

хроническую форму. Неоднократное заболевание ОГ при контакте с инфицированными или недоброкачественными продуктами чаще отмечают у людей со сниженной секреторной функцией желудка, особенно при резком уменьшении количества свободной кислоты. В этом случае заметно снижается бактерицидная функция желудка.

В начале лечения в первую очередь следует нейтрализовать агент, вызывающий ОГ: тщательно промыть желудок, дать больному при необходимости противоядие, поставить очистительную клизму. Далее его надо согреть, сделать компресс, назначить спазмолитики (белладонну, папаверин, но-шпу и др.), висмут, препараты, поддерживающие тонус сердечно-сосудистой системы. В первые два дня больной получает только жидкость в объеме до 2 л (свежесваренный теплый чай, чай с медом, вода с лимоном, отвар шиповника). На 3-й день болезни пищу дают исключительно в жидком виде: нежирный, некрепкий или вторичный бульон, молочная сыворотка, процеженный слизистый овсяный, рисовый или ячменный отвар, в который можно добавить до 10–15 г сливочного масла. На 4-й день в рацион вводят 75–100 г подсушенных белых сухарей. С 5-го дня больной получает мясное или рыбное суфле, свежий пресный творог, протертые каши (рисовую, овсяную, гречневую) с добавлением 15–20 г сливочного масла, пюре (из моркови, картофеля, кабачков, цветной капусты), несдобное печенье. Диета больных ОГ расширяется постепенно, однако длительно голодать они не должны, ибо продолжительное ограничение в рационе питательных веществ, особенно белков, оказывает отрицательное воздействие на репаративные процессы.

Назначая лечебное питание больному ОГ, следует учитывать и этиологические факторы, обусловившие развитие данного заболевания. Например, при остром ирритативном гастрите необходимо обеспечивать щажение хемо-термо-барорецепторов; при гематогенном гастрите, возникающем при инфекционных заболеваниях, не всегда оправдано соблюдение принципа тщательного ограничения в диете.

**Хронический гастрит (ХГ).** Излагая принципы лечебного питания при данном заболевании, мы коснемся диетотерапии больных ХГ с секреторной недостаточностью. В настоящее время ХГ с повышенной секрецией большинство клиницистов-гастроэнтерологов рассматривают в аспекте ЯБ (С.М. Рысс, 1966; А.С. Белоусов, 1969). Од-