

А. Й. Лабінський, Г. Б. Лабінська

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
МОЗ України, 79070 Львів*

ВІЛЬНИЙ РЕЖИМ ХАРЧУВАННЯ НА ВИМОГУ В ЛІКУВАННІ ПОСТПРАНДІАЛЬНОГО ДИСТРЕС-СИНДРОМУ (за даними копрологічних методів оцінки харчування)

Вивчали вплив інноваційної дієти з вільним режимом харчування за вимогою лікування хворих на постпрандіальний дистрес-синдром. Раціон збагачували баластними та жовчогінними речовинами з мануальним масажем зони хребта, яка відповідає за іннервацію епігастральної ділянки. У призначеній дієті дотримувались принципу роздільного харчування, який передбачав окреме вживання білкової та вуглеводної їжі (без їх змішування). Призначали вільний прийом їжі без жодного режиму при настанні стійкого почуття голоду. Проводили копрологічний аналіз калу до переведення пацієнтів на інноваційну дієту і режим та через десять діб після нього. Проводилося в основному мікроскопічне дослідження калу. Досліджувалися залишки неперетравленої їжі, наявність або відсутність м'язової і сполучної тканини, вміст жиру та жирних кислот, крохмалю. Після переведення на інноваційну дієту в усіх пацієнтів спостерігалося покращення самопочуття та об'єктивного стану. У більшості з них повністю зникли патологічні симптоми. При мікроскопії калу спостерігали різке зниження кількості пацієнтів з підвищеним вмістом неперетравлених решток їжі та жирів (до 32 %). Інноваційна дієта з вільним режимом харчування "за біоритмами" може ефективно застосовуватися при лікуванні функціональних розладів травлення.

Ключові слова: вільний режим, роздільне харчування, постпрандіальний дистрес-синдром, копрологічне дослідження.

Кожний четвертий мешканець розвинутих країн скаржиться на довготривалий біль та дискомфорт у верхніх відділах живота. Як свідчать літературно-статистичні дані, поширеність функціональних гастроентерологіч-

них розладів серед населення світу висока та коливається від 19 до 41 %. Але за медичною допомогою звертається тільки частина хворих [1, 3, 10]. Функціональні розлади травлення загалом та постпрандіальний дистрес-синдром, зокрема проявляється диспептичним або больовим синдромами в епігастральній ділянці при відсутності запальних деструктивних та інших морфологічних змін верхніх відділів травного тракту. Складні механізми функціональних розладів пов'язані з тим, що гастродуоденальна зона представляє собою перехрестя шляхів, на якому зустрічаються 3 різних потоки: харчової маси, закисленої та обробленої шлунковим вмістом; соку підшлункової залози, бікарбонати якого залужують поступаючий із шлунка хімус, а ферменти надзвичайно активно продовжують травну функцію; жовчі, яка забезпечує активацію ліпази підшлункової залози, емульгацію жирів та рухову активність дванадцятипалої кишки. Взаємодія цих основних потоків регулюється складними механізмами гормональної та нервової системи (ролі серотонінергійної сигнальної системи та гормонального профілю хворого: соматостатин, мотилін, гастрин, секретін, холецистокінін-панкреозимін та ін.). Сила замикання пілоричного отвору залежить від ступеня закислення вмісту шлунка. Порушення надходження їжі в кишечник також можливе при спастичному скороченні м'язів, затримці виділення соку підшлункової залози та жовчі.

Щодо порушень надходження їжі в кишечник є модифікована нами теорія, яка базується на механізмах зміни біологічного ритму настання стійкого почуття голоду, а саме на готовності шлунково-кишкового тракту приймати і розщеплювати їжу. Коли людина вживає їжу без попереднього стійкого почуття голоду, а тільки тому, що настав час обіду або вечері, або "за компанію" в організмі не відбувається процесу перистули, екскреції травних залоз та повного розщеплення окремих інгредієнтів їжі [4, 9]. Таке явище може спостерігатись внаслідок тимчасового гальмування умовного рефлексу, виробленого на певну годину режиму харчування другою сигнальною нервовою системою під впливом емоційно-психологічного біоритму при несприятливих соціальних факторах. У людей на відміну від ссавців добре розвинута друга сигнальна нервова система, яка працює не тільки за умовними рефлексами, а в більшій мірі за складними психологічно-інформаційними біоритмами [5]. Найпростішим прикладом такого біоритму є інформація (частіше негативного плану при соціальних негараздах в суспільстві), яка викликає такі еферентні імпульси другої сигнальної нервової системи, які тимчасово змінюють умовний рефлекс прийняття їжі і такої людині не хочеться їсти хоча і настав час обіду. В такому разі не слід приймати їжу, так як організм більше потратить калорій на виведення нерозщеплених речовин з організму, ніж мав би отримати від спожитої їжі. Звідси впливає правило: вживати їжу тільки при настанні стійкого почуття голоду. Саме ці міркування лягли в основу наших досліджень.

Обстежувані та методи. Під нашим спостереженням знаходилося 57 хворих на постпрандіальний дистрес-синдром віком від 32 до 55 років. Усі пацієнти скаржилися на біль або відчуття дискомфорту в над-

черевній ділянці: неприємні відчуття тривалої затримки їжі в шлунку ("стоїть шлунок", "зупинився шлунок"), почуття важкості або переповнення шлунка незалежно від об'єму прийнятої їжі. З об'єктивних клінічних проявів частіше спостерігалися болючість при пальпації в епігастральній ділянці, нерідко вона локалізувалася відповідно проекції антрального відділу шлунка, без наявності змін при глибокому дослідженні пацієнта. Діагноз встановлювався тільки тоді, коли виключалась можливість органічної патології, яка могла проявлятися диспептичними симптомами. Тому пацієнтів підбирали після проведеної фіброгастроскопії та уреазного тесту. Крім цих основних досліджень, які дозволяють провести диференційний діагноз між морфологічними змінами та функціональними порушеннями шлунка, враховували наявність так званих симптомів тривоги, які виключають діагноз функціональних розладів згідно з Римськими критеріями. Тобто в обстежених пацієнтів не спостерігалось підвищення температури тіла, лихоманки, немотивованого схуднення, прогресуючої дисфагії, ознаки анемії, калових мас чорного кольору чи інших ознак наявності крові у випорожненнях пацієнта, зміни в загальному аналізі крові (зниження рівня гемоглобіну, наявність лейкоцитозу, прискореної швидкості осідання еритроцитів. Але в більшості випадків патологію супроводжували різні невротичні розлади (депресія, іпохондрія, астенія та порушення мозкового кровообігу в виді початкових проявів транзиторних ішемічних атак). У всіх хворих спостерігались відчуття неприємного постпрандіального переповнення після прийому звичайної кількості їжі та швидке перенасичення, що випереджає закінчення регулярного прийому їжі. Ці прояви були щоденні протягом останніх 3 місяців з початком захворювання не менше 6 місяців. У більшості спостерігалось здуття живота у верхній його ділянці або постпрандіальна нудота, або значна відрижка. У декількох пацієнтів спостерігався періодичний біль, який мав інколи гострий характер, але без ретростерального компонента. Найчастіше їжа індукувала або зменшувала біль. Лікування в класичних випадках проводиться комплексно і включає режим харчування, передбачає 6-кратний прийом їжі, лікування невротичних розладів та медикаментозну терапію, спрямовану на нормалізацію функціонального стану шлунка та кишечника. Але, враховуючи те, що таке лікування в багатьох випадках є неефективне, ми вирішили застосувати інноваційне нетрадиційне лікування в виді переводу хворих на інший режим харчування, а саме вільний прийом їжі без жодного режиму при настанні стійкого почуття голоду [4, 9]. В окремих пацієнтів стійке почуття голоду наступало лише один раз в день у різні години кожного дня, що пацієнти пов'язували з мінливими умовами роботи та стресовими ситуаціями. У всіх пацієнтів відміняли психотропні засоби та інші препарати різної фармакологічної спрямованості. Також відміняли кислотосупресивну терапію, так як вона залишається малоефективною. Використання блокаторів H_2 -гістамінових рецепторів (фамотидін, низатидін, рексатидін та ін.) не перевищує рівня плацебо [8]. Замість прокінетиків, які безпосередньо впливають на один з основних механізмів диспепсії —

порушення моторної функції шлунка — ми застосували немедикаментозну стимуляцію перистальтики шляхом збільшення в раціоні баластних та жовчогінних речовин з мануальним масажем зони хребта, яка відповідає за іннервацію епігастральної ділянки. У призначеній дієті дотримувались принципу роздільного харчування, який передбачав окреме вживання білкової та вуглеводної їжі (без їх змішування), причому після вживання вуглеводної їжі допускалась перерва до 20 хвилин, а після білкової — до 2–3 годин.

Усім хворим до призначення інноваційного режиму харчування і через тиждень після переходу на інший режим проводився копрологічний аналіз, який дозволяє оцінити стан мікрофлори кишечника, перетравлюючу здатність і ферментну активність шлунка, підшлункової залози і кишечника, роботу жовчного міхура, швидкість проходження їжі по травному тракту, наявність запальних процесів у кишечнику. Зразки калу отримували при природній дефекації. Не допускалося застосування клізм (мінімум за дві доби до забору матеріалу) і прийом проносних засобів (не менше трьох діб). Перед здачею аналізу (за 2–3 доби) було рекомендовано відмовитися від прийому препаратів, які можуть вплинути на склад калу. До таких препаратів належать активоване вугілля (може вплинути на забарвлення випороження), препарати вісмуту, пілокарпіну, будь-які ректальні супозиторії. Кілька днів пацієнти дотримувалися дієти з обмеженням вживання продуктів, що мають проносні або закріплюючі властивості і здатні викликати підвищене газоутворення або впливати на колір калу. Збирання калу на копрологічне дослідження проводилось безпосередньо перед здачею зразка в лабораторію. Чим менше часу проходить після дефекації, тим точніше будуть результати. Від моменту забору зразка до попадання його в лабораторію проходило не більше 6 годин, так як мікробіологічний склад може змінитися, і це вплине на результати. Зібраний зразок до здачі в лабораторію поміщали в пластикову або скляну, щільно закриту тару. При копрологічному аналізі калу проводилося в основному його мікроскопічне дослідження. Досліджувалися залишки неперетравленої їжі, наявність або відсутність м'язової і сполучної тканини, вміст жиру та жирних кислот, крохмалю, мікрофлори, епітелію, лейкоцитів, еозинофілів. У здорової людини в калі майже відсутні жири і жирні кислоти, м'язова і сполучна тканина, крохмаль. Містяться поодинокі лейкоцити, невелика кількість солей жирних кислот (мила) і різна кількість рослинної клітковини.

Результати та їх обговорення. Після переведу хворих на інноваційну дієту у всіх пацієнтів спостерігалось покращення самопочуття та об'єктивного стану. У більшості з них повністю зникли симптоми тривалої затримки їжі в шлунку ("стоїть шлунок", "зупинився шлунок"), почуття важкості або переповнення шлунка незалежно від об'єму прийнятої їжі. При копрологічному дослідженні у третини хворих до переведу їх на нову дієту спостерігався тістоподібний кал, що є свідченням порушення секреторної функції підшлункової залози або застою жовчі. У решти хворих кал був кашоподібний пухкий або у вигляді твердих кульок.

Рідкий кал буває при прискореній евакуації вмісту товстого кишечника і при бродильній диспепсії. Кал у формі твердих кульок характерний для запорів. При мікроскопічному дослідженні калу майже у всіх хворих (85 %) виявлявся завищений вміст залишків неперетравленої їжі, незначна кількість м'язової і сполучної тканини, вміст жиру, жирних кислот та крохмалю (рис. 1).

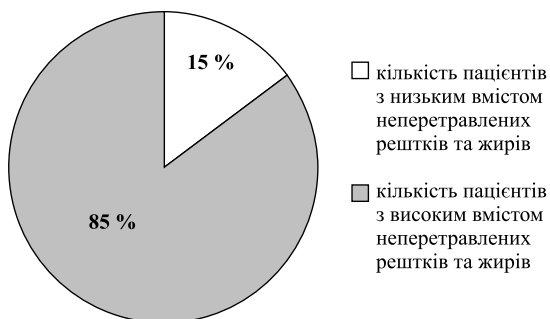


Рис. 1. Оцінка (копрологічна) харчування до призначення вільного режиму.

Після призначення інноваційного режиму харчування та дієти з підвищеним вмістом "баластних" речовин та дотриманням роздільного харчування на десятий день повторили копрологічне дослідження. При мікроскопії калу спостерігали різке зниження кількості пацієнтів із підвищеним вмістом неперетравлених рештків їжі та жирів (до 32 %). Форма та вигляд калових мас теж нормалізувались у більшості пацієнтів (рис. 2).

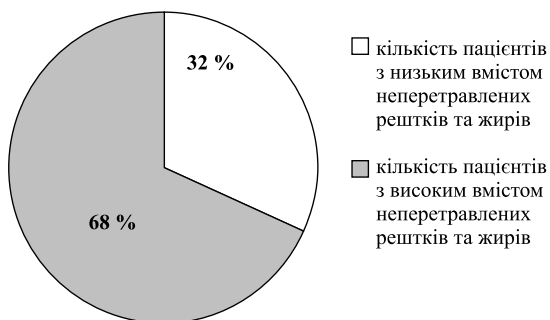


Рис. 2. Оцінка (копрологічна) харчування після призначення вільного режиму

Однак порівняно з показниками в контрольній групі людей величини вмісту або відсутності неперетравлених решток їжі і жирів в калі після переведення пацієнтів на інноваційні режим та дієту харчування хоча і не стали повністю такими, як у здорових людей, але значно покращали (рис. 3). Можливо, при більш тривалому спостереженні за пацієнтами після призначення інноваційного режиму харчування та дієти можна сподіватись на ще вищу ефективність застосованої методики.



Рис. 3. Оцінка (копрологічна) харчування в контрольній групі.

Аналізуючи результати копрологічного дослідження у хворих із постпрандіальним дистрес-синдромом, кислуватий запах пояснюється бродильними явищами при аліментарній диспепсії. Поява деякої кількості жирних кислот у калі та неперетравлених рештків є характерною для порушення надходження жовчі та, як наслідок цього, порушення травлення в тонкому кишечнику, що цілком імовірно пов'язано з бродильною диспепсією при постпрандіальному дистрес-синдромі. Покращення стану хворих та даних копрологічного дослідження при лікуванні інноваційним режимом харчування та дієтою, описаною вище, ми пов'язуємо з нормалізацією процесів екскреції жовчі та панкреатичного соку. А саме, при настанні стійкого почуття голоду, імовірно готовність екскреторної функції при поступленні їжі в кишечник є вищою, ніж за звичайного режиму харчування. Призначення паралельно роздільного харчування, на нашу думку, вирівнює процеси різниці рН у різних відділах гастродуоденальної зони. А саме, при розщепленні вуглеводів, яким необхідна лужна рН, шлунок залишається нейтральним, і соляна кислота та пепсин практично не виділяються, внаслідок чого вуглеводна їжа майже транзитом проходить у дванадцятипалу кишку. Якщо ж вуглеводи змішуються з білками, то шлунок виділяє кислотний вміст і закриває пілорус на білковий подразник, нейтралізуючи і припиняючи процеси розщеплення вуглеводів, що і спричинює їх наступне бродіння та гниття. Призначене нами роздільне вживання вуглеводної та білкової їжі, вочевидь, запобігає цим негативним процесам. При такій дієті прості і легкі вуглеводи рекомендовано вживати окремо від білкової їжі, або не менше ніж 2–3 години після білкової їжі, враховуючи термін її перебування у шлунку.

Висновки

1. Вільний режим харчування за вимогою в лікуванні в комплексі із роздільним харчуванням та дієтою, збагаченою баластними речовинами, значно покращують об'єктивний стан хворих та показники копрологічного дослідження при лікуванні постпрандіального дистрес-синдрому.
2. Інноваційна дієта з вільним режимом харчування за вимогою в лікуванні може ефективно застосовуватися при лікуванні функціональ-

них розладів травлення, зокрема постпрандіального дистрес-синдрому як у відділеннях гастроентерології, так і в санаторно-курортних умовах лікарями-дієтологами.

Список використаної літератури

1. *Бабак О. Я., Чекман І. С., Степанов Ю. М.* та ін. Функціональна диспепсія: сучасний погляд на етіологію, патогенез, діагностику та лікування // Сучасна гастроентерологія. — 2006. — **30**, № 4. — С. 102–105.
2. *Гапонова О. Т.* Гендерно-вікові особливості нейрогормональних та психосоматичних розладів у хворих з функціональною диспепсією // Сучасна гастроентерологія. — 2007. — **36**, № 4. — С. 16–19.
3. *Головченко О. І., Самолова О. І.* Ефективність ерадикації *Helicobacter pylori* при функціональній диспепсії // Сучасна гастроентерологія. — 2005. — **23**, №3. — С. 50–55.
4. *Лабінський А. Й.* Лікування судинних захворювань бджолами, п'явками та дієтою. Апітерапія, грудотерапія, нутріціологія. — Львів: "Аверс", 2014. — 102 с.
5. *Нечипоренко І. П., Малиновская Н. Н., Шевченко И. Н.* и др. Основы биоритмологии: учебное пособие / Под общей ред. В. В. Абрамова. — Днепропетровск: Лира, 2014. — 131 с.
6. *Фадєєнко Г. Д., Черненко В. В.* Функціональні гастродуоденальні розлади // Харченко Н. В., Бабак О. Я. Гастроентерологія. — К., 2007. — С. 113–126.
7. *Циммерман Я. С.* Римские критерии-III синдрома функциональной гастродуоденальной диспепсии // Клин. мед. — 2008. — № 4. — С. 59–65.
8. *Черненко В. В.* Функціональна диспепсія: сучасний погляд на проблему // Здоров'я України. — 2007. — № 20/1. — С. 32–33.
9. *Шаталова Г. С.* Целебное питание, Серия: Классика оздоровления. Теория и практика. — Изд.: Вектор, 2014. — 416 с.
10. *Clouse R. E., Mayer E. A., Aziz Q.* et al. Functional abdominal pain syndrome // Gastroenterology. — 2006. — **130**. — P. 1492–1497.

Надійшла 17.02.2016

СВОБОДНЫЙ РЕЖИМ ПИТАНИЯ ПО ТРЕБОВАНИЮ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТПРАНДИАЛЬНОГО ДИСТРЕС-СИНДРОМА (по данным копрологических методов оценки питания)

А. И. Лабинский, Г. Б. Лабинская

Львовский национальный медицинский университет
им. Даниила Галицкого МЗ Украины, 79070 Львов

Изучали влияние инновационной диеты со свободным режимом питания по требованию в лечении больных постпрандиальным дистресс-синдромом. Рацион обогащали балластными и желчегонными веществами с мануальным массажем зоны позвоночника, которая отвечает за иннервацию эпигастральной области. В предназначенной диете придерживались принципа раздельного питания, который предусматривал отдельное употребление белковой и углеводной пищи (без их смешивания). Назначали свободный прием пищи без обязательного режима при наступлении устойчи-

вого чувства голода. Проводили копрологический анализ кала до перевода пациентов на инновационную диету и через десять сут. после него. Проводилось в основном микроскопическое исследование кала. Исследовались остатки непереваренной пищи, наличие или отсутствие мышечной и соединительной ткани, содержание жира и жирных кислот, крахмала. После перевода больных на инновационную диету у всех наблюдалось улучшение самочувствия и объективного состояния. В большинстве из них полностью исчезли патологические симптомы. При микроскопии кала наблюдали резкое снижение количества пациентов с повышенным содержанием непереваренных остатков пищи и жиров (до 32 %). Инновационная диета со свободным режимом питания "по биоритмам" может эффективно применяться при лечении функциональных расстройств пищеварения.

EFFICACY OF FREE DIETARY REGIMEN IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH POSTPRANDIAL DISTRESS SYNDROME

A. I. Labinsky, G. B. Labinskaia

Danylo Halytsky Lviv National Medical University Ministry of Health Ukraine, 79070 Lviv

The influence of innovative diet with free on request diet regimen in the treatment of patients with postprandial distress syndrome was investigated. The diet was enriched with ballast and cholagogue substances with separate intake of protein- and carbohydrate-containing food stuffs. The patients received a manual massage of the spine zone which is responsible for innervation of epigastric area. Prescribed was a free meal at onset of stable feeling of hunger. Coprological analysis of faeces was made prior to transfer of patients to innovative diet and ten days thereafter. Conducted was mostly microscopic examination of faeces. The remains of undigested food, the presence or absence of muscle and connective tissue, fat and fatty acids, starch were studied. After transfer of patients to innovative diet the number of patients with increased content of undigested remains of food and fat decreased to 32%, there was an objective improvement of health status) in all patients. Pathological symptoms disappeared in the majority of them. Innovative diet with free on request diet regimen can be used effectively for treatment of functional digestive disorders.

Відомості про авторів

Кафедра реабілітації та нетрадиційної медицини ФПДО

А. Й. Лабінський — доцент кафедри, к.м.н. (Lajboxnet@gmail.com)

Г. Б. Лабінська — асистент кафедри