

Книга предназначена для домашних хозяек, а также для работающих женщин, готовящих для всей семьи и столкнувшихся с проблемой питания близких людей, которые вынуждены следовать особым правилам в еде.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	7
Для чего нужно питание здоровому и больному человеку?	9

ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ. ТЕОРИЯ ДИЕТИЧЕСКИХ СТОЛОВ

Что такое лечебное питание?	13
Каковы особенности лечебного питания?	14
Когда люди стали использовать пищу как лекарство?	16
Как относились к лечебному питанию в России?	20
Куда исчезли 15 лечебных столов по Певзнеру?	24
Какие специализированные продукты в настоящее время включены в лечебные рационы?	27
Специализированные белковые продукты	28
Витаминно-минеральные комплексы	30
Применяются ли в лечебном питании какие-либо рационы, помимо стандартных диет?	31
Какой режим питания предусмотрен в больнице?	33
Как надо готовить диетические блюда?	34
Основные виды тепловой обработки	34
Как можно приготовить блюда лечебного питания в домашних условиях с использованием современной бытовой техники?	38
В чем секреты приготовления диетических блюд?	40

КАКОВЫ РЕЦЕПТЫ БЛЮД ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ДЛЯ КАЖДОГО РАЦИОНА СТАНДАРТНЫХ ДИЕТ?

Основной вариант стандартной диеты (ОВД)	71
Щадящая диета (ЩД)	90
Высокобелковая диета (ВБД)	104
Низкобелковая диета (НБД)	118
Высококалорийная диета (ВКД)	131
Низкокалорийная диета (НКД)	147

Какие рецепты блюд лечебного питания можно приготовить дома с использованием современной бытовой техники?	159
Рецепты для приготовления в микроволновой печи (СВЧ).....	159
Рецепты для приготовления блюд лечебного питания в мультиварке, пароварке или аэрогриле	162
Каким должно быть примерное меню каждого из вариантов стандартных диет?.....	168
Однодневное меню ОВД.....	168
Однодневное меню ЩД.....	169
Однодневное меню ВБД.....	170
Однодневное меню НБД.....	172
Однодневное меню ВКД.....	173
Однодневное меню НКД.....	175
Список литературы	176
Краткий словарь терминов.....	178

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Характеристика, химический состав и энергетическая ценность стандартных диет, применяемых в медицинских организациях.....	185
Приложение 2. Нормы лечебного питания.....	189
Приложение 3. Соотношение массы и объема пищевых продуктов.....	194
Приложение 4. Масса 1 шт. пищевых продуктов (среднее или наиболее распространенное значение)	196
Приложение 5. Калорийность различных блюд и продуктов.....	197
Приложение 6. Нормы взаимозаменяемости продуктов при приготовлении диетических блюд.....	200
Приложение 7. Замена продуктов по белкам и углеводам.....	207
Приложение 8. Потери основных пищевых веществ и энергетической ценности пищевых продуктов при тепловой обработке, %	211

ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день перед мировой и отечественной наукой о питании стоит важнейшая задача по снижению смертности и заболеваемости от алиментарно-зависимых неинфекционных и инфекционных заболеваний, повышению качества жизни населения Российской Федерации. С этих позиций оптимальному (здоровому) и лечебному питанию отводится важная роль в обеспечении к 2030 году увеличения средней продолжительности жизни нашего народа до 80+ лет.

С выполнением этих жизненно важных задач неразрывно связана деятельность Института питания (в настоящее время ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии»), которому в 2020 году исполнилось 90 лет.

В 1930 году в структуру вновь образованного Института питания были включены многие учреждения Наркомздрава и в их числе Институт диететики и лечебной физкультуры им. Н.А. Семашко и отделение диететики и болезней органов пищеварения с экспериментальной диететической лабораторией Института курортологии, которые были реорганизованы в Клинику общественного лечебного питания (впоследствии Клиника лечебного питания, руководителем которой был назначен профессор М.И. Певзнер).

М.И. Певзнер приложил много усилий к внедрению лечебного питания в практическое здравоохранение. Он является создателем номерной системы диет по нозологическому принципу, которая использовалась в практическом здравоохранении до начала 2000-х годов (столы № 1–15 по Певзнеру).

По его инициативе лечебное питание получило широкое применение в больницах, военных госпиталях, санаториях, столовых, на промышленных предприятиях, в общественном питании. М.И. Певзнером, его учениками и соратниками были разработаны принципы лечебного питания при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, остром и хроническом гастрите, колите, энтерите, гепатите, гипертонической болезни, заболеваниях почек, сахарном диабете, ожирении, острых инфекционных заболеваниях и др.

Большое развитие получили вопросы технологии приготовления лечебных блюд, обеспечивающей максимальную сохранность биологически активных веществ в пищевых продуктах.

В настоящее время Клиника лечебного питания – единственный в стране многопрофильный лечебно-диагностический и научно-исследовательский медицинский центр, сочетающий самые современные медицинские технологии с уникальными методиками лечебного питания, что гарантирует высокое качество и эффективность медицинской помощи.

Основными задачами деятельности Клиники лечебного питания в настоящее время являются изучение проблемы клинической нутрициологии, разработка рационов лечебного питания при различных заболеваниях у взрослых и детей, внедрение современных диетологических методик в деятельность практического здравоохранения.

Ежегодно в стационарных отделениях клиники проводится лечение более 6,5 тысячи пациентов – детей и взрослых с различными заболеваниями, в условиях амбулаторной помощи ежегодно осуществляются обследование и консультирование 15–20 тысяч пациентов.

Внедряемые в клинику новые методы и подходы, используемые в лечении пациентов, способны вывести диетотерапию на новый качественный уровень, сделав ее приближенной к каждому человеку, способной не только бороться с последствиями заболеваний, но и воздействовать на причины их возникновения, основываясь на индивидуальных параметрах пациента, патогенетических механизмах заболевания и генетической предрасположенности.

Книга предназначена для домашних хозяек, а также для работающих женщин, готовящих для всей семьи и столкнувшихся с проблемой питания близких людей, которые вынуждены следовать особым правилам в еде.

Автор

ДЛЯ ЧЕГО НУЖНО ПИТАНИЕ ЗДОРОВОМУ И БОЛЬНОМУ ЧЕЛОВЕКУ?

Полноценное питание составляет основу жизнедеятельности организма и является важным фактором обеспечения адаптационного потенциала – резистентности (устойчивости) к физическим и химическим агентам окружающей среды.

Нарушения структуры питания неизбежно приводят к развитию так называемых алиментарно-зависимых заболеваний, т. е. заболеваний, развитие которых связано с неправильным питанием (сердечно-сосудистых, сахарного диабета 2-го типа, ожирения, подагры, желчнокаменной болезни, остеопороза и др.).

ОСНОВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПИТАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СОСТОЯНИЯ

1. Недостаточное питание:

- белково-энергетическая недостаточность (что проявляется дефицитом веса: ИМТ менее $18,5 \text{ кг/м}^2$);
- недостаточность витаминов и минеральных веществ, .

2. Избыточное питание (избыточная масса тела и ожирение: ИМТ более 25 кг/м^2).

Эти нарушения питания имеет большая часть больных и пострадавших, поступающих в стационары. Нарушения питания (переедание и недоедание, различные заболевания и др.) снижают эффективность лечебных мероприятий, особенно при травмах, ожогах, оперативных вмешательствах, и увеличивают риск развития осложнений.

В связи с этим наличие лечебного питания в медицинских организациях (МО) является неотъемлемой частью процесса и входит в число основных лечебных мероприятий.

Основными причинами дефицита белка, витаминов и минеральных веществ могут быть их недостаточное поступление с пищей, истощение, применение специальных диет, заболевания системы пищеварения (которые сопровождаются нарушением всасывания), длительное применение парентерального питания и др.

Поэтому в комплексе лечебных мероприятий у больных терапевтического и особенно хирургического профиля одно из центральных мест должны занимать коррекция нарушений обмена веществ и адекватное обеспечение энергетических и пластических потребностей организма.

Важнейшим элементом, предшествующим назначению адекватной диетотерапии, является диагностика нарушений питания, которая должна включать оценку и анализ структуры потребления пищевых веществ и энергии с изучением пищевых привычек и предпочтений пациента; антропометрические исследования и анализ компонентного состава тела; общеклинические исследования; характеристику нутриметаболизма — обменных процессов и состояния обеспеченности организма макро- и микронутриентами; нутригеномные и протеомные исследования.

ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ

Теория диетических столов

ЧТО ТАКОЕ ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ?

КАКОВЫ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОГО
ПИТАНИЯ?

КОГДА ЛЮДИ СТАЛИ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПИЩУ
КАК ЛЕКАРСТВО?

КАК ОТНОСИЛИСЬ К ЛЕЧЕБНОМУ ПИТАНИЮ
В РОССИИ?

КУДА ИСЧЕЗЛИ 15 ЛЕЧЕБНЫХ СТОЛОВ
ПО ПЕВЗНЕРУ?

КАКИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ПРОДУКТЫ
В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ВКЛЮЧЕНЫ В ЛЕЧЕБНЫЕ
РАЦИОНЫ?

ПРИМЕНЯЮТСЯ ЛИ В ЛЕЧЕБНОМ ПИТАНИИ
КАКИЕ-ЛИБО РАЦИОНЫ ПОМИМО
СТАНДАРТНЫХ ДИЕТ?

КАКОЙ РЕЖИМ ПИТАНИЯ ПРЕДУСМОТРЕН
В БОЛЬНИЦЕ?

КАК НАДО ГОТОВИТЬ ДИЕТИЧЕСКИЕ БЛЮДА?

КАК МОЖНО ПРИГОТОВИТЬ БЛЮДА
ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ В ДОМАШНИХ
УСЛОВИЯХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
СОВРЕМЕННОЙ БЫТОВОЙ ТЕХНИКИ?

В ЧЕМ СЕКРЕТЫ ПРИГОТОВЛЕНИЯ
ДИЕТИЧЕСКИХ БЛЮД?

ЧТО ТАКОЕ ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ?

Питание при различных заболеваниях, или лечебное питание (диетотерапия), ассоциируется со словом «диета», которым еще с давних времен обозначали режим питания и состав пищи.

Лечебное питание — питание, обеспечивающее удовлетворение физиологических потребностей организма человека в пищевых веществах и энергии с учетом механизмов развития заболевания, особенностей течения основного и сопутствующего заболеваний и выполняющее профилактические и лечебные задачи.

Лечебное питание обладает многосторонним действием на организм, благоприятно влияет на обменные процессы на всех уровнях регуляции, улучшает качество жизни больных.

Диетотерапия является неотъемлемой частью лечебного процесса и входит в число основных лечебно-профилактических мероприятий как при острых, так и при хронических инфекционных и неинфекционных заболеваниях.

Лечебное питание включает в себя пищевые рационы, которые имеют установленный химический состав, энергетическую ценность, состоят из определенных продуктов, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, подвергаемых соответствующей технологической обработке.

Диетология — это область медицины, которая осуществляет поиск алиментарных, т. е. пищевых путей лечения и вторичной профилактики алиментарно-зависимых заболеваний, нарушений метаболизма, вызванного той или иной патологией.

Другим примером может служить целиакия, развитие которой связано с непереносимостью глютена (одного из белков пшеницы, ржи, ячменя и овса). Чтобы обойти поломанное звено, нужно употреблять безглютеновый хлеб, и только в этом случае симптомы, характерные для этого синдрома, не возникают.

- Восполнить дефицит пищевых веществ: полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) ω -3, пищевых волокон (ПВ), витаминов, некоторых минеральных и биологически активных веществ. Наши потребности с помощью современного рациона питания не удовлетворяются на 50–60%, а больному человеку, по сравнению со здоровым, пищевые вещества нужны в значительно большем количестве для того, чтобы поднять его адаптационный потенциал, внутренние ресурсы на борьбу с болезнью как инфекционного, так и неинфекционного происхождения.
- Обойти поломанное болезнью звено (провести алиментарное шунтирование) и доставить каждой клетке необходимый комплекс пищевых и биологически активных веществ. Причиной этого может быть генетически обусловленное отсутствие в организме какого-то фермента. Например, такая ферментопатия, как фенилпировиноградная олигофрения, при которой не переваривается фенилаланин. Токсическое соединение накапливается в организме, и в результате нарушается функционирование центральной нервной системы (ЦНС).

Алиментарное шунтирование — обходной путь поступления в организм пищевых веществ, предотвращающий какие-либо последствия. Это может быть шунтирование чисто механическое (например, язвенная болезнь желудка, гастриты), когда нужно за наш желудок сделать его работу, т. е. приготовить протертую пищу — пищу, механически переработанную на кухонном столе.

КАКОВЫ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ?

Главным условием эффективности диетотерапии является сочетание лечебного воздействия диеты с ее полноценностью в качественном и количественном отношении. Основными требованиями, предъявляемыми к построению диетического рациона, являются следующие:

1. Лечебное питание должно учитывать степень усвоения пищевых веществ. При этом большое значение имеют скорость и степень усвоения отдельных пищевых веществ (белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ), режим питания, а также взаимодействие пищевых веществ в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ).
2. Щажение органов больных должно сочетаться с оптимальной полноценностью диеты, что будет способствовать эффективности лечебного питания. Щажение может носить механическую, химическую и термическую природу. Так, например, для создания механического щажения из рациона исключается крупнокусковая пища, всю пищу готовят на пару или проваривают. Пища должна быть протертой или мелкорубленой. Химическое же щажение обеспечивает запрет острых, жареных блюд, крепких бульонов, соленых продуктов, которые способствуют усилению секреции пищеварительных желез и моторики желудка. С этой целью пищу проваривают, готовят на пару, молоке или употребляют вегетарианскую пищу. А термическое щажение исключает из рациона очень горячую и очень холодную пищу. Вся пища должна иметь температуру от 15 и до 55 °С.
3. Химический состав лечебного рациона питания должен быть приближен к нормам физиологических потребностей человека в зависимости от пола, возраста, физической активности. Потребление витаминов и минеральных веществ должно соответствовать физиологическим нормам, последний действующий вариант которых был утвержден в 2021 году.
4. При лечебном питании необходимо учесть степень кулинарной обработки продуктов. К основным приемам диетической кулинарной обработки относятся взбивание, процеживание, припускание, обжаривание до варки блюда.
5. В диете следует учесть химический состав пищи, влияющий на ее свойства, — вяжущее, жгучее, дубильное, противовоспалительное. Нужно учитывать также действие на организм отдельных видов фруктов, овощей, напитков, приправ.

6. При составлении лечебного рациона учитывают индивидуальные особенности пациента (состояние его здоровья, материальные возможности, национальность, которая предполагает отказ от некоторых видов продуктов и др.). В соответствии с этим в современной диетотерапии широко используется персонализация питания пациента на основе учета потребностей организма каждого больного.
7. Существенную роль в организации лечебного питания играет режим приема пищи. Основным правилом режима питания является равномерное распределение пищи в течение дня. Кратность (частота) приема пищи является важным фактором, влияющим на скорость реабилитации пациента.

Диетотерапия включает в себя пищевые рационы, которые имеют установленный химический состав, энергетическую ценность, состоят из определенных продуктов, подвергаемых соответствующей технологической обработке.

КОГДА ЛЮДИ СТАЛИ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПИЩУ КАК ЛЕКАРСТВО?

С давних времен человека интересовали вопросы о том, что происходит с пищей в организме, где и как пища преобразуется в составные части тела. Большое значение питанию больного человека как лечебному средству врачи придавали еще в древние времена.

В старинных рукописях, служащих первоисточниками изучения истории медицины, имеются указания на то, что уже египетские и еврейские врачи применяли различные пищевые продукты для лечения больных.

Как отмечено в сохранившихся древних текстах, египтяне, греки, евреи, римляне, арабские народности, жившие до нашей эры, прекрасно понимали важное значение питания для лечения больных. Поэтому наиболее дальновидные и прогрессивные представители этих народов стремились регулировать вопросы питания.

Достаточно просто это регулирование в те времена осуществлялось путем введения религиозных канонов, запрещавших использовать некоторые пищевые продукты, а также периодическими ограничениями питания в известные времена года. Данный вид «разгрузочной терапии» людей с избыточным питанием мог способствовать улучшению процессов обмена веществ.

Еще в Древнем Египте было известно влияние дыни и арбуза на диурез, при запоре применялись грубоволокнистые овощи, фрукты, злаковые.

Первые представления о диететике (лечении с помощью питания) были сформулированы известными врачами: в Греции Гиппократом (460–377 гг. до н. э.), в Риме — Асклепиадом (128–56 гг. до н. э.) и Галеном (около 200–130 гг. до н. э.), которые являлись основоположниками античной медицины.

К концу V века до н. э. греческие философы пытались понять обмен веществ в организме и роль питания в нем.

Ученик Пифагора **Алкмеон Кротонский** (VI в. до н. э.) определял здоровье как «баланс сил», т. е. равновесие (или баланс) противоположных качеств тела (мокрый и сухой, холодный и горячий, сладкий и горький и др.). Отсутствие равновесия (дисбаланс) вызывается избытком или недостатком питания, что может повлиять на кровообращение и головной мозг.

Гиппократ еще в **VI веке до н. э.** написал книгу «Диететика», в которой подчеркивал важность методов лечебного питания в едином комплексе терапевтических средств. Он посвятил питанию 60–70 книг. Трактат «Питание» (V в. до н. э.) сообщает, что еда должна расщепляться и доставляться в каждую часть тела, где она преобразуется в мышцы, кости и т. д.

В трактатах Гиппократа «О диете» и «Афоризмы» утверждается, что хорошо сбалансированный режим питания необходим для здоровой жизни, а нарушенный баланс «может повлечь за собой болезнь». Он относил вику, анис, мак, льняное семя, рябину, кизил, терн, айву,

незрелую грушу к закрепляющим веществам; стручковый горох, чечевицу, ячмень, свеклу, капусту, огуречное семя, мед, чеснок, тыкву, сливу — к послабляющим.

В качестве мочегонных средств Гиппократ советовал использовать сок сельдерея и укропа, яблочный и виноградный соки, огуречное семя, чеснок, мяту.

В сочинении «О диете при острых болезнях» Гиппократ показывает, что наши пищевые вещества должны быть лечебными средствами, а наши лечебные средства должны быть пищевыми веществами.

Эти его высказывания об умеренности в питании поддерживал философ Сократ, считая, что «Человек ест, чтобы жить, а не живет, чтобы есть».

Согласно **Аристотелю** (384–322 гг. до н. э.) «природа никогда не создает ничего, что являлось бы излишним». Первоначальная цель питания — восстановление того, что утрачено. Для того чтобы этот процесс состоялся, пища должна быть подготовлена или «изменена».

Много указаний о значении диетотерапии имеется у римского врача **Клавдия Галена** (200–130 гг. до н. э.), который составил обширную энциклопедию по всем отраслям медицины.

Медицинская система Галена основывалась на работах Гиппократа и представлениях Аристотеля. Гален следовал учению Аристотеля о том, что пища служит не только строительным материалом для тканей, но также и топливом для врожденного тепла. Галеном было сделано предположение об окислительной функции дыхания и признана идентичность пламени и теплоты внутри тела.

Подробные сведения о диетотерапии встречаются у знаменитого римского врача грека **Асклепиада** (128–56 гг. до н. э.). Представители его школы выработали подробные указания к употреблению пищевых веществ и напитков при лечении разных болезней, что дало повод некоторым авторам считать Асклепиада родоначальником диетотерапии.

Проживающий в Хорезме **Ибн Сина** (980–1037 гг.), известный в Европе как **Авиценна**, был величайшим представителем арабской медицины и науки, «принцем врачей». В главном труде «Канон врачебной науки» он рассматривал питание как процесс усвоения и представил рекомендации о характере и режиме питания.

Особенно предостерегал Авиценна от переедания, рекомендуя большим частую, малыми порциями, еду. Он считал, что принимать пищу необходимо только при наличии аппетита: «Есть надо только с аппетитом,

а также не сдерживать аппетита, когда он разгорается, но аппетит не должен быть ложным, как у людей пьяных».

Подчеркивая значение воды в питании, он пишет, что «вода проводит питательные вещества и приспособливает их состояние для переваривания».

Ибн Сина также дает рекомендации по питанию различных групп населения (детей, стариков) и в зависимости от рода занятий, состояния здоровья, климата, привычек и т. д.

Новорожденных он советует кормить только грудным молоком: «При сосании молока матери ребенок получает очень большую пользу для предотвращения различных страданий».

Пожилых людей Ибн Сина призывает к умеренности в еде: «Лицам, продвинутым в годах, необходимо уменьшить количество пищи по сравнению с более молодым возрастом».

Он дает подробную характеристику пищевых продуктов (мясо, молоко, яйца, фрукты, напитки и др.) по пищевой ценности, усвояемости и перевариваемости, которая созвучна современным представлениям науки о питании. Авиценна указывал, что соки, сиропы, яйца всмятку, яичный желток являются легко действующей питательной пищей, а вяленое мясо, грубые овощи представляют собой, по его мнению, продукты малопитательные, тяжелые для больного организма. Запрещал он своим пациентам и маринады.

В Средние века процветала почти исключительно фармакотерапия. В результате этого предаются забвению разработанные и уже ранее известные методы лечебного питания и гигиенических мероприятий. Некоторые сведения о питании больных можно найти в кодексе Салернской школы (**XIII в. н. э.**).

В лечебнике **XVI века**, изданном Лувенским католическим университетом (Бельгия), рекомендуется употреблять гречневую кашу при тучности, хрен — для улучшения диуреза, молочную сыворотку и фрукты, а также свекольные листья — для улучшения пищеварения.

С развитием естествознания, анатомии и физиологии **с XVII века** диетотерапия постепенно вновь начинает занимать определенное место во врачевании (Сиденгайм, Гидеон, Гарвей и др.), а также в терапевтических концепциях и книгах знаменитых медиков XVII века — в «макробиотике» (учение о долголетию) Х.В. Гуфеланда, «Системе медицинской полиции» И.П. Франка.

КАК ОТНОСИЛИСЬ К ЛЕЧЕБНОМУ ПИТАНИЮ В РОССИИ?

Питание с лечебной целью использовалось на Руси очень давно. Еще в давние времена при лечении ряда заболеваний широко применялись овощи, фрукты и ягоды.

Материалы по лечебному питанию можно встретить в ряде древнерусских источников («Изборник Святослава» — XI в.; «Пролог» — XII–XIII вв.; «Домострой» — XV–XVI вв.), а также и в более поздних русских рукописных лечебниках.

В VIII–IX веках с момента своего образования Киевская Русь была крупнейшим государством средневековой Европы.

В «Изборнике Святослава» (1073, 1076 гг.) отмечено значение овощей (в том числе трав, ягод, фруктов и грибов) в питании больного и здорового человека, описаны растения, которые употреблялись в медицине на Руси. В этом сборнике также указывалось, что правильное питание имеет большое значение при заболеваниях ЖКТ. Наряду с этим рекомендовались умеренность в еде и ограничение хмельных напитков (медовухи, пива).

Дочь князя Мстислава Владимировича и внучка Владимира Мономаха Евпраксия Мстиславовна (1108–1180 гг.) в 30-х годах XII века написала трактат на греческом языке «Аллима» («Мази»), где приводятся сведения о влиянии пищи на организм человека (о действии пищевых и вкусовых веществ, о молоке, масле, приправах и др.) и сделана попытка классификации пищевых продуктов в зависимости от наличия в них сладости, теплых (вино, мед, мясо) и холодных (миртовое масло, экстракт розы) свойств.

В XIV–XV веках на русский язык переводятся многие западные источники медико-биологического направления. К ним относится греко-византийский сборник «Пчела», 43 главы которого посвящены болезням и их лечению, 30 глав — диететике. При еде и питье советуют учитывать чувство голода и жажды, подчеркивается индивидуальный подход к назначению диет при различных заболеваниях.

В XVI веке при Иване Грозном священником Сильвестром был составлен сборник «Домострой», в котором много места было отведено

вопросам лечения болезней, лечебного питания, а также режиму питания больных, обработке и хранению пищевых продуктов, использовавшихся с лечебной целью.

В середине XVI века в ряде городов Руси был организован элементарный санитарный надзор за продажей пищевых продуктов. В 1551 году путем издания сборника «Стоглавый собор» предпринята попытка законодательно регламентировать вопросы общественного поведения, в том числе и санитарно-гигиенические аспекты питания.

В XVII веке при Аптекарском приказе создается лекарская школа, издаются лечебники, травники, вертограды (от слова сад, цветник, огород) и др., в которых освещены вопросы диететики (лечебное значение отдельных пищевых продуктов, различных диет и режимов питания при лечении некоторых заболеваний).

В «Прохладном вертограде» приведены советы по использованию продуктов при лечении заболеваний: хлеб, смоченный вишневым соком, прикладывать на фурункулы и карбункулы, кисель натошак принимать при одышке, пшеничные отруби — как отхаркивающее средство, гречневую кашу с молоком — при ожирении, свекольный сок — при запорах, корицу — при ларингитах, гвоздику — при болезнях глаз, кумыс — для профилактики гинекологических заболеваний и т. д.

В лечебниках также были отражены вопросы диететики: правильная кулинарная обработка пищевых продуктов (варка и жарение мяса, рыбы, приготовление бульонов, творога, выпечки, хлеба и др.). Показано значение в питании мяса, молока (масла, творога), хлеба, овощей (капусты, моркови, тыквы, чеснока, лука, яблок, груш, слив, дыни, клюквы, брусники, клубники, кислицы, хвои, которая применялась для профилактики цинги). Имелись данные о ядовитых грибах. Большое внимание уделялось правильному режиму питания.

В старых травниках (зельниках) приводились сведения о лекарственных травах, применяемых при многих заболеваниях, симптомах отравления ядовитыми растениями и мерах по оказанию помощи.

В XVIII веке, в период царствования Петра I, законодательство в области питания значительно пополнилось и расширилось.

В 1734 году в книге «Медицинские статьи» на латинском языке была напечатана статья ординатора Кронштадтского морского госпиталя Демьяна Петровича Синопеуса о повышенной заболеваемости моряков (особенно часто встречающейся цинге), которую он связывал, в том чи-

сле, и с однообразным, неполноценным и нерегулярным питанием при низких вкусовых качествах пищи.

В России издается ряд медицинских сочинений, содержащих сведения о питании и о пищевых продуктах, а также указания о порядке приема пищи.

В трудах выдающегося отечественного ученого Михаила Васильевича Ломоносова (1711–1765 гг.) большое внимание уделялось вопросам нутрициологии и профилактического питания.

В своем труде «Курс истинной физической химии» (1752–1754 гг.) М.В. Ломоносов раскрывает химические процессы, которые протекают в пищевых продуктах при их производстве, сущность выпаривания, свертывания белков, извлечения веществ водой, придает большое значение такому белковому продукту, как мясо, которое может оказывать положительное влияние на здоровье и долголетие населения.

В 1765–1766 годах петербургский врач Х. Пекен опубликовал «Домашний лечебник», имевший 4 издания. В нем автор затрагивает вопросы питания при лихорадочных состояниях, болезнях печени, цинге. Он не рекомендует при желтухе крутые яйца, мучные блюда, бобы, рыбу, мясо и спиртные напитки.

В это время в России проводится ряд организованных правительством оздоровительных мероприятий, в том числе впервые предпринимается попытка регламентировать питание в госпиталях и в детских учреждениях (воспитательных домах). Вопросы лечебного питания и кулинарии интересовали многих русских врачей.

В XIX веке под словом «диета» врачи подразумевали весь режим больного – его деятельность, привычки, сон, питание. Применялось лечение растительными соками (морковный, огуречный, свекольный и др.).

Русские врачи считали растительную пищу менее питательной, чем мясную, но более полезной, способствующей долголетию. Широко использовались лечебные свойства овощей и зелени. Выбор пищевых продуктов и способов их кулинарной обработки осуществлялся в зависимости от характера болезни и состояния ЖКТ.

Они предостерегали от избыточного употребления пищи при болезнях сердца, тучности, подагре, диабете, а также от голодания при острых инфекционных заболеваниях.

В большом ходу было лечение молоком – методом, заимствованным из народной медицины. На эту тему Ф.И. Иноземцев в 1857 году напи-

сал монографию. Молочная диета в дальнейшем была усовершенствована и с большим успехом применена на практике С.П. Боткиным в 1860–1889 годах и А.А. Остроумовым в 1880–1908 годах.

Во второй половине XIX века были заложены научные основы лечебного питания, когда обстоятельно начали изучаться проблемы физиологии и химии питания, белкового баланса, физиологических норм питательных веществ. К этому времени были созданы первые представления о роли в питании пищевых веществ — макронутриентов (белков, жиров, углеводов).

В этот период были также проведены исследования процессов переваривания и продвижения пищи по пищеварительному тракту, всасывания пищевых веществ и их последующей трансформации и утилизации. Фундаментом современных представлений о физиологии пищеварения явились работы И.П. Павлова и его школы.

В XX веке развитие отечественной диетологии неразрывно связано с образованием Клиники лечебного питания и именем профессора Мануила Исааковича Певзнера (1872–1952 гг.). В 1921 году под его руководством при курортной клинике Наркомздрава СССР было создано отделение болезней органов пищеварения и диететики на 75 коек.

В 1930 году, при создании Центрального научного института питания Наркомздрава РСФСР, в его структуру был включен отдел лечебного питания, руководимый М.И. Певзнером.

М.И. Певзнер вместе с учениками занимался вопросами классификации и дифференцированной терапии язвенной болезни, гастритов, гепатитов, энтеритов и колитов; одним из первых в России он применил желудочный зонд в диагностике и лечении болезней органов пищеварения, впервые обосновал целесообразность полноценного белково-витаминного питания при острых и хронических заболеваниях печени; положил начало изучению диетотерапии как фактора воздействия на целостный организм, его реактивность. Во всех медицинских учреждениях широко применялись диеты номерной системы Певзнера (диеты № 1–15).

В 1972 году Клинику лечебного питания возглавил член-корреспондент АМН СССР М.А. Самсонов, под руководством которого получила дальнейшее развитие концепция сбалансированного лечебного питания при различных нозологиях в зависимости от фазы и стадии болезни, степени метаболических нарушений и осложнений. При назначении диет по Певзнеру учитывались стадии заболевания, его осложнения,

различные виды нарушения обмена веществ, пищевого статуса и т. д. В связи с этим каждая диета включала несколько вариантов («а», «б», «в» и т. д.).

Однако в начале XXI века диеты по Певзнеру исчезли из лечебного питания.

КУДА ИСЧЕЗЛИ 15 ЛЕЧЕБНЫХ СТОЛОВ ПО ПЕВЗНЕРУ?

Диетическое питание в лечебных и лечебно-профилактических учреждениях строится по принципу группового питания больных. Еще в советское время в нашей стране была разработана и использовалась так называемая номерная система диет. Она включала 15 основных диет (лечебных столов).

- 1) основной вариант стандартной диеты (ОВД);
- 2) диета с механическим и химическим щажением (щадящая диета — ЩД);
- 3) диета с повышенным количеством белка (высокобелковая диета — ВБД);
- 4) диета с пониженным количеством белка (низкобелковая диета — НБД);
- 5) диета с повышенной калорийностью (высококалорийная диета — ВКД);
- 6) диета с пониженной калорийностью (низкокалорийная диета — НКД).

В августе 2003 года в целях оптимизации лечебного питания и совершенствования его организации приказом Минздрава России от 05.08.2003 № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания

в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации» была введена новая номенклатура — система стандартных диет, различающихся по содержанию основных пищевых веществ и энергетической ценности, технологии приготовления пищи, среднесуточному набору продуктов.

В настоящее время в лечебном питании используют 6 основных вариантов стандартных диет, которые назначаются при различных заболеваниях в зависимости от стадии, степени тяжести болезни или осложнений со стороны различных органов и систем.

Почему это произошло?

К началу **XXI века** диетология развивалась вглубь и в Клинике лечебного питания были разработаны различные варианты каждой из пятнадцати диет по Певзнеру. Всего этих вариантов диет насчитывалось более шестидесяти.

С другой стороны, в практическом здравоохранении использовались всего пять вариантов и без всяких модификаций: 1, 5, 7, 9 и 10.

При этом приходилось учитывать, что диеты при различных заболеваниях имели похожий химический состав и калорийность, что было связано с похожими нарушениями обмена веществ.

Система лечебных столов по Певзнеру строилась по нозологическому принципу, а система стандартных диет — по метаболическому, связанному с учетом нарушения обмена веществ.

В то же время необходимо учитывать, что в настоящий момент существуют несколько нарушений питания — это его избыточная калорийность и недостаточность, а именно белково-энергетическая и витаминно-минеральная недостаточность. При этом жировой и углеводной недостаточности не наблюдается.

Поэтому все модификации ОВД, содержащей физиологическое количество белков, жиров, углеводов и калорий, строятся на основании изменения количества белка (высоко- и низкобелковая диеты) и энергии (высоко- и низкокалорийная диеты).

Вариант ЩД имеет химический состав, аналогичный ОВД, но одновременно связан с функциональным состоянием ЖКТ, а именно с секреторной и моторной функцией. Поэтому при наличии нарушения этих функций диета обеспечивала механическое и химическое щажение ЖКТ.

Система стандартных диет включает шесть вариантов лечебных рационов, строится по принципу адаптации химического состава и энерге-

тической ценности диеты к индивидуальным клинико-патогенетическим особенностям болезни и объединяет ранее применявшиеся диеты номерной системы.

В таблице 1 представлено их соответствие диетам номерной системы.

Таблица 1. Система стандартных диет

№ п/п	Варианты стандартных диет (приказ Минздрава России от 05.08.2003 № 330)	Обозначения стандартных диет в документации пищеблока	Ранее применявшиеся диеты номерной системы
1	Основной вариант стандартной диеты	ОВД	1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15
2	Вариант диеты с механическим и химическим щажением (щадящая диета)	ЩД	16, 4б, 4в, 5п (I вариант)
3	Вариант диеты с повышенным количеством белка (высокобелковая диета)	ВБД	4э, 4аг, 5п (II вариант), 7в, 7г, 9б, 10б, 11, R-I, R-II
4	Вариант диеты с повышенной калорийностью (высококалорийная диета)	ВКД	11
5	Вариант диеты с пониженным количеством белка (низкобелковая диета)	НБД	7б, 7а
6	Вариант диеты с пониженной калорийностью (низкокалорийная диета)	НКД	8, 8а, 8о, 9а, 10с

Принцип построения стандартной диеты определяется, с одной стороны, физиологической потребностью в пищевых веществах и энергии, с другой – степенью функциональных расстройств и уровнем нарушения метаболических процессов, характерных для того или иного заболевания.

Характеристика, химический состав и энергетическая ценность стандартных диет представлены в **Приложении 1**.

При назначении стандартных диет необходимо принимать во внимание следующие факторы: выбор продуктов, особенности их химического состава, количественные пропорции отдельных продуктов и пищевых веществ, способы их кулинарной обработки, применение поваренной соли и вкусовых веществ, степень механического измельчения, ритм приема пищи, калорийность рациона и др.

Номенклатура постоянно действующих диет в каждой МО устанавливается в соответствии с ее профилем и утверждается на Совете по лечебному питанию.

ЭТИ ПИЩЕВЫЕ РАЦИОНЫ ИМЕЮТ УСТАНОВЛЕННЫЙ ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ, ЭНЕРГЕТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ И СОСТОЯТ ИЗ:

- традиционных пищевых продуктов;
- специализированных продуктов диетического (лечебного) питания с установленным химическим составом, калорийностью и физическими свойствами, которые оказывают специфическое влияние на восстановление нарушенных или утраченных в результате заболевания функций организма, профилактику этих нарушений, а также на повышение адаптивных возможностей организма;
- биологически активные добавки к пище (БАД) — концентраты биологически активных веществ (полиненасыщенных жирных кислот, пищевых волокон, витаминов, минеральных веществ и др.), а также пробиотических микроорганизмов, предназначенных для употребления одновременно с пищей.

КАКИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ПРОДУКТЫ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ВКЛЮЧЕНЫ В ЛЕЧЕБНЫЕ РАЦИОНЫ?

При построении любой диеты учитывается физиологическая потребность организма в пищевых веществах и энергии, а также степень функциональных расстройств и метаболических нарушений, возникающих при том или ином заболевании. Обеспечение пациентов пищевыми ве-

ществами в условиях снижения энерготрат при лечении в стационаре или дома возможно только за счет повышения пищевой плотности рационов питания.

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ БЕЛКОВЫЕ ПРОДУКТЫ

В диетическом рационе обеспечивается достаточное количество белка, так как его дефицит особенно отрицательно сказывается на репаративных процессах. Нижняя граница нормы белка составляет 1 г на 1 кг массы тела больного, что следует учитывать при назначении вегетарианских и молочно-растительных диет. Примерно 50% белка должно поступать в виде белка животного происхождения.

Общепризнано, что потребность человека в белке складывается из двух компонентов, обусловленных эволюционно сложившейся необходимостью удовлетворения синтетических процессов незаменимыми аминокислотами на минимальном и оптимальном уровнях:

- основного количества (так называемый надежный уровень), ниже которого невозможны нормальное здоровье и рост;
- дополнительного количества для обеспечения оптимальности азотистого метаболизма.

Сумма этих количеств составляет величину оптимальной потребности больного в белке. Уровень надежной потребности установлен прямыми исследованиями на людях и выражен как потребность в так называемом стандартном белке, т. е. белке, который на 100% утилизируется организмом для анаболических целей.

Белки организма являются достаточно динамичными структурами, постоянно обновляющими свой состав вследствие непрерывно протекающих и тесно сопряженных друг с другом процессов их распада и синтеза. Поэтому для обеспечения стабильности белковых молекул и достаточно высокого уровня их биосинтеза требуется постоянное пополнение запаса аминокислот, используемых организмом для построения (или обновления) молекул белков.

Организм человека практически лишен резервов белка, причем углеводы и жиры не могут служить его предшественниками. В связи с этим единственным источником пополнения фонда аминокислот и обеспече-

ния равновесия процессов синтеза и распада белка в организме служат пищевые белки, являющиеся незаменимыми компонентами рациона питания. Физиологическая потребность в белке для взрослого населения составляет от 65 до 117 г/сутки для мужчин и от 58 до 87 г/сутки для женщин.

Недостаточное введение в составе лечебного рациона пищевого белка, низкая степень усвояемости белка пищевых продуктов, особенно растительного происхождения, уменьшение общего объема потребления пищи нарушают динамическое равновесие белкового обмена веществ, сдвигая его в сторону преобладания распада собственных белков организма. Угнетение биосинтеза белков и существенные сдвиги в ферментативной активности ведут к глубоким изменениям клеточного метаболизма, вызывающим серьезные структурные и функциональные нарушения в организме. При этом в первую очередь страдают органы и ткани, характеризующиеся высокой скоростью обновления белков, в частности кишечник и кроветворные органы.

Недостаточность белков в рационе приводит также к снижению мышечной массы, массы печени и других паренхиматозных органов с развитием белково-энергетической недостаточности. Поэтому особую значимость приобретает оптимизация белкового состава диеты за счет увеличения содержания в ней легкоусвояемого белка, обладающего высокой биологической ценностью.

С целью обеспечения организма больного полноценным по аминокислотному составу легкоусвояемым белком в нормы лечебного питания введены специализированные продукты – смеси белковые композитные сухие (СБКС).

СБКС включают на этапе приготовления блюд на пищеблоке в качестве компонента готовых блюд, что не влияет на их органолептические свойства и вкусовые качества и позволяет повысить пищевую плотность и биологическую ценность отдельного блюда или рациона в целом.

СБКС представляют собой порошкообразные продукты, состоящие из белков молока (казеина и (или) белков сыворотки молока) или изолята соевого белка, или смеси белков молока (казеина и (или) белков сыворотки молока) и изолята соевого белка с добавлением других ингредиентов, в том числе мальтодекстрина, пищевых волокон и др.

Пищевая и энергетическая ценность СБКС, предназначенной для использования в диетическом лечебном питании в медицинских организациях в стандартных диетах, представлена в таблице 2.

Таблица 2. Пищевая и энергетическая ценность СБКС

Показатели	В 100 г сухого продукта
Энергетическая ценность, ккал	452,0
Белок, г	40,0
в том числе незаменимые аминокислоты, г	16,7
Жир, г	20,0
Углеводы, г	30,0
в том числе пищевые волокна, г	4,0

СБКС должна содержать 40% белка, 20% жира и 30% общих углеводов, в том числе 4% пищевых волокон, иметь энергетическую ценность 452 ккал/100 г.

Конкретная СБКС должна иметь доказанные лечебные и (или) профилактические свойства, подтвержденные результатами исследований ее клинической эффективности.

ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНЫЕ КОМПЛЕКСЫ

В соответствии с результатами исследований, проведенных в ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», и приказами Минздрава России в стандартные диеты включены также витаминно-минеральные комплексы (ВМК).

Недостаточное потребление белка, витаминов и минеральных веществ приводит к снижению адаптации организма к воздействию физических, химических и биологических факторов окружающей среды. Принципиальное значение это имеет для больных людей, у которых потребность в этих пищевых веществах бывает повышенной вследствие заболевания, а также в результате лечебного воздействия (хирургическое, фармакотерапевтическое, химиотерапия и др.).

При включении ВМК в диеты содержание активных компонентов должно обеспечивать от 50 до 100% суточной физиологической потребности в витаминах и минеральных веществах. Обогащение блюд

и кулинарных изделий ВМК не должно ухудшать потребительские свойства продукции, такие как вкус, аромат, цвет.

Количество СБКС и ВМК, применяемых только как компонент приготовления готовых блюд для диетического лечебного и диетического профилактического питания в составе конкретной диеты, указано в **Приложении 2**.

ПРИМЕНЯЮТСЯ ЛИ В ЛЕЧЕБНОМ ПИТАНИИ КАКИЕ-ЛИБО РАЦИОНЫ ПОМИМО СТАНДАРТНЫХ ДИЕТ?

Наряду со стандартной диетой и ее вариантами, в зависимости от заболевания пациента, в МО используют специальные хирургические, высокобелковые, калиевую, магниевую, разгрузочные (яблочную, творожную, картофельную) и др. диеты. В некоторых специализированных МО используют также персонализированные диеты. Назначение этих лечебных рационов в стационарах утверждается на Совете по лечебному питанию (таблица 3).

Каждая диета, используемая в МО, должна быть снабжена следующей информацией: показания к применению, общая характеристика, ограничение конкретных блюд или продуктов, особенности кулинарной обработки, режим питания (трех-, четырех-, шестипразовое или др.), количественный и качественный состав пищи.

Современная система здравоохранения Российской Федерации, постоянно развиваясь и переходя на новый уровень, ориентированный непосредственно на пациента, требует внедрения новых подходов и методов организации труда. Только формирование новых подходов, более эффективных, экономически менее затратных и в то же время способствующих решению основной задачи — улучшению качества оказания медицинской помощи населению, позволит медицинскому сообществу поднять на новый уровень развития государственную систему здравоохранения.

КАКОЙ РЕЖИМ ПИТАНИЯ ПРЕДУСМОТРЕН В БОЛЬНИЦЕ?

Важное значение при проведении диетотерапии имеет соблюдение режима питания. Во всех медицинских организациях устанавливается как минимум четырехразовый прием пищи, однако при заболеваниях ЖКТ, сердечно-сосудистой системы, нарушениях обмена веществ оптимальным является пяти-, шестиразовый прием пищи с равномерным распределением ее в течение дня.

Рекомендуемые приемы пищи: завтрак в 8–9 часов, обед в 14–15 часов, ужин в 18–19 часов, за 3–4 часа до сна, и последний прием пищи (поздний ужин) в 21 час. Перерывы между отдельными приемами пищи не должны превышать 4 часа.

При пятиразовом питании вводится второй завтрак (11–12 часов), при шестиразовом — еще один дополнительный прием пищи — полдник (16–17 часов).

Распределение энергетической ценности суточного рациона представлено в таблице 4.

Таблица 4. **Распределение калорийности рациона по отдельным приемам пищи**

Вид приема пищи	Энергетическая ценность отдельного приема пищи, % от общей калорийности
Первый завтрак	30
Обед	40
Ужин	20–25
Последний прием пищи, назначаемый больному на ночь	5–10

Калорийность второго завтрака и полдника не должна быть высокой, в эти приемы пищи чаще всего используются фрукты, соки, отвар шиповника, овощные салаты, а при необходимости белковое блюдо (сыр, творог, отварное мясо или рыба).

КАК НАДО ГОТОВИТЬ ДИЕТИЧЕСКИЕ БЛЮДА?

Температура горячих блюд лечебного питания не должна превышать 55–65 °С, холодных блюд – 15 °С.

Для повышения вкусовых качеств пищи в диете следует широко использовать разрешенные специи, зелень, белые корни, овощные и фруктовые соки.

Следует учитывать также эстетические условия приема пищи, сервировку стола и привлекательный вид блюд.

Технологический процесс включает первичную обработку продуктов, называемых сырьем, в результате которой получается полуфабрикат; приготовление готовой к потреблению продукции путем тепловой обработки или других кулинарных приемов; ее порционирование, оформление и выдачу.

Способы первичной обработки: оттаивание замороженных продуктов, сортировка, удаление несъедобных частей и посторонних примесей, деление на части с неодинаковой пищевой ценностью и кулинарными свойствами, разделка, придание соответствующих размеров и формы, применение приемов, ускоряющих последующую тепловую обработку, подбор продуктов в соответствии с рецептурой и др.

ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ТЕПЛОВОЙ ОБРАБОТКИ

Характеристика стандартных диет предусматривает такие виды тепловой обработки продуктов, как варка, тушение и запекание. Пассерование и бланширование используются только как вспомогательные виды тепловой обработки при тушении и запекании.

Варка – тепловая обработка в любой кипящей жидкости, кроме масла и сахаров, а также на пару.

ВИДЫ ВАРКИ:

- основной способ — варка продукта, полностью погруженного в жидкость;
- варка под давлением (в автоклавах, скороварках) — происходит быстрее и при более высокой температуре;
- варка на парú — продукт находится под действием пара при закрытой крышке;
- варка в СВЧ-аппаратах (нагрев токами сверхвысокой частоты) — продолжительность тепловой обработки в 2–6 раз короче, чем при припускании в воде;
- припускание — варка в небольшом количестве жидкости (покрывающей продукт не более чем на 1/3) с закрытой крышкой.

Тушение — приготовление продукта с помощью масла, воды и более плотных или кислых жидкостей (сметана, сок, уксус, сливки), соединенных вместе. Тушить следует в плотно закрытой посуде 45–60 минут на плите.

Запекание — тепловая обработка предварительно отваренного или сырого продукта в атмосфере горячего воздуха (в духовке, в жарочном шкафу, в мультиварке, в микроволновой печи и др.) при температуре 150–250 °С с применением соусов или без них.

Пассерование — кратковременное обжаривание с небольшим количеством жира. Это единственный из всех видов жарки способ тепловой обработки, допустимый в лечебной кулинарии. Для пассерования нарезанные овощи кладут в посуду с разогретым до 130–140 °С маслом сливочным (или растительным) в количестве не более 15–20% к массе продукта и обжаривают при постоянном помешивании в течение 20–25 минут. Пассеруют также муку с жиром (соотношение 1:1) или без жира до приобретения светло-коричневого цвета и для снижения способности образования клейковины при последующем разведении горячей жидкостью. Пассерованной мукой заправляют супы, на ее основе готовят соусы.

Бланширование (ошпаривание) — это кратковременная (1–5 минут) варка или ошпаривание паром с последующим ополаскиванием продуктов холодной водой. Бланшируют некоторые сорта овощей (для удаления горечи), некоторые сорта рыб (для облегчения механической очистки).

В ассортименте диетической продукции преобладают блюда в отварном виде. Рубленые мясные и рыбные изделия предпочтительно варить на пару, а овощи и плоды — припускать. Это улучшает вкусовые достоинства пищи и повышает сохранность многих пищевых веществ. Сливочное масло кладут в готовое блюдо.

Диетические блюда готовят по правилам традиционной технологии. В зависимости от характера заболевания выдвигаются специальные требования к выбору продуктов и способам приготовления.

При оценке качества диетических блюд используют совокупность показателей: доброкачественность; достоинства (внешний вид, цвет, вкус, аромат, консистенция), которые влияют на усвояемость; полезность с точки зрения пищевой ценности его химического состава, возможного лечебного эффекта, а также свойств, определяющих доступность для пищеварения.

В лечебной кулинарии при приготовлении блюд ЩД применяются технологические приемы обработки продуктов, обеспечивающие механическое, химическое и термическое щажение ЖКТ.

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ОБРАБОТКИ ПРОДУКТОВ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ МЕХАНИЧЕСКОЕ ЩАЖЕНИЕ ЖКТ:

- в процессе приготовления блюд используют овощи, плоды, крупы с низким содержанием пищевых волокон;
- в диету включают мясо молодых животных, птиц, кроликов, части говяжьей туши, имеющие относительно мало соединительной ткани;
- при первичной обработке продукты подвергают разной степени измельчения (через мясорубку пропускают 3–4 раза, протирают с помощью сита или протирочных машин, гомогенизируют в миксере и др.);