

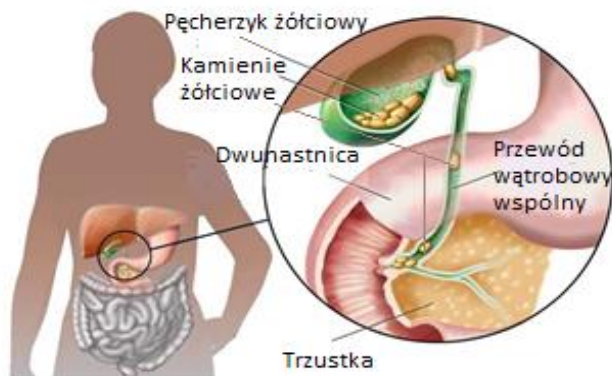
Kamica żółciowa to najczęściej występujące schorzenie układu dróg żółciowych, polegające na tworzeniu się w różnych jego odcinkach **złogów**, określanych potocznie jako **kamienie żółciowe**. Złogi te mogą występować zarówno w pęcherzyku żółciowym (ryc.1) jak i w przewodach żółciowych wewnątrzwątrobowych lub zewnątrzwątrobowych (ryc.2) Najwięcej złogów i zarazem najczęściej tworzy się w pęcherzyku żółciowym. Mówimy wówczas o **kamicy pęcherzyka żółciowego**. W przypadku, kiedy kamienie tworzą się w drogach żółciowych (kamica pierwotna) lub też przedostaną się z pęcherzyka żółciowego do dróg żółciowych (kamica wtórna), mówimy o **kamicy przewodowej**. Kamienie żółciowe można podzielić na trzy zasadnicze rodzaje:

- czyste kamienie cholesterolowe** – składające się wyłącznie z cholesterolu
- mieszane kamienie cholesterolowe** – poza cholesterolom zawierają w swoim składzie wolną bilirubinę, kwasy żółciowe oraz zmienną ilość soli wapnia (jest to najczęściej występujący typ kamieni)
- kamienie barwnikowe** – głównym ich składnikiem jest wolna bilirubina.

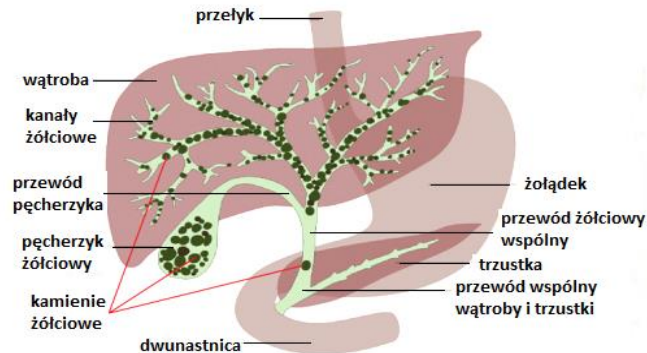
W przypadku **kamicy przewodowej** rodzaj kamieni zależy od miejsca ich powstawania. Złogi pierwotne są zazwyczaj kamieniami barwnikowymi natomiast złogi wtórne mogą być też cholesterolowe lub mieszane.

Kamica żółciowa na podłożu cholesterolu częściej występuje u osób po 50 – tym roku życia a częstotliwość ta wzrasta wraz z wiekiem. Dzieje się tak dlatego, że z wiekiem zwiększa się wydzielanie cholesterolu do żółci a jednocześnie zmniejsza się wytwarzanie kwasów żółciowych, które chronią przed tworzeniem się złogów cholesterolowych. Na ten typ kamicy częściej chorują kobiety, co związane jest z wpływem hormonów płciowych na przesycenie żółci cholesterolom oraz na osłabienie motoryki pęcherzyka żółciowego. Niewątpliwie znaczącą rolę odgrywają tu również: ▪ stosowanie antykoncepcji hormonalnej, ▪ liczne ciąże oraz ▪ stosowanie hormonalnej terapii zastępczej. W powstawaniu kamieni cholesterolowych pewną rolę odgrywa również czynnik dziedziczny. W tej grupie chorych występuje **niedobór kwasu żółciowego chenodeoksycholowego**, który wpływa na rozpuszczalność cholesterolu. Sprawia on, że wydzielany prawidłowo cholesterol nie ulega rozpuszczeniu w wystarczającym stopniu. Jeśli dodatkowo pacjent spożywa znaczną ilość pokarmów bogatych w cholesterol, stan taki prowadzi do powstania kamicy żółciowej.

W przypadku **kamicy barwnikowej** zapadalność jest jednakowa zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn. Przyczyną tworzenia się kamieni barwnikowych jest nadmierna hydroliza (rozpad) bilirubiny związanej w żółci. Powoduje to powstawanie bilirubiny wolnej, która nie jest rozpuszczalna w wodzie i z tego powodu, w sprzyjających warunkach (obecność zarodnika krystalizacji), z żółci może wytrącać się **bilirubinian wapnia**. Kamica barwnikowa występuje bardzo rzadko i nie stanowi tak dużego problemu jak kamica cholesterolowa.



Ryc.1 Kamica pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych żółciowych zewnątrzwątrobowych



Ryc.2 Kamica pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych wewnątrz – i zewnątrzwątrobowych

PRZYCZYNY TWORZENIA SIĘ ZŁOGÓW CHOLESTEROLOWYCH

Zasadniczą rolę w tworzeniu się złogów w drogach żółciowych odgrywają **przemiany cholesterolu**, składnika wszystkich kamieni żółciowych. W prawidłowych warunkach, niemal nierozpuszczalny w wodzie cholesterol zawieszony jest w żółci w tzw. **micellach** – cząsteczkach zawierających w swoim składzie **sole kwasów żółciowych i lecytynę**. Kiedy wszystkie trzy składniki występują w odpowiednich proporcjach, cholesterol pozostaje całkowicie rozpuszczalny w żółci. Z chwilą, gdy proporcje te zostaną zaburzone (wystąpi niedobór kwasów żółciowych lub lecytyny) powstaje **żółć litogenna** (przesycona cholesterolom), w której zaczynają się wytrącać drobne **mikrokryształki cholesterolu**. Z czasem mikrokryształki te łączą się ze sobą tworząc pojedyncze lub mnogie **złogi**. Warunkiem niezbędnym do rozpoczęcia tego procesu jest obecność **jądra krystalizacji**. Jądro może być **homogenne**, co oznacza, że powstaje w wyniku agregacji mikrokryształków cholesterolu lub **heterogenne** (może nim być złuszczone nabłonek, bakteria, sole wapnia, pasożyty, atomy pierwiastków ciężkich lub cząsteczki śluzu wydzielanego przez ściany pęcherzyka).

Żółć litogenna powstaje w wyniku:

A/ Tworzenia się niestabilnych micelli

Micelle mogą być proste lub złożone. Micelle proste składają się tylko z kwasów żółciowych i cholesterolu. Złożone zawierają też lecytynę. Micelle proste są bardziej niestabilne i łatwo ulegają rozpadowi z wytrąceniem się cholesterolu.

B/ Obniżenia puli wątrobowej kwasów żółciowych

W organizmie człowieka występują cztery **kwasy żółciowe**. Dwa główne kwasy żółciowe, nazywane pierwotnymi: **cholowy i chenodeoksycholowy** produkowane są przez wątrobę z cholesterolu. W jelicie grubym przy udziale bakterii jelitowych kwas cholowy zostaje przekształcony w kwas deoksycholowy a kwas chenodeoksycholowy w lithocholowy.

W związku z tym, że powstają one w wyniku przekształcenia kwasów pierwotnych przez bakterie jelitowe, nazywane są wtórными kwasami żółciowymi. Kwas chenodeoksycholowy ma działanie **litolityczne** (rozpuszcza złoże cholesterolowe).

Kwasy żółciowe pełnią w organizmie wiele ważnych funkcji natomiast wątroba ma ograniczone możliwości ich produkcji, dlatego w organizmie cały czas odbywa się ich obrót w tzw. **krążeniu wątrobowo – jelitowym**. Około 90 – 95% soli kwasów żółciowych ulega zwrotnemu wchłanianiu w jelicie cienkim, z tego przeważająca większość w końcowej części jelita krętego. Pozostałe 5 – 10% trafia do jelita grubego gdzie zostają przekształcone w sole kwasu deoksycholowego i lithocholowego. Lithocholan jest słabo rozpuszczalny i w większości wydalany jest wraz ze stolcem. Natomiast deoksycholany zostają również zwrotnie wchłonięty. Wchłonięte sole kwasów żółciowych transportowane są żyłą wrotną do wątroby i ponownie wydzielane do żółci. Jedynie część soli kwasów żółciowych utraconych ze stolcem jest zastępowana przez wytwarzanie wątrobowe. Jeżeli niemożliwe jest wchłanianie zwrotne soli kwasów żółciowych w części końcowej jelita krętego np. z powodu jego resekcji lub choroby (następuje przerwanie krążenia jelitowo – wątrobowego), wątroba nie jest w stanie wytworzyć odpowiedniej ilości soli kwasów żółciowych, wystarczających do zrekompensowania ich utraty. W konsekwencji następuje zaburzenie proporcji składników żółci – niedobór kwasów żółciowych i przesycenie cholesterollem.

C/ Wzrostu syntezy wątrobowej cholesterolu

Niedobór kwasów żółciowych aktywuje enzym, powodujący uruchomienie przemian, prowadzących do zwiększenia w organizmie ilości cholesterolu, z którego powstają kwasy żółciowe – w żółci jest zatem nadmiar cholesterolu, co sprzyja jego wytrącaniu.

D/ Zaburzeń w odpływie żółci z pęcherzyka żółciowego

Żółć przesycona cholesterollem łatwiej formuje kamienie żółciowe, gdy jej odpływ z pęcherzyka jest upośledzony. Tak się dzieje np. w przypadku zaistnienia przeszkody mechanicznej (obecność pasożytów, występowanie zachołków pęcherzyka żółciowego). Żółć zalega dłużej w pęcherzyku również z powodu zaburzeń w jego obkurczaniu. Taka sytuacja występuje:

- w przypadku głodzenia,
- w czasie ciąży,
- po operacyjnym usunięciu żołądka z powodu zmniejszenia produkcji **cholecystokininy** - hormonu wydzielanego pod wpływem bodźca pokarmowego w postaci posiłku bogatego w tłuszcz).

CZYNNIKI SPRZYJAJĄCE TWORZENIU SIĘ KAMIENI ŻÓŁCIOWYCH:

1. Współistnienie chorób takich, jak:

a) **otyłość** (żółć osób otyłych jest bardziej przesycona cholesterollem niż żółć osób z prawidłową masą ciała, gdyż u osób z nadwagą występuje **wzrost syntezy wątrobowej cholesterolu** a **obniżenie syntezy kwasów żółciowych**)

b) **cukrzyca** (wieloletnia, źle leczona cukrzyca prowadzi do powstawania neuropatii cukrzycowej powodującej upośledzenie kurczliwości pęcherzyka żółciowego; znaczna hiperglikemia zmniejsza się skurczu pęcherzyka żółciowego i ewakuację z niego żółci pomimo prawidłowo wydzielanej **cholecystokininy** – w efekcie dochodzi do zalegania w nim żółci a w konsekwencji do powstawania złożeń cholesterolowych)

c) **zaburzenia gospodarki lipidowej** (▪ niski poziom cholesterolu HDL w surowicy krwi wpływa na częstsze pojawianie się objawów kamicy pęcherzyka żółciowego i to zarówno u mężczyzn jak u kobiet; ▪ podwyższony poziom triglicerydów przyczynia się zarówno do pojawienia się objawów kamicy, która uprzednio miała charakter bezobjawowy jak i do powstawania nieprawidłowego składu żółci).

2. Stosowanie niektórych leków, np. fibratów, obniżających stężenie cholesterolu całkowitego we krwi, co wiąże się ze zwiększonym wydzielaniem cholesterolu do żółci, zwiększając tym samym częstość kamicy żółciowej.

3. **Dieta obfitująca** w produkty z dużą zawartością cukru takie, jak: miód, słodycze, dżemy, cukier do słodzenia oraz **uboga** w produkty obfitujące w nienasycone kwasy tłuszczowe takie, jak: oliwa z oliwek, oleje roślinne, margaryny miękkie, powoduje **zmniejszenie** jednego ze składników żółci – **lecytyny**, która ułatwia rozpuszczanie cholesterolu.

3. Infekcje pokarmowe, których jednym z objawów są biegunki sprawiają, że wraz z licznymi wypróżnieniami następuje **utrata soli żółciowych**, co z kolei sprzyja krystalizacji cholesterolu i powstawaniu kamicy.

4. Niedostateczna zawartość błonnika pokarmowego w diecie

Brak błonnika pokarmowego w diecie upośledza sprawne obkurczanie się pęcherzyka żółciowego, przyczyniając się do zalegania w nim żółci. Z kolei dieta bogata w **błonnik pokarmowy** przyspiesza pasaż jelitowy i pobudza motorykę pęcherzyka żółciowego, wpływając korzystnie również na **metabolizm kwasów żółciowych**.

Wpływ błonnika pokarmowego na metabolizm kwasów żółciowych polega na skróceniu czasu pasaży pokarmu przez jelita oraz zmniejszeniu kontaktu treści pokarmowej z bakteriami jelitowymi. Dzięki temu zmniejsza się ilość wtórnych kwasów żółciowych powstających w jelicie, przede wszystkim **kwasu deoksycholowego** (kwas ten zwiększa wydzielanie cholesterolu do żółci, powodując jej przesylenie cholesterolem oraz nasila proces krystalizacji cholesterolu) i tym samym mniejsza ilość tego kwasu powraca do wątroby w krążeniu wątrobowo-jelitowym. To z kolei powoduje zwiększenie syntezy pierwotnych kwasów żółciowych w wątrobie – zwłaszcza **kwasu chenodezoksycholowego**, który działa **litolitycznie** (rozpuszcza złoże).

5. Zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego, skutkujące zmniejszeniem sprawności i siły skurczu pęcherzyka żółciowego co upośledza jego obkurczanie i opróżnianie, powodując tym samym zaleganie w nim żółci.

6. Gwałtowne odchudzanie.

Chęć szybkiego odchudzenia może prowadzić do wystąpienia kamicy żółciowej na skutek upośledzenia opróżniania pęcherzyka żółciowego, spowodowanego zmniejszonym wydzielaniem cholecystokininy. Cholecystokinina wydzielana jest pod wpływem posiłku, zawierającego tłuszcz, powodując jego obkurczanie i opróżnianie z żółci. W przypadku diet redukcyjnych, zazwyczaj ograniczamy ilość spożywanego tłuszczu do minimum, doprowadzając tym samym do zmniejszania wydzielania cholecystokininy. Brak odpowiedniej ilości tego hormonu może prowadzić do przedłużającego się zastoju żółci w pęcherzyku i wytrącania się złogów cholesterolowych.

OBJAWY I POWIKŁANIA KAMICY ŻÓŁCIOWEJ:

U większości chorych kamica pęcherzyka żółciowego i kamica dróg żółciowych przebiega **bezobjawowo**. Wzrost kamieni żółciowych do momentu wystąpienia objawów jest powolny (rzędu 1 – 2 mm rocznie, przez okres 5 – 20 lat). W wielu przypadkach pacjent nie jest świadomy, że występują u niego złoże, do czasu, kiedy dowiaduje się o nich przy okazji badań, wykonywanych z powodu innych problemów zdrowotnych. Taka sytuacja występuje szczególnie w przypadku kamieni pojedynczych, o dużych rozmiarach (przeważnie cholesterolowych), które trudniej ulegają przemieszczeniu. Jest to tzw. **kamica bezobjawowa**.

U wielu osób objawy bywają bardzo zróżnicowane i niejednoznaczne, co może utrudniać poprawną diagnozę. Podstawowym objawem kamicy żółciowej jest **ból brzucha** w postaci **kolki** – typowego bólu kamiczego. Ból umiejscowiony jest najczęściej w nadbrzuszu środkowym, rzadziej po prawej stronie nadbrzusza, występuje falami i promieniuje do pleców i prawej łopatki. Mogą mu towarzyszyć inne objawy, takie jak: zmniejszone łaknienie, zaparcia, uczucie pełności i rozpierania, nudności oraz wymioty. Tego typu objawy występują zazwyczaj w przypadku, gdy w woreczku znajduje się duża liczba drobnych kamieni, które łatwo mogą przemieszczać się do przewodów żółciowych lub gdy kamień umiejscowiony jest tuż przy ujściu przewodu pęcherzykowego. **Kolka** jest objawem obkurczania się zmienionego zapalnie i wypełnionego kamieniami, pęcherzyka żółciowego oraz podejmowanej przez organizm próby samodzielnego pozbycia się kamieni z dróg żółciowych. Małe złoże mogą samoistnie przemieścić się do przewodu pokarmowego, skąd zostaną wydalone. Jednak znacznie częściej dochodzi do sytuacji, kiedy kamień zatyka ujście dróg żółciowych do jelita, powodując zastój żółci oraz trwałe jej zablokowanie. Konsekwencją tego jest **żółtaczk**, objawiająca się zażółceniem skóry i białkówki oczu, świądem skóry oraz charakterystycznym odbarwieniem stolca i ciemnym zabarwieniem moczu. Kiedy kamień zaklinuje się w ujściu pęcherzyka żółciowego i nie powróci do jego światła, stwarza to również możliwość zakażenia znajdującej się w pęcherzyku żółci. Następuje wówczas **ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego**. W wielu przypadkach zamknięciu ulegają nie tylko drogi żółciowe ale także przewód wyprowadzający trzustki, który uchodzi w tym samym miejscu do jelita. Taki stan może prowadzić do bardzo poważnego powikłania w postaci **ostrego zapalenia trzustki i jej uszkodzenia** (ryc.2).

W przebiegu przewlekłego zapalenia pęcherzyka żółciowego, niemal zawsze będącego konsekwencją kamicy, może rozwinąć się **marskość pęcherzyka**, która z kolei może prowadzić do rozwoju **raka pęcherzyka żółciowego**.

LECZENIE

Kamica żółciowa bezobjawowa zwykle nie wymaga leczenia (oprócz dietetycznego), z pewnymi wyjątkami, do których zalicza się chorych, u których planowana jest transplantacja narządów lub operacja kardiochirurgiczna, chorych leczonych dializami z powodu niewydolności nerek, chorych z niedokrwistością sierpowatą, u których często dochodzi do tworzenia się kamieni barwnikowych, pacjentów z zaburzeniami odporności.

Leczenia operacyjnego bezwzględnie wymagają pacjenci, u których choć raz wystąpiły powikłania kamicy: ▪ ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego, ▪ ostre zapalenie dróg żółciowych, ▪ ostre zapalenie trzustki.

Niewątpliwym wskazaniem do zabiegu operacyjnego, pomimo braku objawów jest tzw. **pęcherzyk porcelanowy**, ze względu na duże ryzyko wystąpienia raka pęcherzyka żółciowego oraz obecność polipów (o średnicy powyżej 1,5 cm) w pęcherzyku żółciowym, zwłaszcza zaś współistnienie kamicy żółciowej i polipów w pęcherzyku.

U pacjentów z kamicią objawową rozważane są różne sposoby leczenia: ▪ zachowawcze – w postaci zastosowania leków rozpuszczających złoże oraz diety, ▪ chirurgiczne – mało inwazyjne w postaci usunięcia złoże z przewodów żółciowych lub ich rozkruszania, ▪ w formie zabiegu operacyjnego wykonanego metodą laparoskopową lub z otwarciem jamy brzusznej, w zależności od aktualnego stanu pacjenta oraz rodzaju i umiejscowienia złogów.

Podstawowym sposobem leczenia kamicy żółciowej jest zabieg operacyjny, polegający na usunięciu pęcherzyka żółciowego wraz ze złogami, czyli tzw. cholecystektomia.

U znacznej większości pacjentów operacyjne usunięcie pęcherzyka żółciowego jest równoznaczne z ustąpieniem dolegliwości i trwałym wyleczeniem z kamicy żółciowej. Należy jednak pamiętać, że usuwając, czy to pojedyncze kamienie z przewodów żółciowych, czy też cały pęcherzyk żółciowy wraz ze złogami, usuwamy jedynie **skutek choroby** w postaci złogów, nie usuwamy natomiast **przyczyny** ich tworzenia się czyli zaburzeń w składzie żółci. Trzeba mieć zatem świadomość, że złogi mogą się tworzyć nadal, nawet po usunięciu pęcherzyka – w przewodach żółciowych wewnątrz – lub zewnątrzwątrobowych. Do pewnego stopnia możemy jednak wyeliminować lub ograniczyć czynniki wpływające na występowanie zaburzeń w składzie żółci oraz zaburzeń perystaltyki pęcherzyka żółciowego poprzez modyfikację stylu życia oraz sposobu odżywiania.

OGÓLNE ZALECENIA DIETETYCZNE ORAZ DOTYCZĄCE TRYBU ŻYCIA:

1. Zmniejszenie spożycia ilości kalorii w diecie oraz prawidłowe zbilansowanie posiłków

Osoby z kamicią żółciową powinny unikać zbyt dużego, w stosunku do zapotrzebowania energetycznego, spożywania posiłków, szczególnie bogatokalorycznych (obfitujących w tłuszcze zwierzęce i cukry łatwo przyswajalne). U osób z kamicią obserwuje się znacznie zawyżone, w stosunku do potrzeb, spożycie tłuszczu a stosunkowo niskie spożycie białka. Należy pamiętać, że spożywane posiłki powinny zaspokajać głód a nie być próbą zaspokajania uczucia sytości.

Ograniczyć należy zatem spożycie:

- wspomnianych wyżej produktów z dużą zawartością cukrów prostych (cukier, słodycze, ciasta, czekolada, dżemy, miód), ponieważ powodują zmniejszenie lecytyny a w konsekwencji przesylenie żółci cholesterolem
- tłustych gatunków mięs i wędlin, pasztetów i podrobów, które obfitują w tłuszcze nasycone (mające działanie miazdźcorodne) oraz w cholesterol

Zwiększyć natomiast należy spożycie:

- produktów zawierających nienasycone kwasy tłuszczowe (takich, jak: oleje roślinne, oliwa z oliwek)
- produktów zawierających pełnowartościowe białko (twaróg chudy lub półtłusty, chude mleko i fermentowane przetwory z mleka, chude gatunki mięs: kurczak i indyk bez skóry, królik, cielęcina, młoda wołowina i wędlin, chude ryby: dorsz, sandacz, morszczuk, mintaj, białko jaja, jaja całe w ograniczonej ilości z uwagi na znaczną zawartość tłuszczu i cholesterolu – można je stosować w postaci rozproszonej w potrawach takich jak makaron, pulpety)

2. Zwiększenie spożycia błonnika pokarmowego

Dieta powinna być bogata w błonnik, ponieważ jego brak:

- upośledza sprawne obkurczanie się pęcherzyka żółciowego, powodując zaleganie w nim żółci i wytrącanie się złogów
- upośledza perystaltykę przewodu pokarmowego, co spowalnia pasaż treści pokarmowej przez jelita i sprzyja nadmiernemu rozwojowi flory bakteryjnej w jelicie a przez to wpływa na opisane wcześniej, niekorzystne zmiany w metabolizmie kwasów żółciowych, prowadzące do powstawania żółci litogennej.

Dlatego też dieta powinna zawierać produkty obfitujące w błonnik pokarmowy (warzywa, owoce – zwłaszcza z drobnymi pestkami, otręby pszenne i owsiane, kiełki, produkty zbożowe pełnoziarniste).

3. Prawidłowy rozkład posiłków w ciągu dnia

Posiłki powinny być spożywane co najmniej 3 razy dziennie a najlepiej spożywać 4 do 5 niezbyt obfitych posiłków w ciągu dnia. Unikać należy spożywania najbardziej obfitego posiłku w godzinach wieczornych. Nie należy również zapominać o spożyciu I śniadania, najlepiej jeszcze przed wyjściem z domu (do pracy czy do szkoły) i o zabraniu ze sobą II śniadania. Posiłki te pozwolą na bardziej równomierne rozłożenie spożywanej energii w ciągu dnia i zabezpieczą jej dowóz na czas, kiedy jej najbardziej potrzebujemy, tzn. kiedy uczymy się czy pracujemy. Pozwolą jednocześnie na spożycie mniej obfitego obiadu i kolacji, które z reguły zjadane są w zbyt dużej objętości, zbyt szybko i w krótkich odstępach czasowych. Taki sposób odżywiania w prosty sposób prowadzi do otyłości, gdyż w godzinach popołudniowych i wieczornych, kiedy zazwyczaj jesteśmy mniej aktywni, nie jesteśmy w stanie spalić spożytej w nadmiarze energii, zatem odkłada się ona w postaci tkanki tłuszczowej.

4. Odpowiednia jakość posiłków

Posiłki należy przygotowywać z produktów świeżych, nie należy spożywać potraw przechowywanych po kilka dni w lodówce oraz kilkakrotnie rozmrażanych i zamrażanych czy wielokrotnie odgrzewanych. W ten sposób można uniknąć infekcji pokarmowych oraz związanych z nimi biegunek, które prowadzą do utraty soli kwasów żółciowych i powstawania żółci litogennej.

5. Unikanie gwałtownego odchudzania się

Chęć szybkiego pozbycia się nadmiaru tkanki tłuszczowej wiąże się zwykle z koniecznością stosowania **bardzo restrykcyjnych diet ze znacznie ograniczoną zawartością tłuszczu**. Stosowanie tego rodzaju ograniczeń stanowi ryzyko zastoju żółci w pęcherzyku z powodu braku bodźca do jego obkurczania się, jakim jest właśnie tłuszcz. Dlatego w planowaniu posiłków należy pamiętać o uzupełnianiu ich przynajmniej w niewielką ilość tłuszczu w celu uruchomienia motoryki pęcherzyka żółciowego.

6. Prawidłowe leczenie schorzeń metabolicznych takich, jak: ▪ cukrzyca, ▪ otyłość, ▪ zaburzenia lipidowe.

7. Zwiększenie aktywności fizycznej.

SZCZEGÓŁOWE ZALECENIA DIETETYCZNE

Ponieważ **kamica żółciowa** może przebiegać zarówno bezobjawowo, jak też może być przyczyną różnych dolegliwości bólowych, wymagających niekiedy interwencji chirurgicznej, w związku z tym, w zależności od etapu i przebiegu choroby, na resekcji pęcherzyka żółciowego kończąc, **zalecenia dietetyczne** są nieco inne.

DIETA W KAMICY ŻÓŁCIOWEJ BEZOBJAWOWEJ

Kiedy nie występują żadne dolegliwości lub inne współistniejące schorzenia przewodu pokarmowego, nie jest konieczne stosowanie większych ograniczeń dietetycznych.

Sposób odżywiania w tym przypadku powinien być taki, jak odżywianie osób w pełni zdrowych z zachowaniem podstawowych zasad prawidłowego żywienia.

1. Posiłki należy spożywać regularnie, 4 - 5 razy dziennie, w małych porcjach, w spokojnej atmosferze i bez pośpiechu.
2. Dieta powinna być **łatwo strawna**, co oznacza, że:
 - a) potrawy powinny być sporządzane metodą gotowania w wodzie lub na parze, **duszenia** bez tłuszczu (wcześniejsze obsmażanie na patelni o powierzchni nie przywierającej) lub **duszenia** z zastosowaniem krótkiego obsmażania na oleju, **pieczenia** w folii lub pergaminie; **należy unikać potraw smażonych** (w ograniczonej ilości można stosować smażenie na oleju rzepakowym lub oliwie z oliwek),
 - b) z diety należy wyłączyć tłuszcze zwierzęce takie, jak: smalec, słonina, boczek, śmietana, tłuste wędliny, podroby, wieprzowinę oraz ograniczyć spożycie całych jaj, z tłuszczów zwierzęcych dozwolone jest masło,
 - c) dieta powinna zawierać produkty bogate w błonnik (surowe warzywa i owoce – zwłaszcza pestkowe, otręby pszenne, kielki, pieczywo razowe, grube kasze), które wpływają na perystaltykę przewodu pokarmowego oraz pęcherzyka żółciowego: wszelkiego rodzaju sałatki i surówki powinny być spożywane codziennie,
 - d) potrawy powinny być zawsze świeże, nie odgrzewane po kilka razy, czy kilkakrotnie rozmrażane i zamrażane,
 - e) z diety należy wykluczyć warzywa i owoce wzdymające (suche nasiona roślin strączkowych, kapusta, kalafior, pory, cebula, czosnek, gruszki, czereśnie), oraz zawierające kwas szczawiowy (szczaw, szpinak, rabarbar, kakao, czekolada) a także orzechy i mak.

DIETA W ZAOSTRZENIU KAMICY ŻÓŁCIOWEJ

Kiedy pojawiają się dolegliwości bólowe, należy stosować **dięę łatwo strawną, niskotłuszczową, z ograniczeniem produktów obfitujących w błonnik (szczególnie jego nierozpuszczalną frakcję).**

1. Należy wyłączyć z diety te produkty, które nasilają dolegliwości:
 - a) produkty tłuszczowe takie, jak: smalec, słonina, boczek, majonez, śmietana, żółtka jaj, czeolada, kakao a także ciasta z dużą ilością tłuszczu i cukru (np. różnego rodzaju torty, pączki, faworki, ciasta francuskie, kruche, z tłustymi masami polewami i bitą śmietaną, ciasta z makiem i orzechami)
 - b) produkty zawierające znaczne ilości błonnika nierozpuszczalnego: pieczywo razowe, grube kasze, otręby pszenne surowe warzywa i owoce ze skórką i pestkami,
 - c) warzywa i owoce wzdymające: suche nasiona roślin strączkowych, groszek zielony, fasolka szparagowa, kapusta pory, cebula, czosnek, kalafior, ogórki, gruszki, czereśnie, śliwki oraz napoje gazowane,
 - e) potrawy tłuste, ostre i pikantne, marynaty i konserwy.
2. Potrawy należy sporządzać metodą gotowania w wodzie lub na parze, **duszenia** bez dodatku tłuszczu.
3. Zupy i sosy podprawia się zawiesiną z mąki i wody, mąki i mleka lub mąki i kefiru.
4. Do potraw, których podstawą są jaja, dodaje się same białka.
5. Pieczywo należy stosować pszenne, jasne, czerstwe.
6. Z mięs stosuje się: drób bez skóry, cielęcinę, młodą wołowinę, chude ryby (dorsz, sandacz, szczupak, morszczuk, mintaj), wędliny chude (chuda szynka, polędwica, wędliny drobiowe).
7. Ograniczyć należy spożycie serów żółtych, topionych, pleśniowych, typu feta. Z nabiału można spożywać chude mleko (0,5 – 2% tłuszczu), kefir, jogurt naturalny, chudy twaróg.
8. Warzywa należy spożywać w postaci gotowanej i rozdrobnionej, owoce w postaci przecierów lub soków.
Owoce wskazane w diecie: jabłka gotowane, pieczone lub w postaci drobno startej surówki, morele, brzoskwinie, banany; winogrona i owoce jagodowe bez skórki i pestek (w postaci przecierów lub soków), owoce cytrusowe.
Warzywa wskazane w diecie: marchew, pietruszka, seler, cukinia, kabaczek, dynia, pomidory bez skórki i pestek, sałata zielona, ziemniaki, buraki w ograniczonej ilości.
9. W stanie ostrego napadu kolki z diety należy wykluczyć tłuszcz i białko i przejść na dietę kleikowo – owocową (kleik z ryżu, kaszy manny, płatków owsianych, sucharki rozmoczone w herbacie, w dalszej kolejności przetarte kompoty, jabłko pieczone, kisiel, galaretka owocowa, ziemniaki puree). Wszystkie potrawy i napoje powinny być ciepłe. Nie należy podawać potraw i płynów zimnych (pobudzają pęcherzyk żółciowy do skurczu). Dieta węglowodanowa poprawia sprawność komórki wątrobowej a ogrzane płyny powodują wydzielanie rozcieńczonej żółci, przeciwdziałając jej zastojowi w drogach żółciowych i sprzyjają usuwaniu produktów zapalnych.

Po zabiegu bardzo istotną rzeczą jest właściwe postępowanie dietetyczne w **okresie adaptacji organizmu** do faktu nie posiadania pęcherzyka żółciowego. Okres ten nie powinien jednak trwać dłużej niż 3 - 4 miesiące a w przypadku zabiegu przeprowadzanego metodą laparoskopową może być nawet krótszy.

W tym czasie należy stosować **dietę łatwo strawną, niskotłuszczową, z ograniczeniem błonnika**, czyli taką, jak w okresie zaostrzenia choroby. W miarę upływu czasu należy dietę rozszerzać, powracając powoli do normalnego żywienia. W pierwszych miesiącach po cholecystektomii mogą występować duże różnice indywidualne w tolerancji tłuszczów, dlatego też ilość tego składnika powinna być u każdego chorego ustalana indywidualnie i modyfikowana według możliwości danego organizmu. Dietę należy rozszerzać powoli, pojedynczo wprowadzając kolejne pokarmy z listy produktów przeciwwskazanych w okresie zaostrzenia objawów. W przypadku wystąpienia dolegliwości, dany produkt należy odstawić na jakiś czas, po czym ponownie spróbować wprowadzić go do diety.

Usunięcie pęcherzyka żółciowego nie powinno być przyczyną lęku, że organizm został pozbawiony „źródła żółci”, potrzebnego w chwili spożycia posiłku zawierającego tłuszcz. W warunkach fizjologicznych bowiem, jedynie 40% żółci, wydzielanej w okresie międzyposiłkowym jest zagęszczana i magazynowana w pęcherzyku żółciowym. Pozostałe 60%, produkowanej przez wątrobę, żółci sływa bezpośrednio do jelita, z pominięciem pęcherzyka żółciowego. Jeżeli nawet taka ilość okaże się niewystarczająca, to z chwilą zadziałania bodźca pokarmowego w postaci posiłku bogatego w tłuszcz, następuje stymulacja swoistych endohormonów, które wpływają na zwiększenie produkcji żółci w wątrobie.

Żywienie osób po cholecystektomii, po okresie adaptacyjnym, podobnie jak w żywieniu człowieka zdrowego powinno dostarczać, odpowiednią do wieku, aktualnej masy ciała i aktywności fizycznej organizmu, ilość kalorii oraz składników odżywczych.

Należy natomiast pamiętać, że zabieg usunięcia pęcherzyka żółciowego to jedynie likwidacja skutków a nie przyczyny (niewłaściwy skład żółci produkowanej przez wątrobę) tworzenia się kamieni żółciowych i że mogą one tworzyć się nie tylko w pęcherzyku żółciowym ale również w przewodach żółciowych.

Dlatego ważne jest usunięcie lub przynajmniej ograniczenie czynników wpływających na powstawanie zaburzeń w składzie żółci, takich jak:

- nadmierne spożycie tłuszczów zwierzęcych w diecie
- nadmierne spożycie cukrów prostych (cukier, słodycze)
- mała ilość błonnika w posiłkach
- zbyt obfite, nieregularnie spożywane posiłki
- zbyt restrykcyjne diety z nadmiernym ograniczeniem tłuszczu w diecie.

Należy zatem przestrzegać poniższych zasad:

1. Osoby otyłe i z nadwagą powinny dążyć do zredukowania nadmiaru tkanki tłuszczowej, otyłość jest bowiem jedną z przyczyn powstawania kamicy żółciowej.
Dieta u tych osób powinna być **niskotłuszczowa, z ograniczeniem cukrów prostych**. Oznacza to **ograniczenie** spożycia produktów takich, jak: cukier, słodycze, miód, dżemy wysokosłodzone oraz tłuszcze zwierzęce (masło, śmietana, smalec, boczek), a także sery żółte, topione i pleśniowe, oraz **zwiększenie** spożycia tłuszczów roślinnych (oleje, oliwa, margaryny roślinne miękkie). Należy wybierać produkty z niską zawartością tłuszczu - chude mięso (drób, chuda wołowina, cielęcina), chude ryby (dorsz, sandacz, lin, szczupak, morszczuk), chude mleko, chudy lub półtłusty twaróg, do smarowania pieczywa stosować margaryny roślinne kubkowe, gdyż są mniej kaloryczne i nie zawierają cholesterolu.
2. W początkowym okresie potrawy należy sporządzać **metodą gotowania**, w następnej kolejności w postaci duszenia bez uprzedniego obsmażania na tłuszczu oraz pieczenia w rekawie foliowym lub naczyniu żaroodpornym, ostatecznie dochodząc do potraw smażonych.
3. Warzywa początkowo spożywać gotowane i rozdrobnione, owoce w postaci przecierów lub surowych soków.
Powoli należy wprowadzać do diety błonnik w postaci drobno startych surówek, surowych owoców, pieczywa pszenno-razowego, drobnych a następnie grubych kasz i makaronów razowych oraz otrąb owsianych i pszennych.
4. Tłuszcz i produkty go zawierające należy wprowadzać do diety ostrożnie. W razie wystąpienia nietolerancji objawiającej się biegunkami tłuszczowymi, należy je w dalszym ciągu ograniczać, jednocześnie zwiększając spożycie pozostałych składników (tj. białka i węglowodanów).
5. Ilość tłuszczu przeznaczoną do spożycia w ciągu dnia należy rozplanować proporcjonalnie na wszystkie posiłki, unikając nadmiernej jego kumulacji w jednym posiłku.
6. Należy unikać potraw wzdymających (kapusta, groch, strączkowe suche, cebula, pory, gruszki, śliwki, czereśnie).
7. Przyprawy stosować raczej łagodne, ziołowe (koperek, natka pietruszki, majeranek, bazylija, kminek, liść laurowy, ziele angielskie, mięta, sok z cytryny, wanilia, cynamon).
8. Należy spożywać 4 – 5 niezbyt obfitych posiłków dziennie, rozłożonych równomiernie w ciągu dnia.

Literatura i źródła ilustracji podane w odrębnym pliku, dostępnym na stronie: <http://www.narutowicz.krakow.pl/pacjent>