

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ДИЕТОТЕРАПИЯ
ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ**

Часть 1

Учебное пособие

**Уфа
2015**

УДК 615.874.2 (075.8)

ББК 53.51 я 7

Д 44

Рецензенты:

Доктор медицинских наук, профессор, зав.кафедрой врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи ФПК и ПП ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»

Минздрава России *Л.Т. Пименов*

Доктор медицинских наук, профессор, зав.кафедрой внутренних болезней ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»

Минздрава России *Н.Н. Крюков*

Диетотерапия при заболеваниях внутренних органов: уч. пособие. Ч. 1. / Сост.: А.Я. Крюкова, Г. М. Сахаутдинова, Р.С. Низамутдинова, Л.С. Тувалева, О.А. Курамшина, Л.В. Габбасова, Ю.А. Кофанова. - Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2015. – 83 с.

Учебное пособие составлено в соответствии с рабочей программой (2013) и требованиями Федерального Государственного образовательного стандарта высшего образования (2013).

Представлены основные принципы диетотерапии в клинике внутренних болезней с учетом современных представлений и рекомендаций отечественных и зарубежных ученых.

Предназначено для студентов, обучающихся по специальности «Лечебное дело».

Рекомендовано в печать Координационным научно-методическим советом и утверждено решением Редакционно-издательского совета ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России.

УДК 615.874.2 (075.8)

ББК 53.51 я 7

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	4
Диетотерапия в лечении внутренних заболеваний.....	8
Основы организации и проведения лечебного питания.....	18
Характеристика основных продуктов питания.....	28
Диетотерапия при бронхиальной астме.....	45
Диетотерапия при гипертонической болезни.....	51
Диетотерапия при хронической сердечной недостаточности.....	58
Новые подходы в лечебном питании.....	60
Диетотерапия при гипертермическом синдроме.....	64
Рекомендуемая литература.....	68
Тестовые задания по самоконтролю знаний по теме.....	70
Эталоны ответов к тестовым заданиям.....	74
Ситуационные задачи по самоконтролю знаний по теме.....	75
Эталоны ответов на задачи.....	78

ВВЕДЕНИЕ

Полноценное питание составляет основу жизнедеятельности организма взрослых и детей и является важным фактором обеспечения резистентности к физическим и химическим агентам окружающей среды. Совершенствование организации и повышение эффективности клинического питания в комплексном лечении больных с различными заболеваниями являются одной из важнейших задач современной медицины. Адекватное питание создает условия для оптимального физического и умственного развития, поддерживает высокую работоспособность, повышает способность организма противостоять воздействию неблагоприятных факторов внешней среды.

Лечебное питание является составной частью комплексной терапии больного. Основной задачей назначения лечебной диеты, является необходимость своевременного восполнения дефицита незаменимых ингредиентов во время лечения больного.

Правительство РФ утвердило план мероприятий по реализации Основ государственной политики России в области здорового питания населения на период до 2020 года. Соответствующее распоряжение от 30 июня 2012 г. № 1134-р подписал премьер-министр Дмитрий Медведев.

В частности, предусматривается обогащение пищевых продуктов массового потребления витаминами, йодом и другими минеральными веществами с целью снижения распространенности микронутриентной недостаточности среди населения. Минпромторг, Минэкономразвития и Минздрав России, а также Роспотребнадзор должны в 2013 г. представить в Правительство доклад по обеспечению условий для инвестиций в производство витаминов, ферментных препаратов для пищевой промышленности, пробиотиков и других пищевых ингредиентов, продуктов массового потребления, обогащенных витаминами и минеральными веществами, продуктов функционального назначения, диетических (лечебных и профилактических) продуктов, продуктов для питания беременных женщин, здоровых и больных детей.

Кроме того, к этому же сроку заинтересованные ведомства должны разработать проект федерального закона "О здоровом, в том числе горячем, питании для детей в образовательных учреждениях, лиц, находящихся в лечебно-профилактических учреждениях, оздоровительных учреждениях и учреждениях социальной защиты, военнослужащих и приравненных к ним лиц, а также лиц, находящихся в местах содержания под стражей или отбывающих наказание в исправительных учреждениях".

Минздрав России и Роспотребнадзор должны к 2020 г. подготовить проект постановления Правительства по вопросу формирования у граждан представлений о рациональном и сбалансированном питании и принципов здорового питания.

В соответствии с распоряжением, к 2020 году должны быть созданы условия для увеличения доли отечественного производства молочных и мясных продуктов, овощей и фруктов, а для обеспечения потребностей населения в качественной и безопасной рыбной и иной продукции из водных биоресурсов.

Анализ фактического питания и оценка пищевого статуса населения по данным ГУНИИ питания РАМН, свидетельствует, что рацион питания россиян характеризуется избыточным потреблением жиров животного происхождения и легко усвояемых углеводов, и в то же время у большинства населения рацион питания имеет существенный дефицит в отношении белков, полиненасыщенных жирных кислот (омега-3 и омега-6), растворимых и нерастворимых пищевых волокон (пектин), витаминов В,Е, и др., широкого спектра витаминоподобных веществ природного происхождения (2-карнитин, убихинон, холин), макроэлементов (кальций и др.), микроэлементов (йод, железо, селен, цинк и др.).

В последние годы существенным достижением диетологии, концепции оптимального питания явились новые данные о роли специализированных продуктов лечебно-профилактического питания, которые ранее не рассматривались в качестве факторов, необходимых для жизнедеятельности человека. На основе принципов доказательной медицины получены принципиально новые данные в отношении биологической роли специализированного лечебного питания для профилактики и лечения хронических заболеваний.

Учебные цели: основные принципы рационального питания, особенности лечебного питания при отдельных нозологиях.

Для формирования профессиональных компетенций студент должен **знать** (исходные базисные знания и умения):

- основные принципы лечебного питания;
- принципы лечебного питания при отдельных нозологиях;
- методы и приемы анализа гастроэнтерологической заболеваемости, проблему среди других заболеваний, используя специализированные методы и формы научного познания.

- выявлять основные закономерности, тенденции в формировании заболеваний системы пищеварения в РФ и за рубежом.

- анализировать влияния среды обитания на формирование гастроэнтерологических заболеваний человека.

- изыскать эффективные методы лечения и профилактики, реабилитации заболеваний данного профиля. Среди причин, влияющих на формирование заболеваний системы пищеварения, риск факторов.

- оценить влияние здорового образа жизни, психологических отношений и «врач –пациент» влияющих на комплаенс пациента, выполнение деонтологических основ, прав пациента, индивидуальных особенностей психики человека с учетом возраста, личностных особенностей.

Для формирования профессиональных компетенций студент должен **уметь**:

- основы организации и проведения лечебного питания;
- определить пищевой статус пациента;
- характеристика пищевого статуса по показателям индекса массы тела;
- оценивать конкретную практическую ситуацию при гастроэнтерологических заболеваниях, достаточность диагностического поиска, необходимость дообследования, консультации специалиста грамотно оценить клинико-функциональное состояние больного, уровень диагностики, получаемого лечения, профилактики, реабилитации.

- оценить состояние трудоспособности, необходимость использования санаторно-курортного лечения, последующего базового профилактического лечения, а также диспансерного наблюдения.

- организовывать и проводить дифференциальные гастро-школы больных с заболеванием системы пищеварения.

Для формирования профессиональных компетенций студент должен **владеть:**

- навыками анализа, самостоятельного изложения собственного мнения, логического мышления, при интерпретации данных объективного клинического, а также результатов лабораторного обследования больных с заболеванием систем пищеварения.

- анализировать факторы риска у конкретного больного с выстраиванием этиопатогенетического алгоритма, исходя из индивидуальных особенностей течения гастроэнтерологического заболевания. Изыскание наиболее эффективных методов лечения, профилактики, реабилитации. Обосновать применение патогенетических основ заболеваний, а также фармакотерапии при гастроэнтерологических заболеваниях;

- владеть методами экспертной оценки состояния трудоспособности при заболеваниях системы пищеварения, а также дифференциальные методы реабилитации с использованием гастро-школ.

В результате освоения пособия у студента должны быть сформированы общекультурные, общепрофессиональные и профессиональные компетенции: ОК-1, ОК-4, ОК-5, ОК-6, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15, ПК-16.

ДИЕТОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВНУТРЕННИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Организм связан с окружающей средой посредством разнообразных систем, обеспечивающих поступление и обработку определённой информации о внешнем мире.

Пищеварительная система занимает в этом ряду особое место, так как она обеспечивает весь организм энергетическим, химическим и биологическим сырьём для его нормального существования. Все поступающие с пищей вещества (белки, жиры, углеводы, минеральные вещества, витамины, бактериальные агенты) участвуют в поддержании в неизменном состоянии внутренней среды организма, поэтому пища может рассматриваться как полноправный компонент фармакотерапии.

Рациональное питание такое питание, когда при наименьшей калорийности организм обеспечивается всеми питательными веществами в оптимальном количестве и сбалансированном состоянии между собой при оптимальном режиме и распределении продуктов по приёмам пищи.

В качестве интегрального показателя, определяющего влияние пищевых рационов на состояние здоровья человека, современная наука предлагает определение статуса питания (Кошелев Н.Ф., 1968 г.): это структура, функция и защитные силы организма, которые формируются под влиянием предшествующего фактического питания – состава и количества пищи, условий её потребления, режимных моментов, а также индивидуальных особенностей (табл. 1).

Выделяют 4 статуса питания:

1. Обычный – структура не изменена, функция не нарушена, защитные силы организма позволяют ему нормально функционировать только в обычных условиях; такой статус формируется при питании по средним нормативам.

2. Оптимальный – идеальная структура и функция, защитные силы настолько высоки, что позволяют нормально функционировать в необычных условиях, в стрессовых ситуациях, такой статус формируется при питании по оптимальным индивидуальным нормам и необходим для детского населения и лиц, проживающих в неблагоприятной экологической обстановке.

3. Избыточный – нарушена структура, изменена функция, снижены защитные силы организма, формируются при избыточном поступлении питательных веществ.

4. Недостаточный – или изменена структура, или нарушена функция, или снижены защитные силы организма, или налицо все три признака; формируется при количественной или качественной недостаточности питания или при полноценном питании, но при ограниченном или полном отсутствии усвоения питательных веществ.

Недостаточный пищевой статус питания делится на 3 подвида:

1. Неполноценный – изменения структуры и функции не проявляются, так как отсутствуют или настолько малозначительны, что можно определить только специальными исследованиями; на снижение адаптационных резервов организма указывает лишь снижение работоспособности и уровня здоровья.

2. Преморбидный – клинические проявления недостаточности питания полностью отсутствуют, но есть уже микросимптомы пищевой недостаточности, ухудшается функция физиологических систем и адаптационные резервы не позволяют организму нормально функционировать в обычных условиях;

3. Болезненный – налицо не только изменения в структуре и функции, но и чёткий синдром пищевой недостаточности – это белковокалорическая и витаминная недостаточности, железодефицитная анемия, остеопороз, остеомалация, эндемический зоб.

Пищевой статус организма определяется состоянием двух основных белковых пулов – соматического (мышечного белка) и висцерального (белков крови и внутренних органов). Наиболее часто используются следующие показатели:

- Антропометрические (вес, рост) с расчётом индекса массы тела Кетле;
- Окружность мышц плеча по соответствующей формуле;
- Окружность плеча;
- Толщина кожно-жировой складки трицепса (КЖСТ);
- Общий белок крови;
- Альбумин;

- Трансферрин;
- Абсолютное число лимфоцитов;
- Кожная проба с любым микробным антителом;
- Оценка азотистого баланса.

Таблица 1

**Характеристика пищевого статуса
по показателям ИМТ (кг/м²) с учётом возраста**

Характеристика пищевого статуса	Значение ИМТ (кг/м ²) с учетом возраста	
	18-25 лет	26 лет и старше
Нормальный	19,5-22,9	20,0-25,9
Повышенное питание	23,0-27,4	26,0-27,0
Ожирение 1 ст.	27,5-29,9	28,0-30,9
Ожирение 2 ст.	30,0-34,9	31,0-35,9
Ожирение 3 ст.	35,0-39,9	36,0-40,9
Ожирение 4 ст.	40,0 и выше	41,0 и выше
Пониженное питание	18,5-19,4	19,0-19,9
Гипотрофия 1 степени	17,0-18,4	17,5-18,9
Гипотрофия 2 степени	15,0-16,9	15,5-17,4
Гипотрофия 3 степени	Ниже 15,0	Ниже 15,5

В результате всеобщего мониторинга питания населения России выявлены наиболее важные нарушения в пищевом статусе населения Российской Федерации, приводящие к ухудшению состояния здоровья.

К ним были отнесены: избыточное потребление животных жиров и недостаточное потребление продуктов, содержащих полиненасыщенные жирные кислоты, недостаток в рационе полноценных белков, витаминов, некоторых макро- и микроэлементов, в том числе кальция, железа, магния, йода, фтора, селена, цинка, пищевых волокон, нарушения режима питания. Последнее имеет наибольшее распространение в молодёжной популяции: от 38% до 62% в различных исследованиях.

По данным Роспотребнадзора, задержка роста и дефицит массы тела наблюдается более чем у 30% детей в России, сообщает РИА Новости. Зача-

стую это вызвано неправильным питанием, которое дети получают дома, в детском саду или школе. Данные по г. Москва несколько отличаются: 20% юных москвичей имеют дефицит массы тела, а 16 % страдают от избыточного веса.

По словам начальника отдела организации санитарного надзора по гигиене питания Роспотребнадзора Геннадия Иванова, жители России получают белок в необходимых количествах, но при этом дефицит витамина С составляет 60-70%, железа - 20-40%, кальция - 40-60%, йода – 70% и фолиевой кислоты - 70-80%.

«Эти изменения питания непосредственно влияют на здоровье детей. Мы отмечаем большое число хронических заболеваний, связанных с нарушением питания. В том числе наблюдаются признаки анемии, кариеса и расстройства других органов и систем, связанных с потреблением продуктов», - цитирует агентство.

Решить проблему, по мнению Иванова, поможет централизованная поставка продуктов питания в школы, а также «использование современных технологий, которые исключают соприкосновение человека с процессом производства пищевых продуктов».

Метаболический принцип диетической терапии.

При лечении амбулаторного больного врач должен стремиться, не только назначить адекватную медикаментозную терапию, но и провести работу с факторами риска в целом. Ведущее место среди них занимает алиментарный фактор.

К настоящему времени диетология накопила большой опыт по использованию питания для лечения и профилактики болезней. При определении основных параметров, характеризующих структуру рациона и его энергетическую ценность, исходят из разработанной А.А. Покровским, теории сбалансированного питания.

Всякое нарушение соответствия химической структуры пищи ферментному спектру организма ведёт к дезадаптации его ферментных систем, к расстройству обмена веществ и формированию различных патологических состояний. Даже систематическое снабжение организма каким-либо одним пищевым веществом в избытке приводит вначале к адаптивному увеличению активности

соответствующих ферментных систем, а затем к нарушению пропорциональности между поступающими в организм нутриентами и функциональной активностью клеточных ферментов (Покровский А.А. 1973).

Общие требования, предъявляемые к построению диет.

Абсолютное большинство применяемых в настоящее время рационов, особенно назначаемых на длительный срок, по своим качественным и количественным пропорциям приближаются к физиологической потребности в них здорового человека. Принцип построения каждой диеты определяется, с одной стороны, физиологической потребностью организма в пищевых веществах и энергии, а с другой, фазой и стадией болезни, а также степенью функциональных расстройств и нарушений метаболических процессов, свойственных именно этому заболеванию.

Соотношения пищевых веществ считаются оптимальными, если 14 % энергетической ценности рациона обеспечивается за счёт белков, 30 % - за счёт жиров и 50 % за счёт углеводов при его суточной энергетической ценности, равной 2800 ккал.

При назначении лечебного питания следует принимать во внимание многие факторы: набор продуктов, особенность их химического состава, энергетическую ценность рациона, количественные пропорции отдельных продуктов и пищевых веществ, способы их кулинарной обработки, применение соли и вкусовых веществ ритм приёма пищи и т.д.

При составлении пищевого рациона, особенно для больных, страдающих хроническими заболеваниями, когда требуется длительное соблюдение диетического режима, следует всегда обеспечивать достаточное введение в него белков, жиров, углеводов, витаминов, микроэлементов, минеральных солей, пищевых волокон и воды.

При определении энергетической ценности рациона, помимо учёта возраста, пола, общего состояния больного, патогенетических особенностей болезни, необходимо принимать во внимание и возможные вынужденные нарушения двигательной активности больного.

У больного с ограничением подвижности энергозатраты будут значительно меньше, чем у остальных больных, поэтому энергетическая ценность рациона не может быть одинакова для всех больных.

Нижняя граница нормы белка 1 г на 1 кг массы тела больного. Это обстоятельство следует учитывать при назначении диет с ограничением белка, растительной диеты.

Примерно 50 % белка должно поступать в виде белка животного происхождения. Из этого правила есть и исключение, например, при хроническом нефрите с выраженным синдромом хронической почечной недостаточности длительно ограничивают в диете белок.

В рацион больного необходимо включать продукты, богатые пищевыми волокнами (овощи, фрукты, зерновые, особенно пшеничные отруби).

Дефицит этого компонента в пище является фактором риска для развития рака толстой кишки, синдрома раздражённой толстой кишки, гипомоторной дискинезии кишечника и синдрома запоров, дивертикулёза, аппендицита, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, желчнокаменной болезни, сахарного диабета и др.

Пищевые волокна нормализуют микрофлору желудочно - кишечного тракта, улучшают моторику и снижают время экспозиции слизистой оболочки как к естественным, так и образующимся в организме канцерогенам. Общеизвестен и гипополидемический эффект пищевых волокон, что делает их неотъемлемой частью в мероприятиях по профилактике гиперлипидемий, атеросклероза, ишемической болезни сердца, ожирения и т.д.

Сейчас наблюдается повсеместное снижение потребления мяса, рыбы, молока и молочных продуктов, растительных масел, свежих фруктов и овощей.

Ввиду этого организм лишается поступления незаменимых аминокислот, полиненасыщенных жирных кислот, микроэлементов.

Дефицит в пище таких микроэлементов как медь, селен на фоне недостатка витаминов С, Е, А в том числе в-каротина, играющих важнейшую роль в создании антиоксидантной системы, создает условия для начала или утяжеления множества патологических процессов, развивающихся вследствие перекис-

ного окисления липидов: ИБС, атеросклероз, сахарный диабет, язвенная болезнь бронхиальная астма, злокачественные новообразования.

В то же время коррекция рациона и обогащение его вышеперечисленными витаминами восстанавливает антиоксидантную защиту, оказывает стабилизирующее действие на мембраны, препятствуя, в частности, прогрессированию дисплазии слизистой оболочки кишечника в группах повышенного онкологического риска.

Недостаток в рационе свежих фруктов и овощей лишает организм богатого источника витаминов, пищевых волокон, пектина, который по своим свойствам превосходит обыкновенную клетчатку, способствуя удалению из организма различных токсинов, радиоизотопов.

Влияние свежих овощей и фруктов на организм уникально: кроме всего перечисленного ранее данные продукты нивелируют отрицательное влияние других факторов риска, в частности курения, увеличивают продолжительность жизни и снижают смертность от рака, ишемической болезни сердца, острого нарушения мозгового кровообращения, как среди курящих, так и среди некурящих пациентов.

Если не удастся компенсировать дефицит витаминов за счёт натуральных продуктов, необходимо назначить витамины в виде препаратов.

При назначении диеты необходим строгий учёт и выбор продуктов по их химическому составу и пищевой ценности, так как даже овощи, принадлежащие к одному виду, значительно отличаются по составу минеральных солей.

Например, капусту часто включают в гипонатриевые диеты, между тем в краснокочанной капусте содержится много хлорида натрия, в белокочанной – среднее количество, а савойская капуста почти не содержит его.

Способ кулинарной обработки так же существенно влияет на химический состав диетического блюда. Поэтому врач, назначая диету, должен знать химический состав пищевых продуктов и изменения, происходящие при различной кулинарной обработке.

Важное значение имеет и кратность приёма пищи; для некоторых групп больных (с заболеваниями желудочно – кишечного тракта, сердечно – сосуди-

стой системы) необходимо 5-6 – разовое питание. Рекомендуются следующие часы приёма пищи 8-9 часов (завтрак), 13-14 часов (обед), 17-18 часов (ужин), 21 час (на ночь).

Энергетическая ценность суточного рациона распределяется следующим образом: завтрак -30 %, обед -40 %, ужин - 20-25 %, на ночь – 5-10 %. При 5-разовом питании вводится второй завтрак, а при 6- разовом –второй завтрак (11 ч) и полдник (17 ч).

Желательно, чтобы перерывы между отдельными приёмами пищи не превышали 4 часов.

При некоторых заболеваниях происходит значительная потеря белка (ожоговая болезнь, нефротический синдром и др.) витаминов, иногда минеральных веществ.

В ряде случаев отмечается нарушение всасывания нутриентов (синдром мальабсорбции, энтерит и т.д.). В этих ситуациях необходимо повышенное потребление недостающих компонентов питания.

- При диетической терапии острых заболеваний или выраженных обострений хронических болезней, а также при сердечно – сосудистых заболеваниях, сопровождающихся выраженной недостаточностью кровообращения, требуется снижать энергетическую ценность рациона, сохраняя правильные соотношения нутриентов

- Значительное уменьшение энергетической ценности рациона, необходимое при некоторых заболеваниях (алиментарное ожирение), достигается преимущественно за счёт снижения содержания в нём углеводов и жиров при сохранении физиологической нормы белка.

- Значительное ограничение в диетическом рационе белка требуется только при выраженной хронической почечной недостаточности, терминальной уремии, тяжёлых стадиях недостаточности кровообращения, печеночной недостаточности.

- При этом особое внимание нужно обратить на аминокислотный состав, вводимый в рацион белка. Даже при сокращении в диете белка до 40 г путём подбора белковых продуктов (преимущественно белка животного происхожде-

ния) удаётся приблизить количественное содержание незаменимых и заменимых аминокислот к физиологической потребности в них организма.

- В нашей стране применяют диеты разработанные в клинике лечебного питания Института питания АМН СССР и утверждённые Министерством здравоохранения СССР, с номерной системой их обозначения по номенклатуре, предложенной М.И. Певзнером (табл. 2).

Таблица 2

Заболевание	Диета в период болезни	
	Острый, обострение, декомпенсация	Улучшение, компенсация
Гастрит анацидный	4б	4в, 2, 5
Гастрит с сохранной секрецией	1	5, 1 непротертая
ЯБЖ и двенадцатиперстной кишки	1а, 1б, 1	1 непротертая, 5
Колиты, энтероколиты, неспецифический язвенный колит	4, 4б	4в, 2, при запорах 3
Холециститы, гепатиты, желчно-каменная болезнь	5а, 5	5
Панкреатиты	5а, 1, 4б, 5а (первые 6 мес. После операции)	5
Состояние после резекции		4в, 5, 2 (через 6 месяцев после операции)
Атеросклероз	10а 7-10	7-10+5 г соли, 5
Гипертоническая болезнь	10а 7-10	7-10+5 г соли, 5, 12
Пороки сердца, ревматизм	10а 7-10	7-10+5 г соли, 5, 12
Нефриты	7-10 с разной степенью содержания белка	7-10+5 г соли
Нефриты с нефротическим синдромом	7-10 с содержанием белка 120 г	7-10 с содержанием белка 120 г + 5 г соли
Мочекаменная болезнь, пиелиты, пиелонефриты	7-10	7-10+5 г соли, 5
Сахарный диабет	Во все периоды назначают физиологическую диету. При нормально массе тела и ее дефиците – диета 9. При избыточной массе тела – диета 8. Калорийность и химический состав диет определяют индивидуально	
Инфаркт миокарда	10а с ограничением углеводов в 1-ю и во 2-ю неделю. 7-10 с ограничением углеводов в 3-ю и 4-ю неделю	7-10 + 5 г соли
Ожирение	Во все периоды назначают диету 8 с индивидуальной степенью ограничения калорийности	

Пять ошибок в нашем питании:

1. Однообразное или недостаточное разнообразное питание.
2. Неумеренность в еде.
3. Нарушение режима питания.
4. Несоблюдение правил еды.
5. Неправильно составленное меню.

ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ

Лечебное питание можно определить как питание, в полной мере соответствующее потребностям больного организма в пищевых веществах и учитывающее как особенности протекающих в нем обменных процессов, так и состояние отдельных функциональных систем. Основная задача лечебного питания сводится, прежде всего, к восстановлению нарушенного равновесия в организме во время болезни путем приспособления химического состава рационов к метаболическим особенностям организма при помощи подбора и сочетания продуктов, выбора способа кулинарной обработки на основе сведений об особенностях обмена, состояния органов и систем больного.

В целях реализации Концепции государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации, одобренной постановлением Правительства РФ от 10.08. 1998 г. № 917, для совершенствования организации лечебного питания и повышения эффективности его применения в комплексном лечении больных, МЗ РФ был издан приказ от 5 августа 2003 года №330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации».

В приказе выделяются основные положения о необходимости использования в лечебном питании стандартных и специализированных смесей для энтерального питания и специализированных продуктов лечебного питания. Данным приказом установлены нормы ежедневного потребления натуральных продуктов питания, регламентированные диетологией, и расширены возможности самостоятельного включения новых специализированных смесей и продуктов диетического питания, производство которых определено Концепцией государственной политики в области здорового питания населения РФ.

В приказе выделены основные направления лечебного питания, представленные в инструкциях по организации лечебного питания в ЛПУ. В инструкции по организации лечебного питания выделяются механизмы индивидуализации химического состава и калорийности диет путем подбора имеющихся в карто-

теке блюд лечебного питания; увеличения или уменьшения количества буфетных продуктов (хлеб, сахар, масло); использование биологически активных добавок к пище и готовых специализированных смесей.

В соответствии с приказом МЗ РФ №330 от 05.08.2003г. объем и состав назначаемой нутритивной поддержки должны предполагать адаптацию состава диетотерапии к особенностям патогенетических механизмов заболевания с учетом:

- особенностей клинического течения фазы и стадии заболевания;
- характера и тяжести метаболических расстройств;
- нарушения процессов переваривания и всасывания пищевых веществ.

На основании приказа МЗ РФ №330 введена новая номенклатура диет (система стандартных диет), отличающихся по содержанию основных пищевых веществ и энергетической ценности, технологии приготовления пищи и среднесуточному набору продуктов. Ранее применявшиеся диеты номерной системы (диеты №1-15) объединяются или включаются в систему стандартных диет, которые назначаются при различных заболеваниях в зависимости от стадии и степени тяжести или осложнений со стороны органов или систем (табл. 3).

Таблица 3

Новая номенклатура диет (система стандартных диет)

№ п/п	Варианты стандартных диет	Обозначение станд. диет в документации пищеблока	Ранее применяемые диеты номерной системы
1.	Основной вариант стандартной диеты	ОВД	1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15
2.	Вариант диеты с механическим и химическим щажением (щадящая диета)	ЩД	1б, 4б, 4в, 5п (1вариант)
3.	Вариант диеты с повышенным количеством белка (высокобелковая диета)	ВД	4э, 4аг, 5п (2вариант), 7в, 7г, 9б, 10б, 11,
4.	Вариант диеты с пониженным количеством белка (низкобелковая диета)	НВД	7б, 7а
5.	Вариант диеты с пониженной калорийностью (низкокалорийная диета)	НКД	8, 8а, 8о, 9а, 10с

Новая система стандартных диет отличается от ранее используемой системы диет по следующим позициям: содержанию основных пищевых веществ, энергетической ценности пищи, технологии приготовления пищи, среднесуточному набору продуктов. Новая система стандартных диет назначается в зависимости от: нозологической формы заболевания, стадии и периода, степени тяжести болезни и выраженности метаболических нарушений, наличия осложнений со стороны различных органов и систем.

Основные принципы лечебного питания

Лечебное питание является важнейшим элементом комплексной терапии. Обычно его назначают в сочетании с другими видами терапии (фармакологические препараты, физиотерапевтические процедуры и т. д.). В одних случаях, при заболевании органов пищеварения или болезнях обмена веществ лечебное питание выполняет роль одного из основных терапевтических факторов, в других - создает благоприятный фон для более эффективного проведения прочих терапевтических мероприятий.

В соответствии с физиологическими принципами построения пищевых рационов лечебное питание строится в виде **суточных пищевых рационов**, именуемых диетами. Для практического применения любая диета должна характеризоваться следующими элементами: энергетической ценностью и химическим составом (определенное количество белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ), физическими свойствами пищи (объем, масса, консистенция, температура), достаточно полным перечнем разрешенных и рекомендованных пищевых продуктов, особенностями кулинарной обработки пищи, режимом питания (количество приемов пищи, время питания, распределение суточного рациона между отдельными приемами пищи).

Диетотерапия требует **дифференцированного и индивидуального подхода**. Только с учетом общих и местных патогенетических механизмов заболевания, характера обменных нарушений, изменений органов пищеварения, фазы течения патологического процесса, а также возможных осложнений и сопутствующих заболеваний, степени упитанности, возраста и пола больного можно

правильно построить диету, которая в состоянии оказать терапевтическое воздействие как на пораженный орган, так и на весь организм в целом.

Лечебное питание должно строиться с учетом **физиологических потребностей организма** больного. Поэтому всякая диета должна удовлетворять следующим требованиям;

1) варьировать по своей энергетической ценности в соответствии с энергозатратами организма;

2) обеспечивать потребность организма в пищевых веществах с учетом их сбалансированности;

3) вызывать оптимальное заполнение желудка, необходимое для достижения легкого чувства насыщения;

4) удовлетворять вкусы больного в рамках, дозволенных диетой, с учетом переносимости пищи и разнообразия меню;

5) однообразная пища быстро приедается, способствует угнетению и без того нередко сниженного аппетита, а недостаточное возбуждение деятельности органов пищеварения ухудшает усвоение пищи;

6) обеспечивать правильную кулинарную обработку пищи с сохранением высоких вкусовых качеств пищи и ценных свойств исходных пищевых продуктов;

7) соблюдать принцип регулярного питания.

8) лечебное питание должно быть достаточно *динамичным*. Необходимость динамичности диктуется тем, что всякая лечебная диета в том или ином отношении является ограничительной, а, следовательно, односторонней и неполноценной. Поэтому длительное соблюдение особенно строгих диет может привести, с одной стороны, к частичному голоданию организма в отношении отдельных пищевых веществ, с другой - к детренировке нарушенных функциональных механизмов в период восстановления. Необходимая динамичность достигается применением широко используемых в диетотерапии принципов щажения и тренировки. Принцип щажения предусматривает исключение факторов питания, способствующих поддержанию патологического процесса либо его прогрессированию (механические, химические, термические раздражители и т.

д.). Принцип тренировки заключается в расширении первоначально строгой диеты за счет снятия связанных с ней ограничений с целью перехода на полноценный пищевой режим.

Знание пищевого статуса и изменений клинико-лабораторных данных позволит оценить степень недостаточности питания (табл. 4).

Таблица 4

**Клинико-лабораторные критерии
диагностики недостаточности питания**

Показатель	Стандарт	Степень недостаточности питания		
		Легкая	Средняя	Тяжелая
Альбумин, г/л	35	35-30	30-25	25
Трансферрин, г/л	2.0	2,0-1,8	1,8-1,6	
Лимфоциты, 10/л	1880	1800-1500	1500-900	900
Кожная реакция, мм	15	15-10	10-5	5

Необходимо также определить тип недостаточности -маразм, квашиоркор или смешанный тип. Маразм - истощение периферических белков и энергетических запасов, висцеральный пул белка сохранен. Характерно снижение массы тела, атрофия скелетных мышц, истощение запасов жира, возможен иммунодефицит. Изменений функции печени и других внутренних органов нет. Квашиоркор - сохранен соматический, но истощен висцеральный пул белка. Характеризуется отеками, гипопротеинемией, снижением функции печени, возможен иммунодефицит, Масса тела нормальная, может даже быть повышена. Смешанный тип - масса тела снижена, истощены запас жира, соматический и висцеральный пул белка, возможен иммунодефицит.

Тактика диетотерапии

Принцип щажения обычно используют в начале лечения. Он заключается в соблюдении строгих диет. В дальнейшем с целью предупреждения частичного голодания в отношении отдельных пищевых веществ и тренировки неглубоко нарушенных функциональных механизмов для их восстановления следует переходить на **принцип тренировки**. Он осуществляется по "ступенчатой" системе и системе "зигзагов".

«Ступенчатая» система предусматривает постепенное расширение первоначальной строгой диеты за счет дозированного снятия ограничений. При переходе к принципу «тренировки» необходимо иметь в виду, что излишняя поспешность в расширении диеты так же, как и чрезмерное ее затягивание, может оказывать отрицательное влияние. Чтобы избежать этого, необходимо ориентироваться на динамику клинических признаков, состояние нарушенных функциональных механизмов, а также связанных с ними последствий. Эта система в случае ликвидации патологического процесса позволяет дозировать постепенное расширение диеты вплоть до перехода на рациональное питание, соответствующее физиологическим потребностям организма.

Система «зигзагов» предусматривает относительно резкое, кратковременное изменение диеты. Такие диеты и соответственно дни их применения получили название контрастных.

Контрастные диеты (дни) бывают двух видов: нагрузочные («плюс – зигзаги») и разгрузочные («минус – зигзаги»).

Нагрузочные диеты («плюс – зигзаги») используются в соответствии с принципом тренировки. Их именуют еще как «праздничные дни». Они предусматривают включение в рацион пищевых веществ, содержание которых либо резко ограничено, либо они вовсе исключены из основной диеты. Периодическое назначение (вначале 1 раз в 7-10 дней) нагрузочных диет способствует толчкообразному стимулированию ослабленных функций. Эти диеты обеспечивают введение в организм дефицитных пищевых веществ, вызывают повышение аппетита в результате внесения разнообразия в питание больного и облегчают переносимость нередко длительных и весьма строгих диетических режимов. Нагрузочные диеты, к тому же, являются функциональной пробой. Хорошая переносимость нагрузочной диеты имеет важное психопрофилактическое значение: укрепляет уверенность больного в наступивших положительных сдвигах и указывает на возможность перевода на более расширенный пищевой рацион. Постепенное увеличение частоты нагрузочных дней и степени нагрузки при хорошей переносимости приводит к тому, что основной диетой может стать нагрузочная, а бывшая ранее основная становится разгрузочной. Таким

образом, осуществляется зигзагообразный переход от строгой к более разнообразной и полноценной диете.

Разгрузочные диеты («минус – зигзаги») основаны на ограничении энергетической ценности или связаны с целенаправленной перестройкой химического состава рациона, обеспечивающего щажение поврежденных функциональных механизмов, а также корригирование обменных нарушений. Специальные разгрузочные дни могут периодически (1 раз в 7- 10 дней) назначаться при ряде заболеваний (с начала лечения на фоне относительно строгих диет). Проведение разгрузочных дней целесообразно даже после восстановления нарушенных функций, так как в этот период они отличаются некоторой лабильностью и нуждаются в периодической разгрузке и щажении, рекомендуются при заболеваниях сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, недостаточность кровообращения, атеросклероз и ишемическая болезнь сердца с ожирением); при ожирении; сахарном диабете с ожирением; острых заболеваниях желудка и кишечника в первые дни лечения; заболеваниях почек (острый нефрит, недостаточность почек), болезнях печени и желчных путей (обострение хронического холецистита, желчно-каменной болезни, недостаточность печени и др.), подагре, мочекаменной болезни.

По преобладанию в рационе пищевых продуктов разгрузочные диеты подразделяют: на вегетарианские - только растительная пища (фрукты, картофель, овощи, рис), молочные (молоко, творог и др.), сахарные, мясные и рыбные, жидкостные (соки овощей и фруктов). Разгрузочные диеты неполноценны по химическому составу и энергоценности, могут вызывать чувство голода. Поэтому в домашних условиях разгрузочные диеты назначают на 1-2 дня и не чаще 1-2 раз в неделю с учетом характера болезни, переносимости тех или иных диет и условий лечения - на дому при остром или обострении хронического заболевания, при хроническом заболевании с сохраненной трудоспособностью и выходом на работу. В последнем случае разгрузочные диеты следует приурочить к выходным дням. Если эти диеты применяют два дня подряд, то целесообразно их варьировать: например, при ожирении первый день — яблочная диета, второй — мясная (рыбная).

Чайная диета. При остром гастрите и энтероколите, обострении хронических энтероколитов с поносами семь раз в день назначают по стакану чая с 10 г сахара.

Сахарная диета. При остром нефрите, недостаточности почек или печени назначают пять раз в день по стакану чая с 30 г сахара.

Рисово-компотная диета. При гипертонической болезни, недостаточности кровообращения или почек, болезнях печени и желчных путей рекомендуется шесть раз в день по стакану сладкого компота, два раза вместе со сладкой рисовой кашей, сваренной на воде без соли. На день 1,5 кг свежих или 240 г сухих фруктов, 60 г риса, 100 - 120 г сахара.

Яблочная диета. При ожирении, гипертонической болезни, недостаточности кровообращения или почек, болезнях печени и желчных путей, пять раз в день по 300 г спелых сырых или печеных яблок, всего 1,5 кг. При болезнях сердечно-сосудистой системы или почек можно добавить 50-100 г сахара. При хроническом энтероколите с поносами пять раз в день по 250-300 г сырых тертых яблок.

Диета из сухофруктов. При гипертонической болезни, недостаточности кровообращения, болезнях печени и желчных путей, по 100 г размоченного чернослива, кураги или прокипяченного изюма пять раз в день, всего 0,5 кг, 1-2 стакана отвара шиповника.

Арбузная и огуречная диеты. При гипертонической болезни, недостаточности кровообращения, подагре, мочекаменной болезни без фосфатурии, болезнях почек, печени и желчных путей, ожирении. По 300-400 г мякоти арбуза пять раз в день, всего 1,5-2 кг. Огуречная: по 300 г свежих огурцов без соли пять раз в день, всего 1,5 кг.

Картофельная диета. При нефритах, гипертонической болезни, недостаточности кровообращения. По 300 г отварного в кожуре или печеного картофеля без соли, всего 1,5 кг.

Салатные диеты. При ожирении, атеросклерозе, гипертонической болезни и сахарном диабете с ожирением, нефритах, болезнях печени и желчных путей, подагре, мочекаменной болезни без фосфатурии. Свежие сырые овощи и

фрукты, их комбинации пять раз в день по 250-300 г без соли с добавлением растительного масла или сметаны.

Молочная (кефирная) диета. При ожирении, атеросклерозе, гипертонической болезни и сахарном диабете с ожирением, недостаточности кровообращения, нефритах, болезнях печени и желчных путей, подагре, мочекаменной болезни без фосфатурии. По 200-250 г молока, кефира, простокваши шесть раз в день, всего 1,2-1,5 л.

Творожная диета. При ожирении, сахарном диабете, атеросклерозе и гипертонической болезни с ожирением, недостаточности кровообращения, болезнях печени и желчных путей. По 100 г творога 9%-ной жирности или нежирного пять раз в день. Два стакана чая, стакан отвара шиповника, два стакана нежирного кефира, всего 1 л жидкости.

Сметанная (жировая) диета. При ожирении, сахарном диабете с ожирением. По 80-100 г сметаны 20%-ной жирности пять раз в день, всего 400-500 г; 1-2 стакана отвара шиповника.

Мясные (рыбные) диеты. При ожирении, атеросклерозе и сахарном диабете с ожирением. По 80 г нежирного отварного мяса или отварной рыбы пять раз в день, всего 400 г. По 100-150 г овощей (капуста, морковь, огурцы, томаты) пять раз в день, всего 0,6-0,9 кг; 1 - 2 стакана чая без сахара.

Соковые диеты. При ожирении, атеросклерозе, гипертонической болезни и сахарном диабете с ожирением, болезнях почек, печени и желчных путей, подагре, мочекаменной болезни без фосфатурии. Назначают 800 мл сока овощей или фруктов, разбавленных 200 мл воды, на пять приемов.

Диета Карели. При недостаточности кровообращения III степени назначают в виде четырех последовательных рационов: I-П - 2-3 дня, III- IV - 3-4 дня. Можно применять любой из них в самом начале лечения или на фоне диеты № 10 (или основной вариант стандартной диеты согласно приказу № 330 МЗ РФ от 5.08.2003 г.). Диета с резко сниженной энергоценностью с ограничением жидкости, частыми приемами пищи. I рацион: по 100г теплого молока каждые 2 ч 7 раз в день с 8 до 20 ч, в 22 ч - 100 г фруктового сока или отвара шиповника с сахаром; II рацион отличается от первого добавлением в 8 ч утра 150 г бес-

солевого хлеба и яйца всмятку, в 14 ч - 200 г рисовой каши с 5 г сливочного масла; III рацион отличается от I добавлением в 8 ч утра 150 г бессолевого хлеба, яйца всмятку и 50 г сахара, в 14 ч - 200 г картофельного пюре с 10 г сливочного масла, в 18 ч - яйцо всмятку, IV рацион соответствует I рациону, но в 8 ч утра включают 200 г бессолевого хлеба, 100 г печеных яблок и яйцо всмятку, в 12 ч - 200 г картофельного пюре с 5 г сливочного масла, в 14 ч - 100 г мясного суфле или пюре с 5 г сливочного масла, в 18 ч - яйцо всмятку. Все блюда готовят без поваренной соли.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ

Правильное питание, играющее большую роль в обеспечении нормальной жизнедеятельности и работоспособности здорового человека, имеет немало важное значение и для больного. Известно, что больной часто не в силах съесть полностью свой обычный дневной рацион; у него нарушается аппетит и пищеварение.

Построенный на основании современных научных знаний пищевой рацион становится существенным лечебным средством при самых разнообразных заболеваниях.

Лечебное или, как его чаще называют, диетическое питание применяется в настоящее время не только при болезнях желудка, кишечника, сахарном диабете и нарушениях обмена веществ. Оно стало обязательной составной частью разностороннего, так называемого комплексного лечения, применяемого в больницах, санаториях и при лечении в амбулаторных условиях. Правильное питание больного человека имеет большое профилактическое значение. Оно предупреждает прогрессирование или повторное обострение имеющегося заболевания. В лечебном питании нуждаются не только люди, находящиеся в больницах или санаториях. При ряде болезней требуется длительное соблюдение соответствующей диеты, чтобы достигнуть полного излечения, предупредить возврат и обострение болезни. К таким болезням в первую очередь относятся гастриты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, колиты, болезни печени и желчного пузыря, гипертоническая болезнь, атеросклероз, болезни сердца

Для пациентов, страдающих этими заболеваниями необходимо организовать лечебное питание в домашних условиях, особенно в тех случаях, когда по тем или иным причинам не представляется возможным питание в других условиях.

Значение отдельных продуктов в лечебном питании.

Каждый пищевой продукт имеет особенности, связанные с его химическим составом. Эти особенности обуславливают целесообразность использования того или иного продукта в различных диетах.

Мясо и мясные продукты. Различные виды мяса: говядина, телятина, свинина, мясо разных птиц, а также продукты - колбасы, сосиски, ветчина, являются хорошими источником полноценного белка и широко используются в питании здорового человека. Не меньшее значение как источник белков мясные продукты имеют и в рационе больного человека. Однако не все виды мясных продуктов допустимы в питании больного. Например, мясо уток, гусей вообще не рекомендуется из-за содержащегося в нем жира, который плохо переносится больными.

Допустимость включения вида мяса и мясных изделия обуславливается содержанием в них экстрактивных веществ, жира и соединительной ткани.

Экстрактивные вещества, придающие вкус и аромат бульону являются сильными возбудителями желудочного сока, поэтому при язвенной болезни, гастритах с повышенной кислотностью не следует употреблять мясные бульоны и мясные подливки.

Удалению значительного количества экстрактивных веществ из мяса способствует отваривание его. В состав экстрактивных веществ входят, так называемые пуриновые основания, из которых в организме образуется мочевая кислота; пуриновые основания отягощают работу печени. В мясе молодых животных и птиц (телятине, цыплятах) пуринов больше, чем в мясе взрослых животных. Особенно много пуринов в мясе внутренних органов (печени, почках), в колбасных изделиях, особенно копченых, в ветчине. Поэтому при заболеваниях печени, при нарушении обмена веществ, например подагрических заболеваниях, при атеросклерозе и некоторых других болезнях мясо вообще ограничивается в диете; для таких больных говядина и курица полезнее, чем телятина или цыпленок. Колбасы копченые в этом случае вовсе исключают из рациона.

Полезно знать, что при этих болезнях наиболее отрицательное действие оказывает один из видов пуриновых оснований - так называемый гипоксантин.

Достаточно варить мясо кусками по 100 г в течение 5-8 мин, чтобы выделился из мяса в бульон гипоксантин, а другие экстрактивные вещества при этом остались в мясе. Мясо еще не сварится до готовности, но из него затем можно готовить для этих больных более вкусные блюда в виде бефстроганова, гуляша и т. п.

Напомним, что для желудочных больных мясо нужно отваривать до готовности. Говяжье, баранье, наружное свиное сало плохо окисляются в организме, хуже усваиваются, на многих больных оказывают послабляющее действие, поэтому в лечебном питании их следует избегать. Надо употреблять только нежирные сорта мяса, а с жирного мяса наружный жир удалять.

Соединительная ткань, содержащаяся в мясе в виде мышечных перегородок, сухожилий и пленок, придает мясу жесткость. В мясе 1-й категории соединительной ткани меньше, чем в мясе 2-й категории; в мясе цыпленка, курицы, телятины, кролика, свинины ее меньше, чем в мясе говядины. В связи с этим важно выбрать для желудочного больного сорт и вид мяса, в котором было бы меньше соединительной ткани.

Некоторые виды колбас используются в лечебном питании. Это *диетические колбасы* - докторская, молочные сосиски (для желудочных больных), ливерная колбаса высшего сорта (для выздоравливающих), зельц кровяной (для больных малокровием).

Рыба и рыбные продукты. Эти продукты так же, как и мясо и мясопродукты, используются в лечебном питании как хороший источник белка. Благодаря небольшому содержанию соединительной ткани рыба легче разваривается и блюда из нее, даже в неизмельченном виде, мало раздражают желудок. В рыбе содержится также значительное количество экстрактивных веществ, в том числе и пуриновых оснований. Наибольшее количество пуринов имеется в шпротах, сардинах, икре. Такие сорта тощей рыбы, как треска, окунь, судак, обременяют деятельность печени меньше и перевариваются легче, чем осетрина, белуга и т. п.

Специальное значение приобретают в лечебном питании морские рыбы, крабы благодаря содержанию в них йода, ценного при заболеваниях щитовидной железы, при ожирении.

Следует напомнить, что экстрактивные вещества мяса и рыбы играют и положительную роль в лечебном питании, стимулируя отделение желудочного сока при его недостаточности у больных гастритами. Уха и мясной бульон — полезные блюда в таких случаях.

Грибы. Благодаря значительному содержанию экстрактивных веществ грибные навары имеют большое значение для возбуждения аппетита и для стимулирования желудочной секреции при гастритах с недостаточной кислотностью. Но грибной навар содержит много пуриновых оснований, поэтому при болезнях обмена веществ, заболеваниях печени употребление его нецелесообразно. В грибах довольно много белка, но он плохо усваивается, особенно при болезнях желудка; кроме того, грубая растительная клетчатка грибов раздражает желудок и кишечник, поэтому в лечебном питании при этих болезнях можно использовать грибной отвар, а сами грибы не нужно вводить в блюда.

Яйца. Яйца как высокоценный по содержанию белка, жира, витаминов и минеральных солей пищевой продукт широко используются в лечебном питании. Важно подчеркнуть, что яйцо представляет собой своего рода сбалансированный натуральный пищевой продукт, содержащий в надлежащих соотношениях все необходимые для живого организма вещества. Поэтому полностью исключать из диеты яйца не следует. Можно при некоторых заболеваниях их ограничивать, как, например, при атеросклерозе, желчнокаменной болезни. Особый интерес в лечебном питании представляет яичный желток, который, как известно, содержит много холестерина, что привело к полному исключению его из диеты больных атеросклерозом, гипертонической болезнью. Однако в желтке в несколько раз больше лецитина, т.е. вещества, обеспечивающего нормальное усвоение организмом холестерина.

Желток полезен в диете при малокровии, так как он содержит значительное количество железа. Но яичный желток противопоказан при воспалительных процессах в желчном пузыре, так как он вызывает его спазмы. В этих случаях его можно вводить в разные блюда только в умеренном количестве. Надо знать, что в сыром яичном белке содержится вещество — авидин, которое вредно влияет на витаминный обмен в организме (на витамин — биотин); варка яйца

уничтожает это вещество. Поэтому сырой яичный белок употреблять в пищу в повышенном количестве не следует, а при болезнях почек вообще не рекомендуется.

Молоко. Так же как и яйца, молоко представляет собой высокоценный сбалансированный натуральный продукт, легко усвояемый, содержащий белки, жиры, углеводы, витамины и минеральные соли в благоприятных соотношениях для организма человека, и особенно для детей. Благодаря тому, что молоко не приедается и охотно употребляется в пищу больными, оно широко применяется в лечебном питании. Надо заметить, что сквашенное молоко по содержанию ряда витаминов значительно богаче, чем свежее: молочнокислые бактерии вырабатывают витамины группы В и вещества, обладающие свойствами витамина С.

Большое значение имеет молоко в диете сердечного больного, оно усиливает деятельность сердца, способствует уменьшению отечности.

Молочный сахар легко подвергается в кишечнике брожению, в связи с чем, молоко исключается из диеты при поносах, но используется в лечебном питании при недостаточной деятельности кишок. Если больной не переносит цельного свежего молока, такое молоко включают в разные блюда, например каши, а также употребляют в сквашенном виде (простокваша, ацидофильное молоко, кефир и др.). Однодневная простокваша и кефир полезны при запорах, трехдневный кефир — при поносах. Определенное лечебное значение имеет кумыс, приготовленный из кобыльего молока. Он назначается при туберкулезе и недостаточности желудочного сока. Такими же качествами, по наблюдениям врачей, обладает и кумыс, приготовляемый из обезжиренного коровьего молока.

Пахта. Остающаяся после взбивания масла жидкость — пахта — содержит высокоценные продукты: белок и сахар, небольшое количество жира, а также значительное количество лецитина, которого в масле остается очень мало. Охлажденная пахта, принятая натощак, оказывает послабляющее действие. Благодаря значительному содержанию лецитина пахта полезна при атеросклерозе, болезнях печени, гипертонической болезни, малокровии, нарушениях со стороны нервной системы.

Сливки, сметана. Оба эти продукта с высоким содержанием жира отличаются полноценным составом входящих в молоко жироподобных веществ: лецитина и холестерина, поэтому при атеросклерозе, гипертонической болезни, заболеваниях печени они более предпочтительны, чем сливочное масло. Сливки способствуют снижению секреции желудочного сока и полезны при гастритах с повышенной кислотностью и при язвенной болезни желудка. Такими же свойствами обладает и свежая некислая сметана, но при болезнях желудка и печени ее следует употреблять в незначительном количестве.

Творог. Большую и вполне заслуженную популярность приобрел в последние годы творог в связи с особыми лечебными качествами содержащегося в нем белка. Творог полезен при болезнях печени, атеросклерозе и гипертонической болезни; при туберкулезе, болезнях сердца его применяют в разгрузочные дни (400 г творога в день); он оказывает благотворное воздействие при ожирении, полезен для выздоравливающих пациентов. При болезни печени и туберкулезе больным готовят кальцинированный творог (способ приготовления см. в диете № 5). Следует, однако, напомнить, что длительное повседневное употребление в пищу значительного количества творога (больше 100—150 г в день) нецелесообразно. Это не только снизит аппетит, но и может привести к отложению в почках кальциевых солей и образованию камней.

Сыры. Различные сорта сыра отличаются один от другого как по содержанию в них жира, так по кислотности и остроте, зависящей от закваски и длительности созревания сыра. Во всех сырах много полноценного белка (молочного) и особенно много солей кальция. Поэтому сыр используется в лечебном питании при туберкулезе легких, костей, при переломах костей, для возбуждения аппетита и при усиленном питании. При ряде болезней желудка и кишечника, при разных воспалительных процессах сыр в связи с высоким содержанием поваренной соли и значительной кислотностью либо ограничивается в диете, либо вовсе исключается из нее.

Сыры обладают свойством возбуждать нервную систему и могут вызвать бессонницу. Особенно резко сказывается это при употреблении созревших, острых сыров. Поэтому использовать их в пищу перед сном больным не следует.

Масло (сливочное, топленое, растительные масла). Сливочное масло в лечебном питании предпочтительнее топленого. Топленое масло, даже высшего сорта, содержит некоторое количество продуктов расщепления жира, которые получают в процессе растапливания. Поэтому оно не рекомендуется при болезнях печени, некоторых желудочно-кишечных заболеваниях. При многих заболеваниях, связанных с воспалительными процессами, в частности при воспалении почек, лучше употреблять несоленое масло. Сливочное масло лучше всего использовать в лечебном питании в натуральном виде, класть его в тарелку, а не жарить на нем, так как в связи с содержанием в сливочном масле белка, оно при жарении начинает дымить из-за подгорания белков. Лучше поджаривать продукты на рафинированных подсолнечном, соевом, прованском маслах, а сливочное положить в готовое блюдо.

Вообще в питании больного человека следует во все диеты вводить растительное масло. Очень полезно при болезнях желудка, желчного пузыря прованское (оливковое) масло, при атеросклерозе, гипертонической болезни — подсолнечное и кукурузное. Полезны растительные масла и для пожилых людей. Но не следует употреблять в день больше 1 — 2 ст. ложек растительного масла.

Овощи. Различные виды овощей — листовая зелень, клубневые овощи, корнеплоды, бахчевые овощи — содержат в основном много воды, очень мало белка и ничтожное количество жира; содержание углеводов в них колеблется в значительных пределах, причем наибольшее количество содержат клубневые овощи и корнеплоды: картофель, свекла, морковь и т. п.

Лечебное использование овощей связано с содержащимися в них витаминами, минеральными солями и растительной клетчаткой. Последняя почти не переваривается и не усваивается в кишечнике, но способствует его нормальной деятельности, выведению из организма избыточного холестерина. Поэтому овощи полезны не только при запорах, но и при атеросклерозе, гипертонической болезни, заболеваниях печени и желчного пузыря.

Овощи содержат соли магния, обладающие сосудорасширяющим действием, что очень важно при лечении гипертонической болезни. Благодаря не-

значительной калорийности овощи полезны при ожирении, так как, употребляя их в больших количествах, больной быстро насыщается. Молодые овощи, например кабачки, содержат меньше растительной клетчатки, мало раздражают желудок и кишечник и применяются в лечебном питании при заболеваниях этих органов.

В настоящее время промышленность выпускает так называемые гомогенизированные овощи (очень сильно измельченные) в виде консервов для детского и диетического питания. Лиственная зелень, которая богата солями железа и меди, полезна при малокровии.

Не рекомендуется использовать при подагрических заболеваниях и болезнях печени щавель и шпинат из-за значительного содержания в них щавелевой кислоты. Зелень петрушки и ее корни, зелень укропа, лук, сельдерей и некоторые другие пряные овощи благодаря содержащимся в них эфирным маслам возбуждают аппетит, вызывают выделение желудочного сока. Даже при болезнях желудка и почек свежую мелко нарезанную зелень в небольших количествах следует добавлять в различные блюда.

В овощах содержится особое вещество (тартроновая кислота), которое препятствует отложению жира в организме, что очень важно для людей, расположенных к полноте.

Бахчевые овощи — арбуз, тыква, кабачки — обладают благодаря наличию в них солей калия мочегонным действием, поэтому полезны при болезнях сердца и почек. Арбуз содержит сахар, который хорошо переносится больными сахарным диабетом.

Фрукты и ягоды. Фрукты и ягоды вносят большое разнообразие в пищу больного. Как источники минеральных солей и витаминов они имеют много общего с овощами, но им присущи и особые качества. Фрукты и ягоды содержат в различных количествах легкоусвояемые сахара, имеющие лечебное значение при болезнях печени, сердца; при туберкулезе легких рекомендуется лечение особо сахаристыми сортами винограда. Фрукты и ягоды можно использовать в пищу в сыром виде, благодаря чему полностью используются все входящие в них витамины и минеральные соли.

Органические кислоты, содержащиеся в плодах и ягодах, возбуждают аппетит и желудочную секрецию, поэтому их используют в диете при гастритах с пониженной кислотностью, а также в диете лихорадящих больных. Наиболее ценны в этом отношении лимон и клюква.

Чернослив, изюм, инжир, содержащие растительную клетчатку и сахара, рекомендуются при запорах.

Яблоки в сыром виде полезны при гипертонической болезни. В протертом виде сырые зрелые яблоки врачи назначают при некоторых формах колитов.

В лечебном питании используются только зрелые плоды и ягоды; незрелые содержат сильно раздражающие желудок и кишечник кислоты и много клетчатки.

Сушеные ягоды (курага, изюм, чернослив) содержат значительное количество сахара и рекомендуются при болезнях печени и сердца.

Чай и кисели из сушеной и свежей черники, благодаря содержащимся в ней вяжущим веществам, полезны при поносах.

В некоторых овощах (чесноке, луке) содержатся особые антимикробные вещества — так называемые фитонциды, которые оказывают благотворное действие при заболеваниях кишечника.

Крупы, бобовые. Легкая усвояемость углеводов, содержащихся в крупах в значительном количестве, возможность приготовления из них в сочетании с молоком разнообразных и очень ценных для питания больного блюд, а также свойство ряда круп (риса, овсянки, перловой крупы) давать при варке слизистые отвары, слабо раздражающие желудок — все это обуславливает широкое использование круп в лечебном питании, особенно при болезнях желудка и кишечника.

Крупы отличаются различным содержанием растительной клетчатки. Крупы с малым содержанием клетчатки (манная, рис) полезны при гастритах и язвенной болезни желудка, с большим (гречневая, перловая) — при запорах.

Овсяная и гречневая крупы, «Геркулес» благодаря особому качеству содержащихся в них белков рекомендуются при болезнях печени и сердца.

Промышленность вырабатывает в настоящее время муку из различных круп. Это дает возможность использовать их в лечебном питании при болезнях желудочно-кишечного тракта. Следует упомянуть еще о специальных свойствах кукурузной крупы: каша из нее подавляет бродильные и гнилостные процессы в кишечнике, поэтому ее следует употреблять при колитах, сопровождающихся поносами.

Зерновые бобовые - горох, фасоль, чечевица - обычно плохо переносятся больными и потому мало используются в диетическом питании. В лечебных целях можно применять белую фасоль, которая угнетает деятельность поджелудочной железы, способствуя предупреждению заболевания желчных путей.

Хлеб. Разные сорта хлеба используются в лечебном питании в связи с содержанием того или иного количества отрубей. Действие отрубей на организм больного обусловлено содержанием в них растительной клетчатки и солей магния. Чем грубее помол муки, тем больше хлеб будет раздражать желудочно-кишечный тракт, но вместе с тем способствовать лучшему опорожнению кишечника, выведению холестерина. Соли магния при этом будут способствовать нормализации кровяного давления при гипертонической болезни.

Грубые сорта хлеба хуже усваиваются и поэтому рекомендуются при ожирении. Наша хлебопекарная промышленность вырабатывает ряд сортов диетического хлеба: из цельного дробленого зерна, хлеб «здоровье», рекомендуемый при тучности; докторский хлеб с молотыми отрубями, полезный при гипертонической болезни и запорах; хлеб с лецитином, рекомендуемый при атеросклерозе; бессолевой хлеб — для почечных и сердечных больных; булочки и сухари пониженной кислотности — для язвенных больных и для больных гастритом с повышенной кислотностью; молочные булочки - для усиленного питания; белково-пшеничный хлеб — для больных сахарным диабетом.

Орехи, миндаль. Орехи, сладкий миндаль, арахис используются в лечебном питании как источники белка, высокоценных растительных масел и витаминов группы В и Е. Вместе с тем орехи и миндаль содержат довольно много растительной клетчатки, которая раздражает желудок и кишки, но полезна для лечения запоров. Из орехов, миндаля и арахиса можно приготовить ореховое

молоко. Такое молоко, процеженное с целью удаления клетчатки, очень питательно; оно благоприятно влияет на работу почек. Для приготовления орехового молока берут 50 г орехов, очищают их от скорлупы, толкут в ступке, заливают 1-м стаканом воды или молока, варят 10 мин и процеживают.

Шоколад, какао. В какао содержатся вяжущие вещества. Поэтому какао, приготовленное на воде в виде напитка, желе или киселя, полезно при поносах. Но какао и шоколад содержат много жира. Кроме того, если их употреблять в значительных количествах, они снижают аппетит и быстро приедаются.

Чай, кофе. Чай и кофе используются в лечебном питании для возбуждения аппетита, усиления деятельности нервной системы и сердца. Кофе содержит много витамина РР и полезно при гастритах с пониженной кислотностью и при поносах. Крепкий чай используется в лечебных диетах при дизентерии и при поносах, так как в нем содержится много вяжущих веществ. Такие же вяжущие вещества в значительном количестве содержатся и в желудевом кофе.

Специи и пряности. Большинство пряностей и специй способствуют возбуждению аппетита, но они содержат вещества, которые при излишнем употреблении этих продуктов могут вредно отразиться на деятельности желудка и кишечника, а такие пряности, как горчица и перец — на деятельность почек. Поэтому специи и пряности используются в лечебном питании лишь в ограниченных количествах, а острые пряности, как правило, вовсе исключаются из него. Используются, главным образом, пряные овощи и зелень, ванилин, корица и то в умеренном количестве. При болезнях почек, когда больному требуется бессолевая диета, допускается натуральный уксус, прокипяченный для удаления эфирных масел, а также поджаренный лук.

Мед. Благодаря высокой усвояемости сахаров, содержанию витаминов, эфирных масел и минеральных солей мед используется в лечебном питании не только как продукт, рекомендуемый для усиленного питания, но и в диетах при болезнях сердца, печени, при туберкулезе и язвенной болезни желудка, гипертонической болезни. Однако вводить мед в диету можно только по назначению врача, так как при некоторых формах болезни и некоторых состояниях больного он может принести вред.

Сорбит. Совсем еще недавно больной сахарным диабетом пользовался как источником сладкого только сахарином. Хотя само по себе умеренное употребление сахарины безвредно, он все же имеет горьковатый привкус и совершенно не питателен. Вырабатываемый в настоящее время витаминной промышленностью пищевой сорбит отличается меньшей, чем сахар, питательной ценностью, но он хорошо переносится при сахарном диабете и благоприятно влияет на функцию печени.

Желатин. Желатин представляет собой белковый продукт, получаемый из хрящей, сухожилий и костей животных и рыб. Желатин не содержит полноценного белка, но он не раздражает желудочно-кишечного тракта, хорошо усваивается и полезен при заболеваниях желудка и кишечника. Желатин способствует свертыванию крови и используется в диете при кровотечениях. В домашних условиях можно готовить мясные и рыбные студни, которые главным образом состоят из желатина.

Маргарин. Свежий столовый, сливочный и растительный маргарин может применяться в лечебном питании. Однако, как показали наблюдения, его целесообразно использовать в диетах для больных гастритами с повышенной кислотностью, при язвенной болезни и заболевании желчного пузыря.

Консервы. Наша промышленность вырабатывает в настоящее время значительный ассортимент диетических консервов. Выше мы уже упомянули о консервах из гомогенизированных овощей и плодов. Все консервы изготавливаются из высококачественного сырья с соблюдением строгого санитарного и научно обоснованного технологического режима, поэтому их можно включать в диеты для больных частично и из общего ассортимента.

Мясные консервы. Из мясных консервов общего типа для лечебного питания можно рекомендовать «Мозги жареные», которые благодаря высокому содержанию солей фосфора полезны при некоторых заболеваниях нервной системы, при переломах костей; печеночный паштет в связи с высоким содержанием солей железа, меди и витаминов можно рекомендовать при малокровии. Диетические мясные консервы: мясные и куриные фрикадели в белом соусе, мясной и куриный паштеты, курица в белом соусе, куриное филе с рисом,—

полезны при болезнях желудка и кишечника, сердечно-сосудистых заболеваниях. Они приготовлены на сливочном масле без пряностей.

Рыбные консервы. В лечебном питании можно использовать рыбные консервы в собственном соку. Технология приготовления их состоит в том, что очищенную и потрошеную рыбу, разделанную на куски, укладывают в банки, добавляют только соль, специи не добавляют. Банки герметически закрывают и стерилизуют. Готовый продукт сохраняет все свойства рыбы.

Эти консервы применяют по тем же показаниям, которые были приведены ранее для рыбы, и используют в качестве готовых блюд либо полуфабрикатов, когда необходимо исключить экстрактивные вещества.

В лечебном питании можно широко использовать консервы из крабов, морской капусты, мидий и др. В них содержится много солей йода, они полезны при атеросклерозе, ожирении, болезнях щитовидной железы. Консервы из морской капусты, кроме того, стимулируют деятельность кишечника при запорах.

Молочные консервы. Молочные консервы, хотя они и не называются диетическими, можно так же, как и молоко, использовать в лечебном питании и при тех же заболеваниях, о которых было упомянуто раньше. К таким консервам относятся: сгущенное молоко с сахаром и без него, сухое молоко в виде порошка из цельного и обезжиренного молока, сгущенные сливки.

Так же, как кофе и какао, можно использовать консервы из какао и кофе со сгущенным молоком или сливками.

Овощные и фруктово-ягодные консервы, консервированные соки. Ассортимент этих консервов очень разнообразен — около 200 видов. В лечебном питании можно использовать натуральные консервы: томаты, цветную капусту, свеклу, морковь, томат-пасту, томатный сок, пюре из щавеля и шпината. Их применяют в качестве полуфабрикатов для приготовления различных блюд в течение всего года. То же относится ко всем плодово-ягодным консервам, компотам, джемам, конфитюрам, пюре.

Диетические консервы из овощей изготавливают без добавления пряностей и специй. Их употребляют при атеросклерозе, ожирении, нарушениях обмена веществ. Некоторые консервы, приготовленные в виде пюре без жаренья

(например, пюре из кабачков, изготовленное на сливочном масле), применяют при заболеваниях желудка.

Для больных сахарным диабетом некоторые консервы вырабатывают без добавления муки и сахара. Консервы «Компот из чернослива», приготовленные из сушеного чернослива на сахарном сиропе с ломтиками лимона, полезны при запорах, болезнях печени, почек, сердца.

Зимой широко используют консервы в виде свежемороженых овощей и ягод.

Прекрасным источником минеральных солей, витаминов, вкусовых веществ, повышающих аппетит и имеющих непосредственную питательную ценность для использования в питании больного, являются различные фруктово-ягодные соки. Особенное распространение получил томатный сок, который так же полезен, как и натуральные помидоры. Мнение о том, что томатный сок вреден для больных подагрическими заболеваниями, не имеет оснований. Щавелевая кислота, которую следует избегать при этих болезнях, в томатах не содержится.

Приготовление пищи для больного

Приготовление пищи для больного отличается от обычных приемов кулинарии. Однако при всех обстоятельствах требуется, чтобы пища была максимально приспособлена к вкусу больного. Продукты, которые входят в состав того или другого блюда, после кулинарной обработки необходимо подавать в привлекательном виде. Но надо помнить о точности рецептуры. Надо пользоваться весами, градуированными кружками, вымеренными ложками, чашками и т. п.

В диетической кухне нужны некоторые специальные приспособления: мясорубка с мелкой решеткой, сито для протирания, кастрюли для варки на пару. Для варки на пару можно воспользоваться и обычной кастрюлей с крышкой, в которую надо вставить решето, воду наливать до уровня ниже дна решета. Продукты надо класть на решето (морковь, картофель, свекла, котлеты, биточки и т. п.). Мясо и рыбу отваривают в воде; опускать продукт следует в горячую воду небольшими кусками (весом около 100 г).

Составление меню. Распорядок питания.

На каждую из диет дается примерное дневное меню. Здесь указываются некоторые общие правила для составления меню.

Первое правило - меню должно быть разнообразным: однообразная пища быстро приедается и это не может не отразиться на пищеварении. Из одних и тех же продуктов можно готовить разные блюда, отличающиеся по форме (котлеты, рулет, биточки, пудинги и т. п.), следует разнообразить также и соусы.

Второе правило - обязательно включать в меню больного натуральные продукты, соответственно характеру диеты, можно использовать овощи, фрукты, ягоды, фруктово-ягодные соки, молоко, кефир, творог, сметану, яйца, растительное масло.

При составлении меню для больного не следует забывать об общем весе дневного рациона и содержании в нем жидкости. Общий вес рациона больного вместе с жидкостью должен соответствовать рекомендации, имеющейся в характеристике диеты и сделанной врачом. В рекомендации обычно говорится о количестве так называемой «свободной жидкости». Как известно, жидкость содержится во всякой пище: она имеется в хлебе, кашах, мясе, рыбе и т. п. Свободной жидкостью считается чай, кофе, молоко, компот, кисель, суп и другие жидкие блюда.

Меню больного должно быть составлено так, чтобы было не менее четырех приемов пищи за день, лучше пятиразовое питание. Полезно по возможности основные приемы пищи по их объему делать умеренными. Очень важно придерживаться одних и тех же часов питания. Большое значение для нормального сна имеет небольшой прием пищи за 4 - 5 ч до сна (молочные продукты, но не сыр).

Каждый из приемов пищи должен строиться таким образом, чтобы в его составе имелись жиры, белки и углеводы. Например, меню завтрака должно содержать масло, мясное, рыбное, творожное блюдо или другое белковое блюдо с кашей или картофелем, хлеб, чай или кофе. В меню обеда следует правильно сочетать блюда: если первое блюдо овощное, то на гарнир ко второму надо

приготовить крупы, макароны или картофель. Не следует ставить на стол сразу все блюда, а подавать каждое в отдельности.

Если больной работает, то его меню должно быть приспособлено к рабочему времени. Основные приемы пищи должны приходиться на время до начала работы, и после ее окончания.

Можно рекомендовать как минимум следующий распорядок питания: первый завтрак - до ухода на работу, второй завтрак - в обеденный перерыв (неплотный), обед - после окончания работы и небольшого отдыха и ужин - за 1-2 ч до сна. Такой распорядок питания для ряда больных, особенно с сердечно-сосудистыми заболеваниями, недостаточен по количеству приемов пищи, поэтому желательно дополнительно включить в зависимости от графика рабочего дня небольшие приемы пищи (стакан чая или молока с печеньем и бутербродом) в промежутках между первым и вторым завтраком или между обедом и ужином.

При пониженном аппетите полезно включить в меню обеда и завтрака разрешаемые по диете закуски.

Третье правило в лечебном питании - пользоваться для приготовления пищи только свежими высококачественными продуктами и тщательно соблюдать чистоту. Небольшое нарушение этого правила вызовет у больного обострение болезни.

В диетическом питании можно широко использовать различные диетические изделия, вырабатываемые в значительном ассортименте пищевой промышленностью. На них будет указано в характеристиках диет, излагаемых далее. В этот ассортимент входят диетические консервы, концентраты для детского и диетического питания, фруктово-ягодные соки и т. п. Эти изделия отличаются высоким качеством и облегчают в значительной мере труд по приготовлению пищи для больного.

Общие правила пользования диетическим питанием в домашних условиях

Лечебное питание должно строиться на основе данных медицинского обследования больного, учета его индивидуальных особенностей и характера течения болезненного процесса. Следует также помнить, что некоторые диеты

неполноценны в физиологическом отношении и постоянное пользование ими может привести к нарушениям в организме. Отсюда вытекает *первое общее правило*: пользоваться диетическим питанием в домашних условиях только по совету врача - в этом залог успешного применения диеты. Регулярное наблюдение врача необходимо и в том случае, когда больной чувствует себя вполне удовлетворительно. По указанию врача больной вносит периодические изменения в диету или переходит на обычное питание.

Второе правило заключается в том, чтобы в течение установленного врачом срока точно соблюдать предписанную диету, допуская иногда отступления от диеты, которые также нередко полезны, но только по совету врача.

ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Лечебное питание при бронхиальной астме, вызываемой различными причинами, имеет большое значение в профилактике обострения и прогрессирования заболевания. При этом необходимо учитывать тип аллергии – на пыльцу, пищу, лекарства или другие аллергены. При наличии пищевой аллергии диетотерапия – наиболее эффективное средство лечения, она эффективна и при других формах аллергии.

При назначении лечебного питания при бронхиальной астме учитываются факторы: наличие пищевой аллергии, степень тяжести заболевания, фаза (ремиссия или обострение). Если пищевой аллергии нет, при этом заболевании назначается обычная гипоаллергенная диета, которая позволяет снизить чувствительность бронхиального дерева, уменьшить интенсивность приступов бронхиальной астмы и выраженность аллергических и воспалительных процессов.

Основным принципом лечебной диеты при бронхиальной астме является исключение из рациона продуктов с наиболее выраженными сенсibilизирующими свойствами, то есть потенциально аллергенных. К ним относятся: рыба и морепродукты, утиное и гусиное мясо, рыбная икра, яйца, бобовые, орехи, а также цитрусовые, дыни, персики, малина, клубника, томаты, дрожжи, шоколад и мед. Все перечисленные продукты рекомендуется в период обострения бронхиальной астмы исключить из рациона.

Кроме того, нужно ограничить потребление некоторых других продуктов: манной крупы, пшеничного хлеба, творога, цельного молока, сметаны, жирных сортов говядины и свинины, куриного мяса.

Ежедневный рацион больных, страдающих бронхиальной астмой, несмотря на ограничения, должен включать белки, жиры и углеводы. Необходимо ограничить потребление легкоусвояемых углеводов, которые могут вызывать обострение воспалительных процессов (сахар, сиропы, мед и др.), а также поваренной соли.

Чтобы обеспечить полноценное питание при соблюдении гипоаллергенной диеты, можно включить в меню блюда из следующих продуктов:

- нежирные виды мяса (кролик, индейка, телятина, конина и др.), которые являются ценным источником животного белка;
- овощи и фрукты: капуста, картофель, кабачки, огурцы, яблоки, груши в любом виде. Эти продукты содержат витамины и микроэлементы;
- гречневая, перловая, овсяная крупы, рис;
- растительные масла (подсолнечное, кунжутное, оливковое), в которых содержатся полиненасыщенные жирные кислоты, благодаря чему они обладают противовоспалительными свойствами;
- сливочное масло;
- кисломолочные продукты: кефир, ряженка, йогурт;
- напитки: компоты из вышеперечисленных фруктов, отвар ягод шиповника, минеральная вода без газа, чай.

Гипоаллергенная диета должна состоять из продуктов, в которых отсутствуют или содержатся в минимальных количествах гистамин и тирамин – вещества, вызывающие аллергические и псевдоаллергические реакции. Самое большое количество данных веществ содержится в ферментированных продуктах – таких, как сыр (рокфор, камамбер, чеддер), алкогольные напитки, консервированная рыба, квашеная капуста, сырокопченая колбаса, сосиски и сардельки из говядины.

Также в период соблюдения гипоаллергенной диеты нужно ограничить потребление продуктов, ускоряющих всасывание аллергенов и аллергеноподобных веществ: специй и пряностей (лука, чеснока, горчицы, перца), алкогольных и газированных напитков, соленых овощей и рыбы, кофе и какао. Рекомендуются продукты, оказывающие обволакивающее действие, препятствующие проникновению указанных веществ и содержащие большое количество пищевых волокон; к ним относятся различные каши (овсяная, рисовая и т.п.).

Причиной появления аллергических и псевдоаллергических реакций могут являться не только продукты, как таковые, но и разнообразные химические добавки, используемые в производстве полуфабрикатов, консервов и др. К ним относятся красители, эмульгатор, ароматизаторы и консерванты. На боль-

ных аллергией наиболее отрицательное влияние оказывают такие добавки, как тартразин, салицилаты, глутамат, нитрит, сульфат и бензоат натрия.

Нередко в полуфабрикатах, консервах и кондитерских изделиях имеются скрытые аллергены. В молоке могут содержаться антибиотики, в мясных полуфабрикатах – соя, в кондитерских изделиях – орехи, химические ароматизаторы и др. По этой причине больным бронхиальной астмой необходимо ограничить потребление этих продуктов.

Гипоаллергенная диета используется не только для лечения пищевой аллергии, но и для выявления аллергенов. Исключение из рациона наиболее опасных в этом отношении продуктов позволяет не только добиться улучшения состояния больного, но и установить причину заболевания. Для этого диету нужно соблюдать 2-3 недели, а затем, если будет отмечено улучшение состояния, исключенные продукты можно постепенно вводить в рацион по одному каждые 3 дня. Продукты, после употребления которых, симптомы бронхиальной астмы возникают вновь, являются аллергенными для данного человека.

Такой метод диагностики пищевой аллергии считается наиболее точным и может использоваться в случае, если ведение пищевого дневника не позволяет точно установить причину аллергии. После этого больному обычно назначается индивидуальная элиминационная диета, не содержащая аллергенных продуктов, причем из рациона исключается не только сам продукт, но и блюда, в которых он содержится даже в очень малом количестве. Например, при аллергии на яйца нужно полностью исключить из рациона выпечку, лапшу и другие макаронные изделия.

Пищевые аллергены чаще становятся причиной возникновения бронхиальной астмы в детском возрасте, однако и у взрослых достаточно высока вероятность появления этой формы аллергии. При бронхиальной астме, вызываемой аллергией на пыльцу, часто возникают перекрестные реакции с пищевыми аллергенами (чаще всего с фруктами, пшеницей, лесными орехами).

После обнаружения непереносимости каких-либо продуктов и их исключения из рациона необходимо позаботиться о том, чтобы их отсутствие не от-

ражалось на организме и питание оставалось полноценным, для чего следует подобрать соответствующие заменители.

Так, коровье молоко можно заменить козьим или соевым, рыбу – другими источниками белка (творогом, бобовыми культурами). Для составления рациональной диеты необходимо знание классификации пищевых продуктов, так как у продуктов одной группы могут быть общие антигены, вследствие чего аллергия на один из продуктов данной группы может стать основанием для отказа и от других.

Очень важное значение для достижения эффекта при пищевой аллергии имеет нормальное функционирование пищеварительной системы, определяющее проницаемость кишечного барьера для пищевых аллергенов. Воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта, избыточный бактериальный рост, снижение желудочной и панкреатической секреции нарушают барьерную функцию кишечника и делают возможным всасывание нерасщепленных продуктов, обладающих сенсibilизирующей активностью. В случае предположительного диагноза пищевой аллергии необходимо провести исследование органов пищеварительного тракта, поскольку правильное лечение будет способствовать устранению аллергических реакций.

Некоторые особенности имеет лечебное питание при аспириновой бронхиальной астме, при которой противопоказаны продукты, содержащие в качестве консервантов ацетилсалициловую и бензойную кислоты. Желтый пищевой краситель тартразин также способен вызвать тяжелый бронхоспазм у больных с астматической триадой. Тартразин может входить в состав макаронных изделий, пряников, готовых пудингов, мороженого, конфет, цветного зефира, газированных напитков и соков. Одновременно необходимо сократить потребление содержащих салицилаты продуктов, к которым относятся малина, абрикосы, апельсины, виноград, вишня, гвоздика, ежевика, клубника, крыжовник, мята, персики, сливы и яблоки. Поскольку салицилаты содержатся в очень большом количестве продуктов, можно исключать их не все, а выборочно, в соответствии с уровнем чувствительности.

Разновидностью диетотерапии при бронхиальной астме является разгрузочно-диетическая терапия, которая применяется при тяжелых формах заболевания, при сочетании бронхиальной астмы с ожирением, поливалентной лекарственной и пищевой аллергией, а также с экземой или псориазом. Эта терапия не применяется при серьезных нарушениях функций внутренних органов, беременности и лактации, активном туберкулезе, для лечения детей и пожилых людей. Разгрузочно-диетическая терапия подразумевает необходимость госпитализации, поэтому ее нельзя проводить в домашних условиях без наблюдения врача. Вместо этого можно проводить короткие курсы голодания, которые практически не уступают в эффективности и в то же время гораздо менее опасны в плане различных осложнений. Эффективны разгрузочные дни (овощные, рисовые и т.д.) Оптимальная продолжительность таких курсов составляет – 3-7 дней.

Для улучшения состояния больных, страдающих бронхиальной астмой, рекомендуется кулинарная обработка пищи, приводящая к денатурации белков.

Лечебное питание при аллергии на микроскопические грибки

Наиболее распространенным микроаллергеном является плесень – микроскопические грибки, состоящие из гроздьев нитевидных микроскопических структур. Плесневые грибки поселяются на предметах растительного и животного происхождения, используя их для питания. Многие виды плесени размножаются спорами, которые распространяются по воздуху и при попадании на слизистые оболочки могут вызывать аллергические реакции. Появление аллергических реакций на плесень чаще всего случается осенью и весной, хотя нередко бывает и на протяжении всего года.

В природе плесень встречается в сырых затененных местах, на гниющих листьях и растительных отходах. В помещениях плесневый грибок присутствует в местах с повышенной влажностью, часто содержится в старой мебели, постельных принадлежностях.

При грибковой аллергии следует соблюдать определенные правила питания:

- исключить из рациона продукты, даже слегка поврежденные плесенью;

- перед тем как употреблять в пищу сырые овощи или фрукты, очищать их от кожицы;

- использовать для приготовления пищи только качественные, свежие продукты;

- в период обострения заболевания ограничить количество сырых продуктов, заменяя их прошедшими термическую обработку;

- хранить продукты в закрытых емкостях в холодильнике не более суток.

При обнаружении данного вида аллергии необходимо отказаться от продуктов, содержащих плесневые грибки. В число этих продуктов входят острые сыры, например рокфор, камамбер, чеддер, сыры с плесенью, кисломолочные продукты, квас, пиво, шампанское и другие виды вина, ликеры, копчености, дрожжевые тесто, квашеная капуста, сахар, фруктоза, сорбит, ксилит, другие продукты, подвергающиеся ферментации при приготовлении.

ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Гипертоническая болезнь относится к числу наиболее распространенных хронических заболеваний. Основным проявлением ее является повышение артериального кровяного давления. В основе развития гипертонической болезни лежат нарушения нормальной деятельности тех нервных механизмов, которые регулируют работу сердечно-сосудистой системы. Под влиянием воздействия различных неблагоприятных факторов окружающей среды (нервные раздражения, тяжелые переживания, контузии головы и др.) первичные нарушения, возникающие в высшем отделе центральной нервной системы - коре головного мозга, приводят нередко к повышению артериального давления.

Дальнейшему развитию гипертонической болезни могут способствовать высокое потребление соли, обильное или недостаточное питание, систематическое употребление алкоголя, неумеренное курение, недостаточная физическая активность и т.д.

В комплексном лечении больных гипертонической болезнью важное место отводится лечебному питанию. Лечебная диета активно воздействует на нарушенные функции организма в направлении нормализации или снижения повышенного артериального давления, урегулирования нервных или обменных процессов, улучшения функций почек и надпочечников, состояния проницаемости сосудистой стенки, свертывающих свойств крови.

Диета для больных гипертонической болезнью должна быть полноценной, сбалансированной, содержать достаточное количество белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных солей и микроэлементов. В диете значительно ограничивается поваренная соль, азотистые экстрактивные вещества, а также уменьшается содержание животных жиров и углеводов с высоким гликемическим индексом. Рацион должен быть обогащен солями калия и магния, витаминами С, Р и группы В, растительными маслами, липотропными веществами (метионин, холин), клеточными оболочками и продуктами моря, содержащими различные минеральные вещества и микроэлементы, в том числе и органический йод, витамины группы В.

Выделяют несколько основополагающих принципов питания при гипертонической болезни:

1. Ограничение соли.
2. Ограничение напитков с кофеином (кофе, крепкий чай).
3. Исключение алкоголя.
4. Исключение копченостей и пряных продуктов.
5. Уменьшение животных жиров.
6. Увеличение продуктов с калием и магнием.

Суточная норма соли должна быть уменьшена в 2 раза до 4-5 г известно, натрий способствует задержанию жидкости в организме, что способствует давлению на стенки сосудов и повышению артериального давления. Не рекомендуется употреблять и продукты с повышенным содержанием соли (консервы, соления, маринады). Улучшить вкус еды можно при помощи клюквенного и лимонного сока, пряностей: укропа, базилика, петрушки и др. Полное исключение соли из рациона питания также нежелательно. Это может привести к накоплению азотистых соединений в крови.

Ограничение углеводов необходимо, прежде всего, при наличии избыточного веса. При этом нужно уменьшить употребление легкоусвояемых углеводов (сахар, варенье, конфеты, кондитерские изделия) и увеличить в рационе содержание продуктов, богатых растительной клетчаткой (овощи, фрукты, ягоды). Рекомендуется употреблять не менее 30 г в день пищевых волокон, которые содержатся в овощах и фруктах, так же не менее 15 г в сутки пектинов, которых много яблоках, сливах, черной смородине, свекле, моркови. Продукты растительного происхождения уменьшают всасывание холестерина в кишечнике, снижают концентрацию общего ХС (на 10%) и ХС ЛНП (на 12%) в сыворотке крови; концентрацию инсулина в сыворотке крови. Продуктами богатыми водорастворимой клетчаткой (пищевыми волокнами), и пектинами, являются фрукты - груша, яблоки, хурма, апельсины, грейпфруты бананы; овощи – зеленый горошек, брокколи, цветная капуста, зеленая фасоль; бобовых- чечевице, горохе, фасоли. Включение в пищевой рацион 1/2 чашки (125 г) вареной фасоли (8,8 г волокон), 1 чашки (200 г) хлопьев из овсяных отрубей (6 г волокон),

6 штук чернослива (6 г волокон), 1 яблока и 1 апельсина (6 г волокон), обеспечивает адекватное потребление пищевых волокон в количестве 25-30 г в день, является “золотым” правилом профилактики атеросклероза и лечения атерогенной гиперхолестеринемии при ГБ.

Количество жиров в суточном рационе нужно уменьшить до 70 г., жиры желательно заменить растительными (масла: оливковое, подсолнечное, кукурузное и др.). Больным, страдающим гипертонической болезнью, и для профилактики здоровым, имеющим факторы риска заболевания рекомендуется употребление в пищу как можно меньше животных (насыщенных) жиров, покупать самое постное мясо, которое можете себе позволить, удалять весь видимый жир и снимать кожу с курицы. Для приготовления пищи использовать растительные масла, лучше нерафинированного приготовления (например, подсолнечное, кукурузное, соевое или оливковое), богатые содержанием линолевой кислоты, витамина Е, фосфолипидов и мягкие (растительные) маргарины для бутербродов. Требуется заменять сливочное масло и «твердые» маргарины (в брикетах) на «мягкие» с низким содержанием транс-изомеров жирных кислот, так как маргарины в баночках – это источники жирорастворимых витаминов. В твердых маргаринах содержится много насыщенных жиров. Для заправки салатов используется обезжиренный майонез, подсолнечное, соевое, оливковое холодного первого отжима, и льняное масла. Для жарки лучше использовать подсолнечное, рапсовое и оливковое масла. Рапсовое и горчичное масло обладает более низкой пищевой ценностью и их не следует использовать в качестве единственного источника растительного жира. Для профилактики атеросклеротических изменений больным с ГБ рекомендуется употреблять в день около 5 г рыбьего жира, содержащий необходимые полиненасыщенные жирные кислоты, или 100 г жирной морской рыбы.

Калий участвует в сократительной деятельности сердца, повышает устойчивость сердца к недостатку кислорода, регулирует ритм сердечных сокращений, а также оказывает легкое мочегонное действие, способствуя выведению натрия из организма.

Суточная потребность организма в калии – 2000 мг.

При необходимости калий в комплексе с магнием может быть рекомендован в виде лекарственных препаратов (панангин, аспаркам).

Чтобы уменьшить потери калия при варке овощей, рекомендуется их варить в небольшом количестве чуть подсоленной воды или готовить на пару.

При гипертонии рекомендуют проводить калиевую диету.

Пример калиевой диеты:

Первый завтрак: печеный картофель 200 г, кофе суррогатный с рисовым слизистым отваром 200 г.

Второй завтрак: сок из свежей капусты 100 г.

Обед: суп-пюре из картофеля 200 г, пюре из свежей капусты 200 г, желе из фруктового сока.

Полдник: отвар шиповника 100 г.

Ужин: картофельное пюре 300 г, отвар шиповника 100 г.

Очень важно в рацион пациентов с гипертонической болезнью включать продукты богатые магнием. Магний участвует в регуляции центральной нервной системы, снимает спазм мускулатуры сосудов, повышает устойчивость сердечной мышцы к кислородному голоданию и воздействиям стресса.

Суточная потребность организма в магнии – 100-500 мг.

При необходимости можно дополнительно назначить препараты с магнием (панангин, магнерот, магне В6).

При гипертонии рекомендуют проводить *магниевую диету*:

Первый завтрак: гречневая каша с жареными отрубями 150 г, чай с лимоном.

Второй завтрак: сок морковный или абрикосовый 100 г.

Обед: борщ со слизистым отваром из пшеничных отрубей 250 г, плов из риса с курагой 150 г, отвар сушеной черной смородины 100 г.

Полдник: отвар шиповника 100 г.

Ужин: морковно-яблочные котлеты 200 г.

На ночь: горячее молоко 100 г.

Продукты богатые магнием - пшено, фасоль, овсянка, чернослив, отруби, морская капуста.

Необходимо достаточное содержание витамина С, его много в шиповнике, цитрусовых, яблоках, квашеной капусте, а так же рутина, который нужен для укрепления сосудистой стенки. Его много в черноплодной рябине. Большую роль в предупреждении гипертонической болезни играют антиоксиданты. Мощными антиоксидантами являются витамин С, бета- каротин, которого много в красно –оранжевых овощах и фруктах, витамин Е , содержащийся в растительных маслах и орехах, а также селен- микроэлемент, которого много в злаках.

Напитки с кофеином и алкоголь вызывают спазм сосудов, увеличивают сердечную нагрузку и соответственно повышают давление. Поэтому при повышенном давлении все продукты с кофеином и алкоголь желательно полностью исключить из рациона питания.

Питание при гипертонии должно быть частым и дробным – прием пищи 5-6 раз в день. Последний прием пищи – за 3-4 часа до сна. Перед сном можно съесть фрукт, выпить стакан кефира или теплого молока.

Пищу желательно готовить в отварном или запеченном виде с минимальным количеством соли.

При повышенном давлении важно следить за весом, чтобы исключить дополнительную нагрузку на сосуды и сердце.

При гипертонических кризах рекомендуют проводить разгрузочные дни.

Практические советы

Как уменьшить потребление насыщенных жиров и холестерина:

- Употреблять постные куски говядины, телятины и баранины (филейную часть, плечо, бедро, поясничную часть), удаляя весь «видимый» жир. Телятина более предпочтительна, т.к. в ней содержится мало НЖК.
- Уменьшить порции мяса до 80-90 г в вареном виде, что соответствует размеру карточной колоды.
- Дичь (заяц, олень, фазан) содержит меньше жиров, чем мясо домашних животных.
- Мясо следует тушить, варить, запекать. Перед варкой разрезать на небольшие кусочки, залить холодной водой и только после этого поставить на огонь (потеря жира до 40%). Готовить мясо на медленном огне.

- После приготовления супов из мяса давать им остыть, после чего удалить весь поверхностный жир.

- Уменьшить потребление готовых мясных продуктов (колбас, сосисок).
- Отказаться от потребления печени, почек и др. субпродуктов.

Птица и яйца:

- Птица содержит примерно столько же холестерина, что и постное мясо, но в ней меньше НЖК.

- Лучше употреблять белое мясо (меньше НЖК), чем темное.
- В мясе птицы содержится меньше железа, чем в постном красном мясе говядины.

- Чем меньше по размеру птица, тем меньше в ней жира.
- Индейка - один из самых постных животных продуктов.
- Удалять кожу с птицы до приготовления.
- Съедать не более 2-х яичных желтков в неделю.

Молочные продукты:

- Употреблять молочные продукты с низким содержанием жира (1% и ниже).

- Обезжиренное молоко содержит столько же белка, кальция, фосфора, сколько и цельное (жирное) молоко.

- Потребление 2-х стаканов (400мл) обезжиренного или 1% молока в день обеспечивает суточную потребность организма человека в кальции.

- Во время приготовления пищи вместо сливок можно использовать обезжиренное молоко, йогурт, а вместо сметаны - кефир низкой жирности.

- Отдавать предпочтение сырам с жирностью менее 30%: «Сулугуни», «Адыгейский», «Осетинский», «Брынза» из коровьего молока, «Пошехонский», прибалтийские сыры.

- Не превращать сыр в источник белка и не добавлять его в блюда, если там уже есть мясо (иначе удваивается содержание жира и калорийность).

- Обращать внимание на сведения о содержании жира на этикетках, учитывать его.

Увеличить потребление зерновых типов хлеба и нешлифованных круп (риса, овсяных, ячменных отрубей). Привыкать есть каши (особенно овсяную) по утрам, но готовить их на воде.

Увеличить потребление овощей, зелени и фруктов, которые являются основными источниками витаминов-антиоксидантов (С, Е, А), а также флавоноидов. Значительное количество витаминов находится в кожице плодов. Потребление волокон можно увеличить, если есть белую кожицу, образующую внутренние перепонки на дольках апельсина или грейпфрута.

Наибольшее количество витаминов и минеральных веществ в темно-зеленых овощах, желтых и оранжевых овощах и фруктах.

Сухофрукты отличаются как высоким содержанием водорастворимой клетчатки, так и калорий (за счет содержания в них сахара), поэтому их потребление следует ограничивать у лиц с избыточной массой тела.

Таким образом, нельзя недооценивать роль правильного питания для поддержания здоровья при гипертензии. Важно помнить, что диетическое питание особенно эффективно в комплексе с рядом таких противогипертензивных мер, как отказ от курения и алкоголя, избегание стрессов, создание позитивного настроения.

ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Диетотерапия при хронической сердечной недостаточности направлена на улучшения функции сердца, уменьшение отеков. Диета должна обеспечить щажение сердечно-сосудистой системы.

При хронической сердечной недостаточности рекомендуется ограничение поваренной соли, чем более выражены симптомы заболевания и застойные явления, тем меньше соли вплоть до полного исключения.

I ФК – ограничение до 3 грамм поваренной соли;

II ФК – пищу не досаливать (до 1, 5 грамма поваренной соли);

III ФК – употреблять продукты со сниженным содержанием соли и готовить без соли (< 1, 0 грамма поваренной соли в сутки). Снижают потребление продуктов и блюд, возбуждающих сердечно-сосудистую систему (крепкий чай, кофе, наваристые мясные, грибные, рыбные бульоны).

Ограничение потребления жидкости целесообразно только в крайних случаях: при декомпенсированном тяжелом течении, которое требует парентеральное введение диуретиков. В остальных случаях объем жидкости не должен превышать 2 литра в сутки (минимум приема жидкости – 1, 5 л/сут).

Пища должна быть калорийной, легкоусвояемой с достаточным содержанием витаминов, белка. Пищевой рацион обогащает витаминами (С, группы В и другие), а также микроэлементами К, Mg.

При хронической сердечной недостаточности, помимо диеты № 10 (основной вариант стандартной диеты), применяют диету Карелля. Диета характеризуется резко пониженной калорийностью, исключением поваренной соли, ограничением количества жидкости, частыми приемами пищи малыми порциями. Назначают данную диету в виде 4 последовательных рационов (I и II рацион – до 2-3 дней, III – IV – до 3-4 дней) или применяют любой из предложенных. Диета Карелля используется в условиях стационара, под контролем врача. При данной диете необходимо соблюдать полупостельный режим, потребление бессолевого диетического хлеба.

Важно соблюдать режим приема пищи: питаться 4-5 раз в день, малыми порциями. Последний прием пищи – не позднее, чем за 2 часа до сна.

Необходимо проводить контроль трофологического статуса у пациентов с ХСН.

Трофологический статус – понятие, характеризующее состояние здоровья и физического развития организма, связанное с питанием.

Прирост веса >кг за 1-3 дня, высокая задержка жидкости в организме и риск развития декомпенсации! Если у пациента с ХСН имеет место ожирение или избыточная масса тела, т.е. индекс массы тела (ИМТ) более 25 кг/м^2 , необходимо ограничение калорийности питания.

При исходном ИМТ менее 19 кг/м^2 , при документированной непреднамеренной потере массы тела на 5 и более кг или более чем на 7, 5 % от исходной можно верифицировать патологическую потерю массы тела. В лечении таких больных требуется сочетание медикаментозной коррекции нейрогормональных расстройств и нутритивной поддержки.

У больных с декомпенсацией, оптимальным является применение олигомерных питательных смесей (пептамин).

При выраженной сердечной кахексии требуется сочетание энтерального и парентерального питания.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕБНОМ ПИТАНИИ

Рекомендации по вопросам питания практически здорового человека и лечебного питания при различных заболеваниях занимают ведущее место в лечебно-профилактической и реабилитационной медицине. Резко возросшее внимание к проблемам питания обусловлено выявлением негативных последствий для здоровья, нарушений структуры питания и пищевого статуса населения России, с одной стороны, и успехами биохимии, молекулярной биологии, геномики и многих других фундаментальных наук в раскрытии тонких механизмов регуляции функциональной активности органов и систем, снижении риска развития заболеваний в зависимости от сбалансированности питания и обеспеченности микронутриентами – с другой.

В настоящее время у большинства населения выявляются симптомы недостаточной адаптации, так называемой мальадаптации, - снижение неспецифической резистентности к неблагоприятным факторам окружающей среды, физической, химической и биологической природы, иммунодефицит, депрессия и др. Основная причина этого - недостаточная обеспеченность организма эссенциальными микронутриентами и минорными биологически активными компонентами. При этом обозначились "ножницы" между резким снижением энерготрат современного человека и потребности в пище как ее единственном источнике и возросшей потребностью в жизненно важных пищевых веществах (микронутриентах) в современных напряженных условиях труда и быта.

По Тутельяну В.А., Поповой Т.С.2002, на основании сопоставления результатов эпидемиологических, лабораторных, клинико-функциональных исследований установлены безопасные и адекватные уровни суточного поступления с пищей таких ранее не нормируемых микронутриентов, как хром (50-200мкг), кремний (5-10 мг), никеля, ванадия и др. Необходимость многих минорных компонентов пищи для сохранения здоровья и для снижения риска ряда хронических заболеваний подтверждена многочисленными исследования последних лет, в связи с чем эти компоненты обозначают как "хемопротекторы и "хемопревенторы". Среди эссенциальных нутрицевтиков широко известны от-

дельные аминокислоты (глутамин, аргинин, разветвленные аминокислоты), омега-3 жирные кислоты, средне- и короткоцепочечные жирные кислоты, антиоксиданты. Интенсивно изучаются природные хемопротективные соединения: биофлавоноиды, пищевые индолы, а также пищевые волокна.

Современная наука разработала вопросы питания, отвечающие потребности населения цивилизованных стран в экологически чистой, абсолютно безопасной, полезной, вкусной и высококалорийной пище. Этому предшествовали исследования по созданию низкокалорийного, компактного и сбалансированного питания, содержащего все необходимые для нормальной жизни питательные вещества, в рамках подготовки американских астронавтов к полету на Луну под руководством выдающегося ученого в области биохимии и диетологии Алана Говарда. Итогом многолетних исследований стала созданная к 1970 году Кембриджская низкокалорийная (менее 500 калорий) диета. Во всем мире формула оптимального питания и созданная на ее основе низкокалорийная диета были признаны как выдающееся открытие в области медицины и диетологии. По заключению ученых, практикующих врачей и диетологов Кембриджское питание безопасное и самое эффективное средство поддержания нормального обмена веществ, коррекции веса и оздоровления организма. В ряде методических рекомендаций МЗ РФ (2003, 2004) приводятся способы применения нутрицевтиков и кембриджских питательных смесей в лечебном питании при хирургических и терапевтических заболеваниях. Качество и безопасность использования продуктов гарантируется разрешительными сертификатами МЗ РФ по кембриджскому питанию, аргинину, глутамину, коферменту Q10, омега-3, пектину, флоре Дофилус, антиоксиданту OPC 95+ Пикногенол, начиная с 2001 года.

Кембриджское питание в виде коктейля, супа и каши представляет собой высокопитательные белково-углеводные смеси, обогащенные эссенциальными нутриентами. В составе смеси содержатся белки, жиры и углеводы, 13 аминокислот, 13 макро- и микроэлементов, клетчатка. Смеси выпускаются в виде сухого порошка, приятных органолептических свойств, хорошо растворимых в воде. Побочных эффектов и противопоказаний нет. Показаниями служат заболевания внутренних органов, предоперационный и послеоперационный период

при хирургических заболеваниях, различные состояния с проявлениями белковой недостаточности. Сроки использования питания могут быть длительными. Применяют по 3 порции порошка, разведенной в 300 мл воды, при тяжелых нарушениях питания количество вводимой смеси увеличивается до 6-9 порций.

Кофермент О10 -неспецифический метаболический корректор нарушения функции клеток при гиперхолестеринемии, атеросклерозе, артериальной гипертензии, метаболическом синдроме и других нарушениях обмена веществ, для стимуляции иммунитета усиления адаптационных реакций организма, антиму-тагенного действия. В состав входит липидорастворимая молекула убихинона. Механизм действия обеспечивает взаимодействие процессов окисления и фосфорилирования в митохондриях и синтез АТФ. Дозировка 60-120 мг в сутки курсами 60 дней 2 раза в году.

Глутамин - условно незаменимая аминокислота, присутствующая в организме в наибольшем количестве, используется всеми органами. Обладает протекторным действием на слизистую оболочку желудка и кишечника, защищает от развития стресс-язв, предотвращает атрофию слизистой оболочки, стимулирует моторику, иммуномодулятор, цитопротектор, способствующий устранению морфофункциональных поражений кишечника при лучевой болезни и химиотерапии. Минимальная доза 5-6 г, в зависимости от тяжести суточная доза увеличивается до 25-30 г глутамина в виде напитка или добавки к энтеральному питанию.

Цитрусовый пектин показан при желудочно-кишечных заболеваниях, дисбактериозах, энтеритах различной этиологии, синдроме мальабсорбции, отравлениях, после операции на органах брюшной полости. Сочетанное применение пектина с глутамином у хирургических больных с перитонитом ускоряют разрешение синдрома кишечной недостаточности. Дозировка по 2 капсулы 2-3 раза в день с большим количеством воды или 1-2% растворы по 100 мл 3 раза в день.

Применение кембриджского питания в сочетании с нутрицевтиками позволяет быстро ликвидировать дефицит эссенциальных питательных веществ,

существенно повысить неспецифическую резистентность организма к неблагоприятным факторам окружающей среды.

Таким образом, в основе современных представлений о здоровом питании лежит концепция оптимального питания, предусматривающая необходимость и обязательность полного обеспечения потребностей организма не только в энергии, эссенциальных макро- и микронутриентах, но и ряде необходимых минорных непищевых компонентов пищи, перечень и значение которых продолжает изучаться.

ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Диетотерапия при гипертермическом синдроме направлена на основные клинические проявления: высокая температура и симптомы интоксикации (нейротоксикоз). При большом потоотделении в рационе питания повышают содержание витаминов и минеральных солей. Для компенсации теряемых с потом и учащенным дыханием микроэлементов и витаминов в меню дополнительно включают различные овощные и фруктовые соки, зеленый чай, витаминизированные напитки, воду. С целью детоксикации организма используют продукты, содержащие пектиновые вещества. Пектиновые вещества являются естественными полимерами, содержатся в овощах, фруктах и ягодах. Важные источники пектина - морковь, капуста, свекла, яблоки, груши. В остром лихорадочном периоде болезни рекомендуется употреблять до 2,5 л жидкости: клюквенный морс, фруктовые соки, кипяченую воду с соком лимона, подкисленную минеральную воду, витаминные настои (настой шиповника и др.).

В первую неделю болезни диета состоит из разнообразных, легко усвояемых продуктов, компотов, киселей. В дальнейшем назначается диета, обеспечивающая достаточное количество белков, жиров, углеводов, витаминов. Полезны куриные бульоны. При обезвоживании из-за рвоты необходима пероральная регидратация. Задача пероральной регидратации состоит в восполнении не только дефицита жидкости, сколько электролитов (калия, натрия). Состав используемого раствора должен включать необходимое количество солей: натрия хлорида 3,5 грамма, калия хлорида 1,5 грамма на 1 литр воды, а также буферных оснований (натрия гидрокарбоната - 2,5 г или натрия лактата 2,9 г на 1 литр). Обязательным компонентом является глюкоза (20 г/л) или удвоенное количество сахарного песка (40 г/л). Без добавления глюкозы (сахарозы) электролиты не всасываются и действуют как солевое слабительное средство. Глюкозоэлектролитные растворы назначают в слегка охлажденном виде (10-15 градусов Цельсия) небольшими порциями по 100-150 мл каждые 30 мин общим объемом в 1,5 превышающем дефицит жидкости. Глюкозоэлектролитные растворы можно сочетать, но не разводить со сладким чаем, киселем.

В ряде продуктов содержатся естественные и добавленные салицилаты, которые способствуют снижению температуры тела, но при наличии аллергии к аспирину исключаются (табл. 5).

Таблица 5

Пищевые продукты, содержащие салицилаты

Фрукты	Ягоды	Овощи	Смешанная группа	Содержащие добавленные салицилаты
Яблоки	Черная смородина	Огурцы	Миндальный орех	Напитки из корнеплодов
Абрикосы	Вишня	Перец	Разные сорта смородины	Мятные конфеты
Грейпфруты	Ежевика	Помидоры	Изюм	Конфеты с добавками зелени
Виноград	Малина		Зимняя зелень	Кондитерские изделия с добавками зелени
Лимоны	Земляника	Картофель		
Персики	Клубника	Редис		
Дыни	Клюква	Репка		
Апельсины	Крыжовник			
Сливы				
Чернослив				

Больные, принимающие антибиотики, должны получать кисломолочные продукты для профилактики дисбактериоза кишечника. При приеме лекарственных средств неблагоприятного гепатотропного действия в меню следует включать продукты, содержащие такие липотропные соединения, как холин и метионин, ограничивать животные жиры.

Лечебное применение кисломолочных продуктов обусловлено тем, что молочно-кислая флора обладает антибиотическими свойствами по отношению к гнилостным микроорганизмам пищеварительного тракта и предупреждает развитие дисбактериоза кишечника. Кисломолочные продукты характеризуются высокой питательной ценностью из-за содержания полноценных белков, жиров, молочного сахара и витаминов группы В.

Кумыс - жидкий кисломолочный продукт, приготовляемый по специальным технологиям из кобыльего, коровьего молока. Кумысолечение начинают с

0,5 л/сутки, увеличивая каждый день, доводят до 1-1,5 л/сутки. Принимать лучше слабый и средний сорта кумыса через 1 час после завтрака, за 1 час до обеда, вечером между 17-19 час. Молочнокислая сыворотка содержит до 1% белка, 4,8% лактозы. В 1 л сыворотки содержатся 0,37 мг тиамина, 2 мг рибофлавина, 4 мг пиридоксина, 0,0026 мг цианокобаламина, 4,7 мг аскорбиновой кислоты, 66,2 мг холина. Назначают по 250 мг до еды 4 раза в день.

Рациональные способы приема лекарств необходимо соблюдать с учетом приема пищи, так при приеме внутрь лекарственные средства взаимодействуют с пищеварительными соками, пищевыми продуктами. Так, препараты кальция, принятые сразу после еды, могут соединяться в желудке со щавелевой, уксусной, угольной кислотами, в тонкой кишке с жирными кислотами и образовывать плохо растворимые соединения. Многие алкалоиды (папаверин, кодеин, группа атропина и др.) образуют с танином, содержащимся в чае и фруктовых соках, труднорастворимые неактивные соединения. Однократные приемы алкогольных напитков во время лечения приводят к снижению активности ферментов, разрушающих медикаменты, и соответственно действие некоторых лекарств усиливается и удлиняется (снотворных и транквилизаторов). Производные салициловой кислоты могут вызывать капиллярное кровотечение из сосудов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Эти препараты лучше принимать в размельченном виде за 30 мин до еды или через 4 часа после еды, запивать большим количеством жидкости. После еды принимают феналгин, цитрамон, новоцефалгин, седалгин. Анальгин, метиндол, парацетамол, фенацетин можно принимать до и после еды. Общетонизирующие средства (пантокрин, жидкий экстракт элеутерококка, китайского лимонника) принимают за 30 мин до еды.

Необходимо учитывать влияние кулинарной обработки на содержание витаминов и минеральных веществ, под влиянием термической обработки резко снижается концентрация витамина С в приготовленных овощах. Например, картофель при варке в воде теряет до 40% витамина С, при варке на пару под давлением - на 12-15%. При погружении картофеля в горячую воду потери витамина значительно сокращаются. Разрушению витамина С в растительных

продуктах способствует фермент аскорбиназа, который начинает активизироваться сразу после срывания плодов и ягод и при их размельчении. Наиболее велика активность аскорбиназы в огурце и кабачках. В некоторых овощах (брюква, сладкий перец, репчатый лук, цитрусовые, шиповник, черная смородина) этот фермент отсутствует. Аскорбиназа теряет свою активность при замораживании. При быстром нагревании фермент разрушается. Сохранению витамина С в квашеной капусте способствует рассол, без него содержание аскорбиновой кислоты через 12 часов падает на 50%. Процесс варки мало влияет на содержание ретинола и каротина. Их разрушению способствуют свет и кислая реакция, поэтому сметану, уксус, лимонную кислоту лучше добавлять в овощи и салаты перед употреблением. В процессе приготовления овощных блюд следует учитывать, что усвоение провитамина А (каротина) происходит при одновременном употреблении жира (сметаны, масла). Овощные блюда можно готовить из свеклы, капусты, моркови, добавлять фрукты.

Морковь с медом или со сметаной. Сырую морковь натереть на терке или пропустить через мясорубку, заправить медом, сметаной или растительным маслом.

Морковь с курагой. Морковь нарезать, припустить, добавить курагу, предварительно замоченную кипятком. Заправить растительным маслом или сметаной.

Суфле морковное. Вареную морковь протереть через сито, добавить молоко, сахар, довести до кипения. Добавить молотую овсяную, рисовую или манную крупу, вымешивать 10 мин. После охлаждения добавить желтки, перемешать, соединить со взбитыми белками и выпекать в формочках в духовом шкафу.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная:

1. Поликлиническая терапия: учебник для студентов медицинских вузов, рек. УМО мед. и фармац. вузов РФ/ А. Я. Крюкова [и др.] ; под ред. А. Я. Крюковой; МЗ и соц. развития РФ, Башк. гос. мед. ун-т. -Уфа: Гилем, 2009. -325 с.: табл.
2. Сторожаков, Г.И. Поликлиническая терапия [Электронный ресурс]: учебник / Г.И. Сторожаков, И.И. Чукаева, А.А. Александров. – 2-е изд перераб. и доп. - ил. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.- 640 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411292.html>. (МЭ)
3. Поликлиническая терапия [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В.А. Галкина. - М.: Медицина, 2008. - 368 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN5225034284.html>. (МЭ)

Дополнительная:

1. Гастроэнтерология: национальное руководство. Кроткое издание. / Под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 480с.
2. Гастроэнтерология в поликлинической практике: уч.пособие для студентов / Сост.: А.Я. Крюкова, О.А. Курамшина, Л.С. Тувалева, Л.В. Габбасова, Р.С. Низамутдинова, Г.М. Сахаутдинова; под ред.проф. А.Я. Крюковой. – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012. – 149с.
3. Кардиология: национальное руководство / Под ред. Ю.И. Беленкова, Р.Г. Оганова.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 848с.
4. Кардиология в поликлинической практике:уч.пособие для студентов / Сост.: А.Я. Крюкова, Г.М. Сахаутдинова, Ю.А. Кофанова, Р.С. Низамутдинова, Л.С. Тувалева, О.А. Курамшина, Л.В. Габбасова; под ред.проф. А.Я. Крюковой. – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012. – 139с.
5. ЭКГ при инфаркте миокарда [Электронный ресурс]: атлас / В.А. Люсов, Н.А. Волон, И.Г. Гордеев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 76 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970412640.html>. (МЭ)
6. Нефрология: национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н.А. Мухина. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2014. – 608с.

7. Диетология. Изд. 4-е/ Под ред. Барановского А.Ю., Кондрашиной Э.А., Назаренко Л.И. – М.: Питер, 2012. – 1024с.
8. Пульмонология. Национальное руководство. Под ред. А.Г. Чучалина. М., «ГЭОТАР-Медиа», 2014. – 800с.
9. Пульмонология в поликлинической практике: уч.пособие для студентов / Сост.: А.Я. Крюкова, Р.С. Низамутдинова, Е.А. Никитина, О.А. Курамшина, Л.С. Тувалева, Л.В. Габбасова; под ред.проф. А.Я. Крюковой. – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012. – 154с.
10. Роль образовательных программ для пациентов в условиях модернизации профилактического направления здравоохранения: уч.пособие для студентов / Сост.: А.Я. Крюкова, Р.С. Низамутдинова, Г.М. Сахаутдинова, О.А. Курамшина, Л.С. Тувалева, Л.В. Габбасова, Ю.А. Кофанова; под ред.проф. А.Я. Крюковой. – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012. – 203с.
11. Современная диетотерапия в амбулаторно-поликлинической практике [Электронный ресурс]: справочное пособие / Башк. гос. мед.ун-т; под ред. А. Я. Крюковой. - Уфа: Изд-во БГМУ, 2007. -101 с. // Электронная учебная библиотека: полнотекстовая база данных / ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет; авт.: А.Г. Хасанов, Н.Р. Кобзева, И.Ю. Гончарова. – <http://92.50.144.106/jirbis/>.
12. Фитотерапия в амбулаторно-поликлинической практике: уч.пособие для студентов / Сост.: Крюкова А.Я., Кудашкина Н.В., Пупыкина К.А., Сахаутдинова Г.М., Низамутдинова Р.С., Хасанова С.Р., Тувалева Л.С., Курамшина О.А., Фархутдинов Р.Г., Кофанова Ю.А., Габбасова Л.В.; под ред.проф. А.Я. Крюковой. – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012. – 115с.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО САМОКОНТРОЛЮ ЗНАНИЙ ПО ТЕМЕ

Выберите один правильный вариант ответа.

1. ЧТО ТАКОЕ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА

- 1) масса тела в кг/рост в м²
- 2) масса тела в гр/рост в см
- 3) масса тела в кг х рост в м
- 4) рост в см – вес в кг
- 5) рост в см + вес в кг

2. СОДЕРЖАНИЕ ЖИРОВ В ПИЩЕ НЕ ДОЛЖНО БЫТЬ

- 1) не >10%
- 2) не >20%
- 3) не >30%
- 4) не >40%
- 5) не >50%

3. ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ ОРГАНИЗМА ДОЛЖНА ОБЕСПЕЧИВАТЬСЯ ЗА СЧЕТ УГЛЕВОДОВ

- 1) на 20%
- 2) на 30%
- 3) на 40%
- 4) на 50%
- 5) на 60%

4. ПРИ СГОРАНИИ 1Г ЖИРА ОБРАЗУЕТСЯ

- 1) 1ккал
- 2) 5 ккал
- 3) 9ккал
- 4) 20ккал
- 5) 100ккал

5. СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЖИДКОСТИ

- 1) 500мл
- 2) 1л
- 3) 1-1,5л

- 4) 2л
- 5) >2л

6. ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ВЕСА СУТОЧНУЮ КАЛОРИЙНОСТЬ УМЕНЬШАЮТ

- 1) на 100ккал
- 2) на 200ккал
- 3) на 500ккал
- 4) на 1000ккал
- 5) на 10000ккал

7. КОЛИЧЕСТВО ПОТРЕБЛЯЕМОГО ЕЖЕДНЕВНО ХОЛЕСТЕРИНА НЕ ДОЛЖНО ПРЕВЫШАТЬ

- 1) 100мг
- 2) 200мг
- 3) 300мг
- 4) 700мг
- 5) 1000мг

8. СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В БЕЛКЕ

- 1) 100 мг на кг массы тела
- 2) 200 мг на кг массы тела
- 3) 500 мг на кг массы тела
- 4) 1г на кг массы тела
- 5) 2г на кг массы тела

9. ОПТИМАЛЬНОЕ СНИЖЕНИЕ ВЕСА В НЕДЕЛЮ

- 1) 200г
- 2) 500г
- 3) 1000г
- 4) 1500г
- 5) 50-100г

10. ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СООТНОШЕНИЕ БЕКОВ, ЖИРОВ И УГЛЕВОДОВ В ДНЕВНОМ РАЦИОНЕ (В % ОТ СУТОЧНОЙ КАЛОРИЙНОСТИ)

- 1) 33:33:33
- 2) 50:25:25
- 3) 25:50:25
- 4) 20:40:40
- 5) 15:20:65

11. ИДЕАЛЬНАЯ МАССА ТЕЛА (ПО ИМТ)

- 1) 20-25
- 2) 25-30
- 3) 30-35
- 4) > 40
- 5) > 50

12. ОСНОВАНИЕ ПИРАМИДЫ ДНЕВНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ПИЩИ ЗАНИМАЮТ

- 1) хлеб, злаки, рис, картофель
- 2) овощи, фрукты
- 3) мясо, птица, рыба, яйца
- 4) молочные продукты
- 5) жиры, сахар

13. ИСТОЧНИКОМ НАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) подсолнечное масло
- 2) сливочное масло
- 3) рыбий жир
- 4) молоко
- 5) бисквит

14. ИСТОЧНИКОМ НЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) картофель
- 2) хлеб
- 3) бананы
- 4) курица
- 5) подсолнечное масло

15. НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЖИРА СОДЕРЖИТСЯ В 100Г

- 1) сырокопченой грудинки
- 2) свиного сала
- 3) сливочного масла
- 4) печени трески
- 5) мяса гуся

16. НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО БЕЛКА СОДЕРЖИТСЯ В 100Г

- 1) фасоли
- 2) сервелата
- 3) сыра
- 4) творога
- 5) икры осетровых рыб

17. НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО ХОЛЕСТЕРИНА СОДЕРЖИТСЯ В 100Г

- 1) сыра 30%жирности
- 2) сметаны 30%жирности
- 3) майонеза
- 4) свиного жира
- 5) сливочного масла

18. НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО КАЛЬЦИЯ СОДЕРЖИТСЯ В 100Г

- 1) петрушки
- 2) сыра
- 3) брынзы
- 4) сгущенного молока
- 5) хлеба

19. НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО МАГНИЯ СОДЕРЖИТСЯ В 100Г

- 1) картофеля
- 2) свеклы
- 3) вишни
- 4) морской капусты
- 5) хека

20. НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО КАЛИЯ СОДЕРЖИТСЯ В 100Г

- 1) риса
- 2) тыквы
- 3) говядины
- 4) персиков
- 5) картофеля

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

1.	1	6.	3	11.	1	16.	5
2.	3	7.	3	12.	1	17.	5
3.	2	8.	4	13.	2	18.	2
4.	3	9.	2	14.	5	19.	4
5.	3	10.	5	15.	3	20.	5

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО САМОКОНТРОЛЮ ЗНАНИЙ ПО ТЕМЕ

ЗАДАЧА № 1.

D.S.: Острое респираторное заболевание. Аденовирусная инфекция. Острый ринит, острый фарингит. Острый трахеит. Средней степени тяжести.

1. Назначьте диетический стол по Певзнеру. Перечислите основные продукты, составляющие рацион.
2. Назначьте диету согласно приказу № 330.

ЗАДАЧА № 2.

D.S.: Внебольничная крупозная пневмония тяжелое течение с локализацией в нижней доле левого легкого. Экссудативный плеврит слева, осложнение: дыхательная недостаточность III ст.

1. Назначьте диетический стол по Певзнеру. Перечислите основные продукты, составляющие рацион.
2. Назначьте диету согласно приказу № 330.

Задача № 3.

D.S.: Бронхиальная астма, эндогенная форма, средней тяжести, персистирующее течение, осложнение ДН I ст.

1. Назначьте диетический стол по Певзнеру. Перечислите основные продукты, составляющие рацион.
2. Назначьте диету согласно приказу № 330.

ЗАДАЧА № 4.

D.S.: Хроническая обструктивная болезнь легких в фазе обострения, средней степени тяжести, бронхитический тип. Осложнение: дыхательная недостаточность II ст., легочно-сердечная недостаточность I ст. Сопутствующее заболевание: ожирение I ст.

1. Назначьте диетический стол по Певзнеру. Перечислите основные продукты, составляющие рацион.
2. Назначьте диету согласно приказу № 330.

ЗАДАЧА № 5.

D.S.: Бронхоальвеолярный рак левого легкого, диффузно — узловая форма, с поражением нижней доли (T2 N 0M0).

1. Назначьте диетический стол по Певзнеру. Перечислите основные продукты, составляющие рацион.
2. Назначьте диету согласно приказу № 330.

ЗАДАЧА № 6.

D.S.: РВНС, гипертонический тип, кардиологический, астеноневротический синдром, осложненное симпато-адреналовым кризом, средней тяжести. Сопутствующий диагноз ожирение 1 степени.

1. Назначьте диетический стол по Певзнеру. Перечислите основные продукты, составляющие рацион.
2. Назначьте диету согласно приказу № 330.

ЗАДАЧА № 7.

D.S.: ИБС, мерцательная аритмия, тахисистолическая форма, постинфарктный кардиосклероз, НК II.

1. Назначьте диетический стол по Певзнеру. Перечислите основные продукты, составляющие рацион.
2. Назначьте диету согласно приказу № 330.

ЗАДАЧА № 8.

D.S.: РВНС, гипотонический тип, вагоинсулярный криз, тяжелое течение.

1. Назначьте диетический стол по Певзнеру. Перечислите основные продукты, составляющие рацион.
2. Назначьте диету согласно приказу № 330.

ЗАДАЧА № 9.

D.S.: ИБС, прогрессирующая стенокардия, НК II. Соп. Хронический обструктивный бронхит в стадии обострения, ДН I I.

1. Назначьте диетический стол по Певзнеру. Перечислите основные продукты, составляющие рацион.
2. Назначьте диету согласно приказу № 330.

ЗАДАЧА № 10.

D.S.: Гипертоническая болезнь I стадии, 3 степень, риск 2. Соп. Беременность 10 недель.

1. Назначьте диетический стол по Певзнеру. Перечислите основные продукты, составляющие рацион.
2. Назначьте диету согласно приказу № 330.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ЗАДАЧИ

Задача 1. 1. Диетический стол №13. Цель: щажение органов пищеварения, скорейшее выведение из организма токсинов, стимулирование защитных сил организма. Рекомендованы: молочные продукты, супы, каши, яйца всмятку, рыбные и мясные блюда в небольшом количестве и рубленом виде, соки, кисели, компоты, омлеты, сырники, черствый белый хлеб, сухари.

2. Основной вариант стандартной диеты. Диета с физиологическим содержанием белков, жиров и углеводов, обогащенная витаминами, минеральными веществами, растительной клетчаткой (овощи, фрукты). Ограничиваются азотистые экстрактивные вещества, поваренная соль (6-8 г/день), продукты, богатые эфирными маслами, исключаются острые приправы, шпинат, щавель, копчености. Блюда готовятся в отварном виде или на пару, запеченные. Температура горячих блюд - не более 60-65°C, холодных блюд – не ниже 15°C. Свободная жидкость - 1,5-2 л. Ритм питания дробный, 4-6 раз в день.

Задача 2. 1. Диетический стол №11. Цель: укрепление защитных сил организма при выздоровлении и повышение его сопротивляемости к острым и хроническим инфекциям. Рекомендовано: мясо, яйца, рыба, молочные продукты, овощи, фрукты. Необходимо повышенное потребление витаминов: овощей, фруктов, настоя шиповника, солей кальция в виде различных молочных продуктов.

2. Вариант диеты с повышенным количеством белка. Диета с повышенным содержанием белка, жира, физиологическим количеством сложных углеводов, ограничением легкоусвояемых сахаров, поваренной соли (до 6 г/день). Диета с повышенной энергетической ценностью. Блюда готовят в отварном, тушенном, запеченном виде, с механическим или без механического щажения. Температура пищи - от 15 до 60-65 градусов С. Свободная жидкость - 1,5-2 л. Ритм питания - дробный, 4-6 раз в день.

Задача 3. 1. Гипоаллергенная диета. Физиологически полноценная диета, назначаемая на период до 10 дней, химически щадящая, с ограничением потребления поваренной соли до 7 г/сутки.

Исключаются пищевые аллергены: мясные и рыбные продукты, цитрусовые, фрукты красных сортов, шоколад, кофе, соленые и копченые продукты, майонез, кетчуп, мед.

Ограничиваются соки, яйца, мясо курицы, сыр, сахар, варенье.

Блюда готовятся без соли в отварном виде с трехкратной сменой бульона при варке мяса, рыбы, курицы.

2. Вариант диеты с пониженным количеством белка. Диета с ограничением белка до 0,8 г или 0,6 г или 0,3 г/кг идеальной массы тела (до 60, 40 или 20 г/день), с резким ограничением поваренной соли (1,5-3 г/день) и жидкости (0,8-1 л.). Исключаются азотистые экстрактивные вещества, алкоголь, какао, шоколад, кофе, соленые закуски. В диету вводятся блюда из саго, безбелковый хлеб, пюре, муссы из набухающего крахмала. Блюда готовятся без соли, в отварном виде, на пару, непротертые. Пища готовится в отварном виде на пару, не измельченная. Рацион обогащается витаминами, минеральными веществами. Свободная жидкость - 0,8-1,0 л. Ритм питания дробный, 4-6 раз в день.

Задача 4. 1. Диетический стол №11. Цель: укрепление защитных сил организма при выздоровлении и повышение его сопротивляемости к острым и хроническим инфекциям.

Рекомендовано: мясо, яйца, рыба, молочные продукты, овощи, фрукты.

Необходимо повышенное потребление витаминов: овощей, фруктов, настоя шиповника, солей кальция в виде различных молочных продуктов.

2. Вариант диеты с повышенным количеством белка (высоко-белковая диета). Диета с повышенным содержанием белка, жира, физиологическим количеством сложных углеводов, ограничением легкоусвояемых сахаров, поваренной соли (до 6 г/день). Диета с повышенной энергетической ценностью. Блюда готовят в отварном, тушенном, запеченном виде, с механическим или без механического щажения. Температура пищи - от 15 до 60-65 градусов С. Свободная жидкость - 1,5-2 л Ритм питания - дробный, 4-6 раз в день.

Задача 5. 1. Диетический стол №10б. Белки - 50% животного происхождения, калорийность - 2600 ккал. В суточном рационе увеличивается содержание белков животного происхождения, уменьшается потребление поваренной соли. Блюда готовятся без соли в отварном виде, овощи можно потреблять в сыром виде. Режим питания дробный - 6 раз в сутки.

2. Вариант диеты с повышенным количеством белка. Диета с повышенным содержанием белка, жира, физиологическим количеством сложных углеводов, ограничением легкоусвояемых сахаров, поваренной соли (до 6 г/день). Диета с повышенной энергетической ценностью. При назначении диеты больным сахарным диабетом рафинированные углеводы (сахар) исключаются. Блюда готовят в отварном, тушенном, запеченном виде, с механическим или без механического щажения. Температура пищи - от 15 до 60-65 градусов С. Свободная жидкость - 1,5-2 л Ритм питания - дробный, 4-6 раз в день. При назначении диеты больным сахарным диабетом рафинированные углеводы (сахар) исключаются.

Задача 6. 1.Диетический стол № 10с. Цель: умеренное щажение почек и органов пищеварения, облегчение деятельности сердечнососудистой системы, увеличение мочеотделения. Запрещены: жареная, острая, соленая пища.

Разрешены: молоко, сливки, мясо, сметана, отварные мясо и рыба, овощи, фрукты, несдобные мучные изделия, ягодные и фруктовые компоты.

2. Вариант диеты с пониженной калорийностью. Диета с умеренным ограничением энергетической ценности (до 1300-1600 ккал/день) преимущественно за счет жиров и углеводов. Исключаются простые сахара, ограничиваются животные жиры, поваренная соль (3-5 г/день). Включаются растительные жиры, пищевые волокна (сырые овощи, фрукты, пищевые отруби). Ограничивается жидкость. Пища готовится в отварном виде или на пару, без соли. Свободная жидкость - 0,8-1,5 л. Ритм питания дробный, 4-6 раз в день.

Задача 7. 1.Диетический стол №10а. Цель: максимальная разгрузка сердечнососудистой системы. Разрешены: вегетарианские супы, творог, рыба и мясо, приготовленные на пару, простокваша, овощи в виде пюре.

2. Основной вариант стандартной диеты. Диета с физиологическим содержанием белков, жиров и углеводов, обогащенная витаминами, минеральными веществами, растительной клетчаткой (овощи, фрукты). Ограничиваются азотистые экстрактивные вещества, поваренная соль (6-8 г/день), продукты, богатые эфирными маслами, исключаются острые приправы, шпинат, щавель, копчености. Блюда готовятся в отварном виде или на пару, запеченные. Температура горячих блюд - не более 60-65°С, холодных блюд – не ниже 15°С. Свободная жидкость - 1,5-2 л. Ритм питания дробный, 4-6 раз в день.

Задача 8. 1.Диетический стол №10а. Цель: максимальная разгрузка сердечнососудистой системы. Разрешены: вегетарианские супы, творог, рыба и мясо, приготовленные на пару, простокваша, овощи в виде пюре.

2. Основной вариант стандартной диеты. Диета с физиологическим содержанием белков, жиров и углеводов, обогащенная витаминами, минеральными веществами, растительной клетчаткой (овощи, фрукты). Ограничиваются азотистые экстрактивные вещества, поваренная соль (6-8 г/день), продукты, богатые эфирными маслами, исключаются острые приправы, шпинат, щавель, копчености. Блюда готовятся в отварном виде или на пару, запеченные. Температура горячих блюд - не более 60-65°C, холодных блюд – не ниже 15°C. Свободная жидкость - 1,5-2 л. Ритм питания дробный, 4-6 раз в день.

Задача 9. 1.Диетический стол №10с. Цель: предотвратить дальнейшее развитие атеросклероза и нарушения обмена веществ. Ограничивается потребление жиров и поваренной соли, увеличивается доля растительных продуктов, витаминов и минеральных солей. Добавляются морепродукты. Блюда готовятся без соли в отварном виде, возможно последующее запекание.

2. Вариант диеты с пониженной калорийностью. Диета с умеренным ограничением энергетической ценности (до 1300-1600 ккал/день) преимущественно за счет жиров и углеводов. Исключаются простые сахара, ограничиваются животные жиры, поваренная соль (3-5 г/день). Включаются растительные жиры, пищевые волокна (сырые овощи, фрукты, пищевые отруби). Ограничивается жидкость. Пища готовится в отварном виде или на пару, без соли. Свободная жидкость - 0,8-1,5 л. Ритм питания дробный, 4-6 раз в день.

Задача 10. 1.Диетический стол №10г. В суточном рационе должен быть повышенный уровень витаминов, солей калия и магния. В диету включаются растительные продукты и морепродукты.

2. Основной вариант стандартной диеты. Диета с физиологическим содержанием белков, жиров и углеводов, обогащенная витаминами, минеральными веществами, растительной клетчаткой (овощи, фрукты). При назначении диеты больным сахарным диабетом рафинированные углеводы (сахар) исключаются. Ограничиваются азотистые экстрактивные вещества, поваренная соль (6-8 г/день), продукты, богатые эфирными маслами, исключаются острые приправы, шпинат, щавель, копчености. Блюда готовятся в отварном виде или

на пару, запеченные. Темпера-тура горячих блюд - не более 60-65°C, холодных блюд – не ниже 15°C. Свободная жидкость - 1,5-2 л. Ритм питания дробный, 4-6 раз в день.

Крюкова Антонина Яковлевна
Сахаутдинова Гюльнар Муратовна
Низамутдинова Розалия Сабирановна
Тувалева Лия Салимьяновна
Курамшина Ольга Анатольевна
Габбасова Лилия Вадимовна
Кофанова Юлия Анатольевна

Диетотерапия
при заболеваниях внутренних органов
Часть 1
Учебное пособие

Лицензия № 0177 от 10.06.96 г.
Подписано к печати 2.07.2015 г.
Отпечатано на ризографе с готового оригинал-макета,
представленного авторами.
Формат 60x84 ¹/₁₆. Усл.-печ. л. 4,82.
Тираж 65 экз. Заказ № 47

450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3,
Тел.: (347) 272-86-31
ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России