

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

КАФЕДРА КАРДИОЛОГИИ И РЕВМАТОЛОГИИ

ПИТАНИЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО
2019

УДК 616.1:615.874(075.9)

ББК 54.101 + 51.230я73

П 35

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС государственного учреждения образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования»

протокол № 7 от 26.09.2019

Авторы:

к.м.н., доц. кафедры кардиологии и ревматологии, доц. *Казаков С.А.*,
д.м.н., зав. кафедрой кардиологии и ревматологии проф. *Пристром А.М.*,
д.м.н., профессор кардиологии и ревматологии проф. *Кундер Е. В.*,
д.м.н., профессор кардиологии и ревматологии проф. *Тябут Т. Д.*,
к.м.н., доцент кафедры кардиологии и ревматологии, доц. *Буглова А. Е.*,
к.м.н., доцент кафедры кардиологии и ревматологии, доц. *Михно М. М.*,
к.м.н., доцент кафедры кардиологии и ревматологии, доц. *Пырошкин А. В.*,
к.м.н., доцент кафедры кардиологии и ревматологии, доц. *Рачок С. М.*,
к.м.н., доцент кафедры кардиологии и ревматологии, доц. *Руцкая Т. А.*,
к.м.н., доцент кафедры кардиологии и ревматологии, доц. *Руденко Е. В.*,
к.м.н., доцент кафедры кардиологии и ревматологии, доц. *Маслинская Л. Н.*

Рецензенты:

Кафедра пропедевтики внутренних болезней БГМУ,

Заместитель директора РНПЦ «Кардиология» по терапевтической помощи,
к.м.н., Курлянская Е. К.

П 35

Питание кардиологического пациента: учеб.-метод. пособие
/С. А. Казаков, А.М. Пристром, Е. В. Кундер [и соавт.]. – Минск:
БелМАПО, 2019. – 23 с.

ISBN 978-985-584-392-5

В учебно-методическом пособии, написанном по материалам рекомендаций Европейского общества кардиологов и Американской ассоциации сердца, общественного объединения «Белорусского научного общества кардиологов», постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь, ряда публикаций зарубежных авторов, рассмотрены вопросы планирования питания пациента кардиологического профиля. Даны рекомендации по стратификации риска у пациентов, обсуждены вопросы по тактике немедикаментозного лечения.

Пособие предназначено для кардиологов, терапевтов, врачей общей практики, гастроэнтерологов, студентов медицинских университетов.

УДК 616.1:615.874(075.9)

ББК 54.101 + 51.230я73

ISBN 978-985-584-392-5

© Казаков С. А. [и соавт.], 2019

© Оформление БелМАПО, 2019

Вопросы планирования питания пациента кардиологического профиля

Болезни системы кровообращения остаются ведущей причиной смерти городского населения. Для влияния на это показатель целесообразно развернуть многолетнюю планируемую работу по изменению смертности населения путем использования немедикаментозных методов среди здоровых и уже имеющих заболевания сердечно-сосудистой системы. Основным методом решения этой задачи может стать планирование питания.

При обращении пациента к врачу, в ходе их беседы, выявляются пищевые предпочтения и происходит формирование программы коррекции принципов питания и мониторинг результатов при дальнейших его обращениях. Для правильного оказания такой помощи пациенту следует иметь сформулированную программу дальнейших действий медицинского персонала. Рассмотрим последовательность работы врача для реализации этого направления во время оказания медицинской услуги.

Пациенты кардиологического профиля имеют неоднородный метаболический статус: практически здоровые при диспансерном наблюдении, пациенты страдающие хроническим сердечно-сосудистым заболеванием, имеющие ожирение и сахарный диабет. При консультировании по вопросам питания следует четко формулировать принципы такой консультации и четко их придерживаться.

В кабинете доврачебного контроля для оценки метаболического статуса пациента необходимо выполнить скрининговый опрос и антропометрические измерения для выявления степени избыточного веса. Методика реализации этих способов получения медицинской информации рассмотрена подробно в выпущенном коллективом нашей кафедры учебно-методическом пособии «Метаболический синдром» (2018 г.) [1]. Классификация полученных результатов позволяет характеризовать массу тела пациента как нормальную (индекс массы тела $18.5\text{--}24.9\text{ кг/м}^2$), избыточную ($25.0\text{--}29.9\text{ кг/м}^2$) или ожирение (30 и более кг/м^2). В дальнейшем следует опираться на эти данные для планирования питания в этих различных группах пациентов.

Планирование питания пациента с нормальной массой тела

Практически здоровым с нормальной массой тела даются общие рекомендации по планированию питания, представленные в таблице приложения 1. Они представлены как методическое руководство для консультирования в материалах Европейского общества кардиологов 2012 года [2]. Существует несколько сформированных подходов к реализации этих принципов питания в рамках сложившихся диет.

В США разработан методический инструмент DASH diet для помощи пациентам с артериальной гипертензией. Европейское общество кардиологов имеет несколько отличающиеся методические подходы: средиземноморская диета и скандинавская диета, различающиеся по сырью для приго-

товления продуктов. Дальнейшее развитие этих вопросов уже национальными школами диетологов приводит к тому, что страны Европы с более холодным климатом используют принципы скандинавской диеты с дополненным выбором из своих традиционных блюд, а страны юга Европы соответственно принципы планирования питания с учетом средиземноморской диеты.

Для помощи правильного формирования наполнения диетического стола Европейским обществом кардиологов опубликована книга кулинарных рецептов [3]. Здесь можно познакомиться с рекомендуемой технологией приготовления блюд, подготовленной специалистами общественного объединения «Белорусского научного общества кардиологов». Она продемонстрирована в приложении 2.

Для оптимизации энергетического баланса пациента беседу о питании целесообразно затем трансформировать, направив внимание пациента на врачебные советы по оптимальной двигательной активности. Это не менее 30 минут аэробной активности ежедневно. При этом самому врачу целесообразно в работе придерживаться некоторых принципов согласительных материалов, опубликованных Американской кардиологической ассоциацией в 2003 году, приложение 3 [4].

При последующих визитах в рамках диспансерного наблюдения практически здоровых следует уделить внимание повторным опросам скрининга на наличие метаболического синдрома, а также антропометрическим измерениям пациентов. Дальнейшее собеседование по планированию питания следует проводить по аналогичной схеме, возможно, расширив ее вопросами по правильному балансированию калорийности в течение суток. При планировании питания воспользуемся приложением 4 [5]. Здесь представлена к использованию принципиальная схема планирования средиземноморской диеты. Фондом по изучению средиземноморской диеты разработан и рекомендован к широкому применению методический инструмент - пирамида средиземноморской диеты. Последняя характеризуется высоким уровнем потребления растительных продуктов (фруктов, овощей, орехов и злаков) и оливкового масла; средним уровнем потребления рыбы и мяса птицы; низким уровнем потребления молочных продуктов (представлены йогуртом и сыром), красным мясом, мясными полуфабрикатами и сладостями (последние чаще следует заменять свежими фруктами); а также умеренным потреблением вина, как правило, во время приема пищи.

Отличительным признаком скандинавской диеты является использование рапсового масла, замещающего оливковое. В основе пищевой пирамиды находятся ягоды и фрукты, цельнозерновые крупы (рожь, ячмень, овсянка) жирная рыба (лосось, сельдь, макрель), нежирная рыба, бобовые растения, овощи (капуста и корнеплоды). Эти продукты традиционно имеют северо-европейское происхождение.

При организации питания пациента кардиологического профиля в государственных организациях здравоохранения Республики Беларусь ему назначается специализированная диета.

Диета «Б». Она является близким аналогом номерной системы диет, соответствующая столу 15. Показания к назначению. Заболевания и состояния, не требующие специальных лечебных диет. Белки - 90 - 95 г (в том числе животные - 40 - 45 г). Жиры - 79 - 80 г (в том числе растительные - 25 - 30 г). Углеводы - 300 - 330 г, в том числе моно- и дисахариды (30 - 40 г), рафинированные углеводы исключаются из диеты больных сахарным диабетом 2-го типа. Энергетическая ценность - 2170 - 2400 ккал, содержание витамина С - 70 мг (для ветеранов - 80 мг). Диета с физиологическим содержанием белков, жиров и углеводов, обогащенная витаминами, минеральными веществами, растительной клетчаткой (овощи, фрукты). Ограничиваются азотистые экстрактивные вещества, поваренная соль (6 - 8 г/день), продукты, богатые эфирными маслами, исключаются острые приправы, шпинат, щавель, копчености. Блюда готовятся в отварном виде или на пару, запеченные. Температура горячих блюд - не более 60 - 65 °С. Свободная жидкость - 1,5 - 2 л. Ритм питания дробный, 4 - 6 раз в день.

Диета «М». Ее калорийность, наполнение блюдами, умеренное ограничение применения хлорида натрия эквивалентны диете при заболеваниях почек, что способствовало унификации и ее краткому обозначению. Она является близким аналогом номерной системы диет, соответствующая столам 5, 7, 7а, 6, 10.

Энергетическая ценность диетического стола 2080–2650 ккал: белки – 110–120 г (в том числе животные – 45–60 г), жиры – 80–90 г (в том числе растительные – 30 г), углеводы – 250–350 г, в том числе моно- и дисахариды (30–40 г); витамин С – 70 мг. Диета с повышенным содержанием белка, нормальным количеством жиров, сложных углеводов и ограничением легкоусвояемых углеводов, а рафинированные углеводы исключаются больным с сахарным диабетом. Ограничиваются поваренная соль (6–8 г/день), а также химические и механические раздражители слизистой оболочки желудка, желчевыводящих путей. Блюда готовят централизованно в отварном, тушеном, запеченном, протертом и непротертом виде, на пару. Ритм питания дробный от 4 до 6 раз в день. Температура выдаваемой пациентам пищи – от 15 до 60–65 °С. Свободная жидкость составляет 1,5–2 л в сутки [6].

Планирование питания при массе тела пациента выше нормальной

Очевидно, что снижение массы тела пациента до оптимальных значений будет одной из целей лечения пациента кардиологического профиля как способ немедикаментозного управления этим фактором риска. Для сбора информации о пищевом поведении такого пациента желательно ведение им дневника питания по крайней мере в течение 1 недели и более, чтобы в запись попали как рабочие, так и выходные дни.

Следует внимательно анализировать время приема пищи, ее количество, состав и калорийность. В беседе с пациентом следует обратить его внимание на то, что он съел и как эта калорийность расходуется в дальнейшем в течение последующего времени. Если он получает больше калорий во второй половине дня или на ужин, то следует пересмотреть время приема пищи. Возможно, ему необходимо иметь запас пищи, когда он уходит на работу, если процесс питания не организован по месту его работы. В выходные дни желательно для пациента более активное проведение времени на открытом воздухе, работа в саду, участие в физкультурных мероприятиях – это будет способствовать с одной стороны растрате калорий жировой ткани пациента, с другой – его внимание переключается на новые впечатления, не связанные с контролем содержимого холодильника и получения от этого новых ощущений.

Некоторые пациенты хотят получить исчерпывающую информацию, которая была бы подробно структурирована по дням недели, времени суток и с подробным балансом калорийности. В этом случае пациенту следует получить подробную консультацию специалиста по питанию – диетолога. Этот врач может использовать компьютерную программу для составления диеты на неделю. Однако, что важно учесть: этот инструмент позволяет плавно отнимать от сбалансированной суточной диеты калорийность и формулировать больше или меньше субкалорийности, последняя будет ассоциирована у пациента с разной скоростью снижения массы тела.

В Интернете появляются приложения, помогающие составить меню на некоторый срок. Примером может быть следующий сервис: <http://weekmenu.by/>, позволяющий планировать питание на неделю. Эффективность работы такого приложения нами не проверялась, поэтому невозможно обсуждать положительные и слабые стороны работы этой программы.

При избыточной массе тела создания субкалорийной диеты может оказаться достаточно для коррекции показателя веса. При индексе массы тела $34,9$ и более $\text{кг}/\text{м}^2$ и наличии коморбидности назначается фармакологическая коррекция, если только изолированное планирование питания неэффективно.

Препаратами выбора являются сибутрамин и орлистат.

При индексе массы тела 40 и более $\text{кг}/\text{м}^2$ может использоваться хирургическое лечение избыточной массы тела, если планирование питания и фармакологическая коррекция показали свою неэффективность. В случае коморбидности при ожирении бариатрическая хирургия может быть рекомендована к использованию, если имеется более низкий индекс массы тела (35 и более $\text{кг}/\text{м}^2$).

В случае наложения обходного шунта на желудок, для лечения патологического ожирения, дальнейшие рекомендации по питанию претерпевают некоторые особенности. Они обусловлены участием желудка, функционирующего в новых условиях, и формировании водно-электролитного балан-

са. Принципы рекомендаций для таких пациентов отражены в приложении 5 [7].

Важным элементом является повторные обращения к врачу, когда снова проводятся антропологические измерения, оценивается приверженность к диете и путем сравнения с прошлыми данными, подводится итог по эффективности программы и формулируются новые цели немедикаментозной терапии путем планирования питания снова.

Отдельным направлением планирования питания является диета пациента с застойной сердечной недостаточностью. Пациент нуждается в мониторинге массы тела для оценки ее приращения при задержке жидкости в организме. Целесообразно измерять количество выпитой пациентом воды и выделенной за сутки мочи. Регулярный прием мочегонных способствует быстрой потере электролитов, что может приводить к патологии, опосредованной дизэлектrolитемией. Пациенту рекомендуются продукты, богатые калием (сухофрукты, бананы). Возможен скрининг нарушения калиевого обмена путем организации случайной оценки его по тестам содержания в крови. По мере прогрессирования хронической болезни почек мочегонные могут становиться уже не столь эффективными, а нарастание дистрофии в канальцах способствует гиперкалиемии. Бессимптомный характер этого состояния может вводить врача в заблуждение о стабильности клинического состояния пациента и внезапно индуцировать желудочковую пароксизмальную аритмию. Последняя требует комплексного мониторинга и лечения в отделении анестезиологии и реанимации.

Планирование питания пациента, страдающего сахарным диабетом и сердечно-сосудистым заболеванием

Существует несколько инструментов для планирования питания. Анализ применения скандинавской диеты при метаболическом синдроме показал свою эффективность по уменьшению провоспалительного статуса пациентов вследствие регуляции липидного статуса [8].

Диетические рекомендации для пациентов сахарным диабетом 2 типа в течение ряда лет аналогичны по выбору продуктов в США и Европейских странах. При этом пациентам с диабетом уделяют внимание пояснению понятия гликемического индекса и гликемической нагрузки пищи. В целом выбор продуктов соответствует их выбору в скандинавской диете [9].

Гликемический индекс (Ги) - альтернативная система учета, в цифровом выражении, которая способна отразить влияние углеводов пищи на рост гликемии пациента после ее употребления (50 г углеводов в течение 2-3 часов). Глюкозу при этом характеризуют гликемическим индексом со значением 100. Продукты питания с высоким гликемическим индексом (70 и более) характеризуются быстрым ростом гликемии; со средним гликемическим индексом – 55-70; с низким 55 и менее. Использование длительное время диет с низким гликемическим индексом способствует формированию

провоспалительного статуса низкой активности и рекомендуется для лечения заболеваний ассоциированных с ожирением [10].

Гликемическая нагрузка (Гн) представляет систему ранжирования для съеденных углеводов, отражает полное воздействие на гликемию в течение периода 2 часов. Показатель рассчитывается следующим уравнением: $Гн = \text{содержание углеводов} * Ги/100$. Предложена система классификации показателя: низкая Гн это 10 и менее, средняя 11-19, 20 и более для высокой Гн. При консультировании пациентов информация по использованию этих показателей проводится на основании приложения 6 [11].

Скандинавский индекс здоровья сформулирован в соответствии с принципами шкалы средиземноморской диеты. За каждый из шести скандинавских пунктов в группе продовольствия установлена специфически-определенная медиана. Поскольку информация и относительно овсянки и относительно потребления ржаного хлеба была получена по одному пункту каждый, не было возможно использовать медианы для ценностного сокращения в сформулированном пошаговом выборе диеты.

Один пункт потребления соответствует у мужчин: рыба 42 г/сутки и более; капуста 14 г/сутки и более; овсянка 21 г/сутки и более; ржаной хлеб 113 г/сутки и более; яблоки и груши 56 г/сутки и более; корнеплоды овощи 16 г/сутки и более, а также у женщин: рыба 35 г/сутки и более, капуста 16 г/сутки и более, овсянка 21 г/сутки и более, ржаной хлеб 63 г/сутки и более, яблоки и груши 71 г/сутки и более, корнеплоды овощи 28 г/сутки и более.

Скандинавский индекс здоровья ассоциирован с оценкой линейно изменяющейся переменной (единица измерения - 1 пункт) с учетом категорий (пункты 0-6). Категория с самой слабой приверженностью характеризуется индексом «0» пунктов. Наивысшая приверженность в категории 5 и 6 пунктов комбинируется в одну категорию и учитывается как «6 пунктов». Высокая приверженность к показателю скандинавского индекса здоровья была обратно пропорциональна риску развития сахарного диабета 2 типа [12].

Использование этой простой шкалы позволяет организовать мониторинг здорового питания пациентов при использовании им принципов скандинавской диеты. При этом пациенту целесообразно учитывать гликемический индекс и гликемическую нагрузку, чтобы у него не появлялось энергетического дисбаланса, который косвенно способствует гипергликемии.

Помимо индивидуального консультирования пациентов, страдающих сахарным диабетом, существует много лет система «Школ больных сахарным диабетом». Их опыт позволяет формировать группы пациентов с общими клиническими показателями (длительность заболевания, наличие осложнений, коморбидность, индекс массы тела с целесообразностью ограничения суточной калорийности рациона). Анализ такой работы, выполненный канадскими специалистами, привел к появлению согласительных рекомендаций для улучшения диетических привычек пациентов. Рекомендуемые темы для бесед с выделенными группами пациентов представлен в приложении 7 [13].

Мотивационное консультирование при планировании питания

Мотивационное консультирование подразумевает беседу с пациентом, которая основана на принципе сотрудничества и повышение его мотивации к использованию планирования питания. Алгоритм проведения беседы включает следующие этапы: вовлечение, фокусирование, побуждение, планирование.

Вовлечение пациента осуществляется на основании имеющихся сведений из дневника мониторингирования питания. К каждому нарушению диеты имеется способ фокусирования, представленный ключевыми словосочетаниями при беседе.

Употребление большого количества легко усваиваемых углеводов установлено. Рекомендуем пациенту: «Употребление сладких продуктов способствует появлению и прогрессированию сахарного диабета. Исключите легко усваиваемые углеводы». Выявлено употребление алкогольных напитков высокой крепости, при этом врач говорит пациенту: «Этиловый спирт и его суррогаты могут легко повреждать внутренние органы, в их числе – сердце. Исключите алкогольные напитки высокой крепости». Пациент употребляет много мясных жирных продуктов при имеющемся нарушении углеводного обмена. В этом случае пациент узнает от врача: «Подбор препаратов группы статинов осуществляется при недостаточной эффективности планирования питания, но таблетки не заменяют диеты. Употребляйте в пищу безопасные для ваших сосудов продукты».

Побуждение пациента к использованию планирования питания осуществляется не только во время беседы. Пациенты следует предоставлять наглядные материалы и брошюры. При этом следует добиваться гарантированного понимания пациентом цели планирования питания – немедикаментозная модификация факторов риска с целью удлинения сроков жизни. Пациента ориентируют на ведение дневника мониторингирования питания и активное использование материалов брошюр по модификации пищевого поведения.

Планирование программы мониторинга заключается в установке сроков, в течение которых будет проводиться мониторингирование. Для улучшения терапевтического обучения пациента следует ответить на его вопросы и рекомендовать ему снова обратиться к изучению брошюры. Планирование осмотров пациента врачом-кардиологом зависит от характера наблюдения и диспансерной группы пациента. Во время этих визитов пациента мотивируют к наблюдению за своим состоянием и активной записи пищевого поведения в дневнике. Оптимизация мониторинга проводится на основании оценки эффективности обучения пациента и адекватного участия пациента в этом процессе.

В заключении следует ознакомиться с приложением 8 [14]. Очевидно, что планирование питания опирается на государственные и межгосударствен-

ные программы, так как оно связано не только со свежими сезонными продуктами, но и производимыми пищевой промышленностью и сферой общественного питания. Врачу следует внимательно изучать такого рода тенденции и принимать участие в рамках осуществления программ планирования питания, организуемых при участии Министерства Здравоохранения Республики Беларусь.

Приложения

Приложение 1

Общие рекомендации по планированию питания Европейского общества кардиологов [2]

1.	Насыщенные жирные кислоты составляют менее 10% общего суточного энергопотребления пищевых продуктов, замена полиненасыщенными жирными кислотами
2.	Транс-ненасыщенные жирные кислоты менее 1% общего суточного энергопотребления пищевых продуктов натурального происхождения
3.	Поваренной соли менее 5 г в сутки
4.	Фибровых волокон 30-45 г, из овощей и фруктов, зерновых
5.	Фруктов 200 г (2-3 приема)
6.	Овощей 200 г (2-3 приема)
7.	Рыба как минимум 2 раза в неделю, один из приемов – рыбий жир
8.	Ограничить прием алкоголя 2 стаканами в день (20 г алкоголя) для мужчин и 1 стаканом в день (10 г алкоголя) для женщин

Кулинарные рекомендации
Белорусской ассоциации кардиологов
по приготовлению национальных блюд [3]

**Холодный щавелевый суп
(Холодник)**

4 порции	
300 г щавеля ½ (половина) огурца 30 г лук-перо 1 яйцо вкрутую 1 столовая ложка обезжиренного йогурта 500 мл кипяченой воды поваренной соли на кончике столовой ложки	Ккал/порция 38 Протеин, г 3 Липиды, г 2 Углеводы, г 3 Холестерин, мг 57 Натрий, мг 42

Этот летний суп сделан с добавлением кефира, кислого молока или кислых сливок, растворенных в воде с дополнением овощей и куриного яйца. Овощи - жареная несоленая свекла, свежий огурец, зеленый лук и укроп. Вареное яйцо должно быть точно разрезано на половинки. Некоторые люди добавляют чайную ложку горчицы для более острого вкуса. Перед подачей на стол суп выдержан холодильником в течение не менее одного часа. Улучшить вкус супа Вы можете подать это с горячим жареным картофелем.

Приготовление: 1. Вымыть щавель тщательно, удалите стебли и порежьте листья. 2. Опустите щавель в кастрюлю с кипящей водой и оставьте его на 5-7 минут. 3. Затем поставьте охлаждаться. 4. Порежьте весенний лук-перо и огурцы, точно разрежьте яйцо вкрутую, сделайте пюре из желтка. Добавьте все компоненты к охлажденному бульону щавеля. 5. Перед подачей добавьте немного поваренной соли и украсьте 1 столовой ложкой йогурта, а также посыпьте нарезанным укропом.

Фаршированные капустные роллы (голубцы)

4 порции	Ккал/порция 256
1 вилок капусты 200 г мясного фарша (говядина или телятина) 1/2 стакана риса 2 или 3 моркови 4 головки лука 2 столовых ложки растительного масла 2 столовых ложки томатного соуса поваренная соль свежесмолотый черный перец	Протеин, г 15 Липиды, г 9 Углеводы, г 30 Холестерин, мг 36 Натрий, мг 110

Приготовление: 1. Снимите листья с вилка капусты и быстро опустите их в кипящую воду. 2. Приготовьте рис в подсоленной воде, и снимите кастрюлю с огня по мере исчезновения в ней воды. 3. Вымойте, и нарежьте морковь на мелкие кусочки, затем вымойте и тонко нашинкуйте лук. 4. Полностью смешайте рис, лук и морковь с мясным фаршем. 5. Поместите ложкой смесь равномерно на подготовленные листья капусты, сверните их, фиксируйте их с зубочисткой, и приправьте черным перцем. 6. Поместите роллы в большую неглубокую сковороду с 1 столовой ложкой растительного масла и ½ стакана воды. Добавьте томатный соус. Тушение в течение 40 минут с частым переворачиванием роллов, чтобы они равномерно протушились.

Творожный пудинг с ежевикой и малиной

6 порций	
200 г обезжиренного творога 1 столовая ложка муки-крупки грубого помола 1 яйцо 1 столовая ложка обезжиренного йогурта ½ столовой ложки обезжиренного маргарина 200 г ежевики и малины (сахар не нужен, если они спелые)	Ккал/порция 98 Протеин, г 8 Липиды, г 5 Углеводы, г 5 Холестерин, мг 62 Натрий, мг 39

Приготовление: 1. Протереть через сито творог. 2. Добавить маргарин, яйцо и муку-крупку грубого помола и размешайте хорошо, чтобы формировать печенье. 3. Разделить тесто на 2 равные части. 4. Выровнять основу формы пудинга с жаростойкой бумагой и, затем, распределите равномерно половину количества теста. 5. Ополоснуть и просушить смешанные ягоды, и выложите их на основу пирога. 6. Закрыть все это другой половиной теста. 7. Обмазать сверху 1 столовой ложкой йогурта. 8. Испечь в предварительно нагретой духовке при 170 ° в течение 25-30 минут. 9. Может подаваться к столу с любым типом ягодного сиропа.

Профессионалы системы здравоохранения
должны выполнять следующее [4]

А. Участвовать в активном образе жизни
В. Поощрять школы преподавания навыкам, необходимым для физически активного образа жизни, и спортивные секции, чтобы развивать программы и оборудование, способствующие двигательной активности
С. Быть образованными по вопросу лечебного воздействия упражнений и жизненной важности двигательной активности у пациентов
D. Обычно прописывайте выполнение упражнений и увеличение физической активности пациентам в соответствии с существующими рекомендациями
E. Делайте тесты, проверяющие пациента перед силовым упражнением, что рекомендуется пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями и другим пациентам с симптомами или при высоком риске заболеваний

Пирамида планирования средиземноморской диеты [5]

Еженедельно	Картофель 3 и менее		Сладости 2 и менее
	Белое мясо 2 Морепродукты и рыба 2 и более		Красное мясо менее 2 Обработанное мясо менее 1
Ежедневно	Молочные продукты 2		Яйца 2-4 Бобовые 2 и более
	Оливки, семена, орехи 1-2		
Каждое основное питание	Фрукты 1-2 Овощи 2 и более		Смеси трав Различные приправы
			Оливковое Масло Хлеб, макароны, кускус, другие злаковые 1-2
Ежедневная физическая активность Достаточный отдых Достаточное общение в социуме, медленный прием пищи			Вода и растительные отвары
			Учет национальных пищевых предпочтений, доступных местных сезонных продуктов

Примечание. Цифрами обозначено количество приемов этого вида пищи.

**Особенности планирования питания
при наложенном обходном шунте на желудок пациента [7]**

Группа продуктов	Общие замечания
Жидкости	Вода, некалорийные, несодержащие кофеина, негазированные напитки
Жидкое питание	Жидкости, содержащие белок высокой биологической ценности
Пищевые продукты-пюре	Красное мясо, домашняя птица, рыба, сыр тофу, плоды, и овощи
Закуски и малень- кие приемы пищи	Предостережение относительно пищевых продуктов с сырыми овощами
Обезжиренные продукты	Все пищевые продукты при переносимости

Таблица с указанием некоторых видов пищи и ее гликемических индексов, гликемической нагрузки [11]

Продукт	Гликемический индекс	Порция, г	Гликемическая нагрузка порции
Вафли	76	35	10
Булочка Гамбургер	61	30	9
Рулет Кайзер	73	30	12
Белый пшеничный хлеб	71	30	10
Хлеб «Пита»	68	30	10
Сок апельсиновый без сахара	50	250 мл	12
Сок томатный консервированный	38	250 мл	4
Сухой завтрак «Cornflakes»	93	30	23
Сухой завтрак «Muesli»	66	30	16
Белый рис	89	150	43
Коричневый рис	50	150	16
Молоко жирное	41	250 мл	5
Молоко обезжиренное	32	250 мл	4
Йогурт обезжиренный с фруктами	33	200	11
Яблоко	39	120	6
Банан	62	120	16
Апельсин	40	120	4
Груша	38	120	4
Дыня	72	120	4
Арахис	7	50	0
Чечевица	29	150	5
Макароны	47	180	23
Спагетти	46	180	22
Зеленый горошек	51	80	4
Морковь	35	80	2
Пастернак	52	80	4
Вареный картофель	82	150	21
Пицца с сыром	80	100	22
Мед	61	25	12

Рекомендации модераторам для дискуссий
в фокус-группах пациентов [13]

Обсуждение качества углеводов и их использования пациентом

1. Что такое - углеводы?
2. Что означает качество углеводов? Действительно ли критерии для углеводов качественны?
3. Сравните «хорошие» с «плохими» углеводами.
4. Что делает углевод «хорошим» или «плохим»?
5. Как узнать углевод «хорош» или «плох»?
6. Где пациенты слышали понятия «хороших» и «плохих» углеводов?

Перспективы и опыт использования гликемического индекса (Ги)

1. Что такое Ги?
2. Как Вы узнавали о существовании Ги?
3. Что делает Ги низким, средним, высоким?
4. Как Ги связан с «качеством» («хорошие», «плохие») углеводов?
5. Какие пищевые продукты характеризуются низким, средним, высоким Ги?
6. Как найти пищевые продукты с низким Ги?
7. Когда пациент склонен искать пищевые продукты с низким Ги?
8. Как заменять продукты с низким Ги, если Вы хотите поменять их выбор в диете?
9. Какие выгоды следует принять во внимание при решении с учетом Ги?
10. Почему Ги важен для Вас и выбора Вашего питания?
11. В чем состоят «положительные» и «отрицательные» характеристики Ги?

Концепции оценки низкого гликемического индекса (Ги)

Можно ли маркировать с помощью ярлыка Ги продуктов питания?
Что Вы лично видите в этой идее и почему?
Важно ли иметь эту эмблему на продовольственных продуктах?
Действительно ли этот знак является заслуживающим доверия и почему?
Насколько это убедительно для Вас?

Манифест новой скандинавской кухни [14]

новая скандинавская диета должна:

- выражать чистоту, свежесть и простоту, ассоциируемых с регионом;
- отражать сезонные изменения в блюдах;
- основываться на ингредиентах, отличающихся особенностями и превосходством в климате, ландшафте и водных ресурсах;
- сочетать высокие вкусовые качества с современными знаниями о здоровье и благополучии;
- содействовать развитию разнообразия продуктов и производителей; а также повышать информированность о лежащей в ее основе культуре;
- содействовать обеспечению гуманного отношения к животным и устойчивого производства в морях, сельскохозяйственных угодьях и в дикой природе;
- находить новые способы применения традиционных продуктов;
- сочетать наилучшие скандинавские методы приготовления пищи и кулинарные традиции с тенденциями, идущими из других регионов;
- одновременно обеспечивать местную самодостаточность и региональный обмен высококачественными продуктами;
- приглашать потребителей, других производителей продуктов питания, представителей секторов сельского хозяйства, рыболовства, образования, мелких и крупных предприятий пищевой промышленности, розничной и оптовой торговли, политических кругов и органов власти к сотрудничеству в проведении совместных проектов, которые послужат на благо всего скандинавского региона.

Литература

1. Метаболический синдром учеб.-метод. пособие / С. А. Казаков, А.М. Пристром, Е. В. Кундер [и соавт.]. – Минск: БелМАПО, 2019. – 23 с.
2. Perk J., De Backer G., Gohlke H. et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur Heart J. 2012. Vol. 33(13). P. 1635-1701.
3. The European cookbook. Healthy Diets, Healthy Hearts/ Ed. R. Ferrari and C. Florio, European Society of Cardiology. 2010. 329 p.
4. Thompson P.D., Buchner D., Pina I.L., et al. Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease: a statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity). Circulation. 2003. Vol.107. P. 3109-3116.
5. Bach-Faig A., Berry E.M., Lairon D., et al. Mediterranean Diet Foundation Expert Group. Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. Public Health Nutr. 2011. Vol. 14(12A). P. 2274–84.
6. Об утверждении Инструкции об организации диетического питания в государственных организациях здравоохранения. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 августа 2008 г. № 135. 20 с.
7. Obesity and cardiovascular disease / Ed. M. K. Robinson, A. Thomas. Taylor and Francis, New York, London. 2006. 453 p.
8. Uusitupa M., Hermansen K., Savolainen M.J., et al. Effects of an isocaloric healthy Nordic diet on insulin sensitivity, lipid profile and inflammation markers in metabolic syndrome – a randomized study (SYSDIET). J Intern Med. 2013. Vol.274. P. 52–66.
9. Magnusdottir O. K., Gunnarsdottir I., Birgisdottir B. E. Dietary guidelines in type 2 diabetes: the Nordic diet or the ketogenic diet? Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes. 2017. Vol. 24. P.315–319.
10. Dávila L. A., Contreras C. E., Agüero S. D., et al. Glycemic Index Trends and Clinical Implications: Where Are We Going? Revista Latinoamericana de Hipertensión. 2018. Vol. 13 (6). P.621-629.
11. Atkinson F. S., Foster-Powell K., Brand-Miller J.C. International Tables of Glycemic Index and Glycemic Load Values: 2008. Diabetes Care. 2008. Vol. 31(12). P. 2281–2283.
12. Lacoppidan S.A., Kyrø C., Loft S., et al. Adherence to a healthy Nordic food index is associated with a lower risk of type-2 diabetes: the Danish Diet, Cancer and Health Cohort Study. Nutrients. 2015. Vol. 7(10). P. 8633–8644.

13. Marinangeli C. P. F., Castellano J., Torrance P. Et al. Positioning the Value of Dietary Carbohydrate, Carbohydrate Quality, Glycemic Index, and GI Labelling to the Canadian Consumer for Improving Dietary Patterns. *Nutrients*. 2019.11. 457.
14. Renzella J., Townsend N., Jewell J., et al. Какие инициативы на национальном или субнациональном уровнях, основанные на использовании средиземноморской и скандинавской диет, рекомендуются к внедрению в Европейском регионе ВОЗ, и существуют ли доказательства их эффективности для противодействия неинфекционным заболеваниям? Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018. (Сводный док-лад №58 Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)).72с.

Содержание

Вопросы планирования питания пациента кардиологического профиля.....	3
Планирование питания пациента с нормальной массой тела.....	3
Планирование питания при массе тела пациента свыше нормальной.....	5
Планирование питания пациента, страдающего сахарным диабетом и сердечно-сосудистым заболеванием.....	7
Мотивационное консультирование при планировании питания.....	9
Приложения.....	11
Литература.....	21
Содержание.....	23

Учебное издание

Казаков Сергей Алексеевич
Пристром Андрей Марьянович
Кундер Елена Владимировна
Тябут Тамара Дмитриевна
Буглова Анна Евгеньевна
Михно Мария Михайловна
Пырочкин Александр Владимирович
Рачок Светлана Михайловна
Руцкая Татьяна Александровна
Руденко Елена Викторовна
Маслинская Лилия Николаевна

ПИТАНИЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск С.А. Казаков

Подписано в печать 26.09.2019. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 1,37. Уч.- изд. л. 1,10. Тираж 60 экз. Заказ 183.

Издатель и полиграфическое исполнение –
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3.

