**Федеральное Государственное БЮДЖЕТНОЕ образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» МинистерствА здравоохранениЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра поликлинической терапии с курсом идпо**

 УТВЕРЖДАЮ

 зав.каф.поликлинической

 терапии с курсом ИДПО

  д.м.н., профессор Волевач Л.В.

 «30» ноября 2016 г.

**Методические указания для студентов**

по самостоятельной внеаудиторной работе

по дисциплине «Поликлиническая терапия»

Тема: **«Диетотерапия при заболеваниях системы пищеварения»**

**Факультет лечебный**

Дисциплина поликлиническая терапия

Специальность 31.05.01. –лечебное дело

Курс 7 Семестр XΙII

УФА 2016

Тема: «Диетотерапия при заболеваниях системы пищеварения» на основании

рабочей программы дисциплины поликлиническая терапия утвержденной в 2016 году.

Рецензент:Г.Х. Мирсаева – доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской терапии БГМУ

Авторы: Крюкова А.Я., Курамшина О.А., Тувалева Л.С., Габбасова Л.В., Сахаутдинова Г.М., Низамутдинова Р.С., Шуваева Л.Г.

Утверждено на заседании №1 кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО от «30» ноября 2016 г., протокол 4.

**1.Тема. Диетотерапия при заболеваниях системы пищеварения.**

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

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

 В соответствии с приказом МЗ СР РФ №624 от 07.10.2005г. «О внесении изменения в инструкцию по организации лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях» и приказом МЗ РФ №330 от 05.08.2003г. «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации» в состав стандартных, специализированных и индивидуальных диет, используемых в лечебных и санаторных учреждениях, включены смеси белковые композитные сухие.

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

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

 Дефицит потребления легкоусвояемых белков в рационе приводит к снижению резистентности организма к неблагоприятным факторам окружающей среды (дезадаптации, формированию иммунодефицитных состояний, нарушению функции систем антиоксидантной защиты, хронизации болезней, повышению развития распространенных заболеваний, снижению качества жизни и эффективности лечебных мероприятий).

Вводятся в количествах, определенных состоянием, стадией заболевания, индивидуальными особенностями больного, смеси белковые композитные сухие как составная часть рецептуры блюд на стадиях их приготовлений (каши, супы, напитки и т.д.).

 Питание больных должно быть разнообразным и соответствовать химическому составу стандартных диет, пищевой ценности выбранному для больного рациону, среднесуточному набору продуктов питания, режиму питания. При составлении отдельного меню, а также при замене продуктов и блюд должен осуществляться подсчет химического состава и пищевой ценности диет. Обогащение стандартных диет легкоусвояемым белком специализированных белковых продуктов проводится включением в состав меню, карточек-раскладок при приготовлении каш, супов, киселей, напитков и т.д. специализированной белковой смеси (приложения №1), (приложение №2) белковые композитные сухие смеси.

При приготовление супов муку (рисовую, овсяную, гречневую, злаковую) смешать с сухой смесью, медленно, небольшой струей засыпать в кипящую воду при постоянном помешивании. Варить до готовности.

При приготовлении каш крупу перебрать, промыть в холодной и горячей воде, откинуть на сито, затем засыпать в кипящую воду, варить до полуготовности, затем добавить сухую смесь, перемешать и варить до готовности.

При приготовлении напитков сухую смесь (порошок) развести в 1/3 рецептурного количества теплой воды (30-35˚С), тщательно размешать до исчезновении комочков, процедить, добавить оставшуюся воду, довести до кипения, остудить, до 30-36˚С. В таком восстановленном виде напиток готов к употреблению.

При назначении дополнительного питания по отдельным показаниям индивидуальное увеличение квоты белка в пищевом рационе при белково-энергетической недостаточности рекомендуется введение специализированных продуктов (смесей белковых композитных сухих) в расчете на массу тела больного и степень недостаточности питания соответственно индексу массы тела (приложение №2).

Расчет дефицита белка суточной потребности проводится лечащим врачом с записью в амбулаторной карте.

**2.Цель:** основные принципы рационального питания, особенности лечебного питания при отдельных нозологиях.

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

* основные принципы лечебного питания;
* принципы лечебного питания при отдельных нозологиях

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

* основы организации и проведения лечебного питания;
* определить пищевой статус пациента;
* характеристика пищевого статуса по показателям индекса массы тела;

**3.Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:**

Вопросы для самоподготовки:

1. Принципы рационального питания

2. Подходы к рациональной терапии при заболеваниях внутренних органов, заболеваниях системы пищеварения

3. Диетические столы по Певзнеру

4. Приказ №330

**4.Вид занятия:** самостоятельная внеаудиторная работа

**5.Продолжительность занятия:** 6 (в академических часах)

**6. Оснащение:**

6.1. Дидактический материал (кино- и видеофильмы, тренинговые и контролирующие компьютерные программы, мультимедийные атласы и ситуационные задачи, деловые игры, фантомы, тренажеры и др.);

6.2. ТСО (компьютеры, видеодвойка, мультимедийные проекторы и др.)

**7.** **Содержание занятия:**

7.4. Самостоятельная работа обучающихся под контролем преподавателя (курация больных, анализ обменных карт, амбулаторных карт, оформление медицинской документации)

7.5. Контроль конечного уровня усвоения темы:

Материалы для контроля уровня освоения темы: тесты, ситуационные задачи.

Место проведения самоподготовки: учебная комната для самостоятельной работы обучающихся, учебная лаборатория, кабинеты функциональной диагностики.

Учебно-исследовательская работа обучающихся по данной теме (проводится в учебное время): работа с основной и дополнительной литературой, анализ амбулаторных карт, анализ статистических показателей работы ЛПУ.

**ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ**

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

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

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

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

 В рацион больного включают:

* Супы из хорошо проваренных круп, молочные, с добавлением отварных или протертых овощей;
* Отварное мясо в виде котлетной или протертой массы (котлеты, кнели, суфле и др), иногда – куском, особенно рыбу;
* Яйца, сваренные всмятку, паровые омлеты;
* Цельное молоко, сливки, свежие некислые сметану и творог; пресный и кальцинированный творог, блюда из творога;
* Полувязкие каши из манной, рисовой, гречневой и овсяной круп, пудинги из каш, отварную вермишель;
* Отварные или протертые картофель, морковь, свеклу, цветную капусту, кабачки, тыкву; яблоки запеченные или свежие протертые, кисели, муссы, желе, компоты, спелые и сладкие плоды; некрепкий чай с молоком или сливками; масла сливочное несоленое и растительные рафинированные в натуральном виде;
* Пшеничный хлеб вчерашней выпечки и подсушенный, сухари, сухое печенье.
* Режим питания - 5-6 раз в день, дробными порциями.

**Табл. - Рекомендации по питанию при хроническом гастрите**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Продукты** | **Рекомендуется** | **Исключаются** |
| Хлеб и мучные изделия | Хлеб пшеничный из муки высшего и 1-го сорта вчерашней выпечки или подсушенный; печенье сухое | Ржаной и любой свежий хлеб, изделия из слоеного теста |
| Супы | Молочные супы из хорошо разваренных круп (геркулес, манная, рис и др.); вермишель с добавлением протертых овощей, молочные супы-пюре из овощей; супы-пюре из заранее вываренных кур или мяса, из протертых сладких ягод с манной крупой. | Мясные и рыбные бульоны, грибные и крепкие отвары, щи, борщи, окрошка |
| Мясо, птица | Нежирные, без сухожилий, фасций, кожи у птиц;, паровые и отварные блюда из говядины, молодой нежирной баранины и обрезной свинины, кур, индейки; отварные блюда, включая мясо куском, из нежирной телятины, цыпленка, кролика; паровые котлеты, биточки, кнели, суфле, пюре, зразы; бефстроганов из вареного мяса; отварное мясо, запеченное в духовом шкафу; отварные язык и печень. | Жирные или жилистые сорта мяса животных и птиц (утки, гуся), консервы, копчености. |
| Рыба | Нежирные виды без кожи, куском или в виде котлетной массы, сваренной в воде или на пару. | Копченую и соленую рыбу, консервы. |
| Молочные продукты | Молоко, сливки, некислые кефир, простокваша, ацидофилин, йогурт; свежие некислые творог (желательно протертый) и сметана; творожные блюда: запеченные сырники, суфле, ленивые вареники, пудинги; неострый сыр тертый, изредка – ломтиками. | Молочные продукты с высокой кислотностью, острые, соленые сыры. |
| Яйца | 2-3 шт. в день, всмятку, паровой омлет. |  Яйца сваренные вкрутую и жареные. |
| Крупы | Манная, рис, гречневая, овсяная; каши, сваренные на молоке или воде, полувязкие и протертые (гречневая); паровые суфле, пудинги, котлеты из молотых круп. Вермишель, макароны отварные. | Кукурузную крупу, бобовые. |
| Овощи | Картофель, морковь, свекла, цветная капуста | Белокочанную капусту, репу, брюкву, редьку, щавель, шпинат, лук, огурцы, соленые, квашеные и маринованные овощи, грибы, овощные закусочные консервы. |
| Закуски | Салат из отварных овощей, мяса, рыбы; язык отварной; паштет из печени; колбаса докторская, молочная, диетическая; заливная рыба на овощном отваре; икра осетровых; неострый сыр, несоленая ветчина без жира. | Все острые и соленые закуски, консервы, копчености. |
| Плоды, сладкие блюда, сладости. | В протертом, вареном и печеном виде сладкие ягоды и фрукты; пюре, кисели, муссы, желе, компоты; сливочный крем, молочный кисель; сахар, мед, некислое варенье, зефир, пастила.  | Кислые, недостаточно спелые, богатые клетчаткой фрукты и ягоды, непротертые сухофрукты, шоколад, мороженое |
| Жиры | Сливочное несоленое масло, коровье топленое высшего сорта; рафинированные растительные масла, добавляемые в блюда |  Другие жировые продукты |

*Примерное меню:*

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

2-й завтрак: яблоко печеное с сахаром.

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

Полдник: отвар шиповника, сухарики.

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

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

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

*Примерное меню диеты №1 (непротертой)*

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

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

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

Полдник: отвар пшеничных отрубей с сахаром и сухарики.

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

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

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

 Для больных гастритом с пониженной секрецией желудочного сока традиционно рекомендуется диета №2 (ОВД), обеспечивающая механическое щажение желудка и умеренную химическую стимуляцию желудочных желез пищевыми раздражителями. Из рациона исключаются продукты и блюда, которые долго задерживаются в желудке, трудно перевариваются. Разрешены блюда различной степени измельчения и тепловой обработки: отварные тушеные, запеченные, жареные без образования грубой корочки, протертые блюда – из продуктов, богатых соединительной тканью и клетчаткой. В рацион включают супы на некрепких, обезжиренных мясных и рыбных бульонах, отварах из овощей и грибов, при переносимости – борщи, щи из свежей капусты, свекольники с мелко нашинкованными овощами, закуски из вымоченной сельди, салаты из свежих томатов, студни, неострый сыр, ветчину без жира, пряные овощи и умеренно – пряности и т.д.

**Табл. - Рекомендации по питанию при хроническом гастрите с секреторной недостаточностью**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Продукты** | **Рекомендуется** | **Исключаются** |
| Хлеб | Хлеб пшеничный из муки высшего и 1-го сорта вчерашней выпечки или подсушенный; печенье сухое, пироги с отварным мясом или рыбой, яйцами, рисом, яблоками, джемом. | Свежий хлеб и мучные изделия из сдобного и слоеного теста |
| Супы | На некрепком, обезжиренном мясном и рыбном бульоне, на отварах из овощей и грибов с мелко нашинкованными или протертыми овощами, картофелем, разваренными или протертыми крупами, вермишелью, лапшой, фрикадельками; при непереносимости – борщи, щи или свежей капусты, свекольники с мелко нашинкованными овощами; рассольник с протертыми овощами и заменой соленых огурцов рассолов | Молочные, гороховый, фасолевый, окрошка |
| Мясо и птица | Нежирные сорта, без фасций, сухожилий, кожи у птиц; отварные, запеченные, жареные; изделия из котлетной массы из говядины, кроликов, кур, индеек; язык отварной; соски молочные; блинчики с вареным мясом запеченные. | Жирное и богатое соединительной тканью мясо животных и птицы (утки, гуся), копчености, консервы (кроме диетических); ограничивают свинину, баранину. |
| Рыба | Нежирные и средней жирности виды и сорта рыб; куском или рубленая отварная, запеченная, тушеная, жареная без панировки. | Жирные виды, соленую, копченую рыбу, закусочные рыбные консервы. |
| Молочные продукты | Кефир, простокваша, йогурт и другие кисломолочные напитки; свежий творог в натуральном виде и в блюдах; сыр тертый или ломтиками; сметана – до 15 г на блюдо; молоко и сливки как добавление в блюда и напитки |  |
| Крупы | Различные каши на воде или с добавлением молока, на мясном бульоне, включая хорошо разваренные рассыпчатые каши; котлеты паровые или обжаренные без грубой корочки, вермишель, лапшевник с творогом или вареным мясом, плов с фруктами. | Бобовые; ограничивают с учетом переносимости пшено, перловую, ячневую, кукурузную крупы |
| Овощи | Картофель, кабачки, тыква, морковь, свекла, цветная капуста; вареные, тушеные и запеченные кусочками, в виде пюре, запеканок, мелко нашинкованная зелень в виде добавки в блюда. | Сырые непротертые овощи, маринованные и соленые, лук, редьку, редис, сладкий перец, огурцы, брюкву, чеснок, грибы. |
| Плоды, сладкие блюда, сладости | Зрелые фрукты и ягоды протертые (пюре), очень мягкие – непротертые; компоты, кисели, желе; компот из протертых сухофруктов; яблоки печеные; апельсины, лимоны (в чай, желе); при переносимости – мандарины, арбуз – по 100-200 г в день; ирис, мармелад, пастила, зефир, сахар, мед, джемы, варенье  | Грубые сорта фруктов и ягод в сыром виде, ягоды с грубыми зернами (малина, красная смородина) или грубой кожицей (крыжовник), финики, инжир; шоколадные и кремовые изделия, мороженое. |
| Напитки |  Чай с лимоном, кофе и какао на воде и с молоком; соки овощные, фруктовые, ягодные, разбавленные водой, отвары шиповника и отрубей. | Виноградный сок, квас, газированные напитки |
| Жиры | Сливочное, топленое, растительные масла, мягкие (наливные) маргарины. | Сало свиное, говяжий, бараний и кулинарные жиры. |

*Примерное меню диеты №2 или ОВД.*

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

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

*Полдник:* отвар шиповника с печеньем

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

На ночь: кефир или другие кисломолочные напитки.

**ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

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

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

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

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

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

**Основные принципы питания при язвенной болезни**

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

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

1. Не надо навязывать больному чаще всего необязательные, но непривычные, а подчас неприятные для него ограничительные диеты, требующие к тому же определенных кулинарных навыков у него или его родственников при изготовлении диетических блюд.
2. Если больной чувствует себя хорошо, применяя традиционные диеты, в том числе строгую диету № 1б, ему не следует отказываться от такого питания и, несмотря на все новые научные данные, переходить на мясные бульоны или жареные изделия. При улучшении самочувствия на фоне лекарственной терапии постепенно, переходить на обычное здоровое питание.
3. Соблюдать режим питания. Важно, чтобы приемы пищи были в привычное и относительно фиксированное время, без «сбоев». Следует избегать больших перерывов в приемах пищи с последующей обильной едой, особенно перед сном.
4. Необходимо учитывать сопутствующие ЯБ или способствующие развитию ЯБ заболевания, при которых диетотерапия научно обоснована: хронический панкреатит, некоторые заболевания кишечника или желчного пузыря и т.д. При таких заболеваниях традиционные при ЯБ диеты не показаны, а в ряде случаев противопоказаны.
5. При язвенной болезни, осложненной сужением выхода из желудка в двенадцатиперстную кишку (стенозом привратника), в рационе ограничивают количество углеводов до 250 г за счет крахмалсодержащих продуктов и увеличивают содержание белков и жиров для обеспечения физиологически нормальной энергоценности рациона. Для уменьшения нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка рацион должен быть малообъемным (не более 2-2,5 кг). За счет ограничения крахмалосодержащих продуктов и блюд (хлеба, каши, картофеля и др.) легче уменьшить объем пищи, чем за счет продуктов с преимущественным содержанием белков и жиров. Количество жидкости уменьшают до 0,6-1 л путем сокращения объема напитков и первых блюд (1/2 порции) и замены киселей и компотов на муссы и желе. Ограничивают объем пищи, вводимой за один прием, и сокращают число приемов до 3-4 раз в день. Ужин – не позднее 19 часов. При стенозе привратника чаще всего необходимо хирургическое вмешательство.

При ЯБ, осложненной кровотечением, больному не дают пищу в течение 1-3 дней, ему может быть назначено парентеральное питание. После остановки или значительного уменьшения кровотечения начинают давать жидкую или полужидкую охлажденную пищу столовыми ложками через каждые 2 часа в объеме, не превышающем 1,5-2 стаканов в день (молоко, сливки, слизистый суп, негустое желе, фруктовые соки, отвар шиповника). Затем количество пищи постепенно увеличивают за счет яиц, сваренных всмятку, мясного и рыбного суфле, сливочного масла, жидкой манной каши, тщательно протертых плодов и овощей. Режим питания – дробный, через каждые 2 часа, малыми порциями. В дальнейшем питание строится по типу диет номерной системы - № 1б и 1 или по новой номенклатуре диет - основного варианта стандартной диеты.

Примерное меню:

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

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

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

*Полдник:* яйцо, сваренное всмятку, отвар из шиповника.

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

На ночь: молоко (1 стакан).

**Рекомендации по питанию при язвенной болезни**

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

**Питание при дисфункции желчевыводящих путей и хроническом холецистите**

  В настоящее время в соответствии с Римским консенсусом (Рим, 1999 г.) функциональные заболевания желчных путей определяются как комплекс клинических симптомов, развившихся в результате моторно-тонической дисфункции желчного пузыря, желчных протоков и сфинктеров без признаков органического происхождения (воспаления, камнеобразования). Однако функциональная патология желчевыводящих путей (ЖВП) может развиваться и вторично в результате органической патологии печени, системы желчевыделения, двенадцатиперстной кишки, желудка, толстого кишечника и других органов, включая позвоночно-двигательные сегменты, правосторонний нефроптоз.

Дисфункциональные расстройства билиарного тракта (Рим, 1999) включают все заболевания, связанные с нарушением моторики желчного пузыря и/или сфинктера Одди независимо от их этиологии, основным проявлением которых является билиарная боль.

Дисфункциональным расстройствам подвержены следующие структуры:

1. желчный пузырь, как по гиперкинетическому, так и по гипокинетическому типу,
2. сфинктер Одди, Люткенса (гипертония - спазм, гипотония, атония).

Возможны сочетанные расстройства желчного пузыря и сфинктерного аппарата

 Классификация дисфункциональных расстройств желчевыводящих путей

|  |  |
| --- | --- |
| 1.По локализации | А. Дисфункция желчного пузыря (Е 1)В. Дисфункция сфинктера Одди (Е 2) |
| 2.По этиологии | А. ПервичныеВ. Вторичные |
| 3.По функциональному состоянию | А. ГиперфункцияВ. Гипофункция |

Диагностические критерии дисфункции желчного пузыря

1.Повторяющиеся эпизоды умеренной или тяжелой боли, локализованной в эпигастрии или правом подреберье продолжительностью 20 и более минут в течение 3 месяцев или 1 раз и более за последние 12 мес. и сочетаются с одним и более из признаков:

А. Тошнота, рвота

Б. Иррадиация боли в спину или правую лопатку

В. Возникновение боли после приема пищи

Г. Возникновение боли в ночное время

Д.Нарушение функции желчного пузыря

Е.Отсутствие структурных нарушений.

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

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

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

Диагностические тесты:

-скрининговые

-лабораторные: а/ увеличение в 2 раза аминотрансфераз, ЩФ и билирубина при билиарноподобном варианте,

б/ увеличение амилазы и липазы в сочетании с абдоминальной болью при панкреатитоподобном варианте,

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

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

Тесты, подтверждающие дисфункцию сфинктера Одди:

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

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

**Необходимое условие лечения дисфункции желчевыводящих путей** - **соблюдение диеты.**

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

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

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

 Диета при гипокинетической форме обязательно должна включать продукты, обладающие желчегонным действием: сметану, сливочное и растительное масло, сливки, яйца всмятку, черный хлеб, овощи. Они стимулируют двигательную активность желчных путей. С этой же целью используют экстракт алоэ, элеутерококк, женьшень. Хорошо помогают растительные желчегонные сборы. В их состав обычно входят цветки бессмертника, тысячелистник, листья мяты, плоды кориандра и др.
 Минеральные воды используются с высокой степенью минерализации: Баталинская, Арзни, Ессентуки №17. Их надо пить холодными или слегка подогретыми, по 200-250 мл за 30-60 мин. до еды.

**Диетотерапия при дисфункции желчного пузыря и хроническом холецистите**

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

**Классификация хронического холецистита** разработана отечественными гастроэнтерорлогами (А.М.Ногаллер, Я.С.Циммерман, В.А.Галкин) и представлена ниже.

1. Хронический бескаменный холецистит

 а) с преобладанием воспалительного процесса

 б) с преобладанием дискинетических расстройств

1. Хронический калькулезный холецистит
2. Хронический холецистит в сочетании с паразитарной инвазией (описторхоз, лямблиоз и др.)

##### По фазам заболевания:

#####  обострение (декомпенсация)

 затухающее обострение (субкомпенсация)

ремиссия (компенсация)

#### По характеру течения:

 рецидивирующий

монотонный

перемежающий

#### По степени тяжести:

легкая

средней тяжести

тяжелая

**По наличию осложнений:**

осложненный

неосложненный

 **Хронический холецистит** относится к тем заболеваниям, лечение которых не может быть эффективным без соблюдения специальной диеты и определенного режима жизни. Основой диеты при холецистите являются несколько запретов: исключите пряности, соленья, копчености, жиры животного происхождения, алкоголь.  Следует ограничить сладкие и жирные продукты. Отдайте предпочтение кефиру с 1-процентным содержанием жира. Последний прием пищи должен быть не менее, чем за четыре-пять часов до ночного сна.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Первые блюда:**

* молочные супы,
* манные молочные супы,
* вегетарианские супы,
* фруктовые супы,
* ягодные супы,
* овощные супы,
* супы из простокваши или кефира;

 **Вторые блюда:**

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

 **Соусы:**

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

**Овощные блюда и гарниры:**

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

**Блюда из творога:**

* пудинг творожный с морковью,
* вареники ленивые,
* зразы из творога с фруктами,
* пудинг из гречневой крупы с творогом,
* лапшевник с творогом,
* пудинг картофельный с творогом,
* рулет картофельный с творогом,
* ватрушка свекольная с творогом;

 **Напитки:**

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

 **Не рекомендуются**:

* острая, соленая, жареная пища, блюда с высоким содержанием экстрактивных веществ (крепкие мясные и рыбные бульоны, яичные желтки, уксус, перец, горчица, хрен, жареные и тушеные блюда);
* алкогольные напитки и пиво; холодные и газированные напитки;
* крайне нежелательно употреблять красную смородину, бруснику, бобовые.
* следует исключить тугоплавкие и трудноперевариваемые жиры (сало, лярд, жирные сорта мяса и рыбы);
* особенно опасно сочетание алкогольных напитков и жирных блюд.

При гипотонической дисфункции в дополнение к основной диете показаны:

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

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

 До того, как применять холекинетики или делать дуоденальные тюбажи, необходимо убедиться, что в желчевыводящих путях и в желчном пузыре нет камней. При наличии камней (которые можно выявить на УЗИ или рентгенограмме) вместе с энергичным оттоком желчи возможно продвижение камней с их ущемлением в шейке желчного пузыря или протоках, что приведет к обострению холецистита, и может потребовать хирургического вмешательства. Обязательно проконсультироваться с лечащим врачом о необходимости дуоденального зондирования.

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

 При гипертонической дисфункции в дополнение к основной диете показаны:

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

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

 Примерный комплекс упражнений утренней гигиенической гимнастики включает:

* ходьбу на месте в течение 30-50с,
* потягивания,
* круговые движения головой,
* отведение рук назад,
* повороты туловища,
* наклоны туловища в сторону,
* наклоны туловища вперед,
* маховые движения ногами,
* полуприседы и приседание,
* легкий бег на месте в течение 20с,
* ходьба на месте 40-50с,
* диафрагмальное дыхание.

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

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

 **Роль питания в профилактике желчнокаменной болезни**

 Экспериментально установлено, что до определенного предела содержание холестерина в пище не влияет на его выделение в желчь. Однако, если его содержание увеличивается сверх этого предела, желчь становится литогенной. Собакам добавляли к стандартной диете 2% холестерина, желчные камни образовались в 100 % случаев. Возврат к диете с низким содержанием холестерина вызывал растворение желчных камней. У хомяков увеличение количества вводимого холестерина в стандартной диете с 0,8 мг до 2,4 г на 1 кг пищи приводило к образованию холестериновых желчных камней в течение 12 недель в 50%. Аналогичные результаты получены в опытах на обезьянах. Сочетание богатой холестерином диеты с введением эстрогенных гормонов увеличивало образование холестериновых желчных камней до 90%. Другой вид литогенной диеты - добавление к пище значительного количества жиров. Диета, богатая насыщенными жирными кислотами, приводит к увеличению выделения холестерина в желчь и образованию желчных камней. Наоборот, добавление к холестериновой литогенной диете желчных кислот резко уменьшало частоту их образования. По данным японских авторов, было показано, что вид желчных камней, образующихся при кормлении пищей с высоким содержанием жиров, зависит от состава последних. Если в жирах содержатся преимущественно насыщенные жирные кислоты или имеющие одну двойную связь (олеиновая кислота), желчь оказывается перенасыщенной холестерином и быстро образуются холестериновые желчные камни. Если же в состав жиров входят полиненасыщенные жирные кислоты (линолевая, линоленовая), холестериновые камни не формируются, а количество холестерина в желчи и холестериновых камней уменьшается (но иногда возникают пигментные камни). Высокое содержание липидов в пище не является обязательным условием для образования холестериновых желчных камней. Литогенной оказалась диета, лишенная жира, состоящая преимущественно из сахарозы и глюкозы (около 60% сахарозы и глюкозы, 20% казеина, остальные 20% - клетчатка, соли и витамины). Указанная диета приводила к образованию холестериновых желчных камней у 70% хомяков. Замена казеина желатином в моносахаридной белковой диете еще более увеличивала частоту образования холестериновых камней. На основании проведенных данных можно сделать вывод о том, что образование камней могут вызвать не только пища с избыточным количеством холестерина, но и различные диеты, в которых резко нарушены нормальные соотношения основных питательных веществ.

Но к сожалению, наши современники нередко проводят подобные эксперименты на собственном организме при голодании, используя различные несбалансированные диеты.

Образованию камней в эксперименте способствует дефицит витамина С. До каких пределов компенсаторные механизмы человека в состоянии поддерживать нормальный состав желчи, несмотря на увеличение количества вводимого с пищей холестерина, точно не установлено. Однако такой предел, несомненно существует, как показали приведенные выше эксперименты на животных. Большой интерес представляет изучение влияния на процессы камнеобразования у человека содержащихся в пище веществ, препятствующих всасыванию холестерина и способных усилить его экскрецию с калом. К таким веществам относится растительный стероид бета-ситостерол, встречающийся во многих растительных маслах, зернах пшеницы, ржи, крапиве и др. Увеличение экскреции и уменьшение всасывания холестерина в кишечнике вызывает также пища, содержащая значительное количество волокон клетчатки. Под этим термином обычно понимают устойчивые к пищеварительным ферментам человека структурные полисахариды в стенке растительных клеток, растительные липиды, лигнин, неусвояемые углеводы и др. Интересно сравнить приведенные выше данные с результатами исследования литогенности желчи и частотой желчнокаменной болезни у лиц, в течение многих лет придерживавшихся того или иного пищевого режима. Такого рода сведения получены при изучении особенностей питания населения в различных странах. Обнаружено, что повышение содержания животного жира, белков и количества калорий в пище увеличивает вероятность возникновения желчных камней. Сопоставление особенностей питания и частоты холелитиаза в различных странах представляет несомненный интерес, но выводы следует делать с большой осторожностью, поскольку частота их возникновения может зависеть не только от особенностей питания, но и от национально-генетических факторов. В связи со сказанным особый интерес представляют исследования, в которых анализ влияния питания на частоту холелитиаза проводился в пределах одной этнической группы. В Японии в первые годы после войны население, особенно сельское, питалось преимущественно растительной пищей и желчные камни встречались значительно реже, чем в США. Если же японцы переселялись в США и меняли пищевой режим, желчные камни у них возникали так же часто, как и у американцев, причем преимущественно холестериновые. До 1950 г. в среднем количество потребляемых жиров на одного человека составляло 18 г, а частота желчнокаменной болезни колебалась от 1 до 3%. В 1972 г. потребление жиров увеличилось до 48 г, а частота нахождения желчных камней (в основном холестериновых) - до 8 - 9%. Особенно увеличилась частота холестериновых желчных камней у жителей городов. В Токио они составили до 70% от числа всех видов камней, в то время как в сельской местности, где характер питания изменился в меньшей степени, преобладали пигментные камни. Интересные данные получены при изучении частоты возникновения желчных камней в Австралии у эмигрантов из Италии и Греции. После приезда частота возникновения у них желчных камней увеличивалась в 4 раза, что авторы связывают с изменением характера пищи: до переезда эти лица употребляли мясные продукты 1 - 2 раза в неделю, а после переезда - в среднем 2 раза в день, причем значительно увеличилось потребление сладких и мучных блюд. Приведенные данные показывают, что, несмотря на устойчивость механизмов, регулирующих выделение холестерина в желчь, длительное воздействие питания определенного состава существенно сказывается на частоте возникновения желчнокаменной болезни.

Если вы страдаете заболеваниями желчного пузыря и дисфункцией желчевыводящих путей или у ваших родственников выявлена желчнокаменная болезнь, необходимо строго следовать советам врача по диетическим рекомендациям. При своевременном обращении к врачу и соблюдении всех его рекомендаций вы сможете достичь максимального эффекта от лечения. Помните, что при нарушениях функций печени и желчевыводящих путей очень важное значение имеет правильное питание.

**Тесты для контроля:**

**Выберите один правильный ответ:**

1. ДИЕТИЧЕСКИЙ СТОЛ, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ
2. Стол №8
3. Стол №9
4. Стол №5
5. Стол №7
6. СТОЛ, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ
7. Стол №8
8. Стол №5
9. Стол №10
10. Стол №7
11. СТОЛ, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА В СОЧЕТАНИИ С ДИАРЕЕЙ
12. Стол №8
13. Стол №9
14. Стол №4
15. Стол №7
16. СТОЛ, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА В СОЧЕТАНИИ С ЗАПОРАМИ
17. Стол №8
18. Стол №9
19. Стол №10
20. Стол №3
21. ПРИКАЗ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЙ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ В ЛПУ
22. Приказ №331
23. Приказ №332
24. Приказ №30
25. Приказ №330

 Ответы

1. 3). 2. 2). 3. 3). 4. 4). 5. 4).

**Литература**

**Основная:**

1. Поликлиническая терапия: учебник для студентов медицинских вузов, рек. УМО мед. и фармац. вузов РФ / А. Я. Крюкова; под ред. А. Я. Крюковой ; МЗ и соц. развития РФ, Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа: Гилем, 2009. - 325 с.
2. Поликлиническая терапия: учебник/ Г. И. Сторожаков, И. И. Чукаева, А. А. Александров. - 2-е изд., перераб. и доп.- М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013-640 с.
3. Поликлиническая терапия: учебное пособие/М.В. Зюзенков (и др.); под редакцией М.В. Зюзенкова. –Минск: Высшая школа, 2012. – 608 с.
4. Поликлиническая терапия: учебник /под ред И.Л. Давыдкина, Ю.В. Щукина. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 688 с.

**Дополнительная:**

## [Лечение функциональной диспепсии. 2016 г.](http://www.gastro.ru/index.php/klinicheskie-rekomendatsii-rga/36-lechenie-funktsionalnoj-dispepsii-2013-g-2) Клинические рекомендации РГА.

## Грищенко  Е.Б.  Хронические  гастриты  в  клинической  практике  врача-гастроэнтеролога  /  Е.Б.  Грищенко  //  Consilium  medicum.  —  2011.  —  Toм  13.

1. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии В.Т. Ивашкин 2012
2. [Стандарты диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с Helicobacter pylori заболеваний. Хронический гастрит // Вестник практического врача. Спецвыпуск. – 2013.](http://www.gastroscan.ru/literature/authors/7168)
3. Маев, И. В..      Болезни желудка: монография/ И. В. Маев, А. А. Самсонов, Д. Н. Андреев. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2015. - 973 с.
4. Экспертиза временной нетрудоспособности в медицинских организациях: учебное пособие : рек. УМО по мед. и фармац. образов. вузов России для обучающихся по основам образов. программ высш. образования - подготовки кадров высш. квалиф. по программам ординатуры по спец. "Организация здравоохранения и общественное здоровье"/ Л. Н. Коптева, А. Г. Барабанов. - Нижний Новгород: Изд-во НижГМА, 2015. – 91с.
5. Медицинская реабилитация: учебник : Мин. образования и науки РФ, рек. ГБОУ ВПО "Первый Московский гос. мед. ун-т им. И. М. Сеченова" для студ. учреждений ВПО, обуч. по спец. "Лечебное дело" и "Педиатрия" по дисц. "Медицинская реабилитация"/ под ред.: А. В. Епифанова, проф. Е. Е. Ачкасова, В. А. Епифанова. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2015. - 668 с.