путей, врожденная аномалия (деформация) выходного отдела желчного пузыря, воспаление, образование камня, беременность, малоподвижный образ жизни, сопутствующие заболевания. При этом происходит изменение физических и химических свойств желчи, в частности, снижается ее бактерицидная (противомикробная) способность, одновременно создаются условия для дальнейшего развития воспалительного процесса. Застой желчи приводит к повышению давления в желчном пузыре, его растяжению, нарастанию отека стенки, сдавлению кровеносных сосудов и нарушению циркуляции крови в стенке, что в итоге повышает интенсивность воспалительного процесса. Повышение вязкости желчи способствует также формированию желчных камней.

Нередко у больных холециститом при обследовании (дуоденальном зондировании) обнаруживаются паразитарные заболевания – лямблиоз, опистархоз, аскаридоз.

Вследствие расстройств двигательных функций желчных путей и изменения свойств желчи развитию холецистита способствуют болезни пищеварительной системы – гепатит (воспаление печени), дуоденит (воспаление двенадцатиперстной кишки).

Более редко холецистит развивается вследствие травмы живота в области правого подреберья, сепсиса, ожогов.

В развитии патологии желчного пузыря установлена роль наследственного предрасположения. Итак, предрасполагающими факторами патологии желчного пузыря служат: принадлежность к женскому полу, избыточный вес, возраст (более 60 лет), нерациональное питание (чрезмерная калорийность пищи, употребление повышенного количества жирных сортов мяса и рыбы, животных жиров, мучных блюд при одновременном дефиците в пищевом рационе овощей), злоупотребление алкоголем, нерегулярное питание, низкая физическая активность, неблагоприятная наследственность, длительный прием некоторых лекарственных средств (клофибрат – противосклеротический препарат, противозачаточные и некоторые другие препараты), сахарный диабет, болезни поджелудочной железы и кишечника.

Классификация холецистита

Различают острый и хронический холецистит. Если острый холецистит ограничивается поверхностным воспалением стенки желчного пузыря и весьма острыми, но проходящими симптомами, то хронический холецистит протекает с выраженным изменением стенки желчного пузыря, нарушением циркуляции желчи, изменением ее состава и свойств, и продолжается более шести месяцев.

Часто холецистит вызывается проникновением инфекции. В зависимости от путей проникновения микроорганизмов различают:

- восходящий холецистит, когда микробы поднимаются из двенадцатиперстной кишки;
- нисходящий – в случае проникновения микробов в пузырь сверху из печени;
- гематогенный (от греч. *haima* = *haimatus* – «кровь»), когда микроорганизмы для передвижения используют кровеносные сосуды;
- лимфогенный развивается при использовании микробами лимфатических сосудов.

В связи с тем что воспаление желчного пузыря может происходить как при наличии в нем камней, так и без них, и эти две формы имеют значительные отличия, то принято выделять калькулезный (каменный) и некалькулезный (бескамен-

ный) холецистит.

В течение хронического холецистита выделяют:

– фазу обострения;

– фазу затухающего обострения, когда часть симптомов заболевания исчезла, а другая часть выражена слабо по сравнению с периодом обострения;

– фазу ремиссии, в которой симптомы болезни отсутствуют и пациент нередко ощущает себя практически здоровым.

Клиника холецистита

Основными клиническими проявлениями воспаления желчного пузыря являются: боль в верхних отделах живота и тяжесть в области правого подреберья, диспептические симптомы (тошнота, рвота, горечь во рту, изжога и др.), повышение температуры тела, склонность к запорам, кожный зуд. Все перечисленные симптомы характерны для острого холецистита или для обострения хронического.

Для бескаменного холецистита более типичны тупые ноющие боли в правом подреберье после приема жирной, жареной пищи, отдающие (иррадиирующие) в правую лопатку или ключицу, реже в угол нижней челюсти справа. Калькулезный холецистит в типичном случае проявляется желчной (печеночной) коликой. Желчная колика – это интенсивная приступообразная боль в правом подреберье, возникающая после погрешности в диете (употребление жирной, жареной пищи) или после тряской езды.

На проявления холецистита влияет также функциональное состояние желчного пузыря. Дискинезия желчного пузыря означает нарушение его двигательной активности – несогласованное, несвоевременное, недостаточное или чрезмерное сокращение желчного пузыря. Дискинезия может протекать по гипертоническому или гипотоническому типу. Холецистит, протекающий с дискинезией по гипертоническому

му типу, чаще проявляется приступами типичной желчной колики (сильные приступообразные боли в правом подреберье), тогда как при дискинезии по гипотоническому типу клинические проявления выражены скромнее – боли в правом подреберье носят тупой ноющий характер, связаны с приемом жирной, жареной пищи, алкоголя, сопровождаются тошнотой, горечью во рту и другими диспептическими симптомами, урчанием в животе и нарушением стула (чаще запором).

Симптомы острого холецистита. Заболевание начинается остро с приступа боли в правом подреберье (как и обострение хронического холецистита), часто внезапно на фоне кажущегося благополучия. В других случаях приступу болей в течение нескольких дней могут предшествовать тяжесть в подложечной области, горечь во рту, тошнота. Приступ заболевания провоцируется, как правило, погрешностями в диете, физическими или эмоциональными нагрузками. Основным проявлением острого холецистита является болевой синдром. Боли в типичном случае носят характер желчной колики – приступ начинается внезапно, чаще ночью, проявляется резкими схваткообразными болями в правом подреберье, которые отдают под правую лопатку, в правое плечо, в правую ключицу, поясницу, правую половину шеи и лица. При вовлечении в процесс поджелудочной железы боль может находиться в левом подреберье и носить опоясывающий характер. Редко боли могут иррадиировать

в левую половину грудной клетки и сопровождается нарушением сердечного ритма. Боль может быть настолько сильной, что больные иногда теряют сознание. Продолжительность болевого приступа колеблется от нескольких дней до 1–2 недель. Со временем интенсивность болей снижается, они становятся постоянными, тупыми, периодически усиливающимися. Боль при остром холецистите обусловлена в основном нарушением оттока желчи, воспалительным отеком и растяжением желчного пузыря.

Болевой синдром сопровождается тошнотой и рвотой, которые, как правило, не приносят облегчения. Часто у больных острым холециститом отмечаются повышение температуры тела, метеоризм и запоры. При прогрессировании болезни температура может повышаться до 38–40 °С, одновременно появляется озноб, значительно ухудшается общее состояние, появляются слабость, головная боль, развивается интоксикация. Острый холецистит может сопровождаться желтухой. Продолжительность острого холецистита, протекающего без осложнений, колеблется от 2–3 недель до 2–3 месяцев.

Осложнения острого холецистита. К наиболее серьезным осложнениям острого холецистита относятся: эмпиема желчного пузыря, перфорация (прободение) с последующим развитием желчного перитонита, панкреатит (воспаление поджелудочной железы), холагнит (воспаление желчевыводящих путей).

Симптомы хронического холецистита. Хроническое воспаление желчного пузыря может возникать самостоятельно или быть исходом острого холецистита. Клинические проявления зависят от периода заболевания (обострение или ремиссия), наличия или отсутствия конкрементов и осложнений, типа сопутствующей дискинезии желчевыводящих путей.

Ведущим симптомом обострения хронического холецистита является боль. Боль появляется, как правило, в связи с употреблением жирной, жареной пищи или алкоголя, реже приступ развивается в связи с эмоциональным перенапряжением, активной тряской ездой, сопровождающейся сотрясением тела, а также в связи с охлаждением или курением.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.