

Вера Александровна Подколзина

Лечебное питание при сахарном диабете



Вера Подколзина

**Лечебное питание
при сахарном диабете**

«Научная книга»

2013

Подколзина В. А.

Лечебное питание при сахарном диабете / В. А. Подколзина —
«Научная книга», 2013

«В предложенной книге подробно изложены основные принципы питания при сахарном диабете, приведены примеры расчета калорийности пищи с учетом хлебных единиц, показана эффективность сочетания лечебного питания и лечебной физкультуры. Так как пациенты с данным заболеванием, как правило, имеют избыточную массу тела, автор предлагает методы коррекции, которые доступны и в домашних условиях».

© Подколзина В. А., 2013

© Научная книга, 2013

Содержание

Введение	6
Глава 1	7
Роль лечебного питания	7
Основные принципы лечебного питания	12
Характеристика лечебных диет	13
Конец ознакомительного фрагмента.	14

Подколзина Вера Александровна

Лечебное питание при сахарном диабете

Все права защищены. Никакая часть электронной версии этой книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, включая размещение в сети Интернет и в корпоративных сетях, для частного и публичного использования без письменного разрешения владельца авторских прав.

Введение

Сахарный диабет – наиболее часто встречающееся заболевание среди неинфекционных хронических заболеваний. Его развитие определяется относительным или абсолютным недостатком инсулина, в результате чего организм теряет способность должным образом использовать углеводы. Несмотря на успехи в лечении, сахарный диабет остается на сегодняшний день неизлечимым заболеванием. Качество жизни больных сахарным диабетом заметно отличается от такового у здоровых людей. Это связано прежде всего с ежедневным приемом лекарств, необходимостью постоянного контроля лабораторных показателей (в частности сахара), избирательностью питания. Развитие диабета можно предупредить или задержать, но при условии правильного понимания основных принципов гигиенического и в особенности пищевого режима. С этих позиций нужно довести до сведения широких кругов населения причины, способствующие возникновению сахарного диабета, первые его признаки и предложить меры профилактики, которые обеспечат раннее обращение к врачу. Осведомленность окружающих больного родственников и товарищей по работе – о сущности сахарного диабета и возможных его последствиях имеет большое значение для жизни больного диабетом в семье и коллективе. В свою очередь каждый больной, зная достаточно о своей болезни и ее лечении, станет активным помощником врача и будет стремиться к сохранению хорошего самочувствия и трудоспособности. В предложенной книге подробно изложены основные принципы питания при сахарном диабете, приведены примеры расчета калорийности пищи с учетом хлебных единиц, показана эффективность сочетания лечебного питания и лечебной физкультуры. Так как пациенты с данным заболеванием, как правило, имеют избыточную массу тела, автор предлагает методы коррекции, которые доступны и в домашних условиях.

Глава 1

Питание как важное составляющее звено в лечении заболеваний

Роль лечебного питания

Проблемы «питание и здоровье» и «питание и болезни», лежащие в основе алиментарной профилактики и диетотерапии различных заболеваний, тесно взаимосвязаны. Эти проблемы являются стержнем нутрициологии (науки о питании здорового и больного человека) и ее составной части – клинической диетологии. В развитии и течении практически всех болезней можно усмотреть большую или меньшую роль пищевых факторов. На основе этого бесспорного положения можно заметить, что отклонения от рационального (здорового) питания вызывают множество заболеваний. В проблеме «питание и болезни» можно выделить пять основных групп болезней, которые этнологически, патогенетически непосредственно связаны с питанием:

1) первичные (экзогенные) расстройства питания организма и первичные болезни недостаточного и избыточного питания – алиментарные заболевания. Так, этиологией атеросклероза, артериальной гипертензии, сахарного диабета, желчно-каменной болезни, остеопороза и многих других заболеваний является неправильное питание;

2) вторичные (эндогенные) расстройства питания организма и вторичные болезни недостаточного и избыточного питания – заболевания различных органов и систем, ведущие к нарушению переваривания пищи и всасывания основных питательных веществ, усилению расхода пищевых веществ, ухудшению их утилизации, повышенному их выведению из организма. В результате возникает дефицит основных питательных веществ вплоть до вторичных болезней недостаточного питания (хронические гастриты, энтериты, болезни Крона, язвенный колит, хронический панкреатит, заболевания печени с нарушением выделения желчных кислот). Понятие «вторичное», распространяется на болезни не только недостаточного и избыточного питания: ожирение вторичное (немитоматическое) – церебральное, особенно гипоталамическое и эндокринное;

3) болезни с алиментарными факторами риска развития патологии. Факторы риска – это признаки, предшествующие заболеванию, имеющие с ним самостоятельную, но вероятную (т. е. необязательную) связь. Факторы риска не являются достаточными для возникновения конкретной болезни. АФР имеют важную, но не единственную роль в развитии таких заболеваний: атеросклероза и обусловленной им коронарной и цереброваскулярной патологии, артериальной гипертензии, сахарного диабета, хронических заболеваний органов пищеварения, некоторых злокачественных новообразований, остеопороза, почечно-каменной болезни, подагры и т. д.;

4) болезни, обусловленные пищевой непереносимостью. Пищевая непереносимость обусловлена индивидуальными особенностями организма, а не питанием как таковым, поскольку продукты, не переносимые некоторыми людьми, являются нормальной составной частью пищи подавляющего большинства людей. К пищевой непереносимости относятся: пищевая аллергия, пищевая псевдоаллергия, кишечная ферментопатия;

5) болезни с алиментарными факторами передачи возбудителя патологии. С питанием связана большая группа острых и хронических заболеваний, при которых пищевые продукты включаются в механизм передачи этиологического фактора болезни и имеют эпидемиологическое значение. Многие острые и хронические инфекционные болезни, а также гельминты

вызывают вторичные расстройства питания организма и даже возникновение болезней недостаточного питания.

Лечебное питание (диетотерапия) основано на знаниях этиологии, патогенеза и клинических особенностях течения различных заболеваний, оно строится на базе данных науки о питании здорового и больного человека, в том числе на знаниях вопросов диетологии. Диета означает состав пищи (пищевой рацион) и режим питания применительно к больному человеку. Таким образом, диетотерапия – это применение в лечебных и профилактических целях специально разработанных диет для людей с острыми заболеваниями или обострением хронических болезней, а также с некоторыми хроническими заболеваниями вне стадии обострения. Диетотерапия может быть главным методом лечения при первичных болезнях недостаточного и избыточного питания или врожденных нарушениях усвоения отдельных пищевых веществ, например при кишечных ферментопатиях. Диетотерапия является одним из основных методов комплексного лечения при некоторых болезнях органов пищеварения, при болезнях почек, ожирении, сахарном диабете II типа, пищевой аллергии и псевдоаллергии. В других случаях лечебное питание усиливает действие различных видов терапии, предупреждая в какой-то мере прогрессирование и осложнение болезни: при сахарном диабете I типа, ишемической болезни сердца, застойной сердечной недостаточности, ряде болезней печени, подагре, почечнокаменной болезни и др. При артериальной гипертензии на этапе ее немедикаментозной терапии лечебное питание – один из основных методов лечения, при лекарственной терапии – дополняющая его часть. При инфекционных заболеваниях, туберкулезе, после хирургических операций лечебное питание способствует повышению защитных сил организма, восстановлению поврежденных тканей, ускорению выздоровления, предупреждению перехода болезни в хроническую форму. Лечебное питание может повысить эффективность фармакотерапии и уменьшить вероятность неблагоприятного действия на организм ряда лекарств.

При обосновании лечебного питания при различных заболеваниях и составлении лечебных диет должны быть учтены следующие принципы.

1. *Обеспечение потребностей больного человека в питательных веществах и энергии* (питание базируется на физиологических нормах питания в зависимости от пола, возраста и других факторов). Однако в лечебном питании средние величины физиологических потребностей в питательных веществах и энергии могут быть увеличены или уменьшены с учетом нарушений, возникающих в организме при различных заболеваниях. Например, при хронической почечной недостаточности в диетах уменьшают количество белков. Приготовление многих диетических блюд ведет к потерям витаминов, потребность в которых при большинстве заболеваний повышена, поэтому надо предусмотреть включение в рацион богатых витаминами разрешенных при том или ином заболевании продуктов, а также прием витаминных препаратов. При некоторых заболеваниях на первый план выступает правильное распределение рекомендуемого количества пищевых веществ по приемам пищи (режим питания), например углеводов при инсулинотерапии сахарного диабета, причем это распределение зависит от времени инъекций инсулина и вида его препаратов.

2. *Обеспечение соответствия между принимаемой пищей и возможностями организма ее усваивать.* Это требование лечебного питания достигается путем целенаправленного назначения определенного количества пищевых веществ, подбора продуктов и методов их кулинарной обработки, режима питания с учетом особенностей обмена веществ, состояния органов и систем больного человека. При заболеваниях органов пищеварения возможно ухудшение образования пищеварительных ферментов. Более полное усвоение пищи достигается в этих случаях путем введения в диету источников легкопереваримых белков, жиров и углеводов, применения блюд из измельченных и протертых продуктов. При дефиците в кишечнике фермента, расщепляющего белок злаковых культур, из диеты исключают все продукты, содержащие белок злаков (овес – частично). При сахарном диабете в диету включают фруктозу, так

как последняя медленнее всасывается из кишечника и для ее усвоения почти не требуется инсулин.

3. *Учет состояния питания организма (показателей его пищевого статуса).* При назначении диеты и в ходе диетотерапии изучение пищевого состава позволяет внести коррекцию в содержание пищевых веществ.

4. *Учет местного и общего воздействия пищи на организм.* При местном воздействии пища влияет на органы чувств (зрение, обоняние, вкус и непосредственно на пищевой канал (ротовую полость, желудок и др.)). Значительные сдвиги секреторной и двигательной функций органов пищеварения возникают при изменении химических, механических и температурных воздействий пищи. Общее воздействие пищи, ее химического состава и энергетической ценности заключается во влиянии на процессы обмена веществ в клетках, тканях и органах, что ведет к изменениям их функционального и морфологического состояния. Общее воздействие пищи влияет на иммунобиологическую реактивность организма.

5. *Использование в питании методов щажения, тренировки и разгрузки.* В лечебном питании вообще, а при щадящих диетах в частности учитывают не только тяжесть болезни, но и продолжительность диеты. Надо избегать поспешного расширения строгих дней и чрезмерного их затягивания, что может дать отрицательный эффект и даже вызвать осложнения. Так, при длительном исключении из диеты поваренной соли может возникнуть патологическое состояние от недостатка натрия и хлора в организме, а продолжительная щадящая диета при поносах может привести к запорам. Поэтому щажение сочетают с тренировками – постепенным расширением строгих диет за счет новых, все менее и менее щадящих блюд и продуктов. Такие «упражнения» пищеварительного аппарата и обмена веществ по отношению к повышенным пищевым нагрузкам проводят под контролем состояния больного, его реакции на нагрузки. Если возникает некоторое ухудшение, временно назначают прежнее питание. Цель разгрузочных дней – облегчить функции пораженных органов и систем, способствовать выделению из организма продуктов нарушенного обмена веществ. Разгрузочные фруктовые, овощные, молочные и другие диеты применяют при болезнях почек, печени, сердечно-сосудистой системы. Важное значение имеют разгрузочные диеты – частичное голодание при лечении ожирения. Полное голодание кратковременно применяют при некоторых острых заболеваниях органов брюшной области (остром панкреатите, непроходимости кишечника и др.), после хирургических операций (резекции желудка, холецистэктомии и др.).

6. *Изменения питания в связи с фармакотерапией.*

7. *Использование избыточной диетотерапии.* К избыточной диетотерапии можно отнести назначение диеты без обоснованных показаний к ее применению, «диеты-запрещения» с длинным перечнем исключаемых продуктов и блюд вместо «диеты-предложения», излишнюю продолжительность рекомендуемых жестких пищевых ограничений. В связи с избыточной диетотерапией ухудшается качество жизни пациентов, могут возникать патологические состояния. С современных позиций лечебное питание должно приносить максимальное ограничение. Другими словами, исключить из диеты надо столько, сколько нужно, но не больше, чем нужно. В противном случае возникает «избыточная диетотерапия». Диеты со значительными ограничениями по сравнению с нормами питания здорового человека должны применяться по возможности в течение короткого периода и в основном при острых заболеваниях или резком обострении хронических болезней, например хронического панкреатита или хронического холецистита. Однако неоправданные пищевые ограничения могут быть обусловлены не ошибочными рекомендациями лечащего врача, а ошибками самого пациента – «уходом больного в диету», что в свою очередь требует вмешательства врача.

8. *Учет качества жизни в связи с диетотерапией.* Оценивается не объективная тяжесть патологического процесса, а то, как больной переносит свое заболевание и лечебные вмешательства. Только сам больной может субъективно определить, что хорошо или плохо для него,

включая рекомендации по диетотерапии. При некоторых заболеваниях диетотерапия может иметь ведущее значение среди факторов, отягощающих качество жизни. Так, при доброкачественном течении язвенной болезни с самой болезнью связывали ухудшение качества жизни 45 % больных, а с необходимостью придерживаться диеты – 55 %. Лечебное питание может не улучшать качества жизни больных, но и не должно его резко ухудшать, особенно при отсутствии обязательности тех или иных пищевых ограничений.

9. *Формирование согласия пациента на диетотерапию.* Лечебное питание невозможно без активного участия больного в выполнении диетических предписаний, без его убежденности в необходимости диетических предписаний, без его убежденности в необходимости диеты и без разумного подчинения ей.

Применительно к диетотерапии хронических заболеваний для достижения согласия пациента врачу необходимо следующее:

- максимально возможное по времени общение с пациентом для познания его болезни, характера питания;
- разъяснение диетических рекомендаций с учетом личности пациента;
- уделение внимания вопросам, сомнениям и соображениям больного и его родственников;
- выяснение финансовых и иных возможностей пациента. Современное социально-экономическое положение общества с расслоением на богатых и бедных диктует разные подходы к диетическим рекомендациям для разных по достатку категорий больных;
- предупреждение надежд пациента на быстрый эффект диетотерапии.

10. *Учет национальных и религиозных особенностей питания.* Отечественная диетология ориентирована на рекомендуемые продукты и блюда так называемого общеевропейского питания со спецификой русской кухни. Вопрос о применении в лечебном питании при отдельных заболеваниях сугубо национальных блюд недостаточно разработан, но при отсутствии явных противопоказаний не следует существенно менять привычные для человека национальные особенности питания.

Пищевые предписания многих религий содержат запреты на употребление отдельных продуктов, правила кулинарной обработки пищи и другие регламентации. В диетологической практике надо учитывать следующее:

1) в православном христианстве допускается смягчение пищевых предписаний поста, если человек болел. Церковный устав отвергает полное нарушение поста – употребление скоромной пищи;

2) при многих заболеваниях приемлемо периодическое питание только за счет разнообразных растительных продуктов, рыбы и растительного масла. При некоторых заболеваниях (подагра, почечно-каменная болезнь) полезно временное вегетарианское питание, т. е. питание без рыбы. В церковном уставе нет запрета на дополнение диет во время постов препаратами витаминов и минеральных веществ;

3) строгие посты и предусмотренные церковным уставом дни однократного приема пищи противопоказаны при инсулинотерапии сахарного диабета, белково-энергетической недостаточности, а также острых заболеваниях и обострении хронических болезней, диетотерапия которых требует легкоусвояемой и полноценной, особенно в отношении белка, пищи;

4) после многодневных постов следуют церковные праздники с традиционно обильной трапезой. Резкий переход от постной пищи к скоромной требует разумной осторожности для лиц с хроническими заболеваниями органов пищеварения, артериальной гипертензией, подагрой, сахарным диабетом, цереброваскулярными и другими заболеваниями.

В России второй по численности верующих религией является ислам, при котором запрещается употребление свинины, крови животных, мяса животных, заколотых не по правилам

ислама, а также вина. Пост заключается в полном воздержании от пищи, воды, курения и развлечений в светлое время суток.

В правилах поста учитываются медицинские противопоказания к абсолютному голоданию в дневное время суток.

Основные принципы лечебного питания

Лечебное питание – обязательный метод комплексной терапии. Диетотерапия осуществляется с помощью диеты (лечебного стола) и режима питания. Диета – пищевой рацион (суточное количество пищи) – составляется для пациента на период заболевания или его профилактики. Лечебное питание способно предупредить разные осложнения и даже лечить патологический процесс. Чтобы составить диету, необходимо знать состав пищи, ее калорийность, суточный рацион (общее количество пищи) и количество отдельных составляющих: белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных солей, воды. При этом обязательно учитывать качество пищевых веществ, характер кулинарной обработки продуктов, состав пищи: белки, жиры, углеводы которые, сгорая, выделяют энергию, измеряемую калориями. Здоровому человеку необходимо 2800–3000 калорий в сутки. Для повышения массы тела назначают более калорийную пищу, для уменьшения массы тела – менее калорийную. Существуют таблицы, указывающие на число калорий в 100 г продуктов, – в белках, жирах и углеводах, так как именно эти продукты являются источниками энергии. При назначении диеты следует учитывать механизм развития заболевания, состояние обмена веществ, индивидуальную усвояемость пищи. Пища имеет объем, вес, консистенцию, температуру и внешний вид в соответствии с назначенной диетой. Все суточное количество пищи должно составлять около 3 кг, в лечебном питании часто необходимо уменьшение или увеличение веса пищи за счет жидкости и растительной клетчатки. Количество свободной жидкости уменьшают при отеках, ожирении, увеличивают при нарушении солевого обмена, инфекциях, кровопотерях, интоксикациях. Растительную клетчатку назначают или уменьшают лихорадящим пациентам, а также при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы. Увеличивают количество клетчатки при запоре, атеросклерозе, хронических профессиональных интоксикациях. При приготовлении пищи соблюдаются принципы:

а) принцип щажения. Механическое щажение – это способ приготовления жидкой, полужидкой, пюреобразной пищи. Такая пища легче переваривается, не травмирует слизистую кишечника;

б) химическое щажение предлагает исключение из пищи раздражающих (солей, маринадов, пряностей, копченостей) и плохо перевариваемых продуктов (жирных, мясных блюд, тугоплавких животных жиров).

Цель такого щажения – сэкономить энергию ослабленного болезнью организма на пищеварение и всасывание. Температура пищи может быть от 10 до 60 °С. Термическое щажение рекомендуется при острых воспалительных заболеваниях слизистой полости рта, глотки, пищевода, желудка после операции на этих органах. По мере выздоровления пациента его диета меняется.

В стационарах соблюдается режим питания, который контролируют палатная сестра, старшая медсестра и заведующий отделением, диетврач, диетсестра. Режим питания предусматривает: определенное число приемов пищи в течение дня, определенную длительность промежутков между приемами пищи, время приемов пищи, количественное и качественное распределение суточного рациона между отдельными приемами пищи. Оптимальный промежуток между приемами пищи равен 4 ч, ночной перерыв должен составлять 10–11 ч, за 2 ч до сна пищу принимать не рекомендуется. При пятикратном питании организуется второй завтрак, при шестикратном – полдник.

Характеристика лечебных диет

Диета № 0. Показания: диету назначают в первые дни после операций на органах пищеварения, а также при прекоматозных состояниях (травмы головного мозга, инсульт, лихорадка). Диета состоит из жидких, желеобразных блюд, слизистых отваров, легкого мясного бульона, жидких протертых каш, киселей. Пищу дают дробными порциями, часто. Диету назначают на несколько дней.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.