

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

**ДИЕТОТЕРАПИЯ
ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ**

Часть 2

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. 2 / 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. – 79 с.

Учебное пособие составлено в соответствии с рабочей программой (2013) и требованиями Федерального Государственно 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 при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.....	8
Диетотерапия при хроническом гастрите.....	16
Диетотерапия при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.....	22
Питание при дисфункции желчевыводящих путей.....	27
Диетотерапия при хроническом холецистите.....	31
Диетотерапия при хроническом панкреатите.....	38
Диетотерапия при хроническом энтерите.....	48
Диетотерапия при хроническом колите.....	52
Диетотерапия при функциональном запоре.....	59
Рекомендуемая литература.....	63
Тестовые задания по самоконтролю знаний по теме.....	65
Эталоны ответов к тестовым заданиям.....	71
Ситуационные задачи по самоконтролю знаний по теме.....	72
Эталоны ответов на ситуационные задачи.....	74

ВВЕДЕНИЕ

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.

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, поэтому важно знать основные принципы лечебного питания, продукты, используемые в приготовлении блюд. Приказ Минздрава РФ от 5 августа 2003 г. N 330 "О мерах по

совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями) регламентирует основные диеты, объединяющие известные ранее столы по Певзнеру.

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.).

Учитывая существенные достижения в диетологии, в концепции оптимального питания, появление новых данных о роли специализированных продуктов лечебно-профилактического питания, которые ранее не рассматривались в качестве факторов, необходимых для жизнедеятельности человека необходимо создание учебных пособий для овладения профессиональными компетенциями в области диетологии.

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, 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 ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Определение.

В настоящее время под термином "гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь" (ГЭРБ) понимают определенный клинический симптомокомплекс, возникающий в результате заброса содержимого желудка в пищевод вне зависимости от того, возникают ли при этом морфологические изменения дистального отдела пищевода или нет. В первом случае говорят об "эндоскопически позитивной ГЭРБ (или рефлюкс-эзофагите - РЭ)", во втором - об "эндоскопически негативной ГЭРБ".

Актуальность проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни заключается в ее высокой распространенности, наличии как типичных симптомов, значительно ухудшающих качество жизни больных, так и нетипичных клинических проявлений, которые затрудняют диагностику ГЭРБ, приводят к гипердиагностике некоторых болезней, например ИБС, ухудшают течение бронхиальной астмы, чреваты тяжелыми осложнениями (стриктуры пищевода, кровотечения из эрозий и язв пищевода и др.). Особую значимость гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь приобрела в последние годы, когда пристальное внимание было обращено на пищевод Баррета - осложнение ГЭРБ, которое увеличивает риск развития аденокарциномы пищевода. Выявление пищевода Баррета является значимым и достаточным основанием для проведения эндоскопического исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта всем больным с хронической изжогой.

Эпидемиология.

Работы, проведенные в последние годы, показали, что периодически возникающая изжога - ведущий симптом ГЭРБ - встречается у 20-40% всего населения. При беременности этот симптом встречается у 46% женщин. Что же касается РЭ, то это заболевание обнаруживается у 3-4% всего населения и у 6-12% лиц, подвергшихся эндоскопическому исследованию верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Патогенез.

ГЭРБ в настоящее время рассматривается, как одно из кислото-зависимых заболеваний, поскольку соляная кислота выступает основным патогенетическим фактором развития и основного симптома - изжоги, и эзофагита. Однако известно, что каждый эпизод рефлюкса является следствием недостаточности нижнего пищеводного сфинктера на фоне его пониженного базального давления или увеличения числа эпизодов спонтанного расслабления (ПРНПС). Время взаимодействия кислоты со слизистой пищевода определяется пищеводным клиренсом, и в этом механизме перистальтика пищевода играет решающую роль. ГЭРБ развивается вследствие:

- снижения функции антирефлюксного барьера, которое может происходить тремя путями: первичным снижением давления в нижнем пищеводном сфинктере; увеличением числа эпизодов его спонтанных расслаблений; полной или частичной его деструктуризацией, например, при грыже пищеводного отверстия диафрагмы.

- снижения клиренса пищевода: химического - вследствие уменьшения нейтрализующего действия слюны и бикарбонатов пищеводной слизи; объемного - из-за угнетения вторичной перистальтики и снижения тонуса стенки грудного отдела пищевода; повреждающих свойств рефлюктанта (соляная кислота, пепсин, желчные кислоты); неспособности слизистой оболочки пищевода противостоять повреждающему действию; нарушения опорожнения желудка; повышения внутрибрюшного давления.

Известно, что ПРНПС служат главным механизмом гастроэзофагеального рефлюкса как у здоровых, так и у пациентов с ГЭРБ. Однако у пациентов с рефлюксной болезнью эти спонтанные эпизоды релаксации НПС значительно чаще, чем у здоровых, сопровождаются рефлюксом. Причина такого различия остается неизвестной.

Другие причины недостаточности нижнего пищеводного сфинктера включают склеродермию, беременность, курение, применение препаратов, снижающих тонус гладких мышц (нитраты, антагонисты Ca, b-

адреноблокаторы, теofilлин), хирургическое вмешательство или пневмокардиодилатация.

Таким образом, с патофизиологической точки зрения, ГЭРБ является кислотозависимым заболеванием, развивающимся на фоне первичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта. Безусловный интерес представляет проблема влияния *H.pylori* на развитие ГЭРБ. Из представленных данных следует, что в настоящее время не получено данных, свидетельствующих о влиянии эрадикации *H.pylori* на развитие ГЭРБ.

Клиническая картина.

Наиболее характерным симптомом ГЭРБ является **изжога**, которая встречается более чем у 80% больных и возникает вследствие длительного контакта кислого желудочного содержимого со слизистой оболочкой пищевода. Изжога усиливается при погрешностях в диете, приеме алкоголя и газированных напитков, при физическом напряжении и наклонах туловища, а также в горизонтальном положении больного. Другими частыми симптомами служат **отрыжка** и **срыгивание**. **Дисфагия**, иногда сопровождающаяся одинофагией, наблюдается примерно у 20% больных ГЭРБ. Она чаще всего носит перемежающийся характер и возникает на ранних стадиях заболевания, как правило, вследствие гипермоторной дискинезии пищевода. Появление более стойкой дисфагии, сопровождающееся одновременным уменьшением изжоги, может свидетельствовать о формировании стриктуры пищевода.

Характерным симптомом ГЭРБ являются **боли в эпигастральной области** или **области мечевидного отростка**, возникающие вскоре после еды и усиливающиеся при наклонах.

К **внепищеводным симптомам** ГЭРБ относятся боли в грудной клетке, напоминающие иногда приступы стенокардии, упорный кашель, дисфония. Эпизоды гастроэзофагеального рефлюкса способны провоцировать также возникновение различных нарушений сердечного ритма (экстрасистолии, переходящей блокады ножек пучка Гиса и др.). В результате гастроэзофагеального рефлюкса могут возникать повторные пневмонии и хронический гастрит, ларингит, фарингит, разрушения зубов.

Диагностика.

Поскольку диагностика ГЭРБ широко описана во многих руководствах, остановимся только на некоторых ее моментах. Основным симптомом ГЭРБ, наблюдающимся по крайней мере у 75% пациентов, является изжога. Так же может иметь место боль или чувство жжения за грудиной, отрыжка и т.д. Чаще всего симптомы ГЭРБ возникают после еды.

Диагностика эрозивного эзофагита проводится на основе эндоскопического обследования. Рентгенография с барием имеет достаточно высокую чувствительность при тяжелом (98,7%) и средней тяжести (81,6%) эзофагитах, но малочувствительная (24,6%) при его легкой степени. Эндоскопия с биопсией является единственным надежным методом диагностики пищевода Баррета. Степени тяжести эрозивного рефлюкс эзофагита на эндоскопической картине делятся на 4 степени А, В, С и D (по классификации LosAngeles).

Мониторирование рН является чувствительным и специфичным диагностическим тестом и особенно важно для выявления эндоскопически негативной ГЭРБ. Более 50 эпизодов снижения рН ниже 4 рассматривается в качестве диагностического критерия ГЭРБ. У ряда больных происходит менее значительное снижение рН пищевода, но при совпадении большинства эпизодов такого снижения с моментами возникновением симптомов позволяет говорить о "гиперчувствительном пищеводе".

Среди провокационных тестов определенную роль играет тест Бернштейна (возникновение типичных симптомов после введения в пищевод слабого раствора соляной кислоты и их исчезновение после введения физиологического раствора). Определение давления нижнего пищеводного сфинктера полезно при решении вопроса об оперативном лечении.

Диетотерапия.

В настоящее время основными принципами лечения ГЭРБ являются следующие. При лечении ГЭРБ требуются высокие дозы препаратов или их комбинаций. Если больному не назначено поддерживающее лечение, то вероятность рецидива эрозивного эзофагита в течение года составляет 90%. Из этого следует обязательная необходимость поддерживающего лечения. Сроки эффек-

тивного лечения эрозивного эзофагита составляют 8-12 недель, т. е. базовый курс лечения должен быть не менее одного месяца, а затем в течение 6-12 месяцев больной должен получать поддерживающее лечение.

Изменение стиля жизни остается краеугольным камнем эффективного антирефлюксного лечения у большинства пациентов. В первую очередь, необходимо исключить курения и нормализовать массу тела. Нужно избегать употребления кислых фруктовых соков, продуктов, усиливающих газообразование, а также жиров, шоколада, кофе, чеснока, лука, перца. Необходимо исключить употребление алкоголя, очень острой, горячей или холодной еды и газированных напитков.

Пациенты должны избегать переедания и не должны есть за несколько часов до сна. Подъем головной части кровати с помощью подставок значительно уменьшает интенсивность рефлюкса. Пациенты должны быть предупреждены о нежелательности приема таких препаратов, которые снижают тонус нижнего пищеводного сфинктера (теофиллин, прогестерон, антидепрессанты, нитраты, антагонисты кальция), а также могут сами явиться причиной воспаления (нестероидные противовоспалительные средства, доксициклин, хинидин).

Необходимо избегать нагрузки на мышцы брюшного пресса, работы в наклон, ношения тугих поясов, ремней и т.п.

Контроль веса. Похудание не всегда ведет к разрешению симптоматики, но снижение массы тела может снизить риск развития грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Однако дать совет - похудеть, гораздо легче, чем его выполнить. Полные люди иногда стараются скрыть отсутствие талии путем чрезмерного затягивания поясного ремня, что приводит к повышению внутрибрюшного давления и развитию рефлюкса (как и ношении слишком обтягивающей одежды).

Курение – фактор, способствующий ГЭРБ в результате, как расслабления сфинктера, так и уменьшения саливации и соответственно должно быть прекращено. Хотя по данным ряда исследователей прекращение курения имеет минимальный положительный эффект при ГЭРБ.

Диета № 1 (по Певзнеру) назначается в фазу затухающего обострения ГЭРБ в период проведения курсов противорецидивной терапии.

Цель диеты: щажение слизистой оболочки пищевода путем ограничения механических, химических и термических раздражений в пище, стимулирующих процессы репарации, нормализация функции желудка, ДПК, кишечника.

Диета характеризуется физиологическим содержанием белков, жиров, углеводов. Из диеты исключаются блюда, являющиеся сильными возбудителями секреции и химически раздражающие слизистую оболочку. Ограничивают блюда, содержащие клеточные оболочки.

Пища готовится в паровом или отварном виде, но не в протертом виде. Химический состав и калорийность диеты: белков до 100 грамм, жиров до 100 грамм, из них 1/3 растительных, углеводов 400 грамм, калорийность 3000-3200 ккал. Количество свободной жидкости 1,5 литра. Поваренной соли 10 грамм. Кратность приема пищи 4-6 раз в день. Температура принимаемой пищи не выше 68 °С, холодных блюд и напитков ни ниже 15 °С.

Перечень рекомендуемых продуктов и блюд:

Хлеб и хлебобулочные изделия – хлеб пшеничный вчерашний, сухой бисквит, сухое печенье, 1-2 раза в неделю не сдобная булочка или печеные пироги с яблочным джемом, вареным мясом и яйцами.

Супы – молочные, крупяные, протертые, молочные с добавлением протертых овощей (исключена капуста), молочные с домашней лапшой. Протертые овощные супы, заправленные сливочным или рафинированным подсолнечным маслом.

Мясные и рыбные блюда – мясо нежирных сортов (говядина, курица, кролик, телятина) очищенные от сухожилий и жира, в отварном или паровом виде, протертые (котлеты, кнели, суфле, рулет)

Нежирное и нежесткое мясо разрешается в отварном виде куском. Различные нежирные сорта рыбы (судак, окунь, треска) в отварном, паровом, протертом видах и куском, заливная рыба. Яйца и яичные изделия – до 2 яиц в неделю всмятку, в виде парового омлета, а также в блюдах.

Молоко и молочные продукты – молоко цельное, сгущенное, сливки в натуральном виде и взбитые, сметана (в ограниченном количестве), творог нежирный, протертый, в виде суфле. Несолёная сырковая масса, простокваша однодневная.

Овощи и фрукты - различные виды овощей (вареные в воде и на пару в протертом виде).

Фрукты, ягоды и сладости – различные спелые фрукты и ягоды (кроме кислых сортов) в натуральном виде. Сахар, варенье, мед, кисели, желе, муссы.

Крупяные и макаронные изделия – различные крупы (манная, рис, гречневая, овсяная) в виде суфле, каш, пудингов, вареные в воде и на пару, протертые, домашняя лапша, вермишель, макароны мелкорубленые, зеленый горошек. Жиры - масло сливочное несоленое, хорошо очищенное оливковое, подсолнечное (не жарить, а добавлять и давать в натуральном виде)

Закуски - сыр несоленый, протертый, ветчина (нежилистая, нежирная), икра (зернистая) в небольшом количестве.

Соусы и пряности - молочные, сметанные (на молоке) мука не пассируется, сладкие фруктово-ягодные подливки, пряности исключаются.

Напитки и соки: чай с молоком, со сливками, некрепкие какао и кофе с молоком, со сливками, сладкие фруктово-ягодные соки, отвар шиповника.

Запрещается: белокочанная капуста, красная капуста, брюква, редька, редис, лук, чеснок, щавель, шпинат, грибы, отвары, алкоголь, сдобные мучные изделия, разные консервы, горох и другие бобовые, пшено, тугоплавкие жиры, острые и соленые блюда, копчености.

Примерное однодневное меню диеты № 1.

1-й завтрак: сыр голландский, каша гречневая рассыпчатая с молоком.

2-й завтрак: творог кальцинированный, отвар шиповника.

Обед: суп картофельный вегетарианский, мясо отварное, запеченное под соусом, морковь отварная.

Полдник: отвар шиповника, сладкие сухарики.

Ужин: рыба отварная, соус с яйцом, рулет морковно-яблочный, чай с молоком.

На ночь молоко (1 стакан).

На весь день: хлеб белый 400 г, сахар 30 г, масло сливочное 30 г, фрукты 300 г.

Таким образом, последние достижения в изучении патогенеза ГЭРБ, совершенствование ее диагностики, разработка новых методов терапии позволили достичь существенных успехов в лечении данного заболевания и профилактике его осложнений.

ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ

Хронический гастрит (ХГ) – хроническое воспаление слизистой оболочки желудка, проявляющееся ее клеточной инфильтрацией, нарушением физиологической регенерации и вследствие этого – атрофией железистого эпителия, кишечной метаплазией, расстройством секреторной, моторной и нередко инкреторной функции желудка.

Хронические гастриты характеризуются неоднородными нарушениями указанных функций и могут протекать бессимптомно или с периодическими обострениями.

С современных позиций ХГ вне фазы обострения, без клинических проявлений требует не диетотерапии, а только соблюдения принципов рационального (здорового) питания с достаточным потреблением белка, витаминов и других незаменимых пищевых веществ (табл. 1). Важно придерживаться постоянного режима приема пищи. Разумеется, из рациона должны быть исключены индивидуально плохо переносимые больными продукты и блюда.

При обострении ХГ с повышенной или нормальной секрецией желудочного сока необходимо обеспечить механическое и химическое щажение желудка, создать покой больному органу при обязательном физиологически полноценном питании. В настоящее время установлено, что на фоне соответствующей лекарственной терапии, в том числе направленной на эрадикацию *Нр* в слизистой оболочке желудка, вполне достаточно применение диеты №1 или по новой номенклатуре диет согласно приказу №330 МЗ РФ от 5.08.2003 года - основного варианта стандартной диеты (ОВД) в ее традиционном, протертом варианте, а после улучшения состояния больного - в непротертом виде (т.е. без механического щажения желудка), но с умеренным химическим щажением. Необходимо учитывать, что при гастрите с повышенной секрецией желудочного сока у больного бывает склонность к запорам, а механически щадящая диета в какой-то мере способствует запорам. Кроме того, при использовании излишне измельченной пищи частично выпадает первая фаза пищеварения, связанная с прожевыванием пищи.

Рекомендации по питанию при хроническом гастрите

Продукты	Рекомендуется	Исключаются
Хлеб и мучные изделия	Хлеб пшеничный из муки высшего и 1-го сорта вчерашней выпечки или подсушенный; печенье сухое	Ржаной и любой свежий хлеб, изделия из слоеного теста
Супы	Молочные супы из хорошо разваренных круп (геркулес, манная, рис и др.); вермишель с добавлением протертых овощей, молочные супы-пюре из овощей; супы-пюре из заранее вываренных кур или мяса, из протертых сладких ягод с манной крупой.	Мясные и рыбные бульоны, грибные и крепкие отвары, щи, борщи, окрошка
Мясо, Птица	Нежирные, без сухожилий, фасций, кожи у птиц; паровые и отварные блюда из говядины, молодой нежирной баранины и обрезной свинины, кур, индейки; отварные блюда, включая мясо куском, из нежирной телятины, цыпленка, кролика; паровые котлеты, биточки, кнели, суфле, пюре, зразы; бефстроганов из вареного мяса; отварное мясо, запеченное в духовом шкафу; отварные язык и печень.	Жирные или жилистые сорта мяса животных и птиц (утки, гуся), консервы, копчености.
Рыба	Нежирные виды без кожи, куском или в виде котлетной массы, сваренной в воде или на пару.	Копченую и соленую рыбу, консервы.
Молочные продукты	Молоко, сливки, некислые кефир, простокваша, ацидофилин, йогурт; свежие некислые творог (желательно протертый) и сметана; творожные блюда: запеченные сырники, суфле, ленивые вареники, пудинги; неострый сыр тертый, изредка – ломтиками.	Молочные продукты с высокой кислотностью, острые, соленые сыры.
Яйца	2-3 шт. в день, всмятку, паровой омлет.	Яйца сваренные вкрутую и жареные.
Крупы	Манная, рис, гречневая, овсяная; каши, сваренные на молоке или воде, полувязкие и протертые (гречневая); паровые суфле, пудинги, котлеты из молотых круп. Вермишель, макароны отварные.	Кукурузную крупу, бобовые.
Овощи	Картофель, морковь, свекла, цветная капуста	Белокочанную капусту, репу, брюкву, редьку, щавель, шпинат, лук, огурцы, соленые, квашенные и маринованные овощи, грибы, овощные закусочные консервы.

Продукты	Рекомендуется	Исключаются
Закуски	Салат из отварных овощей, мяса, рыбы; язык отварной; паштет из печени; колбаса докторская, молочная, диетическая; заливная рыба на овощном отваре; икра осетровых; неострый сыр, несоленая ветчина без жира.	Все острые и соленые закуски, консервы, копчености.
Плоды, сладкие блюда, сладости.	В протертом, вареном и печеном виде сладкие ягоды и фрукты; пюре, кисели, муссы, желе, компоты; сливочный крем, молочный кисель; сахар, мед, некислое варенье, зефир, пастила.	Кислые, недостаточно спелые, богатые клетчаткой фрукты и ягоды, непротертые сухофрукты, шоколад, мороженое
Жиры	Сливочное несоленое масло, коровье топленое высшего сорта; рафинированные растительные масла, добавляемые в блюда	Другие жировые продукты

В рацион больного включают:

- супы из хорошо проваренных круп, молочные, с добавлением отварных или протертых овощей;
- отварное мясо в виде котлетной или протертой массы (котлеты, кнели, суфле и др.), иногда – куском, особенно рыбу;
- яйца, сваренные всмятку, паровые омлеты;
- цельное молоко, сливки, свежие некислые сметану и творог; пресный и кальцинированный творог, блюда из творога;
- полувязкие каши из манной, рисовой, гречневой и овсяной круп, пудинги из каш, отварную вермишель;
- отварные или протертые картофель, морковь, свеклу, цветную капусту, кабачки, тыкву; яблоки запеченные или свежие протертые, кисели, муссы, желе, компоты, спелые и сладкие плоды; некрепкий чай с молоком или сливками; масла сливочное несоленое и растительные рафинированные в натуральном виде;
- пшеничный хлеб вчерашней выпечки и подсушенный, сухари, сухое печенье.

Режим питания - 5-6 раз в день, дробными порциями.

Примерное меню.

1-й завтрак: яйцо всмятку, каша рисовая молочная, чай с молоком.

2-й завтрак: яблоко печеное с сахаром.

Обед: суп овсяный молочный, фрикадельки мясные паровые с морковным пюре, мусс фруктовый

Полдник: отвар шиповника, сухарики.

Ужин: рыба отварная, запеченная под молочным соусом, картофельное пюре, чай с молоком.

На ночь: молоко, сливки или некислый йогурт, ацидофилин и др.

Диету № 1 (ОВД) без механического щажения («непротертую») рекомендуют на последнем этапе лечения обострения язвенной болезни или с первых дней обострения при малосимптомном, вялом течении болезни. Исключены сильно возбуждающие секрецию желудка продукты и блюда. Пищу готовят вареной, но непротертой: мясо и рыбу куском, каши рассыпчатыми, овощи и фрукты в непротертом виде.

Примерное меню диеты №1 (непротертой).

1-й завтрак: яйцо всмятку, каша гречневая рассыпчатая, чай с молоком.

2-й завтрак: творог свежий некислый, отвар шиповника.

Обед: суп картофельный вегетарианский, мясо отварное, запеченное под бешамелью, морковь отварная, компот из разваренных сухофруктов.

Полдник: отвар пшеничных отрубей с сахаром и сухарики.

Ужин: рыба отварная, запеченная под молочным соусом, рулет морковно-яблочный, чай с молоком.

На ночь: молоко, сливки или некислые кефир, ацидофилин, йогурт.

При хроническом гастрите с секреторной недостаточностью вплоть до отсутствия соляной кислоты в желудочном соке (ахлоргидрия, анацидный гастрит) выбор диеты зависит от особенностей течения болезни и сопутствующих нарушений состояния других органов пищеварительной системы.

Для больных гастритом с пониженной секрецией желудочного сока традиционно рекомендуется диета №2 (ОВД), обеспечивающая механическое щажение желудка и умеренную химическую стимуляцию желудочных желез пищевыми раздражителями. Из рациона исключаются продукты и блюда, которые долго задерживаются в желудке, трудно перевариваются. Разрешены блюда различной степени измельчения и тепловой обработки: отварные тушеные, за-

печенные, жареные без образования грубой корочки, протертые блюда – из продуктов, богатых соединительной тканью и клетчаткой. В рацион включают супы на некрепких, обезжиренных мясных и рыбных бульонах, отварах из овощей и грибов, при переносимости – борщи, щи из свежей капусты, свекольники с мелко нашинкованными овощами, закуски из вымоченной сельди, салаты из свежих томатов, студни, неострый сыр, ветчину без жира, пряные овощи и умеренно – пряности и т.д. (табл. 2).

Таблица 2

**Рекомендации по питанию при хроническом гастрите
с секреторной недостаточностью**

Продукты	Рекомендуется	Исключаются
Хлеб	Хлеб пшеничный из муки высшего и 1-го сорта вчерашней выпечки или подсушенный; печенье сухое, пироги с отварным мясом или рыбой, яйцами, рисом, яблоками, джемом.	Свежий хлеб и мучные изделия из сдобного и слоеного теста
Супы	На некрепком, обезжиренном мясном и рыбном бульоне, на отварах из овощей и грибов с мелко нашинкованными или протертыми овощами, картофелем, разваренными или протертыми крупами, вермишелью, лапшой, фрикадельками; при непереносимости – борщи, щи или свежей капусты, свекольники с мелко нашинкованными овощами; рассольник с протертыми овощами и заменой соленых огурцов рассолов	Молочные, гороховый, фасолевый, окрошка
Мясо и птица	Нежирные сорта, без фасций, сухожилий, кожи у птиц; отварные, запеченные, жареные; изделия из котлетной массы из говядины, кроликов, кур, индеек; язык отварной; соски молочные; блинчики с вареным мясом запеченные.	Жирное и богатое соединительной тканью мясо животных и птицы (утки, гуся), копчености, консервы (кроме диетических); ограничивают свинину, баранину.
Рыба	Нежирные и средней жирности виды и сорта рыб; куском или рубленая отварная, запеченная, тушеная, жареная без панировки.	Жирные виды, соленую, копченую рыбу, закусовые рыбные консервы.

Продукты	Рекомендуется	Исключаются
Молочные продукты	Кефир, простокваша, йогурт и другие кисломолочные напитки; свежий творог в натуральном виде и в блюдах; сыр тертый или ломтиками; сметана – до 15 г на блюдо; молоко и сливки как добавление в блюда и напитки	
Крупы	Различные каши на воде или с добавлением молока, на мясном бульоне, включая хорошо разваренные рассыпчатые каши; котлеты паровые или обжаренные без грубой корочки, вермишель, лапшевник с творогом или вареным мясом, плов с фруктами.	Бобовые; ограничивают с учетом переносимости пшено, перловую, ячневую, кукурузную крупы
Овощи	Картофель, кабачки, тыква, морковь, свекла, цветная капуста; вареные, тушеные и запеченные кусочками, в виде пюре, запеканок, мелко нашинкованная зелень в виде добавки в блюда.	Сырые непротертые овощи, маринованные и соленые, лук, редьку, редис, сладкий перец, огурцы, брюкву, чеснок, грибы.
Плоды, сладкие блюда, сладости	Зрелые фрукты и ягоды протертые (пюре), очень мягкие – непротертые; компоты, кисели, желе; компот из протертых сухофруктов; яблоки печеные; апельсины, лимоны (в чай, желе); при переносимости – мандарины, арбуз – по 100-200 г в день; ирис, мармелад, пастила, зефир, сахар, мед, джемы, варенье	Грубые сорта фруктов и ягод в сыром виде, ягоды с грубыми зернами (малина, красная смородина) или грубой кожицей (крыжовник), финики, инжир; шоколадные и кремовые изделия, мороженое.
Напитки	Чай с лимоном, кофе и какао на воде и с молоком; соки овощные, фруктовые, ягодные, разбавленные водой, отвары шиповника и отрубей.	Виноградный сок, квас, газированные напитки
Жиры	Сливочное, топленое, растительные масла, мягкие (наливные) маргарины.	Сало свиное, говяжий, бараний и кулинарные жиры.

Примерное меню диеты №2 или ОВД.

Завтрак: яйцо всмятку, сыр, каша овсяная молочная, чай.

Обед: бульон мясной с вермишелью, котлеты мясные жареные без панировки с морковным пюре, кисель.

Полдник: отвар шиповника с печеньем.

Ужин: рыба заливная, пудинги из риса с фруктовой наливкой, чай.

На ночь: кефир или другие кисломолочные напитки.

ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Язвенная болезнь (ЯБ) – хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссий, основным признаком которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки.

Распространенность ЯБ среди взрослого населения разных стран составляет в среднем 7-10%.

Согласно современным представлениям, патогенез ЯБ в общем виде сводится к нарушению равновесия между факторами кислотного-пептического агрессии желудочного содержимого и элементами защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. К агрессивным факторам относятся повышение выработки соляной кислоты, увеличение выработки пепсина, нарушение моторики – задержка или ускорение эвакуации кислого содержимого из желудка. К ослаблению элементов защиты приводят снижение продукции и нарушение качественного состава желудочной слизи, уменьшение выработки бикарбонатов, ухудшение процессов регенерации и кровотока в слизистой оболочке и другие факторы.

В настоящее время установлено, что важнейшую роль в усилении агрессивных свойств желудочного содержимого и ослаблении защитных свойств желудка и двенадцатиперстной кишки играют микроорганизмы *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), которые выявляются у 90-95% больных с язвами двенадцатиперстной кишки и у 70-80% пациентов с язвами желудка. Открытие *H. pylori* привело к пересмотру прежних взглядов на ЯБ и методы ее лечения. Применение антимикробной терапии в целях уничтожения *H. pylori* – ее эрадикации (от англ. eradicate - искоренять) приводит к стиханию воспалительных процессов, способствует рубцеванию язв при обострении ЯБ, резко снижает частоту ее рецидивов (в среднем до – 5-6%), а также кровотечение. В России, как и в других странах, принято решение об обязательной эрадикационной терапии инфекции *H. pylori* при ЯБ в период обострения, а также в период ремиссии (если микроб

обнаружен) заболевания. Необходимость такой терапии подтверждена клиническими исследованиями, которые отвечают самым жестким требованиям доказательной медицины.

Однако нельзя сводить ЯБ только к геликобактериозу. Большое значение в ее развитии имеет генетическая предрасположенность, иногда с четкой наследственной передачей, а инфекция *H. pylori* выступает как важнейший фактор агрессии и язвообразования. В ряде случаев в качестве фактора обострения могут выступать психоэмоциональные стрессовые ситуации, прием противовоспалительных препаратов (аспирина, индометацина и др.), грубые нарушения характера питания и т.д. Отметим также возможность недостаточной эффективности эрадикационной терапии в связи с существованием различных штаммов *H. pylori*, их изменчивостью и резистентностью к антимикробным препаратам.

Основные принципы питания при язвенной болезни

1. Соблюдение больным физиологически полноценного питания, которое соответствует потребностям данного человека в энергии и нутриентах с учетом его пола и возраста, а для амбулаторных больных – характера труда и образа жизни. Особое внимание в питании следует уделять обеспечению организма белком высокой биологической ценности, который требуется для репаративных процессов и заживления язвенного дефекта. Поэтому при обострении ЯБ доля животных белков в общем количестве белка в рационе должна составлять 55-60, а не 50%, как рекомендуется для здоровых людей.

В период ремиссии ЯБ больной при отсутствии хронических заболеваний, требующих постоянной диетотерапии, может придерживаться обычного рационального (здорового) питания, то есть перед ним не должен стоять вопрос, какие из основных пищевых веществ и продуктов он должен специально ограничить или увеличить в своем рационе.

2. Не надо навязывать больному чаще всего необязательные, но непривычные, а подчас неприятные для него ограничительные диеты, требующие к тому же определенных кулинарных навыков у него или его родственников при изготовлении диетических блюд.

3. Если больной чувствует себя хорошо, применяя традиционные диеты, в том числе строгую диету № 1б, ему не следует отказываться от такого питания и, несмотря на все новые научные данные, переходить на мясные бульоны или жареные изделия. При улучшении самочувствия на фоне лекарственной терапии постепенно, переходить на обычное здоровое питание.

4. Соблюдать режим питания. Важно, чтобы приемы пищи были в привычное и относительно фиксированное время, без «сбоев». Следует избегать больших перерывов в приемах пищи с последующей обильной едой, особенно перед сном.

5. Необходимо учитывать сопутствующие ЯБ или способствующие развитию ЯБ заболевания, при которых диетотерапия научно обоснована: хронический панкреатит, некоторые заболевания кишечника или желчного пузыря и т.д. При таких заболеваниях традиционные при ЯБ диеты не показаны, а в ряде случаев противопоказаны.

6. При язвенной болезни, осложненной сужением выхода из желудка в двенадцатиперстную кишку (стенозом привратника), в рационе ограничивают количество углеводов до 250 г за счет крахмалсодержащих продуктов и увеличивают содержание белков и жиров для обеспечения физиологически нормальной энергоценности рациона. Для уменьшения нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка рацион должен быть малообъемным (не более 2-2,5 кг). За счет ограничения крахмалосодержащих продуктов и блюд (хлеба, каши, картофеля и др.) легче уменьшить объем пищи, чем за счет продуктов с преимущественным содержанием белков и жиров. Количество жидкости уменьшают до 0,6-1 л путем сокращения объема напитков и первых блюд (1/2 порции) и замены киселей и компотов на муссы и желе. Ограничивают объем пищи, вводимой за один прием, и сокращают число приемов до 3-4 раз в день. Ужин – не позднее 19 часов. При стенозе привратника чаще всего необходимо хирургическое вмешательство.

При ЯБ, осложненной кровотечением, больному не дают пищу в течение 1-3 дней, ему может быть назначено парентеральное питание. После остановки или значительного уменьшения кровотечения начинают давать жидкую или по-

лужидкую охлажденную пищу столовыми ложками через каждые 2 часа в объеме, не превышающем 1,5-2 стаканов в день (молоко, сливки, слизистый суп, негустое желе, фруктовые соки, отвар шиповника). Затем количество пищи постепенно увеличивают за счет яиц, сваренных всмятку, мясного и рыбного суфле, сливочного масла, жидкой манной каши, тщательно протертых плодов и овощей. Режим питания – дробный, через каждые 2 часа, малыми порциями. В дальнейшем питание строится по типу диет номерной системы - № 1б и 1 или по новой номенклатуре диет - основного варианта стандартной диеты (табл. 3).

Примерное меню.

1-й завтрак: мясные паровые котлеты с молочным соусом или паровой омлет, гречневая или рисовая протертая каша, чай с молоком.

2-й завтрак: фруктовый или молочный кисель или молоко, сухарики или несдобное печенье.

Обед: рисовый слизистый суп или молочный суп из протертой ячневой крупы, фрикадельки мясные или куриное паровое суфле, фруктовое желе или молоко.

Полдник: яйцо, сваренное всмятку, отвар из шиповника.

Ужин: рыбное суфле, гречневая протертая каша, кисель фруктовый.

На ночь: молоко (1 стакан).

Рекомендации по питанию при язвенной болезни

Продукты	Рекомендуются	Исключаются
Хлеб и мучные изделия	90-100 г тонко нарезанных неподрумяненных сухарей из муки высшего сорта	Ржаной и любой свежий хлеб, изделия из слоеного теста
Супы	На слизистом отваре с протертыми крупами (манная, рис, овсяная, гречневая) и яично-молочной смесью, молочные с протертыми крупами.	Мясные и рыбные бульоны, грибные и крепкие отвары, щи, борщи, окрошку.
Мясо, птица	Нежирные говядина, телятина, кролик, курица, индейка; очищают от сухожилий, фасций, жира, кожи; варят, пропускают два раза через мясорубку; паровые суфле, кнели, пюре, котлеты; пюре можно добавлять в супы.	Жирные или жилистые сорта мяса животных и птиц (утки, гуся), консервы, копчености.
Рыба	Нежирные виды, без кожи. Паровые котлеты, кнели и др.	Копченую и соленую рыбу, консервы.
Молочные продукты	Молоко, сливки, свежий некислый творог, протертый с молоком, паровое творожное суфле.	Кисломолочные напитки, сыр
Крупы	Протертые молочные каши из овсяной, гречневой, манной круп, риса.	
Овощи	Картофельное, морковное, свекельное пюре с молоком и маслом, паровым суфле.	
Закуски	исключаются	
Сладости, сладкие блюда	Кисели, желе, муссы из сладких плодов, их соков; молочный кисель; сахар, мед.	Плоды в сыром виде, кондитерские изделия
Соусы, пряности	Только молочный или из некислой сметаны	
Напитки	Слабый чай с молоком или сливками, отвар из шиповника, сладкие фруктово-ягодные соки пополам с водой.	Кофе, какао, газированные напитки
Жиры	Свежее сливочное и рафинированные растительные масла добавляются в готовые блюда	

ПИТАНИЕ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

В настоящее время в соответствии с Римским консенсусом (Рим, 2006 г.) функциональные заболевания желчных путей определяются как комплекс клинических симптомов, развившихся в результате моторно-тонической дисфункции желчного пузыря, желчных протоков и сфинктеров без признаков органического происхождения (воспаления, камнеобразования). Однако функциональная патология желчевыводящих путей (ЖВП) может развиваться и вторично в результате органической патологии печени, системы желчевыделения, двенадцатиперстной кишки, желудка, толстого кишечника и других органов, включая позвоночно-двигательные сегменты, правосторонний нефроптоз.

Дисфункциональные расстройства билиарного тракта (Рим, 2006 г.) включают все заболевания, связанные с нарушением моторики желчного пузыря и/или сфинктера Одди независимо от их этиологии, основным проявлением которых является билиарная боль.

Дисфункциональным расстройствам подвержены следующие структуры:

1) желчный пузырь, как по гиперкинетическому, так и по гипокинетическому типу,

2) сфинктер Одди, Люткенса (гипертония - спазм, гипотония, атония).

Возможны сочетанные расстройства желчного пузыря и сфинктерного аппарата

Классификация дисфункциональных расстройств желчевыводящих путей

1. По локализации	А. Дисфункция желчного пузыря В. Дисфункция сфинктера Одди
2. По этиологии	А. Первичные В. Вторичные
3. По функциональному состоянию	А. Гиперфункция В. Гипофункция

Диагностические критерии дисфункции желчного пузыря.

1. Повторяющиеся эпизоды умеренной или тяжелой боли, локализованной в эпигастрии или правом подреберье продолжительностью 20 и более минут

в течение 3 месяцев или 1 раз и более за последние 12 мес. и сочетаются с одним и более из признаков:

- А. Тошнота, рвота.
- Б. Иррадиация боли в спину или правую лопатку.
- В. Возникновение боли после приема пищи.
- Г. Возникновение боли в ночное время.
- Д. Нарушение функции желчного пузыря.
- Е. Отсутствие структурных нарушений.

Для уточнения диагноза необходимо УЗИ органов брюшной полости, проба с холецистокинином при проведении радионуклидной диагностики. Если опорожнение желчного пузыря составляет менее 40%, то диагноз дисфункции желчного пузыря по гипокинетическому типу вероятен.

При многофракционном дуоденальном зондировании с микроскопией желчи выявляется гипокинезия желчного пузыря: скорость выделения пузырной желчи в среднем менее 12 мл за 5 минут, увеличивается время выделения порции "В" до 45-60 минут, объем пузырной желчи может превышать 100 мл. Дисфункция желчного пузыря является частой, но не единственной и не изолированной функциональной патологией ЖВП.

В основе дисфункции сфинктера Одди лежат психогенные воздействия, общий невроз, стрессы, эмоциональные перенапряжения. Дисфункция сфинктера Одди может быть самостоятельной патологией, иметь органическую и функциональную природу. Дисфункция сфинктера Одди характеризуется частичным нарушением проходимости протоков на уровне сфинктера и клинически проявляется нарушением оттока желчи и панкреатического сока и протекает как билиарноподобный (билиарный), панкреатитоподобный (панкреатический) и сочетанный типы.

Диагностические тесты:

- скрининговые;
- лабораторные:

а) увеличение в 2 раза аминотрансфераз, ЩФ и билирубина при билиарноподобном варианте;

б) увеличение амилазы и липазы в сочетании с абдоминальной болью при панкреатитоподобном варианте.

- трансабдоминальное УЗИ- расширение холедоха более 6 мм указывает на резистентность билиарному току желчи при изменении сфинктера Одди;

- холедохосцинтиграфия - замедление транзита фармпрепарата из ворот печени в ДПК.

Тесты, подтверждающие дисфункцию сфинктера Одди:

ЭРХПГ – диаметр холедоха равное или более 12 мм и задержка опорожнения контраста из холедоха более 45 минут, расширенный панкреатический проток более 5 мм и задержка опорожнения контраста из панкреатического протока более 10 минут.

Манометрия сфинктера Одди - увеличенное базальное давление более 40 мм рт.ст. при стенозе или спазме сфинктера. При спазме давление снижается после введения гладкомышечных релаксантов.

Необходимое условие лечения дисфункции желчевыводящих путей - соблюдение диеты.

Диета должна способствовать восстановлению нарушенных функций печени и желчных путей, нормализации жирового, углеводного и холестерина обмена, стимулировать желчеотделение и двигательную функцию кишечника.

При гипертонически-гиперкинетической форме дисфункции желчевыводящих путей отмечаются периодически возникающие сильные боли в правом подреберье, характер которых больше определяется как острые, колющие, схваткообразные. Боли часто появляются внезапно, очень часто после еды, после психоэмоциональных стрессов, физических нагрузок. Приступ может возникать несколько раз в течение суток, носит, как правило, кратковременный характер. Отмечается иррадиация боли в правую лопатку, в правое плечо, правую половину шеи. Болевой синдром может сопровождаться тошнотой, рвотой, нарушением функции кишечника. У больных в момент приступа не отмечается повышение температуры, ускорение СОЭ, лейкоцитоза. При осмотре: кожа не изменена, часто наблюдается увеличение подкожного жирового слоя. При пальпации живота в период ремиссии может наблюдаться лишь незначительная

болезненность в области правого подреберья и эпигастрия. В момент приступа выявляются положительные симптомы Василенко, Мерфи, Кера.

При гиперкинетической форме ДЖВП рекомендуется частое дробное питание (4-5 раз в день), которое способствует лучшему опорожнению желчного пузыря. Блюда должны быть преимущественно протертыми и отварными, не слишком жирными или острыми больше фруктов и ягод в любом виде. Широко применяется эффективный способ лечения - питье минеральных вод. При этой форме болезни рекомендуются воды с низкой и средней минерализацией: Славяновская, Смирновская, Ессентуки №4 и №20, воду надо пить теплой, по 75-100 мл за полчаса до еды. Из лекарственных препаратов применяются в основном спазмолитики. Гипокинетически-гипотоническая форма дисфункции желчевыводящих путей проявляется постоянной болью в области правого подреберья, характер которой можно охарактеризовать как тупая, распирающая, ноющая. Часто больные просто жалуются на чувство тяжести в подложечной области и правой половине живота. Интенсивность боли незначительная. Болевые ощущения сопровождаются нарушением аппетита, отрыжкой, тошнотой, метеоризмом, нарушением стула, ощущением горечи во рту и металлического привкуса по утрам.

Диета при гипокинетической форме обязательно должна включать продукты, обладающие желчегонным действием: сметану, сливочное и растительное масло, сливки, яйца всмятку, черный хлеб, овощи. Они стимулируют двигательную активность желчных путей. С этой же целью используют экстракт алоэ, элеутерококк, женьшень. Хорошо помогают растительные желчегонные сборы. В их состав обычно входят цветки бессмертника, тысячелистник, листья мяты, плоды кориандра и др.

Минеральные воды используются с высокой степенью минерализации: Баталинская, Арзни, Ессентуки №17. Их надо пить холодными или слегка подогретыми, по 200-250 мл за 30-60 мин. до еды.

ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Следует учитывать, что длительно существующие функциональные расстройства в желчевыводящей системе приводят к гипокинезии желчного пузыря с застоем желчи и камнеобразованием, присоединению инфекции и возникновению холецистита. Длительно существующий спазм сфинктера Одди может приводить к холестазу, холестатическому гепатиту и вторичному билиарному циррозу. Большое значение следует уделять характеру питания больных с дисфункцией ЖВП, так как правильное питание в соответствии с типом моторных расстройств способствует формированию стабильного пищевого поведения пациента.

Классификация хронического холецистита, разработанная отечественными гастроэнтерологами А.М. Ногаллером, Я.С. Циммерманом, В.А. Галкиным, представлена ниже.

1. Хронический бескаменный холецистит:
 - а) с преобладанием воспалительного процесса;
 - б) с преобладанием дискинетических расстройств.
2. Хронический калькулезный холецистит.
3. Хронический холецистит в сочетании с паразитарной инвазией (описторхоз, лямблиоз и др.).

По фазам заболевания:

- обострение (декомпенсация);
- затухающее обострение (субкомпенсация);
- ремиссия (компенсация).

По характеру течения:

- рецидивирующий;
- монотонный;
- перемежающийся.

По степени тяжести:

- легкая;
- средней тяжести;

- тяжелая.

По наличию осложнений:

- осложненный;

- неосложненный.

Хронический холецистит относится к тем заболеваниям, лечение которых не может быть эффективным без соблюдения специальной диеты и определенного режима жизни. Основой диеты при холецистите являются несколько запретов: исключите пряности, соленья, копчености, жиры животного происхождения, алкоголь. Следует ограничить сладкие и жирные продукты. Последний прием пищи должен быть не менее, чем за четыре-пять часов до ночного сна.

В пище следует соблюдать равновесие между белками, жирами и углеводами, увеличить долю овощей в своем рационе, при этом не стоит пренебрегать кожурой, отрубями, которые содержат минеральные соли и витамины. Желательно, чтобы растительные продукты были выращены на экологически чистых почвах. Блюда должны быть приготовлены из свежих продуктов. Пищу следует есть небольшими порциями пять-шесть раз в день. Не рекомендуется принимать слишком горячую или слишком охлажденную пищу. Старайтесь не злоупотреблять солью, ограничив ее прием до 4 г в сутки. Имеет значение разгрузочная терапия, борьба с избыточным весом и гиподинамией.

Во время обострения хронического холецистита соблюдается щадящий режим, а это означает - покой, теплый чай, сухарики, слизистые и протертые супы, манная, рисовая каша и кисель из ягод. Постепенно в диету подключается нежирный творог, отварная рыба, нежирное мясо. Питание дробное, небольшими порциями, пять-шесть раз в день.

Вне периода обострения диета строится с таким расчетом, чтобы основные компоненты оказывали активное влияние на желчевыделительную функцию и препятствовали застою желчи. При этом важно, чтобы сохранялась секреторная деятельность других органов пищеварения - желудка и поджелудочной железы, которые взаимосвязаны между собой.

Общие рекомендации по диете при хроническом холецистите дополняются в зависимости от типа дисфункции, нарушения моторной, секреторной функции желчевыводящих путей:

- прием пищи должен быть частым (4-6 раз в день), небольшими порциями, оптимально принимать пищу в одно и то же время. Второй завтрак, полдник и второй ужин не надо делать слишком обильными;

- количество основных компонентов пищи – как и в обычном рационе: белка 90-100 г, жира 80-100 г, углеводов 400 г, суточная калорийность 2500-2900 ккал. Отличительной особенностью является увеличение содержания растительного масла (оливковое, подсолнечное, кукурузное, соевое) до 50 % от всех жиров;

- включение в рацион дополнительных источников растительной клетчатки (яблоки, дыня, тыква, кабачки и т.д.);

- полезно проводить курсы приема по 4-6 недель пшеничных отрубей: отруби обдать кипятком, запарить, слить жидкость, полученную массу добавлять по 1-1,5 столовые ложки в блюда 3 раза в день.

В качестве приправ можно использовать зелень петрушки, укроп в небольшом количестве, фруктовые и ягодные соусы. Такие овощи как редис, редька, репа, лук, чеснок, а также щавель и шпинат обычно плохо переносятся и их следует применять с учетом переносимости.

Из напитков можно употреблять некрепкий чай, фруктовые, овощные, ягодные соки. Все напитки должны быть теплыми; прием холодных напитков стимулирует сокращение и может вызвать боль.

Перечень блюд при диетотерапии больных с дисфункцией желчевыводящих путей и хроническим холециститом представлен ниже:

Первые блюда:

- молочные супы,
- манные молочные супы,
- вегетарианские супы,
- фруктовые супы,
- ягодные супы,

- овощные супы,
- супы из простокваши или кефира;

Вторые блюда:

- суфле рыбное, мясное
- пудинг рыбный запеченный,
- каши вязкие,
- каши рассыпчатые;

Соусы:

- соус молочный,
- соус белый из риса со сливками,
- соус сметанный,
- соус мясной белый,
- соус сметанный с луком;

Овощные блюда и гарниры:

- морковь с медом или со сметаной,
- морковь с яблоками,
- морковь с курагой,
- пюре морковное,
- суфле морковное,
- картофель отварной в сметанном соусе,
- котлеты картофельные,
- капуста отварная с маслом,
- капуста цветная отварная с белым соусом,
- свекла тушеная с яблоками;

Блюда из творога:

- пудинг творожный с морковью,
- вареники ленивые,
- зразы из творога с фруктами,
- пудинг из гречневой крупы с творогом,
- лапшевник с творогом,
- пудинг картофельный с творогом,

- рулет картофельный с творогом,
- ватрушка свекольная с творогом;

Напитки:

- напиток из мандаринов с капустным соком,
- напиток виноградно-свекольный,
- напиток свекольно-яблочный,
- напиток черносливовый с медом,
- кисель розовый.

Не рекомендуются:

- острая, соленая, жареная пища, блюда с высоким содержанием экстрактивных веществ (крепкие мясные и рыбные бульоны, яичные желтки, уксус, перец, горчица, хрен, жареные и тушеные блюда);

- алкогольные напитки и пиво; холодные и газированные напитки;
- крайне нежелательно употреблять красную смородину, бруснику, бобовые.
- следует исключить тугоплавкие и трудноперевариваемые жиры (сало, лярд, жирные сорта мяса и рыбы);
- особенно опасно сочетание алкогольных напитков и жирных блюд.

При гипотонической дисфункции в дополнение к основной диете показаны:

- растительное масло (по 1-2 столовые ложки 3 раза в день перед едой), раствор сульфата магния (по 1 столовой ложке 25 % раствора 2-3 раза в день перед едой), сорбит или ксилит (по 15-20 г на полстакана теплой воды 2-3 раза в день за 30 минут до еды), отвар пижмы (по 1 столовой ложке 3 раза в день перед едой). Холекинетики следует чередовать каждые 1-3 месяца, отвар пижмы не следует принимать более 3 недель, а сульфат магния – более одной недели.

Употреблять следует минеральные воды: Арзни, Березовские минеральные воды, Боржоми, Трускавец, Баталинская, Ессентуки № 17 комнатной температуры, не более 500-600 мл в день.

До того, как применять холекинетики или делать дуоденальные тюбажи, необходимо убедиться, что в желчевыводящих путях и в желчном пузыре нет камней. При наличии камней (которые можно выявить на УЗИ или рентгено-

грамме) вместе с энергичным оттоком желчи возможно продвижение камней с их ущемлением в шейке желчного пузыря или протоках, что приведет к обострению холецистита, и может потребовать хирургического вмешательства. Обязательно проконсультироваться с лечащим врачом о необходимости дуоденального зондирования.

Дуоденальные беззондовое зондирование проводится утром натощак, принимается 20-25 г ксилита, растворенного в 100-150 мл теплой кипяченой воды (или две ложки растительного масла). После этого надо лежать полтора-два часа на правом боку с теплой грелкой на правом подреберье.

При гипертонической дисфункции в дополнение к основной диете показаны:

- спазмолитики: бессмертник (отвар цветков по полстакана 2-3 раза в день за 15 минут до еды в течение 3-4 недель), кукурузные рыльца (отвар по четверти стакана 3 раза в день перед едой в течение 3-5 недель), мята перечная, холо-сас (по 1 чайной ложке 3 раза в день). Применяются минеральные воды: Славяновская, Смирновская, Ессентуки № 4 и № 20, Нарзан № 7, температура воды 40-45 градусов по Цельсию, по 0,5-1,5 стакана три раза в день.

Необходимо разнообразить суточную, недельную двигательную активность, особенно тем, кто ведет сидячий, малоподвижный образ жизни. Основными формами ЛФК являются утренняя гигиеническая гимнастика, лечебная гимнастика, терренкур, занятия с тренажерными устройствами, дозированный бег, спортивные игры. Лучшее место для проведения утренней гигиенической гимнастики – стадион, парк, зал, лоджия. Выполнять упражнения следует в среднем или медленном темпе. Основной задачей утренней гигиенической гимнастики является постепенная подготовка организма к производственной деятельности.

Примерный комплекс упражнений утренней гигиенической гимнастики включает:

- ходьбу на месте в течение 30-50с,
- потягивания,
- круговые движения головой,

- отведение рук назад,
- повороты туловища,
- наклоны туловища в сторону,
- наклоны туловища вперед,
- маховые движения ногами,
- полуприседы и приседание,
- легкий бег на месте в течение 20с,
- ходьба на месте 40-50с,
- диафрагмальное дыхание.

Дозированная ходьба является хорошей формой активного отдыха, активизируется обмен веществ, диафрагмальное дыхание, улучшается лимфо- и кровотоков во внутренних органах. Систематические занятия оздоровительным бегом позволяют сохранить высокую умственную и физическую работоспособность. Бег начинается с гимнастики, направленной на увеличение кровоснабжения мышц конечностей, движений в суставах конечностей и позвоночника, ходьбы с ускорением. Дозированный бег на месте также можно широко использовать при явлениях гиподинамии для активизации обмена веществ.

Физические упражнения на тренажерах рекомендуются с лечебной и оздоровительной целью для предупреждения гиподинамии как здоровым, так и больным людям с различным уровнем физической тренировки и различного возраста.

ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Термином «хронический панкреатит» (ХП) обозначают группу хронических заболеваний поджелудочной железы различной этиологии, преимущественно воспалительной природы, с фазово-прогрессирующими очаговыми, сегментарными или диффузными дегенеративными или деструктивными изменениями ее экзокринной ткани, атрофией железистых элементов и замещением их соединительной тканью; изменениями в протоковой системе поджелудочной железы с образованием кист, кальцификатов и конкрементов; с нарушениями экзо- и эндокринной функций различной степени.

К этим главным этиологическим группам примыкает группа патологии в области большого дуоденального сосочка — папиллиты, дивертикулы, язвы и т. д. Отметим также возможность развития ХП при тяжелой белковой недостаточности, особенно квашиоркоре.

Диетотерапия — обязательная и подчас основная часть комплексного лечения ХП. Длительные наблюдения за больными ХП показали, что при строгом соблюдении диеты с полным воздержанием от алкоголя и приеме ферментных препаратов уменьшается частота обострения, процесс становится редко рецидивирующим с замедленным прогрессированием. У части больных удается добиться стойкой ремиссии.

Ведущая роль в патогенезе обострения и формирования основных симптомов ХП принадлежит повреждающему эффекту собственных активных панкреатических ферментов. Следовательно, к основным задачам лечения данного заболевания относится снижение внешнесекреторной функции железы. Этот принцип должен сохраняться не только в период обострения, но и в период ремиссии, что позволит снизить частоту и тяжесть рецидивов. Основными стимуляторами панкреатической секреции, на которые влияет диетотерапия, являются секретин и холецистокинин. Продукцию секретина стимулируют соляная кислота, желчные кислоты, жиры, а продукцию холецистокинина — дефицит трипсина и химотрипсина в двенадцатиперстной кишке, а также наличие в ней продуктов неполного гидролиза белка и длинноцепочечных жир-

ных кислот. К прямым стимуляторам панкреатической секреции относят алкоголь.

Таким образом, диета при ХП не должна оказывать существенного влияния на продукцию панкреатического секрета. Требуется питание, которое может обеспечить химическое, а иногда и механическое щажение желудка и органов гепатопанкреатодуоденальной системы.

Среди синдромов, по которым определяется клиническая картина ХП, основными являются нарушения пищеварения, обусловленные ухудшением экзокринной функции поджелудочной железы. Внешнесекреторная недостаточность железы характеризуется ухудшением переваривания пищи (мальдигестия) и всасывания пищевых веществ (мальабсорбция) в полости тонкой кишки, а также избыточным микробным ростом в тонкой кишке.

Стеаторея — наиболее тяжелый и частный симптом, предшествующий недостаточности протеаз и амилазы, поскольку синтез липазы в большей степени ухудшается при ХП. Таким образом, стеаторея является ранним признаком экзокринной недостаточности поджелудочной железы. Легкая стеаторея, как правило, не сопровождается клиническими проявлениями. При выраженной стеаторее появляются поносы. Однако, если больной сокращает прием жирной пищи или использует ферментные препараты, стеаторея уменьшается или даже может исчезнуть. Выраженная стеаторея сопровождается мальабсорбцией жирорастворимых витаминов А, D, E и K, но клинические признаки их дефицита в организме наблюдаются редко.

Принципы диетотерапии при хроническом панкреатите:

1. Физиологически нормальная энергоценность пищевого рациона — в среднем 2500 ккал/сут из расчета на мужчин. У части больных потребность в энергии может быть повышенной. Установлено, что энергозатраты в покое при ХП превышают стандартный уровень, а у 48% амбулаторных пациентов с алкогольным ХП отмечается гиперметаболизм. Увеличение энергоценности рационов надо осуществлять главным образом за счет белка и углеводов.

2. Повышенное содержание в рационе белка: 1,4-1,5 г на 1 кг нормальной массы тела, в среднем — 100- 110г. Не менее 60% белка должны составлять бел-

ки животного происхождения, поэтому в рацион следует включать нежирный творог, нежирные виды мяса и рыбы, яичные белки. Необходимость увеличения потребления белка при ХП признается практически всеми гастроэнтерологами и диетологами, хотя некоторые из них рекомендуют излишне высокое содержание белка в рационах — до 120-130 г/сут. Такое количество белка допустимо лишь в диетах повышенной энергоценности, направленных на ликвидацию расстройств питания организма, и том числе вторичной белково-энергетической недостаточности.

3. Уменьшение потребления жиров до 1 г жира на 1 кг нормальной массы тела больного — в среднем 70 г в день, из них 20% — растительных. Максимально ограничить употребление тугоплавких жиров (мясных, кулинарных). Жиры в натуральном виде (сливочное, рафинированное растительное масло) дают под «прикрытием пищи», то есть вводят в блюда. Массивная жировая нагрузка ухудшает течение болезни и провоцирует ее обострение. Поэтому жиры относительно равномерно распределяются в течение дня по приемам пищи.

4. Физиологически нормальное потребление углеводов — от 300 до 400 г/сут., в среднем — 350 г/сут. Предметом дискуссии может быть вопрос о содержании сахара в диетах, который в отечественной диетологии традиционно ограничивают до 30-40 г/сут.

Расстройства углеводного обмена при ХП выявляются примерно у 1/3 больных, и только у половины из них наблюдаются клинические признаки сахарного диабета. В основе развития указанных нарушений лежит поражение всех клеток островков поджелудочной железы, в результате чего возникает дефицит и инсулина, и глюкогена. Этим объясняются особенности течения панкреатогенного сахарного диабета: склонность к гипогликемии, потребность в низких дозах инсулина, редкое развитие кетоацидоза, сосудистых и других осложнений.

С учетом новых данных о роли сахара в диетотерапии сахарного диабета можно предположить, что ограничение сахара и содержащих его продуктов в диетах при ХП не является обязательным, особенно при отсутствии признаков нарушения толерантности к углеводам. Более обоснованным можно считать относительно равномерное распределение источников углеводов (хлеб, крупы,

макаронные изделия, сладости и др.) по приемам пищи без перегрузки экзо- и эндокринной функций поджелудочной железы.

5. Химическое щажение органов пищеварения путем исключения экстрактивных веществ мяса, рыбы, грибов (бульоны, соусы, мясо и рыба без отваривания), капустного отвара, тугоплавких жиров, жареных и копченых изделий, эфирных масел (лук, чеснок и другие пряные овощи), пряностей, горчицы, кетчупа, майонеза.

6. Механическое щажение органов пищеварения, то есть использование блюд в измельченном либо протертом виде. Однако при отсутствии обострений ХП, общем хорошем самочувствии целесообразна пища без механического щажения. Неоправданно длительное применение механически щадящей пищи (в том числе из-за страха возникновения болей и других симптомов) может угнетать аппетит,| приводить к недоеданию, способствовать возникновению запоров.

7. Частые (5-6 раз в день) и регулярные приемы пищи небольшими порциями. При болях желателен 6-7-разовый прием теплой пищи равными порциями. Даже при хорошем самочувствии надо остерегаться обильных приемов пищи, например в гостях, а также I резкого изменения привычного режима питания.

8. Исключение из питания трудноперевариваемых или способствующих газообразованию и вздутию кишечника продуктов (бобовых, грибов, репы, редиса, газированных напитков, нередко — цельного молока и белокочанной капусты), крепкого кофе, сваренных вкрутую яиц, свежего хлеба, сдобы, кремовых изделий, шоколада, холодных напитков, мороженого; ограничение до 8 г поваренной соли за счет заведомо соленых продуктов. Следует избегать употребления «неясных», новых продуктов, реакцию на которые трудно предугадать. С другой стороны, при устойчиво хорошем самочувствии пациент может съесть или выпить что-либо из перечисленных продуктов и напитков, если в прошлом они не вызывали у него ухудшения течения ХП.

9. Абсолютный отказ от всех алкогольных напитков для больных ХП, возникшим в результате злоупотребления алкоголем.

В остальных случаях также желательно полностью отказаться от алкоголя или хотя бы свести его потребление до минимума в исключительных случаях и без сочетания с провоцирующими ХП острыми закусками.

Рекомендуемые и исключаемые продукты и блюда при хроническом панкреатите.

Хлеб и мучные изделия. Пшеничный хлеб из муки 1-го и 2-го сортов, подсушенный или вчерашний, в виде сухарей; несладкое сухое печенье. Исключают: ржаной и свежий хлеб, изделия из слоеного и сдобного теста.

Супы. Вегетарианские с картофелем, морковью и другими овощами, кроме белокочанной капусты, с крупами (манной, овсяной, рисом и др.), вермишелью; на порцию добавляют 5 г сливочного масла или 10 г сметаны. Исключают: супы на мясном, рыбном бульоне, отваре грибов и овощей, молочные супы, борщ, щи, холодные супы (окрошка, свекольник).

Мясо и птица. Нежирных сортов говядина, телятина, кролик, курица, индейка. Мясо освобождают от фасций, сухожилий, жира, птицу — от кожи. В отварном или в паровом виде, протёртое и рубленое (котлеты, кнели, пюре, суфле, бефстроганов и др.). Нежирные цыплята, кролик, телятина — куском, отварные. Исключают: жирные сорта, жареное и тушеное, утку, гуся, копчености, колбасы, консервы.

Рыба. Нежирная в отварном виде, куском и рубленая; заливная после отваривания. Исключают: рыбу жирных видов, жареную, копченую, соленую рыбу, консервы.

Молочные продукты. Преимущественно пониженной жирности: свежий некислый творог 9%-ной жирности и нежирный в натуральном виде, паровые и запеченные пудинги; цельное молоко — при переносимости; кисломолочные напитки (некислые); сметана - в блюда; сыр нежирный и неострый. Исключают: молочные продукты повышенной жирности.

Яйца. Белковые омлеты из 2 яиц, желтки — ограниченно (до 1/2 в день) в блюда; при переносимости — 1 яйцо, сваренное всмятку. Исключают: яйца, сваренные вкрутую, жареные.

Крупы. Полужидкие и полувязкие каши из овсяной, гречневой, манной крупы, риса, сваренные на воде или пополам с молоком; крупяные суфле, пудинги с творогом, запеканки; при переносимости - рассыпчатые каши; отварные макаронные изделия. Исключают: бобовые.

Овощи. Отварные из картофеля, моркови, цветной капусты, свеклы, кабачков, тыквы; зеленый горошек — при переносимости. Исключают: белокачанную капусту, баклажаны, редьку, репу, редис, лук, чеснок, щавель, шпинат, перец сладкий, грибы.

Закуски. Нежирная ветчина, неострый сыр, отварной язык, салаты из вареных овощей, при переносимости — из сырых.

Фрукты, сладкие блюда и сладости. Спелые мягкие некислые фрукты и ягоды, протертые сырые; запеченные яблоки; компоты из свежих и сухих фруктов, желе, муссы с подсластителями или полусладкие на сахаре; при переносимости — указанные фрукты и ягоды непротертые. Исключают: кондитерские изделия, шоколад, мороженое.

Соусы и пряности. Молочные; фруктово-ягодные полусладкие подливки; на некрепком овощном отваре; муку не пассеруют. Исключают: соусы на мясном, рыбном, грибном бульонах, томатный; пряности.

Напитки. Слабый чай, при переносимости — с лимоном, полусладкий с молоком, слабый кофе с молоком; отвар из шиповника, фруктово-ягодные соки, разбавленные водой, — при переносимости. Исключают: черный кофе, какао, газированные и холодные напитки, виноградный сок.

Жиры. Сливочное масло (30 г), рафинированные растительные масла (10-15 г) — в блюда, исключают: другие жиры.

Примерное меню диеты при хроническом панкреатите.

1 -й завтрак, винегрет, мясо отварное, каша овсяная или молочная, чай.

2-й завтрак: омлет белковый паровой, отвар шиповника.

Обед: салат, суп из нашинкованных овощей, отварная курица без кожи с картофелем отварным, компот из сухофруктов.

Полдник: творог, чай с молоком.

Ужин: рыба отварная, пюре морковное, чай с молоком.

На ночь: не кислые кисломолочные напитки.

При хорошем самочувствии больного диету расширяют с соблюдением принципа постепенности относительно включения ранее ограничиваемых продуктов и блюд и увеличения их объема. При отсутствии поносов в рацион включают сырые мелко нашинкованные овощи (морковь, капусту, салат и др.), которые больной принимает в начале еды 3-4 раза в день по 100-150 г.

При ухудшении самочувствия (но не явном обострении ХП) положительный эффект возможен после временного перехода на «протертый вариант» рассмотренной диеты, то есть на механически щадящее пищевой канал питание. Кроме того, в пищевом рационе следует уменьшить содержание жиров до 30-50 г и несколько увеличить содержание белка — до 100-120 г. Как источник белка используют прежде всего нежирные и относительно легко перевариваемые животные продукты — телятину, мясо кролика, цыплят, творог, рыбу, яичный белок. Необходимо исключить из диеты богатые пищевыми волокнами продукты. В рацион вводят продукты, богатые калием (морковный и другие соки перед едой, компоты из протертых сухофруктов и др.) и кальцием (кальцинированный и пресный творог). Диету дополняют поливитаминно-минеральными препаратами. Желательно включать в рацион специальные диетические концентраты и пюреобразные консервы для детского и диетического питания, которые используются как отдельно, так и введенные в другие блюда, например в каши. Питание должно осуществляться под «прикрытием» ферментных препаратов.

Прием ферментных препаратов рассматривается не как простое дополнение к лечебному питанию, а как составную его часть.

Одни авторы полагают, что заместительный прием ферментов надо начинать в ранней стадии ХП до проявлений мальдигестии, так как уже при начальной панкреатической недостаточности возникает дефицит липазы. По мнению других авторов, в таком раннем приеме ферментов нет необходимости, если пациент соблюдает диету, поскольку даже легкую стеаторею, не сопровождающуюся поносами, можно корригировать с помощью лечебного питания. При стеаторее, когда теряется с калом более 15 г жира в сутки, а также при стеаторее в сочетании с диареей, или снижением массы тела, или с диспепсическими

явлениями требуется использование ферментных препаратов во время приемов пищи. При адекватном потребностям организма питания и правильно подобранных дозах ферментов у большинства больных прекращаются боли в животе, диарея, метеоризм, исчезают стеаторея и креаторея, нормализуется масса тела.

Ферментные препараты при ХП с экзокринной недостаточностью следует применять в течение всей жизни. Дозы их могут быть уменьшены при ограничении в рационах источников белка, и особенно жира, а также при приемах пищи малыми порциями 5-7 раз в день. Для расширения диеты — эпизодического или длительного — дозы ферментов увеличивают. Таким образом, ферментные препараты позволяют регулировать питание, характер которого зависит от их доз.

При выборе ферментных препаратов надо учитывать следующее:

1. При ХП не рекомендуется использовать препараты, в состав которых входят компоненты желчи, — дигестал, фестал, панзинорм. Желчные кислоты усиливают панкреатическую секрецию, провоцируют появление «панкреатических болей», а при нередком при ХП избыточном росте микрофлоры тонкой кишки способствуют после деконъюгации развитию диареи. Однако при ХП, ассоциированном с билиарной недостаточностью при хроническом гепатите, циррозе печени, дискинезии билиарного тракта, дисфункции сфинктера Одди допустимы ферментные препараты с желчными кислотами, особенно панзинорм.

2. Препаратами первого выбора при ХП являются креон, панцитрат, эрмиталь, которые устойчивы к действию желудочного сока, что исключает необходимость одновременного приема антисекреторных лекарств — блокаторов H_2 -рецепторов гистамина, ингибиторов протонной помпы или жидких антацидов. Чтобы обеспечить нормальное пищеварение при полноценном питании больных ХП с выраженной экзокринной недостаточностью, требуется прием во время еды 2-3 капсул креона или панцитрата, или 1 капсулы креона-25000 либо панцитрата-25000.

3. Можно использовать и другие ферментные препараты (панкреатин, мезим-форте, панкурмен), но эффект от их приема значительно ниже, чем от креона и панцитрата, в связи с частичным разрушением липазы этих препаратов под действием соляной кислоты и протеаз желудочного сока. В результате для коррекции экзокринной недостаточности поджелудочной железы и нормализации переваривания пищи требуется прием больших доз панкреатических ферментов и, соответственно, увеличенного количества самих препаратов.

Выделим еще один вопрос, имеющий отношение к питанию при ХП, — прием пробиотиков, которые в настоящее время не только отнесены к биологически активным добавкам, но и официально обозначены как «пищевые продукты», что вызывает большое сомнение.

У большинства больных ХП развивается синдром избыточного бактериального роста в кишечнике, для подавления которого используются сначала антибактериальные препараты, а затем пробиотики (лактобактерин, бификол и др.) в лечебных дозах. Возможность последующего позитивного эффекта при ХП от пробиотиков и (или) пребиотиков, вводимых в состав кисломолочных напитков или иных продуктов, пока не доказана.

При обострении хронического панкреатита питание должно быть направлено на максимальное химическое и механическое щажение поджелудочной железы и всей системы пищеварения. В первые 1-3 дня назначают полное голодание. Допускается прием слегка теплой щелочной минеральной воды типа «Боржоми» без углекислого газа 6-8 раз в день по 100-150 мл, а также отвара шиповника.

С 2-4-го дня обострения вводят углеводное питание: протертые каши на воде, слизистые супы, картофельно-морковное пюре, полужидкий кисель, желе из соков, слабый чай с сахаром. Затем добавляют белковую пищу: паровой омлет из яичных белков, мясные и рыбные паровые суфле, кнели, полужидкие каши на молоке, обезжиренный творог. Пищу дают в теплом виде небольшими порциями 6-8 раз в день. Рацион расширяют постепенно. Только при явной тенденции к прекращению обострения ХП в диету вводят жиры — сливочное масло в готовые блюда. После возобновления питания надо с каждым приемом

пищи принимать полиферментные препараты, лучше всего — креон или панцитрат (по 1-2 капсуле).

Указанное питание применяют в течение 7-10 дней, иногда до 2 недель. При улучшении состояния показан «протертый» вариант рассмотренной выше диеты, а затем непротертый. Длительное ограниченное питание нежелательно, так же как и длительное механическое щажение желудка протертой пищей. Однако сказанное не означает, что в стадии ремиссии больные ХП не должны придерживаться определенной диеты, хотя возможны исключения. Если ХП вызван желчнокаменной болезнью, а она радикально вылечена хирургическим путем и нет иных причин для нарушения оттока панкреатического сока, диеты нужно строго придерживаться только в первые 4-5 месяцев после выписки из больницы. Последующее соблюдение диеты зависит от степени поражения поджелудочной железы; часто пациенты в диете не нуждаются.

ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНТЕРИТЕ

Хронический энтерит (ХЭ) – неспецифическое полиэтиологическое заболевание тонкой кишки, которое характеризуется дистрофическими и дисрегуляторными изменениями ее слизистой оболочки. При ХЭ нарушается внутриклеточное и пристеночное пищеварение, что ведет к ухудшению переваривания пищи (мальдигестии) и всасывания пищевых веществ (мальабсорбции) с последующими метаболическими расстройствами.

ХЭ обусловлен инфекциями, гельминтозами, злоупотреблением алкоголем и многими другими факторами. Избыточный рост микробов в тонкой кишке ухудшает течение болезни. ХЭ нередко сочетается с заболеваниями толстой кишки, поджелудочной железы и других органов пищеварения.

Диетотерапия – обязательная составная часть комплексного лечения ХЭ.

Основные задачи лечебного питания при хроническом энтерите следующие:

1. Способствовать нормализации секреторной и двигательной функции тонкой кишки и других органов пищеварения.
2. Стимулировать восстановительные процессы в слизистой оболочке тонкой кишки.
3. Обеспечивать потребность организма в пищевых веществах и энергии в условиях недостаточного пищеварения.
4. Устранять возникшие в организме нарушения обмена веществ и проявления расстройств питания организма.
5. Оказывать нормализующее воздействие на кишечную микрофлору.

С учетом указанных задач в диете увеличивают содержание животных белков при сохранении физиологической нормы жиров и углеводов. С одной стороны, возможно увеличение потребления жиров и углеводов выше нормы для здорового человека в целях повышения энергоценности рациона при снижении массы тела. С другой стороны, в ряде случаев, особенно при сопутствующем хроническом панкреатите, необходимо ограничить жиры в рационе. При любом течении ХЭ питание должно обеспечивать повышенное потребление железа и других кроветворных микроэлементов, кальция и витаминов.

При резком обострении заболевания, выраженной диарее, рекомендуются 1-2 «голодных» дня. В «голодные» дни необходимо принимать около 1,5-2 л жидкости в виде:

- крепкого, горячего, не очень сладкого чая с лимоном 5-6 раз по ½ стакана с 1-2 сухарями;
- разведенного кипяченой водой сока черной смородины, черничного сока, отвара шиповника;

При индивидуальной переносимости вместо «голодных» дней можно использовать:

- Ацидофильный день – 1,5 л ацидофильного молока в сутки;
- Кефирный день – 1,5 л кефира трехдневной давности в сутки;
- Яблочный день – 1,5 л очищенных от кожуры яблок пропускают через мясорубку или мелко натирают и принимают в виде гомогенной массы равными порциями в течение дня (протертые яблоки обладают противодиарейным действием за счет содержания большого количества пектина);
- Морковный день – в течение дня равными порциями принимают 1,5 кг моркови, приготовленной таким же способом, как яблоки (морковь обладает противодиарейным и адсорбирующим действием).

После 1-2 «голодных» дней переходят к столу №4 и его вариантам, которые по новой номенклатуре диет объединены в основной вариант стандартной диеты в соответствии с приказом МЗ РФ №330 от 5.08.2003 года. Эти диеты предусматривают достаточное введение в организм всех необходимых для нормальной жизнедеятельности пищевых веществ, прежде всего белков, витаминов, электролитов. С одной стороны, возможно увеличение потребления жиров и углеводов выше нормы для здорового человека в целях повышения энергоценности рациона при снижении массы тела. С другой стороны, в ряде случаев, особенно при сопутствующем хроническом панкреатите, необходимо ограничить жиры в рационе. Хорошее усвоение пищи достигается благодаря адекватному набору продуктов и соответствующей кулинарной обработке (пища готовится в вареном виде или на пару, дается в протертом виде) (табл. 4).

Рекомендации по питанию при хроническом энтерите

Продукты	Рекомендуются	Исключаются
Хлеб и мучные изделия	Хлеб пшеничный из муки высшего сорта и 1-го сорта, вчерашний или слегка подсушенный; сухое печенье, пироги с яблоками, мясом, повидлом, ватрушки с творогом.	Хлеб ржаной, свежий, изделия из сдобного и слоеного теста
Супы	На слабом, обезжиренном мясном и рыбном бульонах, овощном отваре с фрикадельками, кнелями, различной крупой, вермишелью, лапшой, картофелем, мелко нашинкованной морковью, цветной капустой, кабачками; при переносимости – с капустой белокочанной, свеклой, зеленым горошком	Крепкие, жирные бульоны, молочные супы, щи, борщ, рассольник, окрошку, супы из бобовых, грибов
Мясо, птица	Нежирные или обезжиренные говядина, телятина, кура, индейка, кролик: мясо или сухожилий, птица без кожи; куском и рубленые, сваренные на воде или на пару; язык отварной; молочные сосиски.	Жирные сорта мяса, утку, гуся, большую часть колбас, копчености, консервы
Рыба	Нежирные виды, куском и рубленые, сваренные в воде или на пару; ограниченно – запеченные и слегка обжаренные без панировки	Жирные виды, соленую, копченую рыбу, консервы
Молочные продукты	Молоко – при переносимости, в основном в блюдах; различные кисломолочные напитки; свежий творог натуральный, в виде пасты, паровых и запеченных пудингов и сырников, сметана, сливки - в блюдах; неострый сыр	Острые, соленые сыры, молочные продукты с повышенной кислотностью
Крупы	Различные каши (кроме перловой и ячневой), включая рассыпчатые, на воде, с добавлением 1/3 молока; запеканка и биточки манные, котлеты рисовые паровые, плов с фруктами, отварная вермишель, макароны.	Бобовые
Овощи	Картофель, морковь, цветная капуста, тыква, кабачки отварные или паровые непротертые, в виде пюре, запеканок; при переносимости – капуста белокочанная, свекла, зеленый горошек; суфле или свеклы или моркови с творогом; салат лиственный со сметаной; спелые томаты в сыром виде	Редис, редьку, лук, чеснок, огурцы, репу, шпинат, грибы

Продукты	Рекомендуются	Исключаются
Закуски	Салат из отварных овощей, с отварным мясом, рыбой; рыба заливная, язык отварной, сыр неострый, икра осетровых, колбаса «докторская», «молочная», «диетическая», нежирная ветчина	Острые, жирные закуски, копчености, консервы
Сладости, сладкие блюда	Сладкие, спелые фрукты и ягоды в сыром виде ограничено (100-150г); при переносимости – яблоки, груши, апельсины, мандарины, арбузы, клубника, малина, виноград без кожицы; протертые свежие и печеные яблоки; кисели, муссы, желе; компоты, в том числе из сухофруктов, мармелад, пастила, сливочные помадки, варенье, джем; при переносимости – мед вместо сахара.	Абрикосы, сливы, инжир, финики, ягоды с грубой кожицей, мороженое, шоколад, пирожные
Яйца	1-2 шт. в день, сваренные всмятку, паровые натуральные и белковые омлеты	Сваренные вкрутую, жареные яйца.
Напитки	Чай, кофе, какао без молока и с молоком; отвары из шиповника и пшеничных отрубей; разбавленные фруктовые, ягодные и томатный соки.	Виноградный, сливовый, абрикосовый соки
Жиры	Сливочное масло на хлеб и в блюда, 10-15 г на один прием; при переносимости – рафинированные растительные масла, до 5 г. в блюда	Другие жиры

ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КОЛИТЕ

Хронический колит (ХК) – полиэтиологическое хроническое заболевание, характеризующееся воспалительно-дистрофическими изменениями слизистой оболочки толстой кишки и нарушениями ее функций. В патологический процесс может быть вовлечена вся толстая кишка или ее отделы.

Отечественные гастроэнтерологи признают существование ХК как самостоятельной нозологической формы на основе данных эндоскопических, морфологических и других методов исследований, позволяющих исключить язвенный колит, болезнь Крона, дивертикулярную болезнь, синдром раздраженной кишки или иную патологию толстой кишки. Причины ХК многообразны, но чаще всего это следствие перенесенных острых кишечных инфекций. В патогенезе ХК многие авторы основную роль отводят развитию кишечного дисбиоза (дисбактериоза).

Клинические симптомы ХК неспецифичны: боли в животе и нарушения стула. Поносы, как правило, чередуются с запорами. Поносы могут быть спровоцированы факторами питания: употребление жирной, очень соленой, острой или чрезмерно холодной пищи, цельным молоком, продуктами с большим содержанием пищевых волокон, особенно грубой клетчатки, и т.д. Характерно возникновение в толстой кишке бродильных или гнилостных процессов, ассоциирующихся с дисбиозом. Бродильные процессы приводят к почти постоянному метеоризму, который может быть не связан с характером питания.

Основные принципы лечебного питания при хроническом колите.

1. Вне обострения болезни рекомендуется рациональное (здоровое) питание, обеспечивающее физиологически нормальное для данного человека потребление энергии и пищевых веществ.

2. При резком обострении ХК с возникновением сильных поносов питание может строиться по типу диеты № 4 (ОВД). Учитывая неполноценность химического состава этой диеты, ее применяют кратковременно – в среднем в течение 2-3 дней, до ликвидации острых явлений. Иногда бывает достаточно и 1 дня. С другой стороны, при неожиданно возникшем очень сильном поносе диета должна обеспечить полное механическое и химическое щажение желу-

дочно-кишечного тракта. Поэтому больному назначают в 1-й день только 7-8 стаканов горячего, крепкого и не очень сладкого чая, во 2-й день – 7-8 раз по стакану теплого рисового отвара, отвара из шиповника, айвы, черемухи, киселя из черники, крепкого чая. Сухари в эти дни давать нежелательно, так как белки хлеба связывают дубильные вещества чая, черники, черемухи, айвы, вина. Вместо указанного питания можно использовать в течение 1 дня диету из тщательно протертых сладких сырых яблок без кожуры или моркови (1,0-1,2 кг). Далее на 1-2 дня возможен переход на питание по типу диеты № 4.

3. При умеренно выраженном обострении ЖК с 1-го дня обострения, а при резком обострении после рассмотренной выше диетотерапии показана полноценная по энергии и основным пищевым веществам, но механически щадящая кишечник диета (протертый вариант), применяемая при обострении хронических энтеритов. При явном улучшении состояния осуществляется переход на непротертый вариант данной диеты. Переход должен быть не одномоментным, а постепенным, за счет уменьшения в рационе механически щадящих блюд с самооценкой переносимости иной по кулинарной обработке пищи: мясо куском, рассыпчатой каши, непротертых вареных овощей, сырых фруктов, пирога с мясом или рыбой, ватрушек с творогом и др.

В дальнейшем показано рациональное (здоровое), а не лечебное питание, но с исключением или ограничением продуктов и блюд, которые плохо переносятся больным и способны вызвать обострение хронического колита. Целесообразно 3-4 раза в день употреблять по 50-100 г сырых яблок, моркови или других сырых овощей и фруктов. Обязательно употребление их в начале основного приема пищи и медленное, тщательное пережевывание. Такая «диета зеленью» может предупредить или уменьшить газообразование и вздутие живота, неустойчивость стула и другие проявления хронического колита.

4. При легком обострении ЖК можно с 1-го дня использовать непротертый вариант диеты. При явных проявлениях бродильных процессов в кишечнике в этой диете следует увеличить потребление белка и жира за счет мясных, рыбных и молочных продуктов (в частности творога), а также яиц, но при ограничении до 250-300 г в день углеводов за счет хлеба, круп, картофеля, бананов

и т.д., особенно углеводсодержащих продуктов, богатых пищевыми волокнами. При явных признаках гнилостных процессов в кишечнике в диете ограничивают содержание белка с соответствующим по количеству энергии увеличением потребления углеводсодержащих продуктов. Полезна и иногда очень эффективна яблочная диета (2 дня по 1,2-1,5 кг протертых сырых яблок в день), действие которой, по-видимому, обусловлено пектинами как энтеросорбентами.

В развитии и течении хронических колитов, а также хронических энтеритов и синдрома раздраженной кишки ряд гастроэнтерологов придают особое значение дисбиозу (дисбактериозу) – нарушению нормального состава кишечных микробов. Если понос обусловлен дисбиозом, то для его лечения рекомендуют использовать препараты, содержащие нормальную кишечную микрофлору или способствующие ее развитию.

Лактобактерин применяют при дефиците лактобактерий, *бифидоколи бифидобактерин* – при недостатке бифидобактерий. При общем кишечном дисбиозе или для профилактики его развития при применении антибиотиков используют препараты, содержащие нормальную микрофлору кишечника или продукты ее обмена веществ (хилак-форте, линекс и др.).

При хронических заболеваниях кишечника вне обострения важно учитывать тип нарушения двигательной функции кишечника – тип дискинезии: гипомоторный с замедлением перистальтики или гипермоторный – с усилением табл. 5).

Таблица 5

Дифференциальная диагностика моторной дисфункции толстой кишки

Показатель	Гипермоторика	Гипомоторика
Стул	Запор или диарея	Запор
Кал	Мукорея	Скудный, твердый
Боли	Коликообразные	Тянущие, затяжные
Вздутие живота	Часто	Редко
Пассаж	Нормальный или ускоренный	Удлинен
Пальпация кишечника	Болезненная	Безболезненная
Аускультация	Оживленная	Вялая
Рентгеноскопия	Гаустрация выраженная, спазм	Кишка расширена
Реакция на механическое раздражение	Выражена	Понижена
Эффект спазмолитиков	Отчетливый	Отсутствует

При *гипомоторной дискинезии* рацион строится по типу «шлаковой нагрузки». Освобождению кишечника способствуют овощи, фрукты и ягоды, преимущественно сырые (не менее 200 г в сутки), чернослив или курага (8-12 шт.), масло растительное (оливковое, кукурузное и др.) – 1 столовая ложка натощак или добавленная в стакан кефира (принять на ночь), мед (1 столовая ложка 3 раза в день), гречневая, ячневая, перловая каши, в частности рассыпчатые, пшеничные отруби, которые можно добавлять практически во все блюда, специальные сорта хлеба – «Барвихинский», «Здоровье», «Докторский» и др., изготовленные с добавлением дробленого зерна или отрубей.

Отметим, что 1 г отрубей связывает 18 г воды; отруби повышают массу кала, приводят в равновесие сокращение мышц толстой кишки. Ежедневный прием 30 г отрубей укорачивает время прохождения формирующих кал масс в 2-3 раза. Полезно также льняное семя – 2 раза в день по 1 столовой ложке.

Диета при гипермоторной (спастической) дискинезии толстой кишки более щадящая: овощи дают в отварном виде, больше внимания уделяется растительным жирам. Пшеничные отруби назначают в постепенно повышающихся дозах (с 2 чайных ложек до 3-6 столовых ложек и с учетом переносимости), уменьшая или увеличивая их количество до установления той минимальной дозы, которая обеспечит оптимальный эффект

При хронических заболеваниях кишечника с преобладанием дискинетических запоров в период затухающего обострения и вне обострения показана диета № 3 (ОВД). Последняя является физиологически полноценной, с включением продуктов и блюд, богатых пищевыми волокнами, не вызывающих метеоризма, не раздражающих слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, не являющихся сильными стимуляторами секреции желудка и поджелудочной железы (яблоки сырые и в блюдах, вареная морковь и свекла, рассыпчатые каши, отрубяной хлеб, сухофрукты и др.).

**Рекомендации по питанию при хронических заболеваниях
кишечника с преобладанием запоров**

Продукты	Рекомендуются	Исключаются
Хлеб и мучные изделия	Хлеб пшеничный из муки 2-го сорта, зерновой, докторский; при переносимости – ржаной; все сорта вчерашней выпечки; печенье несдобное, несдобные выпечные изделия с фруктами и ягодами.	Хлеб из муки высших сортов, слоеное и сдобное тесто.
Супы	На некрепком обезжиренном мясном, рыбном бульоне, овощном отваре; преимущественно овощные (борщи, щи, свекольники), с перловой крупой, фруктовые.	
Мясо и птица	Нежирные сорта различных видов мяса животных, кур, индейки – вареные, запеченные, в основном куском, иногда рубленые; сосиски молочные.	Жирные сорта, утку, гуся, копчености, консервы
Рыба	Нежирные и умеренно жирные виды; куском – отварные, запеченная; блюда из морепродуктов.	Жирные виды, копченую рыбу, консервы
Молочные продукты	Молоко в различных блюдах; различные кисломолочные напитки; творог свежий и блюда из него; пудинги, ленивые вареники, ватрушки; сливки; неострый сыр; сметана в блюда.	
яйца	До 2 шт. в день, сваренные всмятку, вкрутую (при переносимости), паровые омлеты, в блюда.	Жареные яйца
Крупы	В виде рассыпчатых каш и запеканок из гречневой, пшенной, пшеничной, ячневой круп, сваренных в воде с добавлением молока.	Рис, манную крупу, саго, вермишель, бобовые.
Овощи	Свекла, морковь, томаты, салат, огурцы, кабачки, тыква, цветная капуста – сырые и вареные на гарниры, в виде запеканок; капуста белокочанная, зеленый горошек – в вареном виде при переносимости; ограничивают картофель.	Редьку, редис, чеснок, лук, репу, грибы.
Закуски	Салаты из сырых овощей и винегреты с растительным маслом, икра овощная, фруктовые салаты; сыр неострый, ветчина нежирная, сельдь вымоченная, мясо и рыба заливные.	Жирные и острые блюда, копчености.

**Рекомендации по питанию при заболеваниях кишечника
с преобладанием поносов**

Продукты	Рекомендуется	Исключается
Хлеб и мучные изделия	Сухари из пшеничного хлеба высшего сорта, тонко нарезанные и неподжаристые	Другие хлебобулочные и мучные изделия
Супы	На обезжиренном слабом мясном или рыбном бульоне с добавлением слизистых отваров круп, манной, риса, вареного и протертого мяса, паровых кнелей и фрикаделек.	Супы с крупой, овощами, макаронными изделиями, молочные, крепкие и жирные бульоны
Мясо	Нежирные и нежилистые сорта говядины, телятины, куры, индейки, кролика; мясо обезжиривают, удаляют фасции и сухожилия, у птиц – кожу; паровые и сваренные на воде котлеты; Фарш 2-3 раза пропущенный через мелкую решетку мясорубки.	Жирные виды и сорта мяса, мясо куском, колбасы и другие мясные продукты
Рыба	Нежирные виды свежей рыбы куском и рубленые, сваренные на пару или воде.	Жирные виды, соленую рыбу, икру, консервы
Молочные продукты	Свежеприготовленный кальцинированный или пресный протертый творог, паровое суфле.	Цельное молоко и другие молочные продукты
Яйца	До 1-2 штук в день, сваренные всмятку, паровой омлет и в блюда.	Яйца, сваренные вкрутую, жареные
Крупы	Протертые каши на воде или обезжиренном бульоне – рисовая, овсяная, гречневая.	Пшено, перловую, ячневую крупу, макаронные изделия, бобовые
Овощи	Только в виде отваров, добавляемых в супы	Исключаются
Закуски		Исключаются
Фрукты, сладкие блюда	Кисели и желе из черники, кизила, черемухи, айвы, груш. Протертые сырые яблоки	Фрукты и ягоды в натуральном виде, сухофрукты, компоты, мед, варенье и другие сладости
Напитки	Чай, особенно зеленый, черный кофе и какао на воде; отвары из шиповника, сушеной черники, черной смородины, черемухи, айвы;	Кофе и какао с молоком, газированные и холодные напитки
Жиры	Только свежее сливочное масло по 5 грамм на порцию, готового блюда	

Примерное меню диеты при заболеваниях кишечника с поносами:

1-й завтрак: каша овсяная протертая на воде, творог свежеприготовленный протертый, чай

2-й завтрак: отвар из сушеной черники.

Обед: бульон мясной с манной крупой, тефтели мясные паровые, каша рисовая протертая на воде, кисель.

Полдник: отвар шиповника теплый.

Ужин: омлет паровой, каша гречневая протертая на воде, чай.

На ночь: кисель.

ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ ЗАПОРЕ

Запор – нарушение функции кишечника, выражающееся в увеличении интервалов между актами дефекации по сравнению с индивидуальной физиологической нормой или в недостаточном опорожнении кишечника. Запор характеризуется так же отсутствием дефекации в течение 3 суток и более, чувством неполного опорожнения кишечника и дискомфортом в животе. Дефекация при запорах осуществляется с большим напряжением, твердым калом, нередко в виде шариков («овечий кал»). При хронических запорах эти симптомы имеются в течение 6 недель и более.

Основные признаки наличия хронического запора

- Редкость эвакуации содержимого из кишечника (задержка опорожнения более чем на 48 часов).
- Отделение при дефекации малого количества кала (масса стула менее 35 г/сут.).
- Отделение кала большой плотности, сухости, что травмирует область заднепроходного отверстия и приводит к воспалительным процессам.
- Отсутствие ощущения полного опорожнения кишечника после дефекации.
- Наличие чувства блокировки содержимого в прямой кишке при потугах, занимающих по времени более 25% продолжительности опорожнения.
- Необходимость в сильных потугах, несмотря на наличие мягкого содержимого прямой кишки и позывов к опорожнению (иногда необходимость пальцевого удаления кала из прямой кишки).

Хронический запор может возникать в результате воздействия очень большого количества факторов, имеющих одно общее звено в патогенезе – нарушение моторной активности желудочно-кишечного тракта в целом и толстой кишки в частности. Отсюда разнообразные подходы к классификации запоров при отсутствии единой общепринятой.

А.И. Парфенов, 2002, подразделяет запоры по патогенетическим механизмам на три основные группы:

1) *алиментарные* (уменьшение объема кала) – уменьшение потребления воды, пищи, пищевых волокон и др.;

2) *механические* (нарушение кишечной проходимости) – спайки, полипы, опухоли и др.;

3) *гипо- и дискинетические* (снижение скорости транзита по кишечнику) как следствие функциональных нарушений при различных болезнях (внутренних органов, психических, нервных и др.), при приеме некоторых лекарств, идиопатическом запоре и т.д.

В 2006 году в Риме на Международном конгрессе по гастроэнтерологии были предложены диагностические критерии *функционального запора* («Римские критерии - 2»), основанные на симптомах, позволяющих врачу совершенствовать диагностику и тактику лечения без использования инвазивных и ненужных исследований. Критерии включают в себя два или более из ниже перечисленных симптомов, проявляющихся на протяжении 12 недель в году:

- натуживание при дефекации, занимающее по меньшей мере 1/4 его времени;

- фрагментированный и (или) твердый стул по меньшей мере при одном из четырех актов дефекации;

- ощущение неполной эвакуации кишечного содержимого не реже чем при одном из четырех актов дефекации;

- ощущение препятствия при прохождении каловых масс в случае одного из четырех актов дефекации;

- необходимость проведения манипуляции, облегчающих акт дефекации, более чем при одном акте дефекации из четырех;

- сокращение числа актов дефекации до менее трех в неделю.

Кроме того, предполагается отсутствие у больного жидкого стула, а также достаточного числа критериев, необходимых для постановки диагноза синдрома раздраженного кишечника. Критерии функционального запора теряют свою диагностическую ценность при приеме пациентом слабительных средств.

При хронических функциональных запорах назначают питание, стимулирующее двигательную функцию кишечника. Выбор диеты зависит от причины запора и основных заболеваний пищеварительной системы.

При запорах, возникающих от неправильного, длительного, механически щадящего питания у здоровых людей, малоподвижного образа жизни, заболеваний нервной и эндокринной системы, но при отсутствии заболеваний органов пищеварения показано рациональное (здоровое) питание с увеличенным содержанием послабляющих продуктов и блюд и ограничением продуктов и блюд, замедляющих перистальтику и опорожнение кишечника. Отметим необходимость обильного употребления жидкости (не менее 1,5-2 л в день); в частности утром натощак желательно выпить 1-2 стакана холодного сока из фруктов или овощей или 1-2 стакана холодной, но не газированной воды (без углекислоты). Полезны блюда с включением пророщенного зерна и отрубей, добавление в напитки вместо сахара ксилита или сорбита (не более 20-30 г в день). Здоровым людям не противопоказано применение мяса с большим количеством соединительной ткани, кваса, пива, сухих виноградных вин.

В «Методических рекомендациях по диагностике и лечению больных с заболеваниями органов пищеварения», 2002, сказано, что в большинстве случаев пациент с функциональным (идиопатическим) запором может справиться самостоятельно при выполнении следующих рекомендаций врача.

- зимой употреблять ежедневно 500 г овощей и фруктов любой кулинарной обработки, летом их количество увеличить до 1 кг;

- ежедневно выпивать не менее 1,5-2 л любой безалкогольной жидкости, включая чай, кофе, компот, соки и т.д.;

- желательно употреблять в пищу только «темные» сорта хлеба, содержащего большое количество пищевых волокон, в основном хлеб из муки грубого помола;

- ежедневный завтрак включает в себя замоченные накануне в кипяченой горячей воде (в кипятке) от 4 до 10 ягод чернослива (то есть приготовить настой, а утром выпить и съесть ягоды). Затем позавтракать с обязательным употреблением любого сока (морковного, томатного и др.) и небольшим коли-

чеством салата из любых свежих овощей или фруктов. Не следует лишать себя свежесваренного чая или кофе;

- систематическая двигательная активность: ходьба быстрым шагом в течение 1 часа без частых остановок, плавание в бассейне, регулярная гимнастика и др.;

- обычно вскоре после завтрака появляется позыв к акту дефекации, но и при его отсутствии все равно следует занять место на унитазе в так называемой позе «орла», то есть прижать колени к животу и попытаться не спеша опорожнить кишечник.

При запорах на фоне обострения хронических заболеваний кишечника вынужденно назначают механически и химически щадящие диеты, из которых исключают богатые грубой клетчаткой продукты и включают негрубые стимуляторы двигательной функции кишечника. Используют прием натошак холодных сладких напитков, например воды с медом, отвара из шиповника с сахаром, сливок, овощных и фруктовых соков, пюре из свеклы, моркови, сливы, цветной капусты с растительным маслом, пюре из вареных сухофруктов, печеных яблок, кефира, простокваши, ряженки. При переносимости в диету включают спелые томаты, ягоды, фрукты без кожуры. Ограничивают такие продукты и блюда, как рис, манная крупа, вермишель, кисели, картофельное пюре. Исключают продукты, выражено замедляющие двигательную функцию кишечника. (Список рекомендуемых и исключаемых продуктов см. главу 13 таб. «Рекомендации по питанию при хронических заболеваниях кишечника с преобладанием запоров»).

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. Краткое 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. Волов, 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. К ЧУЖЕРОДНЫМ ВЕЩЕСТВАМ В ПИЩЕ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- 1) полициклических углеводов
- 2) минеральных солей
- 3) антибиотиков
- 4) тяжелых металлов
- 5) пищевых добавок

2. ТРУДОСПОСОБНОЕ НАСЕЛЕНИЕ СТРАНЫ ПО НОРМАМ ПИТАНИЯ ДЕЛИТСЯ:

- 1) на 3 группы
- 2) на 4 группы
- 3) на 5 групп
- 4) на 6 групп

3. ПО НОРМАМ ПИТАНИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ГРУППАХ ПРИНЯТО ВЫДЕЛЯТЬ ВОЗРАСТНЫЕ ИНТЕРВАЛЫ:

- | | |
|--------------|----------------|
| 1) 18-40 лет | 1) верно 1,2,3 |
| 2) 40-60 лет | 2) верно 2,3,4 |
| 3) 18-29 лет | 3) верно 3,4,5 |
| 4) 30-39 лет | 4) верно 1,4,5 |
| 5) 40-59 лет | 5) верно 2,4,5 |

4. ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛНОЦЕННОСТИ ПИЩИ СООТНОШЕНИЕ РАСТИТЕЛЬНЫХ И ЖИВОТНЫХ ЖИРОВ ДОЛЖНО БЫТЬ:

- 1) 30% и 70%
- 2) 20% и 80%
- 3) 10% и 90%
- 4) 40% и 60%
- 5) 50% и 50%

5. БОЛЬШЕ ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ СОДЕРЖИТСЯ В МАСЛЕ:

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1) подсолнечном | 1) верно 1,2,3 |
| 2) кукурузным | 2) верно 2,3,4 |
| 3) хлопковым | 3) верно 3,4,5 |
| 4) соевом | 4) верно 1,2,4 |
| 5) оливковым | 5) верно 2,4,5 |

6. ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ ВЕРНО, КРОМЕ:

- 1) животные жиры не содержат (или содержат мало) полиненасыщенных жирных кислот
- 2) растительные жиры не содержат жирорастворимых витаминов
- 3) и те, и другие обладают атерогенными свойствами

7. В СУТОЧНОМ РАЦИОНЕ РАФИНИРОВАННЫЕ УГЛЕВОДЫ ДОЛЖНЫ СОСТАВЛЯТЬ:

- 1) 20-25%
- 2) 15-20%
- 3) 10-15%
- 4) 5-10%

8. ВАЖНЕЙШИМИ ПИЩЕВЫМИ ИСТОЧНИКАМИ МОНО- И ДИСАХАРИДОВ, ПОМИМО САХАРА И МЕДА, ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) яблок, груш, арбуза
- 2) картофеля
- 3) молока
- 4) варенья и компота

9. К ВАЖНЕЙШИМ ПИЩЕВЫМ ИСТОЧНИКАМ ПЕРЕВАРИВАЕМЫХ ПОЛИСАХАРИДОВ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- 1) гречневой, манной и пшеничной крупы
- 2) картофеля
- 3) ржаного и пшеничного хлеба
- 4) овсяной, рисовой крупы
- 5) варенья

10. НЕПЕРЕВАРИВАЕМЫЕ УГЛЕВОДЫ (ПЕКТИН, ЦЕЛЛЮЛОЗА) СПОСОБСТВУЮТ ВСЕМУ ПЕРЕЧИСЛЕННОМУ, КРОМЕ:

- 1) усиления моторики кишечника
- 2) роста вредной микрофлоры
- 3) адсорбирования ядов
- 4) выведения из организма холестерина

11. ВАЖНЕЙШИМИ ВИТАМЕРАМИ ВИТАМИНА А ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- 1) эргокальциферола
- 2) ретиноевой кислоты
- 3) ретинола
- 4) ретинола-ацетата

12. ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ А-ВИТАМИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- 1) задержки роста
- 2) нарушения процессов окостенения
- 3) ксерофтальмии, кератомалации
- 4) куриной слепоты

13. ОСНОВНЫМИ ПИЩЕВЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ВИТАМИНА А И КАРОТИНА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРОДУКТЫ, КРОМЕ:

- 1) печени
- 2) рыбьего жира
- 3) картофеля
- 4) перца красного, щавеля, помидоров
- 5) моркови
- 6) сливочного масла

14. ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ D-АВИТАМИНОЗА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- 1) дерматита
- б) остеопороза
- 2) потливости
- 3) нарушения процессов окостенения
- 4) повышенной раздражительности

15. ВАЖНЕЙШИМИ ИСТОЧНИКАМИ ВИТАМИНА D ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРОДУКТЫ, КРОМЕ:

- 1) сливочного масла
- 2) рыбьего жира
- 3) печени
- 4) яичного желтка

16. ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ E-АВИТАМИНОЗА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- 1) атрофии яичек
- 2) спонтанных аборт
- 3) мышечной дистрофии
- 4) полиневритов

17. НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО ВИТАМИНА E СОДЕРЖИТ:

- 1) сливочное масло
- 2) печень трески
- 3) молоко
- 4) оливковое масло
- 5) масло пшеничных и кукурузных зародышей

18. К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ B₁-АВИТАМИНОЗА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- 1) полиневритов
- 2) нарушения секретной и моторной деятельности желудка
- 3) отеков
- 4) нарушения зрения

19. ВАЖНЕЙШИМИ ИСТОЧНИКАМИ ВИТАМИНА B₁ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРОДУКТЫ, КРОМЕ:

- 1) телятины
- 2) хлеба грубого помола, гречневой крупы
- 3) гороха, фасоли
- 4) печени
- 5) дрожжей
- 6) чеснока

20. ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ С-АВИТАМИНОЗА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- 1) быстрой утомляемости
- 2) спонтанных аборт
- 3) повышенной кровоточивости
- 4) петехиальных кровоизлияний

21. ВАЖНЕЙШИМИ ИСТОЧНИКАМИ ВИТАМИНА С ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРОДУКТЫ, КРОМЕ:

- 1) картофеля
- 2) укропа, капусты, петрушки
- 3) лимона, черной смородины
- 4) шиповника
- 5) сливочного масла
- 6) апельсинов

22. К ИСТОЧНИКАМ МИНЕРАЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ ЩЕЛОЧНОЙ РЕАКЦИИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- 1) молока и молочных продуктов
- 2) твердых сыров
- 3) бобовых
- 4) овощей и плодов

23. К ИСТОЧНИКАМ МИНЕРАЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО КИСЛОЙ РЕАКЦИИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРОДУКТЫ, КРОМЕ:

- 1) твердых сыров
- 2) хлеба
- 3) мяса, рыбы
- 4) яиц
- 5) овощей и плодов

24. ВЕЩЕСТВАМИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО КИСЛОЙ РЕАКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- 1) серы
- 2) хлора
- 3) фосфора
- 4) магния

25. ВЕЩЕСТВАМИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЩЕЛОЧНОЙ РЕАКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- 1) кальция
- 2) магния
- 3) натрия
- 4) хлора

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

1.	2	6.	3	11.	1	16.	4	21.	5
2.	3	7.	3	12.	2	17.	5	22.	2
3.	3	8.	2	13.	3	18.	4	23.	5
4.	1	9.	5	14.	1	19.	6	24.	4
5.	1	10.	2	15.	3	20.	2	25.	4

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО САМОКОНТРОЛЮ ЗНАНИЙ ПО ТЕМЕ

ЗАДАЧА № 1.

D.S.: Хронический панкреатит, непрерывно-рецидивирующее течение, нарушение внешнесекреторной функции поджелудочной железы, фаза обострения.

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

ЗАДАЧА № 2.

D.S.: Дисфункция желчного пузыря по гипотоническому типу.

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

ЗАДАЧА № 3.

D.S.: Желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, обострение. Желчная колика. Средней степени тяжести.

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

ЗАДАЧА № 4.

D.S.: Язвенная болезнь 12-перстной кишки с локализацией в луковице, средней степени тяжести, впервые выявленная.

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

ЗАДАЧА № 5.

D.S.: Хронический гастрит тела желудка (хронический фундальный гастрит), аутоиммунный с явлениями атрофии слизистой с нормальной (умеренной или выраженной) секреторной недостаточностью, умеренно (слабо выраженной) воспалительной активностью в фазе обострения (затухающего обострения или ремиссии).

1. Назначьте диетический стол по Певзнеру. Перечислите основные продукты, составляющие рацион.

2. Назначьте диету согласно приказу № 330.

ЗАДАЧА 6.

D.S.: Хронический неспецифический язвенный колит с поражением дистального отдела толстой кишки, средней степени тяжести, рецидивирующее течение.

1. Назначьте диетический стол по Певзнеру. Перечислите основные продукты, составляющие рацион.

2. Назначьте диету согласно приказу № 330.

ЗАДАЧА № 7.

D.S.: Постхолецистэктомический синдром - ложный рецидив камнеобразования - камень общего желчного протока.

1. Назначьте диетический стол по Певзнеру. Перечислите основные продукты, составляющие рацион.

2. Назначьте диету согласно приказу № 330.

ЗАДАЧА № 8.

D.S.: Болезнь оперированного желудка: демпинг-синдром 2 ст.

1. Назначьте диетический стол по Певзнеру. Перечислите основные продукты, составляющие рацион.

2. Назначьте диету согласно приказу № 330.

ЗАДАЧА № 9.

D.S.: Острый вирусный гепатит В, желтушная форма средней тяжести, циклическое течение.

1. Назначьте диетический стол по Певзнеру. Перечислите основные продукты, составляющие рацион.

2. Назначьте диету согласно приказу № 330.

ЗАДАЧА № 10.

D.S.: Цирроз печени вирусной этиологии, активный, декомпенсированный. Портальная гипертензия II стадии.

1. Назначьте диетический стол по Певзнеру. Перечислите основные продукты, составляющие рацион.

2. Назначьте диету согласно приказу № 330.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1. 1. Диетический стол №5п. Цель: снижение суточного калоража до 1800 ккал за счет резкого ограничения белков животного происхождения, жиров и углеводов. Запрещены: продукты, вызывающие вздутие кишечника, грубая клетчатка, продукты, усиливающие секрецию пищеварительных соков. Разрешены: сухари, нежирные сорта мяса, рыбы, протертые каши, овощи (кроме картофеля) отварные.

2. Вариант диеты с повышенным количеством белка. Диета с повышенным содержанием белка, нормальным количеством жиров, сложных углеводов и ограничением легкоусвояемых углеводов. Ограничиваются поваренная соль (6-8 г/день), химические и механические раздражители желудка, желчевыводящих путей. Блюда готовят в отварном, тушеном, запеченном, протертом и не протертом виде, на пару. Температура пищи - от 15 до 60-65°C. Свободная жидкость - 1,5-2 л. Ритм питания дробный, 4-6 раз в день.

Задача № 2. 1. Диетический стол №5. Цель: разгрузка жирового и холестеринового обмена, щажение функции печени, стимуляция нормальной деятельности кишечника. Запрещены: печень, жареные блюда, сдобные мучные изделия, масло, сливки, яйца, бобовые; ограничивается содержание холестерина, пуриновых оснований и жиров. Разрешены: молочные и вегетарианские супы, нежирные отварные рыбные и мясные блюда, овощи, фрукты, молочные продукты.

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 приготавливаются 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 № 3. 1. Диетический стол № 5. Цель: разгрузка жирового и холестерина обмена, щажение функции печени, стимуляция нормальной деятельности кишечника. Запрещены: печень, жареные блюда, сдобные мучные изделия, масло, сливки, яйца, бобовые; ограничивается содержание холестерина, пуриновых оснований и жиров. Разрешены: молочные и вегетарианские супы, нежирные отварные рыбные и мясные блюда, овощи, фрукты, молочные продукты.

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. 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 № 4. 1. Диетический стол №1б. Цель: менее резкое по сравнению со столом №1а ограничение механической, химической, температурной агрессии пищи на желудок. Состав: аналогично столу №1а + паровые и мясные блюда, суфле, каши в протертом виде, пшеничные сухари (белки - 100г; жиры - 100г; углеводы - 300г; калорийность - 2600 ккал). Запрещены: крепкий чай или кофе.

2. Вариант диеты с механическим и химическим щажением. Диета с физиологическим содержанием белков, жиров и углеводов, обогащенная витаминами, минеральными веществами, с умеренным ограничением химических и механических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата желудочно-кишечного тракта. Исключаются острые закуски, приправы, пряности; ограничивается поваренная соль (6-8 г/день). Блюда готовятся в отварном виде или на пару, протертые и непротертые. Температура пищи - от 15 до 60-65°C. Свободная жидкость - 1,5-2 л. Ритм питания дробный, 5-6 раз в день.

Задача № 5. 1. Диетический стол №2. Цель: исключение механического раздражения желудка с сохранением химического раздражения для возбуждения его секреторной функции. Состав: яичные блюда, запеканки, каши, овощи в виде пюре, компоты, муссы, соки, супы из мясных и рыбных бульонов с овощами, мясные подливки, белый черствый хлеб (белки - 100г; жиры - 100г; углеводы - 400г; калорийность - 3000 ккал). Содержание поваренной соли в рационе до 15г в сутки.

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. 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 № 6. 1. Диетический стол №4. Цель: ограничение в рационе химических, механических, температурных раздражителей на кишечник. Запрещены: черный хлеб, молоко. Разрешены: слизистые супы на воде или нежирном бульоне, каши на воде, паровые мясные блюда, творог, черный кофе, крепкий чай, черствый белый хлеб, ягодные соки.

2. Вариант диеты с повышенным количеством белка. Диета с повышенным содержанием белка, нормальным количеством жиров, сложных углеводов и ограничением легкоусвояемых углеводов. При назначении диеты больным сахарным диабетом и после резекции желудка с демпинг-синдромом рафинированные углеводы (сахар) исключаются. Ограничиваются поваренная соль (6-8 г/день), химические и механические раздражители желудка, желчевыводящих путей. Блюда готовят в отварном, тушеном, запеченном, протертом и непротертом виде, на пару. Температура пищи - от 15 до 60-65°C. Свободная жидкость - 1,5-2 л. Ритм питания дробный, 4-6 раз в день.

Задача № 7. 1. Диетический стол №5щ. Показания: состояние после удаления желчного пузыря. Белки - 90г; жиры - 60г; углеводы - 300г; калорийность 2100 ккал. Потребление поваренной соли ограничивается до 6 г/сутки.

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 приготавливаются 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 № 8. 1. Диетический стол №5р. Включает богатую витаминами жидкую или полужидкую пищу с небольшой энергетической ценностью (до 1000 ккал/сутки). Состав компонентов пищи: белки - 20г; жиры - 20г; углеводы - 200г. Потребление поваренной соли ограничено. Прием жидкости составляет не менее 2 л в сутки. Диета применяется на протяжении 3-5 суток.

2. Вариант диеты с механическим и химическим щажением. Диета с физиологическим содержанием белков, жиров и углеводов, обогащенная витаминами, минеральными веществами, с умеренным ограничением химических и механических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата желудочно-кишечного тракта. Исключаются острые закуски, приправы, пряности; ограничивается поваренная соль (6-8 г/день). Блюда приготавливаются в отварном виде или на пару, протертые и непротертые. Температура пищи - от 15 до 60-65°C. Свободная жидкость - 1,5-2 л. Ритм питания дробный, 5-6 раз в день.

Задача № 9. 1. Диетический стол №5а. Запрещены: продукты, содержащие грубую растительную клетчатку.

Стол 5а является переходным столом после стола 4. В основе диеты лежат принципы стола №5 и исключение механических раздражителей желудка и кишечника. Все блюда подаются в протертом виде.

2. Диета с физиологическим содержанием белков, жиров и углеводов, обогащенная витаминами, минеральными веществами, растительной клетчат-

кой (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. 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 № 10. 1. Диетический стол № 5. Цель: разгрузка жирового и холестерина обмена, щажение функции печени, стимуляция нормальной деятельности кишечника. Запрещены: печень, жареные блюда, сдобные мучные изделия, масло, сливки, яйца, бобовые; ограничивается содержание холестерина, пуриновых оснований и жиров. Разрешены: молочные и вегетарианские супы, нежирные отварные рыбные и мясные блюда, овощи, фрукты, молочные продукты.

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.

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 2
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. 4,59.
Тираж 65 экз. Заказ № 48

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