

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	7
Условные сокращения	10
Введение	12
Глава 1. Современные методы оперативного лечения гастродуоденальных заболеваний	17
Глава 2. Ранние осложнения операций на желудке и двенадцатиперстной кишке	28
2.1. Демпинг-синдром	29
2.2. Гипогликемический синдром	34
2.3. Синдром приводящей/отводящей петли	36
2.4. Пептическая язва анастомоза и тощей кишки/рецидивная язва	39
2.5. Послеоперационная дисфагия	42
2.6. Рефлюкс-гастрит	42
2.7. Гастростаз	43
2.8. Диарея	43
2.9. Синдром малого желудка	44
2.10. Стеноз культи желудка	45
2.11. Внутренняя грыжа	45
Глава 3. Поздние осложнения операций на желудке и двенадцатиперстной кишке	46
3.1. Нарушения питания	46
3.2. Опухоли оперированного желудка	48
3.3. Опухоли нежелудочной локализации	48
3.4. Формирование безоаров	49
3.5. Хронический панкреатит и желчнокаменная болезнь	49
Глава 4. Профилактика послеоперационных осложнений у больных с гастродуоденальной патологией	51
Глава 5. Научно-методологические основы и средства послеопера- ционной реабилитации гастроэнтерологических больных (при участии проф. М. Д. Дидура, проф. Т. А. Евдокимовой, проф. Л. А. Комаровой, проф. А. А. Крылова, проф. Г. Н. Пономаренко, доц. Д. П. Петрова) ...	61

5.1. Лечебно-профилактическое питание	76
5.2. Фармакотерапия	78
5.3. Психокоррекция	79
5.4. Лечебная физкультура	79
5.5. Физиотерапия	84
5.6. Фитотерапия	90
5.7. Санаторно-курортное лечение	93
Глава 6. Стационарный этап послеоперационной реабилитации больных с гастродуоденальной патологией (при участии проф. М. Д. Дидура, проф. Т. А. Евдокимовой, проф. А. А. Крылова, проф. Г. Н. Пономаренко)	
6.1. Диетотерапия	112
6.2. Фармакотерапия	112
6.3. Нутриционное обеспечение	113
6.4. Антисекреторная терапия	115
6.5. Коррекция моторно-эвакуаторных нарушений желудочно-кишечного тракта	117
6.6. Терапия нарушенной региональной гемодинамики и микроциркуляции	118
6.7. Лечение сопутствующих заболеваний	123
6.8. Лечебная физкультура	124
6.9. Физиотерапия	136
Глава 7. Постстационарный этап реабилитации послеоперационных больных с гастродуоденальной патологией (при участии проф. М. Д. Дидура, проф. Т. А. Евдокимовой, проф. Л. А. Комаровой, проф. А. А. Крылова, проф. Г. Н. Пономаренко)	
7.1. Лечебная физкультура	146
7.2. Фармакотерапия	152
7.3. Коррекция моторно-эвакуаторных нарушений желудочно-кишечного тракта	167
7.4. Фитотерапия	170
7.5. Физиотерапия	174
7.6. Санаторно-курортное лечение	178
Глава 8. Гипоксия и антиоксидантные нарушения в хирургии желудка (патогенез, диагностика и лечение)	
183	
Глава 9. Лечебно-профилактическое питание больных с гастродуоде- нальной патологией в послеоперационном периоде (при участии доц. К. Л. Райхельсон)	
200	
9.1. Патофизиологические основы питания больных при операциях на органах пищеварения	200
9.2. Нутриционная поддержка в предоперационном периоде	202
9.3. Нутриционная поддержка в послеоперационном периоде	209

9.4. Основные диеты, применяемые в раннем послеоперационном периоде.....	211
9.5. Питание на постстационарном этапе реабилитации.....	224
Глава 10. Лечебно-профилактическое питание при болезнях оперированного желудка (<i>при участии доц. К. Л. Райхельсон</i>).....	229
10.1. Характеристика, химический состав и энергетическая ценность стандартных диет, применяемых в ЛПУ после операций на желудке.....	230
10.2. Питание при демпинг-синдроме.....	237
10.3. Питание при синдроме приводящей петли.....	242
10.4. Питание при агастральной астении.....	243
10.5. Питание при пептических язвах анастомоза, анастомозите, гастрите культи желудка.....	246
10.6. Питание при кровотечении у больных с язвами культи желудка и (или) анастомоза.....	253
10.7. Питание при диарее.....	256
10.8. Питание при синдроме малого желудка.....	259
10.9. Питание при гастроэзофагеальном рефлюксе.....	260
10.10. Питание при болезни Крона.....	262
10.11. Питание при дисбактериозе кишечника.....	262
Глава 11. Психокоррекция в системе реабилитации больных с гастродуоденальной патологией в послеоперационном периоде (<i>доц. Д. П. Петров</i>).....	270
11.1. Психологические нарушения у больных с гастродуоденальной патологией в пред- и послеоперационном периодах.....	270
11.2. Психологическая подготовка к операции.....	285
11.3. Психофармакотерапия.....	287
11.3.1. Нейролептики (антипсихотики).....	288
11.3.2. Антидепрессанты.....	291
11.3.3. Транквилизаторы.....	294
Глава 12. Консервативное лечение болезней оперированного желудка.....	298
12.1. Консервативное лечение ранних осложнений после операций на желудке и двенадцатиперстной кишке.....	298
12.1.1. Демпинг-синдром.....	298
12.1.2. Гипогликемический синдром.....	299
12.1.3. Синдром приводящей петли.....	300
12.1.4. Пептическая язва анастомоза и тощей кишки, рецидив язвы, анастомозит, гастрит (в том числе эрозивный) культи желудка, рефлюкс-гастрит.....	301
12.1.5. Послеоперационная дисфагия, рефлюкс-эзофагит.....	304

12.1.6. Гастростаз.....	305
12.1.7. Диарея после резекции желудка	306
12.1.8. Синдром малого желудка	309
12.2. Консервативное лечение поздних осложнений после операций на желудке и двенадцатиперстной кишке.....	310
12.2.1. Кишечный дисбактериоз.....	310
12.2.2. Нарушения питания (агастральная астения, белково-энергетическая недостаточность).....	311
12.2.3. Хронический панкреатит, холецистопанкреатит	315
12.2.4. Желчнокаменная болезнь, механическая желтуха	317
12.2.5. Болезнь Крона	319
Глава 13. Хирургическое лечение болезней оперированного желудка	322
13.1. Демпинг-синдром	322
13.2. Синдромы петли.....	326
13.3. Стеноз культи желудка	328
13.4. Рефлюкс-гастрит	329
13.5. Гастростаз (атония желудка)	329
Глава 14. Размышления терапевта о возможностях повышения качества хирургического лечения гастроэнтерологических больных.....	330
Заключение	358
Рекомендуемая литература	359
Приложение 1. Определение уровня основного обмена (по формуле Харриса — Бенедикта) и расхода энергии.....	364
Приложение 2. Показания и противопоказания к направлению в санатории больных, перенесших операции на желудке и двенадцатиперстной кишке	365
Приложение 3. Примерные вопросы к тестовому самоконтролю	366
Приложение 4. Ответы на вопросы к тестовому самоконтролю	379
Об авторах	380

Глава 2

РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛУДКЕ И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКЕ

Наиболее частые ранние осложнения операций на желудке и двенадцатиперстной кишке можно разделить на следующие группы.

I. Осложнения резекции желудка.

1. Демпинг-синдром.
2. Гипогликемический синдром.
3. Синдром приводящей/отводящей петли:
 - острый дуоденостаз;
 - хронический дуоденостаз.
4. Пептическая язва анастомоза и тощей кишки:
 - рецидивная язва;
 - желудочно-кишечный свищ.
5. Послеоперационная дисфагия.
6. Рефлюкс-гастрит.

II. Осложнения ваготомии.

1. Гастростаз.
2. Диарея.
3. Рецидивы язв.
4. Демпинг-синдром.
5. Рефлюкс-гастрит.
6. Послеоперационная дисфагия.

III. Осложнения бариатрических операций.

1. Нарушение проходимости верхних отделов ЖКТ:
 - синдром малого желудка;
 - язвы культи желудка и гастроэнтероанастомоза;
 - стеноз культи желудка;
 - внутренняя грыжа.
2. Демпинг-синдром.
3. Диарея.

Согласно данным литературы, постгастрорезекционные расстройства развиваются у 35–40 % больных, перенесших оперативное вмешательство. В первый год после резекции желудка трудоспособность стойко рушится у 20–30 % оперированных (показатель инвалидизуемости

(Nambiar R. [et al.], 2006). В более поздние сроки это число снижается до 10–15 %. Не реже развиваются осложнения и после ваготомии. В последние 30–40 лет — период энергичного внедрения ваготомии в практику методов лечения язвенной болезни — появился новый раздел гастроэнтерологии, изучающий исключительно постваготомические расстройства.

Иностранные авторы наблюдали преобладание послеоперационных осложнений у женщин (Tovey F. I. [et al.], 1990). Возрастных особенностей не отмечено.

2.1. Демпинг-синдром

Это наиболее распространенный среди патологических синдромов, развивающихся после операций на желудке. Демпинг-синдром может осложнить любое вмешательство: он встречается и у больных, перенесших резекцию по Бильрот-I, и у оперированных по Бильрот-II, и после ваготомии, и после гастроэнтеростомии без резекции желудка. Синдром регистрируют, по меньшей мере, у 10 % всех оперированных. Чаще всего он развивается после вмешательств типа Бильрот-II. В 65 % наблюдений пострезекционных расстройств демпинг-синдром является ведущим в общей клинической картине заболевания (Левин М. М., 1961).

Большинство авторов понимают под демпинг-синдромом наблюдающиеся у больных, ранее оперированных на желудке, приступы резкой слабости после приема пищи, с характерными сосудистыми и нейровегетативными расстройствами. Понятие демпинга (dumping stomach, сбрасывающий желудок) ввел в клиническую практику американец C. L. Mix в 1922 г. по результатам наблюдения больной, получившей гастроэнтеростомию. Термин «демпинг-синдром» (dumping syndrome, синдром сброса) предложили англичане J. A. Gilbert и D. M. Dunlop в 1947 г.

Патогенез страдания схематично отображен на схеме 2.1. В основе расстройств лежат нарушение резервуарной функции желудка и молниеносное его опорожнение (Гаджиев А. С., 1990). Рентгенологические исследования демонстрируют, что эвакуация из культи желудка начинается с изоперистальтического движения пищевого комка в постбульбарный отдел большими порциями, и далее открывается постоянное, т.е. неостановимое опорожнение по типу «открытого крана».

Таким образом, пищевые массы, не прошедшие необходимую физическую и химическую обработку, вскоре после еды стремительно «пропихиваются» в тонкую кишку, раздражая ее механо- и терморцепторы. Кроме того, вследствие неадекватной осмолярности химуса в просвет кишечной трубки немедленно устремляется большое количество жидкости. Кишечные петли перерастягиваются, а в сосудистом русле возникает нехватка циркулирующего объема.

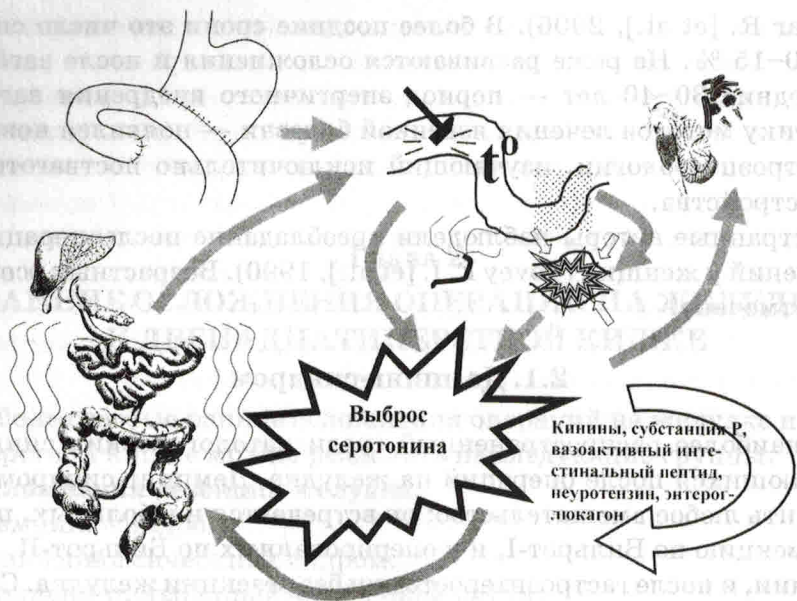


Схема 2.1. Патогенез демпинг-синдрома

Раздражение рецепторного аппарата пищеварительного тракта провоцирует выброс серотонина и других активных медиаторов. Сдвигается хрупкий баланс кининов, регуляторных пептидов и прочих субстанций активизируется симпатoadреналовая система. Изменяется внутрисекреторная функция поджелудочной железы. Гормональные и биохимические нарушения приобретают черты «порочного круга» и на макроуровне определяют клинические проявления вегетативных и сосудистых реакций, дисфункцию желудочно-кишечного тракта, диэнцефальные нарушения.

В клинической картине демпинг-синдрома доминируют приступы резкой слабости с характерными сосудистыми и нейровегетативными расстройствами, развивающиеся после приема пищи. Обычно они возникают через 15–20 мин после еды, особенно после употребления сладких и молочных блюд. Во время приступа у пациентов появляется желание лечь, так как в горизонтальном положении они чувствуют себя лучше, приступ проходит значительно легче и быстрее заканчивается. Степень нарушений колеблется от кратковременной общей слабости до пароксизмов полного физического бессилия. Длительность приступа может быть различной, от 20–25 мин до 2 ч и более, и прямо зависит от тяжести заболевания.

Кроме приступов слабости, больные отмечают головокружения, шум в ушах, сердцебиения. У части пациентов появляется неприятное ощущение жара, сопровождающееся резким покраснением или бледностью

жидкого покрова, дрожанием пальцев рук. Потоотделение усиливается, некоторые больные буквально купаются в поту.

В чистом виде демпинг-синдром встречается далеко не всегда, чаще имеет место сочетание различных расстройств. Внимательный анализ характера жалоб позволяет разделить их на несколько категорий (Vecht J. et al.), 1997).

Во-первых, сосудистые и нейровегетативные: приступы слабости, сердцебиение, побледнение, чувство жара с покраснением лица, дрожание пальцев и кистей рук, головокружения, потемнение в глазах, обильный пот. Эти жалобы непосредственно связаны с приемом пищи и наблюдаются исключительно во время приступов. Наиболее частым признаком дисэнцефальных нарушений являются головокружения, иногда обмороки, сопровождающиеся слабостью, тошнотой, чувством жара, мельканием «мушек» перед глазами и дрожанием рук.

Во-вторых, диспепсические расстройства и чувство абдоминального дискомфорта: отсутствие аппетита, тошнота, срыгивания, рвота, урчание в животе, жидкий или неустойчивый стул, запоры. Данная группа жалоб связана с нарушением моторно-эвакуаторной деятельности желудочно-кишечного тракта и с расстройствами внешнесекреторной функции пищеварительных желез.

В-третьих, жалобы, связанные с недостаточностью пищеварения и с нарушениями метаболизма: исхудание, малокровие, общее ослабление организма, понижение трудоспособности, физическое бессилие, интоксикация.

В-четвертых, различные болевые ощущения, обусловленные воспалительным и спаечным процессом в гепатопанкреатодуоденальной системе и дуоденостазом.

И последнее, пятое, психоневрологические нарушения и астенизация личности: раздражительность, плаксивость, бессонница, головные боли, неуравновешенность, так называемая фиксационная неврастения и т. д. Нервно-психические нарушения, свойственные пациентам с демпинг-синдромом, всегда вторичны. Они протекают по типу соматогенной психической астении. Больные отмечают раздражительность, неустойчивое настроение, вспыльчивость, слезливость. Выглядят нетерпеливыми, суевливыми, иногда многословными.

В более тяжелых случаях проявляются пассивно-безразличное отношение к своим обязанностям, апатия, адинамия, чувство бессилия. Отмечаются неустойчивое внимание, недостаточная сосредоточенность. Снижено половое влечение, у мужчин наступает преждевременная половая слабость. Нередко встречаются невротические реакции канцерофобического содержания.

Для демпинг-синдрома характерно длительное и торпидное течение. Как правило, приступы возникают в первый же год после операции и

бывают связаны с расширением ассортимента потребляемых продуктов. Поначалу, в течение 2–3 лет, основные проявления болезни — это эпизоды слабости, провоцируемые приемом пищи. С течением времени классическая картина болезни дополняется жалобами, связанными с физической и нервно-психической астенизацией.

На фоне снижения сопротивляемости организма в далеко зашедших случаях яркий характер приступов, наблюдающийся в первые годы, постепенно стирается. На первый план выступают истощение, общая физическая слабость, снижение или потеря трудоспособности, импотенция, нервно-психические расстройства — нарушения, укладывающиеся в определение так называемой постгастрорезекционной астении.

Диагноз демпинг-синдрома устанавливают, исходя из анамнеза, характерных жалоб и наличия приступов слабости. Внешний осмотр обнаруживает пониженное питание, иногдаходящее до степени истощения, с безбелковыми отеками и дистрофическими изменениями внутренних органов. При обследовании вне приступа демпинг-синдрома обычные физикальные методы не выявляют каких-либо патогномичных признаков заболевания. Артериальное давление нередко имеет тенденцию к снижению, характерна умеренная гипотензия, систолическое давление не ниже 90 мм рт. ст. Язык у больных всегда обложен, пальпаторные данные со стороны живота без особенностей.

Объективизации диагностики способствует постановка так называемой провокационной пробы. Пациента просят выпить раствор, содержащий 50 г глюкозы, и после этого в течение часа регулярно измеряют пульс. Повышение частоты сердечных сокращений более чем на 10 ударов в минуту однозначно подтверждает диагноз. Чувствительность теста составляет 100 %, а специфичность, т. е. достоверность отрицательного результата, около 92–94 %.

Полезным в практической работе может оказаться знание диагностической шкалы Зигштада (H. Sigstad), позволяющей количественно оценить вероятность наличия у пациента демпинг-синдрома, исходя из выраженности набора симптомов: отдельным симптомам соответствуют условные баллы, которые необходимо сложить (табл. 2.1). Общая сумма 7 баллов и более свидетельствует об очень высокой вероятности демпинг-расстройств (Sigstad H., 1997).

Глава 10

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ПИТАНИЕ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

Хирургическое вмешательство, тем более протекающее с частичным или полным выключением одного из звеньев пищеварительной системы, создает новые анатомо-физиологические условия для пищеварения и представляет собой мощный фактор, вызывающий многочисленные сдвиги в функционировании организма. В большинстве случаев адаптивно-приспособительные процессы позволяют обеспечить близкое к нормальному состояние процессов пищеварения, добиться удовлетворительной реабилитации больного, сохранения качества его жизни. Одним из основополагающих моментов в восстановлении и замещении утраченных функций является лечебное питание, которому должно быть уделено достаточно внимания как непосредственно после операции, так и в отдаленном периоде даже 1,5–2 лет после нее.

К сожалению, в некоторых случаях после оперативного лечения гастроуденальных заболеваний развиваются патологические состояния, которые принято называть болезнями оперированного желудка. К неблагоприятным последствиям оперативного лечения относятся демпинг-синдром, синдром приводящей петли, агастральная астения, энтероциркуляторный синдром, пептическая язва анастомоза, гастрит и язва культи желудка и некоторые другие. Их лечение обязательно требует индивидуализированного диетического подхода, учитывающего особенности физиологического действия конкретного вида пищи на все нарушенные звенья деятельности ЖКТ и пищеварительного конвейера.

На этом этапе восстановительного лечения при отсутствии осложнений со стороны органов пищеварения пациент, находящийся в ЛПУ, может употреблять пищу, приготовленную по типу общего стола (основной вариант стандартной диеты по данным приказа № 330 МЗ РФ от 14.03.2003), но с соблюдением принципов дробности питания и ограничения продуктов и блюд, провоцирующих демпинг-синдром (см. ниже).

При наличии специализированных отделений базисной диетой для больных, перенесших резекции желудка, является диета Р, которая реализуется в двух вариантах: протертом и непротертом (см. ниже).

В зависимости от характера осложнений она модифицируется или полняется.

В целом, питание больных с оперированным желудком в зависимости от характера осложнений может быть обеспечено в нескольких вариантах:

- естественное питание;
- естественное питание и дополнение рациона энтеральными смесями;
- питание энтеральными смесями в режиме сиппинга;
- сочетание естественного/энтерального и парентерального питания.

10.1. Характеристика, химический состав и энергетическая ценность стандартных диет, применяемых в ЛПУ после операций на желудке

Характеристика диет представлена согласно «Инструкции по организации лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях», приказ МЗ РФ № 330 от 5.06.2003 г.

Вариант диеты с механическим и химическим щажением

Вместо диет по Певзнеру №№ 16, 4б, 4в, 5п (1-й вариант).

Некоторые показания к назначению:

- острый гастрит, хронический гастрит с сохраненной и повышенной кислотностью в фазе нерезкого обострения;
- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в фазе обострения и нестойкой ремиссии, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь;
- нарушения функции жевательного аппарата;
- острый панкреатит, стадия затухающего обострения;
- хронический панкреатит, выраженное обострение;
- период выздоровления после острых инфекций и после операций (не на внутренних органах).

Общая характеристика, кулинарная обработка: диета с физиологическим содержанием белков, жиров и углеводов, обогащенная витаминами, минеральными веществами, с умеренным ограничением химических и механических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата желудочно-кишечного тракта.

Химический состав: белки — 85–90 г (в том числе животные 40–45 г); жиры — 70–80 г (в том числе растительные 25–30 г); углеводы: 300–350 г (в том числе простые 50–60 г).

Энергетическая ценность — 2170–2480 ккал.

Исключаются острые закуски, приправы, пряности.

Ограничивается поваренная соль (6–8 г в день).

Блюда готовятся в отварном виде или на пару, протертые и непротертые.

Температура горячих блюд — не выше 60–65 °С, холодных блюд — не выше 15 °С.

Количество свободной жидкости — 1,5–2 л. Режим питания: 5–6 раз в день.

Вариант диеты с повышенным содержанием белка (высокобелковая диета)

Вместо диет по Певзнеру № 4з, 4аг, 5п (2-й вариант), 7в, 7г, 9б, 10б, R-1, R-2.

Химический состав: белки — 110–120 г (в том числе животные 45–50 г); жиры — 80–90 г (в том числе растительные 30 г); углеводы: 250–300 г (в том числе простые 30–40 г).

Энергетическая ценность — 2080–2690 ккал.

Некоторые показания к назначению:

- после резекции желудка по поводу язвенной болезни через 2–4 мес после наличия демпинг-синдрома, холецистита, гепатита;
- хронический энтерит при наличии выраженного нарушения функционального состояния органов пищеварения;
- глютенная энтеропатия;
- хронический панкреатит в стадии ремиссии.

Общая характеристика, кулинарная обработка: диета с повышенным содержанием белка, нормальным количеством жиров, сложных углеводов и ограничением легкоусвояемых углеводов. При назначении диеты больным сахарным диабетом и пациентам после резекции желудка с демпинг-синдромом рафинированные углеводы (сахар) исключаются.

Ограничиваются поваренная соль (6–8 г в день), химические и механические раздражители желудка и желчевыводящих путей.

Блюда готовят в отварном, тушеном, запеченном виде, на пару, протертые и непротертые.

Температура горячих блюд не выше 60–65 °С, холодных блюд — не выше 15 °С. Количество свободной жидкости — 1,5–2 л. Режим питания: 4–6 раз в день.

Основной вариант стандартной диеты

Вместо диет по Певзнеру №№ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 13, 14, 15.

Химический состав: белки — 85–90 г (в том числе животные 40–45 г); жиры — 70–80 г (в том числе растительные 25–30 г); углеводы — 300–350 г (в том числе простые 30–40 г).

Энергетическая ценность — 2170–2400 ккал.

Некоторые показания к назначению:

- хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии;

- хронические заболевания кишечника с преобладанием синдрома раздраженного кишечника с преимущественными запорами;
- острый холецистит и гепатит в стадии выздоровления;
- хронический гепатит с нерезко выраженными признаками функциональной недостаточности печени;
- хронический холецистит, желчнокаменная болезнь.

Общая характеристика, кулинарная обработка: диета с физиологическим содержанием белков, жиров и углеводов, обогащенная витаминами, минеральными веществами, растительной клетчаткой (овощи, фрукты).

При назначении диеты больным сахарным диабетом рафинированные углеводы (сахар) исключаются.

Ограничиваются азотистые экстрактивные вещества, поваренная соль (6–8 г в день), продукты, богатые эфирными маслами. Исключаются острые приправы, шпинат, щавель, копчености.

Блюда готовятся в отварном виде или на пару, запеченные.

Температура горячих блюд не выше 60–65 °С, холодных блюд — ниже 15 °С.

Количество свободной жидкости — 1,5–2 л. Режим питания: 4–5 раз в день.

Характеристика диеты Р (протертый вариант)

Показания к назначению:

1. После операций на желудочно-кишечном тракте (через 1–2 недели после операции на срок до 4 мес.).

2. Осложнения после операций на желудке в отдаленном периоде: гастрит культи желудка, анастомозит, пептическая язва.

Цель назначения: уменьшение послеоперационных воспалительных явлений в желудочно-кишечном тракте, усиление процессов послеоперационного заживления тканей, предотвращение развития осложнений и неблагоприятного течения заболевания.

Общая характеристика: физиологически полноценная диета с высоким содержанием белка, нормальным содержанием сложных углеводов, нормальным содержанием жира, с ограничением механических и химических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата желудочно-кишечного тракта, с максимальным ограничением азотистых экстрактивных веществ (особенно пуринов), тугоплавких жиров, продуктов расщепления жира, получающихся при жарении (альдегиды, акролеины), с исключением сильных стимуляторов секреции и секреции поджелудочной железы и кишечных желез с исключением продуктов и блюд, вызывающих демпинг-синдром (сладких, жидких молочных каш, например манной; сладкого молока, сладкого чая, горячего жирного супа и др.). Диета с малым содержанием поваренной соли.