

В. М. КОРОВАЕВ

ЛИТОЛИЗИН –  
НОВОЕ ВЫСОКОЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО  
ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧЕ- И МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ  
СИСТЕМ И КИШЕЧНИКА

Москва 2022

ББК 54.134.204.3  
УДК 616.66-003.7  
К 68

## **Короваев В. М.**

К 68           Литолизин — новое высокоэффективное средство терапии и профилактики заболеваний желче- и мочевыделительной систем и кишечника. — 2-е изд., испр., доп. — М. : Флайтекс, 2022. — 57 с. — Текст : электронный.

ISBN 978-5-6048901-1-0

Литолизин — один из самых эффективных препаратов, существующих в нашей стране, с помощью которого можно избавиться от камней в желчном пузыре и желчных протоках без хирургического вмешательства.

Литолизин — фитопрепарат из экологически чистых качественных растений в виде капсул и таблеток, при его применении улучшаются обмен веществ, функции печени и кишечника. Литолизин успешно апробирован в клиниках академий Санкт-Петербурга. У Литолизина мало противопоказаний к применению.

Литолизин — новая медицинская технология в лечении желчнокаменной и мочекаменной болезнью согласно официальному признанию Комитета по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга.

Автор книги, кандидат медицинских наук В. М. Короваев, — практикующий врач с большим опытом лечения пациентов.

ISBN 978-5-6048901-1-0

© Короваев В. М., 2009  
© ООО «Флайтекс», 2022

**ВАЛЕНТИН МИХАЙЛОВИЧ КОРОВАЕВ** — кандидат медицинских наук, воспитанник Военно-медицинской академии, хорошо подготовленный клиницист широкого профиля, автор многих опубликованных научных работ, в том числе монографий и изобретений, на протяжении 15 лет разрабатывал, исследовал и успешно апробировал фитопрепарат **Литолизин**. В состав травяного сбора входят 17 сертифицированных лекарственных растений, содержащих широкий спектр биологически активных веществ (флавоноиды, полинасыщенные жирные и оксикоричные кислоты, эфирные масла, витамины С, В1, В2, К, Р и др.), способствующих оптимальному функционированию желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы, почек и других органов и систем организма.

Большой клинический материал (более 1400 больных с различными заболеваниями внутренних органов) позволяет аргументировать высокую эффективность **Литолизина**, превосходящую все способы консервативной терапии желчнокаменной и почечнокаменной болезни. Следует подчеркнуть, что среди пациентов большую часть составляли лица старших возрастных групп с различными тяжелыми заболеваниями, особенно сердечно-сосудистой системы, которые являются противопоказаниями для хирургических вмешательств.

Предыдущие издания книг, посвященных использованию **Литолизина**, были хорошо восприняты врачами и их пациентами. Автор получил многочисленные положительные отзывы от читателей. Дополнительно проведенные клинические испытания позволили получить новые данные. Назрела необходимость повторного издания книги, посвященной целебным свойствам **Литолизина**.

Механизмы лечебного эффекта фитопрепарата довольно сложны и мало изучены. Ведущими из них являются: устранение дискинетических и воспалительных изменений в желчевыведительной системе и мочевых путях, застоя желчи и мочи: нормализация обмена веществ и функционального состояния печени, кишечника и поджелудочной железы. Круг показаний значительно расширен: растворение и выведение желчных и мочевых камней дополнены возможностями назначения **Литолизина** больным с дискинезиями желчных путей, хроническим холециститом, дисбактериозом кишечника, а также возможностью использования в комплексном лечении больных с гиперлипидемией и хроническими заболеваниями печени. Более того, данный фитопрепарат весьма полезен при заболеваниях двенадцатиперстной кишки

и сахарном диабете. Наконец, **Литолизин** целесообразно применять в профилактических целях для предупреждения повторного камнеобразования у больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни, а также как главную составляющую комплексной противорецидивной терапии при том же заболевании.

Структура данной книги и ее содержание имеют ряд особенностей. Во-первых, впервые описана методика использования **Литолизина** при терапии дискинезий желчных путей, хронического холецистита, дисбактериоза кишечника, а также как противорецидивное средство при желчнокаменной болезни. Во-вторых, указана дозировка фитопрепарата и продолжительность курса лечения с дифференцированными подходами в зависимости от характера заболевания и стадии болезненного процесса. Таким образом, каждый больной и его лечащий врач могут выбрать наиболее оптимальный способ лечения, помня, что следует лечить больного, а не болезнь.

Весь материал изложен в доступной форме и строгой последовательности, что, несомненно, поможет читателю оперативно найти информацию по интересующему его вопросу.

Книга предназначена для широкого круга читателей, а именно врачей, пациентов и лиц, ухаживающих за больными.

*Профессор, доктор медицинских наук  
В. А. Лисовский*

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	7
1. ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ .....	11
1.1. Пути выведения желчи .....	11
1.2. Механизмы регуляции оттока желчи по желчным протокам .....	12
1.3. Причины развития дискинезий желчных путей .....	12
1.4. Последствия дискинезий желчных путей .....	13
1.5. Клинические проявления дискинезий желчных путей .....	13
1.6. Диагностика дискинезий желчных путей .....	14
1.7. Лечение дискинезий желчных путей .....	14
1.7.1. Лечебное использование Литолизина .....	14
1.7.2. Диетическое лечение .....	15
1.7.3. Как избежать дискинезии желчных путей? .....	16
2. ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ .....	17
2.1. Механизмы развития хронического холецистита .....	17
2.2. Причины развития хронического холецистита .....	18
2.3. Клинические проявления хронического холецистита .....	18
2.4. Диагностика хронического холецистита .....	19
2.5. Лечение хронического холецистита .....	19
2.5.1. Лечебное использование Литолизина .....	19
2.5.2. Комплекс лечебных мероприятий .....	20
2.5.3. Лечебное питание .....	20
2.5.4. Профилактика развития хронического холецистита .....	21
3. ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ .....	22
3.1. Патогенез желчнокаменной болезни .....	22
3.2. Клинические проявления желчнокаменной болезни .....	23
3.3. Методы исследования .....	24
3.4. Литолизин в комплексном лечении больных желчнокаменной болезнью .....	24
3.4.1. Особенности литолиза крупных и плотных камней в полости желчного пузыря .....	25
3.4.2. Растворение и выведение конкрементов из шейки и перешейка желчного пузыря .....	26
3.4.3. Растворение камней в желчных протоках .....	27

3.5. Лечебное питание больных желчнокаменной болезнью .....	29
3.6. Физические нагрузки .....	30
3.7. Здоровый образ жизни .....	30
<b>4. ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЕ (ПРЕДУПРЕДИТЕЛЬНОЕ) ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ .....</b>	<b>31</b>
4.1. Медикаментозное лечение .....	32
4.2. Литолизин — высокоэффективное профилактическое средство .....	32
4.3. Лечебное питание больных при проведении противорецидивного лечения .....	33
4.4. Минеральные воды .....	34
4.5. Лечебная физкультура .....	34
4.6. Здоровый образ жизни .....	35
<b>5. ПОЧЕЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ .....</b>	<b>36</b>
5.1. Механизмы развития почечнокаменной болезни .....	36
5.2. Процессы образования мочевых камней .....	36
5.3. Клинические проявления почечнокаменной болезни .....	37
5.4. Диагностика почечнокаменной болезни .....	38
5.5. Лечение больных с почечнокаменной болезнью .....	38
5.6. Литолизин — высокоэффективный безопасный метод лечения почечнокаменной болезни .....	39
5.7. Лечебное питание .....	41
5.8. Минеральные воды .....	43
5.9. Лечебная физкультура .....	43
<b>6. НЕКОТОРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА .....</b>	<b>44</b>
6.1. Функциональные заболевания кишечника .....	44
6.1.1. Запоры .....	45
6.1.2. Синдром раздраженной толстой кишки .....	46
6.1.3. Литолизин — высокоэффективное средство лечения заболеваний кишечника .....	46
6.2. Дисбактериоз кишечника .....	47
<b>ПОСЛЕСЛОВИЕ .....</b>	<b>50</b>
Приложение 1 .....	52
Приложение 2 .....	53
Приложение 3 .....	54

## ВВЕДЕНИЕ

**Литолизин** — это сбор, состоящий из 17 экологически чистых лекарственных трав, на 94 % отечественного происхождения: экстрактов цветков ромашки аптечной, бессмертника песчаного и плодов расторопши, измельченных плодов шиповника, кориандра, укропа пахучего; цветков календулы; листьев мяты перечной, крапивы, мать-и-мачехи и шалфея лекарственного, шишек хмеля, корневища лапчатки, травы душицы, эрвы шерстистой, горца птичьего, травы и соцветий тысячелистника (формула защищена патентом 2097054 РФ от 02.12.1994 г.).

Сбор трав создан на основе опыта народной медицины России и Тибета и содержит флавоноиды, оксикоричные кислоты, эфирные масла и другие вещества различной химической природы. Такие свойства трав как бактерицидные, противовоспалительные, гепатопротекторные, регенеративные, спазмолитические, антиаллергические, желчегонные, мочегонные, седативные и др. позволяют по разным направлениям воздействовать на патологические процессы в организме больного, на обмен веществ и функции различных органов и физиологических систем организма человека. Более того, при составлении сбора строго соблюдается принцип пропорционального соотношения лекарственных трав, что способствует повышению их целебных свойств.

**Литолизин** выпускается в капсулах по 0,2 г и таблетках по 0,65 г, которые герметично закупориваются в полимерных банках для лекарственных средств и помещаются в картонные пеналы. Срок хранения в сухом помещении при комнатной температуре — 2 года. Рекомендации по применению взрослым: по 1 таблетке или 2 капсулы 3 раза в день во время еды курсами по 3–4 недели. Перед применением рекомендуется проконсультироваться с врачом.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость компонентов, беременным и кормящим женщинам. Как источник флавоноидов и оксикоричных кислот реализуется населению в качестве биологически активной добавки к пище через аптечную сеть и специализированные магазины, отделы торговой сети.

В ряде клиник высших медицинских учебных заведений г. Санкт-Петербурга, в том числе в Военно-медицинской академии успешно прошла апробация эффективности применения **Литолизина** как средства комплексной терапии. 22.11.2006 г. метод получил официальное признание Комитета по здравоохранению правительства Санкт-Петер-

бурга как «Способ лечения желчнокаменной болезни с помощью фитопрепарата **Литолизин**» (новая медицинская технология).

При этом оказалось, что для больных с желчнокаменной и мочекаменной болезнью и для особо чувствительных лиц, принимающих **Литолизин** по поводу других состояний, целесообразна следующая схема его приема (из расчета — 1 капсула на 10–12 кг массы тела и 1 таблетка на 20–25 кг см. таблицы 1 и 2).

Эффект растворения камней возрастает на 15–20 %, если таблетки заварить крутым кипятком на 2–3 минуты и выпить в теплом виде в конце еды.

Под воздействием **Литолизина** желчные камни становятся менее плотными, набухают, порой увеличиваясь в размерах, дробятся и растворяются, а затем в виде мелкого порошка по желчным протокам безболезненно выводятся в двенадцатиперстную кишку. Фитопрепарат наиболее активен при растворении холестериновых и смешанных камней, но зарегистрированы также результаты растворения пигментных, в том числе билирубиновых, конкрементов.

Клинические исследования свидетельствуют также о благоприятном влиянии **Литолизина** на течение и клиническую картину других заболеваний, в частности атеросклероза, ишемической болезни сердца, сахарного диабета, болезней печени и поджелудочной железы. Новый фитопродукт способен одновременно (синхронно) растворять и мочевые камни (желчнокаменная и мочекаменная болезни часто сочетаются друг с другом).



Таблица 1

**Схема приема Литолизина при массе тела от 60 до 80 кг**

Дни	1-й завтрак	2-й завтрак	Обед	Ужин	Чай
1-2	—	—	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	—
3-4	1 к (1/2 т)	—	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	—
5-6	1 к (1/2 т)	—	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)
7-9	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)
10-14	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	2 к (1 т)	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)
15 и далее	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	2 к (1 т)	2 к (1 т)	1 к (1/2 т)

Таблица 2

**Схема приема Литолизина при массе тела от 80 до 100 кг**

Дни	1-й завтрак	2-й завтрак	Обед	Ужин	Чай
1-2	—	—	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	—
3-4	1 к (1/2 т)	—	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	—
5-6	1 к (1/2 т)	—	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)
7-9	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)
10-14	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	2 к (1 т)	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)
15-20	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	2 к (1 т)	2 к (1 т)	1 к (1/2 т)
21-25	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	3 к (1+1/2 т)	2 к (1 т)	1 к (1/2 т)
26-30	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	3 к (1+1/2 т)	3 к (1+1/2 т)	1 к (1/2 т)
Сделать перерыв от 2 до 5 дней, затем продолжить прием					
31 и далее	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	3 к (1+1/2 т)	3 к (1+1/2 т)	2 к (1 т)

*Примечание*, к — капсула, т — таблетка.

В этой книге представлены заболевания желче- и мочевыделительной систем и кишечника, при лечении которых в комплексной терапии активно участвует **Литолизин**. При этом достоинства его следующие:

- экологически чистые травы отечественного происхождения;
- отсутствие химической технологии;
- широкий диапазон показаний к назначению;
- небольшое число противопоказаний;
- отсутствие побочных явлений при длительном применении;
- простота дозирования и удобство хранения;
- не травмирует слизистые оболочки желудка и кишечника;
- устранение дискинезий и воспалительных явлений в желчных и мочевых путях;
- нормализация обмена веществ, в частности снижение уровня холестерина и сахара в крови;
- растворение и выведение камней различного размера и состава из желчного пузыря, желчных протоков, в том числе пузырного, из шейки и перешейки желчного пузыря,
- возможность использования при третьей стадии желчнокаменной болезни;
- использование в профилактических целях (предупреждение камнеобразования в желчных путях);
- растворение и выведение камней из почек, мочеточников и мочевого пузыря;
- нормализующее влияние на функциональное состояние печени, поджелудочной железы и кишечника;
- экономичность, доступность для широких слоев населения.

**Литолизин** успешно был апробирован в ряде клиник и лечебных учреждений Санкт-Петербурга.

# 1. ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

*Дискинезия желчных путей* — это расстройства двигательной функции (сокращение и расслабление) желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков. Следствием этого расстройства является застой желчи в желчном пузыре и желчных протоках.

Напомним, что в организме человека постоянно происходят два взаимосвязанных физиологических процесса: желчеобразование и желчевыделение. Желчь вырабатывается в течение суток и периодически поступает в кишечник в ответ на действия пищевых веществ и других раздражителей.

## 1.1. ПУТИ ВЫВЕДЕНИЯ ЖЕЛЧИ

Желчь вырабатывается печеночными клетками. Состав желчи определяется функциональным состоянием печени, биохимической картиной крови, функционированием желчных протоков и желчного пузыря.

Желчь, продуцируемая печеночными клетками, поступает в желчные капилляры, расположенные между печеночными клетками. Желчные капилляры образуют внутripеченочные желчные протоки, которые, выходя из печени, сливаются в общий печеночный проток, куда входит также пузырный проток, ведущий к желчному пузырю, где скапливается желчь, поступающая из печени. После ответвления пузырного протока печеночный проток именуется общим желчным протоком (холедохом), через который желчь поступает в двенадцатиперстную кишку. По ходу желчных протоков имеются несколько сфинктеров, которые регулируют отток желчи и предотвращают ее обратный ток (возврат) и попадание в холедох содержимого кишечника и сока поджелудочной железы.

Движение желчи по желчным капиллярам, внутри и внепеченочным желчным протокам осуществляется в первую очередь под влиянием суммарного давления, образованного секрецией желчи печеночными клетками. Дальнейшее продвижение желчи по более крупным протокам, особенно внепеченочным, определяется их тонусом и перистальтикой, состоянием сфинктеров и сократительной способностью желчного пузыря.

## 1.2. МЕХАНИЗМЫ РЕГУЛЯЦИИ ОТТОКА ЖЕЛЧИ ПО ЖЕЛЧНЫМ ПРОТОКАМ

Имеются многочисленные соподчиненные механизмы регуляции желчеобразования и желчевыделения, объединенные в сложную функционирующую систему регуляции. Повреждение одного из этих механизмов приводит к патологическим изменениям образования желчи и ее выделения. К числу этих механизмов относятся:

- обильная иннервация системы желчевыделения и широкие нервные связи желчевыводящих путей с другими пищеварительными органами, почками;
- нарушение высшей нервной деятельности вызывает резкие колебания секреции желчи (например, эмоциональное воздействие, вид и запах пищи способствуют выходу желчи в кишечник),
- саморегулирующая система гастроинтестинальных гормонов (холецистокинин, секретин и др.), воздействующих на сократительную функцию желчного пузыря и на давление в желчевыведительной системе,
- гормоны эндокринных желез (инсулин и др.);
- стимуляторы желчеобразования и желчевыведения: соляная кислота, акт еды, количество, качество и регулярность приема пищи.

## 1.3. ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ДИСКИНЕЗИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Дискинезии желчных путей могут возникать рефлекторно при различных заболеваниях органов брюшной полости, вторично присоединяться к хроническому холециститу и желчнокаменной болезни. К числу причин их возникновения можно отнести:

- заболевания органов брюшной полости, особенно двенадцатиперстной кишки — дуоденит, язвенная болезнь;
- эндокринные расстройства, аллергические процессы;
- перенесенный острый вирусный гепатит;
- токсическое воздействие на мускулатуру желчного пузыря и внепеченочные желчные протоки хронической алкогольной интоксикации и курения;
- генетически обусловленный характер слабости мускулатуры желчевыводящих путей;

- длительное питание с ограничением естественных стимуляторов желчеотделения: животных и растительных жиров, яиц, мясных и рыбных бульонов, овощей и др.;
- ограничение физической активности;
- неврозы;

Устранение этих причинных факторов — одна из основных задач лечения и профилактики дискинезий желчных путей.

#### 1.4. ПОСЛЕДСТВИЯ ДИСКИНЕЗИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Дискинезии желчных путей вызывают нарушения желчеоттока в кишечник и приводят к застою желчи (холестазу). Различают внутрипеченочный и внепеченочный холестаз. Причины первого — острые и хронические заболевания печени, второго — панкреатиты, камни в желчном пузыре, повреждения желчных протоков. Застой желчи нарушает физиологические процессы пищеварения. В этих условиях ухудшается обработка пищевых веществ в кишечнике и всасывание жиров в нем, расстраиваются функции поджелудочной железы и кишечника, нарушаются процессы выведения из организма ядов, токсинов, конечных продуктов обмена и ряда лекарственных средств.

#### 1.5. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСКИНЕЗИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Дискинезии желчных путей — наиболее частые заболевания желчевыделительной системы, встречающиеся преимущественно у женщин. Довольно часто это заболевание является одним из проявлений неврозов. Поэтому в клинической картине преобладают общие невротические явления и вегетососудистые расстройства. Характерной чертой дискинезий желчных путей является связь возникновения болей в животе с волнениями и нервно-психической нагрузкой. Эмоциональный стресс способствует появлению застоя желчи и болевого синдрома вплоть до возникновения приступа печеночной (желчной) колики. Различают гипермоторную (гипертоническую, гиперкинетическую, спастическую) и гипомоторную (гипотоническую, гипокинетическую, атоническую) дискинезии желчных путей.

Гипермоторной дискинезии желчных путей свойственны острые и кратковременные боли в области правого подреберья, редко продолжающиеся более часа. К боли может присоединиться понос или запор.

Основой гипермоторной дискинезии является энергичное сокращение мускулатуры желчного пузыря при сомкнутых сфинктерах.

Для гипомоторной дискинезии желчных путей характерно понижение тонуса желчного пузыря и желчных протоков. В этих случаях атонический холестаз вызывается расслаблением мускулатуры желчного пузыря, что приводит к появлению тупых, длительных, ноющих болей в правом подреберье. Нередко имеет место тошнота, отсутствие аппетита, общее недомогание.

## 1.6. ДИАГНОСТИКА ДИСКИНЕЗИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Распознавание этих болезней является непростой задачей, которую решить может только врач. Во-первых, дискинезия желчных путей часто возникает при различных других заболеваниях, которые следует распознать. Во-вторых, требуется определить характер дискинезий (гипо- или гипермоторная) из-за отличия в их лечении. К числу вспомогательных методов исследования относятся: дуоденальное зондирование, позволяющее оценить динамику желчеотделения (время и объем опорожнения желчного пузыря), в первую очередь пузырной желчи и более четко дифференцировать типы дискинезий желчных путей и состояние сфинктеров, ультразвуковые и рентгенологические методы исследования, а также компьютерная томография.

## 1.7. ЛЕЧЕНИЕ ДИСКИНЕЗИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Прежде всего необходимо лечение основных заболеваний (например, неврозов и заболеваний органов брюшной полости), являющихся причиной развития вторичных дискинезий желчных путей. Лечение следует начинать как можно раньше, так как дискинезии желчных путей способствуют развитию хронического холецистита и желчнокаменной болезни.

### 1.7.1. Лечебное использование Литолизина

Многочисленные наблюдения свидетельствуют о том, что этот нелекарственный метод лечения весьма эффективен (исчезновение болей и диспепсических явлений, нормализация функции кишечника), причем этот метод лечения можно сочетать с приемом различных лекарственных препаратов за исключением желчегонных.

Дозировка **Литолизина**: 2 капсулы (1 таблетка) в конце еды 3–4 раза в день в дней в неделю. Продолжительность курса лечения 3–4 недели с перерывами 2–5 дней.

Врачебный контроль за эффективностью лечения — до и после курсов лечения, УЗИ — 1 раз в 3–6 месяцев. По достижению стойкого положительного клинического эффекта переходят на противорецидивную терапию (см. *раздел 4*).

Можно ли применять спазмолитические препараты, местное тепло, физиотерапевтические процедуры и беззондовое промывание желчных путей при дискинезии желчных путей?

Эти средства следует дифференцированно использовать в зависимости от типа дискинезий. Так, спазмолитические препараты (но-шпа и др.), местное тепло (грелка, см. *Приложение 1*), физиотерапевтические процедуры показаны больным с гипермоторной дискинезией и противопоказаны больным с гипомоторной дискинезией желчных путей.

Беззондовое промывание желчных путей (слепое зондирование или тюбаж) показано при хронических заболеваниях печени и желчных путей. Проводится оно только по назначению врача. Описание этого метода приводится в *Приложении 2*. У больных со склонностью к поносам, при наличии желчнокаменной болезни, ряда других форм патологии печени тюбаж может вызывать обострение заболевания и поэтому не рекомендуется. В результате беззондового промывания желчных путей стимулируется более энергичное сокращение желчного пузыря, обеспечивается удаление из желчевыводящих путей и печени патологически измененной желчи, устраняется застой в желчных ходах и протоках поджелудочной железы. Процедура считается эффективной, если больной отмечает уменьшение тяжести и болей в правом подреберье, нормализацию стула.

### 1.7.2. Диетическое лечение

При гипермоторной дискинезии ограничивают жиры и продукты, обладающие выраженным сокогонным и механическим действием (наваристые бульоны, специи, пряности, жареные продукты, грубоволокнистые овощи, очень кислые фрукты, газированные напитки, хлеб грубого помола и т.п.), а также желчегонные продукты (яичные желтки, жирные сорта мяса и рыбы, копчености, консервы и др.) Показаны минеральные воды низкой и средней минерализации с малым

содержанием газа и температурой 35–45°C (полстакана 5–6 раз в день за 20 минут до еды).

При гипомоторной дискинезии назначают продукты и блюда, обладающие выраженным желчегонным действием: высококачественные растительные и животные жиры, яичные желтки, холодные натуральные овощные и фруктовые соки, кукурузу, редьку, свеклу, тыкву, крыжовник, землянику, шиповник, смородину, маслины, овощи в сочетании с растительным маслом (винегрет, салат). Показаны минеральные воды средней и высокой минерализации с температурой 15–20°C (по 100–150 мл за 30 минут до еды).

### *1.7.3. Как избежать дискинезии желчных путей?*

Профилактика дискинезий желчных путей заключается прежде всего в создании условий для нормального оттока желчи и улучшении регуляции желчевыделения.

Первичная профилактика дискинезий желчных путей, т. е. предотвращение этих заболеваний, состоит из лечебных и оздоровительных мероприятий, направленных на лечение неврозов, заболеваний органов брюшной полости, избегания умственного перенапряжения, устранения конфликтных ситуаций. Очень важны занятия физкультурой, рациональное сбалансированное питание, рациональный режим труда, отдыха и питания, отказ от курения и злоупотребления алкоголем! Следует также обращать внимание на регулярное опорожнение кишечника, так как запоры усиливают застой желчи.

Вторичная профилактика, т. е. предотвращение прогрессирования, неблагоприятного течения и обострения дискинезий желчных путей, включает в себя аналогичные мероприятия первичной профилактики. Кроме того, используется лечебная физкультура, диета, физиотерапевтические процедуры, противорецидивное лечение лекарственными препаратами, минеральными водами и санаторно-курортное лечение.



## 2. ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

*Хронический холецистит* (воспаление слизистой оболочки желчного пузыря) — рецидивирующее заболевание. Холециститы и воспалительные заболевания желчных протоков (холангиты) тесно связаны между собой. Поэтому чаще всего, особенно при хроническом течении, наблюдаются случаи комбинированных поражений (холецистохолангит) при преобладании воспалительного процесса то в желчном пузыре, то в желчных протоках.

### 2.1. МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА

С момента своего развития воспалительный процесс носит длительный, хронический характер. Однако изредка хронический холецистит может возникнуть как следствие и продолжение острого процесса. Если в первом случае заболевание возникает постепенно, без видимого острого начала, то во втором случае течению хронического холецистита предшествует яркая, бурная клиническая картина острого холецистита.

Проникновение инфекции в желчный пузырь и развитие воспалительных явлений слизистой оболочки и других тканей желчного пузыря носит чаще всего вторичный характер, т. е. происходит у больных с уже существующими заболеваниями кишечника, небных миндалин (тонзиллит), зубов и других органов. Хронический холецистит чаще всего вызывается микробами, такими как кишечная палочка, стафилококки, стрептококки и др. Микробы проникают в желчный пузырь через кровь, лимфу и контактным путем (из кишечника). При заболеваниях кишечника происходит изменение его микрофлоры с увеличением числа болезнетворных микробов.

Предрасполагающими к воспалительному процессу (холециститу) факторами являются: повреждение стенки желчного пузыря желчными камнями, длительный застой в желчевыведительной системе (дискинезия желчных путей). По существу желчнокаменная болезнь — одна из форм хронического холецистита. Однако иногда наблюдается холецистит без желчных камней. Несомненно, что хронический холецистит — фактор риска угрозы камнеобразования в желчном пузыре. Хронический холецистит приводит к ухудшению сократительной и концентрационной функции желчного пузыря.

Желчный пузырь тесно связан (анатомически и функционально) с ближайшими органами пищеварения. Поэтому изолированное поражение желчного пузыря встречается редко и обычно сочетается с органическими и функциональными изменениями печени, желчных протоков, поджелудочной железы.

## 2.2. ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА

К числу этих основных причин относятся:

- перенесенный острый холецистит;
- очаги хронической инфекции в организме человека (хронический тонзиллит, синусит и др.);
- наличие таких сопутствующих заболеваний, как болезни желудка, кишечника и поджелудочной железы;
- лямблиоз.

Поэтому в профилактике хронического холецистита большое значение приобретают устранение застоя желчи, активное лечение дискинезий желчных путей, активное лечение очагов хронической инфекции, заболеваний печени, поджелудочной железы, кишечника и устранение запоров.

## 2.3. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА

По многим клиническим проявлениям симптоматология желчнокаменной болезни и хронического холецистита совпадает. Однако в последнем случае при волнообразном течении заболевания в периоды обострения болезни часто повышается температура тела, возникают умеренно выраженные явления интоксикации (легкий озноб, главным образом по вечерам, быстрая утомляемость, общая слабость, небольшая потливость, головная боль). Нередко возникают диспепсические явления (тошнота, ухудшение аппетита).

Обычно больные хроническим холециститом жалуются на постоянные или периодические тупые, давящие и ноющие боли в правом подреберье. Временами заболевание обостряется по типу острого холецистита. Характерны непереносимость острой и особенно жирной пищи, неприятные ощущения в правом подреберье или подложечной области при быстрой ходьбе, тряской езде, физических усилиях, при работе

в наклонном положении. Обострению предшествует несоблюдение диеты или перенесенные инфекционные болезни (грипп, ангина).

## 2.4. ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА

К решающим методам диагностики относятся фракционное дуоденальное зондирование с количественной и биохимической оценкой получаемой желчи, рентгеновские исследования (холецистография, холангиография и др.), ультразвуковое исследование печени и системы желчевыделения, компьютерная томография. Диагностическое решение принимает только врач.

## 2.5. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Лечение хронического холецистита, как правило, проводится в амбулаторных условиях; при обострении и затяжном течении — в терапевтических отделениях больниц. Цели лечения — санировать инфекцию и воспалительный процесс в желчных путях, повысить иммунитет, устранить нарушения обмена веществ и дискинезии желчных путей. Лечение должно быть комплексным, причем выбор лечебных средств с учетом особенностей индивидуального характера течения болезненного процесса определяет только врач.

### 2.5.1. Лечебное использование ЛИТОЛИЗИНА

Данные многочисленных исследований показали, что этот нелекарственный препарат помимо устранения дискинезий желчных путей и застоя желчи обладает выраженным противовоспалительным действием при лечении больных с хроническим холециститом. Под его влиянием нормализуется температура тела, исчезают воспалительные процессы в желчном пузыре.

Дозировка **Литолизина**: 2 капсулы (1 таблетка) в конце еды 3 раза в день, а при большой массе тела и «застарелом» холецистите — 4 раза в день 6 дней в неделю курсами по 3–4 недели и перерывами между ними в 2–4 дня.

Врачебный контроль: до и в конце курса, УЗИ — 1 раз в квартал. По достижению стойкого клинического улучшения переходят на прием **Литолизина** по схеме противорецидивного лечения (см. разделы *Введение* и 4.2).

### 2.5.2. Комплекс лечебных мероприятий

В лечении используются:

- антибактериальные средства (антибиотики, сульфамидные препараты и др.), назначаемые врачом при обострении хронического бактериального холецистита,
- спазмолитические препараты;
- физиотерапевтические процедуры;
- беззондовое промывание желчных путей (при отсутствии желчных камней);
- лечебная физкультура, играющая важную роль при хронических холециститах с недостаточным опорожнением желчного пузыря, утренняя гимнастика и дозированная ходьба, упражнения для мышц туловища в положении стоя, сидя и лежа на спине и на правом боку с постепенным увеличением объема движений и нагрузки на брюшной пресс.

### 2.5.3. Лечебное питание

Диета при хроническом холецистите должна щадить печень в условиях полноценного питания, способствовать желчевыделению, нормализовать функцию кишечника. Этим требованиям отвечает диета № 5 (Приложение 3). Необходим частый, дробный прием пищи, способствующий оттоку желчи.

В диете необходимо сочетание овощей с растительным маслом (винегреты, салаты). Неблагоприятно действует высокое содержание в питании легкоусвояемых углеводов (сахар, конфеты, варенье, мед), способствующих застою желчи. Диета должна быть обеспечена овощами, ягодами, фруктами, стимулирующими желчевыделение. Исключаются овощи богатые эфирными маслами и щавелевой кислотой. Яйца (желтки) обладают желчегонными, усиливающими двигательную функцию желчного пузыря свойствами, поэтому их можно включать в диету при хроническом холецистите с учетом индивидуальной переносимости. Если употребление яиц вызывает боли, горечь во рту и другие болезненные явления, используют только яичные белки. Диета при резком обострении хронического холецистита в основном такая же, как и при остром холецистите.

Рекомендуются следующие минеральные воды: арзни, березовская, буковинская, эссендуки № 4, лужанская, машук № 19, плосковская,

славяновская, смирновская. Употреблять минеральную воду следует с небольшим количеством газа или без газа при температуре 40–45°C 3 раза в день (утром натощак, перед обедом и перед ужином). За один прием следует выпивать 200–300 мл воды.

#### *2.5.4. Профилактика развития хронического холецистита*

К числу профилактических мероприятий относятся:

- своевременно начатое активное лечение острого холецистита, дискинезий желчных путей, очагов хронической инфекции (хронический тонзиллит, синусит и др.), заболеваний желудка, кишечника, поджелудочной железы и лямблиоза;
- активный образ жизни, занятия физкультурой, спортом;
- рациональное полноценное сбалансированное питание;
- рациональный режим труда, отдыха и питания;
- исключение вредных привычек (злоупотребление алкоголем, курение).

## 3. ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

*Желчнокаменная болезнь* — хроническое заболевание, связанное с расстройствами обмена веществ (преимущественно жирового и липидного), проявляющееся рецидивирующим течением (сменой периодов обострения и ремиссии) и характеризующееся образованием желчных камней, разнообразных по форме, величине и химическому составу. Желчные камни чаще образуются в желчном пузыре, гораздо реже в печеночных желчных протоках и в общем желчном протоке. Желчнокаменная болезнь часто сочетается с хроническим холециститом (желчные камни повреждают слизистую оболочку желчного пузыря) и дискинезиями желчных путей. Довольно часто в болезненный процесс вовлекаются печень, поджелудочная железа и кишечник.

### 3.1. ПАТОГЕНЕЗ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Механизмы развития желчнокаменной болезни разнообразны и еще полностью не изучены. Основные механизмы развития желчнокаменной болезни: расстройства обмена веществ, изменения функционального состояния печени (продукция желчи со сниженным содержанием желчных кислот и фосфолипидов и высоким — холестерина), нарушения эндогенного синтеза холестерина, застой желчи и воспалительные процессы в желчевыводящих путях. Определенную роль также играет наследственная предрасположенность к процессам образования желчных камней. При этом зачастую один фактор оказывает неблагоприятное воздействие посредством других и лишь при условиях их наличия. Желчнокаменная болезнь развивается при одновременном присутствии нескольких патогенетических факторов.

Нарушения обмена веществ, ведущие к расстройствам химического состава и физического состояния желчи, как правило, происходят у людей со скрытой или явно протекающей эндокринной патологией (ожирение, гипотиреоз, сахарный диабет и др.). Нарушения химического состава желчи (избыток холестерина, билирубина, желчных пигментов, кальция и др.) приводят к выпадению их в осадок в виде «песка». Малоподвижный образ жизни, запоры, беременность, редкий прием пищи ведут к застою желчи, которая вследствие потери жидкости приобретает соли, легко выпадающие в осадок. Воспаленная слизистая оболочка желчного пузыря выделяет большое количество белков и солей кальция, которые способствуют камнеобразованию.

Принято различать следующие типы желчных камней: холестериновые, пигментные (содержащие желчные пигменты) и смешанные (холестерино-пигментно-известковые). В последующем желчные камни могут оказывать двоякое действие: с одной стороны, при движении они могут быть причиной закупорки желчных путей, вызывая нарушения оттока желчи, с другой — эти камни могут стать постоянными механическими раздражителями слизистой оболочки желчного пузыря и желчных протоков, вызывая в них воспалительный процесс с присоединением вторичной инфекции.

### 3.2. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Клинические проявления желчнокаменной болезни весьма разнообразны. Динамика развития и течение заболевания связаны с локализацией камней и их перемещением по системе желчных путей с возможной закупоркой этих путей (желтуха), их дискинезиями, воспалительными процессами (холангит, холецистит) и различными осложнениями. Кроме того клиническая картина желчнокаменной болезни часто изменяется вследствие поражения близлежащих органов пищеварения (печени, поджелудочной железы, кишечника). Камни желчного пузыря сами по себе не вызывают болезненных ощущений и симптомов, которые чаще всего обусловлены наличием холецистита или дискинезиями желчных путей. Диспепсические явления могут выражаться в виде горечи во рту; отрыжки, тошноты, иногда рвоты, обычно после приема пищи. Выраженность этих диспепсических явлений различна и зависит от состояния желудка и поджелудочной железы.

Клиническая картина желчнокаменной болезни может быть разнообразной. Может возникнуть форма заболевания в виде классической (остро болевой) желчной (печеночной) колики. Часто можно встретить заболевание, протекающее с диспепсическими явлениями. Стенокардическая (напоминающая стенокардию — грудную жабу) форма протекает по типу болей за грудиной, возникающих после диетических погрешностей. Латентная (скрытая) форма протекает без каких-либо ощущений и наблюдается, как правило, при наличии одиночных желчных камней, располагающихся на дне желчного пузыря.

### 3.3. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинический анализ крови позволяет определить наличие и активность воспалительного процесса в желчных путях (лейкоцитоз, изменение лейкоцитарной формулы, ускоренная СОЭ). Биохимические исследования крови проводятся в целях определения характера желтухи, для распознавания застоя желчи и для оценки функционального состояния печени.

Решающими методами диагностики заболеваний желчевыделительной системы являются ультразвуковые и рентгенологические. Особое значение приобретает компьютерная томография. При наличии желчных камней дуоденальное зондирование противопоказано.

### 3.4. ЛИТОЛИЗИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

**Литолизин** — самое эффективное средство консервативной терапии желчнокаменной болезни. Этот вывод строго аргументирован данными результатов лечения свыше 1 210 больных желчнокаменной болезнью, среди которых было много пациентов с тяжелой патологией, особенно болезнями сердечнососудистой системы, которым было противопоказано хирургическое лечение.

В результате лечения у большинства больных уже в первые 2–4 недели исчезали болевые ощущения и диспепсические явления, усиливалась сократительная функция желчного пузыря, уменьшались размеры увеличенной печени, функции которой улучшались, исчезали признаки воспалительного процесса в желчных путях, отмечалась тенденция к нормализации содержания сахара и холестерина в крови, улучшалась функция кишечника и поджелудочной железы. Каких-либо побочных явлений не отмечалось.

**Литолизин** способствовал размягчению, раздроблению, растворению и выведению желчных камней, причем этот эффект отмечался и у больных с хроническим калькулезным холециститом. Лечебный эффект (частичное или полное растворение и выведение желчных камней) возникал в сроки от нескольких недель (месяцев) до 1–3 и более лет в зависимости от величины камней, их плотности и локализации. Эффект растворения лучше и быстрее достигается при воздействии **Литолизина** на холестериновые и смешанные желчные камни. Курсовое лечение можно проводить в домашних условиях, разумеется под кон-



тролем врача, причем наибольшее внимание следует уделять мелким желчным камням, которые более подвижны и могут передвигаться по желчевыделительной системе. Следовательно, лечебный эффект **Литолизина** многосторонний: устранение дискинезий и воспалительных явлений в желчных путях, растворение и выведение желчных камней.

К числу механизмов лечебного эффекта **Литолизина** относятся: нормализация обмена жиров, липидов (холестерина), углеводов, минеральных солей (кальция), улучшение функционального состояния печени, кишечника и поджелудочной железы, желчегонный и противовоспалительный эффекты, благожелательные изменения физико-химических свойств желчи, улучшение сократительной функции желчного пузыря, устранение дискинезий желчных путей.

Небольшая суточная доза отдельных трав, входящих в состав **Литолизина**, тем более неядовитых и несильно действующих, способствует его безвредности в процессе лечения. Потенциальные возможности фитопрепарата весьма велики — его литолитическое действие зарегистрировано при наличии крупных желчных камней в полости, шейке и перешейке желчного пузыря, а также и в желчных протоках. Он может растворять не только холестериновые, но и смешанные камни плотностью до несколько сот единиц по шкале Хаунсфилда (по данным спиральной компьютерной томографии).

### *3.4.1. Особенности литолиза крупных и плотных камней в полости желчного пузыря*

Способность **Литолизина** растворять крупные камни нами зарегистрирована еще в 1992 году: у больной В. В. П., 1937 года рождения, 10.11.92 г. на УЗИ найдено 3 камня 1,0–1,5 см в диаметре; после приема фитопрепарата 26.11.92 г. на УЗИ зарегистрирован только один камень (из трех) в диаметре до 1,0 см.

В дальнейшем потенциал литолиза только рос, и у больного С. 39 лет с 09.04.99 г. по 15.06.01 г. (26 месяцев), принимавшего **Литолизин** в индивидуальной дозе, зарегистрировано уменьшение размеров камня в полости желчного пузыря с 51x38 до 34x25 мм. В 2003 году в докладе на форуме «Санкт-Петербург Гастро-2003» нами обобщены результаты 11-летнего применения фитопрепарата у 59 больных 32–76 лет (88,1 % — женщины) с камнями от 20 до 50 мм в полости желчного пузыря.

Оказалось, что частичное или полное растворение зарегистрировано у 59,3 % больных с уменьшением диаметра камней за 1 месяц в среднем на 0,7 мм и их объема — на 0,5 см<sup>3</sup>.

Увеличение плотности камней до +200 — +300 ед. Хаунсфилда замедляло растворение камней так, что уменьшение их размеров в месяц могло составлять всего 0,5—0,1 мм.

### *3.4.2. Растворение и выведение конкрементов из шейки и перешейка желчного пузыря*

Под этим названием мы направили самые полные материалы клинических исследований за период 1993 по 2008 год в адрес III Национального конгресса терапевтов «Новый курс: консолидация усилий по охране здоровья нации» (Москва, 5–7 ноября 2008 года). За указанный период среди пациентов с УЗИ диагностируемой желчнокаменной болезнью было выявлено 82 больных с камнями в шейке (у 46 пациентов) и перешейке (у 36 больных) величиной от 4 до 32 мм (в среднем 15,9 и 13,4 мм). Женщин было 65, мужчин 17 в возрасте от 24 до 80 лет. По данным УЗИ, у 35 больных диагностирован «отключенный» желчный пузырь, а у 4 — «водянка желчного пузыря». Спиральная компьютерная томография зарегистрировала у 26 пациентов плотность камней в пределах от +90 до +857 ед. Хаунсфилда.

В 60 % случаев, т. е. у 50 больных удалось вывести камни в полость желчного пузыря в сроки от 3 до 42 месяцев (в среднем за 8,7 месяца). При этом у 21 пациента удалось определить уменьшение камней в диаметре на 2–11 мм (в среднем на 5,3 мм), у остальных — не удалось из-за наличия камней близких по размерам в полости желчного пузыря.

Более половины «отключенных» желчных пузырей (19 из 35) были в результате применения фитопрепарата «включены» за счет выведения камней из шейки и перешейка, при этом у 3 пациентов была ликвидирована «водянка желчного пузыря», что ранее осуществлялось только хирургическим путем. Вероятно, большую роль сыграла грамотность больных — все они были медицинскими работниками.

Большие сроки требовались для выведения плотных (рентгенпозитивных) камней. Например, у больной Л. 55 лет камень 19x10 мм вышел из перешейка «отключенного» желчного пузыря в полость виде осколков 3, 4 и 6 мм, плотностью от +390 до +450 ед. Хаунсфилда, лишь через 4 года терапии **Литолизин**.

**Литолизин** применялся и должен приниматься больными в дозе, не ниже чем при крупных и плотных камнях (см. таблицы 1 и 2 в разделах Введение и 3.4.1) курсами по 3—4 недели на протяжении от нескольких месяцев до нескольких лет. УЗИ и врачебный контроль при «водянке» и «отключенном» желчном пузыре ежемесячно с еженедельным телефонным опросом и наблюдением врача хирурга. Желательно начальный (первый) этап применения Литолизина с более быстрым выходом на необходимую суточную дозу проводить в условиях стационара, хотя бы и дневного. Лабораторные исследования — не реже 1 раза в квартал, а также при изменении клинической картины и при обострениях.

### *3.4.3. Растворение камней в желчных протоках*

С появлением **Литолизина** впервые появилась возможность растворения и выведения камней из желчных протоков (пузырного, общего желчного — холедоха и печеночных). Это важно, потому что до сих пор «золотым стандартом» лечения желчнокаменной болезни остается холецистэктомия. Но независимо от сроков и способов холецистэктомии сохраняется пресыщенность желчи холестерином, а значит и ее литогенность (способность к образованию желчных камней). Вот почему у 8—30 % больных (по данным разных авторов) с удаленным желчным пузырем камни образуются вновь, но уже в желчных протоках. Это рецидив желчнокаменной болезни и повод для более сложных оперативных вмешательств, но уже на желчных путях.

Клинические исследования проводились у 17 больных с локализацией камней в пузырном и общем желчном протоках, которые принимали **Литолизин** в течение 1—5 лет. У 14 больных зарегистрировано полное, а у 2 пациентов — частичное растворение желчных камней. При отсутствии желчного пузыря скорость литолиза камней в холедохе была примерно в 2 раза медленнее, чем при его наличии.

При камнях желчных путей необходимо строго соблюдать правило: никаких желчегонных средств в период приема **Литолизина!** Это касается и диетических рекомендаций (ведь прием пищи — желчегонное): небольшие порции пищи до 5—6 раз в сутки с исключением экстрактивных веществ, приправ и т. п.

Очень медленно выходят на необходимую суточную дозу, в начале лучше на капсулах, которые действуют более мягко (таблицы 3, 4).

Таблица 3

**Прием Литолизина  
при массе тела от 60 до 80 кг**

Дни	1-й завтрак	2-й завтрак	Обед	Ужин	Чай
1-4	—	—	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	—
5-8	1 к (1/2 т)	—	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	—
9-12	1 к (1/2 т)	—	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)
13-16	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)
17-20	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	2 к (1 т)	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)
21-24 и далее	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	2 к (1 т)	2 к (1 т)	1 к (1/2 т)

Таблица 4

**Прием Литолизина  
при массе тела от 80 до 100 кг**

Дни	1-й завтрак	2-й завтрак	Обед	Ужин	Чай
1-4	—	—	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	—
5-8	1 к (1/2 т)	—	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	—
9-12	1 к (1/2 т)	—	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)
13-16	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)
17-20	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	2 к (1 т)	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)
21-24	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	2 к (1 т)	2 к (1 т)	1 к (1/2 т)
25-30 и далее	1 к (1/2 т)	1 к (1/2 т)	2 к (1 т)	2 к (1 т)	2 к (1 т)

*Примечание, к — капсула, т — таблетка.*

Если появляются дискомфортные ощущения в верхней половине живота, то суточную дозу **Литолизина** не увеличивают, пока эти ощущения не пройдут. При небольшой массе тела (40–60 кг и менее) или очень высокой чувствительности к Литолизу нужно постепенно еженедельно (1 раз в неделю) повышать суточную дозу всего на 1/4 таблетки. Таким образом за несколько лет нами был достигнут положительный эффект у больной М. 84 лет из Кисловодска. Суточная дозировка Литолизина должна быть строго индивидуальной: от 1/4–1/2 таблетки (1 капсулы) до 2 капсул (1 таблетки) 5–6 раз в день (общая суточная доза не должна превышать 6–8 капсул или 3–4 таблетки).

Продолжительность курсов приема фитопрепарата 4 недели, перерывы — 2–4 дня.

Врачебный контроль до, в середине и конце каждого курса с ежемесячным УЗИ. Необходим еженедельный телефонный опрос, участие гастроэнтеролога и хирурга во врачебном контроле (не реже 1 раза в квартал). Компьютерная томография конкрементов с определением их плотности по шкале Хаунсфилда обязательна до применения **Литолизина** (при возможности), контроль — 1 раз в полгода при рентгеноположительных камнях.

После растворения и выведения камней из желчных протоков переходят на противорецидивную терапию (разделы Введение и 4.4.2) во избежании повторного камнеобразования.

### 3.5. ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Основой лечебного питания является диета № 5 (*Приложение 3*). Из питания исключаются: наваристые бульоны (мясные, рыбные, грибные), тугоплавкие жиры, жирные сорта мяса, рыбы, птицы, жареные блюда, любые копчености, острые приправы, консервированные и маринованные продукты, редька, репа, редис, хрен, лук, чеснок, щавель, шпинат, выпечка из сдобного теста, пирожные, торты, шоколад, мороженое, газированные и охлажденные напитки, в том числе пиво и шампанское. Употребление яичных желтков ограничено (не более 3 в неделю).

Принимать пищу понемногу 4–5 (лучше 5) раз в день, желательно в одни и те же часы. Минеральные воды назначаются врачом вне обострения желчно-каменной болезни. Рекомендуются гидрокарбонатные воды средней и малой минерализации — эссендуки № 4 или 17, боржоми,

плосковская, славяновская, джермук, смирновская, нафртуси № 1. Выбор минеральной воды, ее дозировку и методику применения определяет только врач. При запорах рекомендуется принимать прохладную минеральную воду. Курс питьевого лечения — около 1 месяца; через 2–3 месяца курс питьевого лечения можно повторить. Вода должна быть дегазированной.

### 3.6. ФИЗИЧЕСКИЕ НАГРУЗКИ

Запрещена тяжелая физическая нагрузка с сильным напряжением брюшного пресса (подъем тяжестей и др.) и наклоном туловища вперед (мытьё пола, стирка белья, работа на даче и т. д.), прыжки, избыточная нагрузка на правую половину плечевого пояса и др. Рекомендуется, лечебная физкультура.

### 3.7. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Четкое соблюдение режима труда, отдыха и питания, оптимальный психологический климат в семье и на работе, полноценный ночной сон, отказ от вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем).

## 4. ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЕ (ПРЕДУПРЕДИТЕЛЬНОЕ) ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Как известно, желчнокаменная болезнь является хроническим рецидивирующим заболеванием. Цель противорецидивного лечения: предупреждение развития рецидивов и прогрессирования болезни, возникновения различных осложнений. По сути охватываются все мероприятия первичной и вторичной профилактики.

Надо помнить, что хирургические методы (например удаление желчного пузыря) или растворение и выведение желчных камней с помощью консервативных методов лечения не избавляют человека от желчнокаменной болезни, если остаются факторы — причины этой болезни, если человек нарушает режим питания, мало двигается, ведет нездоровый образ жизни, болезненные проявления могут снова появиться. По нашим данным, основная причина подобных обострений — невыполнение рекомендаций врача и нарушение правил здорового образа жизни. Многие больные забывают о том, что лечение должно быть комплексным, а не только одними лекарственными препаратами или лекарственными травами. Итак, операции и консервативные методы выведения желчных камней не предупреждают рецидивов желчнокаменной болезни (повторное камнеобразование).

При проведении противорецидивного лечения следует учитывать особенности течения заболевания и жизненного уклада больного, его семьи, других условий. Протиорецидивное лечение проводится у всех больных, страдающих дискинезиями желчных путей, хроническими холециститом и желчнокаменной болезнью, в том числе после операционных вмешательств на желчных путях. Все мероприятия противорецидивного лечения должны проводиться под контролем врача, который определяет объем и содержание лечения, начало и продолжительность его проведения.

При определении оптимального периода для проведения противорецидивного лечения следует руководствоваться данными наблюдения над больными в предшествующие годы. Если есть сезонность обострения болезни, то целесообразно начать противорецидивное лечение примерно за месяц до предполагаемого рецидива. Больным, у которых отсутствует склонность к обострению болезни в определенные периоды года, противорецидивное лечение проводится в любое время года. В состав

противорецидивного лечения входят: лекарственное лечение, фитотерапия, диетическое лечение, лечебная физкультура, психотерапевтические воздействия, физиотерапевтические процедуры, мероприятия здорового образа жизни.

#### 4.1. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Речь идет об использовании различных лекарственных веществ. При длительном применении рекомендуются наиболее действенные и безопасные лекарственные препараты. К сожалению, при длительном применении лекарственных средств увеличивается частота проявления побочных явлений. Не исключается возможность «привыкания», т. е. снижения или даже прекращения лечебного эффекта данного препарата.

#### 4.2. ЛИТОЛИЗИН — ВЫСОКОЭФФЕКТИВНОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО

С применением **Литолизина** появилась возможность надежной и безопасной профилактики рецидивов желчнокаменной болезни, в том числе как средства предупреждения развития повторного камнеобразования у лиц с желчнокаменной болезнью после удаления желчного пузыря. Наши данные свидетельствуют о том, что **Литолизин** устраняет факторы риска желчнокаменной болезни или ослабляет их воздействие на организм человек. Так, в группе больных желчнокаменной болезнью, получавших **Литолизин** в течение 3 лет, случаев повторного камнеобразования не было. В то же время в контрольной группе лиц с желчнокаменной болезнью (не получавших **Литолизин**) образования или рецидивы камней в желчных путях наблюдались в 22,3 % случаев.

Борьбу с факторами риска желчнокаменной болезни надо начинать как можно раньше и наиболее активно в осеннее-зимний и в весенний периоды.

Дозировка **Литолизина**: 2 капсулы (1 таблетка) в конце еды 3–4 раза в день 6 дней в неделю курсами по 3–4 недели с перерывами 2–5 дней до получения стойкой ремиссии. Лицам с повышенной чувствительностью при одинаковой суточной дозе фитопрепарата увеличивают число приемов до 5 раз в сутки:

- 1-й и 2-й завтрак: 1–2 капсулы (1/2–1 табл.);
- обед, ужин. 1–1, 1/2 таблетки;
- вечерний чай: 2 капсулы.



Прием капсул на ночь позволяет сохранять действие **Литолизина** в течение всего ночного сна — из капсул он медленнее поступает в организм. Прием капсул в 1-й или 2-й завтрак позволяет ограничивать объем принимаемой пищи (полстакана густого сока, яблоко, банан, горсть сухофруктов или ягод и т. п.) и жидкости (запивать капсулы несколькими глотками простой воды).

Врачебный контроль: ежеквартально; УЗИ — 1 раз в 6 месяцев.

Несомненно, что профилактический эффект действия **Литолизина** во многом зависит от одновременного использования диетического лечения, лечебной физкультуры с условием здорового образа жизни.

### 4.3. ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Основой лечебного питания является диета № 5 (см. *Приложение 3*). При соблюдении диеты во всех случаях необходимо учитывать переносимость отдельных пищевых продуктов и блюд, а также индивидуальные привычки больных. Питание должно быть 4–5-разовым (дробное питание способствует желчеотделению).

Диета № 5 используется в период ремиссии желчнокаменной болезни. Полезные продукты, препятствующие повторному образованию желчных камней:

- богатые лецитином, нормализующие обмен жиров и липидов (холестерина) и функции печени: мясо кролика, нерафинированные растительные масла, большинство рыб, сыр, творог, овсяная крупа;
- богатые клетчаткой и пектином, усиливающие моторику желчного пузыря и кишечника, способствующие выведению холестерина из организма: отруби, пшеничные, овсяные, гречневые, перловые, ячневые крупы, картофель, морковь, свекла, капуста белокочанная, перец сладкий, зеленый горошек, тыква, маслины, клубника, черная, белая и красная смородина, крыжовник, черника, брусника, клюква, изюм, урюк, чернослив, лимон;
- оливковое, кукурузное и нерафинированное подсолнечное масле богатые ненасыщенными жирными кислотами, нормализующие обмен веществ, в частности холестерина; стимулирующие желчевыделение и двигательную активность кишечника, способствующие выведению холестерина из организма: скумбрия, сельдь, кальмары, отруби пшеничные, овсяная, гречневая, ячневая, пер-

ловая крупы, пшено, хлеб из муки 2-го сорта, морская капуста, урюк, чернослив, укроп, петрушка, салат;

- продукты, обладающие желчегонным действием: айва, арбузы, гранаты, кукуруза, крыжовник, шиповник, смородина, виноград, земляника, морковь, свекла, тыква, редька. Полезны фруктовые, овощные и ягодные соки, например, желчегонным эффектом обладают капустный, морковный, томатный, свекольный, абрикосовый и персиковый соки.

Полноценная в белковом отношении пища (мясо, рыба нежирных сортов, сыр, творог) способствует синтезу желчных кислот в печени и таким образом препятствует образованию желчных камней. Напротив при неполноценной в отношении белков пищи и дисбалансе аминокислот в организме увеличивается риск камнеобразования.

Повышенная склонность к образованию желчных камней вероятна у лиц, употребляющих мало жидкости; большая концентрация холестерина в небольшом объеме жидкости способствует большому его выпадению в осадок (в том числе в желчи), поэтому пить во время еды совсем неплохо.

#### 4.4. МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ

Выбор минеральной воды, дозировку, методику ее применения определяет врач. Рекомендуются воды средней и малой минерализации: боржоми, джермук, славяновская, смирновская, эссендуки № 4 и 17, арзни и др. при температуре 42–45 °С по 200–300 мл 3 раза в день. Время приема воды зависит от исходного состояния секреторной функции желудка: при пониженной кислотности — за 30 минут до еды, а при повышенной — за 90 минут. Минеральные воды с профилактической целью могут применяться в межрецидивный период течения болезни (вне обострения).

#### 4.5. ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА

Невозможно переоценить воздействие лечебной физкультуры при желчнокаменной болезни, нормализация обмена углеводов, жиров и липидов, снижение уровня холестерина в крови, устранение застоя желчи, улучшение функции печени, желчного пузыря и кишечника. Выбор лечебной физкультуры должен проводиться индивидуально с учетом возраста и физического развития больного, характера и стадии желчнокаменной болезни, наличия осложнений, состояния сердечно-

сосудистой и дыхательной систем. Переутомление больным противопоказано! После физических и умственных нагрузок необходим регулярный эффективный отдых.

Непременным компонентом противорецидивного лечения должна быть утренняя гигиеническая и лечебная гимнастика. При хорошей переносимости физических нагрузок можно совершать продолжительные пешеходные прогулки, а в дальнейшем показаны легкий бег, езда на велосипеде, ходьба на лыжах. Впоследствии можно заниматься плаванием, играть в теннис, участвовать в туристических походах. Спортивные упражнения, связанные с прыжками, толчками, вибрацией больным с желчнокаменной болезнью противопоказаны в связи с возможностью перемещения желчных камней и развитием желчной (печеночной) колики.

#### 4.6. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Рациональный режим труда, отдыха и питания, активный отдых, полноценный ночной сон, отказ от вредных привычек, оптимальный психологический климат в семье и на работе, высокая культура общения людей — важные составные части эффективного противорецидивного лечения.

## 5. ПОЧЕЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

*Почечнокаменная болезнь* — это хроническое заболевание с нарушением обмена веществ в организме и местными изменениями в почках с образованием в них камней, формирующихся из солевых и органических соединений в моче. Почечнокаменная болезнь проявляется наличием мочевых камней, различных по величине, форме и химическому составу, в почках, мочевом пузыре и мочевых путях (мочеточник и мочеиспускательные каналы).

### 5.1. МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ПОЧЕЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

К наиболее важным факторам, способствующим развитию почечнокаменной болезни относятся:

- расстройства обмена веществ, в частности пуринового, обмена щавелевой кислоты, фосфора, кальция, употребление жесткой воды, гипervитаминоз D;
- эндокринные расстройства, например, избыточное поступление в кровь гормонов паращитовидных желез (нарушение обмена фосфора и кальция);
- инфекции и воспалительные процессы в мочевых путях;
- воспалительный осадок (бактерии, лейкоциты, эпителий), белок которого становится центром адсорбции для оседания солей и последующего образования камней. В одних случаях инфекция способствует возникновению мочевых камней, а в других, наоборот, камни вызывают воспалительный процесс в мочевых путях;
- застой мочи, в частности вызванный низкой физической активностью людей: камнеобразованию могут способствовать анатомо-физиологические особенности почек и мочевых путей и связанные с ними нарушения опорожнения лоханок и мочеточников (застой мочи). Этим объясняется более частое возникновение камней при аномалиях развития почек и мочевых путей.

### 5.2. ПРОЦЕССЫ ОБРАЗОВАНИЯ МОЧЕВЫХ КАМНЕЙ

Химический состав и микроструктура мочевых камней во многом зависят от причин их образования. Так, при нарушении пуринового обмена могут образоваться уратные камни, при расстройствах обмена щавелевой кислоты — оксалатные; фосфатные камни появляются

в основном при нарушениях фосфорно-кальциевого обмена и при наличии инфекции мочевых путей. Выпадение солей мочи в осадок обусловлено как избыточным выделением веществ, образующих камни, так и состоянием рН мочи. Известное значение придают уменьшению выделения защитных коллоидов, удерживающих составные части мочи в растворенном состоянии. Уратные и оксалатные камни образуются в кислой среде. Фосфаты выпадают исключительно в щелочной среде, что наблюдается при диете, богатой овощами и фруктами.

Моча — это сложная смесь большого количества растворенных солей. Когда моча перенасыщается ионами, способными кристаллизироваться, начинается процесс образования ядра и рост камня происходит на поверхности другого кристалла. Для зарождения камня необходима определенная ситуация, при которой сочетаются высокая концентрация солей и наличие гидрофобных коллоидов в моче, а также соответствующая точка кристаллизации солей, величина рН и застой мочи. При отсутствии последнего и патологических изменений в коллоидной системе мочи процесс заканчивается образованием свободных кристаллов. Началом образования первичного центра камня могут быть как кристаллизация солей, так и конгломерация (соосаждение) органических веществ. Рост камней происходит ритмично с чередованием процессов кристаллизации солей и осаждения органических веществ.

### 5.3. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОЧЕЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Клинические проявления почечнокаменной болезни разнообразны и зависят от функции почек, степени нарушения выделения мочи, количества, формы и локализации камней, длительности заболевания, наличия воспалительного процесса в мочевых путях и осложнений. Симптомы болезни складываются из острых проявлений этого страдания в виде приступов почечной колики и клиники длительных промежуточных периодов между отдельными приступами. Субъективными проявлениями болезни являются боли, тошнота, рвота (при колике), нарушения моторики кишечника, иногда ознобы и повышение температуры тела. Возможно и бессимптомное течение заболевания. При колике — боли острые, интенсивные, больные беспокойны, часто меняют положение тела. Боли обычно локализуются в поясничной области или животе, которые отдаются в пах, внутреннюю поверхность бедер, часто — болезненное мочеиспускание, появление крови в моче.

Осложнения почечнокаменной болезни: пиелонефрит, гидронефроз, почечная недостаточность, артериальная гипертензия (повышение артериального давления).

#### 5.4. ДИАГНОСТИКА ПОЧЕЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Диагноз почечнокаменной болезни определяется на основании клинической картины заболевания, лабораторных и инструментальных методов исследования, к числу которых относятся: клинические анализы крови, мочи, исследования функционального состояния почек, рентгенологические и ультразвуковое исследования, компьютерная томография.

#### 5.5. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОЧЕЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Различают методы хирургического и консервативного лечения. Камни менее 5 мм в диаметре выходят самостоятельно при условии достаточной гидротерапии и медикаментозного лечения болевого синдрома. Примерно в 30 % случаев почечной колики показано проведение цистоскопии, экстракорпоральной волновой ударной литотрипсии или хирургического вмешательства. Следует помнить, что почечный камень — лишь симптом хронического заболевания, поэтому оперативное удаление его не гарантирует от рецидивов, которые наблюдаются в среднем у 10–25 % больных после хирургического вмешательства. Предотвращение дальнейшего камнеобразования зависит от полноты выполнения всех врачебных рекомендаций.

Консервативное лечение имеет следующие цели: уменьшение выделения через почки камнеобразующих веществ, создание в моче условий, неблагоприятных для их выкристаллизования, устранение застоя мочи и воспалительных явлений в мочевых путях. К числу терапевтических методов лечения относятся: медикаментозное лечение, фитотерапия, лечебная физкультура, лечебное питание, минеральные воды. Существующие консервативные методы лечения и профилактики почечнокаменной болезни малоэффективны, не оказывают выраженного эффекта растворения и измельчения мочевых камней, имеют много противопоказаний к их назначению, часто вызывают нежелательные побочные реакции.

## 5.6. ЛИТОЛИЗИН — ВЫСОКОЭФФЕКТИВНЫЙ БЕЗОПАСНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПОЧЕЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Под наблюдением находилось 187 больных почечнокаменной болезнью с различной локализацией мочевых камней (в почках, мочеточниках и мочевом пузыре) различной химической структуры (оксалатные, уратные, фосфатные). Многие больные ранее безуспешно лечились различными методами консервативного лечения, некоторые были оперированы. Все больные получали **Литолизин** с учетом индивидуальных особенностей течения заболевания. Как уже указывалось, почечнокаменная болезнь — это хроническое заболевание, характеризующееся рецидивами и повторным камнеобразованием.

Вероятность образования второго мочевого камня в течение 5 лет после первого составляет 50 %. Лечение почечнокаменной болезни весьма длительное, больные должны периодически осматриваться урологом и находиться под постоянным контролем лечащего врача. В процессе лечения наибольшее внимание следует уделять мелким мочевым камням, которые более мобильны и подвижны и чаще могут передвигаться по мочевыводящей системе.

В результате лечения **Литолизином** исчезали боли, диспепсические и дизурические явления, отмечалось устранение воспалительных процессов в мочевыделительной системе, нормализовались показатели состава мочи. И, наконец, главное достоинство **Литолизина** по сравнению со всеми методами консервативной терапии — способность раздроблять, растворять и выводить мочевые камни из всех отделов мочевыделительной системы.

Наш опыт свидетельствует, что при локализации камней в чашках почки сроки растворения конкрементов могут быть длительными (до 1,5 лет), несмотря на то, что сами камни по своим размерам могут быть небольшими (4–6 мм). В то же время в лоханке чашки срок растворения камней, особенно уратных, может исчисляться неделями и месяцами даже если они при этом вдвое больше по своим размерам. Рекомендуется растворять и мелкие камни, которые могут переместиться из почек и застрять в мочеточнике с тяжелыми последствиями. Наш опыт иллюстрирует успешность растворения камней в мочеточнике и мочевом пузыре. Лечение **Литолизином** эффективно при сочетании почечнокаменной болезни с пиелонефритом (устранение воспалительных явлений, нормализация состава мочи). Наиболее трудна задача по растворению

оксалатных конкрементов, так как они могут растворяться дискретно (прерывисто). Так, больной О. 53 лет с множественными камнями в обеих почках диаметром до 11 мм длительно (более трех лет) в индивидуальной дозе принимал **Литолизин** и почти потерял надежду, как вдруг в течение недели начал мочиться густой мочой желтоватого цвета, дающей большой осадок. Оказывается, так растворялись его оксалатные камни. На УЗИ после этого определялся лишь один из них диаметром 6 мм, да и он растворился через несколько месяцев.

Известно, что желчнокаменная болезнь часто сочетается с почечнокаменной болезнью. С появлением **Литолизина** впервые появилась возможность одновременного лечения обоих заболеваний. В специальных исследованиях было установлено, что под влиянием **Литолизина** у больных через 2–3 недели улучшалось самочувствие, а через 1–2 месяца наступала ремиссия. Почечные камни размером 4–8 мм полностью растворялись через примерно 5 месяцев. Одновременно за те же сроки полностью растворялись одиночные камни в желчном пузыре.

Показания к применению **Литолизина**: наличие фосфатурии, оксалурии, уратурии, наличие камней и воспалительных явлений в различных отделах мочевыделительной системы, в том числе после оперативных вмешательств. Помимо лечебного эффекта **Литолизин**, воздействуя на факторы риска почечнокаменной болезни, обладает и выраженным профилактическим действием. Поэтому он должен стать важной составной частью комплексного противорецидивного лечения, целью которого является предупреждение развития обострения почечнокаменной болезни и повторного камнеобразования.

Дозировка **Литолизина** и продолжительность курсового лечения — см. *Введение*.

Врачебный контроль за эффективностью лечения при камнях более 5 мм необходимо проводить совместно с урологом. Начинать применение больным **Литолизина** в целях растворения конкрементов в мочеточнике можно только после получения заключения от уролога о возможности проведения консервативной литолитической терапии (достаточная проходимость мочеточников, отсутствие гидронефротической почки и др.). УЗИ почек при уратных и фосфатных камнях проводят 1 раз в 2–3 месяца, оксалатных — в 3–6 месяцев.

Прием **Литолизина** — не самостоятельный метод, а важная составная часть комплексной терапии почечнокаменной болезни, включающей в себя диетическое питание, лечебную физкультуру, употребление



минеральных вод, образ жизни больного. Более того, при неиспользовании этих лечебных факторов лечебный эффект Литолизина снижается.

## 5.7. ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ

Основой современного подхода к лечению почечнокаменной болезни является уменьшение концентрации солей в моче. Лечебное питание назначают с учетом расстройств обмена веществ (нарушений обмена пуринов, щавелевой кислоты, фосфора и кальция), химического состава мочевых камней или мочевого песка, рН мочи, функционального состояния почек. При неосложненной почечнокаменной болезни питание должно быть полноценным, пища — разнообразной и богатой витаминами. Потребление жиров, белков, углеводов, витаминов, поваренной соли должно соответствовать физиологической норме (с учетом возраста). Больные должны питаться в определенные часы дня, избегать неактивной жизни. В целях снижения перенасыщения мочи следует увеличить диурез путем увеличения потребления жидкости. Рекомендуется суточное потребление жидкости не менее 1,5–2 литров, за исключением случаев фосфатных и карбонатных камней, при которых показано ограничено питьевого режима.

Рекомендуются дифференцированные лечебные диеты с учетом химического состава и рН мочи

*Оксалатурия* — стойкое выделение с мочой кристаллов щавелевой кислоты и оксалата кальция. Растворению камней и уменьшению оксалатурии способствуют следующие меры:

- исключение продуктов с высоким содержанием щавелевой кислоты (щавель, ревень, шпинат, грибы, груши, земляника, крыжовник, фасоль, инжир, соленые овощи; ограничение свеклы (при обострении), черной смородины, черники; относительное ограничение картофеля, моркови, лука, томатов);
- ограничение углеводов, аскорбиновой кислоты, желатина, поваренной соли;
- ограничение потребления молочных продуктов при сочетании оксалатурии с повышенным уровнем кальция в моче;
- в повышенном количестве употребление овощей и фруктов с низким содержанием щавелевой кислоты (огурцы, капуста, репа, баклажаны, тыква, чечевица, бананы, абрикосы);
- включение в диету продуктов богатых магнием, являющимся антагонистом кальция (пшеничные и ржаные отруби, овсяная,

гречневая и перловая крупы, пшено, хлеб из муки второго сорта, сухофрукты).

*Уратурия* — стойкое выделение с мочой кристаллов мочевой кислоты и уратных камней. В диете преобладают молочнорастительные продукты. Белковый состав пищи должен быть не более 1 г на 1 кг массы больного. Из диеты исключаются: мясо молодых животных и птиц, бульоны из них, жареное мясо, печень, почки, язык, мозги, колбасы, копчености, жирная рыба, соленья, мясные и рыбные консервы и соусы, икра, соленые сыры, говяжий, бараний, кулинарные жиры, бобовые (фасоль, горох), выпечные изделия из слоеного и сдобного теста, грибы, щавель, шпинат, ревень, цветная капуста, инжир, малина, горчица, хрен, шоколад, какао, крепкий чай, кофе. Раз в неделю показаны разгрузочные дни: молочные (до 1,5 л молока, кефира, простокваши пониженной жирности), овощные и фруктовые (свежие сырые овощи и фрукты и их комбинации) 5 раз в день по 300–350 г без соли с добавлением растительного масла и увеличением количества суточной жидкости.

Диета должна быть направлена на «ощелачивание» мочи, так как уратные камни образуются в кислой моче. Подщелачивающим эффектом действия в той или иной степени обладают: картофель, морковь, свекла, дыня, лимоны, персики, апельсины, яблоки сладких сортов и др. Рекомендуется чай с лимоном или молоком, отвар шиповника, соки, компоты из свежих и сушеных фруктов. Не следует употреблять клюкву и бруснику.

*Фосфатурия* — повышенная концентрация фосфатов в моче с образованием кристаллов и камней. Исключаются из питания продукты и лекарственные средства, ощелачивающие мочу (лимоны, щелочи и др). Исключаются или ограничиваются: картофель, овощи, салаты овощные, овощные консервы, винегреты, ягодные, фруктовые и овощные соки, молоко, молочные продукты (творог, сыр, сладкие блюда на молоке), сдобные изделия на молоке, копчености, соленья, пряности, мясные и кулинарные жиры. Диета у таких больных преимущественно мясная; ее дополяют сливочное масло, икра, печень, блюда из круп, фруктов и овощей (арбуз, брусника, красная смородина, кислые сорта яблок, баклажаны, морковь). Следует употреблять продукты «окисляющие» мочу (зеленый горошек, тыкву, кислые сорта яблок, клюкву, бруснику, компоты и кисели из них).

## 5.8. МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ

Минеральные воды назначаются врачом в межприступный период болезни. Они оказывают нормализующее влияние на химический состав мочи, обмен веществ и усиливают мочеотделение. Больным с оксалатными камнями и избытком в моче солей щавелевой кислоты показаны слабоминерализованные воды (эссентуки № 20, нафтуса, саирме). Больным со щелочными камнями, избытком в моче солей фосфорной кислоты рекомендуются минеральные воды, способствующие окислению мочи (доломитный нарзан, нафтуса и др.). При наличии у больных кислых камней (уратов) показаны щелочные минеральные воды (эссентуки № 4 и 17, славяновская, смирновская, боржом). Дозировку и методику питьевого лечения минеральными водами определяет только врач.

## 5.9. ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА

Лечебная физкультура содействует отхождению мочевых камней, улучшению мочевыделения, стимуляции обмена веществ. Физические упражнения, вызывая колебания внутрибрюшного давления, изменяют тонус гладких мышц мочеточника, стимулируя его перистальтику, способствуют отхождению камня. Надо учитывать показания и противопоказания к назначению лечебной физкультуры, основными формами которой являются лечебная гимнастика (специальные упражнения для мышц брюшного пресса) и дозированная ходьба. Запрещаются: спортивные игры, тряска при езде, поднятие тяжестей. Тяжелая физическая работа опасна для больных почечнокаменной болезнью. Все физиотерапевтические рекомендации только по назначению врача, лучше уролога.

Несомненно, что здоровый образ жизни (строгое соблюдение рационального режима труда, отдыха и питания, активный отдых, полноценный ночной сон, отказ от алкогольных напитков, курения и приема наркотиков) — важная составная часть комплексного лечения больных почечнокаменной болезнью.

## 6. НЕКОТОРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА

Потенциальные лечебные возможности Литолизина еще далеко не использованы. Наши исследования свидетельствуют, что он обладает поливалентностью действия, оказывая положительное целебное воздействие на течение ряда заболеваний, которые нередко сочетаются с желчнокаменной болезнью (хронические поражения печени и поджелудочной железы, дуоденит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и др.). К числу этих болезненных процессов относятся и заболевания кишечника. Более того, последние принимают активное участие в формировании воспалительных процессов и камней в желчевыводительной системе. Лечение заболеваний кишечника — важный лечебный и профилактический фактор в комплексной терапии больных желчнокаменной болезнью.

### 6.1. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА

*Функциональные заболевания* — это, как правило, невоспалительные заболевания тонкой или толстой кишки (или обеих одновременно), но значительно чаще толстой, проявляющиеся в виде нарушений моторной (двигательной) и секреторной функций кишечника. Причины развития функциональных заболеваний: нервные расстройства контроля и регуляции деятельности кишечника, аллергические состояния, болезни эндокринных органов, заболевания органов брюшной полости и мочеполовой сферы (возникновение местных патологических рефлексов с поврежденных органов на кишечник) и многие другие болезненные процессы.

Диагноз функционального заболевания кишечника может быть поставлен только после тщательного обследования больных с применением клинических, лабораторных, эндоскопических и рентгенологических методов, после исключения органического характера заболевания. Долготерапия или самолечение опасны. Длительное существование расстройств кишечника способствует неминуемому переходу заболевания в хроническую, прогрессирующую форму.

В зависимости от характера нарушений моторноэвакуаторной функции кишечника, локализации патологического процесса (тонкая или толстая кишка), типа стула функциональные заболевания кишечника проявляются по-разному. Наиболее частые среди них — дискинезии

кишечника, синдром раздраженной кишки. Клинически эти заболевания проявляются следующими симптомами: вздутие живота, урчание, схваткообразные и ноющие, реже распирающие боли вокруг пупка или в других отделах живота, запоры или поносы. Дискинезии кишечника э проявляются обычно запорами.

### 6.1.1. Запоры

*Запор* — это редкое и затруднительное недостаточное опорожнение кишечника, происходящее значительно реже нормальной частоты стула для данного человека. В связи с длительной задержкой остаточных веществ в кишечнике вода полностью всасывается и каловые массы становятся твердыми. Запоры могут быть органическими — препятствия в кишечнике (опухоли толстой кишки и др.) — и функциональными. Различают два основных механизма их развития: расстройства моторной функции толстой кишки и нарушения акта дефекации (опорожнение кишечника). Причины запоров: неполноценное питание (дефицит жидкости, солей калия, растительной клетчатки, неправильный режим питания), неврогенные факторы (появление рефлекторных воздействий на кишечник со стороны органов брюшной полости, неврологические болезни), аноректальные заболевания (геморрой, трещина заднего прохода и др.), гипокинезия, истощение, интоксикация (свинцовая, ртутная), при приеме некоторых медикаментов, эндокринные болезни, беременность.

Лечение запора возможно только после всестороннего обследования пациента и установления причины его возникновения. Добиться стойкого восстановления функции кишечника только с помощью слабительных средств невозможно. Нормализовать дефекацию — нелегкая задача, требующая от больного настойчивости и терпения.

Рекомендации: физические упражнения, активирующие мышцы живота, особенно в сочетании с массажем по ходу толстой кишки. Пища должна приниматься не реже 5 раз в день. Недопустимы большие перерывы между отдельными приемами пищи. Обязательный компонент лечения и профилактики запоров — диета, содержащая достаточное количество растительной клетчатки и других продуктов, усиливающих моторную деятельность кишечника (овощи, фрукты в сыром виде, салаты, соки, сухофрукты), пшеничные отруби, кисло-молочные продукты, гречневая, овсяная, перловая крупы, достаточное количество жидкости. Показаны минеральные воды (эссендуки № 4 и 17, баталин-

ская, славяновская и др.). При повышенной моторной деятельности кишечника, болях в животе, предпочтительнее прием теплой минеральной воды.

### *6.1.2. Синдром раздраженной толстой кишки*

Этот синдром представляет собой нарушения моторной и секреторной функции кишечника в сочетании с повышенной чувствительностью различных его отделов к ряду факторов питания (аллергические, температурные, механические и др.) и нарушений эмоционального характера.

Заболевание нередко возникает в молодом возрасте, чаще у женщин. Болезнь протекает волнообразно и характеризуется появлением приступов острой, схваткообразной боли, урчанием и вздутием живота (повышенное газообразование в кишечнике). Боль сопровождается частым позывом на низ с отхождением небольшого количества, как правило, неоформленного или жидкого кала, часто с большим содержанием слизи. Приступы боли с выделением слизи или поносом продолжаются от 20–30 минут до нескольких дней, сменяясь в дальнейшем нормальным стулом и общим хорошим самочувствием. Самолечение недопустимо. Во всех случаях надо обращаться к врачу, памятуя, что этот синдром может быть проявлением острых инфекционных болезней, например дизентерии.

Необходима индивидуализация питания с исключением из рациона продуктов и блюд, плохо переносимых больным. Из питания исключаются, молоко, молочные супы и каши, острые соусы, подливы, крепкие бульоны, консервы, копчености, колбасы, холодные газированные и алкогольные напитки, крепкий кофе, тугоплавкие жиры, изделия из сдобного теста, мороженое, кремовые изделия, обильный прием пищи. Показаны минеральные воды: горячие (40–45 °С), мало- и среднеминерализованные воды (смирновская, славяновская, феодосийская).

### *6.1.3. Литолизин – высокоэффективное средство лечения заболеваний кишечника.*

По нашим данным, среди больных желчнокаменной болезнью довольно часто встречались больные с нарушениями моторной и секреторной функции кишечника. В результате лечения **Литолизином** отмечалась нормализация этих функций: улучшался аппетит, исчезали боли, диспепсические явления, вздутие живота и урчание, устранялись запоры, нормализовывался стул и акт дефекации. Вероятно, это объясняется тем,

что **Литолизин** оказывает нормализующее влияние на функции печени, поджелудочной железы, моторную и секреторную деятельность кишечника. Следует знать, что в результате болезней кишечника существенно изменяется нормальный состав кишечной микрофлоры, что приводит к уменьшению синтеза желчных кислот, препятствующих камнеобразованию. Поэтому для профилактики заболеваний желчевыделительной системы большое значение приобретает активное лечение болезней кишечника, в частности устранение запоров. Итак, можно отметить «двойное» лечебное действие **Литолизина**: лечение желчнокаменной болезни приводит к нормализации моторной и секреторной функции кишечника, что в свою очередь, путем устранения фактора риска (болезни кишечника), предупреждает прогрессирование болезней желчевыделительной системы и угрозу камнеобразования. Рекомендуется следующая методика использования **Литолизина** при функциональных заболеваниях кишечника:

- дозировка: 2 капсулы, особенно в первый месяц терапии, или 1 таблетка в конце еды 3–4 раза в день 6 дней в неделю курсами по 3–4 недели и перерывами между ними в 3–5 дней;
- врачебный контроль за эффективностью лечения: ежеквартально (в первый квартал — ежемесячно). По достижении стойкого клинического эффекта переходят на противорецидивную терапию. Если регистрируется определенная сезонность, то фитопрепарат назначают за 1 месяц до предполагаемого обострения. При отсутствии сезонности проводят 1–2 курса весной и осенью, а при необходимости — в любое время года

## 6.2. ДИСБАКТЕРИОЗ КИШЕЧНИКА

*Дисбактериоз кишечника* — это заболевание характеризующееся количественными и качественными изменениями в составе нормальной кишечной микрофлоры с расширением среды ее обитания, развивающейся в результате срыва адаптации, нарушения защитных и компенсаторных механизмов. Другими словами, дисбактериоз — это нарушение и гибель положительной микробной флоры кишечника, без которой невозможно полноценное усвоение пищи.

Кишечник человека (особенно толстый) — самая заселенная микробами часть организма. Биомасса микробов, находящихся в нашем кишечнике, составляет около 5 % общей массы человека. Основной функцией микрофлоры кишечника является участие в пищеваритель-

ных и обменных процессах и защита от болезнетворных и чужеродных бактерий. Защита осуществляется за счет полезных бактерий, препятствующих размножению вредных условно-патогенных микробов и обеспечивающих предотвращение заселения ими организма человека. Таким образом:

- микрофлора кишечника является неотъемлемым компонентом и участником системы пищеварения человека;
- нормальная микробная ассоциация кишечника представляет собой одно из основных звеньев защиты организма человека от болезнетворных бактерий и прямо участвует в процессах иммунной защиты организма;
- микрофлора кишечника посредством синтеза биологически активных веществ бактериями принимает участие в большом числе важных физиологических процессов организма человека.

Нормальная кишечная микрофлора может быть только при нормальном физиологическом состоянии организма; как только в нем происходят патологические изменения, меняются состав и свойства кишечной микрофлоры, нарушаются ее функции. Изменения в микрофлоре кишечника, наступающие под влиянием всевозможных факторов, обозначают термином «дисбактериоз».

Наиболее частыми причинами дисбактериоза кишечника являются: хронический энтероколит, особенно часто рецидивирующего течения, длительное применение антибиотиков, химиопрепаратов, гормонов. Развитию дисбактериоза способствуют снижение кислотообразования в желудке, ферментная недостаточность желудочно-кишечного тракта, резкое изменение обычного образа жизни, голодание, авитаминозы, истощение организма в связи со злокачественными образованиями, хирургическими операциями на органах брюшной полости, ожоговой болезнью, лучевые воздействия, аллергизация, а также снижение, иммунологической защиты организма. Дисбактериоз может встречаться и у здоровых людей, особенно в пожилом возрасте. Способствует развитию дисбактериоза неполноценное питание со значительным ограничением витаминов, обеднением рациона питания растительной клетчаткой, избыточным употреблением в пищу рафинированных продуктов.

Нарушение микрофлоры кишечника приводит к расстройству его всасывательной функции, что сопровождается бактериальным заселением тонкой кишки. Заселение тонкой кишки микробами оказы-



вает вредное влияние на белковый, углеводный и витаминный обмен. В результате нарушений процессов всасывания и усвоения пищевых веществ на фоне кишечного дисбактериоза происходит резкое падение защитных свойств организма. При этом снижается продукция антител и других факторов иммунитета, открывая возможности проникновения многим повреждающим факторам (микробным, белковым, токсинам и др.) во внутреннюю среду организма. Развитие тяжелых заболеваний ослабленного организма — следствие описанных процессов.

Клинические проявления дисбактериоза кишечника разнообразны и зависят от характера основного заболевания (течение которого усугубляет дисбактериоз), индивидуальной чувствительности, от вида микробных агентов, а также возраста и отчасти вида лекарственных препаратов. Наиболее характерными симптомами дисбактериоза кишечника являются: усиленное газообразование, сопровождающееся вздутием, урчанием кишечника, тяжесть, распирающая боль в животе, появление неоформленного кашицеобразного стула, режущие поносы и запоры. Возникают симптомы интоксикации (быстрая утомляемость, головные боли и др.), признаки витаминной недостаточности, аллергические проявления.

В специальных исследованиях, проведенных Т. Э. Скворцовой, был обнаружен лечебный эффект **Литолизина** при лечении больных дисбактериозом. Клинически это проявлялось исчезновением болевых ощущений и диспепсических явлений, нормализацией стула и состава кишечной микрофлоры.

**Дозировка Литолизина:** 2 капсулы или 1 таблетка 3–4 раза в день в конце еды 6 дней в неделю.

Продолжительность курса лечения 3–4 недели, перерывы между ними 2–4 дня.

Врачебный контроль обязателен до лечения с проведением анализов на микрофлору кишечника и копрограммы. Повторение — не реже 1 раза в квартал. При наступлении ремиссии переходят на противорецидивную терапию (1–2 курса ежеквартально; см. *раздел 4.2*).

## ПОСЛЕСЛОВИЕ

*«Здоровье — мудрый гонорар»  
(П. Беранже)*

Уважаемые читатели!

Постарайтесь серьезно и внимательно отнестись ко всему, что изложено в нашей книге, вдумайтесь и оцените представленные в ней советы и рекомендации. Действительно, **Литолизин** — новое высокоэффективное средство лечения больных желчнокаменной и почечнокаменной болезнью, превосходящее все способы консервативной терапии этих заболеваний. Более того, зарегистрировано благоприятное влияние **Литолизина** на течение и других болезней (заболевания кишечника, печени, поджелудочной железы, сахарный диабет и др.). Таким образом, появилась возможность использовать его при одновременном лечении нескольких заболеваний. Наконец, **Литолизин** целесообразно использовать в комплексе профилактических мероприятий, направленных на предупреждение повторного камнеобразования в желчевыводящих и мочевыводящих путях.

Некоторые советы об условиях применения **Литолизина** в лечебных и профилактических целях:

- помните, что самолечение — это большое зло, источник многих бед и печальных последствий. Главной фигурой в лечении является только врач;
- к врачу нужно обращаться как можно раньше, при появлении первых признаков болезни. Прием любых лекарственных препаратов должен быть согласован с врачом. Только лечащий врач с учетом особенностей течения основного заболевания, стадий болезненного процесса, наличия осложнений и сопутствующих болезней и ряда других критериев (например индивидуальной непереносимости средств лечения) способен определить объем, содержание и тактику лечения, предотвратить побочные эффекты лечения, обеспечить максимально благоприятное действие лечебных средств;
- главное в лечении — соблюдение принципа индивидуализации (выбор способа лечения, дозировка и т. д.). Помните слова М. Я. Мудрова: «Каждый больной по различию сложения своего требует особого лечения, хотя болезнь одна и та же... Лечить не болезнь, а больного»;

- врачебный контроль за динамикой болезненного процесса и эффективностью проводимого лечения, при необходимости — соответствующая коррекция;
- лечение должно быть комплексным (лечебное питание, лечебная физкультура, психотерапия, здоровый образ жизни). Нельзя ограничиваться использованием лишь одного **Литолизина**. В противном случае его эффективность снижается. Лечение **Литолизином** безопасно при длительном использовании в домашних условиях, но требует от больных большого терпения и выдержки. Самое главное — захотеть быть здоровым. Здоровье как капитал, его можно увеличить, его можно прокутить. Хочешь быть здоровым — будь им. Все зависит от тебя — не перекладывай заботу о здоровье на других. Как писал Платон: «В своих бедствиях люди склонны винить судьбу, богов и все что угодно, но только не себя самих».

Надо помнить, что лечение — процесс трехсторонний, в котором участвует врач, больной и лица, ухаживающие за ним. Следовательно, больной и его родственники должны не только грамотно, осмысленно и пунктуально выполнять все назначения врача, но и быть его активными помощниками. Вспомним слова Гиппократата: «... не только сам врач должен употреблять в дело все, что необходимо, но и больной, и окружающие, и все внешние обстоятельства должны способствовать врачу в его деятельности».

*Итак, вначале прочитайте все написанное в книге, задумайтесь, осмыслите, усвоив все рекомендации, почувствуйте необходимость в этом, определите цели, подготовив себя психологически, а самое главное — действуйте, используя предлагаемые нами советы, ведь как сказал Анатолий Франс «Жить — значит действовать».*

## ГРЕЛКИ

Грелки применяются для согревания больных, как болеутоляющее средство, для рассасывания воспалительных процессов. Применение местного тепла способствует улучшению кровообращения в коже и глуболежащих тканях, расширяет как артериальные, так и венозные сосуды, обеспечивая достаточное поступление кислорода и питательных веществ к больным органам, усиливает отток продуктов обмена веществ и освобождение зон локализации воспалительных процессов от повреждающих факторов. В связи с тем, что кожа снабжена большим количеством нервных окончаний, которые воспринимают разнообразные влияния внешней среды, местное тепло благоприятно воздействует на нервные процессы: снижает нервную возбудимость тканей и органов и устраняет их спастические расстройства.

Резиновая грелка представляет собой резиновый резервуар вместимостью 1–1,5 л с хорошо завинчивающейся пробкой. Грелку следует залить на три четверти горячей водой, чтобы она не давила больно своей тяжестью. Затем выпустить воздух нажатием, завернуть пробку, опрокинуть грелку пробкой вниз, проверить герметичность, потом насухо вытереть ее, завернуть в полотенце и положить больному. Следует определить степень нагрева и проверить под грелкой кожу. Для предупреждения избыточного покраснения кожи необходимо отрегулировать количество слоев полотенца, в которое обернута грелка, а саму кожу под грелкой можно смазать вазелином или любым жиром. Грелку держать до остывания.

Широко используются электрические или химические грелки, однако пользоваться ими следует в соответствии с техникой безопасности, в том числе избегая ожогов.

Применение местного тепла противопоказано при подозрении на острые хирургические заболевания органов брюшной полости (острый аппендицит, острый панкреатит и др.).

## БЕЗЗОНДОВОЕ ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ (ТЮБАЖ)

Тюбаж осуществляется следующим образом. Утром натощак после туалета и выполнения гигиенических процедур больной медленно выпивает (в течение 20 минут) 300 мл горячей (45–50 °С) дегазированной минеральной воды (обязательно лечебной — эссентуки № 4 и 17, славяновская, смировская, боржоми и др.). Затем он ложится на правый бок с грелкой в области печени (правого подреберья) на 45 минут–1 час.

При недостаточном желчегонном эффекте от применения минеральных вод следует использовать другие средства, обладающие более сильным действием. К ним относятся ксилит, сорбит (20%-ный раствор на минеральной воде: 2 столовые ложки на 1 стакан теплой воды), карловарская (карлебладская) натуральная гейзерская соль (1 столовая ложка на 1 стакан теплой кипяченой воды), соль барбары (2 чайные ложки на 1 стакан теплой кипяченой воды), сернокислая магнезия или английская соль (1 чайная ложка на 1 стакан теплой минеральной или кипяченой воды).

Тюбаж проводится в начале лечения 1 раз в 4–5 дней, а затем всего 1 раз в 1–2 недели в зависимости от назначения врача.

## ДИЕТА № 5

### *Показания к назначению*

- Хронические заболевания печени и желчевыводящих путей, сопровождающиеся выраженными нарушениями функционального состояния желудочно-кишечного тракта.
- Острый вирусный гепатит в фазе выздоровления.

*Целевое назначение:* содействовать нормализации нарушений функциональной способности печени и желчевыводящих путей, стимулировать желчеотделение и моторную деятельность кишечника.

### *Общая характеристика*

Пища полноценная по калорийности, с нормальным содержанием белков, но с некоторым ограничением жиров. В первую очередь ограничивают тугоплавкие жиры (бараний, гусиный и внутренний) и углеводы с максимальным ограничением азотистых экстрактивных веществ, холестеринсодержащие вещества (жиры, печень, почки, мозги), продукты расщепления жиров, образующиеся при жарке; характерно повышенное содержание белковых липотропных (улучшающих обмен жиров в организме) продуктов (растительные масла, овощи, особенно бобовые), витаминов группы В и аскорбиновой кислоты. Максимально уменьшено использование продуктов, усиливающих бродильные процессы в кишечнике (цельное свежее молоко, сдобное тесто, консервы и т. д.). Увеличено количество овощных и фруктовых блюд.

*Химический состав и калорийность:* белков 100–120 г, жиров 120–130 г, углеводов 350–400 г, калорийность 3500 ккал. Количество свободной жидкости 1,5 л, содержание поваренной соли 10–12 г.

### *Кулинарная обработка*

Пищу дают в отварном или запеченном виде, измельчение пищи обязательно. Не допускается жарить продукты. Сливочное масло добавляют только в готовые блюда, а не в процессе кулинарной обработки. Температура пищи обычная, холодные напитки исключают.

*Режим питания* дробный — 4–5 раз в день.

*Рекомендуемые продукты и блюда:*

- хлеб и хлебобулочные изделия — хлеб серый, грубый, ржаной, выпечка предыдущего дня, хлеб пшеничный из муки 2-го сорта, печенье несдобное;
- супы на овощном отваре или на молоке (овощи различные), крупы — преимущественно гречневая и овсяная, макаронные изделия, фруктовые супы;
- мясные и рыбные блюда — нежирные сорта мяса и птицы (курица) в отварном виде, запеченные с предварительным отвариванием, тушеные с удалением сока; мясо и птицу готовят преимущественно куском, но допускаются и блюда из котлетной массы. Нежирные сорта рыбы (треска, судак, окунь, навага, щука и др.) в отварном или запеченном виде (после отваривания);
- яйца и яичные продукты — преимущественно белковый омлет в запеченном виде, изредка (не чаще 2 раз в неделю) 1 яйцо;
- молоко и молочные продукты — молоко, сметана в блюдах; творог обезжиренный в натуральном, запеченном виде, сыры — швейцарский, голландский, кисломолочные продукты (простокваша однодневная, кефир нежирный, ацидофильное молоко);
- крупяные и макаронные изделия — различные крупы, макаронные изделия, соевая мука и творог;
- овощи и зелень — капуста (при переносимости), картофель, морковь, свекла в отварном и печеном виде, лук добавляют после отваривания, зеленый горошек;
- фрукты, ягоды, сладости — различные спелые сорта фруктов и ягод в сыром (натуральном) и вареном виде, разрешается лимон с сахаром, рекомендуется соевый шоколад, сахар;
- лры — масло сливочное, оливковое, соевое, рафинированное подсолнечное добавляют только в готовые блюда;
- закуски — вымоченная сельдь, рыба заливная (нежирные сорта), сыры, творожная паста, колбаса докторская;
- соусы — пряности исключаются, рекомендуются молочные, сметанные овощные соусы, фруктово-ягодные подливы (муку для соуса не поджаривать);
- напитки и соки — отвар шиповника, овощные, ягодные, фруктовые соки (некислые сорта фруктов и ягод), лучше разбавленные пополам водой, чай с молоком или лимоном, некрепкий кофе с молоком и черный, компоты из сухофруктов.

*Запрещаются* следующие продукты и блюда: грибы, горох, фасоль, чечевица, бобовые, шавель, шпинат, жареные блюда, редька, редис, перец и все пряности, уксус, какао, чеснок, лук (кроме вываренного), соленые огурцы; экстрактивные вещества (отвары) — крепкие бульоны рыбы, мяса, грибов; мозги, яичные желтки, чень, почки; кислые, горькие и острые сорта овощей и фруктов; копчености, мясные, рыбные и овощные консервы; холодные, газированные и алкогольные напитки, пиво.

*Примерное меню:*

- 1-й завтрак: каша манная молочная, чай с молоком;
- 2-й завтрак: яблоки свежие, чай;
- обед: суп-лапша вегетарианский, котлеты мясные паровые с картофельным пюре, компот яблочный;
- полдник: отвар шиповника (1 стакан), сухарики с сахаром;
- ужин: зразы из моркови и творога, пирог с яблоками;
- на ночь: простокваша (1 стакан).

На весь день — хлеб ржаной 200 г, хлеб пшеничный 200 г, сахар 80 г, фрукты, ягоды свежие 500 г.



Короваев В. М.  
Литолизин — новое высокоэффективное средство терапии  
и профилактики заболеваний желче-  
и мочевыделительной систем и кишечника

**ПО ВОПРОСАМ ПРИОБРЕТЕНИЯ  
И ПРИМЕНЕНИЯ ЛИТОЛИЗИНА**

звоните по телефону

8 800 301 6601

(звонки по России бесплатные)

Доставка препарата осуществляется

по РФ и другим странам

ООО «ФЛАЙТЕКС»

(«ПОМОГИ СЕБЕ САМ»)

+7 (926) 531-1690

(WhatsApp, Viber, Telegram)

[www.tv-pss.ru](http://www.tv-pss.ru)

[литолизин.пф](mailto:литолизин.пф)

e-mail: [tv-pss@mail.ru](mailto:tv-pss@mail.ru)

ISBN 978-5-6048901-1-0



9 785604 890110