

Задачи, принципы и организация диетического питания



Современное лечебное
питание – это
дифференцированная
диетотерапия, учитывающая
патогенез, клиническую
картину и динамику развития
болезни.

Лечебное питание организуется для лиц с острыми или хроническими заболеваниями. Диетическое питание осуществляется под врачебным контролем в стационарах, санаториях, профилакториях, а также в диетических СТОЛОВЫХ.

Диетическое питание отличают следующие признаки и особенности:

- Целью питания больного человека является не только поддержание общего пищевого статуса, но и осуществление диетотерапии;
- Диетическое питание может влиять на клиническую картину болезни, характер и типы развития патологического процесса;



- Диетическое питание не только повышает эффективность других терапевтических приемов, но и уменьшает частоту рецидивов и обострений хронических заболеваний, а также переход острых патологий в хронические(профилактическая роль);
- При некоторых заболеваниях (железодифицитная анемия, фенилкетонурия, целиакия) диетическое питание может являться единственным терапевтическим фактором.

Лечебное питание состоит из 3 основных звеньев:

- Симптоматическая диетотерапия, способствующая устранению отдельных симптомов заболевания;
- Органоспецифическая диетотерапия , учитывающая характер поражения заинтересованного органа или системы;



- Метаболическая диетотерапия, обеспечивающая адаптацию химического состава диеты к уровню и характеру обменных и морфофункциональных нарушений, свойственных тому или иному виду заболеваний.

Принципы лечебного питания

1. Соответствие питания потребностям и возможностям больного организма.

Необходимо установить баланс между физиологической потребностью в пищевых веществах и энергии и возможностью нездорового организма к их эффективной утилизации. При различных заболеваниях требуется ограничить содержание в рационе тех или иных нутриентов : белков, жиров, углеводов, поваренную соль.



2. Сочетание максимального щажения заинтересованных органов и систем с их тренировкой.

К основным видам щажения относятся **механическое, химическое и термическое.**

- **Механическое** щажение предполагает:
Удаление грубой растительной клетчатки и соединительной ткани при кулинарной обработке сырья и отказ в питании от таких продуктов, как лук-порей, редька, белокоченная капуста.
- В порядке **химического** щажения в питании не используют источники эфирных масел, экстрактивных веществ, перекисей и альдегидов, углекислоты, концентрированных органических кислот, алкоголя, а также крепкий чай и кофе.
- Обеспечение **термического** щажения достигается использованием блюд с температурой 15...60 градус.

3. Учет неспецифических особенностей обмена веществ больного.

Ослабление ферментных систем, обеспечивающих полноценную обработку и всасывание пищи в желудочно-кишечном тракте и на клеточном уровне, а также адаптационно-защитные процессы, предполагает необходимость использования абсолютно доброкачественной и безопасной пищи. Использование скоропортящихся продуктов допускается в начальный период их общего срока годности.

4. Учет субъективного отношения больных к питанию.

Данный принцип основан на известном психоэмоциональном статусе больного человека. Все заболевшие имеют, как минимум, астенический синдром, в рамках которого снижается аппетит и часто появляется инверсия вкуса, а также негативное отношение к соблюдению режиму питания. В этой связи огромное значение приобретают методические приемы лечебной кулинарии. Лечебные блюда должны быть приготовлены, сервированы и поданы так, чтобы способствовать появлению нормального аппетита.

5. Индивидуальный подход к назначению лечебного питания.

Проведение обоснованной диетотерапии требует кропотливой предварительной работы по сбору анамнеза, анализу клинической картины и лабораторных исследований, в том числе и параметров пищевого статуса.

6. Строгое соблюдение режима питания.

Прием пищи должен быть правильно распределен в течение дня, а для некоторых больных – на сутки. При таких заболеваниях, как сердечная недостаточность в стадии декомпенсации, при повышенной желудочной и панкреатической секреции, склонности к гипогликемии интервалы между приемами пищи не должны превышать 4 ч, включая ночь. Чаще в стационарах принято использовать 4...6 – разовое питание с распределением калорийности и пищевой плотности по приемам пищи в зависимости от назначения врача.

Новая номенклатура диет

При использовании системы стандартных диет ранее применявшиеся диеты номерной системы (диеты № 1-15) объединяют или включают в стандартные диеты, которые назначают при различных заболеваниях в зависимости от стадии, степени тяжести болезни или осложнений со стороны различных органов и систем.



1. Основной вариант стандартной диеты (№ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 13, 14, 15 номерной системы);
2. Вариант диеты с механическим и химическим щажением (№1б, 4б, 4в, 4п);
3. Вариант диеты с повышенным количеством белка- высокобелковая диета (№4р, 4 а/г, 5 п, 7в, 7г, 9б, 10б, 11, R-1, R-11);
4. Вариант диеты с пониженным количеством белка- низкобелковая диета (№ 7а, 7б);
5. Вариант диеты с пониженной калорийностью- низкокалорийная диета (№ 8, 9а, 10с).



1а- Обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в первые 10-14 дней, острый гастрит в первые дни заболевания.

1б- Обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в последующие дни, острый гастрит в последующие дни заболевания.

1 -Обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в затухающей стадии или стадии ремиссии, острый гастрит в стадии затухания заболевания или хронический гастрит.



2 -Анацидный гастрит в стадии нерезкого обострения и начинающиеся ремиссии.

3- Хронические заболевания кишечника с преобладанием синдрома дискинезии, а также дискинетические запоры при других заболеваниях.

4- Острые колиты и энтериты с профузным поносом (первые 3-5 дней).

4б- Острые колиты и энтериты на последующем этапе лечения (с 3-5-го дня), обострение хронических колитов и энтеритов.



4в- Острые колиты и энтериты в стадии затухающего обострения, хронические энтериты в стадии ремиссиию

4а/г- Глютеновая энтеропатия, целиакия, идиопатическая стеаторея.

4п- Хронические заболевания кишечника в стадии обострения с сопутствующим панкреатитом в стадии обострения.

5а- Острый холецистит, хронический холецистит в стадии обострения, острый гепатит или обострение хронического гепатита.



5- Хронический холецистит в стадии нерезкого обострения и стадии ремиссии, хронический гепатит в стадии ремиссии.

5л/ж- Хронические заболевания печени с желчезастойным синдромом.

5п- Хронический панкреатит .

5р- Демпинг-синдром после резекции желудка по поводу язвенной болезни.

6- Подагра, мочекислый диатез, гиперурикемия.

7а- Хроническая почечная недостаточность, резко выраженное нарушение азотовыделительной функции почек.



7б - Хроническая почечная недостаточность, умеренно выраженное нарушение азотовыделительной функции почек.

7в - Нефротический синдром.

7г - Терминальная почечная недостаточность.

7- Острый диффузный гломерулонефрит, пиелонефрит и другие заболевания почек.

8(а,б) - Ожирение.

9(а,б) - Сахарный диабет.



10а- Гипертоническая болезнь (10 г), инфаркт миокарда (10 и), хроническая сердечно-сосудистая недостаточность 11б-111 стадии.

10р- Ревматоидный артрит.

10б- Ревматизм малой степени активности.

10с- Атеросклероз, ИБС, гипертоническая болезнь 11б-111 стадии .

10- Активная фаза ревматизма, хроническая сердечно-сосудистая недостаточность 11 стадии.



11- Туберкулез легких, нагноительный процессы

13- Лихорадочные состояния, острые инфекционные заболевания.

14- Фосфатурия .

15- Рациональная диета .

R-1 -Малокровие различной этиологии.

R-11- Ожоговая болезнь.

Характеристика каждого стола содержит обязательные составные информационные части: показания к назначению (заболевание или синдром), цель назначения, особенности химического состава и применяемые способы кулинарной обработки, точный нутриентный состав и калорийность, режим питания, перечень разрешенных и запрещенных продуктов и блюд.

На каждый лечебный стол разработаны картотека используемых блюд, примерные (сезонные) меню и список специализированных продуктов, соответствующих направленности диеты



Все специализированные продукты, предназначенные для диетического питания, можно разделять на несколько групп в зависимости от целевого назначения:

- Гипокалорийные (уменьшенное содержание жира, углеводов, повышенное содержание пищевых волокон, жидкости, непищевых наполнителей: метилцеллюлоза, микрокристаллическая целлюлоза);



- Гипогликемические (содержащие подсластители несахарной природы);



- Антиатеросклеротические или липотропные (обогащенные пектином, отрубями, альгинатами, ПНЖК, витаминами А и Е, с улучшенным жирнокислотным



- Продукты с ограниченным или увеличенным содержанием отдельных нутриентов (гипонатриевые, безбедковые с повышенным содержанием йода, кальция, калия, магния);



- Энпиты (белковые, жировые, обезжиренные)



- Обеспечивающие местное симптоматическое лечение (кремы, пасты, гели, суфле желе, кисели, минеральные воды);



Вместе с основными лечебными диетами и их вариантами в лечебно-профилактическом учреждении в соответствии с их профилем используются:


- Хирургические диеты (0-1;0-11;0-111;0-1V; диета при язвенном кровотечении, диета при стенозе желудка и др);
- Разгрузочные диеты (чайная , сахарная, яблочная, рисово-компотная, картофельная, творожная, соковая, мясная и др);
- Специальные рационы (диета калиевая, магниевая, зондовая, диеты при инфаркте миокарда, рационы для разгрузочно-диетической терапии , вегетарианская диета и др)

Наряду с традиционным лечебным питанием в клинике все более широкое распространение получает энтеральное питание - вид диетотерапии, при котором питательные компоненты вводятся перорально или через желудочный зонд.

Энтеральное питание назначают при невозможности адекватного энергетических и пластических потребностей организма естественным образом при ряде заболеваний



Показаниям к применению энтерального питания являются:

- Белково-энергетическая недостаточность при невозможности обеспечения адекватного поступления нутриентов;
 - Новообразования, особенно локализованные в области головы, шеи и желудка;
 - Расстройства центральной нервной системы коматозные состояния, цереброваскулярные инсульты или болезнь Паркинсона в результате которых развиваются нарушения пищевого статуса;
- 

- Лучевая и химиотерапия при онкологических заболеваниях;
- Заболевания желудочно-кишечного тракта, болезнь Крона, синдром малоабсорбции, синдром короткой кишки, хронический панкреатит, язвенный колит, заболевания печени и желчных путей;
- Питание в пред-, и послеоперационном периодами;
- Травма, ожоги, острые отравления;



- Осложнения послеоперационного периода (свищи желудочно-кишечного тракта, сепсис);
- Инфекционные заболевания;
- Психические расстройства: нервно-психическая депрессия, тяжелая депрессия);
- Острые и хронические радиационные поражения.

Энтеральное питание противопоказано
больным с кишечной непроходимостью,
острым панкреатитом и тяжелыми формами
малоабсорбции.

Смеси для энтерального питания делятся на следующие виды:

- 1) стандартные
- 2) высококалорийные
- 3) иммунные с высоким содержанием глутамина, аргинина
- 4) полуэлементные
- 5) специальные (печеночные, почечные, легочные, диабетические, кишечные)
- 6) модули (аминокислотные, пептидные).

Требования к организации лечебного питания в ЛПУ в санаторно-курортных



Правильная организация диетического (лечебного) питания является непеременимым условием рационального лечения. За организацию лечебного питания и адекватное применение его во всех отделениях учреждений здравоохранения отвечает врач-диетолог. Он руководит медицинскими сестрами (диетсестрами), осуществляет контроль за работой пищевого блока.

***Основными задачами совета по
лечебному питанию являются:***

- Совершенствование организации лечебного питания в ЛПУ;
- Внедрение новых технологий профилактического, диетического и энтерального питания;



- Утверждение номенклатуры диет и смесей для энтерального питания, подлежащих внедрению в данном учреждении здравоохранения;
- Утверждение семидневных меню;
- Контроль над организацией лечебного питания и анализ эффективности диетотерапии при различных заболеваниях.

Организация лечебного питания в ЛПУ
является неотъемлемой частью
лечебного процесса и входит в число
основных лечебных мероприятий.

Номенклатура постоянно действующих диет в каждом ЛПУ устанавливается в соответствии с его профилем и утверждается на совете по лечебному питанию. Во всех ЛПУ устанавливается как минимум 4-х разовый режим питания, по показаниям в некоторых отделениях или для отдельных категорий больных (язвенная болезнь 12-ой кишки, болезнь оперированного желудка, сахарный диабет и др.) применяется более частое питание. Режим питания утверждается на совете по лечебному питанию.

Рекомендуемые средне суточные наборы
продуктов (утверждаются

Минздравсоцразвития России) является
основной при составлении лечебных диет
(свободных 7 –дневных меню) в ЛПУ. При
отсутствии полного набора продуктов на
пище блоке, предусмотренного сводным
семидневным меню, возможно замена
одного продукта другим (в соответствии с
установленными нормами
взаимозаменяемости продуктов) при
сохранении химического состава и
энергетической ценности используемых
лечебных рационов.

Контроль правильности проводимой диетотерапии должен осуществляться путем проверки соответствия получаемых больными диет (по набору продуктов и блюд, технологии приготовления, химическому составу и энергетической ценности) рекомендуемым характеристикам применяемых диет и ревизией равномерного использования ассигнований по кварталам года.

Общее руководство диет питанием в ЛПУ осуществляет главный врач, а в его отсутствии - заместитель по лечебной части. Ответственным за организацию лечебного питания является врач диетолог. В тех случаях, когда должность врача диетолога в ЛПУ отсутствует, ответственным за эту работу является диетсестра.

На пищеблоке ЛПУ контроль над соблюдением технологии приготовления и выходом готовых диетических блюд осуществляет заведующий производством (шеф-повар, старший повар), контроль над качеством диетических блюд- врач- диетолог (диетсестра) и дежурный врач, разрешающий выдачу готовой пищи в отделения.

Результаты пробы пищи записываются дежурным врачом в журнале готовой пищи. На каждое блюдо, приготовленное в ЛПУ, имеется утвержденная карточка-раскладка в двух экземплярах: один экземпляр сохраняется у бухгалтера, второй – у диетсестры (на обороте карточки описывается технология приготовления блюда).

Во всех ЛПУ проводятся круглогодичная С-витаминация готовой пищи из расчета 80 мг аскорбиновой кислоты на одного взрослого пациента (100 мг для беременных и 120 мг для кормящих). С-витаминация осуществляется диетсестрой непосредственно перед раздачей готовых блюд (чаще всего третьих жидких блюд) путем внесения в них водного раствора витамина, приготовленного в расчетной концентрации.



Отбор готовых блюд для лабораторного анализа (определение химического состава и энергетической ценности с учетом потерь при холодной и термической обработке) осуществляется учреждениями, уполномоченными осуществлять россанэпиднадзор в плановом порядке в присутствии врача-диетолога (диетсестра).