

ПИТАНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОДИАЛИЗОМ

При лечении гемодиализом режим питания для больных с ХПН особенно важен. **Напомним, что здоровые почки работают 24 часа в сутки, а искусственная - только 3 раза в неделю по 4-5 часов.** Поэтому необходимо строго следить за тем, чтобы в период между сеансами диализа организм не получал избытка токсических веществ и жидкости. Несоблюдение предписанного режима питания может привести к тяжелым осложнениям: *отеку легких, отеку мозга* или даже *летальному исходу*.

При проведении сеанса диализа часть белка крови остается в диализирующем растворе. Кроме того, усиливаются катаболические процессы (распад белка). Наконец, сама процедура диализа требует от пациента довольно больших затрат энергии. В этой связи в рационе питания у больных в диализном периоде ХПН должно быть:

- меньше жидкости;
- меньше натрия (соли);
- меньше калия;
- меньше фосфора;
- много белка;
- много энергии.

У больных в диализном периоде ХПН собственные почки обычно почти (а то и вовсе) не выводят натрий (соль) и воду. В промежутках между сеансами лечения натрий накапливается в организме. При накоплении натрия возрастает потребность в приеме жидкости (натрий усиливает жажду), нарастают отеки, повышается артериальное давление. Удалить избыток жидкости на диализе можно только за счет *ультрафильтрации*. Однако ультрафильтрация свыше 2 л жидкости за диализ очень тяжело переносится и может вызвать тяжелые осложнения, например резкую гипотонию (снижение артериального давления), которая может быть еще опаснее, чем артериальная гипертензия. Для того чтобы избежать развития таких тяжелых нарушений, больной с ХПН на диализе должен соблюдать режим потребления воды и соли еще более строго, чем пациент в додиализном периоде.

Следует помнить, что для пациента с ХПН, получающего лечение гемодиализом, 2 стакана выпитой жидкости могут быть равны прибавке почти 0,5 кг веса!

С началом лечения диализом количество мочи, как правило, непрерывно падает. Обычно не следует потреблять жидкости больше, чем суточный диурез плюс 500-800 мл жидкости в сутки. Нарастание массы тела между диализами не должно превышать 3% от «сухого» веса. Желательно равномерно распределять прием жидкости в междиализном периоде, стремясь к тому, чтобы суточная прибавка веса составляла не более 1 кг. При лихорадке, повышении температуры окружающего воздуха пить можно больше, но в этом случае обязательно надо проконсультироваться с врачом.

Напомним, что такие блюда, как супы, подливы, мороженое, сиропы, практически полностью представляют собой жидкости и должны приравниваться к воде. Например, 100 г мороженого = 100 мл воды. Больным на диализе обычно разрешается прием 6-8 г соли в сутки. Однако зачастую лучше не применять соль вовсе. Вместо нее для улучшения вкусовых качеств можно использовать в небольших количествах специи, пряности, травы, разбавленную горчицу, чеснок, лук, слабый раствор уксуса.

Собственные почки у больных с ХПН на ГД обычно выделяют очень мало или почти не выделяют калий. Весь излишек калия может быть выведен только за счет диализа. Однако значительное накопление калия между диализами крайне опасно, возможна даже остановка сердца (первыми симптомами развития угрожающей гиперкалиемии являются «онемение» и мышечная слабость в конечностях). Единственным способом предотвращения развития фатальной гиперкалиемии является строгое соблюдение диетических требований к содержанию калия в рационе. Больной должен практически исключить продукты, богатые калием: сухофрукты (особенно изюм и курагу), цитрусовые, некоторые овощи (особенно картофель в мундире), зелень, соки, орехи, какао, овсяные хлопья, отруби. Для уменьшения содержания калия (и натрия) в картофеле и других овощах можно очищенные, мелко нарезанные продукты вымачивать в воде в течение 6-10 часов, несколько раз меняя воду. Такая процедура может снизить количество калия в овощах на две трети. В незнакомых продуктах следует оценивать содержание калия по таблицам. **В целом обычно нельзя потреблять более 2000 мг калия в сутки.**

Если пациент склонен к развитию гиперкалиемии или в рационе присутствует много картофеля или других овощей с большим содержанием калия, то условия их вымачивания могут быть еще более жесткими. В этом случае очищенные, мелко нарезанные овощи вымачивают в течение суток, меняя воду не менее 10 раз. Наконец, для уменьшения содержания калия и натрия в овощах эффективен способ замораживания-оттаивания (его еще называют диализом овощей - *не путать с диализом, проводимым больным с ХПН!*).

Картофель, морковь, свеклу, брюкву очищают, нарезают ломтиками толщиной около 3 мм и замачивают в теплой воде по крайней мере на 2 часа. Объем воды для замачивания должен превышать объем овощей в 10 раз. После замачивания овощи промывают и варят в течение 5 минут, при этом объем воды должен в 5 раз превышать объем овощей. Отваренные овощи (можно заранее расфасовать по порциям) замораживают в морозильной камере и затем используют по мере необходимости, предварительно разморозив при комнатной температуре.

Зеленую фасоль в стручках, шпинат, цветную капусту или грибы замораживают в морозильной камере, затем оттаивают при комнатной температуре, поместив на сито или решето. Размороженные таким образом продукты прополаскивают, отваривают и используют для приготовления различных блюд.

Накопление фосфора у пациентов с ХПН, получающих терапию гемодиализом, и развитие гиперфосфатемии (повышение концентрации неорганических соединений фосфора в крови), к сожалению, наблюдается очень часто. Гиперфосфатемия способствует прежде всего нарушениям *обмена кальция, повреждению костей и желез внутренней секреции*. Одним из путей предотвращения таких осложнений является потребление продуктов с фосфорно-белковым коэффициентом меньше 20, желательно также избегать продуктов с высоким фосфорно-белковым коэффициентом (например, сыры от 27 до 40).

Усиление катаболических (распад белка) процессов в диализном периоде ХПН кардинально меняет требования к потреблению белка. Диета больных с ХПН на ГД должна быть **высокобелковой**. Несоблюдение этого правила может вызвать снижение мышечной массы, истощение, ухудшить качество жизни. Расчетным показателем является 1,2 г белка на кг массы тела в сутки, а иногда и больше. Очень важно, чтобы в пищу употреблялись полноценные белки, содержащие незаменимые аминокислоты. Из животных белков следует

предпочитать белки куриных яиц и мяса птицы. Однако многие полноценные белковые продукты питания, к сожалению, содержат много калия и фосфора. Поэтому (и по ряду других причин) в отдельных случаях некоторых пациентов при лечении гемодиализом несколько ограничивают в потреблении пищевых белков, назначая пищевые аминокислотные добавки, например, «Кетостерил». Несмотря на несомненные достоинства, этот препарат имеет и определенные недостатки: «химическое» происхождение, довольно высокое содержание в нем кальция, отложение которого в тканях может усилиться, необходимость приема довольно большого количества (до 24 в сутки) таблеток.

Как показали исследования, выполненные в Научно-исследовательском институте нефрологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова, у таких пациентов в качестве пищевой добавки с успехом могут использоваться и соевые изоляты, например, «СУПРО 760». Обычно пациентам рекомендуется 0,7-0,9 г белка с обычной пищей и 0,3 г «СУПРО 760» на кг массы тела в сутки в виде пищевой добавки. Более истощенным больным чаще рекомендуют половину необходимого белка (0,6 г на кг массы тела в сутки) принимать в виде «СУПРО 760», а остальное с обычной пищей. Большим удобством «СУПРО 760» является возможность его легкой кулинарной обработки путем добавления в каши, супы, выпечные изделия. В настоящее время отечественной промышленностью на основе соевых белков осваивается производство вкусных и полезных для больных с ХПН продуктов: хлеба, сметаны, творога, сосисок, майонеза. Иногда пациентам, принимающим «СУПРО 760», предлагают дополнительный прием (в таблетках) аминокислоты метионина, которого в сое недостаточно.

Напомним: вес рекомендации по режиму питания, изложенные выше, носят ориентировочный характер!

Определить его окончательно, обосновать необходимость введения пищевых добавок и их тип может **только врач!**

Потребность в энергии у пациентов, получающих лечение ГД, высока. Обычно она составляет 35-40 ккал на 1 кг массы тела в сутки. Она зависит от нормального веса (идеальной массы тела) и физической активности. При легкой физической активности потребность в энергии составляет 35 ккал на кг идеальной массы тела в сутки, при обычной - 40.

Пример. Рост 180 см, идеальная масса 80 (180 - 100), энергетическая потребность: $80 \times 35 = 2900$ ккал (легкая физическая активность) и $80 \times 40 = 3200$ ккал (обычная физическая активность).

Необходимо научиться рассчитывать собственную энергетическую потребность!

Несмотря на то, что пациенты с ХПН на программном гемодиализе обычно получают много белка, значительная часть их энергетической потребности покрывается за счет жиров и углеводов. Как и в додиализном периоде, предпочтение следует отдавать растительным жирам.

Потребление углеводов у больных с ХПН на диализе подчиняется, в общем, тем же правилам, что и у пациентов в додиализном периоде. Следует вновь предупредить, что высокоуглеводные продукты с большим содержанием калия **противопоказаны.**

Потребность в витаминах у больных при лечении ГД возрастает. Иногда таким пациентам приходится принимать дополнительное количество витаминов в виде таблеток, порошков и т.д. Однако бесконтрольный прием современных витаминных препаратов опасен и может вызвать тяжелые осложнения. **Все**

витаминовые добавки больной с ХПН в диализном периоде должен применять только по назначению врача!

В приложениях приводится примерное меню-раскладка диеты, которое может взять за основу пациент, получающий данный вид лечения (см. приложения).

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ДИАЛИЗНЫХ БОЛЬНЫХ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ

К сожалению, ни один человек не застрахован от природных или техногенных аварий и катастроф. Выживание в экстремальных ситуациях может представлять сложнейшую задачу и для здоровых людей, а для пациентов с ХПН, получающих гемодиализную терапию, эта проблема является еще более трудноразрешимой. Для таких больных опасность представляют условия, которые здоровым людям могут причинить разве что неудобства. Например, перебои с подачей электроэнергии или работы транспорта, временная приостановка работы отделений гемодиализа по любым причинам, даже необходимость длительной поездки, которой нельзя избежать. Короче говоря, угрожают жизни все ситуации, когда диализ становится недоступным.

Особенности поведения, в том числе питания, пациента с ХПН на диализе в экстремальных условиях в значительной мере зависят от тяжести аварии или катастрофы. Например, сохранена ли подача электроэнергии, газа или есть другой способ термической обработки пищи и много других обстоятельств.

Предусмотреть всевозможные трудности, безусловно, нельзя, но можно постараться свести их последствия к минимуму. Для этого разработаны определенные правила, выполнение которых помогает таким больным пережить катастрофу и дождаться возвращения к нормальному режиму лечения. Во многом они базируются на соблюдении строгих рекомендаций по питанию.

Дома у пациента с ХПН на диализе должен иметься аварийный неприкосновенный запас (НЗ) определенных продуктов, рассчитанный на семь дней!

Отметим также, хотя это и не относится к теме данной книги, что по общему правилу **любому диализному больному во всех случаях необходим недельный возобновляемый запас постоянно принимаемых лекарственных препаратов.**

В НЗ пациента с ХПН на диализе следует прежде всего включать продукты, готовые к употреблению или требующие минимальной кулинарной обработки и способные к длительному хранению. В качестве НЗ нельзя рассматривать продукты, которые для длительного хранения требуют охлаждения или заморозки. При прекращении подачи электроэнергии, особенно в теплое время года, такие продукты быстро приходят в негодность.

В состав аварийного запаса диализного больного могут входить:

- мясные консервы (говядина, нежирная свинина, мясо птицы), предназначенные для длительного хранения и желательно приготовленные без соли или с минимальным ее количеством;
- рыбные консервы (лосось, тунец, скумбрия, ставрида и т.д.) в виде рыбы в собственном соку, желательно с незначительным количеством соли;
- овощные консервы: горошек, кукуруза, фасоль и т.д.;
- консервированные фрукты;
- растительное масло;
- сахар, мед;

- сухое или сгущенное молоко;
- хлебобулочные изделия: сухари, галеты, печенье;
- продуктами, в какой-то мере подходящими для НЗ, могут считаться некоторые овощи, которые можно хранить довольно долго и которые при необходимости можно есть сырыми (капуста, морковь, свекла, репа), *по не следует забывать, что они могут содержать довольно много калия и воды;* Напомним! Если нет возможности отваривать пищу, свежие овощи должны вымачиваться особенно тщательно и длительно для уменьшения содержания в них калия и натрия.
- свежие яйца тоже могут храниться несколько дней, особенно в прохладном климате, и в случае необходимости употребляться в сыром виде;
- из фруктов довольно долго могут храниться свежие яблоки.

Если есть возможность термической обработки и продукты можно варить, то состав аварийного рациона, естественно, может расширяться, прежде всего, за счет круп и макаронных изделий.

Отбирая консервированные продукты для НЗ, необходимо прежде всего обращать внимание на содержание в них натрия (поваренной соли).

К сожалению, в России специальные бессолевые консервы малодоступны. С другой стороны, при современном товарном изобилии, сравнив продукцию разных производителей, которые обязаны указывать состав продукта (в том числе количество соли), можно подобрать консервы с ее наименьшим содержанием.

Обязательным условием хранения аварийного запаса является его регулярная возобновляемость!

Периодически необходимо пересматривать НЗ. Продукты с истекающим сроком годности должны использоваться и заменяться свежими.

Общими правилами питания в экстремальной ситуации являются:

- сокращение потребления белка примерно в два раза;
- сокращение приема жидкости также примерно вдвое;
- резкое уменьшение или отказ от использования продуктов со значительным содержанием калия;
- ограничение потребления поваренной соли до минимума.

Для ограничения потребления белка в аварийной ситуации следует пользоваться простым приемом. Если вы, предположим, съедали два яйца в день, то сейчас надо съесть одно, если вы обычно употребляли 100 г мяса - уменьшите его количество вдвое, и т.д.

Напомним! Пациент с ХПН, получающий терапию хроническим гемодиализом, должен обязательно следить за количеством (весом) потребляемых продуктов.

В экстремальных условиях необходимо очень строго соблюдать объем выпиваемой жидкости. При этом, если вы накануне превысили рекомендованный уровень водопотребления, то количество выпиваемой жидкости придется уменьшить даже более чем в два раза. В период временной недоступности гемодиализа следует ограничено использовать в пищу продукты с большим содержанием воды (фрукты, овощи, макаронные изделия и т.д.).

РЕЖИМ ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Режим питания у пациентов с ХПН значительно отличается от свойственного здоровому человеку. Помимо тех ограничений, которые накладывает сама почечная недостаточность, на характер питания могут повлиять часто наблюдающиеся у многих больных жажда, тошнота, рвота, снижение аппетита, извращения вкуса, поносы или запоры. Однако правильно выбранная частота приема пищи, особенности приготовления блюд, предпочтение или, наоборот, отказ от тех или иных продуктов нередко помогают уменьшить эти симптомы.

Жажда является одним из наиболее тягостных ощущений, беспокоящих пациентов с ХПН. Борьба с ней тем более трудно, что водопотребление у таких больных ограничено. Особенно сложные проблемы возникают у пациентов на гемодиализе. Тем не менее, некоторые приемы позволяют преодолевать чувство жажды, не приводя к увеличению количества потребляемой жидкости.

Важнейшим условием для уменьшения чувства жажды является отказ от продуктов с большим содержанием натрия (поваренной соли)!

Желательно *спланировать потребление жидкости в течение дня*. Одним пациентам с ХПН легче выдерживать необходимый объем питья, употребляя напитки только тогда, когда чувство жажды появляется или становится нестерпимым. Другим - удобнее составить расписание приема жидкости, которого они должны придерживаться. В любом случае следует строго соблюдать ограничения по общему объему потребляемой воды.

Многим больным поддерживать оптимальный уровень потребления жидкости помогает применение льда. Кубики льда лучше рассасывать во рту, постепенно глотая выделяющуюся воду. Такой прием часто оказывается довольно эффективным для уменьшения чувства жажды. Однако нельзя забывать, что у ряда людей он может спровоцировать или активизировать воспалительные процессы в полости рта или глотке. Следует заранее замораживать воду в морозильнике, четко знать, какой объем воды использован для приготовления одного кубика льда, и всегда иметь его запас. Контролировать потребление льда необходимо по количеству воды, затраченной на его изготовление.

Вместо льда, полученного из чистой воды, можно замораживать фруктовые соки (лучше разбавив водой в 2-3 раза) или добавлять в замораживаемую воду маленькие ломтики лимона.

Свежие овощи или фрукты по возможности также стоит употреблять охлажденными, а ягоды - даже замороженными.

Увеличению количества слюны и, соответственно, уменьшению чувства жажды может способствовать употребление жевательной резинки, жевание ломтиков лимона, сосание несладкой карамели. (Например, граф Миних во время походов по безводным степям Тавриды заставлял солдат держать во рту свинцовую пулю. Способ был достаточно эффективным, но из-за токсичности свинца сейчас, конечно, никто его рекомендовать не будет, особенно пациентам с ХПН.)

Целесообразно полоскать рот холодной водой или охлажденными зубными эликсирами. Этот прием можно применять тогда, когда чувство жажды усиливается, но пить нельзя.

При питье пациент с ХПН должен использовать чашки или стаканчики как можно меньшего объема. Кроме того, желательно постоянно пользоваться одним и тем же набором посуды. Все это способствует ограничению водопотребления и облегчает контроль общего количества потребляемой жидкости.

Если очень хочется пить, то перед употреблением жидкости целесообразно съесть небольшой кусочек мягкого хлеба с маргарином. Такая пища может уменьшить сухость во рту и, соответственно - чувство жажды.

В тех случаях, когда сам пациент или медицинский персонал отмечает отклонения от рекомендованного водного режима (увеличивается междиализная прибавка в весе, нарастает гипертония, одышка, отеки), следует в течение нескольких дней провести тщательный учет всей потребляемой жидкости. При этом необходимо заполнить «водные дневники», составляемые по типу пищевых. **Напомним! При составлении «водного дневника» следует учесть не только непосредственно выпитую жидкость, но и супы, мороженое и т.д., а также свежие фрукты и овощи, содержащие много воды.** Такие «водные дневники» следует проанализировать либо самостоятельно, либо (что лучше) вместе с врачом и наметить меры по коррекции водопотребления.

Уменьшению выраженности тошноты и рвоты способствует соблюдение следующих правил:

- необходимо есть малыми порциями, но часто, чередуя прием сухой и жидкой пищи;
- утром, лежа в постели, целесообразно съесть несколько крекеров, карамелек или других продуктов, содержащих сухие углеводы;
- переходить к приему жидкой пищи тогда, когда сухая пища не вызвала значительного усиления тошноты или других неприятных явлений;
- при первых ощущениях голода немедленно начинать прием пищи;
- необходимо избегать употребления жиров и жирной пищи;
- не следует использовать блюда с большим количеством приправ;
- в том случае, когда тошноту и рвоту провоцирует цельное молоко, нужно отказаться от его употребления и не пытаться заменить его на обезжиренное.

Эти приемы и, возможно, некоторые лекарственные препараты, назначать которые должен только врач, могут привести к улучшению переносимости пищи (исчезновению рвоты и уменьшению тошноты). В таком случае можно постепенно начинать добавлять жиры в каши, супы, овощные блюда и т.д. и увеличивать интервал между приемами пищи, пока не восстановится нормальный режим питания (3-4 раза в день).

Снижение или даже потеря аппетита и изменения вкуса, появляющиеся у многих пациентов с ХПН, тоже поддаются диетической коррекции.

Старая истина «аппетит приходит во время еды» остается справедливой и для пациентов с ХПН. Поэтому надо стараться есть даже тогда, когда этого не хочется. На фоне приема пищи аппетит может улучшиться.

В данном случае стоит попытаться есть чаще, но понемногу. Например, перейти на шесть приемов пищи в день вместо обычных трех.

Некоторые продукты с большим содержанием белка, особенно мясо, могут казаться вкуснее, если их подавать к столу в холодном виде или при комнатной температуре.

У ряда пациентов отвращение к пище могут усиливать (а иногда провоцировать тошноту и рвоту) запахи, возникающие при приготовлении еды, а также внешний вид готовящихся продуктов и полуфабрикатов. В такой ситуации, по мере возможности, больной не должен участвовать в процессе приготовления пищи или даже покидать дом в это время. В любом случае отваривать продукты следует в кастрюлях с хорошо закрытыми крышками и плотно закрывать дверь на кухню.

По возможности, следует отложить прием пищи, когда больной чем-то расстроен, нервничает или угнетен. Близкие должны стремиться создавать такие условия, чтобы обеды, завтраки и ужины протекали в спокойной, доброжелательной обстановке.

У некоторых пациентов с ХПН чувство насыщения может возникать уже после первых глотков (раннее насыщение). В таких случаях не следует пить во время еды и подавать к столу жидкости (питье способствует раннему насыщению). Лучше пить или за час до или через час после приема пищи.

Способствовать повышению аппетита у ряда пациентов с ХПН может использование приправ и пряностей.

Для больных с ХПН нередко характерен неприятный вкус во рту. Попытаться уменьшить эти ощущения можно с помощью полоскания рта, чистки зубов и языка, использования жевательной резинки, леденцов и карамели (лучше с привкусом лимона) или небольших количеств мороженого. Можно также попробовать пососать ломтик лимона или наоборот - прополоскать рот слабым раствором питьевой соды.

Наконец, при сниженном аппетите для пациента с ХПН следует стремиться готовить его любимые блюда (если их употребление не противопоказано!).

КОНТРОЛЬ ЗА РЕЖИМОМ ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ С ХПН

Пациент и его родственники должны научиться тщательно контролировать режим питания, следить за энергетической ценностью потребляемой пищи, содержанием в ней белков, углеводов, жиров, натрия, калия, фосфора.

Необходимо соблюдать ряд правил.

1. Пациент с ХПН должен следить за своим весом. Больной на диализе должен взвешиваться ежедневно (желательно даже 2 раза в сутки - утром и вечером), в додиализном периоде - не реже 2 раз в неделю.
2. Пациент с ХПН должен измерять количество выделяемой мочи за сутки. В диализном периоде ежедневно, в додиализном - не реже 2 раз в неделю.
3. При приготовлении пищи для пациента с ХПН все продукты должны взвешиваться или их количество должно измеряться с помощью общепринятых мер. Для примерной оценки соответствия бытовых мер (ложки, стаканы и т.д.) весовым можно пользоваться таблицей 3 или определением содержания основных питательных веществ в готовых блюдах по таблице 2 (см. Приложения).
4. Вся пища для пациента с ХПН должна готовиться без соли и лишь потом досаливаться в допустимых или рекомендованных количествах.

У некоторых пациентов с ХПН чувство насыщения может возникать уже после первых глотков (раннее насыщение). В таких случаях не следует пить во время еды и подавать к столу жидкости (питье способствует раннему насыщению). Лучше пить или за час до или через час после приема пищи.

Способствовать повышению аппетита у ряда пациентов с ХПН может использование приправ и пряностей.

Для больных с ХПН нередко характерен неприятный вкус во рту. Попытаться уменьшить эти ощущения можно с помощью полоскания рта, чистки зубов и языка, использования жевательной резинки, леденцов и карамели (лучше с привкусом лимона) или небольших количеств мороженого. Можно также попробовать пососать ломтик лимона или наоборот - прополоскать рот слабым раствором питьевой соды.

Наконец, при сниженном аппетите для пациента с ХПН следует стремиться готовить его любимые блюда (если их употребление не противопоказано!).

Пациент с ХПН периодически должен заполнять пищевые дневники и обсуждать с врачом рекомендации по коррекции питания. Пример заполнения пищевого дневника:

Завтрак

1. Каша гречневая рассыпчатая - 200 г
2. Масло сливочное - 10 г
3. Булка - 2 куса
4. Чай с сахаром (сахар - 2 чайные ложки)

Обед

1. Щи без картофеля на мясном бульоне (капуста, морковь, лук) - 200 г
Сметана - 20 г
2. Плов из мяса и риса - 200 г
3. Салат из свежей капусты - 200 г
4. Кисель из клюквы - 75 г
5. Хлеб белый - 1 кусок

Полдник

1. Груша - 50 г

Ужин

1. Котлета из говядины и свинины, жаренная на подсолнечном масле - 70 г
2. Макароны отварные - 180 г
3. Томаты консервированные - 30 г
4. Яйцо вареное - 1 шт.
5. Булка с маслом - 1 кусок (масло сливочное) - 5 г
6. Чай с сахаром (сахар - 2 чайные ложки) - 200 г

При заполнении пищевого дневника следует иметь в виду, что ориентировочный вес продуктов питания указывается *в готовом виде*. При самостоятельной оценке пациентом содержания в диете белков, жиров, углеводов, энергетической ценности пищи и т.д. по таблице 1 необходимо знать раскладку продуктов в том или ином блюде, поскольку в таблице 1 приводится содержание тех или иных ингредиентов в соответствующих продуктах в сыром виде. На практике оценка пищевого дневника обычно проводится врачом. Для ориентировочной (не очень точной) оценки содержания тех или иных ингредиентов в наиболее распространенных готовых блюдах можно воспользоваться таблицей 2 (см. Приложение).