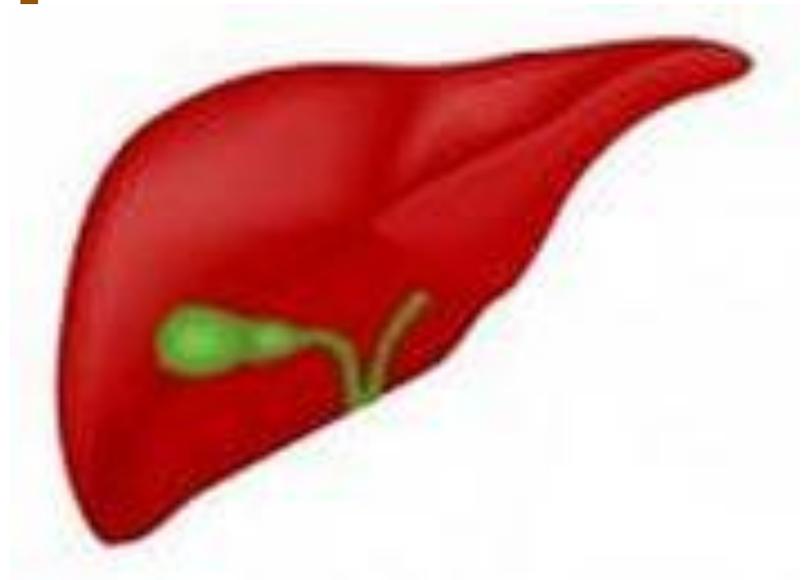


# НУТРИЦИОЛОГИЯ

ЗАНЯТИЕ №5

# Питание при заболеваниях печени и желчного пузыря



# Энергетическая ценность и режим питания

- «Лучшим средством, противодействующим застою желчи, является частый прием пищи... каждые 3–4 часа», – писал М. И. Певзнер.
- Переедание может приводить к ожирению, стеатозу печени, нарушению холестерина обмена и образованию желчных камней.
- Обильное употребление даже диетической пищи может вызвать боль и диспепсические проявления, спровоцировать приступ печеночной колики у больных желчнокаменной болезнью.

# Белки



- Количество белков в рационе соответствует физиологической норме: 1 г /кг идеальной массы тела (50–55 %-белки животного происхождения).
- Животные белки богаты незаменимыми аминокислотами и липотропными факторами (метионином, холином), которые предупреждают развитие жировой дистрофии печени.
- Из продуктов растительного происхождения большое количество метионина и холина содержат соевая мука, овсяная и гречневая крупы.

- Повышенное количество белков (до 1,5 г/кг) требуется больным с алкогольным поражением печени и белково-энергетической недостаточностью.
- Длительный дефицит белков в питании может приводить к развитию жировой, белковой дистрофии печени.
- При данных заболеваниях суточное количество белков должно быть повышено до 110–120 г.
- Ограничивают белки пищи при печеночно-клеточной недостаточности, при этом отдавая предпочтение растительным белкам.

При желчнокаменной болезни и хроническом холецистите раньше ограничивали потребление мяса и рыбы с целью профилактики сдвига рН в кислую сторону.

- Белки являются важнейшим фактором, обеспечивающим стабильность растворов холестерина за счет увеличения содержания желчных кислот (холатов) и относительного снижения уровня холестерина.

Аминокислоты триптофан, тирозин и цистин стимулируют синтез в печени желчных кислот.

# Жиры



- Количество жиров в рационе должно соответствовать физиологической норме.

Ограничение или увеличение жиров показано лишь в определенных ситуациях.
- Жиры животного происхождения должны составлять  $2/3$ , растительного –  $1/3$  от общего количества жиров.
- Из животных жиров лучше использовать сливочное масло (оно хорошо усваивается и содержит витамины А, К и арахидоновую кислоту).
- Ограничивают в питании тугоплавкие жиры (бараний, свиной, говяжий), т.к. они трудно усваиваются, содержат много холестерина и насыщенных жирных кислот, могут способствовать образованию холестериновых камней и развитию жировой дистрофии печени.



# Ограничение жиров



- Ограничивают жареные блюда, потому что при тепловой обработке жиров на 20–40 % разрушаются ПНЖК и образуются токсические продукты термического окисления жиров (альдегиды, кетоны, акролеин), оказывающие неблагоприятное воздействие на паренхиму печени и слизистую оболочку желудка.

- Ограничивают общее количество жиров в рационе до 50 г в сутки при стеаторее любого генеза (печеночной, панкреатической, кишечной);

  - при поносах; при печеночно-клеточной недостаточности; при необходимости щажения билиарной системы (например, в ранние сроки после холецистэктомии).

- Увеличивают общее количество жиров до 100–120 г за счет растительных при необходимости усилить желчегонное действие пищи. При этом соотношение животных и растительных жиров составляет 1:1. Подобную диету назначают на срок примерно 3

# Углеводы



- В основной стандартной диете количество углеводов уменьшено за счет простых (всего 300–330 г, простые – 30–40 г).
- При избыточной массе тела количество углеводов ограничивают за счет моно– и дисахаридов.
- Диеты с низкой энергетической ценностью, состоящие исключительно из легкоусвояемых углеводов, назначают при тяжелой печеночной недостаточности – прекоме.

# Клетчатка

## (неперевариваемые углеводы)



- Дефицит пищевых волокон способствует увеличению заболеваемости ЖКБ.
- Пищевые волокна способствуют ощелачиванию желчи, размягчению кала, усиливают перистальтику кишечника, экскрецию холестерина с калом.
- Они понижают давление в двенадцатиперстной кишке и тем самым улучшают отток желчи в кишку.
- Несмотря на высокое содержание пищевых волокон в салате, орехах и бобах, данные продукты ограничивают или исключают при

# Овощи, фрукты и соки из

## НИХ

- Сильные возбудители желчеобразования: морковный, редечный, репный и огуречный соки (увеличивают выработку желчи в 2–3 раза).
- Сочетание овощных соков с белками, жирами и углеводами пищи приводит к увеличению желчеобразования в среднем на 49 %.
- Сочетание овощей с жирами – это холеретика, не уступающая многим лекарс



# Витамины



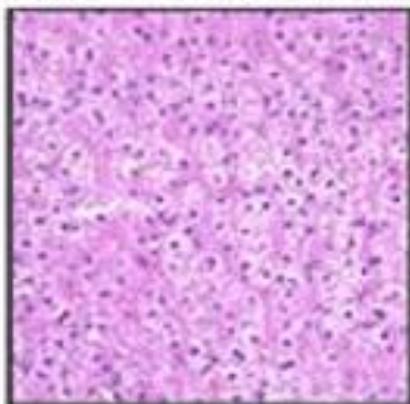
- Поливитаминная недостаточность может развиваться вследствие ограниченного поступления их с пищей, недостаточного всасывания из кишечника, а также образования биологически активных и транспортных форм витаминов в печени.
- Больше всего нарушается усвоение жирорастворимых витаминов (А, Д, Е, К) из-за недостаточности желчных кислот, необходимых для их всасывания.
- При остром гепатите, холецистите, обострении

# Общие принципы диеты при гепатите

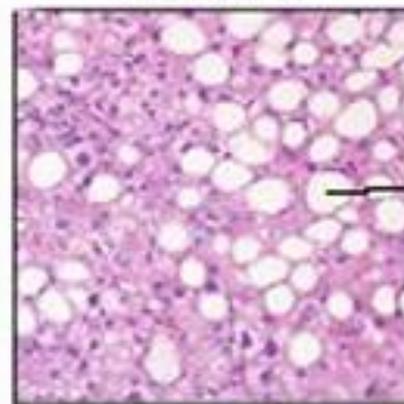
- Сроком на 2–6 нед. назначают физиологически полноценную, механически, химически и термически щадящую диету с некоторым ограничением жиров и поваренной соли, увеличением свободной жидкости до 2–2,5 л с целью дезинтоксикации организма.
- Важно принимать пищу в определенные часы и избегать обильной еды на ночь.
- Не показаны продукты, раздражающие слизистую оболочку верхних отделов ЖКТ: приправы, пряности, овощи, богатые эфирными маслами, шпинат, щавель, копчености, азотистые экстрактивные вещества, а также продукты, способные вызвать спазм сфинктера Одди.
- Больные плохо переносят холодную пищу (мороженое, кефир из холодильника и др.), которая может вызывать спазм сфинктера Одди и боль, вплоть до приступа печеночной колики.

# Стеатогепатоз (ТИТ)

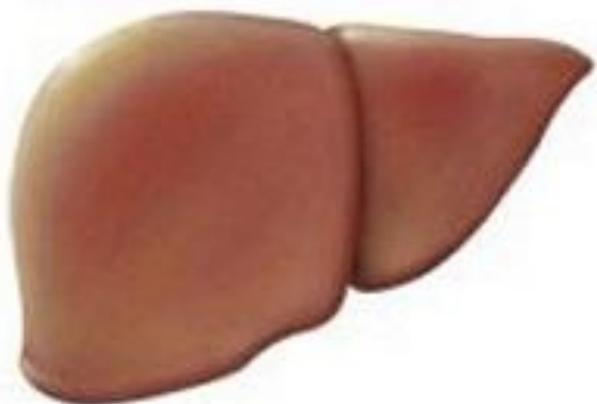
Здоровая печень



Жировое перерождение  
печени



Скопления  
жира



# Питание при стеатозе печени

- Необходимы продукты, обладающие липотропным действием – это белки, богатые метионином и холином (творог, нежирные сорта мяса и рыбы, овсяная крупа, греча, соевая мука), растительные масла, содержащие витамин Е, лецитин, ненасыщенные жирные кислоты, а также аскорбиновую кислоту и витамины группы В (особенно В12 и фолиевую кислоту).

# Алкогольный гепати



- Под влиянием алкоголя происходит индукция эндоплазматического ретикулума с повышенной выработкой гепатотоксического ацетальдегида, который может способствовать жировой дистрофии и дегенеративным изменениям гепатоцитов.
- Алкоголь также способствует развитию гипоксии печени, резко тормозит окислительное дезаминирование аминокислот, синтез альбумина, мочевины, порфиринов.

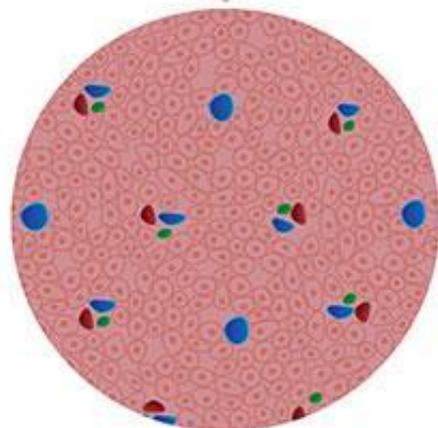
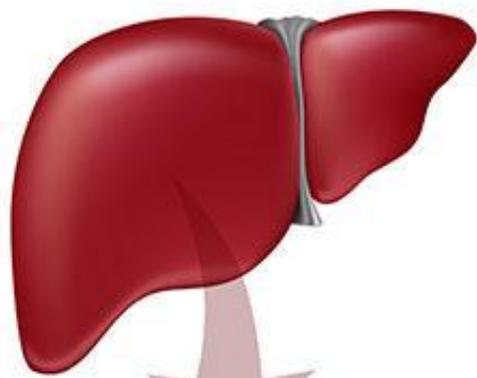
- При остром алкогольном гепатите важно обеспечить немедленный отказ от алкогольных напитков.
- Вначале содержание белков должно составлять 0,5 г/кг массы тела, в дальнейшем его как можно быстрее увеличивают до 1 г/кг.
- Не полноценное питание у алкоголиков может привести к тяжелой белковой недостаточности, которая способствует снижению иммунитета, возникновению инфекционных заболеваний и асцита (за счет гипоальбуминемии).
- Большинство больных могут получать адекватное количество белков с пищей (до 1.5 г/кг).
- Причиной ограничения белков является вероятность энцефалопатии.



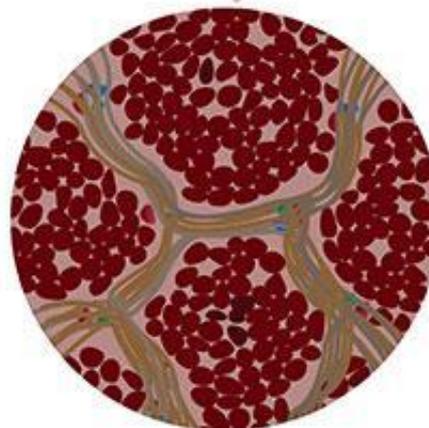
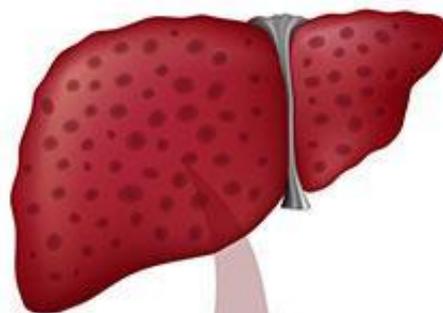
- Расстройства *жирового обмена* проявляются *гиперлипидемией*, наблюдаемой у 30 % алкоголиков, и жировой дистрофией печени, в особенности у лиц с избыточной массой тела.
- Алкогольная жировая дистрофия печени полностью обратима при воздержании от алкоголя в течение 4–6 мес при условии полноценного питания.
- Количество жиров в рационе должно соответствовать физиологической норме. К пище добавляют калия хлорид с магнием и цинком.
- Назначают большие дозы витаминов, особенно

# Цирроз печени

Healthy liver



Cirrhosis



# Цирроз и асцит



- В патогенезе асцита имеют значение механизмы:
- 1) гидростатический. Связан с повышением давления крови в капиллярах сосудов воротной системы;
- 2) онкотический. Обусловлен уменьшением белоксинтетической функции печени, вследствие чего развивается гипопротеинемия и падает онкотическое давление крови;
- 3) задержка натрия в организме. Связана с увеличением содержания альдостерона в крови. Это в свою очередь обусловлено активацией ренин-ангиотензинной системы (застой крови в сосудах воротной системы -> уменьшение венозного возврата -> падение минутного объема сердца -> гипоксия почек -> выделение ренина). Кроме того, в связи с нарушением функций печени может нарушаться инактивация альдостерона, что равнозначно его гиперпродукции;
- 4) лимфогенный механизм. В связи с нарушением лимфооттока происходит переход богатой белками лимфы в брюшную полость. Это вызывает повышение онкотического давления жидкости брюшной полости с последующим выходом в нее

# Печеночная энцефалопатия (ПЭ)

- Одним из основных механизмов патогенеза печеночной энцефалопатии является нарушение образования мочевины в орнитиновом цикле из аммиака, который образуется при дезаминировании аминокислот в печени.
- Аммиак проникает через гематоэнцефалический барьер и оказывает токсическое действие на ЦНС.
- Основным источником аминокислот – это пищевые белки, их количество необходимо уменьшить до 20 г/сут.
- При улучшении состояния содержание белков увеличивают на 10 г через день.
- Если возникает рецидив энцефалопатии, возвращаются к предыдущему уровню белка в пище.

- У больных, выздоравливающих после острого эпизода комы, содержание бел в пище постепенно доводят до нормы.
- При хронической ПЭ больным необходимо постоянно ограничивать количество белков во избежание развития психопатологических симптомов. Содержание белков в их питании составляет 40–60 г/сут.
- Энергетическую ценность пищи поддерживают на уровне  
1 600-2 000 ккал или выше.
- Существуют специальные препараты для парентерального и энтерального питания больных с патологией печени.

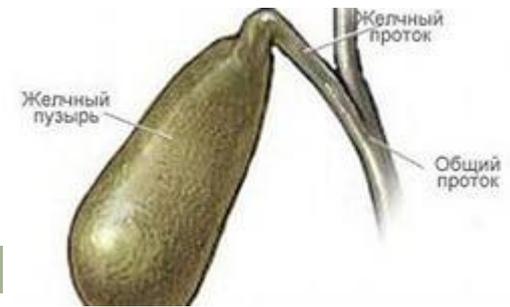


# Растительные белки при ПЭ

- Растительные белки переносятся лучше, чем животные. У них меньший аммониегенный эффект, и они содержат мало метионина и ароматических аминокислот.
- Растительная пища увеличивает поступление пищевых волокон; это обуславливает слабительный эффект и ведет к усилению связывания и выведения азота, содержащегося в толстой кишке.
- Однако прием растительной пищи может быть затруднен из-за развития метеоризма и диареи.
- В острых случаях можно полностью исключить из пищи белки на срок от нескольких дней до нескольких недель. Даже при хронической энцефалопатии при ограничении пищевых белков в течение нескольких месяцев редко встречаются клинические признаки белковой недостаточности.

- Резко ограничивают или полностью исключают жиры.
- В достаточном количестве вводят легкоусвояемые углеводы.
- Рекомендуют фруктовые и ягодные соки, богатые солями калия (апельсиновый, мандариновый, виноградный, абрикосовый и др.), настой из кураги, урюка, чернослива, чай с сахаром, медом, лимоном, вареньем, протертые компоты.
- Общее количество жидкости, получаемое больным, составляет 1,5–2 л/сут. Необходимо контролировать количество вводимой жидкости и суточный диурез из-за опасности нарастания асцита и отеков.
- **При асците** в сутки с пищей должно поступать не более 22 г соли (2,5 г) натрий-содовых солей.

# Холецистит



- Базисной является основная стандартная диета, в которую лечащий врач должен вносить коррективы каждому пациенту.
- При гипермоторной дискинезии желчного пузыря, спазме сфинктера Одди, нефункционирующем желчном пузыре показано ограничение жиров, яичных желтков.
- Наоборот, при гипомоторной дискинезии желчного пузыря, запорах популярный совет «Не ешьте жирного и жареного» может привести к развитию «ленивого» желчного пузыря и усугублению клинической симптоматики заболевания.
- В данном случае следует рекомендовать примерно на 3 нед. диету с увеличенным количеством растительных жиров (100–120 г/сут),  
обогащение рациона пищевыми волокнами за счет овощей, фруктов, ягод и соответствующих пищевых добавок.
- В дальнейшем количество жиров должно соответствовать физиологической норме.

# Питание при ЖКБ



- В патогенезе образования холестериновых камней, которые встречаются примерно в 80 % случаев, играют роль изменения химического состава желчи (увеличение содержания холестерина, уменьшение – желчных кислот и лецитина), воспаление желчного пузыря, застой желчи и сдвиг ее pH в кислую сторону.
- Возникновению камней способствуют и некоторые факторы питания: повышенная энергетическая ценность рациона, избыток мучных и крупяных блюд, вызывающих сдвиг pH желчи в кислую сторону, недостаток растительных масел и витамина A, низкое содержание пищевых волокон, что обеспечивает более длительное прохождение пищи по желудочно-кишечному тракту.
- Это приводит к повышению концентрации в желчи вторичных желчных кислот, например, дезоксихолевой, что делает желчь более литогенной.
- Рафинированные углеводы повышают насыщение желчи холестерином, тогда как небольшие дозы алкоголя оказывают обратное действие.

# Употребление жиров при ЖКБ

- Показано ограничение продуктов, богатых холестерином, так как избыточное поступление холестерина с пищей повышает содержание его в желчи.
- Главная роль в возникновении желчных камней принадлежит ускоренному синтезу эндогенного холестерина в печени.
- Для того чтобы холестерин желчи не выпадал в виде кристаллов и камней, он должен выделяться в виде мицелл, то есть быть «упакованным» в желчные кислоты и лецитин.
- Синтез желчных кислот улучшают белковые продукты (мясо, творог, рыба, яичный белок), а лецитином богаты растительные масла, которые к тому же оказывают желчегонное действие.

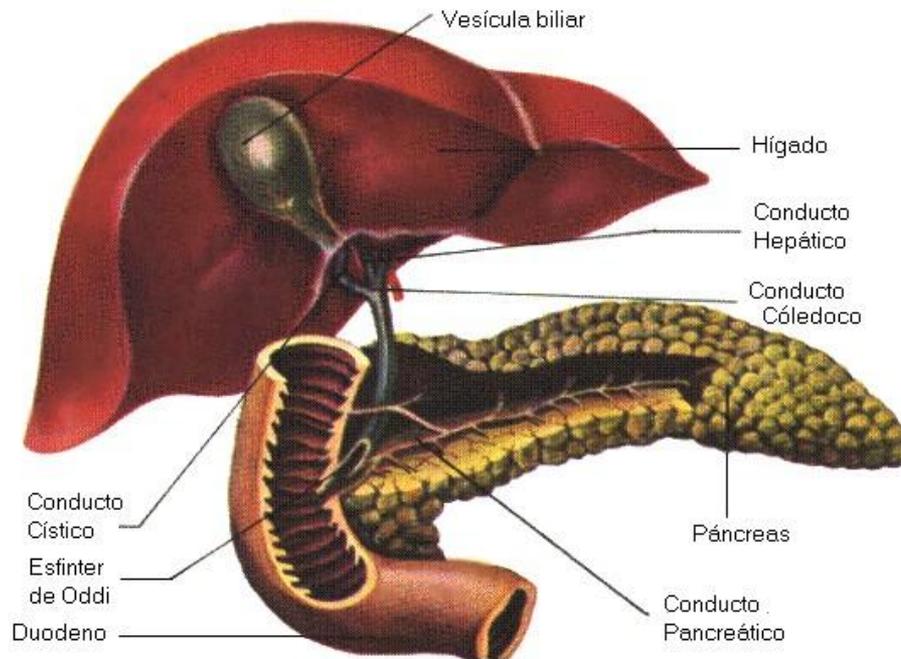


- Ограничивают растительные масла у больных с частыми приступами печеночной колики.
- Из животных жиров рекомендуют сливочное масло. Оно хорошо эмульгировано и содержит витамины А и К.
- При дефиците витамина А происходит суживание эпителия желчных путей, который может стать центром кристаллизации желчи.
- Витамин К – его усвоение может быть нарушено упри заболеваниях гепатобилиарной системы из-за дефицита желчных кислот.

- Для ощелачивания желчи назначают молоко, молочнокислые продукты, творог, сыр, овощи (кроме тыквы, бобовых и грибов), фрукты и ягоды (кроме брусники и красной смородины).
- С целью уменьшения концентрации желчи показано обильное питье, курсы питьевого лечения минеральными водами.
- Соли магния уменьшают спазм гладкой мускулатуры, улучшают желчеотделение, опорожнение кишечника и выведение холестерина из организма, оказывают седативное действие (отруби пшеничные, греча, пшено, арбуз, соя, крабы, морская капуста).

# Питание при остром панкреатите и обострениях хронического панкреатита

- Главным принципом диетотерапии панкреатита является строгая этапность в расширении пищевого рациона!



Вид и стадия заболевания	Задачи диетотерапии	Вариант диеты	Показания к назначению
Острый панкреатит, обострение хр. панкреатита	1) уменьшение продукции желудочного и панкреатического соков; 2) детоксикация;	-голод -нулевая диета	первые дни обострения
Острый панкреатит, обострение хр. панкреатита	1) см.п.1; 2) постепенное расширение рациона и объема питания;	-ЩД 1-2 - №5П	1 неделю
Затихающее обострение	1) см.п.1 2) противовоспалительная; 3) стимуляция репарации; 4) коррекция внутри и внешнесекреторных ф-ий; 5) нормализация иммунного статуса;	-ВБД - ЩД 2 (5 П) расширенный	2-3 месяца
Ремиссия острого или хр. панкреатита	1) профилактика рецидивов заболевания; 2) предотвращение прогрессирования хр.панкреатита.	-ОВД - диета №5	всю жизнь

# Диета в первые дни обострения

- Целью лечения является иммобилизация выработки панкреатического сока, которая достигается путем *отказа от приема пищи как в твердой, так и в жидкой форме, нулевой диетой и строгим постельным режимом.* Исключается даже воздействие на больного вида и запаха пищи.
- В зависимости от вида и тяжести течения заболевания голод назначается на период от 1–3 до 10–20 сут. При определении сроков следует помнить, что развивающийся при голодании гиперкатаболизм обуславливает истощение больного, замедление репаративных процессов в ПЖ и ухудшает течение заболевания.



- Некоторые авторы считают необходимым исключить прием жидкости.
- Согласно рекомендациям других авторов – больным разрешается прием до 1,5–2 литров жидкости в сутки в виде кипяченой воды, некрепкого чая без сахара, щелочных минеральных вод без газа комнатной температуры (20–22 °С), отвара плодов шиповника (10 г на 200 мл).
- При выраженных нутриционных расстройствах со 2-го дня голодания, а также при длительном голодании для возмещения потребности организма больного в нутриентах, пациентам назначают парентеральное питание.

# Питание в остром периоде панкреатита

- Основным принципом диетотерапии является осторожное постепенное расширение рациона питания и медленное увеличение объема вводимой пищи (за 5-7 дней).
- Всю пищу готовят на пару или отваривают.
- Пища должна быть жидкой или полужидкой консистенции, теплой (температура готовых блюд 20–52 °С).
- Используют продукты, которые механически, термически и химически щадят ПЖ и другие органы пищеварительного тракта.
- Рекомендуют частые (4–8 раз/сут) приемы пищи малыми порциями (не более 300 г). Вследствие этого уменьшаются застойные явления в протоках ПЖ и в двенадцатиперстной кишке, нормализуются функции органов пищеварения.

# Принципы питания уменьшающие эксреторную активность поджелудочной железы:

- Больным категорически *противопоказаны продукты, обладающие «сокогонным»* действием:
- мясные, рыбные, костные, грибные бульоны и отвары, блюда и продукты, приготовленные путем обжаривания, копченые сорта колбас, кровяная и ливерная колбасы, жирные сорта мяса и рыбы (свинина, баранина, мясо гуся, утки, осетр, севрюга, сом, карп и др.), консервы;
- овощи, содержащие эфирные масла (лук, чеснок, редька, редис, лук, чеснок, белокочанная капуста, репа, щавель, салат, шпинат, брюква, цитрусовые и др.), ржаной хлеб, сдобные и свежесыпеченные мучные изделия;
- кофе, какао, шоколад, кислые соки, квас, уксус, горчица, перец, острые соусы из приправы.

- Напротив, широко используются продукты, содержащие «ингибиторы протеолитических ферментов»: яичный белок, овсянка, бобы сои, картофель.



# Этапность расширения диеты при обострении панкреатита



- В начальном периоде назначают преимущественно углеводное питание (высокомолекулярные полисахариды) в виде протертых каш на воде, слизистых супов из различных круп, чая с сахаром, сухарей (до 50 г/сут), желе или муссов из соков на ксилите, овощного пюре (картофельного, морковного, тыквенного, кабачкового) без добавления масла или паровых овощных пудингов, полужидкого киселя из протертых фруктов. Хлеб разрешается белый, вчерашний, печенье сухое типа галет «Мария».
- Затем добавляют пищу, содержащую большое количество легкоперевариваемых форм белка (паровой омлет из белков или яйцо всмятку (не более 1–2 яиц/сут), полужидкую кашу из овсяных хлопьев или риса, суфле из мяса и речной рыбы нежирных сортов (говядина, телятина, курица, индейка, кролик, треска, судак, сазан, окунь, щука), паровые фрикадели, кнели или тефтели, обезжиренный свежеприготовленный некислый творог или паровой творожный пудинг.

- Далее присоединяют жиры , сначала в виде несоленого сливочного масла, добавляющегося в готовые каши и овощные пюре (до 15–20 г в течение дня), затем – рафинированного подсолнечного масла (до 5-15 г/сут).
- В связи с выраженной стеатореей, характерной для заболеваний ПЖ, целесообразно восполнение потерь путем обогащения рациона питания продуктами, содержащими жирные кислоты со средними цепями (растительные масла).
- Пациентам со стеатореей и снижением массы тела, которым не помогает заместительная полиферментная терапия, рекомендуют жиры, содержащие жирные кислоты с короткими цепями (кокосовое масло), они быстрее гидролизуются и всасываются, хорошо переносятся. Однако у 25 % больных они вызывают тошноту и усиливают диарею.
- Тугоплавкие жиры (особенно животного происхождения) плохо переносятся больными. Значительно усиливая внешнесекреторную функцию ПЖ, они поддерживают воспалительный процесс,

# Овощи и фрукты при панкреатите

- ❑ Овощи и фрукты в сыром виде исключают, так как они богаты пищевыми волокнами, которые, способствуя бродильным процессам в кишечнике, вызывают вздутие живота и усиливают поносы.
- ❑ Разрешены сладкие яблоки в печеном виде (антоновские и другие кислые сорта исключают), компоты и настои из сухих и протертых свежих некислых фруктов и ягод, богатых солями калия.



# Алкоголь и панкреатит



- Принципиальной мерой считают абсолютный *от* *от алкогольных напитков*, так как алкоголь является прямым стимулятором панкреатической секреции и вызывает изменение биохимического состава панкреатического сока (секрет железы обеднен бикарбонатами и перенасыщен белком.)
- Гиперсекреция белка усугубляется при сочетании злоупотребления алкоголем и диеты с повышенным количеством белков и жиров. Уменьшается жидкая часть панкреатического секрета, что приводит к увеличению его вязкости.
- В связи с изменениями панкреатического сока нарушаются ионные соотношения и создаются условия для отложения белковых преципитатов в виде пробок, которые затем кальцифицируются и обтурируют мелкие внутрипан-креатические протоки, способствуя внутрипротоковой гипертензии.
- Кроме того, алкоголь и продукты его метаболизма снижают активность фермента оксидазы, в результате чего в ПЖ образуются свободные радикалы, которые повреждают ткань железы, вызывая некрозы и воспаление с последующим развитием фиброза.

# Питание при «затихающем» обострении

- В фазе затихающего обострения хронического панкреатита для достижения стойкой ремиссии важным является нормализация и стимуляция метаболических и репаративных процессов в ПЖ, коррекция экскреторной и инкреторной функции ПЖ, нормализация иммунного статуса.
- Для решения этих задач больным назначается лечебное питание, соответствующее варианту диеты с повышенным количеством белка (II расширенному варианту стола 5п по Певзнеру) на 2-3 мес.

# Белок при затихающем обострении панкреатита

- В среднем содержание в рационе белка составляет 1,4–1,5 г /кг нормальной массы тела. При выраженном похудании суточную белковую квоту увеличивают до 130 г.
- Таким пациентам показано включение в рацион белкового энпита, оволакта, изолированных соевых белков, гомогенизированных и пюреобразных консервов для детского и диетического питания.

# Жиры при затихающем обострении панкреатита

- Содержание стимулирующего внешнесекреторную функцию ПЖ жира находится на нижней границе физиологической нормы и составляет не более 70–80 г/сут (20 % приходится на растительные жиры).
- С целью предупреждения обострения общее колич-во принимаемого жира рекомендуют равномерно распределить в течение дня.
- Сливочное несоленое (20–25 г/сут), оливковое или рафинированное подсолнечное (10–15 г/сут) масло добавляют в готовые блюда.
- Рацион следует обогащать липотропными продуктами (творог, гречневая и овсяная крупы).
- В последние годы появились новые точки зрения на количество жиров в рационе больных хроническим панкреатитом. Г. Ф. Короть-ко (2001) считает возможным применять диеты, богатые жирами и белками, на фоне адекватной терапии современными полиферментными препаратами.

# Питание во время ремиссии хр.панкреатита

- После достижения ремиссии заболевания ПЖ в период реабилитации важно предотвратить рецидивы и прогрессирование панкреатита и скорректировать возникшие нутриционные нарушения.
- К. Morgenroth и соавт. (1991) предложили следующую схему диетотерапии при хроническом панкреатите:
  - – частый прием пищи при общей энергетической ценности 2 500-3 000 ккал на фоне адекватной ферментной терапии;
  - – снижение количества жира до 60 г/сут (540 ккал);
  - – количество углеводов – 300–400 г/сут (1 200-1 600 ккал) с введением при необходимости адекватной дозы инсулина;
  - – количество белка – 60-1 20 г/сут (320–480 ккал).
- В ЛПУ больным рекомендуют питание, соответствующее требованиям *основного варианта стандартной диеты (диеты 5 по Певзнеру)*.

# Продукты исключенные из рациона при хр.панкреатите

- Продукты, богатые экстрактивными веществами, щавелевой кислотой и эфирными маслами, стимулирующими секреторную активность желудка и ПЖ.
- Жирные сорта мяса и рыбы, печень, почки, мозги, сало, копчености, соленая рыба, икра, большинство колбас, консервы.
- Шпинат, щавель, редис, редька, чеснок, лук зеленый, грибы, маринованные овощи, кислые фрукты и ягоды из-за большого содержания экстрактивных веществ и эфирных масел.
- Очень свежий хлеб, слоеное и сдобное тесто, пирожные, торты, жареные пирожки.
- Острые приправы: хрен, горчицу, перец, кетчуп.
- Черный кофе, какао, холодные и газированные

# Реабилитация пациентов с панкреатитом

- Вне обострения и в стадии компенсации болезни (через 6 мес после обострения панкреатита) пациентам можно рекомендовать санаторно-курортное лечение в специализированных санаториях в Ессентуках, Трускавце, Железноводске, Джермуке, Пятигорске, Арзни и др.  
В роли основных лечебных факторов будут выступать лечебное питание, минеральные воды, физиотерапия, лечебная физкультура и климатолечение.

# Будьте здоровы!

---

