

выявило существенной связи между пищевыми привычками, а также ежедневным потреблением воды и запорами. Следует отметить, что авторы публикации получили доказательства о влиянии стресса на развитие запоров, в нашем же исследовании данная связь не изучалась.

Выводы:

1. По данным анкетирования 81 студента-медика запоры выявлены у 8 (7,5%) респондентов, среди которых преобладали женщины (7 человек, или 87,5%).

2. Регулярность приема пищи, ежедневное употребление пищевой клетчатки и достаточное потребление воды не имели статистической достоверной разницы у лиц, имеющих запоры и без них. Данное обстоятельство указывает на необходимость проведения более масштабных исследований с целью опровержения или подтверждения представленных результатов.

Список литературы:

1. Ивашкин В.Т. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению взрослых пациентов с хроническим запором/В.Т. Ивашкин, И.В. Маев, А.А. Шептулин, А.С. Трухманов// Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.-2017-27(3)-С.75-83.

2. Кузнецова И. В. Заболевания кишечника и запоры в практике акушера-гинеколога/ И. В. Кузнецова, Ю. Б. Успенская// Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2015 (1). – С. 30-36.

3. Belsey J. Systematic review: impact of constipation on quality of life in adults and children/ Belsey J., Greenfield S., Candy D., Geraint M. //Aliment Pharmacol Ther. – 2010. - 31(9) - 938-49.

4. Lacy В.Е. Bowel disorders/ Lacy В.Е Mearin F., Lin Chang et al//Gastroenterology – 2016. -150 (6). - 1393-1407.

5. Pare P. The approach to diagnosis and treatment of chronic constipation: suggestions for a general practitioner// Can J Gastroenterol., 2011:36-40

6. Fathallah N. Diet and lifestyle rules in chronic constipation in adults: From fantasy to reality/ Fathallah N., Bouchard D., de Parades V.//Presse Med. – 2017. - 46(1) - 23-30.

7. Yildirim M.A. Lifestyle and Chronic Constipation in Medical Students/ Yildirim M.A. , Cakir M., Bicer M., et al// Gastroenterol Res Pract. – 2021. -4752614.

УДК 616.613-003.7

Онищенко А.С., Федотова Л.В., Попов А.А.

ДИЕТОТЕРАПИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Кафедра Госпитальной терапии и скорой медицинской помощи

Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург, Российская Федерация

Onishchenko A.S, Fedotova L.V., Popov A.A.

DIET TREATMENT OF UROLITHIASIS

Department of Hospital Therapy and Emergency Medical Care
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: anastasiavorontzova26@gmail.com

Аннотация. В статье представлены рекомендации по питанию при мочекаменной болезни.

Annotation.

The article presents recommendations on nutrition for urolithiasis.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, диетотерапия, минеральный состав мочевых камней.

Key words: urolithiasis, diet therapy, mineral composition of urinary stones.

Введение

Риск развития мочекаменной болезни составляет 5-10%, заболеваемость мужчин в 3 раза выше, чем женщин. Мочекаменная болезнь чаще всего встречается у больных в возрасте 40-50 лет. [1].

Цель исследования – проанализировать подходы к диетологическим рекомендациям при МКБ с учетом химического состава камней.

Патогенез мочекаменной болезни связан с нарушением ацидогенеза почек, сочетающимся с увеличением почечной экскреции или избыточным всасыванием в пищеварительном тракте образующих конкремент метаболитов. Избыточное потребление животного белка приводит не только к гиперурикозурии, но и к увеличению синтеза щавелевой кислоты (гипероксалурия) и гиперкальциурии.

Результаты исследования и их обсуждение

Диета играет чрезвычайно важную роль при лечении мочекаменной болезни. Ее подбор должен проводиться врачом в зависимости от химического состава камней. Из рациона пациента исключаются продукты, провоцирующие рост и образование новых отложений, или их употребление ограничивается. Соблюдение диеты помогает снизить концентрацию камнеобразующих веществ, что способствует остановке роста и размягчению камней, а также их выходу.

Диета при камнях с высоким содержанием уратов.

Предотвратить образование камней из мочевой кислоты можно, назначив больному применение большего количества жидкости (диурез должен быть более 2000 мл в сутки). Нормализация уровня мочевой кислоты может быть достигнута строгим соблюдением диеты. Увеличение растительной продукции и

Основные факторы,
влияющие на
образование уратов

Плохое качество
воды

Нарушения обмена
мочевой кислоты

Гипоавитаминоз
витаминов группы В

уменьшение мясной продукции, содержащей высокую концентрацию пуринов, предотвратит рецидив камнеобразования.

Рис.1. Патогенетические факторы формирования уратных камней

Задача диеты при таких камнях – снизить в организме уровень мочевой кислоты и ее солей. Количество приемов пищи в день – 5–6 с равнозначным перерывом.

Особенности диеты:

Показано увеличение потребления калия и цитратов. Цитрат, подщелачивая мочу, повышает растворимость уратов, а также связывает кальций в пищеварительном тракте, тем самым уменьшая рецидив кальциевого нефролитиаза. Необходимо ограничить в рационе животного белка и соли, а также продуктов, содержащих вещества, участвующие в образовании зубного камня. Так, при уратном литиазе исключаются мясо, богатые пуринами продукты, алкоголь.

Предпочтительный рацион питания: кисломолочные продукты (кефир, йогурт, ряженка), молоко, различные крупы (овес, гречка, пшено), фрукты (сладкие), овощи (любые), натуральные соки (без консервантов и регуляторов вкуса), животные белки (яйца, нежирная рыба, нежирное мясо, курица), из сладкого лучше употреблять натуральный мед.

Продукты, которые нужно ограничить: жареные или копченые мясные продукты, грибы, острые приправы, продукты из какао-бобов (в т. ч. шоколад, какао), кофе, консервированную рыбу. Во время лечения не рекомендуется употреблять алкоголь.

Диета при фосфатурии.

Фосфатурия определяется нарушением кислотно-основного состояния (алкалоз) и выпадением в мочевых путях малорастворимого фосфата кальция. Формирование фосфатурии связано с нарушением соотношения в моче кальция и фосфора в результате увеличения выделения с мочой кальция и потерей организмом кислых валентностей. А фосфаты натрия и калия растворимы в моче, имеющей как кислую, так и щелочную реакцию; фосфаты кальция и магния в моче, имеющей щелочную реакцию, нерастворимы. В связи с этим лечение при фосфатурии направлено главным образом на подкисление мочи и ограничение продуктов, богатых кальцием [2].

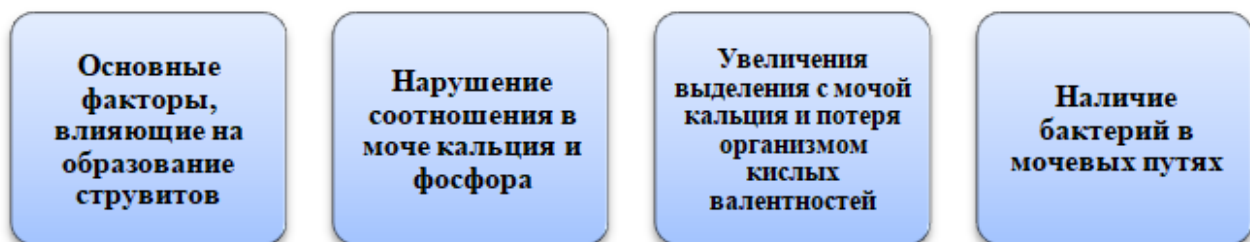


Рис.2. Патогенетические факторы формирования фосфатных камней.

Цель диеты – нормализовать кислотный баланс и тем самым прекратить появление кальциевых солей. Это достигается:

- увеличением употребления в пищу продуктов, содержащих витамин А и D;
- отказом от употребления соли;
- водной нагрузкой – до 2,5 л/сутки;
- повышением кислотности мочи.

Рекомендуется диета с ограничением молочно-растительных продуктов и преобладанием мясной пищи, а также мучных блюд (при избыточной массе тела ограничиваются). Разрешенные продукты: нежирные рыбные и мясные продукты (в т. ч. в вареном и даже жареном виде), макароны, супы (в т. ч. с крупами и бобами, бульон для такого супа должен быть не слишком жирным), кислые фрукты (яблоки, брусника и красная смородина).

Запрещенные продукты: натуральные соки (фруктовые, овощные, ягодные), молочные продукты, фрукты и овощи с высоким содержанием щелочных элементов.

Длительное ограничение в рационе кальциевых соединений неблагоприятно отражается на обмене веществ, поэтому на фоне основной диеты в виде «зигзага» можно периодически включать в рацион продукты, содержащие кальций (молоко, сыр, желток куриного яйца).

Диета при камнях с высоким содержанием оксалатов.

Согласно предпринятому НИИ урологии анализу 12 992 исследований, проведенных с 1990 по 2015 год, в структуре мочекаменной болезни оксалатный уролитиаз занимает порядка 64% у мужчин и 55,1% у женщин. В мировой статистике наблюдаются примерно такие же показатели: 50–70% от общей частоты встречаемости камней

Цель диеты – уменьшение употребления в пищу продуктов, содержащих щавелевую кислоту и ее соли. Следует полностью исключить из рациона такие продукты, как щавель, ревень, шпинат, свекла, картофель, бобы, инжир, петрушка, все производные какао (шоколад). Необходимо уменьшить употребление моркови, помидоров, лука, чая, кофе, желатина.

Продукты, способствующие понижению уровня щавелевой кислоты: яблоки, груши, цветная и белокочанная капуста, зеленый горошек, репа, огурцы. Отвары, приготовленные из кожуры фруктов, листьев грушевого дерева, винограда и черной смородины усиливают выведение щавелевой кислоты из организма.

На протяжении применения данной диеты очень важно выпивать количество жидкости – около 2 л/сутки, не употреблять алкоголь и уменьшить количество сладких напитков. Пользу принесут также дни разгрузки, на протяжении которых разрешается только пить соки, есть овощи (разумеется, те, которые не запрещены при данной диете) и яблоки.

Диета при камнях с высоким содержанием карбонатов.

Рацион должен содержать разнообразные продукты, различные по химическому составу; необходимо избегать переедания. Рекомендации по питанию должны создаваться с учетом индивидуальных нарушений обмена веществ каждого больного.

Необходимо тщательно следить за количеством в пище тех продуктов, которые увеличивают щелочной баланс. Водная нагрузка – не менее 2,5 л/сутки. Диета не должна быть слишком длительной – она не безвредна для организма.

Замена животных белков растительными (соевыми) усиливает связывание кальция в желудочно-кишечном тракте и снижает его концентрацию в моче, в то время как кальциевый нефролитиаз не должен резко ограничивать потребление кальция: низкокальциевая диета увеличивает всасывание кальция в пищеварительном тракте, усиливает оксалурию и может вызвать остеопороз. Рекомендуются продукты с большим содержанием белка (мясо), крупы (в первую очередь, овсянка, льняная каша) и мучные изделия (макаронны). Все перечисленные продукты должны повышать кислотный уровень мочи для того, чтобы снизить риск возникновения новых и увеличения старых карбонатных камней.

При соблюдении питьевого режима важно делать акцент на объем диуреза, который должен составлять не менее 2 литров в сутки для адекватной вторичной профилактики камнеобразования. Исключение составляют пациенты с хронической сердечной недостаточностью в связи с риском развития кардиальных осложнений, связанных с гипергидратацией. Прием жидкости должен выполняться равномерно в течение суток, но с учетом циркадного ритма. При возможности скрининга – относительная плотность мочи, свидетельствующая об адекватном питье, должна быть не более 1010.

Мочегонное действие оказывают отвары толокнянки («медвежьих ушек»), полевого хвоща, кукурузных рылец, употребление арбузов.

Рекомендуется ограничение потребления соли до 3 – 5 граммов в сутки. Немаловажным аспектом вторичной профилактики является здоровый образ жизни – борьба с ожирением или гипертензией может снизить риски специфического камнеобразования.

Общие советы для пациентов с МКБ:

- выпивайте от 1,5 до 3 литров воды равномерно в течение дня;
- выбирайте рН-нейтральные напитки, такие как вода;
- контролируйте количество выделяемой мочи (должно быть от 1,5 до 2,5 литров в день);
- следите за цветом мочи: она должна быть светлой;
- потребляйте еще больше, если живете в жарком климате или занимаетесь спортом;
- питайтесь сбалансированно и разнообразно;
- избегайте чрезмерного потребления витаминных добавок [1].

Выводы:

1. Лечебное питание при мочекаменной болезни направлено на предупреждение образования конкрементов. Оно должно строиться индивидуально с учетом химического состава камней и реакции мочи.

2. Диетотерапия строится с учетом основных патогенетических механизмов заболевания и предусматривает необходимость щажения почек, нивелирования обменных нарушений, потенцирования действия мочегонных и других лекарственных препаратов.

3. При соблюдении питьевого режима важно делать акцент на объем диуреза, который должен составлять не менее 2 литров в сутки для адекватной вторичной профилактики камнеобразования.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации / Мочекаменная болезнь// – 2020 (01.06.2020) – Утверждены Минздравом РФ МКБ 10: N20 Год утверждения (частота пересмотра): – 2020 ID: KP7/1 URL Профессиональные ассоциации - Российское общество урологов.

2. Шевченко В.П. Клиническая диетология.// Под редакцией акад. РАМН В.Т. Ивашкина. // М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2014. – 256 с.

3. Arquette A, Mans C. Urolithiasis in chinchillas: //15 cases (2007 to 2011)./Small Anim Pract./ –2016 May; 57(5):260-4. doi: 10.1111/jsap.12479. Epub – 2016 Apr 21.

4. Bourdumis A, Papatsoris A, Calleary JG, Surange R, Skrepetis K, Buchholz N, Sarica K.//The evolution of urolithiasis assessment and management in the new millennium./ Panminerva Med. - 2016 Sep; 58(3):222-36.- Epub 2016 Apr 13.

5. Moran CP, Courtney AE.//Managing acute and chronic renal stone disease. / Practitioner. - 2016 Feb;260(1790):17-20, 2-3.

УДК 616.34-008.1

**Палабугина П.А., Таранов В.Е., Верхотурцева А.В., Изможерова Н.В.,
Сафьяник Е.А., Попов А.А.**

ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Кафедра госпитальной терапии и скорой медицинской помощи
Уральский государственный медицинский университет
г. Екатеринбург, Российская Федерация

**Palabugina P.A., Taranov V.E., Verkhoturceva A.V., Izmozherova N.V.,
Safianik E.A., Popov A.A.**

CLINICAL CASE OF CHRONIC GASTROINTESTINAL ISCHEMIA

Department of hospital therapy and emergency medicine
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: palabugina94@yandex.ru