

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет»
Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Н.М. Козлова, Э.Г. Найданова

**ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ
ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

Учебное пособие

Иркутск
2012

Утверждена МС факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специальности Иркутского государственного медицинского университета

Протокол № от 2012.г.

Рецензенты:

Калягин А.Н. – д.м.н., заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО ИГМУ Минздравсоцразвития России

Тармаева И.Ю. – д.м.н., проф. кафедры гигиены труда и гигиены питания ГБОУ ВПО ИГМУ Минздравсоцразвития России

Редактор серии:

зав. кафедрой факультетской терапии, проф., д.м.н. Козлова Н.М.

Козлова Н.М., Найданова Э.Г. Лечебное питание при заболеваниях органов пищеварения. Иркутск: РИО ИГМУ, 2012. 40 с.

Пособие содержит современные представления о лечебном питании, используемом при заболеваниях пищеварительной системы. Диетотерапия является одним из основных методов лечения и реабилитации больных с заболеваниями органов пищеварения. При правильном проведении лечебного питания эффект обеспечивается не только за счет щадящих принципов местного механического, термического и химического воздействия пищи на функциональное состояние органов пищеварения, но и положительного влияния на весь организм путем изменения различных видов обмена веществ, нервной и гуморальной регуляции.

Данное пособие предназначено для интернов, ординаторов, терапевтов, диетологов.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	4
Лечебное питание при заболеваниях пищевода.....	4
Влияние пищевых продуктов на секреторную, моторную функции желудка.....	6
Лечебное питание при острых и хронических гастритах.....	7
Диета при функциональных расстройствах желудка.....	9
Лечебное питание при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.....	11
Лечебное питание после резекции желудка.....	15
Лечебное питание при заболеваниях кишечника.....	18
Лечебное питание при кишечных ферментопатиях.....	25
Диетотерапия при заболеваниях печени и желчевыводящих путей.....	27
Тестовые задания.....	36
Рекомендуемая литература.....	39

Введение

Диетотерапия – один из основных методов лечения и реабилитации больных с заболеваниями органов пищеварения. При правильном проведении лечебного питания эффект обеспечивается не только за счет щадящих принципов местного механического, термического и химического воздействия пищи на функциональное состояние органов пищеварения, но и положительного влияния на весь организм путем изменения различных видов обмена веществ, нервной и гуморальной регуляции.

При патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта традиционно применялись номерные специализированные щадящие диеты № 0, 1а, 1 б и другие. В настоящее время при данных заболеваниях следует применять диеты А, Б.

А. Вариант диеты с механическим и химическим щажением. Назначают при обострении и нестойкой ремиссии язвенной болезни и двенадцатиперстной кишки; остром гастрите; хроническом гастрите с сохраненной и высокой кислотностью в стадии нерезкого обострения; гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Этот вариант диеты заменил диеты 1, 2.

При диете А осуществляется химическое, механическое щажение слизистой оболочки и рецепторного аппарата желудочно-кишечного тракта. Химический состав диеты: белки – 85-90 г (животных 40-45 г); углеводы – 300-330 г (моно- и дисахариды 30-40 г); жиры – 70-80 г (растительные 25-30 г); энергоемкость 2170-2400 ккал. Диета обогащена витаминами, минеральными веществами. Исключаются острые закуски, приправы, пряности. Блюда приготавливаются в отварном виде или на пару, протертые и непротертые. Температура готовых блюд должна составлять от 15° С до 60-65 ° С. Поступление свободной жидкости – до 1,5-2 л. Ритм питания дробный 5-6 раз в день.

Б. Основной вариант стандартной диеты, заменил диету 1б. Назначают при хроническом гастрите в стадии ремиссии, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Диета содержит физиологические нормы белков, жиров, углеводов, обогащена витаминами, минеральными веществами, растительной клетчаткой. Химический состав диеты: белки 85-90 г (животных 40-45 г); углеводы 300-350 г (моно- и дисахариды 50-60 г); жиры – 85-90 г (растительные 40-45 г); энергоемкость 2170-2480 ккал.; Ограничиваются азотистые экстрактивные вещества, поваренная соль (6-8 г/сутки), продукты, богатые эфирными маслами, исключаются острые приправы, шпинат, щавель, копчености. Блюда отваривают, готовят на пару или запекают. Температура горячих блюд должна составлять не более 60-65° С, холодных – не ниже 15° С. Употребление свободной жидкости – 1,5-2 л. Ритм питания дробный, 4-6 раз в день.

Лечебное питание при заболеваниях пищевода

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) относится к группе заболеваний с первичным нарушением моторики. Этим термином обозначают все случаи патологического заброса кислого содержимого желудка в пищевод с

падением рН в просвете пищевода ниже 4,0 (в норме 5,5-7). В первичной профилактике и лечении этого заболевания большую роль играет правильное питание, а также изменение образа жизни больного. К рекомендациям по изменению образа жизни относят: прекращение курения; нормализация массы тела; исключение нагрузок на мышцы брюшного пресса, ношения тугих поясов и ремней; сон на кровати, головной конец которой приподнят на 10-15 см; контроль; исключение приема лекарств, угнетающих перистальтику пищевода и функцию нижнего пищеводного сфинктера, оказывающих повреждающее действие на слизистую оболочку пищевода. Соблюдение рекомендаций по рациону и режиму питания позволяет значительно улучшить состояние больных и приводить к выздоровлению. Таким больным необходимо:

- исключить переедание и перекусы перед сном;
- не лежать после еды в течение 2 часов;
- принимать пищу 3-4 раза в день, небольшими порциями;
- прекратить употребление алкоголя;
- исключить из рациона острую, горячую и очень холодную пищу;
- исключить газированные напитки;
- исключить или уменьшить употребление жиров, которые угнетают двигательную активность желудка;
- ограничить или исключить употребление продуктов, способствующих гипотензии нижнего пищеводного сфинктера – кофе, шоколада, зеленого лука, чеснока, томатов, цитрусовых.

Ахалазия кардии – хроническое нервно-мышечное заболевание, при котором нарушается прохождение пищевых масс по пищеводу и из пищевода в желудок вследствие патологических изменений пищеводной перистальтики и отсутствия рефлексорного расслабления нижнего пищеводного сфинктера во время глотания. Больным, страдающим данным заболеванием рекомендовано:

- частый прием пищи (5-6 раз в день);
- умеренно щадящая диета (избегать острой, жирной и горячей пищи);
- исключить употребление алкоголя;

При формировании белково-энергетической недостаточности показано искусственное дыхание.

Эзофагоспазм – заболевание, характеризующееся эпизодически возникающими спастическими сокращениями стенки пищевода, в основе которого лежит нарушение первичной и вторичной перистальтики грудного отдела пищевода, преимущественно гипермоторного характера. Больным с эзофагоспазмом рекомендовано:

- регулярное питание;
- преимущественное употребление жидкой или кашицеобразной пищи;
- при вторичном (рефлексорном) эзофагоспазме необходима умеренно щадящая диета;
- исключение из рациона холодной, горячей пищи, газированных напитков, кислых продуктов, продуктов, содержащих грубые виды клетчатки, свежей выпечки и хлеба.

Влияние пищевых продуктов на секреторную, моторную функции желудка

При диетотерапии больных с заболеваниями желудка надо учитывать влияние пищевых продуктов и способов их кулинарной обработки на секреторную (выделение желудочного сока, соляной кислоты, пепсина) и двигательную (моторно-эвакуаторную) функции желудка.

К сильным возбудителям секреции желудка относят следующие пищевые продукты и блюда:

- 1) богатые экстрактивными веществами мясные и рыбные бульоны, отвары грибов и овощей;
- 2) все жареные блюда;
- 3) тушеные в собственном соку мясо и рыбу;
- 4) мясные, рыбные, грибные, томатные соусы;
- 5) соленые или копченые мясо- и рыбопродукты;
- 6) соленые, маринованные и квашеные овощи и фрукты;
- 7) закусочные мясные, рыбные и овощные консервы, особенно с томатной заливкой;
- 8) яйца сваренные вкрутую, особенно желток;
- 9) ржаной хлеб и изделия из сдобного теста;
- 10) кислые и недостаточно спелые фрукты и ягоды;
- 11) пряные овощи, пряности и приправы;
- 12) кисломолочные продукты с повышенной кислотностью, обезжиренное молоко и молочную сыворотку;
- 13) несвежие или перегретые пищевые жиры;
- 14) кофе, особенно черный; все напитки содержащие углекислоту (квас, газированную воду и др.) и алкоголь.

К слабым возбудителям секреции желудка относят следующие пищевые продукты и блюда:

- 1) слизистые супы из крупы;
- 2) молочные супы с протертой крупой;
- 3) протертые овощные супы на слабом отваре овощей;
- 4) отварное рубленое или протертое мясо и отварную рыбу;
- 5) пюре из отварных овощей (картофель, морковь, цветная капуста, кабачки и др.);
- 6) сваренные всмятку яйца, паровые омлеты и взбитые яичные белки;
- 7) цельное молоко и сливки;
- 8) свежий некислый протертый творог, особенно пресный или кальцинированный;
- 9) жидкие молочные, полувязкие хорошо разваренные, а также протертые каши;
- 10) хлеб из пшеничной муки высшего и первого сорта вчерашней выпечки или подсушенный в духовом шкафу;
- 11) кисели, муссы, желе из сладких плодов или их соков, пюре из сладких, спелых плодов;
- 12) щелочные минеральные воды без углекислоты;

13) некрепкий чай, особенно с молоком;

14) свежее сливочное и рафинированное растительное масло в натуральном виде.

Наиболее быстро переваривается и покидает желудок жидкая, желе- и пюреобразная, а также кашицеобразная пища. Указанные виды пищи оказывают минимальное механическое воздействие на желудок по сравнению с твердой пищей, которая медленно переваривается и эвакуируется из желудка. Блюда, приготовленные путем жарки или запекания с корочкой, перевариваются дольше и оказывают большее механическое воздействие, чем отваренные в воде или на пару. Механически раздражающее действие на желудок оказывают продукты, содержащие много пищевых волокон, богатых грубой клетчаткой (бобовые, хлеб из муки грубого помола, крупа из цельного зерна, орехи, некоторые овощи, фрукты и ягоды), а также богатые соединительной тканью - мясо с фасциями и сухожилиями, кожа рыбы и птицы. Наименьшее воздействие на слизистую оболочку желудка оказывают блюда, температура которых близка к таковой в желудке, - 37°C. Блюда, температура которых выше 60 - 62°C, могут оказывать раздражающее действие на слизистую оболочку желудка и задерживают эвакуацию пищи из него. Теплые блюда и напитки покидают желудок быстрее, чем холодные (ниже 15°C). Отрицательно действуют на секреторную и двигательную функции желудка большие объемы принимаемой пищи, поэтому при острых или обострении хронических заболеваний желудка пищу дают частыми, дробными порциями, распределяя суточную массу рациона на 5 - 6 приемов. Кроме того, обычную суточную массу рациона (3-3,5 кг) уменьшают до 2-2,5 кг.

Лечебное питание при острых и хронических гастритах

При **остром гастрите** в первые 1 - 2 дня разрешают только теплое питье (1,5 - 2 л в день): полусладкий чай, воду с лимоном, отвар шиповника. Далее на 2 - 3 дня показана химически, механически и термически максимально щадящая диета - № 1а, а при сопутствующем поражении кишечника (острый гастроэнтерит) - № 4. В последующем больного переводят на диету № 1, 1б или 2, а при сопутствующем поражении кишечника - № 4б. При легкой форме гастрита и быстрой ликвидации явлений острого воспаления возможно после воздержания от пищи в течении 1 - 2 дней назначение на 7 - 10 дней диеты № 1, 2 или 4б. При механическом щажении желудка можно включать не резкие химические стимуляторы секреции (диета № 2). Далее, при хорошем самочувствии, надо соблюдать диету не менее 3-4 недель, чтобы предупредить формирование хронического гастрита. В этом периоде показана диета № 15 с исключением трудноперевариваемых, острых, соленых, жирных продуктов и блюд.

При диетотерапии **хронических гастритов** важно учитывать состояние секреторной функции желудка, сопутствующие заболевания органов пищеварения, а также фазы заболевания: обострения, неполная или полная ремиссия (ремиссия - это период ослабления явлений болезни). С современных позиций хронический гастрит без клинических проявлений требует не

диетотерапии, а только соблюдения принципов рационального питания, в частности его режима.

При *обострении гастрита с повышенной или нормальной секрецией* применяют диеты группы № 1 в целях химического и механического щажения желудка, ускорения эвакуации пищи из него, снижения секреции желудочного сока. При резком обострении в условиях постельного режима показана на 2-3 дня диета № 1а. Для усиления противовоспалительного действия можно исключить поваренную соль из диеты. Затем больного переводят на 5 - 7 дней на диету 1б, а в последующем - на диету № 1. После обострения больной находится на диете № 1 в течении 1 - 2 мес. Далее рекомендован рацион без механического, но с химическим щажением желудка - диета № 5, а затем диета № 15. Если хронический гастрит осложнен поражением печени и желчных путей, показана диета № 5, блюда которой готовят в протертом виде. Больным гастритом с повышенной кислотностью желудочного сока (гиперацидный гастрит) и упорными изжогами назначают диету № 1 с ограничением количества углеводов до 200 - 250 г и увеличенным (100 - 120 г) содержанием белка и жира (100 - 120 г). После обострения таким больным рекомендована диета № 15, где количество белков и жиров увеличено до 100 - 110 г, а углеводов - ограничено до 300 - 350 г в день - при частом, дробном питании.

При *хроническом атрофическом гастрите с секреторной недостаточностью* выбор диеты зависит от особенностей течения болезни и сопутствующих нарушений состояния других органов пищеварительной системы. В фазе обострения необходимо назначить на 5-7 дней вариант диеты с механическим и химическим щажением. В стадии ремиссии рекомендована диета № 2, обеспечивающая механическое щажение желудка и умеренную химическую стимуляцию желудочных желез пищевыми раздражителями. При преобладании поражения печени и желчных путей на фоне гастрита с секреторной недостаточностью рекомендована диета № 5а (при обострении) или № 5. Диета № 2 в таких случаях не показана, так как в ней содержатся продукты и блюда, богатые экстрактивными веществами. Диету № 5 можно применять также при сочетании гастрита с атеросклерозом.

При обострении гастрита с секреторной недостаточностью в сочетании с выраженными явлениями поражения кишечника (энтероколита) желательна диета № 4 или 4б. После ликвидации острых явлений используют диету № 2 или 4в. При обострении гастрита с секреторной недостаточностью, при котором сочетаются нарушения в состоянии желудка, печени, желчных путей и поджелудочной железы, необходима особенно щадящая диета - № 5п или 5а, но с поправкой по содержанию белков, жиров и углеводов (с учетом поражения поджелудочной железы). В стадии ремиссии таким больным показана диета № 5.

При бессимптомном течении гастрита и по выздоровлении после его обострения показана диета № 15 без механического и химического щажения желудка. Из диеты надо исключить жирные сорта мяса и птицы, мясные жиры, пережаренные и острые блюда, копчености, грибы, источники грубой клетчатки и другие трудноперевариваемые, острые и пряные продукты и

блюда. Обязателен строгий 4 - 5 разовый режим питания. Методика назначения различных диет лечебного питания при хроническом гастрите с секреторной недостаточностью представлена в таблице.

Схема диетотерапии больных хроническим гастритом с секреторной недостаточностью			
Особенности течения	клинического	Методика диетотерапии (№ диеты), стадии	
		обострения	ремиссии
С проявлениями заболеваний желудка и кишечника		1а, 1б, 1, 4, 4б, 4в	2, 4в
С проявлениями заболеваний желудка, печени и желчевыводящих путей		5а	5, 2
С проявлениями заболеваний желудка, кишечника и поджелудочной железы		5п, 5а	5
Хронический гастрит с секреторной недостаточностью без клинических проявлений		---	15

В любой диете (кроме № 4) при гастрите с секреторной недостаточностью желательно включение в рацион такого ценного продукта, как молоко. Если больные плохо переносят его в цельном виде, его дают в разбавленном состоянии или заменяют (с чаем, кофе) разбавленными сливками, смесью молока с рисовым отваром, солодовым молоком, а также используют кисломолочные напитки (кефир, кумыс и др.).

Для предупреждения гиповитаминозов при гастритах с секреторной недостаточностью в диеты включают соки плодов и овощей, отвар шиповника, блюда из печени, препараты витаминов. При возникновении анемии диеты обогащают улучшающими кроветворение продуктами.

Диета при функциональных расстройствах желудка

Проявляются нарушением его секреторной (гиперсекреция, гипосекреция) и двигательной (гипертоническое, гипотоническое состояния, привычная рвота, аэрофагия) функций.

При *функциональной гиперсекреции желудка* и повышении кислотности желудочного сока питание должно обеспечить покой "раздраженному желудку" путем его химического, механического и термического щажения. Используют продукты и блюда, которые слабо возбуждают секрецию и относительно быстро покидают желудок. По содержанию основных пищевых веществ и энергоценности рацион должен соответствовать физиологическим нормам. Пища дается в основном в полужидком, пюре- и кашицеобразном виде. Все

блюда отваривают в воде или на пару и протирают. Исключают жареные, тушеные и запеченные блюда, мясные, рыбные и грибные бульоны и соусы, крепкие отвары овощей, острые и соленые закуски, квашеные и маринованные овощи и плоды, копчености, богатые пищевыми волокнами и соединительной тканью продукты, пряности и пряные овощи, кислые плоды, газированные напитки, кофе, мороженое.

В рацион включают:

супы - из протертой крупы, молочные, с добавлением отварных протертых овощей;

отварное мясо в виде котлетной или протертой массы (котлеты, кнели, суфле и др.), иногда - куском, особенно рыбу;

яйца - всмятку, паровые омлеты;

цельное молоко, сливки, свежие некислые сметану и творог; пресный и кальцинированный творог, блюда из творога;

полужидкие и полувязкие каши из манной, рисовой, гречневой и овсяной крупы, пудинги из каш, отварную вермишель;

отварные и протертые картофель, морковь, свеклу, цветную капусту, кабачки, тыкву;

яблоки запеченные, протертые, кисели, муссы, самбуки, желе, протертые компоты, спелые и сладкие плоды;

некрепкий чай с молоком или сливками;

масло 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. В целом питание соответствует диете № 1. При резко выраженных явлениях "раздраженного желудка" и повышенной кислотности желудочного сока ("ацидизм") целесообразен подбор продуктов и блюд, соответствующих диете № 1б, но последняя должна быть физиологически полноценной по энергоценности и содержанию белков, жиров и углеводов, так как соблюдать диету иногда приходится длительно. Через 2 - 3 месяца после исчезновения симптомов функциональной гиперсекреции желудка рекомендуется постепенное расширение рациона (отварное мясо куском, отварные непротертые овощи, рассыпчатые каши, супы с включением непротертой крупы и овощей, до 1 раза в неделю некрепкий мясной или рыбный бульон и др.) с переходом на диету № 15 и строгим соблюдением режима питания.

При *функциональной гипосекреции желудка* необходима активация кислото- и ферментообразующих функций желудка. Питание строится по принципу диеты № 2 с умеренным механическим щажением и включением продуктов и блюд, стимулирующих секрецию желудочных желез. Из рациона исключают продукты и блюда, которые долго задерживаются в желудке, трудно перевариваются. Разрешены блюда разной степени измельчения и тепловой обработки: отварные, тушеные, запеченные, жареные без образования грубой корочки, протертые блюда - из продуктов, богатых соединительной

тканью и клетчаткой. Через 2 - 3 месяца после выздоровления (нормализации секреторной функции желудка) переходят на диету № 15.

Для *функциональной гипотонии желудка* характерны ощущение давления, распираания и тяжести в подложечной области после еды, быстрая насыщаемость. Рекомендовано физиологически полноценное питание (диета № 15), но пищу следует употреблять часто - 5-6 раз в день - небольшими порциями (не более 2 блюд на один прием), не принимать одновременно твердую и жидкую пищу. Следует ограничить в рационе количество свободной жидкости (1/2 тарелки супа, не более одного стакана напитков на один прием), жирные продукты и блюда, бобовые и другие продукты, богатые пищевыми волокнами. Допускается любая кулинарная обработка пищи.

При *функциональной гипертонии желудка* наблюдается повышенная активность желудка, сопровождаемая судорожными сокращениями, спазмами. Рекомендуется механически, химически и термически щадящее питание по типу диеты № 1. Если секреторная функция желудка снижена, то при улучшении состояния после диеты № 1 целесообразен постепенный переход на питание по типу диеты № 2. Через 2-3 месяца после выздоровления - диета № 15.

При *привычной рвоте или аэрофагии* (заглатывание воздуха и отрыжка), обусловленных функциональными двигательными нарушениями желудка, диета зависит от состояния секреторной функции последнего. При симптомах "раздраженного желудка" и его гиперсекреции используют физиологически полноценное, но механически, химически и термически, щадящее питание по типу диеты № 1, а в случаях тяжелого течения - на 7-10 дней по типу диеты № 1б. При гипосекреции желудка применяют физиологически полноценное с механическим щажением и включением химических стимуляторов секреции по типу диеты № 2. Прием пищи - 5-6 раз в день небольшими порциями. Иногда помогает раздельный прием твердой и жидкой пищи.

При любых функциональных расстройствах желудка щадящее питание не должно быть длительным, а только до ликвидации жалоб и симптомов заболевания.

Лечебное питание

при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки

Язвенная болезнь - это хроническое заболевание всего организма с язвенным поражением желудка или двенадцатиперстной кишки. Это заболевание протекает с обострениями, которые несколько чаще наблюдаются весной и осенью, после нервноэмоциональных перенапряжений, грубых нарушений характера питания, в частности его режима, злоупотребления алкоголем и курением. При язвенной болезни нарушаются секреторная и двигательная (моторно-эвакуаторная) функции желудка. Чаще наблюдается гиперсекреция желудочных желез с увеличением кислотности желудочного сока, хотя язвенная болезнь желудка, особенно у пожилых людей, может протекать со снижением секреции. Нередко отмечают вовлечение в болезненный процесс печени и желчных путей, поджелудочной железы и других органов и систем организма. Методика диетотерапии, выбор соответствующей диеты зависят от

особенностей течения язвенной болезни, ее осложнений и сопутствующих заболеваний других органов пищеварения.

Общие принципы диетотерапии при язвенной болезни: 1) обеспечение физиологически полноценным питанием; 2) химическое, механическое и термическое щажение пораженного органа; 3) строгое соблюдение режима питания, его ритма. Эти принципы применимы у большинства больных язвенной болезнью и лежат в основе диет группы № 1.

Последовательное применение диет № 1а, 1б, 1 обосновано только при резком обострении язвенной болезни с явлениями "раздраженного желудка". Сроки пребывания на диетах № 1а и 1б не должны быть очень продолжительными, в среднем они составляют 5-6 дней на каждой из диет.

Больные, находящиеся на диетах № 1а и 1б, соблюдают соответственно постельный или полупостельный режим. Поэтому, хотя эти диеты имеют пониженную энергоценность (в основном за счет углеводов), особенно диета № 1а, они в основном обеспечивают один из важных принципов диетотерапии язвенной болезни - полноценное питание в условиях указанных режимов.

При госпитализации в связи с *легким обострением* язвенной болезни сразу же назначают диету № 1. В противоязвенной диете № 1 обязательна физиологическая норма белка (60% - животного происхождения) с возможным увеличением до 100 г в день, повышенное содержание витаминов. С учетом особой биологической ценности незаменимых жирных кислот рекомендовано до 1/3 общего количества жира в диете № 1 заменять растительными маслами (рафинированные подсолнечное, кукурузное, оливковое масла). Диету № 1 используют при амбулаторном лечении после выписки из больницы и противорецидивном лечении. Однако в этих случаях энергоценность и содержание основных пищевых веществ в рационе могут быть увеличены по сравнению с применяемой в больнице диетой № 1. При этом учитывают фактические энерготраты, особенности труда и отдыха больного.

Во всех диетах группы № 1 большое значение имеют частые, дробные приемы пищи, особенно включающей молоко или сливки, блюда из отварного мяса или рыбы. При частых приемах пищи снижается кислотность желудочного содержимого (анацидное действие), нормализуется моторно-эвакуаторная функция желудка, желчевыделение, функции поджелудочной железы и кишок, предотвращаются запоры. Больные язвенной болезнью склонны к запорам, особенно при обострении и постельном режиме. Частые приемы пищи способствуют уменьшению болей и других клинических проявлений.

Принципы подбора продуктов и блюд для обеспечения химического, механического и термического щажения желудка, необходимого для диет группы № 1, изложены выше (см. "Питание при заболеваниях желудка").

При язвенной болезни бывает эффективна диета без механического щажения - непротертый вариант диеты № 1. По набору продуктов, энергоценности и химическому составу, принципам химического и термического щажения желудка непротертая диета соответствует обычной (протертой) диете № 1. Пищу отваривают в воде или на пару. Однако блюда используют непротертые: мясо и рыбу куском, рассыпчатые каши, непротертые

овощи и плоды. Непротертая диета № 1 показана: 1) в случаях малосимптомного течения болезни, когда при наличии язвы желудка или двенадцатиперстной кишки почти не выражены боли, изжога, отрыжка и другие клинические симптомы. В этих случаях установлена возможность заживления язвы на фоне диеты № 1 без механического щажения; 2) при обострении язвенной болезни и клиническом эффекте от диеты № 1 протертой - периодическое включение непотертых блюд диеты № 1 как метода тренировки (зигзагов); 3) после обострения язвенной болезни и строгой противоязвенной диетотерапии - использование непотертой пищи, рекомендуемой на диету № 1, как переходную к диете № 15.

Для некоторых больных язвенной болезнью механически щадящая диета вообще не имеет значения в лечении, а главным в питании является частый дробный и регулярный прием привычной пищи. Установлено также, что богатые пищевыми волокнами продукты в ряде случаев в большей степени снижают повышенную кислотность желудочного сока, чем рафинированные, - полированный рис, манная крупа, мука высшего сорта и др.

Для язвенной болезни с преобладанием нервно-вегетативных нарушений характерны выраженные явления "раздраженного желудка" (стойкие боли, гиперсекреция, изжога, отрыжка "кислым" и др.), потливость, сердцебиение, гипо- и гипергликемия. Рекомендуется временно ограничить количество углеводов в рационе, особенно за счет сахара и содержащих его продуктов. В диете № 1 углеводы уменьшают до 250 г в день с увеличением белков животного происхождения и жиров для обеспечения необходимой энергоценности рациона.

При язвенной болезни с преобладанием нервно-трофических нарушений (исхудание, гипосекреция, плохое рубцевание язвы и др.) в диете № 1 увеличивают до 100-120 г содержание белков (60%- животного происхождения), до 100-120 г - жиров, до 400- 450 г - углеводов. Энергоценность диеты достигает 3000 - 3200 ккал. По возможности сокращают сроки пребывания на диетах № 1а и 1б или сразу же назначают указанную диету № 1 повышенной питательной ценности.

Для увеличения содержания в диете полноценных белков, витаминов, железа и других незаменимых пищевых веществ в рацион можно включать напитки из энпитов, оволакта, инпитана, сухую белковую смесь и таблетки "Бодрость", сбалансированные детские молочные смеси - "Детолакт", "Виталакт" и др.

Питание при осложнениях язвенной болезни. При язвенной болезни, осложненной кровотечением, больному пищу не дают в течение 1-3 дней, и он находится на парентеральном питании. После остановки или значительного уменьшения кровотечения дают жидкую и полужидкую охлажденную пищу столовыми ложками через каждые 2 ч до 1,5 - 2 стаканов в день (молоко, сливки, слизистый суп, негустое желе, фруктовые соки, отвар шиповника). Затем количество пищи постепенно увеличивают за счет яиц всмятку, мясного и рыбного суфле, сливочного масла, жидкой манной каши, тщательно протертых плодов и овощей. Режим питания - через каждые 2 ч малыми

порциями. В дальнейшем больного переводят сначала на диету № 1а, а затем № 1б с увеличением в них содержания животных белков (мясные, рыбные и творожные паровые блюда, белковые омлеты). Целесообразно использование энпитов, в частности белкового и противоязвенного. На диете № 1а больной находится до полного прекращения кровотечения, на диете № 1б - 10-12 дней. Далее на 2-3 мес назначают протертую диету № 1. В нее включают улучшающие кроветворение продукты (см. "Лечебное питание при болезнях системы крови").

При язвенной болезни, *осложненной стенозом привратника*, в диете № 1 ограничивают количество углеводов до 250-300 г за счет крахмалсодержащих продуктов и увеличивают содержание белков и жиров для обеспечения физиологически нормальной энергоценности рациона. Рацион должен быть малообъемным (2-2,5 кг) для уменьшения нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка. За счет ограничения крахмалсодержащих продуктов и блюд (хлеб, каши, картофель и др.) легче расширить 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 ч, второй ужин отменяется.

Питание при язвенной болезни с сопутствующими заболеваниями. При язвенной болезни в сочетании с *реактивным или хроническим панкреатитом* применяют химически, механически и термически щадящую диету № 1 с повышенным до 100-120 г содержанием белка, уменьшением до 80-90 г жира и до 350 г углеводов. Количество легкоусвояемых углеводов (сахар и содержащие его продукты, мед) уменьшают до 30-40 г в день. Сливочное масло добавляют в готовые блюда и не используют для бутербродов. При плохой переносимости ограничивают или временно исключают добавление к блюдам растительных масел и потребление цельного молока и сливок. Последние применяют в блюдах. Ограничивают желтки яиц. В диете увеличивают содержание липотропных веществ (полужирный творог и блюда из него, белковые омлеты, отварная рыба, гречневая и овсяная крупы - в виде протертых молочных каш и др.). При выраженных явлениях панкреатита показаны варианты диеты № 5п (см. "Питание при заболеваниях поджелудочной железы").

При язвенной болезни с клиническими проявлениями *заболеваний печени и желчных путей* в диете № 1 уменьшают до 70-75 г количество жира за счет сливочного масла, сливок и других источников животных жиров и холестерина. Содержание растительных масел должно составлять не менее 30% от общего количества жира, а при явлениях застоя желчи может достигать 40%, если больной хорошо переносит добавляемые в различные блюда растительные масла. Количество белка в рационе доводят до 90-100 г, а углеводов - до 400 г, что обеспечивает должную энергоценность диеты № 1. До 60% белка обеспечивают легкоусвояемыми, полноценными белками (нежирный творог и блюда из него, белковый омлет и др.). Цельные яйца допустимы только в

случае их переносимости. При язвенной болезни в сочетании с заболеваниями печени и желчных путей, при которых нет выраженных клинических проявлений, показана диета № 1 в протертом и особенно в непротертом варианте. Однако содержание жиров в этих диетах не должно превышать 90 г.

При язвенной болезни с сопутствующим *энтероколитом с поносами* в диете № 1 уменьшают количество углеводов, исключают цельное молоко. При сочетании язвенной болезни с *сахарным диабетом* используют диету № 1 без сахара или № 9 с кулинарной обработкой и набором продуктов и блюд, не противоречащих диете № 1. Сравнительная характеристика химического состава и энергоценности основных вариантов диет группы № 1 представлена в таблице.

Химический состав и энергетическая ценность основных диет при язвенной болезни				
Диета	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергоценность, ккал
№ 1а	70	70 - 80	200	1700 - 1800
№ 1б	80 - 90	80 - 90	300	2300 - 2400
№ 1 протертая и непротертая	90 - 100	90 - 100	350 - 400	2600 - 2700
№ 1 при язвенной болезни с преобладанием нервно-вегетативных нарушений	110 - 120	110 - 120	250	2600 - 2700
№ 1 при язвенной болезни с преобладанием нервно-трофических нарушений и истощением	110 - 120	100 - 120	400 - 450	3000 - 3200
№ 1 при язвенной болезни с сопутствующим панкреатитом	100 - 120	80 - 90	350	2500 - 2600
№ 1 при язвенной болезни с проявлениями заболеваний печени и желчных путей	90 - 100	70 - 80	400	2600 - 2700

Лечебное питание после резекции желудка

Резекцию желудка производят, при язвенной болезни, которая не поддавалась терапевтическому лечению, или раке и полипозе желудка. Питание непосредственно после операции изложено в разделе «Лечебное питание хирургических больных — питание до и после операций». В ходе выздоровления (примерно через 12—14 дней) больного переводят на диету № 1. Однако в эту диету вносят некоторые изменения. Прежде всего ограничивают объем пищи, съедаемой за один прием: не более 250 г супа или 1

стакан жидкости, в обед только 2 блюда. Обязательны частые, не менее 5—6 раз в день, приемы пищи. В рационе увеличивают до 120 г содержание белка и ограничивают до 300—350 г количество углеводов за счет легкоусвояемых (сахар, варенье, сладкие напитки, мед и т.д.). В некоторых случаях необходимо полное исключение содержащих сахар продуктов и блюд (можно использовать заменители сахара). Как источники белка применяются различные блюда из отварного измельченного мяса, отварной рыбы, омлеты из белков яиц, свежий протертый или кальцинированный творог. Целесообразно использование белкового энпита, оволакта, инпитана, сухой белковой смеси, молочно-белковых концентратов. Количество жиров в пределах или несколько выше физиологических норм (90—110 г), при переносимости — 15—20 г рафинированного растительного масла для добавления в блюда. Полезно включение в диету обогащенных растительными маслами диетических продуктов. При плохой переносимости жиров, особенно в свободном виде (срыгивание, горечь во рту, понос и др.), их ограничивают до 70—80 г в день. При непереносимости молока в свободном виде его заменяют на другие продукты или только вводят в состав блюд. Обязательно включение в диету препаратов поливитаминов и железа.

С учетом состояния больного вместо диеты № 1 иногда используют диету № 4б или 5а. При хорошем состоянии через 3—4 месяца можно постепенно переходить с диеты № 1 протертой на непротертый вариант диеты № 1 или диету № 5. Далее показаны диеты № 2 и 15 (особенно если резекция осуществлялась не по поводу язвенной болезни) с учетом отмеченных особенностей химического состава рациона и режима, питания. Это возможно примерно через 6—12 месяцев после операции и при удовлетворительной функции желудочно-кишечного тракта.

При *пониженной секреции культуры желудка, ослаблении двигательной функции ее и верхнего отдела кишечника, замедлении эвакуации желудочного содержимого* осторожно вводят в диету некрепкие мясные и рыбные бульоны, овощные и фруктовые соки и другие продукты и блюда, умеренно стимулирующие секреторную и двигательную функции желудочно-кишечного тракта. Противоположный характер имеет питание при *усиленной функции культуры желудка и верхнего отдела тонкой кишки, быстрой эвакуации желудочного содержимого*.

После резекции желудка, возможны осложнения — **болезни оперированного желудка**, сопровождающиеся ухудшением пищеварения и усвоения пищи, нарушением обмена веществ, многообразными расстройствами нервной системы. Эти явления нашли свое отражение в **демпинг-синдроме**, для которого особенно характерны возникновение после приема пищи слабости, головокружения, сердцебиения, ощущения жара, озноба, иногда — обмороки, боли в животе, его вздутие, урчание, поносы, отрыжка и др. Чаще всего эти явления возможны после употребления сахаросодержащих продуктов, меда и сладких напитков, очень холодных и горячих блюд, жирных горячих супов, картофеля, свежих мучных изделий, молока и т. д. Реакция на тот или иной продукт и блюда индивидуальна, но прежде всего — при приеме

легкоусвояемых углеводов. Однако возможна бурная реакция от сладкого чая при отсутствии таковой от чая с сахаром «вприкуску», от жидкой молочной рисовой каши, но не от той же — рассыпчатой.

Для предупреждения проявлений демпинг-синдрома назначают протертый вариант диеты № 1, содержащей 120 г белка, 90—100 г жира, 350 г углеводов (30 г сахара). Возможны полное исключение сахара (можно применять переносимые заменители сахара) и общее ограничение углеводов до 300 г в день. Для снижения скорости эвакуации пищи из культи желудка приготавливают вязкие и желеобразные блюда. Целесообразны отдельные приемы плотной и жидкой пищи, начиная с плотной (второго блюда в обед), а также питание лежа в постели. Прием пищи — не менее 6 раз в день относительно равномерными порциями. После еды желателно лежать в постели или полулежать в кресле 30 мин. Потребление жира (сливочного масла) перед приемом углеводной или смешанной пищи тормозит скорость выведения пищи из культи желудка.

При воспалении культи желудка или анастомоза, при возникновении пептической язвы применяют протертый вариант диеты № 1, а при состоянии обострения — последовательно № 1а и 1б. Однако в эти диеты вносят изменения с учетом возможной непереносимости больными цельного молока и других продуктов и блюд. Следует постоянно учитывать, что *питание при болезнях оперированного желудка надо обязательно индивидуализировать*.

После резекции желудка возможен заброс желчи и сока поджелудочной железы в пищевод с возникновением его воспаления — **эзофагита и нарушением глотания**. Питание строится на основе протертой диеты № 1, но с преобладанием в ней жидких, жидко-кашицеобразных и желеобразных блюд, обеспечением режима — 6-разового питания. В диете — 100—110 г белка, 80—90 г жира и ограничены до 250—300 г углеводы, особенно сахар. Сливочное масло, сметану, творог, молоко используют только в блюдах, исключают соусы и подливы. Запрещают обильные приемы пищи и еду на ночь. Последний прием пищи должен быть за 2—3 ч до сна. Есть надо стоя или сидя с несогнутым вперед позвоночником. После еды нельзя ложиться в течение 40—45 мин. Не следует употреблять свободную жидкость между приемами пищи.

При возникновении анемии после резекции желудка обогащают диету источниками легкоусвояемого железа и других кроветворных микроэлементов (печень, мясо, соки и пюре из свежих фруктов, ягод, овощей) на фоне высокого содержания белков и витаминов. Целесообразно использование противоанемического и белкового энпитов, оволакта, инпитана, таблеток «Бодрость», сухой белковой смеси.

При снижении массы тела после резекции желудка допустимо повышение энергоценности рациона на 10—15 % сравнительно с физиологической нормой за счет пропорционального увеличения рекомендуемого для диеты содержания белков, жиров и углеводов.

Лечебное питание при заболеваниях кишечника

Острые и хронические заболевания тонкой кишки (энтериты) и толстой кишки (колиты) могут протекать самостоятельно, но часто имеют место сочетанные заболевания — энтероколиты. При энтероколитах нарушаются секреторная, двигательная и всасывательная функции кишок, ухудшается усвоение пищевых веществ. Длительно текущие заболевания кишок могут вести к белковой, витаминной и минеральной недостаточности организма, нарушению жирового и углеводного обмена, истощению. Для энтероколитов характерны усиление процессов брожения или гниения в кишках, частый жидкий или кашицеобразный стул со сменой поносов и запоров. Диета должна обеспечить организм полноценным питанием для нормализации обмена веществ и способствовать восстановлению нарушенной функции кишечника при учете состояния других органов пищеварения. При диетотерапии больных с заболеваниями кишок надо учитывать влияние пищевых веществ, продуктов питания и способов их кулинарной обработки на функции тонкой и толстой кишки.

К продуктам и блюдам, **усиливающим двигательную функцию** (перистальтику) кишок, относят:

- 1) богатые сахарами — сахар, варенье, сиропы, мед;
- 2) богатые поваренной солью — соленую рыбу, соленые овощи, копчености, закусочные консервы и др.;
- 3) богатые органическими кислотами — кислые плоды и их соки, маринованные и квашеные овощи, кисломолочные напитки с повышенной кислотностью, квас, морс;
- 4) богатые пищевыми волокнами, особенно грубой клетчаткой,— отруби, бобовые, орехи, грибы, сухофрукты, хлеб из муки грубого помола, перловая, ячневая, гречневая, овсяная крупы, пшено, многие сырые овощи и плоды;
- 5) богатое соединительной тканью мясо;
- 6) все напитки, содержащие углекислый газ;
- 7) жиры, применяемые в свободном виде (не в блюдах), натошак или одновременно в больших количествах (сметана и сливки по 100 г и более, растительные масла, желтки яиц и др.);
- 8) все холодные блюда (ниже 15—17 °С), особенно при употреблении натошак или в качестве первых блюд обеда,— мороженое, напитки, свекольник, окрошка, холодные заливные блюда и др.

Продукты могут содержать несколько стимуляторов перистальтики кишок; кумыс и квас — органические кислоты и углекислый газ, квашеная капуста — органические кислоты, поваренную соль, клетчатку и т. д. Все вышеуказанные в перечне продукты и блюда оказывают в той или иной степени послабляющее действие и не рекомендуются при заболеваниях кишок с поносами.

К продуктам и блюдам, **замедляющим двигательную функцию** кишок, относят:

- 1) содержащие вяжущие дубильные вещества — отвары и кисели из черники, черемухи, айвы, груш, кизила, крепкий чай, особенно зеленый, какао на воде;

2) блюда, не вызывающие химического и механического раздражения желудочно-кишечного тракта, вещества вязкой консистенции, медленно продвигающиеся по кишкам,— слизистые супы, протертые каши, кисели;

3) напитки и блюда в теплом виде.

Вышеуказанные продукты и блюда показаны при поносах и не рекомендуются при запорах.

К продуктам и блюдам, **мало влияющим на двигательную функцию** кишок, относят:

1) блюда из отваренного на пару и в воде рубленого нежирного мяса, освобожденного от фасций и сухожилий,— суфле, кнели, пюре, котлеты и др.;

2) отварную нежирную рыбу без кожи;

3) жидкие, полувязкие и вязкие каши, особенно манную и рисовую;

4) хлеб из пшеничной муки высших сортов вчерашней выпечки или подсушенный;

5) свежеприготовленный пресный творог.

Действие продуктов зависит от способа приготовления и подачи, например рассыпчатые и протертые каши, холодные и теплые напитки. Отвар и кисель из черники замедляют перистальтику кишок (действие дубильного вещества танина), но черника в сыром виде усиливает перистальтику, так как богата пищевыми волокнами. Жир в свободном виде и в большом количестве действует послабляюще, а то же количество жира в составе блюд (5—10 г) и равномерно распределенного по приемам пищи мало влияет на перистальтику кишок. Пюре из сырых сладких яблок может действовать закрепляюще, а целые яблоки или в сочетании с другой пищей ускоряют опорожнение кишечника.

Цельное молоко или в больших количествах в блюдах (молочные супы) при заболеваниях кишок переносится плохо, вызывая метеоризм и поносы, поэтому при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний кишок с поносами молоко исключают из рациона. Однако по мере выздоровления больные переносят небольшие количества (50 — 100 г) молока в составе блюд, например каш. Большинство людей с заболеваниями кишок хорошо переносят яйца всмятку, в виде паровых омлетов и в блюдах. У отдельных больных яйца могут усиливать боли и поносы.

Усилению процессов брожения в кишках способствуют продукты, богатые углеводами, особенно пищевыми волокнами (клетчатка и др.). Процессы гниения в кишках усиливает не столько высокобелковая пища, сколько соединительная ткань. Способствуют возникновению процессов гниения богатые пищевыми волокнами и, в частности, клетчаткой продукты, если они не подвергались отвариванию и протиранию.

При заболеваниях кишок нередко неблагоприятные изменения состава их микрофлоры (дисбактериоз), что ведет к образованию и всасыванию в кровь вредных веществ, нарушению переваривания белков и жиров, разрушению отдельных аминокислот и витаминов, ухудшению образования ряда витаминов. Кишечную микрофлору могут нормализовать кисломолочные напитки благодаря действию молочнокислых бактерий, молочной кислоты и антибиотических веществ. Угнетающее влияние на гнилостные микробы

характерно для ацидофильных продуктов, а также кефира и простокваши. Эти продукты имеют большое значение в диетотерапии заболеваний тонкой и толстой кишки. Благоприятно воздействуют на состав кишечной микрофлоры фитонциды и пектины фруктов, ягод и овощей, фруктоза фруктов, ягод и меда. Отсюда эффективность яблочных, морковных, овощно-фруктовых диет при энтероколитах, но с учетом их переносимости.

При **остром энтероколите** диета должна обеспечить полное механическое и химическое щажение желудочно-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 шиповника, айвы, киселя из черники, крепкого чая. Сухари в эти дни давать нежелательно, так как белки хлеба связывают дубильные вещества чая, черники, черемухи, айвы. При улучшении состояния показана на 4—5 дней диета № 4 пониженной энергоценности за счет углеводов и жиров при физиологически нормальном содержании белка. В диете резко ограничены механические и химические раздражители желудочно-кишечного тракта, исключены продукты и блюда, способствующие процессам брожения и гниения в кишках. Блюда жидкие, полужидкие, протертые, сваренные на воде или на пару.

При отсутствии осложнений и ликвидации острых явлений назначают диету № 4б (или № 2), а далее № 4в (или № 15). Расширение диеты проводят за счет уменьшения в ней механически щадящей пищи. При легкой форме острого энтероколита диету № 4 и даже № 4б можно использовать с первых дней болезни.

Для хронического **энтерита и энтероколита** характерны: нарушение двигательной и секреторной функции кишок, ухудшение переваривания белков, отчасти — жиров, витаминов, минеральных веществ, что ведет к их дефициту в организме.

Задачи диетотерапии:

- 1) способствовать нормализации функции кишок и других пораженных органов пищеварения;
- 2) стимулировать восстановительные процессы в слизистой оболочке кишок;
- 3) обеспечивать физиологическую потребность организма в пищевых веществах в условиях недостаточного пищеварения;
- 4) устранить возникшие в организме нарушения обмена веществ.

С учетом этих задач в диете увеличивают содержание животных белков при сохранении физиологической нормы жиров и углеводов, в повышенном количестве вводят липотропные вещества, кальций, калий, железо и другие кроветворные микроэлементы, витамины А, С и группы В. Для щажения органов пищеварительной системы и обеспечения пищеварения в период обострения хронического энтероколита дают протертую пищу. Исключают продукты и блюда, усиливающие перистальтику кишок, вызывающие в них брожение и гниение, сильные стимуляторы секреции желудка и поджелудочной железы и желчевыделения, вещества, раздражающие печень.

В диете должно быть 100—120 г белка (1,5—1,8 г на 1 кг массы тела), 80—100 г жира, 350—400 г углеводов. Для увеличения содержания полноценных белков в диету вводят такие блюда, как белковый омлет, кальцинированный и пресный творог, творожный паровой пудинг, отварные рыбу и мясо, ацидофилин и другие кисломолочные напитки, неострый сыр. Целесообразно использование в блюдах сухой белковой смеси и молочно-белковых концентратов, а также напитков из энпитов, оволакта, инпитана. Для обогащения диеты витаминами необходимы протертые, а также гомогенизированные овощи и фрукты (консервы детского питания), фруктово-ягодные соки и витаминные препараты. Указанным требованиям отвечают диеты № 4б (протертый вариант) и № 4в (непротертый вариант). Последнюю назначают в период выздоровления после обострения как переходную к диете № 2, а далее к диете № 15. Диету № 4в можно применять длительно. Не следует увеличивать содержание белков в диете выше 130 г.

При **обострении хронического энтероколита с сильными поносами, резко выраженными диспепсическими явлениями** назначают диету № 4. Учитывая определенную неполноценность химического состава диеты № 4, ее назначают на 4—5 дней, т. е. по ликвидации острых явлений. Далее больного переводят на полноценную, механически щадящую (протертую) диету № 4б — основную на период обострения, назначаемую в среднем на 4 — 8 недель. При явном улучшении переводят больного на диету № 4в — основную в период затухающего обострения и после него, т. е. при ремиссии. При стойкой ремиссии показана диета № 2 и далее диета № 15. Неправильным является как длительное пребывание больного на диете № 4, так и раннее, с первых дней обострения, назначение диеты № 4б.

При хронических энтероколитах с преобладанием бродильных процессов применяют диету № 4б с 120—130 г белка, 110—120 г жира, 250—300 г углеводов, резким ограничением клетчатки. На фоне диеты № 4б (или № 4 — при обострении) полезна ацидофильная паста: по 0,8—1 кг в день в течение 10—15 дней. При хронических энтероколитах с преобладанием гнилостных процессов эффективна яблочная диета: 2 дня по 1,2—1,5 кг протертых сырых яблок в день. Содержание белка не должно превышать 80—100 г, резко ограничивают продукты с соединительной тканью, богатые клетчаткой.

При сочетании хронического *энтероколита с заболеваниями печени или желчных путей* показана диета № 5 с «белковой надбавкой» (100 г мяса или творога, или 150 г рыбы) и с исключением цельного молока, сырых овощей и фруктов, ржаного хлеба. Можно использовать диету № 4б или 4в, но с исключением бульонов из мяса и рыбы, ограничением желтков яиц и других не рекомендуемых при заболеваниях печени и желчных путей продуктов и блюд.

При хроническом энтероколите в сочетании с *хроническим панкреатитом* применяют диету № 5п или 4б. Однако в последней содержание белков должно быть не менее 100—120 г, содержание жиров ограничивают до 80 г, углеводов — уменьшают до 350 г (в основном за счет легкоусвояемых), исключают бульоны из мяса и рыбы.

При **хроническом колите**, т. е. поражении толстой кишки, в период обострения и в зависимости от степени выраженности диспепсических явлений, особенно поносов, рекомендована диета № 4 или 4б. При резком обострении на 1-2 дня можно назначать чайные дни или диеты из свежих тщательно протертых сырых яблок без кожуры или моркови (1—1,2 кг). Диету № 4б используют при обострении хронических колитов в среднем 2—6 недель. При нормализации стула больных переводят на непротертую диету № 4в. Перевод следует осуществлять постепенно путем включения в диету № 4б отдельных блюд диеты № 4в: мясо куском, рассыпчатая каша, непротертые вареные овощи, сырые фрукты, пирог с мясом или яблоками, ватрушки с творогом и др. В дальнейшем больных переводят на диету № 15, которую сначала назначают по системе «зигзагов» в виде нагрузочных дней на 3—4 дня. Рекомендуют 3—4 раза в день 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 уменьшать метеоризм, неустойчивость стула и другие диспепсические явления.

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

1. При запорах, возникающих от нерационального, длительного механически щадящего питания у здоровых людей, малоподвижного образа жизни, заболеваний нервной и эндокринной системы, но при отсутствии заболеваний органов пищеварения показано физиологически полноценное питание — диета № 15 с увеличенным содержанием указанных послабляющих продуктов и блюд и ограничением продуктов и блюд, замедляющих перистальтику и опорожнение кишок.

2. При запорах на фоне обострения хронических заболеваний кишок назначают механически и химически щадящую диету № 4б, а далее диету № 4в. Из диет исключают богатые грубой клетчаткой продукты и включают негрубые стимуляторы перистальтики кишок. Используют прием натошак холодных сладких напитков, например воды с медом, отвара 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 отсутствии выраженного гастрита или энтерита в диету включают спелые помидоры, сладкие ягоды, фрукты без кожуры. Ограничивают такие продукты, как рис, манная крупа, вермишель. Исключают продукты, выражено замедляющие перистальтику кишок.

3. При хронических заболеваниях кишок с преобладанием дискинетических запоров в период затухающего обострения и вне обострения показана диета № 3. Последняя построена по принципу диеты № 4в, но с включением продуктов и блюд, богатых пищевыми волокнами и магнием, не вызывающих метеоризма, не раздражающих слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, не являющихся сильными стимуляторами секреции желудка и поджелудочной железы (яблоки сырые и в блюдах, вареные морковь и свекла, рассыпчатые каши, отрубной хлеб, сухофрукты и др.).

4. При заболеваниях печени и желчевыводящих путей с запорами, но при отсутствии воспаления желудочно-кишечного тракта полезна диета № 5 с увеличением содержания пищевых волокон и магния (хлеб из отрубей, хлеб зерновой и барвихинский, гречневая, овсяная, перловая крупы, пшено, овощи, фрукты и др.), овощных и фруктовых соков, меда, овощных салатов с растительным маслом. При язвенной болезни с запорами показана диета № 1 с увеличением в ней овощей (морковь, свекла, кабачки и др.) в виде пюре или мелкошинкованных вареных, соков овощей и плодов, протертых или длительно варенных сухофруктов и их отваров, растительного масла. Химический состав и энергоценность диет при запорах определяются диетой основного заболевания. Большое значение имеет режим питания, что способствует ритмичной работе кишечника.

Сравнительная характеристика применяемых при хронических заболеваниях кишечника основных диет представлена в таблице.

Схема диетотерапии при хронических заболеваниях кишечника					
№ диеты	Диета	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергоценность, ккал
4	При резком обострении с поносами. Резкое механическое и значительное химическое щажение	80	60-70	250	1900
4б	После диеты № 4 при резком обострении и сразу же при умеренном обострении. Умеренное механическое и химическое щажение. Протертая	100-110	80-90	350-400	2600-2800
4в	После диеты № 4б при затухающем обострении. Небольшое механическое и химическое щажение. Непротертая	110-120	90-100	350-400	2700-2900
3	При затухающем обострении и вне обострения при наличии запоров. Умеренная механическая стимуляция и небольшое химическое щажение. Непротертая	90	90	350-400	2600-2700

2	При стойком улучшении (ремиссии). Непротертая	80-90	80-90	350-400	2600-2700
15	При выздоровлении. Рациональное питание с исключением трудноперевариваемых и острых продуктов и блюд	75-80	80-90	350-400	2500-2600

Перед лечебным питанием при других заболеваниях тонкой кишки различного происхождения (болезнь Крона, болезнь Уиппла, туберкулез кишок и др.) стоят те же задачи и строится оно по тем же принципам, что и в рассмотренной схеме диетотерапии хронических заболеваний кишок — хронического энтерита и энтероколита. Это положение в значительной мере распространяется на методику диетотерапии **язвенного колита**. В острой фазе язвенного колита при обязательном постельном режиме питание должно примерно соответствовать диете № 4 со следующими изменениями:

1) в рационе увеличивают содержание белка — в среднем до 100—110 г (65% — животного происхождения). Увеличение содержания белка приобретает особое значение при лечении больных кортикостероидными и анаболическими гормонами (см. «**Особенности лечебного питания при лекарственной терапии**»). Главными источниками белка являются блюда из мяса, рыбы, яиц и при переносимости — свежеприготовленного пресного или кальцинированного творога и парового суфле из него. Другие молочные продукты не применяют. Целесообразно использование с учетом переносимости белкового, обезжиренного, безлактозного, противоязвенного энпиты, инпитана, молочно-белковых концентратов с пониженным содержанием лактозы. Показаны только нежирные мясо и рыба. При кулинарной обработке мясо обезжиривают, полностью удаляют фасции и сухожилия, у птиц и рыб — кожу. Применяют тщательно измельченные (пропущенные через мелкую решетку мясорубки), сваренные в воде или на пару изделия — суфле, кнели, фрикадельки. Яйца - всмятку в виде паровых омлетов, белковых паровых омлетов;

2) в рационе значительно ограничивают количество жиров — до 50 г, в основном путем добавления в блюда по 5—10 г сливочного масла;

3) в рационе — 200—250 г углеводов при максимальном ограничении источников пищевых волокон (клетчатки). Применяют жидкие каши из манной крупы, крупяной муки, протертого риса; сахар, мед; кисели и желе из соков плодов, полусладкие теплые отвары шиповника, сушеной черники, черной смородины; при переносимости — разведенные соки плодов без мякоти и в теплом виде.

При улучшении состояния больного постепенно, путем пробного включения отдельных продуктов и блюд, переводят на физиологически полноценную диету № 4б с повышенным до 110—130 г содержанием белка. В связи с нередкой при язвенном колите железodefицитной анемией рацион

обогащают улучшающими кроветворение продуктами (см. «**Лечебное питание при анемии**»). Важное значение имеет увеличенное содержание в диете витаминов С, А, К, группы В, а также кальция.

При тяжелом течении острой фазы язвенного колита, болезни Крона, а также других тяжело протекающих заболеваний кишок с нарушенным пищеварением предложена максимально щадящая *элементная диета (безбалластная, бесшлаковая)*. Диета состоит не из продуктов, а из жизненно необходимых и легкоусвояемых питательных веществ, т. е. «элементов» пищи. В состав диеты входят аминокислоты, глюкоза, минеральные вещества, витамины, продукты расщепления белков и крахмала — пептиды и декстрин, в небольших количествах добавляют растительные жиры. Входящие в диету пищевые вещества почти полностью всасываются в верхних отделах тонкой кишки, что создает условия для разгрузки их нижних отделов, а также толстой кишки. При употреблении элементных диет уменьшается масса кала.

Лечебное питание при кишечных ферментопатиях

Кишечные ферментопатии обусловлены недостаточностью кишечных ферментов, участвующих в процессах пищеварения. Чаще встречается дефицит лактазы и пептидазы, обеспечивающих соответственно распад молочного сахара лактозы или белка глютена пшеницы, ржи, ячменя, овса. В результате возникает непереносимость продуктов, содержащих указанные пищевые вещества, и нарушается деятельность кишок.

Задачи диетотерапии:

- 1) исключить из рациона непереносимые организмом пищевые вещества — элиминационная диета (элиминация — исключение, удаление);
- 2) воздействовать на нарушенные функции кишок;
- 3) нормализовать обмен веществ.

Для **глютеновой болезни (целиакии)**, вызванной непереносимостью белка глютена, характерны поражение слизистой оболочки тонкой кишки, поносы, резкое ухудшение переваривания и всасывания пищевых веществ. Это ведет к истощению, белковой, витаминной, минеральной (кальций, калий, железо и др.) недостаточности организма, анемии. Применяют диету № 4а/г — аглютеновую (без глютена) с исключением продуктов из пшеницы, ржи, ячменя, овса: хлеба, мучных и макаронных изделий, крупы, кондитерских изделий, включающих муку указанных злаков.

Диета № 4а/г физиологически полноценная с несколько увеличенной энергоценностью, увеличенным содержанием белка, кальция, железа, витаминов. В рационе 110—120 г белка (60% — животного происхождения), 90—100 г жира (20% — растительные), 400 г углеводов (25% — легкоусвояемые), 2800— 3000 ккал. Диета с умеренным механическим и химическим щажением органов пищеварения, исключением продуктов, усиливающих процессы брожения в кишках. Блюда в основном измельченные и протертые, сваренные в воде или на пару. Исключены горячие (выше 62°C) и холодные (ниже 15°C) блюда. Режим питания — 5—6 раз в день. Указанная кулинарная обработка пищи по типу диеты № 4б показана в период поносов.

При нормализации стула пища дается без специального измельчения по типу диеты № 4в.

Рекомендуемые продукты и блюда:

- *хлеб и мучные изделия*. Из картофельного, кукурузного и пшеничного крахмала, соевой, рисовой, гречневой, кукурузной муки;

— *супы*. На слабом обезжиренном мясном и рыбном бульоне с фрикадельками, кнелями, яичными хлопьями, рисом, разрешенными мелкошинкованными или протертыми овощами;

— *мясо и птица*. Нежирные виды и сорта или хорошо обезжиренные, без фасций и сухожилий, паровые и отварные, в рубленном виде. Телятина, цыплята, кролик — куском;

— *рыба*. Нежирные виды куском и рубленые, отварные и паровые;

— *молочные продукты*. Не кислый свежий творог, кальцинированный творог в натуральном виде и в блюдах (творожная паста, паровые пудинги с протертой крупой и овощами). Не кислая сметана в блюда. При переносимости — кисломолочные напитки, а также до 50 г молока или сливок с чаем и в блюдах. Неострый тертый сыр;

— *яйца*. 1—2 в день всмятку, омлеты паровые, белковые;

— *крупы*. Гречневая, кукурузная, рис, саго. Протертые каши на воде или с добавлением молока, пудинги и паровые;

— *овощи*. Картофель, морковь, кабачки, тыква, цветная капуста — отварные и протертые (пюре). Цветную капусту, ранние кабачки и тыкву можно не протирать;

— *закуски*. Рыба заливная, неострый сыр, икра осетровых;

— *плоды, сладкие блюда, сладости*. Кисели, желе, муссы, хорошо протертые компоты из яблок, груш, айвы, черники, черемухи, черной смородины, клубники. Печеные яблоки и груши; при переносимости — тертые сырые яблоки без кожуры. Сахар, мед, джемы, мармелад, пастила, зефир, меренги, снежки;

— *соусы и пряности*. Молочный (бешамель) на крахмале или рисовой муке, на слабом обезжиренном бульоне, овощном отваре, фруктовый. Лавровый лист, ванилин, корица;

— *напитки*. Чай, некрепкий кофе и какао на воде, теплые сладкие соки фруктов и ягод пополам с водой, отвар шиповника, черники, черемухи, черной смородины;

— *жиры*. Масло сливочное в готовые блюда и к столу; при переносимости — растительные рафинированные масла до 5 г в блюда.

Недостаточность лактазы. Питание зависит от степени дефицита фермента. При полном отсутствии лактазы из рациона исключают молоко и все молочные продукты, а также блюда и изделия, включающие по рецептуре эти продукты. При недостатке лактазы в рационе в той или иной степени ограничивают молочные продукты с учетом содержания в них лактозы. Больше всего лактозы в молоке, пахте, молочной сыворотке, мороженом. В кисломолочных продуктах меньше лактозы. При необходимости можно использовать специальные продукты; низколактозные энпиты, инпитан,

низколактозную молочную смесь, а также молочно-белковые концентраты с пониженным до 0,7% или 0,05% содержанием лактозы. При выраженных нарушениях функции кишок, вызванных потреблением содержащих лактозу продуктов, питание строится по принципу диетотерапии энтероколитов. С учетом тяжести нарушений используют диеты группы № 4 или диету № 2, но с полным исключением содержащих молоко и молочные продукты блюд и изделий.

Функциональные расстройства кишечника – кишечные дискинезии — частые причины нарушения деятельности кишок («раздраженная толстая кишка», спастический колит и др.). Заболевание проявляется приступами болей в животе в сочетании с поносами или запорами. В период приступов применяют рацион с ограничением продуктов и блюд, усиливающих перистальтику кишок (см. выше). Наиболее показана диета № 4б, а при сильных поносах и постельном режиме — на 2—3 дня диета № 4. В диету № 4б можно вводить 2—3 раза в день 50—100 г сырых яблок или моркови, которые употребляют в начале основного приема пищи путем медленного тщательного разжевывания или в тертом виде. Это может уменьшать вздутие живота, неустойчивость стула и другие диспепсические явления. Целесообразно использовать пюре из сырых тертых яблок. При преобладании в период приступов запоров в диету № 4б включают продукты и блюда, которые легко стимулируют перистальтику кишок: утром натощак прием холодных сладких напитков (вода с медом, сладкий отвар шиповника, настой чернослива и др.); овощные и фруктовые соки, в частности по 100 г сырого картофельного сока утром натощак и непосредственно перед обедом; пюре из моркови, свеклы, сливы, вареных сухофруктов; печеные и сырые яблоки, сладкие ягоды, спелые фрукты без кожуры, спелые томаты, кисломолочные напитки, сливки и др. При переносимости включают отварную морковь и свеклу, зеленый горошек (пюре), непротертые сухофрукты, рассыпчатые каши, отрубяной хлеб, блюда с добавлением пшеничных отрубей. Таким образом, при переносимости вместо диеты № 4б можно применять диету № 3. В межприступном периоде показана сначала диета № 4а, а в дальнейшем — № 15 с повышенным содержанием источников пищевых волокон.

Диетотерапия при заболеваниях печени и желчевыводящих путей

Хронические заболевания печени и желчных путей возникают в большинстве случаев как исход острых инфекций или как следствие длительного употребления алкоголя, особенно на фоне беспорядочного питания и недостатка в рационе белковых продуктов и витаминов, а также при обменных нарушениях (желчнокаменная болезнь) и врожденных генетических дефектах.

Среди острых заболеваний печени наиболее часто встречаются острые вирусные гепатиты и острые холециститы (или обострения хронических холециститов). Наиболее распространенными формами хронических заболеваний печени являются хронические гепатиты и хронические холециститы.

возникновению обострений заболеваний способствуют простудные заболевания, различные инфекции, охлаждение, переутомление и длительные выраженные нарушения питания (злоупотребление спиртными напитками, переедание, особенно жирных, острых, копченых и соленых блюд, а также продуктов, богатых холестерином).

Диетотерапия заболеваний печени назначается врачом и определяется в зависимости от стадии заболевания и состояния больного. Основной диетой для больных с заболеваниями печени и желчевыводящих путей в течение многих десятилетий в нашей стране была диета № 5.

При составлении рекомендаций по питанию больных с заболеваниями печени и желчевыводящих путей должны быть учтены следующие рекомендации:

1. В рационе должно быть достаточное количество полноценного, легкоусвояемого белка.

2. Качество и количество жиров определяется состоянием больного. При необходимости усилить желчегонное действие можно увеличением количества растительных жиров, особенно при запорах.

3. Количество углеводов не должно превышать физиологической нормы, а у больных с избыточной массой тела может быть снижено.

4. Максимальное щажение пищеварительного тракта больного достигается кулинарной обработкой пищи (вываренная, при необходимости рубленая или протертая пища).

5. Частое дробное питание обеспечивает лучшее переваривание и усвоение пищи, обладает хорошим желчегонным действием, улучшает моторику кишечника.

6. Включение в рацион продуктов, богатых пищевыми волокнами, что повышает желчегонный эффект, обеспечивает максимальное выведение холестерина со стулом/

Энергетическая ценность рациона для больных с заболеваниями печени и желчевыводящих путей должна соответствовать физиологической норме. Количество белков в рационе должно составлять 1 г/кг идеальной массы тела, из них 50-55 % составлять белки животного происхождения (мясо, рыба, птица, яйца, молочные продукты). Животные белки богаты незаменимыми аминокислотами и липотропными факторами (метионином, холином), которые предупреждают развитие жировой дистрофии печени. Из продуктов растительного происхождения большое количество метионина и холина содержится в соевой муке, овсяной, гречневой крупах. Повышенное количество белков до 1,5 г/кг требуется больным с алкогольным поражением печени и белково-энергетической недостаточностью. Ограничивают белки пищи при печеночно-клеточной недостаточности, при этом отдают предпочтение растительным белкам. В диете № 5 содержится: 70-80 г жиров, 300-350 г углеводов.

В рационе данных больных жиры животного происхождения должны составлять 2/3 от общего количества жиров. Общее количество жиров ограничивают до 50 г в сутки при стеаторее любого генеза, поносах, печеночно-

клеточной недостаточности, в ранние сроки после холецистэктомии. При необходимости желчегонного действия общее количество жиров увеличивают до 100-120 г за счет растительных жиров. Соотношение животных и растительных жиров должно составлять 1:1. Подобную диету можно назначить а срок примерно 3 недели при наличии внепеченочного холестаза и запоров.

Из животных жиров лучше всего использовать сливочное масло, так как оно содержит витамина А, К, арахидоновую кислоту. Рекомендуется ограничивать потребление тугоплавких жиров (бараний, свиной, говяжий жиры) из-за высокого содержания холестерина, насыщенных жирных кислот. необходимо адекватное употребление растительных масел: подсолнечного, кукурузного, оливкового, хлопкового, соевого усиливают процесс желчеобразования и желчеотделения за счет стимуляции синтеза гормона холецистокинина. ненасыщенные жирные кислоты (линолевая, линоленовая, арахидоновая) активируют ферменты липолиза, улучшают обмен холестерина.

В диете № 5 содержится 300-350 г углеводов, из них 60-70 г простые углеводы. В основной стандартной диете количество углеводов уменьшено за счет простых (30-40 г) до 300-330 г. При избыточной массе тела количество углеводов ограничивают за счет моно- и дисахаридов. Диеты с низкой энергетической ценностью, состоящие исключительно из легкоусвояемых углеводов, назначают при тяжелой печеночной недостаточности.

Важную роль в питании играют неперевариваемые углеводы целлюлоза, гемицеллюлоза, пектиновые вещества. Основные источники пищевых волокон – это фрукты, ягоды, овощи, отруби. при употреблении отрубей увеличивается количество первичных и уменьшается количество вторичных желчных кислот. Особенна высока связывающая способность по отношению к желчным кислотам у фруктов (яблок, груш), ягод (малины), овощей (цветной капусты, моркови, картофеля, пастернака, зеленого горошка), пшеничных отрубей и хлеба из непросеянной муки. Несмотря на высокое содержание пищевых волокон в салате, орехах, бобах, данные продукты ограничивают или исключают при заболеваниях печени.

Большое значение в питании больных с заболеваниями печени и желчных путей имеют витамины. Поливитаминная недостаточность может развиваться у больных вследствие ограниченного поступления их с пищей, недостаточного всасывания витаминов из кишечника, а также образования биологически активных и транспортных форм витаминов в печени. Больше всего нарушается усвоение жирорастворимых витаминов А, Д, Е, К из-за недостаточности желчных кислот, необходимых для их всасывания.

Следует особо подчеркнуть плохую переносимость больными холодной пищи (мороженое, кефир из холодильника и др.), которая может вызывать спазм сфинктера Одди и боль, вплоть до приступа печеночной колики.

При заболеваниях печени и желчевыводящих путей вне фазы обострения в стационарах используют основную стандартную диету.

Лечебное питание при остром холецистите, обострении хронического холецистита. В остром периоде заболевания показано максимальное щажение желчного пузыря и органов пищеварения в целом. В течение 1–2 дней больной

находится на голодной диете - пьет небольшими порциями некрепкий чай с сахаром, отвар шиповника, соки пополам с кипяченой водой (всего 2–3 стакана в день).

Затем в рацион включают щадящую углеводистую пищу: слизистые супы, супы-пюре, жидкие протертые каши из манной, рисовой, овсяной круп с добавлением небольшого количества молока, протертые компоты, кисели, желе, муссы из сладких ягод и фруктов. В дальнейшем при хорошей клинической динамике диета расширяется за счет добавления нежирного протертого пресного творога, паровых рубленых изделий из мяса, рыбы, курицы, отварной рыбы куском, сухарей из белого хлеба. Пища готовится без соли. Больных кормят 5–6 раз в день небольшими порциями. Количество свободной жидкости – 2–2,5 л. Через 5–6 дней назначают диету № 5а. При стихании обострения, через 2–3 недели, – диету № 5.

В настоящее время для применения в стационарах рекомендуется в первые 2-3 недели заболевания вариант диеты с механическим и химическим щажением, в дальнейшем основной вариант стандартной диеты.

Лечебное питание при хроническом холецистите вне обострения.

Диета должна способствовать уменьшению воспалительного процесса в желчном пузыре и желчных путях, улучшению желчеотделения, нормализации функции печени, желудка, поджелудочной железы и кишечника. Основной диетой является диета № 5. Возможно внесение индивидуальных изменения для особых категорий больных. При гипермоторной дискинезии желчного пузыря, спазме сфинктера Одди, нефункционирующем желчном пузыре показано ограничение жиров, яичных желтков. При гипомоторной дискинезии желчного пузыря, при запорах следует рекомендовать примерно на 3 недели назначить диету с увеличенным количеством растительных жиров (100–120 г/сут), обогатить рациона пищевыми волокнами за счет овощей, фруктов, ягод и соответствующих БАД к пище. В дальнейшем количество жиров следует привести в соответствие с физиологической нормой. Жиры следует равномерно распределять в течение дня и перемешивать их с пищей, что способствует лучшему усвоению жиров, оптимальному желчеотделению, и предохраняет от появления диспепсических явлений.

Лечебное питание при желчно-каменной болезни. Возникновению желчных камней способствуют некоторые факторы питания: повышенная энергетическая ценность рациона, избыток мучных и крупяных блюд, вызывающих сдвиг рН желчи в кислую сторону, недостаток растительных масел и витамина А, низкое содержание пищевых волокон. В патогенезе образования холестериновых камней, которые встречаются примерно в 80% случаев, играют роль изменения химического состава желчи (увеличение содержания холестерина, уменьшение – желчных кислот и лецитина), воспаление желчного пузыря, застой желчи и сдвиг ее рН в кислую сторону. Главная роль в возникновении желчных камней принадлежит ускоренному синтезу эндогенного холестерина в печени. При неправильном питании происходит повышение концентрации в желчи вторичных желчных кислот, например, дезоксихолевой, что делает желчь более литогенной.

Рафинированные углеводы повышают насыщение желчи холестерином, тогда как небольшие дозы алкоголя оказывают обратное действие.

Больным с желчно-каменной болезнью вне обострения назначают диету № 5, при обострении калькулезного холецистита - диету № 5а. Больным желчно-каменной болезнью показано ограничение продуктов, богатых холестерином (субпродукты, яйца, сало). Синтез желчных кислот улучшают белковые продукты (мясо, творог, рыба, яичный белок), а лецитином богаты растительные масла, которые к тому же оказывают желчегонное действие. У больных с частыми приступами печеночной колики ограничивают потребление растительных масел. Из животных жиров рекомендуют сливочное масло. Оно хорошо эмульгировано и содержит витамины А и К. Для изменения реакции желчи в щелочную сторону назначают молоко, молочнокислые продукты, творог, сыр, овощи (кроме тыквы, бобовых и грибов), фрукты и ягоды (кроме брусники и красной смородины). С целью уменьшения концентрации желчи показано обильное питье, курсы питьевого лечения минеральными водами. Рацион больных с заболеваниями желчных путей должен содержать достаточное количество солей магния, которые уменьшают спазм гладкой мускулатуры, улучшают желчеотделение, опорожнение кишечника и выведение холестерина из организма, оказывают седативное действие. Наиболее богаты магнием отруби пшеничные, греча, пшено, арбуз, соя, крабы, морская капуста.

В стационарах больным с желчно-каменной болезнью вне обострения назначают основной вариант стандартной диеты при обострении калькулезного холецистита – вариант диеты с механическим и химическим щажением.

Лечебное питание при остром гепатите. При остром вирусном гепатите лечебное питание и охранительный режим относят к базисной терапии. При любых видах острых вирусных гепатитов назначают диету № 5а сроком на 2–6 недель (иногда при неблагоприятном течении заболевания на более длительный срок). В дальнейшем рекомендован переход на диету № 5 сроком на 6-12 месяцев. При полном клиническом выздоровлении и нормализации лабораторных данных в дальнейшем рекомендуют рациональное питание – диету № 15.

Диета при остром гепатите должна быть физиологически полноценной, механически, химически и термически щадящей, с некоторым ограничением жиров и поваренной соли, с увеличением потребления свободной жидкости до 2–2,5 л с целью дезинтоксикации организма. Можно давать фруктовые и ягодные соки, отвар шиповника, некрепкий чай с вареньем или медом, чай с молоком, компоты, морсы. При этом необходимо контролировать количество вводимой перорально и парентерально жидкости и суточный диурез. При признаках задержке жидкости количество поваренной соли уменьшают до 3 г в сутки (блюда готовят без соли), жидкость ограничивают из расчета - диурез предыдущих суток плюс 400 мл. Поносы и стеаторея при остром гепатите являются показанием к ограничению квоты жиров до 50 г.

При отвращении к еде, тошноте, рвоте диета должна строиться с учетом индивидуального вкуса больного. Период отказа от еды не должен быть

длительным. Больные часто сами предпочитают высокоуглеводистую диету с низким содержанием жиров (фрукты, фруктовые соки, молочную пищу). Особое внимание в рационе следует уделять продуктам, обладающим липотропным действием – это белки, богатые метионином и холином (творог, нежирные сорта мяса и рыбы, овсяная крупа, греча, соевая мука), растительные масла, содержащие витамин Е, лецитин, ненасыщенные жирные кислоты. Очень важно адекватное потребление аскорбиновой кислоты и витаминов группы В (особенно В12 и фолиевой кислоты). Полезно введение в рацион больных специализированных соевых белковых продуктов, богатых незаменимыми аминокислотами, минеральными солями, витаминами, фосфатидами и ненасыщенными жирными кислотами.

В стационарах в настоящее время используют вариант диеты с механическим и химическим щажением. При неосложненном течении гепатита эту диету назначают на 4- 6 недель. При улучшении общего состояния, исчезновении желтухи и диспепсических явлений, нормализации размеров печени и селезенки больному рекомендуют основной вариант стандартной диеты. Основную стандартную диету больной получает 6–12 мес. При полном клиническом выздоровлении и нормализации лабораторных данных рекомендуют рациональное питание.

Лечебное питание при хроническом гепатите. В фазе обострения заболевания обычно назначают диету № 5а, вне обострения диету № 5. При хорошем общем состоянии больного и нормальных показателях лабораторного исследования функции печени питание может быть обычным, рациональным (диета № 15), лишь с соблюдением некоторых правил.

1. Необходимо избегать алкогольных напитков, так как это ухудшает прогноз заболевания.

2. Важно принимать пищу в определенные часы и избегать обильной еды на ночь.

3. Не показаны продукты, раздражающие слизистую оболочку верхних отделов желудочно-кишечного тракта: приправы, пряности, копчености, овощи, богатые эфирными маслами.

При хроническом гепатите, протекающем с внепеченочным холестазом, увеличивают квоту растительных жиров до 50% от общего количества жиров. При внутрипеченочном холестазах часто наблюдается дефицит солей желчных кислот в просвете кишечника и кожный зуд. Диетические рекомендации включают адекватный прием белков и поддержание должной энергетической ценности рациона. При наличии стеатореи прием нейтральных жиров, которые плохо переносятся, недостаточно всасываются и ухудшают всасывание кальция ограничивают до 40 г /сут. Дополнительным источником жиров могут служить триглицериды со средней длиной цепи (кокосовое масло) до 40 г/сут. Больному необходимо получать достаточное количество кальция, потребляя обезжиренное молоко и творог, а так же при необходимости препараты кальция либо БАД к пище, содержащие кальций. В фазе обострения заболевания при стационарном лечении назначают вариант диеты с механическим и химическим

щажением (диета №5а), вне обострения – основной вариант стандартной диеты (диета №5).

Лечебное питание при циррозе печени. В период компенсации заболевания рекомендуется диета № 5. Если больной не истощен, достаточно 1 г/кг массы тела белков. Диета, обогащенная белком (до 1,5 г/кг), актуальна для больных алкогольным циррозом, при наличии белково-энергетической недостаточности.

При стабильном течении цирроза и отсутствии отклонений в лабораторных показателях дополнительный прием аминокислот с разветвленной цепью не требуется. Метионин или различные другие гепатопротекторы не требуются. Без необходимости долю жиров в пище уменьшать не следует. Пища должна быть приготовлена так, чтобы она возбуждала аппетит. При стационарном лечении применяется основной вариант стандартной диеты. При развитии осложнений цирроза печени - печеночно-клеточной недостаточности, портальной гипертензии и асцита в диету вносят соответствующие коррективы.

Лечебное питание при печеночной энцефалопатии. Одним из основных механизмов патогенеза печеночной энцефалопатии является нарушение образования мочевины из аммиака, который образуется при дезаминировании аминокислот в печени. При этом аммиак проникает через гематоэнцефалический барьер и оказывает токсическое действие на центральную нервную систему. Основным источником аминокислот – это пищевые белки. Именно поэтому необходимо уменьшить потребление белков при развитии печеночной энцефалопатии до 20 г/сут. В острых случаях можно полностью исключить из пищи белки на срок от нескольких дней до нескольких недель. Даже при хронической энцефалопатии при ограничении потребления пищевых белков в течение нескольких месяцев редко встречаются клинические признаки белково-энергетической недостаточности. Энергетическую ценность пищи необходимо поддерживать на уровне 1600–2000 ккал или выше.

Рекомендовано проведение парентерального и энтерального питания, специализированными препаратами, разработанными для больных с патологией печени. При улучшении состояния больного и при положительной динамике лабораторных показателей содержание белков увеличивают на 10 г через день. При возникновении рецидива энцефалопатии или ухудшении лабораторных показателей, возвращаются к предыдущему уровню суточного потребления белка. У выздоравливающих после острого эпизода комы больных, содержание белка в пище постепенно доводят до нормы. При хронической энцефалопатии больным необходимо постоянно ограничивать количество потребления пищевых белков на уровне не выше 40–60 г/сут. Растительные белки переносятся лучше, чем животные. Однако прием растительной пищи может быть затруднен из-за развития метеоризма и диареи.

При печеночной энцефалопатии также значительно ограничивают или полностью исключают жиры. В достаточном количестве вводят легкоусвояемые углеводы. Рекомендуют фруктовые и ягодные соки, богатые

солями калия (апельсиновый, мандариновый, виноградный, абрикосовый и др.), настой из кураги, урюка, чернослива, чай с сахаром, медом, лимоном, вареньем, протертые компоты.

Общее количество жидкости, получаемое больным, составляет 1,5-2 л/сут. При этом необходимо контролировать количество вводимой перорально и парентерально жидкости и суточный диурез из-за опасности нарастания асцита и отеков. При признаках задержке жидкости количество поваренной соли уменьшают до 3 г в сутки (блюда готовят без соли), жидкость ограничивают из расчета - диурез предыдущих суток плюс 400 мл.

Лечебное питание при асците. У больных с асцитом с пищей в сутки должно поступать не более 22 ммоль (0,5 г) натрия, а количество получаемой свободной жидкости необходимо ограничить до 1 л. Несоблюдение рекомендованной диеты часто служат причиной развития плохо поддающегося лечению асцита. При употреблении большего, чем разрешено количества соли даже при применении мочегонных лекарственных препаратов в высоких дозах лечение может быть неэффективным. При асците рекомендовано назначение диеты с энергетической ценностью 1500–2000 ккал, содержащей 70 г белка и не более 22 ммоль натрия в сутки (0,5г). Диета должна быть по существу вегетарианской. Большинство продуктов с высоким содержанием белка содержат и много натрия. Рацион нужно дополнять белковой пищей с низким содержанием натрия. В пищу употребляют бессолевой хлеб и масло. Все блюда готовят без добавления соли.

В ряде случаев при четком соблюдении рекомендованной диеты и режима питания удается быстро достичь у больных лечебного эффекта даже без применения диуретиков. Это больные с впервые появившимся асцитом и отеками; с нормальной скоростью клубочковой фильтрации (клиренсом креатинина); с обратимым поражением печени (например, жировая печень при алкогольной болезни); с остро развившимся асцитом при инфекционном заболевании или кровотечении; с асцитом, развившимся после употребления большого количества натрия (натрийсодержащие антациды или слабительные, минеральная вода с высоким содержанием натрия).

Лечебное питание при алкогольной болезни печени. При остром алкогольном гепатите важно обеспечить немедленный отказ от алкогольных напитков. Назначается диета № 5а, в дальнейшем диета № 5. На начальном этапе лечения содержание белков в суточном рационе должно составлять 0,5 г /кг массы тела, в дальнейшем потребление белков как можно быстрее увеличивают до 1 г/кг. К пище добавляют калия хлорид с магнием и цинком. Назначают большие дозы витаминов, особенно группы В, С и К (при необходимости внутривенно). Часто у алкоголиков вследствие неполноценного питания наблюдается наличие белково-энергетической недостаточности, которая способствует снижению иммунитета, возникновению инфекционных заболеваний и асцита (за счет гипоальбуминемии). В связи с этим, очевидна важность полноценного питания, особенно в первые дни пребывания в стационаре. Количество жиров в рационе должно соответствовать физиологической норме, ограничивают их лишь при наличии стеатореи,

диареи, печеночной недостаточности, выраженном диспепсическом синдроме. Расстройства жирового обмена часто проявляются гиперлипидемией, наблюдаемой у 30% алкоголиков, и жировой дистрофией печени, в особенности у лиц с избыточной массой тела. Данные состояния требуют индивидуальной коррекции рациона.

У части больных, страдающих хроническим алкоголизмом, необходимо вносить коррективы в углеводную часть рациона, так как может наблюдаться истощение запасов гликогена в печени, снижение толерантности к глюкозе. В организме больного хроническим алкоголизмом часто отмечается недостаточность калия вследствие нерационального питания и потерь его при рвоте и диареи. В таких случаях следует вводить дополнительный калий с пищей, а также назначать калийсодержащие медикаментозные препараты. Для хронического алкоголизма характерен дефицит цинка. При полноценном питании БАД к пище, содержащие цинк, не требуются, однако их рекомендовано назначать пациентам с недостаточностью питания. Цинком богаты следующие продукты: печень говяжья, телятина, твердые сыры, птица, креветки, кальмары, грецкие орехи, бобовые.

Диета при болезни Вильсона–Коновалова. При болезни Вильсона–Коновалова имеется генетический дефект синтеза церулоплазмينا, который обеспечивает транспорт меди. Снижение или отсутствие церулоплазмينا нарушает поступление достаточных количеств меди к ферментам тканевого дыхания, кроветворным органам. Свободная медь, накапливающаяся в тканях, депонируется в печени, мозге, почках, роговице. При болезни Вильсона-Коновалова назначается диета № 5, с ограничением потребления продуктов, содержащих медь. Доказано, что диета не имеет большого значения при болезни Вильсона-Коновалова. Однако, больным следует воздержаться от употребления продуктов с высоким содержанием меди: шоколада, какао, арахиса, грибов, бобовых, печени, ракообразных, меда, чернослива, каштанов, кресс-салата, баранины, кур, уток, колбас. Особое значение придается использованию деионизированной или дистиллированной воды, если питьевая вода содержит значительные количества меди. Исключается использование нетестированной и несмягченной воды.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. Больному с острым гастритом, начиная с шестого дня после отмены индивидуального питания, следует назначить диету:
 - 1) 2,
 - 2) 5,
 - 3) 4.

2. Диета 0б назначается:
 - 1) на 1 день,
 - 2) на 6 дней,
 - 3) на 3 дня,
 - 4) на 4 дня,
 - 5) на 2 дня.

3. При преобладании желчезастойного синдрома количество растительного жира в рационе:
 - 1) увеличивают,
 - 2) не меняют,
 - 3) уменьшают,
 - 4) должно соответствовать физиологической норме.

4. Не является неспецифическим раздражителем из перечисленных продуктов:
 - 1) алкоголь,
 - 2) горчица,
 - 3) острая и соленая пища,
 - 4) кефир,
 - 5) перец.

5. В состав овощей, рекомендуемых для диеты 5п входит:
 - 1) лук,
 - 2) морковь,
 - 3) белокочанная капуста,
 - 4) брюква.

6. Количество жира при диете 5 уменьшают:
 - 1) при хроническом холецистите в стадии ремиссии,
 - 2) при гипомоторной дискинезии желчного пузыря,
 - 3) при упорной стеаторее.

7. В противоязвенную диету можно включить:
 - 1) горох,

- 2) неострый сыр,
 - 3) заводской творог,
 - 4) мясной бульон.
8. Вариант набора блюд и продуктов, отвечающий требованиям диеты №1 протертой, включает:
- 1) салат овощной, слизистый овсяный суп, мясо отварное куском, каша рассыпчатая гречневая, кисель фруктовый;
 - 2) сыр неострый тертый, суп слизистый гречневый, котлета мясная жареная без панировки, каша рисовая протертая, компот процеженный;
 - 3) мясной сырок, суп овсяный слизистый, суфле мясное паровое, пюре картофельное, яблочный мусс;
 - 4) морковь тертая сырая, суп овощной протертый, курица отварная, рис протертый отварной, самбук;
 - 5) сельдь нежирная вымоченная, суп протертый картофельный на курином бульоне, рулет мясной паровой, пюре морковно-свекольное из отварных овощей, снежки.
9. Больной с хроническим энтеритом или хроническим колитом в стадии резкого обострения с профузным поносом должен получать в день углеводов:
- 1) 100 г,
 - 2) 250 г,
 - 3) 400 г,
 - 4) 150 г.
10. Жировой гепатоз не возникает:
- 1) при ожирении,
 - 2) при курении,
 - 3) при сахарном диабете,
 - 4) при злоупотреблении алкоголем,
 - 5) при несбалансированном питании.
11. При калькулезном холецистите желтуха бывает:
- 1) печеночная,
 - 2) подпеченочная,
 - 3) надпеченочная.
12. При хроническом гастрите с секреторной недостаточностью молоко разрешается:

- 1) включать в рацион в чистом виде;
- 2) включать в питание в составе различных блюд (молочная каша, чай с молоком и т.д.);
- 3) запретить в любом виде.

13. При хроническом колите или энтерите диета 2 может быть назначена в стадии:

- 1) затухающего обострения,
- 2) ремиссии,
- 3) резкого обострения.

14. При назначении диеты 5а больному хроническим панкреатитом в стадии обострения необходимо:

- 1) увеличить квоту жира,
- 2) увеличить квоту углеводов,
- 3) увеличить квоту белка.

15. При заболеваниях печени в пищевом рационе содержание белков должно составлять:

- 1) менее 50 г,
- 2) 70-80 г,
- 3) 100-120 г.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

№ задания	Вариант ответа	№ задания	Вариант ответа
1	2	9	1
2	1	10	2
3	1	11	2
4	4	12	2
5	2	13	2
6	3	14	3
7	2	15	2
8	3	-	-

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

1. Барановский А.Ю., Семенов Н.В., Современная диетология: Организационно-правовые основы: учебно-методическое пособие. – СПб.: Издательство «Издательский дом СПбМАПО», 2010. – 379 с.
2. Барановский А.Ю. Диетология: Руководство. – Издание 3 – Изд-во «Питер», 2010. – 1024 с.

Дополнительная литература

1. Ивашкин В.Т. Гастроэнтерология: национальное рук-во. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 704 с.
2. Королёв А.А. Гигиена питания. – 3-е изд., перераб. – М.: Академия, 2008. – 528 с.
3. Нормы физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии для различных групп населения. – М., 2008. – 17 с.
4. Хорошилов И.Е., Панов П.Б. Клиническая нутрициология: учебное пособие / под ред. А.В. Шаброва. – СПб.: ЭЛСИ, 2009. – 284 с
5. Шевченко В.П. Клиническая диетология / под ред. В.Т. Ивашкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 256 с.
6. Боровик Т.Э., Ладодо К.С. Клиническая диетология детского возраста: руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2008. – 608 с.
7. Лечебное питание. Полный справочник / М.М. Гурвич, Ю.Н. Лященко. – М.: Эксмо, 2009. – 800 с. – (Новейший медицинский справочник).
8. Тутельян В.А., Самсонов М.А. Диетическое питание: руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2009. – 952 с.
9. Детское питание: руководство для врачей / под ред. В.А. Тутельяна, И.Я. Коня. – М.: Медицинское информационное агентство, 2009. – 952 с.
10. Химический состав российских продуктов питания / под ред. И.М. Скурихина. – М.: Дели-принт, 2002. – 236 с.
11. Приказ МЗ РФ № 330 от 05.08.2003 г. «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации».
12. Сайт диетологии России: www.dietolog.org
13. Диетология: dietolog-online.ru.
14. Практическая диетология, журнал: www.praktik-dietolog.ru
15. Лечебное питание и диеты: dietpitanie.net
16. Медицинская библиотека www/bibliotecar.ru/lechebnoe-pitanie

