**Лечебное питание при заболеваниях органов дыхания и туберкулезе**

**Содержание**

Введение

1. Питание для лечения пневмонии

2. Хронические нагноительные заболевания легких и диета при них

3. Диетотерапия при экссудативном плеврите и бронхиальной астме

4. Лечебное питание при туберкулезе

Заключение

Список источников литературы

**Введение**

Диетическое питание играет важную роль при проведении комплексной терапии заболеваний органов дыхания. Оно строится индивидуально с учетом характера основного процесса и его патогенетических механизмов, осложнений и сопутствующих заболеваний. Необходимо помнить о возможном вовлечении в патологический процесс сердечнососудистой системы с развитием легочного сердца и недостаточности кровообращения по правожелудочковому типу. В частности, при эмфиземе легких лечебное питание в основном назначается, исходя из функционального состояния сердечнососудистой системы.

**1. Питание для лечения пневмонии**

При острых пневмониях в лихорадочном периоде повышается основной обмен. Имеет место интоксикация организма человека продуктами жизнедеятельности микроорганизмов и тканевого распада. Повышается нагрузка на сердечнососудистую систему, в результате чего в тяжелых случаях может развиваться недостаточность кровообращения. Снижается функциональная деятельность органов пищеварения (Б.Д. Боревская и др.).

Лечебное питание должно способствовать быстрейшему разрешению воспалительного процесса, дезинтоксикации организма, повышению его иммунных свойств и общей реактивности, щажению органов сердечнососудистой и пищеварительных систем, предотвращению возможных отрицательных влияний фармакотерапии. Противовоспалительный эффект обеспечивается ограничением количества углеводов (до 200—250 *г),* соли (до 6—*7 г)* и увеличением содержания в рационе солей кальция.

С целью дезинтоксикации организма показано введение достаточного количества витаминов (особенно аскорбиновой кислоты) и жидкое и (до 1400—1700 *мл);* естественно, что употребление такого количества жидкости разрешается лишь при отсутствии сердечной декомпенсации.

Общую калорийность рациона рекомендуется в начале заболевания (в остром лихорадочном периоде) значительно снизить (до 1500—1800 *ккал)* за счет ограничения, помимо углеводов, количества употребляемых белков (50—60 *г),* жиров (30—40 *г),* что в сочетании с дробным питанием (прием пищи до 6—7 раз в сутки) и употреблением преимущественно жидкой и хорошо измельченной пищи способствует щажению деятельности органов пищеварения.

В период выздоровления необходимо значительно повысить калорийность суточного рациона (до 2500—3000 *ккал)* в основном за счет увеличения содержания белков (до 130—150 г), жиров (80— 190 г) и в меньшей степени углеводов (до 300—350 *г).* Обогащение рациона белка способствует восполнению его потерь при распаде тканей, стимуляции репаративных процессов, продукции антител, препятствует лейкопении на почве употребления сульфаниламидных препаратов. Разрешается увеличение количества соли (до 10—12 *г),* она необходима для выработки соляной кислоты желудком, способствующей повышению аппетита. В связи с этим показано употребление продуктов, стимулирующих желудочную секрецию и внешнесекреторную деятельность поджелудочной железы (мясные и рыбные бульоны, хлебный квас, соусы, пряности и приправы, ксфе, какао, фруктовые и овощные соки и т. д.). По мере выздоровления количество приемов пищи может быть уменьшено до 4—5 раз в сутки.

Диетотерапия при обострениях хронической пневмонии та же, что и при острых пневмониях.

**2. Хронические нагноительные заболевания легких и диета при них**

Абсцессы легких и бронхоэктатическая болезнь характеризуются сочетанием гнойного воспалительного процесса с деструкцией легочной ткани. Застой гнойного содержимого ведет к интоксикации организма. С гнойной мокротой теряется большое количество белка. При обширных поражениях может развиваться легочно-сердечная недостаточность. Длительный гнойный процесс может сопровождаться истощением организма и вести к амилоидозу.

Лечебное питание необходимо для повышения иммунобиологических защитных сил организма, восполнения потерь белка с мокротой; оно должно способствовать дезинтоксикации организма, уменьшению явлений воспалительной экссудации, стимулированию репаративных процессов, щажению деятельности сердечнососудистой системы.

Для повышения общего питания больного необходимо обеспечить достаточную калорийность суточного рациона {2600—3000 *ккал)* за счет введения повышенного количества белков (130—160 *г), -*умеренного количества углеводов (350—400 *г)* и несколько сниженного — жиров (70—80 *г).*

Употребление повышенного количества белков способствует повышению защитных сил и иммунных процессов организма, восполнению белка, теряемого с гнойной мокротой, стимулирует ре-. паративные процессы. Избыточное белковое питание предупреждает и задерживает развитие амилоидоза. Следует заботиться о включении в рацион достаточного количества полноценных белков животного происхождения (мясо, рыба, творог, яйца и др.). При обострении процесса целесообразно снижение количества углеводов (до 200—250 *г),* что в сочетании с ограничением соли (6—8 *г)* и введением избыточного количества солей кальция направлено на уменьшение' воспалительной экссудации.

Необходимость небольшого ограничения жиров в рационе объясняется их свойством угнетать и без того пониженный аппетит у длительно лихорадящих больных.

Гипохлоридная диета оказывает противовоспалительный эффект за счет фиксации солей кальция в тканях и уменьшает, задержку жидкости в организме, что является одной из мер профилактики недостаточности кровообращения.

Для уменьшения количества мокроты и облегчения -деятельности сердечнососудистой системы показано ограничение количества свободной жидкости (до 700—800 *мл).*

С целью стимуляции защитных сил, репаративных процессов и восполнения дефицита витаминов в организме показано повышенное их введение с пищей (особенно ретинола, аскорбиновой кислоты, витаминов группы В). В частности, аскорбиновая кислота способствует дезинтоксикации организма, вместе с тиамином и рибофлавином она оказывает положительное влияние на окислительные процессы в организме и белковый обмен. Ретинол улучшает регенерацию слизистой оболочки дыхательных путей. Для обогащения организма витаминами показано употребление богатых ими продуктов (дрожжи, отвар шиповника, овощи, фрукты). Улучшению аппетита способствует включение в рацион продуктов, стимулирующих желудочную секрецию (мясные и рыбные навары, квас, овощные и фруктовые соки, крепкий чай, кофе и др.)

В случаях отсутствия явлений сердечной недостаточности для построения диетического режима целесообразно брать за основу диету № 5. При наличии недостаточности кровообращения построение лечебного питания должно базироваться на диетах № 10 или 10а.

**3. Диетотерапия при экссудативном плеврите и бронхиальной астме**

Заболевание чаще имеет туберкулезную и реже другую этиологию (пневмококк, стафилококк, стрептококк и др.)- Оно характеризуется воспалительным поражением плевры. Плевральные полости заполняются воспалительным экссудатом, богатым белком.

Лечебное питание направлено на уменьшение воспалительной экссудации, снижение повышенной реактивности. Это обеспечивается ограничением углеводов (200—250 *г),* соли (до 3—5 *г)* и увеличением содержания в диете солей кальция (до 5 *г);* показано некоторое ограничение употребления свободной жидкости (500— 700 *мл).*

Следует заботиться о введении достаточного количества витаминов (особенно ретинола, аскорбиновой кислоты, витамина Р, витамина Б).

*Исключаются:* пищевые продукты, вызывающие жажду (соленья,, копчености, консервы, экстракты и др.).

При назначении лечебного питания в начале заболевания основными должны быть диеты № 7а, 76, 7. В дальнейшем с учетом туберкулезной этиологии заболевания целесообразен перевод больных на лечебную диету № 11.

Бронхиальная астма имеет аллергическую природу и характеризуется периодическими бронхоспазмами. При длительном и упорном течении бронхиальная астма ведет к развитию эмфиземы легких и легочного сердца, которое может осложняться недостаточностью кровообращения по правожелудочковому типу.

Лечебное питание направлено в первую очередь на снижение гиперергии и вегетативной дистонии. С этой целью показано ограничение углеводов, соли и введение повышенного количества кальция.

Рекомендуется включение в рацион продуктов, богатых кальцием (творог, молоко, сыр и др.).

Не следует употреблятьсоленья, маринады, сельдь, легкоусвояемые углеводы (мед, варенье, сахар, манная крупа, картофель и др.). Подлежат *ограничению* продукты, возбуждающие нервную систему (крепкий кофе, какао, мясные и рыбные бульоны, острые закуски, специи и др.). *Исключаются* продукты, богатые щавелевой кислотой (щавель, шпинат, салат), так как она способствует выведению из организма солей кальция.

При выявлении пищевой аллергии следует исключить из рациона продукты, к которым имеется повышенная чувствительность, или можно проводить специфическую десенсибилизацию путем употребления незначительных количеств продуктов-аллергенов за 1 чдо приема их основной массы.

В случае осложнения заболевания легочно-сердечной недостаточностью необходимы соответствующие коррективы диеты (исключение соли, обогащение солями калия, ограничение жидкости и т. д.).

**4. Лечебное питание при туберкулезе**

Заболевание вызывается микобактерией туберкулеза. Могут поражаться различные органы и системы (легкие, кишечник, кости и суставы, почки, серозные оболочки, гортань и носоглотка, кожа, печень, сердечнососудистая система и т. д.).

Патогенетические механизмы определяют важную роль лечебного питания в комплексной терапии туберкулеза.

Диетотерапия направлена на повышение защитных сил организма, стимуляцию репаративных процессов, нормализацию обменных нарушений, восстановление нарушенных функций и снижение гиперергии организма.

Лечебное питание должно строиться с учетом локализации, характера процесса, степени активности, реактивной способности организма, состояния органов пищеварения, упитанности и образа жизни больного, сопутствующих заболеваний и осложнений, функционального состояния пораженных органов.

При расчете общей калорийности, наряду с учетом роста, массы тела, пола и образа жизни (режима) больного, необходимо иметь в виду частое наличие при туберкулезе повышенного расхода энергии, связанного с инфекцией и лихорадочным состоянием М. В. Певзнер рекомендует назначать на каждый килограмм массы тела;

а) при режиме полного покоя — 35 *ккал;*

б) при режиме относительного покоя (лежание — 5—6 *ч* в течение дня) с небольшими- прогулками — 40 *ккал;*

в) при тренировочном режиме (лежание 3,5 чв течение дня, подвижные игры и трудовые процессы) — 45 *ккал;*

г) при трудовом режиме с 2-часовым отдыхом в течение дня и работой в течение 3—6 *ч* — 50 *ккал.*

При массе тела больного ниже нормы и прогрессирующем похудании показано назначение усиленного питания, которое предусматривает повышение калорийности на 1/3 по сравнению с должной. Не следует прибегать к усиленному питанию при выраженных нарушениях деятельности желудка, кишечника, печени и сердечнососудистой системы. Практиковавшееся ранее более значительное повышение калорийности, так называемое «избыточное» питание, себя не оправдало; оно ведет к перегрузке органов пищеварения, межуточного обмена, перенапряжению регуляторных механизмов, ослаблению защитных сил и повышению аллергизации организма. О благотворном влиянии усиленного питания свидетельствует не столько увеличение массы тела, сколько улучшение аппетита, настроения и появление бодрости. Вместе с тем, если масса тела больного при усиленном питании не увеличивается, необходимо пересмотреть качественный состав пищи.

В связи с усиленным белковым распадом показано включение в рацион повышенного количества белка (в период вспышки до 2,5 *г* и вне вспышки туберкулезного процесса до 1,5—2 *г* на 1 *кг* массы тела), что способствует повышению сопротивляемости организма к туберкулезной инфекции; не менее половины положенного количества белков должны быть животного происхождения (мясо, рыба, яйца, молоко, творог и др.).

Имеются данные о возможном образовании веществ, обладающих антибиотическим действием, в процессе обмена в организме таких аминокислот, как аргинин, триптофан, фенилаланин. Поэтому целесообразно рекомендовать включение в рацион пищевых продуктов, содержащих эти аминокислоты (молоко, творог, судак, треска, говядина, курица, баранина, свинина, овсяная и гречневая крупы, пшено, рис, соя, фасоль, ячмень, горох, морковь, картофель, капуста и др.).

Вне вспышки туберкулезного процесса следует обеспечивать организм нормальным количеством углеводов (7 *г* на 1 *кг* массы тела). При активизации процесса рекомендуется снижать их содержание в рационе (до 4—5 *г на 1 кг* массы тела), что оказывает противовоспалительное действие. Ограничение углеводов, особенно легкоусвояемых (сахар, мед, варенье и др.), показано при нарушениях нервной регуляции, которые проявляются лабильностью вегетативной нервной системы (стертые симптомы гипо- и гипергликемии), гиперсенсибилизации организма.

Ранее практиковавшееся употребление большого количества жира не рекомендуется, так как он оказывает отрицательное влияние на организм. Избыток жиров в рационе способствует ацидотическому сдвигу, затрудняет деятельность органов пищеварения, вызывает поносы, жировую инфильтрацию печени, угнетает и без того часто пониженную желудочную секрецию и аппетит. Быстрая насыщаемость ведет к недостаточному введению в организм белков, витаминов и минеральных веществ. В настоящее время обоснована целесообразность некоторого ограничения количества жиров в рационе в период активизации туберкулезного процесса (до 1 *г* на 1 *кг* массы тела) и нормального количества жиров (1,5 *г* на 1 кг массы тела) в фазе ремиссии. Следует отдавать предпочтение сливочному маслу и растительным жирам. Последние являются основным источником незаменимых жирных кислот.

При туберкулезе имеет место повышенная потребность в витаминах (ретинол, аскорбиновая кислота, витамин О, тиамин, рибофлавин, пиридоксин, никотиновая кислота), особенно при наличии поражений органов пищеварения (энтероколит, гастрит, гепатит и т. д.), которые затрудняют усвоение витаминов. Недостаток некоторых витаминов (пиридоксин, аскорбиновая кислота и др.) может быть вызван применением ряда антибактериальных средств (ПАСК-натрий, фтивазид, изониазид, ларусаи и др.). В эксперименте на животных доказана повышенная восприимчивость к туберкулезу при отсутствии в пищевом рационе витаминов (И. Я- Гольдберг). Обеспечение организма достаточным количеством витаминов оказывает благотворное влияние на течение туберкулеза.

Обеднение организма кальцием, его противовоспалительное и десенсибилизирующее влияние определяет необходимость обогащения рациона солями кальция за счет богатых ими продуктов (молоко, творог, сыр, капуста, лиственный салат, бобовые, изюм и т, д.). Лучшему усвоению кальция способствует введение его в оптимальных соотношениях с фосфором (1 : 1 или 2 : 1) и обеспечение организма достаточным количеством витамина б. Фиксации кальция в тканях способствует ограничение количества соли. Рекомендуется ее употребление в период вспышки туберкулезного процесса до 8 г и в неактивной фазе до 12 г в сутки. Наличие жидкости в полостях (экссудативный плеврит, эмпиема, транссудат) служит показанием к более резкому ограничению употребления соли (2—4 *г* в сутки), что способствует рассасыванию жидкости. Вместе с тем после больших кровопотерь, профузных поносов, частой рвоты необходимо вводить повышенное количество соли (20—25 *г* в сутки).

Следует обеспечивать потребность организма в других минеральных веществах (железо, магний и др.).

Поскольку тубинтоксикация способствует повышению гидрофильности тканей, необходимо избегать употребления избыточного количества жидкости.

Для повышения часто сниженного аппетита рекомендуется разнообразить меню, включать в него с учетом возможных противопоказаний стимуляторы желудочной секреции (мясной бульон, рыбная уха, сельдь и др.), заботиться о высоких вкусовых качествах и красивом оформлении блюд, выработать индивидуальный режим питания с регулярным приемом пищи и употреблением основного ее количества во время снижения температуры. Важно создать благоприятную внешнюю обстановку во время еды (чистое и хорошо проветренное помещение, отсутствие излишнего шума, приятное соседство и т. д.), при переутомлении — кратковременный отдых перед и после обеда, устранить возможное отрицательное влияние некоторых лекарственных средств, обеспечить организм достаточным количеством витаминов, проводить активное лечение туберкулезного процесса.

При туберкулезном поражении кишечника необходимо иметь в виду возможные нарушения усвоения важнейших пищевых веществ (белков, витаминов, кальция, фосфора, железа и т. д,), что приводит к выраженному дефициту их в организме и требует включения в рацион в значительно повышенном количестве. Важная роль в эпителизации изъязвлений кишечника принадлежит ретинолу. Профузные поносы определяют необходимость введения повышенного количества соли (до 20 г). В связи с плохой переносимостью количество жиров в диете целесообразно снизить. При преобладании бродильных процессов следует ограничить содержание в диете углеводов (хлеб, каши, овощи и т. д.). Для предупреждения перегрузки кишечника показано более частое дробное питание (5—6 раз в сутки).

*Исключаются:* цельное молоко, острые блюда, копчености, черный хлеб, газированные напитки, холодные блюда, квас, сырые овощи, жирное мясо, консервы, маринады, сало, сырые яйца.

*Разрешается* употребление слизистых и протертых супов, некрепких бульонов, отварной рыбы, суфле, паровых котлет, фрикаделей, тефтелей из нежирных сортов мяса, различных каш, белых сухарей, некислого творога, неострого сыра, киселей, желе, вымоченной нежирной сельди, белкового омлета, пудинга, сливочного масла, варенья и протертых овощей (морковь, тыква, картофель, кабачки и др.), сырых овощных и фруктовых соков, отвара шиповника.

При туберкулезном поражении почек следует исключить из употребления раздражающие их продукты (перец, горчица, хрен, редька, алкоголь, копчености, консервы).

При экссудативном плеврите необходимо вносить коррективы, изложенные в соответствующем разделе (см. «Экссудативный плеврит»). При туберкулезном поражении гортани и носоглотки особенно важно обеспечить организм повышенным количеством ретинола, так как он способствует восстановлению поврежденного эпителия слизистой. Рекомендуется медленный прием пищи в жидком, желеобразном, хорошо протертом и кашицеобразном виде. *Запрещаются:* раздражающая пища (острые, соленые, маринованные, квашеные продукты, горчица, перец, уксус, хрен, холодные и горячие блюда), алкогольные напитки. *Рекомендуется* употребление слизистых супов, некрепких застывших бульонов, процеженного студня, жидких молочных каш, молока, некрепкого кофе, некрутого картофельного пюре, чая с молоком. При туберкулезе костей и суставов следует особенно заботиться об обеспечении организма повышенным количеством кальция и фосфора. Для лучшего усвоения солей кальция показано достаточное содержание в рационе витамина *В,* которое может, в частности, обеспечиваться за счет употребления рыбьего жира.

При туберкулезном поражении кожи (волчанка) рекомендуется умеренное ограничение углеводов, соли (до 3—5 *г)* и введение в повышенном количестве витаминов (ретинол, аскорбиновая кислота)*.*

Поражение печени определяет целесообразность исключения яичных желтков, жирного мяса, рыбы и овощей, сдобного теста, копченостей, острых блюд, крепкого кофе, алкогольных напитков.

При кровохарканье важно обеспечить организм повышенным количеством витаминов (аскорбиновая кислота, викасол), солями кальция и при больших кровопотерях — повышенным количеством соли (до 20—30 *г* в сутки). *Рекомендуются в* охлажденном виде кисели, фруктовые и ягодные желе, протертый творог с молоком, сливки, яйцо всмятку, жидкая манная молочная каша, прохладное питье (томатный сок, подкисленная лимонная вода и т. д.).

При осложнении туберкулеза легких легочно-сердечной недостаточностью показано ограничение жидкости, соли, обогащение рациона солями калия, проведение разгрузочных дней (более подробно см. в разделе «Хроническая недостаточность кровообращения»).

При осложнении туберкулеза амилоидозом в альбуминурической стадии без отеков суточный рацион должен содержать на 1 *кг* массы больного до 2 г белка, количество жиров и углеводов в соответствии с характером основного процесса. Наличие отеков требует резкого ограничения соли (2—4 *г).* При азотемии показано снижение количества белка в рационе (более подробно см. в разделе «Хроническая почечная недостаточность»).

К числу распространенных методов диетотерапии при этом относится кумысолечение. Один литр кумыса обеспечивает организм 530 *якал* и содержит белка 22 *г,* жиров 17 *г,* углеводов 32,6 *г,* аскорбиновой кислоты 200—250 *мл* и около 20 *г* спирта. Рекомендуется назначать кумыс по одному стакану 5—6 раз в день. Кумысолечение противопоказано при остро протекающих и декомпенсированных туберкулезных поражениях, сопутствующих хронических нагноениях в легких и плевре (абсцесс, бронхоэктазы, пиопневмоторакс и др.), язвенной болезни и гастритах с повышенной желудочной секрецией, заболеваниях печени, преобладании бродильных процессов в кишечнике, болезнях обмена (сахарный диабет, подагра, ожирение), неврозах с выраженной лабильностью вегетативной нервной системы, гиперфункции щитовидной железы, недостаточности кровообращения II—III стадии, туберкулезе кишечника и почек.

**Заключение**

Лечебное питание при болезнях дыхательной системы и туберкулезе очень важно. Диета при заболеваниях органов дыхания, особенно - при бронхиальной астме, предусматривает назначение гипоаллергенной витаминизированной, разнообразной диеты. В семье, где есть больной бронхиальной астмой, следует организовать «Солидарное» питание. Особенно важна «гастрономическая» солидарность всех членов семьи вокруг больного, если это малыш, которому все хочется попробовать и никакие запреты и уговоры его не убеждают. Из рациона должны быть исключены продукты, которые содержат консерванты, эмульгаторы, искусственные красители (наиболее опасный желтый, тартразин). Вредоносными можно считать блюда, приготовленные на темном растительном масле, топленом, сливочном, тугоплавких жирах. По данным последних исследований, средиземноморская диета, отличающаяся большим количеством овощей и фруктов и низким содержанием насыщенных жиров, может предотвратить развитие аллергии и астмы у детей

Особенностью диетического питания при туберкуле независимо от его локализации является повышенная потребность организма больного в витаминах (прежде всего вит. С, витаминов группы В, вит А) и минеральных веществах. Показано введение в рацион таких продуктов, как рыбий жир, яичный желток, морковь, помидоры, красный перец и др.). Так как, в условиях туберкулезной интоксикации компенсировать недостаток витаминов и минеральных веществ с помощью рационального питания сложно обязательно необходим прием витаминов и минеральных веществ в виде лекарственных препаратов.

Для больных со сниженной реактивностью организма, общей гипотонией, незначительным повышением температуры, с вялым течением болезни калорийность рациона в пределах 2700-3000 ккалл. Диета характеризуется повышенным содержанием аскорбиновой кислоты, витаминов группы В. Кулинарная обработка обычная, питание дробное.

При дефиците массы тела (индекс Кетле ниже 19.5), повышении температуры до 38 градусов Цельсия, без признаков усиленного разрушения тканей в очагах туберкулезного воспаления суточную калорийность рациона поднимают до 3500 ккал. В пищу вводят продукты богатые кальцием (молоко, молочные продукты – кальцинированный творог, яйца).

В период обострения заболевания (высокая температура, выраженные явления интоксикации, значительное истощение) необходимо вводить дополнительные количества аскорбиновой кислоты, кальция. Диета построена в основном на употреблении большого количества свежих соков, овощей, фруктов. В этот период всю пищу готовят в протертом виде. Питание дробное, через каждые 2-3 часа. Если заболевание протекает с аллергическими реакциями в рационе ограничивают углеводы, преимущественно за счет сахара, меда, сладостей, сладких фруктов. При склонности к образованию выпотов (эксудатов, транссудатов) в рационе ограничивают поваренную соль.

**Список источников литературы**

1. Брейтбург А.М. Рациональное питание. М., Госторгиздат, 1957.

2. Внутренние болезни. – М.: Крон-Пресс, 2007.

3. Губергриц А.Я., Циммерман Я. С. Лечебное питание при внутренних болезнях. Киев, «Здоров'я», 1965.

4. Закржевский Е.Б. Лекции по диететике. Л., Медгиз, 1958.

5. Лечебное питание. Практическое руководство. – М.: Торсинг, 2002.

6. Лорис И.Ф. Лечебное питание. М., 1957.

7. Маршак М.С. Краткий справочник по лечебному питанию. М, Медгиз, 1951.

8. Маршак М.С. Организация лечебного питания в больничных учреждениях. М., Медгиз, 1951.

9. Маршак М.С. Диетическое питание. М., «Медицина», 1967.

10. Меньшиков Ф,К. Диетотерапия. Изд. 2. М., «Медицина», 1972.

11. Певзнер Л.М. Основы технологии приготовления пищи для больного. М. — Л., Медгиз, 1946.

12. Певзнер М.И. Основы лечебного питания. Изд. 3. М., Медгиз, 1943.

13. Покровский А.А., Савощенко И.С, Самсонова М.А., Маршак М.С. Черников М.И., Ногаллер А.М. Лечебное питание. М., «Медицина», 1971.

14. Практическое руководство по лечебному питанию. М., Госторгиздат, 1961.

15. Рафалович М.Б. Лечебное питание в клинике внутренних болезней. Ставрополь, 1970.