

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«НИЖЕГОРОДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ
СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

ОТДЕЛЕНИЕ ПЕДИАТРИИ

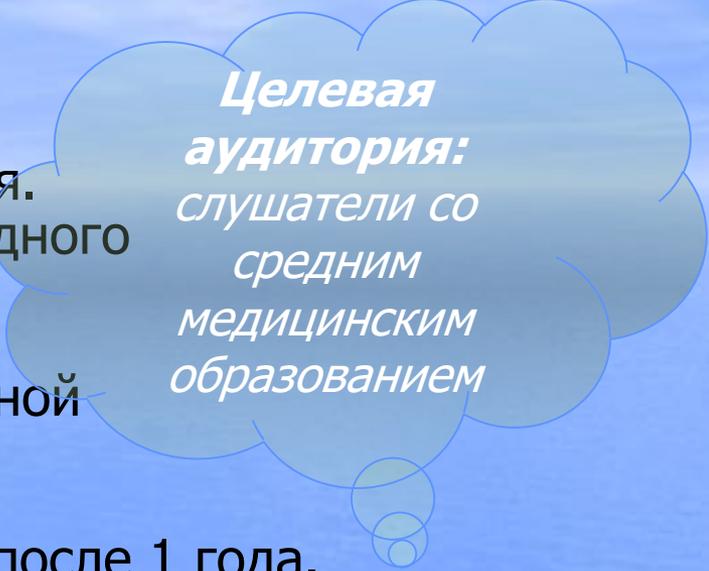


Преподаватель
к.м.н. Е.И.Мазина

Принципы рационального питания. Вскармливание грудного ребёнка. Питание детей старше года. Лечебное питание

План лекции

- Принципы рационального питания.
 - Преимущества и организация грудного вскармливания.
 - Смешанное и искусственное вскармливание. Проблема полноценной замены женского молока.
 - Введение прикорма.
 - Питание детей раннего возраста после 1 года.
- Национальная программа по оптимизации питания детей 1-3 лет, 2015.
- Рекомендации АНА по рациональному питанию детей старше 3 лет.
 - Лечебное питание. Этапы и принципы лечебного питания.
 - Организация больничного питания. Система стандартных диет.
 - Сестринская практика в области организации питания здорового и больного ребёнка.



Целевая аудитория: слушатели со средним медицинским образованием

ПРИНЦИПЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ. ВСКАРМЛИВАНИЕ ГРУДНОГО РЕБЁНКА. ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕ ГОДА. ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ

Информационные материалы

- Тульчинская В.Д., Соколова Н.Г., Шеховцова Н.М. Сестринское дело в педиатрии. Ростов-на-Дону, 2015.
- Ежова Н.В., Русакова Е.М., Кащеева Г.И. Педиатрия. Минск, 2014.
- Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста. Методические рекомендации для Европейского региона ВОЗ. 2003.
- Лукоянова О.Л., Боровик Т.Э. Нутритивная эпигенетика и эпигенетические эффекты грудного молока. Вопросы питания. 2015. – Том 84, № 5.
- Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в РФ. М., 2019
- Мачулина Л.Н., Галькевич Н.В. Гипогалактия – управляемая патология. Медицинская панорама. 2009. – №8 (104).
- Современные принципы и методы вскармливания детей первого года жизни. Методические указания №225. НИИ питания РАМН МЗРФ. 2015
- Национальная программа оптимизации питания детей в возрасте от 1 года до 3 лет в РФ. М., 2015.
- Мотыженкова О.В. и др. Естественное вскармливание. Учебное пособие. Оренбург, 2013.
- Конь И. Я., Абрамова Т. В. и др. Фрукты в питании детей раннего возраста. Лечащий врач. – 2008. – №2
- Приказ МЗ РФ N 330 от 5 августа 2003 г. «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях РФ»
- Организация лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях. Методические рекомендации. М., 2005.

Прогнозируемые результаты теоретического занятия



По окончании изучения темы слушатель должен быть способен:

- Дать характеристику рационального питания здоровых детей разного возраста.
- Изложить особенности диетического питания больных детей.
- Определить проблемы пациента, связанные с питанием.
- Спланировать сестринскую помощь по организации питания пациента.
- Оценить результативность и качество сестринских вмешательств.
- Документировать рабочий процесс в установленном порядке, целесообразно используя профессиональную терминологию.

Согласно материалам ВОЗ:

«Неправильное питание является прямой или косвенной причиной 60% случаев смерти детей до 5 лет из 10,9 млн. в год.

...Не всегда бывает возможно установить прямую причинно-следственную связь между питанием и смертностью. Тем не менее, во многих исследованиях была продемонстрирована определенная корреляция, и эта зависимость носит непрерывный характер. Таким образом, даже слабая или умеренная степень неполноценности питания несет в себе повышенный риск смертности».

Рациональное питание обеспечивает правильное физическое, психическое развитие, хорошую сопротивляемость инфекционным заболеваниям и воздействиям неблагоприятных факторов окружающей среды.

Принципы рационального питания детей всех возрастов

- 1) поступление достаточного количества питательных веществ, обеспечивающих потребности ребенка в энергии и основных компонентах (белках, жирах, углеводах, минералах и микроэлементах, витаминах);
- 2) принцип сбалансированного многокомпонентного питания;
- 3) соответствия количества и качества пищи физиологическим возможностям ребенка;
- 4) правильный режим питания;
- 5) принцип незаменимости грудного вскармливания на ранних этапах развития ребенка.



Питание ребёнка первого года жизни.

Терминология

- Естественное вскармливание (ВОЗ) – вскармливание посредством прикладывания к груди биологической матери.
- Исключительно грудное вскармливание – грудное вскармливание без докармливания другой едой или допаивания, в том числе и водой (за исключением лекарств или витаминов и минеральных добавок; допускается также сцеженное или донорское грудное молоко, в том числе обогащенное).
- Преимущественно грудное вскармливание – грудное вскармливание с допаиванием водой.
- Грудное вскармливание - исключительно грудное вскармливание, либо преимущественно грудное вскармливание.
- Смешанное вскармливание – кормление ребенка грудным молоком (в том числе материнским сцеженным или донорским) в любом сочетании с адаптированной молочной смесью.
- Искусственное вскармливание – кормление ребенка только детскими молочными смесями.



ПРЕИМУЩЕСТВА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

1. Соответствие потребностям детского организма:

Помимо питательных веществ, грудное молоко является источником: гормонов и различных факторов роста (эпидермального, инсулиноподобного и др.), которые играют важнейшую роль в регуляции аппетита, метаболизма, роста и дифференцировки тканей и органов ребенка;

Женское молоко **содержит бифидобактерии.**

2. Соответствие возможностям органов и систем (пищеварение, выделение).

3. Полное отсутствие антигенных свойств.

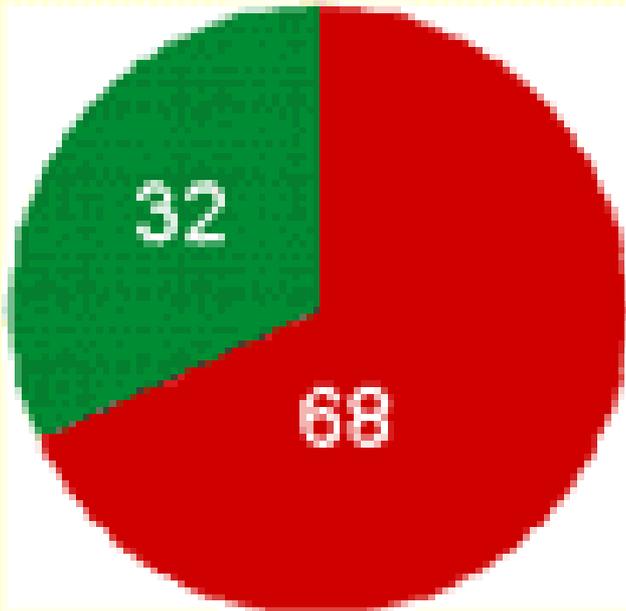
4. Женское молоко всегда теплое — оптимальное для приема малыша.

5. Материнское молоко имеет различные оттенки вкуса и аромата в зависимости от пищевых предпочтений матери.

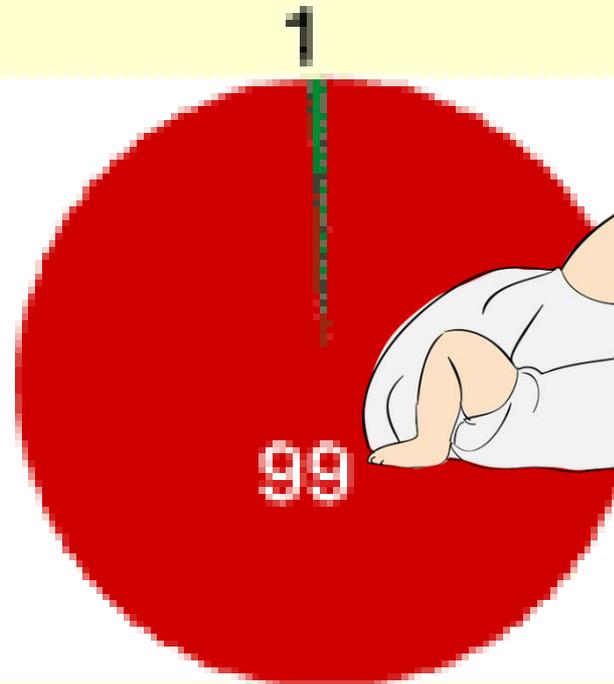
Дети, находящиеся на грудном вскармливании, при введении прикорма быстрее привыкают к новым вкусам и ароматам, так как они уже опосредованно с ними знакомы.



Значение грудного вскармливания для становления нормальной микрофлоры кишечника



Искусственное
вскармливание



Грудное
вскармливание

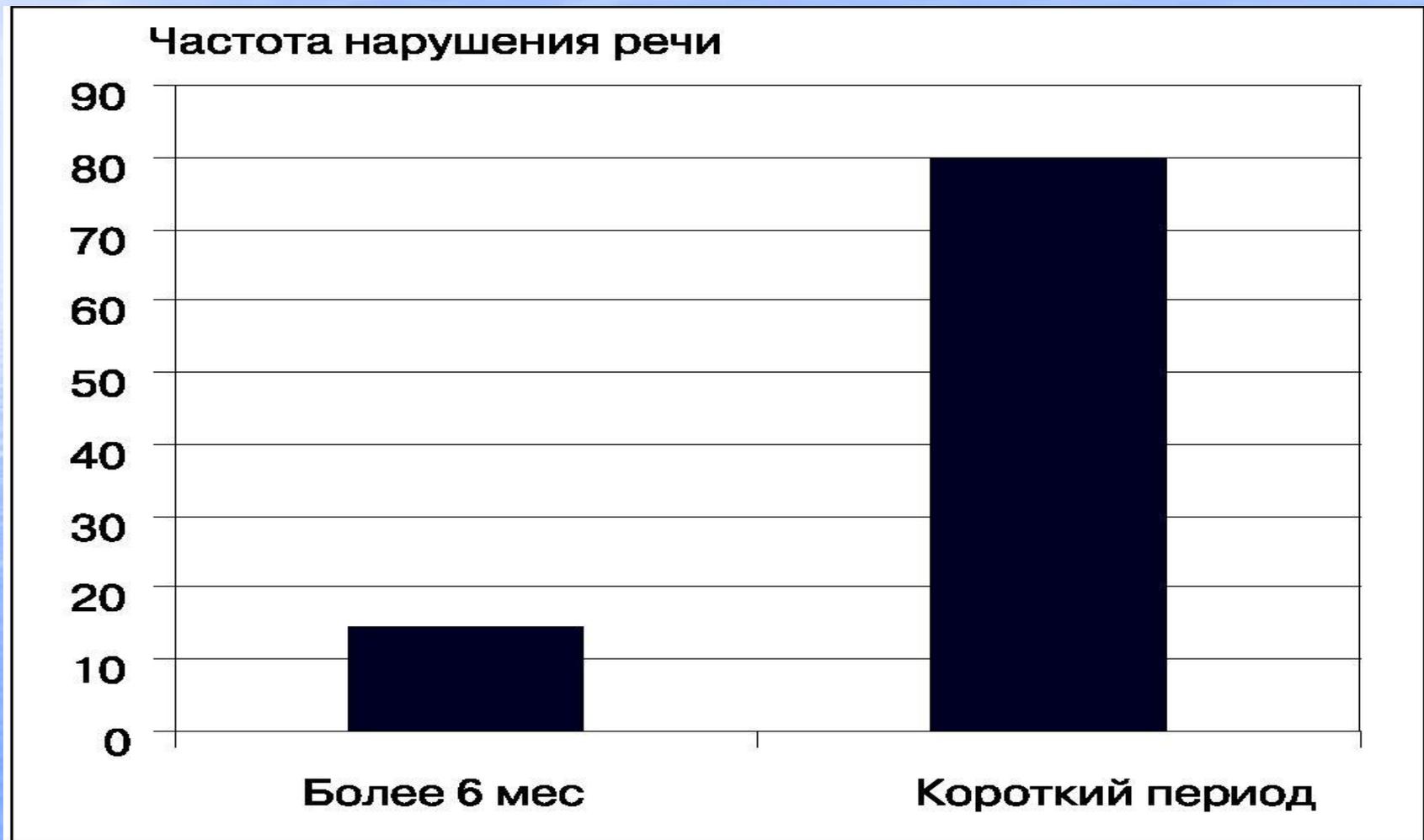
п Бифидобактерии

п Условно-патогенные бактерии



*Микрофлора
кишечника
детей в
зависимости от
характера
вскармливания*

Зависимость развития аппарата артикуляции звуков у детей от длительности грудного вскармливания



Превосходство психического развития детей, вскармливаемых грудью (A.Mendoza-Salonga, 2006):

Дети, вскармливаемых грудью, **в школьном возрасте** имеют:

- намного реже психические отклонения (Lanting et. al., 1999),
- лучшие школьные показатели (Rogan и Graden, 1993),
- лучшее развитие познавательных способностей до 8-ми летнего возраста (Lucas и соавт., 1992)
- лучшие показатели в остроте зрения до 3-хлетнего возраста (de Andraca, 1995).

Среди детей, рождённых до срока и с меньшим весом по сравнению с нормой, вскармливаемые грудью дети показали те же преимущества развития (Lucas et. al., 1992).

Снижение риска развития различных заболеваний у детей при грудном вскармливании, %

Неспецифический энтероколит	77
Инфекции нижних дыхательных путей	72–77
Гастроэнтериты	64
Инфекции верхних дыхательных путей	63
Целиакия	52
Отит	50
Сахарный диабет 1-го типа	50
Сахарный диабет 2-го типа	40
Синдром внезапной смерти	36
Атопический дерматит	27–42
Бронхиальная астма	26–40
Колит	31
Ожирение	24
Лейкемия	22

Влияние грудного вскармливания **на уровень артериального давления и холестерина у взрослых** значительно превышает влияние всех прочих мер профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Рекомендуемая продолжительность грудного вскармливания

В послеродовом периоде большинство детей, даже самых уязвимых, находясь на исключительно грудном вскармливании, растут и развиваются нормально.

ВОЗ рекомендует:

- находиться на исключительно грудном вскармливании с момента рождения и **до возраста примерно 6 месяцев**, но во всяком случае **в течение первых 4 месяцев жизни**.
- **ВОЗ рекомендует продолжать грудное вскармливание до 2 лет, а возможно и дольше.**



Установлено, что в **регионах с низким уровнем гигиены и высоким уровнем инфекций** продолжение грудного вскармливания **до 2 или 3 лет** защищает от инфекционных болезней и положительно ассоциируется с выживанием детей.

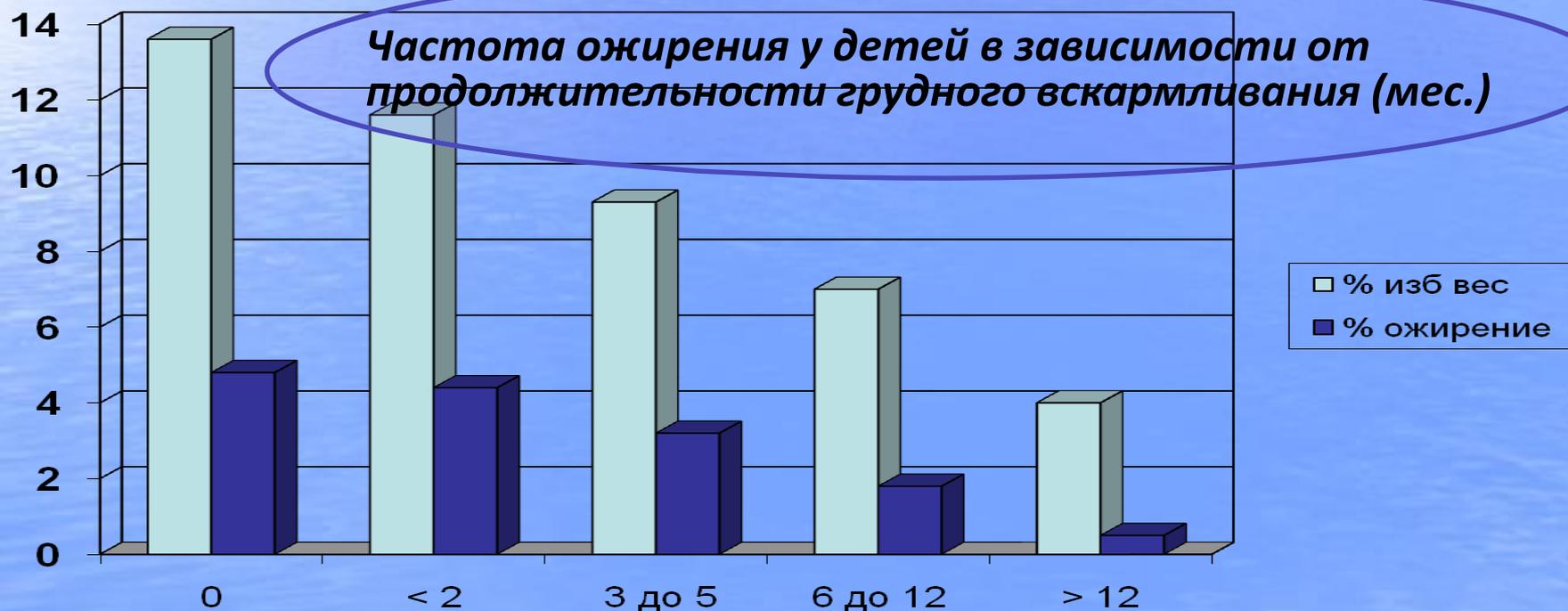
В промышленно **развитых странах** выгоды продолжительного грудного вскармливания менее очевидны.



Влияние продолжительности грудного вскармливания на риск развития патологии обмена веществ и эндокринной системы у матери и ребёнка

Для женщин перенёсших сахарный диабет беременных:

выявлено снижение частоты развития сахарного диабета в течение 2 лет на 36-57% у тех женщин, которые более интенсивно и дольше кормили грудью своих детей – в диапазоне от >2 месяцев до >10 месяцев /Annals of Internal Medicine, ноябрь 2015г./



Исследования, проведенные более чем в 50 зарубежных странах в разные годы показывали, что распространенность исключительно грудного вскармливания среди детей до 6 мес составляет не более 55% (Бреда Дж., 2016).*



Исследования, проведенные в нескольких городах России, выявили, что средняя длительность исключительно грудного вскармливания составила от 4 до 5,8 мес.

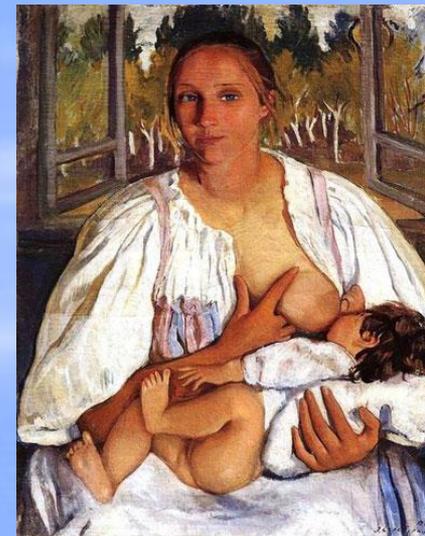
При этом до 3 мес. находились на исключительно грудном вскармливании 80-100%, до 6 мес – 20-80% со значительными региональными различиями.

Статистика продолжительности периода грудного вскармливания в России.

Доля детей, находящихся на грудном вскармливании
(данные Росстата, %)

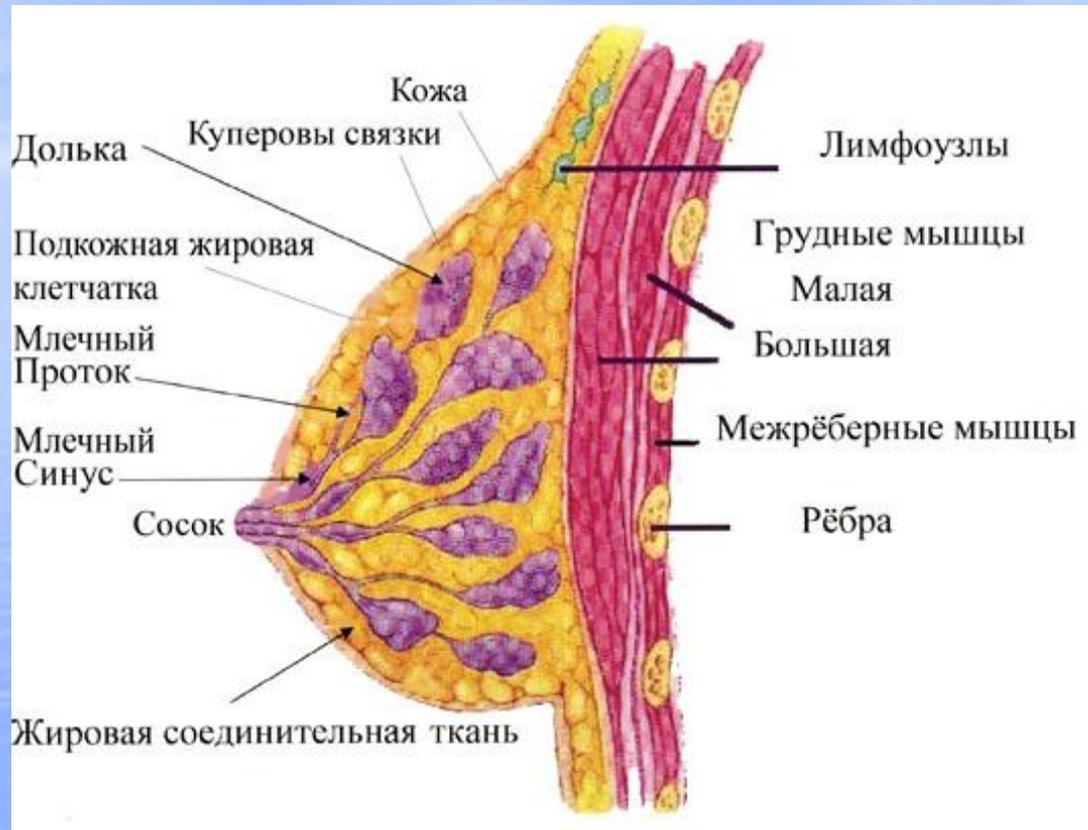
Год Возраст	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2014	2016	2017
от 3 мес. до 6 мес.	45,1	42,3	40,1	39,9	40,5	41,2	42,0	43,4	43.2
от 6 мес. до 1 года	32,5	29,5	35,9	40,4	40,7	40,6	41,1	41,2	40.4

Численность детей,
находившихся на грудном
вскармливании в Нижегородской
обл. (в % от числа детей,
достигших в отчетном году 1
года, данные Нижегородстата)



Возраст \ Год	2000	2005	2010	2012	2014	2015
от 3 месяцев до 6 месяцев:	38,5	44,8	48,4	50,0	55,4	52,5
от 6 месяцев до 1 года	19,2	19,8	27,3	27,1	28,0	27,3

Физиология лактации



Строение молочной железы: 12-20 долей = отдельных желёз с выводными протоками, которые объединяются в синусы, где скапливается молоко.

Непостоянство лактации

По объёму

По составу

В течение
периода
лактации

В течение
одного
кормления

В течение
периода
лактации
(молозиво,
переходное и
зрелое
молоко)



Переменчивость состава грудного молока

1. В конце беременности и в первые дни после рождения ребенка из грудных желез выделяется **молозиво** (содержание белка в молозиве почти в три раза выше, а жира – ниже, чем в зрелом молоке).

Молоко, которое получает ребёнок с 4-5 дня жизни, называется переходным, а со 2-3 недели — зрелым.

2. Молоко, которое выделяется в течение одного кормления, делится на:

- раннее — в начале кормления:
 - его выделяется много,
 - имеет голубоватый оттенок,
 - содержит **много белка, лактозы,**
 - с ним ребенок получает необходимое количество воды;
- позднее — в конце кормления:
 - по сравнению с ранним молоком имеет более белый цвет;
 - оно обогащено **жирами.**



Физиологические колебания объёма лактации в течение периода кормления грудью

Лактационный криз – на 2-м месяце малыша возникает временное уменьшение количества молока.

Мероприятия, применяемые при лактационных кризах:

- воздействие на психологический настрой матери, ориентация всех членов семьи на поддержку грудного вскармливания;
- более частые прикладывания к груди – кормление по свободному режиму без ночного перерыва;
- кормить ребенка из обеих грудей (опорожнить первую, далее кормить второй, в следующее кормление начинать с той груди, которой кормили последний раз);
- урегулирование режима и питания матери (включая оптимальный питьевой режим за счет дополнительного использования не менее 1 литра жидкости в виде чая, компотов, соков);
- контрастный душ на область молочных желёз, мягкое растирание груди махровым полотенцем, точечный массаж, гомеопрепараты;
- тёплое питьё напитков особенно с использованием лактогонных трав за 15-20 мин до кормления
- методы комплементарной медицины.

Питание кормящей матери

В период лактации женщина, как правило, **не нуждается в какой-либо специальной диете.**

Питание кормящей матери должно удовлетворять ее физиологические потребности в пищевых веществах и энергии, а также возрастные потребности ребенка первых месяцев жизни.

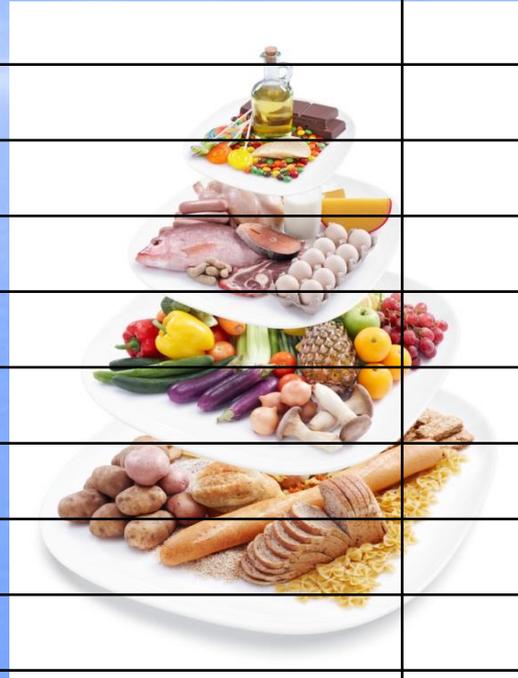


Кормящей женщине **не следует злоупотреблять** сладостями, кондитерскими и макаронными изделиями, цитрусовыми и другими высокоаллергенными фруктами, а также кофе и какао.

Необходимо **исключить продукты, содержащие консерванты, красители и искусственные ароматизаторы.**

Основные продукты в рационе кормящей матери

Продукты	г
Хлеб	250
Масло (сливоч. и растит.)	35
Крупы, макаронные изделия	70
Картофель	200
Овощи	500
Фрукты	300
Соки	150
Фрукты сухие	20
Сахар	60
Кондитерские изделия	20
Мясо, птица	170
Рыба	70
Молоко, кисломолочные продукты 2,5% жирности	600
Творог 9% жирности	50
Сметана 10% жирности	15

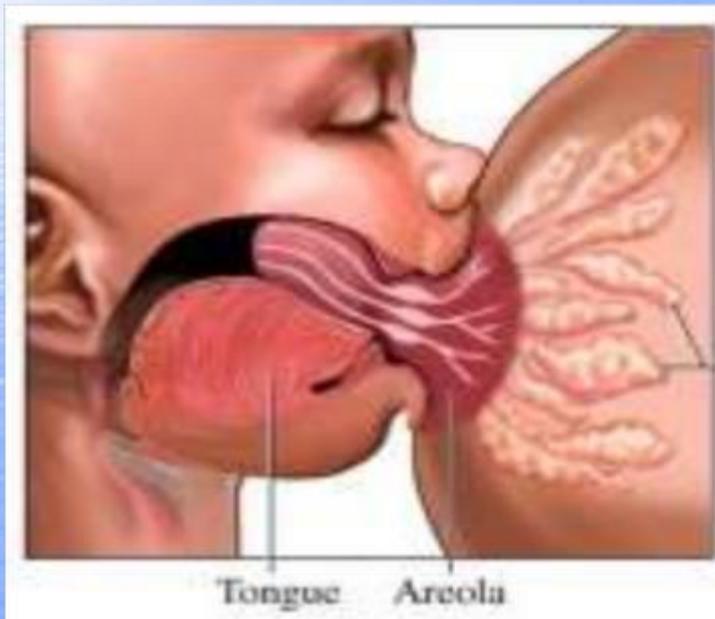


Рекомендации по грудному вскармливанию

- Техника прикладывания к груди: малыш должен хорошо захватить ртом не только сосок, но и большую часть ареолы, плотно прижавшись к груди подбородком.

Рот при этом должен быть хорошо открыт, а нижняя губа

- При каждом кормлении ребенок прикладывается только к одной молочной железе. **Железы чередуются.**



Рекомендации по грудному вскармливанию

- **Длительность прикладывания к груди** здорового ребенка в первые дни **не должна ограничиваться**, даже когда он практически ничего не высасывает, а дремлет у груди
- Для поддержания лактации **особенно значимы ночные кормления**, так как ночью уровень пролактина более высокий.
- Традиционно рекомендуется после кормления на **1-2 месяце жизни сцеживать из груди** оставшееся молоко (задержка молока в железе тормозит лактацию). В дальнейшем, как правило, стабилизируется образование нужного количества грудного молока, и сцеживание не проводится.
- Грудь желательно сцеживать не менее 5 и не более 20-30 мин, пока молоко течет струей.



Методика ручного сцеживания грудного молока (ВОЗ, 2005)

Мать должна:

- иметь чистую (вымытую, прокипяченную или ополоснутую кипяченой водой и высушенную) чашку или другую емкость для того, чтобы собирать и хранить молоко;
- тщательно вымыть руки;
- сидеть или стоять удобно, держа емкость под грудью;
- поддерживать грудь снизу четырьмя пальцами, а большой палец положить выше ареолы;
- сжимать ареолу между большим пальцем и другими пальцами, одновременно прижимая грудь назад к грудной клетке;
- сцеживать поочередно каждую грудь в течение не менее 4-х минут, пока не прекратится выделение молока (обе груди полностью сцежены).

Если молоко хорошо не течет:

- убедитесь, что мать правильно сцеживает;
- посоветуйте матери наложить теплый компресс на груди;
- попросите кого-то помассировать спину и шею матери.



Сцеживание грудного молока с помощью молокоотсосов

Молокоотсос – устройство, предназначенное для сцеживании грудного молока посредством создания вакуума.

По механизму работы молокоотсосы делятся на 2 вида:

- механический (ручной);
- электрический (работает в автоматическом режиме с использованием источника питания: батарейки, электросеть).

Вид	Плюсы	Минусы
Ручной (Механический)	Низкая стоимость	Требует приложения определенных физических усилий
	Простая эксплуатация	Долго сцеживает
Электрический	Комфортность применения	Высокая цена
	Быстрый результат	Быстрее выходит из строя
	Регулируемая скорость	Привязка к источнику питания

Методика сцеживания грудного молока с помощью молокоотсоса

- Перед первым применением обязательна предварительная обработка деталей аппарата согласно инструкции.
- Кормящей женщине при процедуре сцеживания нужно расслабиться и принять удобное положение.
- Воронку молокоотсоса прикладывают к груди в области ареолы так, чтобы сосок был в центре воронки.
- Далее молокоотсос приводят в действие ручным или электрическим способом.
- После сцеживания прибор нужно разобрать и промыть.



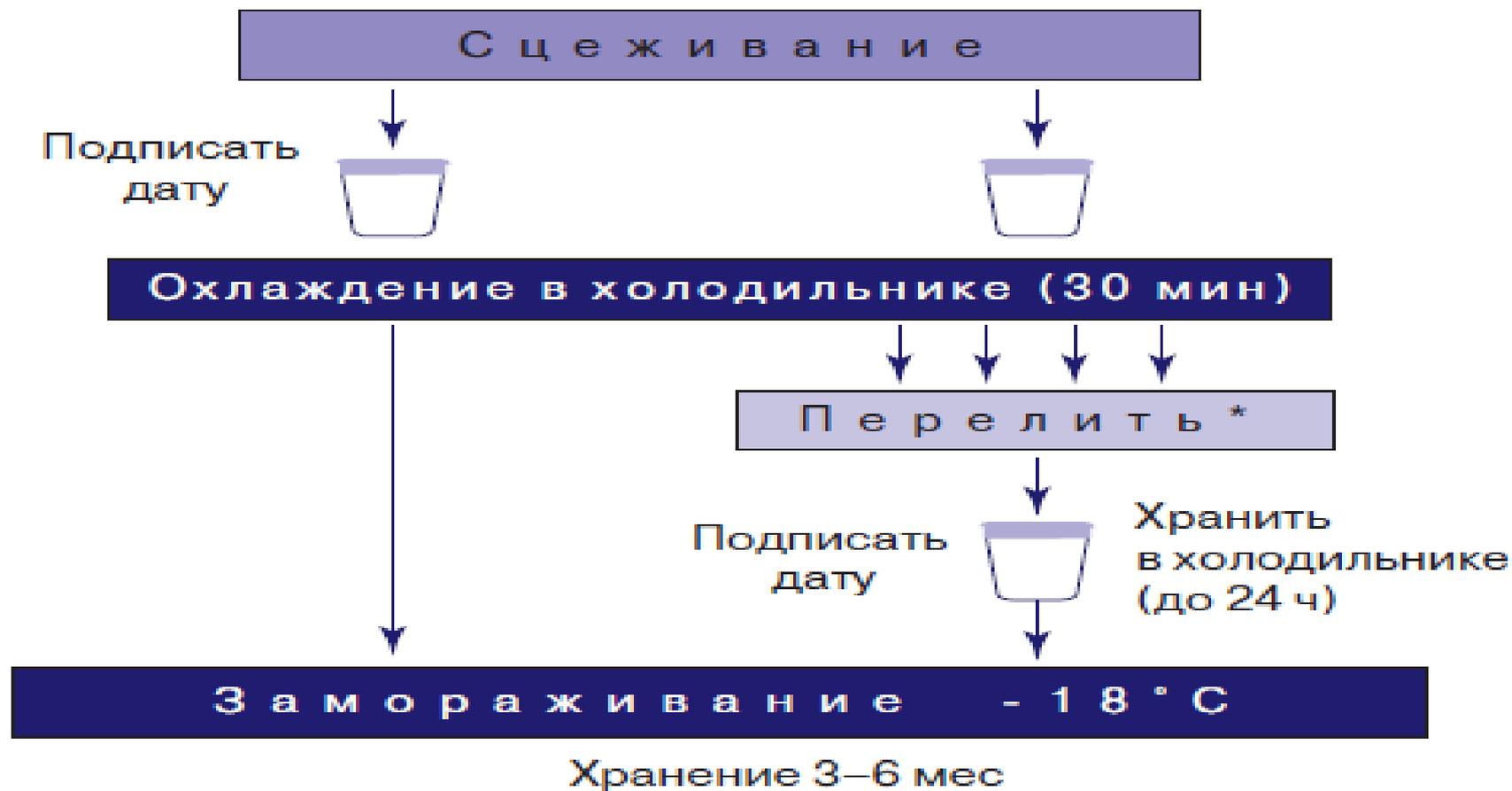
Использование сцеженного грудного молока (ВОЗ, 2005)

- Если сцеженное грудное молоко не будет использоваться немедленно, прикрепите к емкости ярлык, положите молоко в холодильник и используйте его в течение 24 часов.
 - Молоко можно заморозить (если имеются надежные условия для его хранения в замороженном виде) при температуре -20°C и использовать в течение 6 месяцев (но не более).
 - Если не имеются холодильник или морозилка, держите посуду с молоком накрытой в комнатной температуре до 6 часов;
 - Убедитесь в том, что молоко согрето до комнатной температуры, перед тем как давать его ребенку.
 - Согревая замороженное или охлажденное молоко, поместите посуду в емкость, наполненную теплой водой (около 40°C), но старайтесь не перегреть молоко;
 - Используйте согретое молоко незамедлительно.

Специалисты отмечают отсутствие неблагоприятных изменений в биологической ценности грудного молока при его быстром замораживании в специальных контейнерах и хранении при $18-20^{\circ}\text{C}$ в течение 3-6 мес (а по некоторым данным, и в течение 9 мес.)

Микробиологические исследования после размораживания молока не обнаруживают увеличения его микробной обсемененности.

Алгоритм создания индивидуального банка грудного молока (О.Л. Лукоянова и соавт., 2014)



Примечание. * — возможно доливание малых порций сцеженного грудного молока (предварительно охлажденных) несколько раз за сутки к порции уже сцеженного молока, хранящегося в холодильнике.

Размороженное грудное молоко:

- не требует пастеризации;
- не подлежит повторному замораживанию;
- необходимо хранить в холодильнике (4–6°C) и использовать в течение 24 ч;
- при кормлении глубоконедоношенного ребенка требует дополнительного введения обогатителей грудного молока.



РАСЧЁТ ОБЪЁМОВ ПИТАНИЯ. РАСЧЁТ ДЛЯ НОВОРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА

1. Формула Зайцевой (отечественный педиатр XX века) применяется до 8 дня жизни:

$V = 2\%$ массы тела при рождении $\times n$, где:

V – суточный объём питания; n – возраст в днях.

Пример: масса тела ребенка при рождении 3500 г, ему 6 дней.

$V = (2\% \text{ от } 3500) \times 6 = 70 \times 6 = 420\text{мл}$ — это суточный объём пищи,

на одно кормление необходимо — $420: 7 = 60\text{мл}$ молока.

2. Объем молока на одно кормление в среднем = $10 \times n$ (обозначение прежнее).

Пример: малышу 2 дня, за одно кормление он должен принять $10 \times 2 = 20\text{мл}$ молока.



РАСЧЁТ СУТОЧНЫХ ОБЪЁМОВ ПИТАНИЯ ДЛЯ ГРУДНОГО РЕБЁНКА

Объемный метод Гейбнера и Черни

Объемный метод расчета суточного объема пищи ребенку грудного возраста

Возраст ребенка	Необходимый объем пищи - часть от массы тела	Примечание
7-10 дней - 2 месяца	$1/5$	Общий объем пищи не должен превышать 1 литр
2-4 месяца	$1/6$	
4-6 месяцев	$1/7$	
6-12 месяцев	$1/8$	

Режим кормления ребенка

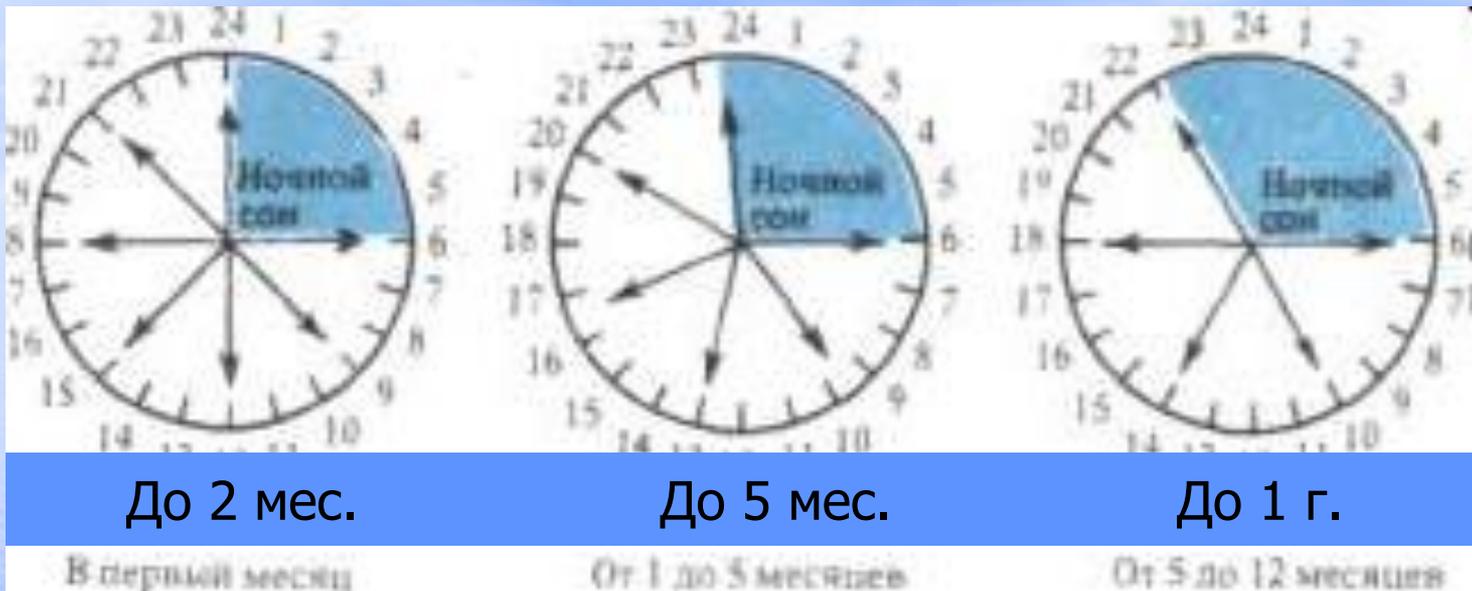
1. Режим «свободного вскармливания»:

на первых месяцах жизни ребенка считается наиболее рациональным, когда малыш сосет грудь так часто и так долго, сколько он хочет.

Число кормлений может быть 8-12 раз на протяжении суток (до 18 раз в сутки).



2. По часам



В течение 2-3 месяцев ребенок обычно получает пищу через 3 часа, т.е. кормится 7 раз в сутки.

На третьем месяце жизни малыш начинает получать грудное молоко через 3,5 часа, т.е. 6 раз в сутки.

С 5-месячного возраста интервал между кормлениями увеличивается до 4 часов и ребенок принимает пищу 5 раз в сутки.

Этот режим сохраняется до конца 1 года жизни.

ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ГРУДНЫМ ВСКАРМЛИВАНИЕМ

Лактостаз у кормящей матери.

На ограниченном участке груди появляется болезненная припухлость. При этом самочувствие женщины обычно не ухудшается, температура тела не повышена.

Молоко из части груди не удаляется из-за непроходимости млечного протока. Часто это связано с ношением тесной одежды.

Тактика лечения:

- более частое прикладывание к груди,
- ношение бюстгалтера большего размера, одежда должна быть свободной, комфортной и хлопчато-бумажной. На ночь, если молоко не подтекает, бюстгалтер лучше снимать.
- правильно кормить ребенка из груди, используя различные положения ребенка (мать может сидеть, лежать, держать ребенка под мышкой, прямо перед собой, чтобы молоко текло из всех сегментов груди).
- осторожно массировать припухлость по направлению к соску.

Чувствительность и трещины соска

Причины болезненности и трещин сосков:

- неправильное сосание, обусловленное некорректным положением ребенка у груди.

При кормлении необходимо **менять положение ребенка**, чтобы изменить силу давления сосания на разные участки соска.



- недостаточное сосание, в результате которого голодный ребенок сосет более рьяно и, возможно, неправильно.

В этом случае не нужно ограничивать продолжительность кормления. Лучше кормить ребенка чаще, предотвращая тем самым как чрезмерно интенсивное сосание, так и застой молока в груди.

- неправильное отнятие малыша от груди по окончании кормления.

Чтобы отнять ребенка от груди, можно рекомендовать мамам осторожно вставить свой палец в уголок рта младенца, между двумя деснами, разжимая их так, чтобы сосок сам «вышел» из его ротика.

Лечение и профилактика трещин сосков

- Посоветовать матери мыть грудные железы один раз в день, не пользоваться при этом мылом, т.к. это снижает естественную бактерицидность кожи;
- Следить, чтобы соски всегда были сухими: после кормления вытереть молочную железу чистой тонкой пеленкой.
- При частом кормлении после каждого кормления смазать сосок и ареолу каплями «позднего» молока и дать им высохнуть на воздухе
В молоке содержатся вещества, способствующие заживлению трещин, обмывать соски водой после кормления не обязательно.
- Воздушные ванны для сосков как можно чаще, между кормлениями. Держать соски на открытом воздухе столько, сколько можно, по крайней мере ночью.
- С осторожностью пользоваться кремами и аэрозолями, т.к. они могут вызвать аллергический дерматит и повлиять на аппетит ребёнка.
- Каждое последующее кормление начинать с груди, на которой нет трещин.
- Смазывание трещин различными мазями не используются, т.к. посторонний запах может отпугнуть ребенка, и он полностью откажется от груди. В крайнем случае можно использовать кремы или мази, не имеющие запаха и не требующие их смывания перед кормлением (пурелан, бепантен).

Если трещина не заживает в течение 2 – 7 дней можно:

- не прикладывать ребенка к этой груди 1-3 дня, но сцеживать из нее. Ребенок получает одну здоровую грудь. При необходимости его можно докормить молоком, сцеженным из больной груди.
- рекомендовать накладки на соски из тонкого силикона (они не ощущаются на коже). Форма «бабочки» позволяет подбородку и носику малыша соприкоснуться с кожей материнской груди, что обеспечивает ему психологический комфорт.



ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ГРУДНЫМ ВСКАРМЛИВАНИЕМ

Табакокурение у кормящей матери.

Учитывая негативное воздействие табачного дыма, смолы и никотина на организм ребенка и на лактацию, курящей женщине в период лактации рекомендуется отказаться от курения. При невозможности – курение после кормления.



Допаивание детей, находящихся на грудном вскармливании.

Дети находящиеся на исключительно грудном вскармливании не нуждаются в допаивании до 6-месячного возраста.

Практика отечественных педиатров показывает, что они иногда нуждаются в жидкости.

- при повышенной температуре окружающей среды, пониженной влажности
- при укутывании ребенка, повышении температуры тела;
- при некоторых особенностях рациона кормящей женщины.

В этих ситуациях ребенку предлагается вода из ложки, и, если он начал охотно пить, значит дитя нуждается в ней.

Функциональные нарушения пищеварения у новорожденных и детей первого года жизни

Проблема срыгиваний

Наиболее частые причины срыгивания (регургитации) без органических изменений со стороны ЖКТ у детей первого года жизни:

- быстрое сосание, аэрофагия,
- перекорм, нарушение режима кормления,
- неадекватный подбор смесей.



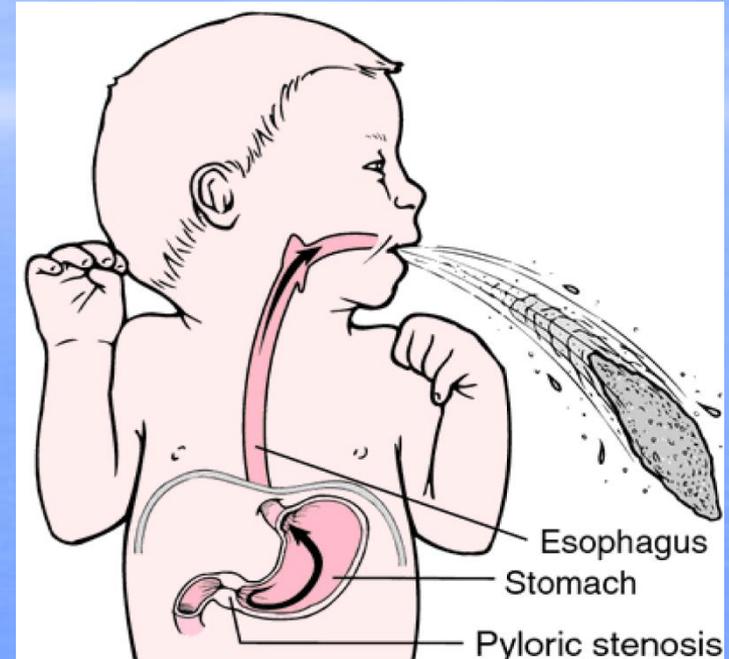
Профилактика срыгивания

- Тщательное соблюдение техники вскармливания во избежание аэрофагии.
- После кормления ребенку следует придать вертикальное положение на 15-20 минут для того, чтобы он срыгнул воздух, также можно рекомендовать приподнятый головной конец кровати.
- Избегать перекорма у активно сосущих детей. Если при повторных контрольных вскармливаниях выясняется, что ребенок высасывает гораздо больше нормы, ему можно ограничить время кормления и делать перерывы для отдыха при жадном сосании.
- У детей, имеющих органическую причину срыгиваний, требуется установить ее и лечить.



Органические причины срыгивания

- врожденные пороки развития ЖКТ (дивертикулы пищевода, пилоростеноз, незавершенный поворот кишечника и др.),
- натальная травма шейного отдела позвоночника,
- эзофагит, гастродуоденит.



Проблема функциональных кишечных колик у новорожденных и детей первого года жизни

Отмечаются более чем у 70% детей.

В подавляющем большинстве случаев колики – не симптом патологии, а проявление адаптации желудочно-кишечного тракта ребёнка к новым условиям.

"Правило трех":

- колики начинаются к трем неделям жизни;
- продолжаются около трех часов в день;
- встречаются преимущественно у детей первых трех месяцев жизни.

Клиника приступа

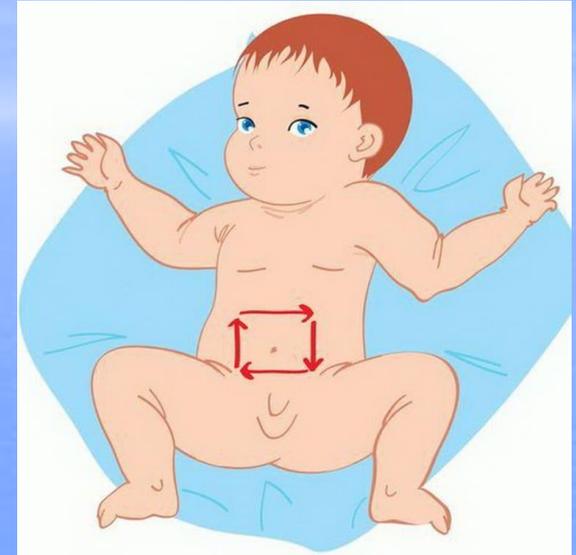
На фоне кормления или вскоре после него ребёнок начинает поджимать ножки к животу, проявлять беспокойство, затем резко краснеет и начинает кричать.

Продолжительность приступа может быть достаточно долгой.

Лечение функциональных кишечных колик. Снятие остроты боли в момент колики.

Используются последовательно (каждое последующее действие при отсутствии эффекта от предыдущего):

- тепло и массаж,
- изменение положения и постукивание по спинке,
- механические средства - газоотводная трубка или клизма.



Профилактика функциональных кишечных колик



- выкладывание на живот;
- питьё воды;
- фоновое использование препаратов мягкого ветрогонного и спазмолитического действия на основе растительного сырья:
 - укропная вода,
 - плантекс (чай, содержащий плоды фенхеля, его эфирные масла и лактозу – по 1 пакету в сутки);

- использование препаратов симетикона (синонимы: диметикон, дисфлатил, эспумизан, боботик).



Запоры у грудных детей

- Независимо от характера вскармливания, детям с запорами следует предлагать **детскую воду в объеме одного кормления.**
- Возможно курсовое использование **минеральной воды** (предварительно дегазированной), особенно богатой магнием из расчета **3-5 мл на 1 кг** массы тела в сутки. **Однако разведение детских смесей минеральной водой недопустимо.**
- Важно обеспечить ребенку регулярную безболезненную дефекацию, поэтому при отсутствии эффекта от проводимой диетологической коррекции ее необходимо сочетать с патогенетической терапией:
 - оральной (препараты лактулозы с рождения, полиэтиленгликоля с 6 мес.)
 - ректальной (очистительные или микроклизмы с рождения, глицериновые свечи с 3 мес.).



Смешанное и искусственное вскармливание

Противопоказания к естественному вскармливанию со стороны матери*



Абсолютные противопоказания

- ВИЧ-инфекция,
- острые психические расстройства у женщин,
- особо опасные инфекции (тиф, холера и др.),
- открытая форма туберкулеза,
- носительство Т-лимфотропного вируса (вызывает у людей злокачественные новообразования), поскольку один из основных путей его передачи - через грудное молоко.

Возможные противопоказания

- эклампсия,
- обильное кровотечение во время родов и послеродовом периоде,
- выраженная декомпенсация при хронических заболеваниях сердца, легких, почек, печени,
- тяжелое состояние женщины при инфекционных заболеваниях.

Также **не прикладывается к груди** ребенок матери из группы высокого риска, **не прошедшей 3-х кратного дородового тестирования на ВИЧ, до момента получения отрицательного результата в родильном доме.**

Причины отказа от грудного вскармливания по результатам опроса матерей (Краснов М.В. и соавт., 2018)

Причина	все обследованные (n=200)
	Гипогалактия
Решение матери	29
Работа/учеба матери	9
Причина не указана	9
Новая беременность	5
Болезнь матери	3
Рекомендации врача	3
Отказ ребенка	2

Перевод ребенка на искусственное вскармливание, особенно в первые месяцы жизни является для него своеобразным **«метаболическим стрессом»**.

Гипогалактия.

Признаки недостатка молока у матери:

- отсутствие молока в молочной железе после кормления;
- беспокойство ребенка после кормления;
- недостаточная прибавка массы тела: прибавка в массе менее 500 г;
- **урежение у младенца мочеиспусканий** – верный признак недостатка молока у ребенка в первые месяцы жизни;
- неудовлетворительные результаты контрольных кормлений.



Алгоритм выполнения контрольного кормления

- Надеть на ребенка подгузник и запеленать малыша.
- Подготовить мать к кормлению грудью.
- Обработать весы дезинфицирующим раствором и подготовить их к работе.
- Взвесить ребенка и зафиксировать полученную массу.
- Передать ребенка матери для кормления грудью.
- Повторно взвесить ребенка (не меняя пеленок в случае мочеиспускания и дефекации) и зафиксировать результат.
- Определить разницу полученных данных (при взвешивании ребенка до и после кормления).
- Передать ребенка маме или положить в кроватку.
- Рассчитать необходимое ребенку количество молока на одно кормление.
- Оценить соответствие высосанного молока ребенком должному количеству.



Классификация гипогалактии по тяжести

- гипогалактия I степени – дефицит количества женского молока по отношению к потребности ребенка составляет менее 25%;
- гипогалактия II степени – 25-50%
- гипогалактия III степени – 50-75%
- гипогалактия IV степени – более 75%.



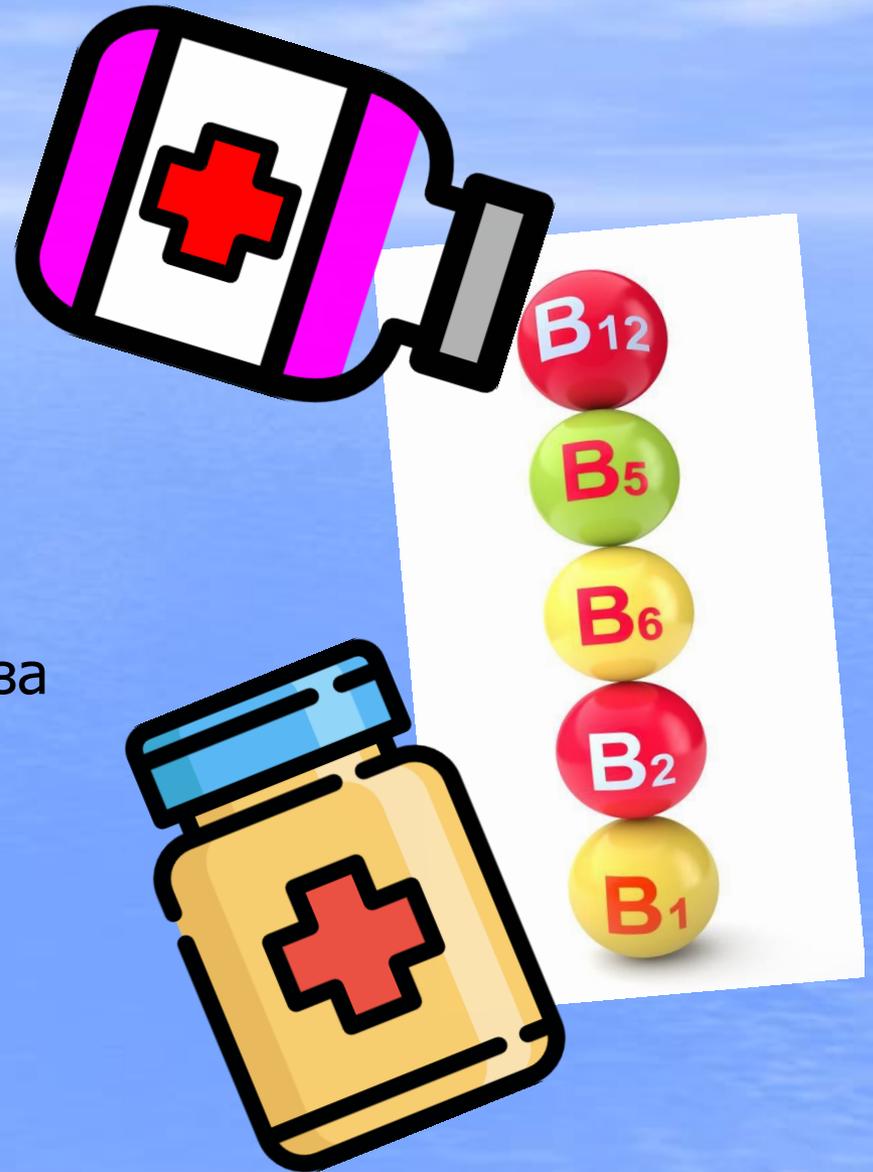
Лечение гипогалактии

- частое прикладывание к груди, правильное питание матери, чай с молоком, точечный массаж, фитотерапия;
- **горячие влажные обертывания грудных желез** на 15 минут (махровой тканью, предварительно смоченной в горячей воде и приложенной на грудь) перед кормлением грудью;
- **душево-массажная процедура в течение 10 минут по 2 раза для каждой груди:** после кормления ребенка молочную железу обмывают горячим душем и одновременно проводят **массаж железы** от центра к периферии и сверху вниз;
- **ультрафиолетовое облучение** грудных желез с расстояния 70-80 см с 0,25 биодозы в течение 10 дн.;
- ЭП УВЧ на область молочных желез (по 10 мин. в течение 10 дн.);
- витаминотерапия;
- введение в рацион кормящей женщины **специальных адаптированных смесей** для стимуляции лактации;
- методы комплементарной медицины;
- лекарственные препараты, стимулирующие синтез эндогенного пролактина: метоклопрамид и сульпирид – 3 раза/сут. за 20 минут до кормления.



Витаминотерапия по рекомендации врача:

- Никотиновая кислота в течение 10-12 дней,
- Витамин Е;
- Продукты и БАДы, содержащие комплекс витаминов группы В:
 - Гендевит по 1 таблетке 3 раза (женщинам до 30 лет);
 - Ундевит по 1 таблетке 3 раза в день (старше 30 лет);
 - Пивные или пекарские дрожжи в виде дрожжевой пасты;
 - Гидролизат сухих пивных дрожжей.



Комплементарные методы профилактики и лечения гипогалактии.

Фитотерапия

Аир. Анис. Акация.

Боярышник (плоды).

Вербена (цветы). Водяной кресс.

Девясил. Донник. Дудник лесной. Душица.

Конопля. Крапива.

Лопух. Манжетка обыкновенная.

Одуванчик (корень и цветы). Осина (кора).

Пустырник. Рожь.

Салат. Софора японская.

Тмин. Тысячелистник.

Укроп (семя). Фенхель.

Хмель (соплодия).



Чай лактогонного действия

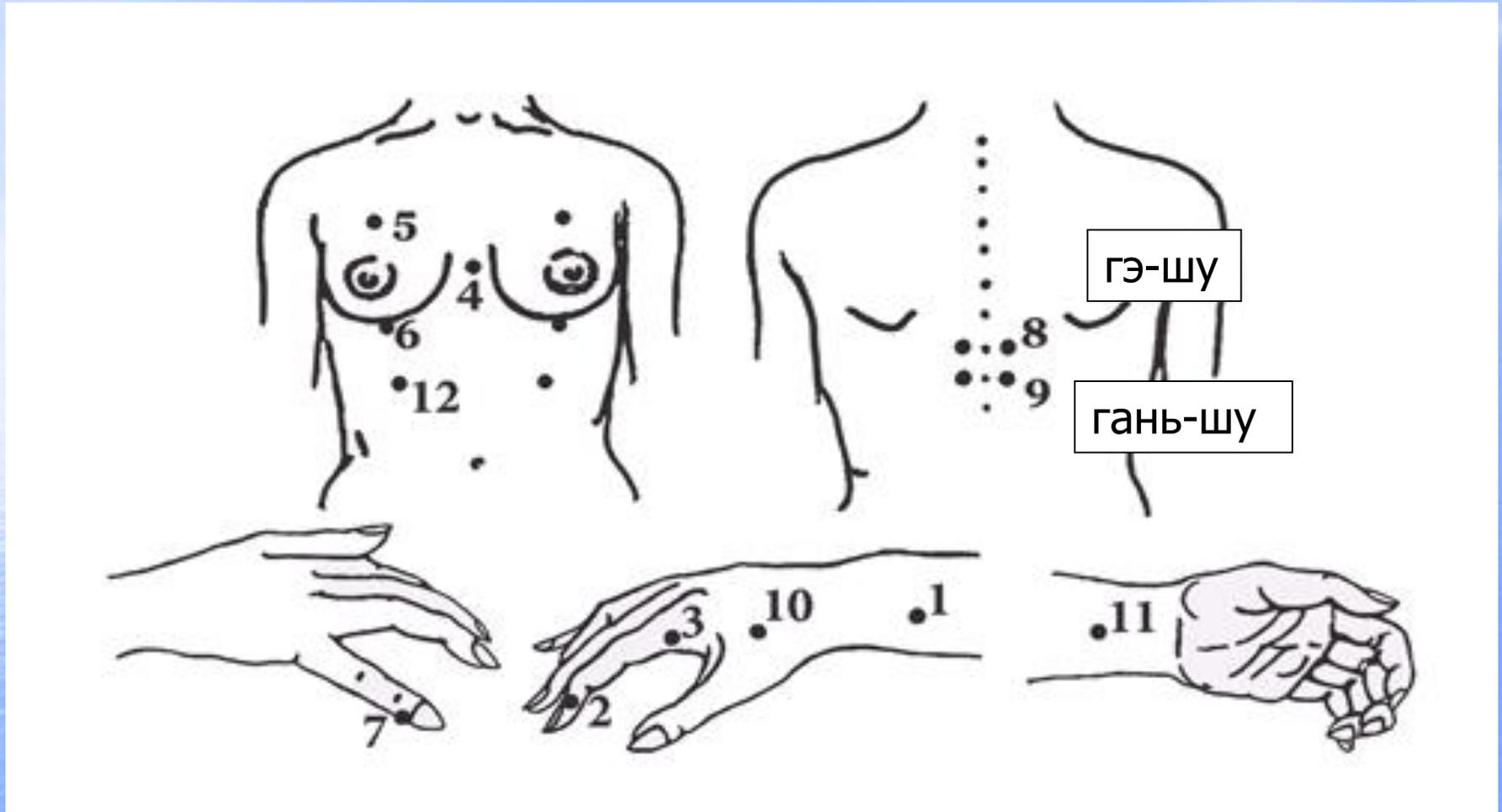


Продукты	Фирмы	Добавки
Травяные чаи для кормящих матерей	Тип Топ (Россия)	укроп, анис, крапива, Melissa, галега
	ХиПП (Австрия)	укроп, тмин, крапива, Melissa
	Даниа (Дания)	укроп, тмин, крапива, Melissa, галега
	Хумана (Германия)	фенхель, гибискус, галега, пажитник, вербена, ройбос
Чай с молоком		

Апитерапия: пчелиное маточное молочко

Гомеотерапия – описан эффект от использования гомеопатических средств: пульсатила-композитум, млекоин, хамамилла и др.

Точечный массаж при гипогалактии



На точки воздействуют приемом сильного надавливания с вибрацией 2-3 раза в день до появления достаточного количества молока. Сила давления на точку должна то увеличиваться, то уменьшаться. Время воздействия на точку $\leq 0,5-1$ мин.

Перевод на искусственное вскармливание при гипогалактии

В случае гипогалактии **перевод на искусственное вскармливание должен осуществляться по возможности постепенно и бережно**, так как ребенок при искусственном вскармливании лишается важных биологически активных факторов, содержащихся в грудном молоке.

В таких случаях в течение нескольких дней 2-3 раза проводят **контрольное кормление** (взвешивание ребенка до и после кормления).

При снижении лактации на 1-2 дня **не следует спешить вводить докорм сразу**, необходимо постараться устранить причины гипогалактии.



Проблема полноценной замены женского молока

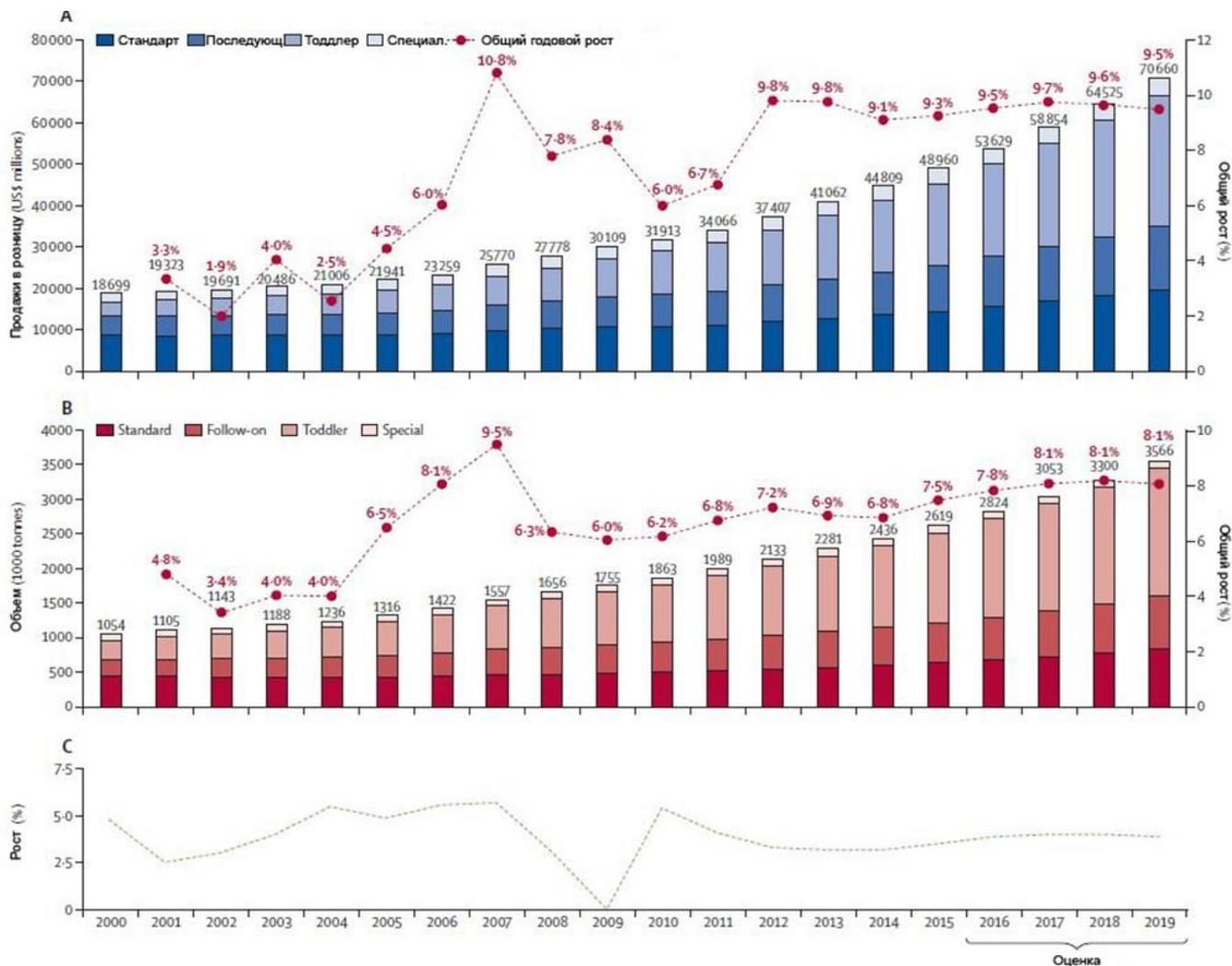
**Федеральный закон РФ от 12.06.2008 г.
№ 88-ФЗ «Технический регламент на
молоко и молочную продукцию»:**

«адаптированными молочными смесями называют пищевые продукты в жидкой или порошкообразной форме, изготовленные на основе коровьего молока, молока других сельскохозяйственных животных,

предназначенные для использования в качестве заменителей женского молока и максимально приближенные к нему по химическому составу с целью удовлетворения физиологических потребностей детей первого года жизни в пищевых веществах и энергии».

Адаптированные продукты создают на основе молока животных.

Рост производства заменителей грудного молока



Общий рынок детских смесей
- в денежном выражении (А),
- объеме (В)
- тенденции роста (С)
с 2000 по 2019 г.

Информация предоставлена
EuromonitorInternational (2015).

Основные требования при определении рецептуры молочных смесей, разработанные ВОЗ, Европейским научным обществом педиатров-гастроэнтерологов и нутрициологов

1. Адаптация белкового компонента смесей:

- снижение содержания белка;
- обогащение смеси сывороточными белками;
- добавление нуклеотидов;
- коррекция аминокислотного состава (добавление таурина).

2. Адаптация углеводного компонента (количество углеводов в коровьем молоке значительно ниже чем в женском):

- восполнение недостающего количества лактозы;
- добавление олигосахаридов.

Основные требования при определении рецептуры молочных смесей, разработанные ВОЗ, Европейским научным обществом педиатров-гастроэнтерологов и нутрициологов

3. Адаптация жирового компонента смеси:

- обогащение жирами растительного происхождения, являющимися источниками полиненасыщенных жирных кислот (омега-6 и омега-3).

4. Адаптация витаминного и макро- и микроэлементного состава смеси:

- обогащение витаминами;
- коррекция микроэлементного состава с добавлением эссенциальных микроэлементов (I, Zn, Fe, Cu, Se);
- оптимизация уровня Ca и P.



Заменители женского молока

Адаптированные

Частично
адаптированные:
«Малютка Плюс»,
«Малыш» (Россия),
«Аптамил»
(Германия) и др.

Неадаптированные

Каждая группа делится на пресные и кислые.
Выпускаются в сухом и жидком виде.

Неадаптированные молочные продукты

- Коровье молоко
- Кефир
- Детское коровье стерилизованное молоко «Агуша», «Тема»
- Детский кефир «Агуша».



Ранее их использовали для замены женского молока в питании детей первого года жизни.

Сейчас их рекомендуют только в качестве блюд прикорма с 8 мес. (рекомендации России) в количестве не более 200 мл, а по западным рекомендациям — не ранее 1 года жизни.

Недостатки коровьего молока и кефира

- Избыток белка с преобладанием казеиновой фракции.
- Несбалансированный аминокислотный состав.
- Содержание только молочных липидов (животного происхождения).
 - Нефизиологическое соотношение линолевой и α -линоленовой кислот.
 - Недостаточное содержание железа, цинка, меди.
 - Недостаточное содержание витаминов С, Е, А, D, К.
 - Высокое содержание кальция.
 - Отсутствие биологических факторов защиты.
 - Недостаточный бифидогенный эффект.
 - Высокая кислотность кефира.
 - **При применении у грудных детей в количестве 400 мл и более развиваются диапедезные кровотечения в слизистую оболочку кишечника.**

Детские адаптированные молочные смеси

```
graph TD; A[Детские адаптированные молочные смеси] --> B[По возрасту]; A --> C[По белковому компоненту]; A --> D[По наличию функциональных компонентов]; A --> E[По консистенции]; A --> F[По pH];
```

По возрасту

- начальные (от 0 до 6 мес.)
- последующие (от 6 мес. до 1 года)
- для детей от 0 до 12 мес.

По белковому компоненту

По наличию функциональных компонентов

- с добавлением
- без добавления

По pH

- кисломолочные
- пресные

По консистенции

- сухие
- жидкие

Отличия заменителей женского молока формулы 1 и 2 (начальных и последующих)

- Уровень белка в смесях формулы 2 выше по сравнению со смесями формулы 1, соотношение белковых фракций в пользу казеина.
- В углеводном составе кроме лактозы могут содержаться крахмал и сахароза, общее содержание углеводов выше.
- Количество минеральных веществ и витаминов увеличено до возрастных потребностей.
- Не все биологически активные и витаминоподобные вещества присутствуют в смесях формулы 2, в большинстве смесей отсутствуют таурин, инозитол, X-карнитин, нуклеотиды.
- Выше концентрация.
- Несколько выше энергетическая ценность.

	I группа: адаптированные ЗЖМ (альбуминдоминирующие)		II группа: последующие ЗЖМ. Формула 2 (5-6-12 мес)	Казеин- домини- рующие ЗЖМ	Частично- адаптированные ЗЖМ
	1a (0-5-6 мес). Формула 1 (начальные смеси)	1б (0-12 мес)			
Пресные	Нутрилон 1 NaN 1 Галия 1 Беби Семп 1 Хумана 1 Энфамил 1 Фрисолак 1 Хипп 1 Симилак фор- мула плюс 1 Нестожен 1 Агуша 1 Нутрилак (0-6) Малютка 1	Дамил Мдмил стандарт Беби Нутрилак 0-12 Микамилк Тёма	Нутрилон 2 NaN 2 Галия 2 Беби Семп 2 Хумана 2 Фольгемильх (с 4 мес) Хумана 3 Фольгемильх (с 8 мес) Энфамил 2 Фрисолак 2 Хипп 2 Симилак формула плюс 2 Нестожен 2 Агуша 2 Нутрилак (6-12) Малютка 2	Малютка 1 Плюс (до 6 мес)	Малютка 2 Плюс (с рисовой и гречневой мукой с 4 мес) Малютка 2 Плюс (с 5 мес с овсяной мукой)
Кислые	Агуша 1	NaN кисло- молочный Нутрилак КМ	Галия Лактофидус 2 Агуша 2	Галия Лактофидус 1	

Достоинства **сухих и жидких** смесей

Сухие продукты:

- дольше хранятся,
- обладают меньшим весом,
- экономичны.

Жидкие смеси:

- готовность к употреблению,
- использование в рецептуре чистой воды,
- соблюдение оптимальных пропорций.



Особенности **кисломолочных** адаптированных смесей

Достоинства

- частичное расщепление молочного белка облегчает его переваривание усвоение, несколько снижает антигенность белкового компонента;
- накопление бактерицидных веществ, молочной кислоты стимуляция иммунитета (повышение активности макрофагов, киллеров, лизоцима и др.);
- улучшение всасывание Ca, P, Fe в присутствии молочной кислоты;
- антиканцерогенное действие (снижение активности ферментов – глюкуронидазы, нитроредуктазы, азоредуктазы и др. – превращающих проканцерогены в канцерогены).

Недостатки

- у ряда детей происходит сдвиг кислотно-основного состояния в сторону ацидоза;
- способствуют у детей первых недель жизни усилению синдрома срыгивания;
- часть детей отказывается от смесей из-за кислого вкуса.

Адаптированные кисломолочные смеси, наряду с пресными, могут вводиться в питание детей с первых недель жизни.

Выбор адаптированной молочной смеси

При гипо- и агалактии у матери выбор наиболее адекватной для вскармливания ребенка смеси зависит от следующих факторов:

- **возраст ребенка** (чем моложе ребенок, тем в большей степени он нуждается в смесях, максимально приближенных по составу к грудному молоку)

☞ детям первых 6 месяцев жизни назначают «начальные» или «стартовые» смеси;

☞ с 6 мес. — «последующие» формулы;

- **социально-экономические условия семьи.** Все дети грудного возраста нуждаются в современных адаптированных молочных продуктах. Дети из социально незащищенных семей должны получать питание бесплатно (адресная поддержка);

- **аллергоанамнез.** При отягощенной наследственности первым продуктом выбора должна быть гипоаллергенная смесь;

- **индивидуальная переносимость продукта.**

При невозможности осуществления грудного вскармливания в целях профилактики аллергии необходимо отсрочить или предотвратить контакт ребенка с белками коровьего молока, т.к. **гиперчувствительность к белкам коровьего молока встречается у 2—3% грудных детей.**

Критерии правильности выбора и хорошей переносимости ребёнком данного продукта:

- Ребёнок с удовольствием ест смесь.
- Ребёнок удовлетворительно прибывает в весе.

**НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ
ПРИБАВКУ МАССЫ ТЕЛА!**

- У него отсутствуют:
 - диспепсические расстройства (срыгивания, рвота, жидкий, плохопереваренный стул или запоры),
 - проявления атопического дерматита,
 - дефицитные состояния (железодефицитная анемия, гипотрофия).



ПРАВИЛА СМЕШАННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

- Перед переводом на смешанное вскармливание использовать 7-15 дней **для восстановления лактации**, время которого зависит от степени гипогалактии, наличия и степени дефицита массы.
- Даже при небольшом количестве женского молока **кормление грудью следует продолжать** как можно дольше.
- **При впервые установленной** гипогалактии вне зависимости от её степени ребёнку следует прикладывать к груди **каждое кормление**.
- При гипогалактии III—IV степени (дефицит грудного молока >50%), существующей **более 1 мес**, следует сохранить **3-4 кормления** грудью с докормом и самостоятельные кормления грудным молоком.
- Для сохранения имеющейся лактации целесообразно сохранить **не менее 3 грудных кормлений**.
- В зависимости от количества женского молока и давности смешанного вскармливания целесообразно производить **докорм после каждого кормления грудью** или в виде **отдельных самостоятельных кормлений**.

ПРАВИЛА СМЕШАННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

- Докорм осуществлять **только адаптированными** молочными смесями.
- **Соски для бутылочки** должны быть упругими и имитировать сосок матери.
- Необходим **учёт количества женского молока**, получаемого ребёнком.
- **Расчёт объёма кормления** и потребности в пищевых ингредиентах **при докорме адаптированными смесями** в первом полугодии и частично адаптированными во втором полугодии жизни ребёнка такой же, **как при естественном вскармливании**.

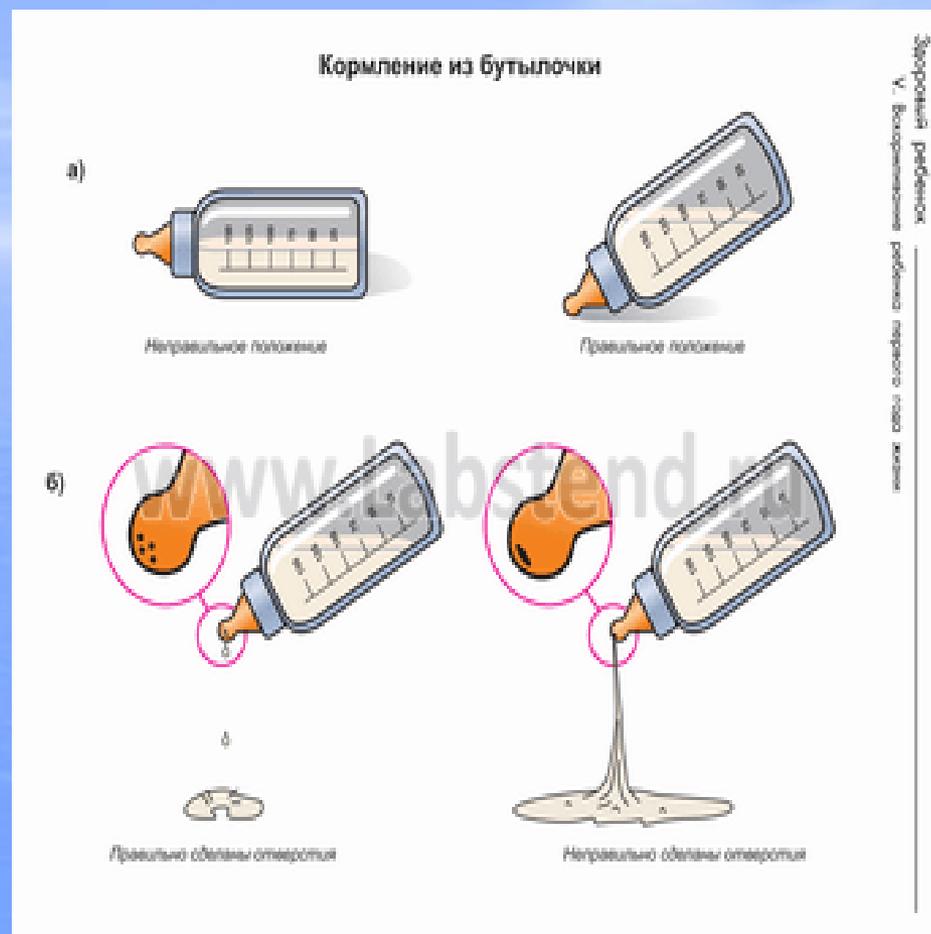
Смешанное вскармливание часто бывает этапом перевода ребёнка на искусственное вскармливание.

ПРАВИЛА ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

- Степень адаптированности применяемой смеси зависит **от возраста: рекомендуются** в первом полугодии только адаптированные начальные молочными смеси, с 5-6 мес — последующие.
- При искусственном вскармливании можно использовать 2 смеси, чаще сочетание пресных с кислыми; **кисломолочные смеси должны составлять не более 30-50%** суточного объёма.
- **Введение каждой смеси должно быть постепенным**, время введения смеси обычно составляет 4-7 дней.
- Следует учитывать **индивидуальную переносимость** смеси ребёнком.
- При искусственном вскармливании современными смесями **не требуется с профилактической целью коррекция витамином D₃, препаратами железа, меди и т.д.**
- **Сроки введения прикорма** при искусственном вскармливании приближены к срокам введения при естественном вскармливании.

ПРАВИЛА ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

- Потребность в пищевых ингредиентах и энергии при кормлении адаптированными смесями такая же, как при естественном вскармливании и зависит от возраста ребёнка.
- **Частота питания в основном индивидуальна для каждого ребёнка.**



Частота кормления может быть **реже**, чем при естественном вскармливании: до 2 мес — 6-7 раз, от 2 до 4-5 мес — 6 раз, старше 4-5 мес (с момента введения прикорма) — 5 раз.

Расчёт объёма смеси

Расчет объема смеси для здорового ребёнка производится на фактическую массу тела калорийным методом – **115 ккал/кг на протяжении первых 6 мес. жизни.**

При этом объем питания у ребенка в возрасте 3-х мес. не должен превышать 850 мл в сутки,

4-х месяцев - 900 мл в сутки,

после 5 мес. – 1000 мл в сутки.



ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМА

Показания для введения прикорма

- учёт возраста ребенка: **прикорм вводится в сроки 5-6 мес.**
Эксперты ВОЗ (2002) рекомендуют сохранять **исключительно грудное вскармливание** (т.е. кормление только материнским молоком, без допаивания водой, без введения соков) **до 6 мес**, т.к. имеются доказательства снижения заболеваемости и более высоких темпов психомоторного развития у детей при такой длительности.
- готовность к жеванию – жевательные движения при попадании в рот соски или других предметов;
- прорезывание зубов;
- повышение слюноотделения;
- уверенное умение сидеть;
- интерес к пище;
- отсутствие аллергических проявлений;
- удвоение массы тела.



Значение позднего введения прикорма

Введение прикорма позже 6-7 мес также неблагоприятно для ребёнка:

- Пищевая недостаточность.
- Задержка формирования навыков потребления пищи более густой и плотной консистенции и отказ от пережевывания и глотания плотной пищи на длительный срок и др.

Во втором полугодии жизни формируются навыки жевания и кусания с достаточно быстрыми изменениями в промежутке между 6-м и 10-м мес.

Если обучения этим навыкам своевременно не происходит, то при попытке ввести густую или плотную пищу в более позднем возрасте возникает рвота, отказ от пережёвывания пищи на длительный срок, приверженность к жидкой или пюреобразной пище, привередливость в еде.

- Своевременное формирование навыка жевания — один из компонентов правильного развития аппарата речи.



ПРАВИЛА ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА



- 1) Начинать вводить прикорм только здоровому ребенку при нормальном стуле;
- 2) Не вводить прикорм при изменении условий жизни ребенка (например, при переезде);
- 3) Первый прикорм лучше давать во второе кормление, второй – в четвертое;
- 4) Прикорм давать первый раз с малых количеств (с одной чайной ложки) в теплом виде перед кормлением грудью;
- 5) Прикорм давать только с ложки;
- 6) Прикорм вводить постепенно, увеличивая с 1-2 чайных ложек до 150 мл в одно кормление;
- 7) Консистенция блюд прикорма меняется постепенно, в зависимости от возраста ребёнка, проходя последовательные этапы:
 - гомогенная (4-6 мес),
 - пюреобразная и мелкокусочковая (7-9 мес),
 - более плотная и крупнокусочковая – к концу года (10-12 мес).
- 8) переход к новому виду прикорма возможен только после привыкания к предыдущему.

Классификация продуктов прикорма по составу

Одно- или
монокомпонентные
– приготовленные
из одного вида
сырья



Поликомпонентные
– приготовленные
из двух или
нескольких видов
сырья

Комбинированные
– из разных видов
сырья (фруктовые
пюре с зерновыми
или молочными
добавками,
овощные пюре с
мясными или
рыбными
добавками и др.)



Поликомпонентные и комбинированные продукты более полезны, чем монокомпонентные, так как они имеют более широкий спектр пищевых веществ.

Однако усвоение их требует большей зрелости пищеварительного тракта, поэтому вначале всегда вводят монокомпонентные продукты, затем при отсутствии признаков пищевой непереносимости — поликомпонентные, а после них (**после 6-7 мес**) — комбинированные.

Блюда и продукты основного прикорма



I группа:

Блюда, которые по пищевому составу и энергетической ценности могут заменить полный разовый приём грудного молока (энергетически значимый прикорм).

К ним относятся:

- овощные пюре (с 5 мес),
- молочные каши (с 6 мес),
- пресные и кислые последующие детские молочные смеси,
- кефир и йогурт (после 8-10 мес).

II группа:

Блюда, важные по пищевой и энергетической ценности продукты, которые служат дополнением к блюдам первой группы, даваемые на первом году жизни в небольшом количестве, и рекомендуемые их объёмы не следует превышать.

К ним относятся:

- мясное (с 6-7 мес) и рыбное (с 8-9 мес) пюре,
- творог (после 8 мес),
- желток яйца (после 6 мес),
- сливочное и растительное масло (с 5-6 мес).

Выбор первого блюда прикорма:

Выбор требует индивидуального подхода.

Отечественные специалисты считают более целесообразным вводить в рацион питания здорового ребёнка вначале овощные пюре – в среднем с 5,5-6 мес, а уже затем молочные каши.

Если кашу вводят раньше овощного пюре, приучить ребёнка к менее вкусному (по сравнению с кашей) овощному блюду гораздо труднее.

Овощное пюре вначале целесообразно большинству здоровых детей, а также детям со склонностью к избыточной массе. Затем вводят кашу.

Вначале ввести кашу, а затем овощное пюре, если ребёнок:

- недостаточно прибавляет в массе,
- имеет неустойчивый стул, склонность к срыгиваниям.



Последовательная организация прикорма

1. Введение первого овощного

прикорма следует начинать с одного вида овощей (**кабачки или цветная капуста**), затем постепенное расширение ассортимента овощей:

- белокочанная капуста,
- картофель,
- морковь,
- репа, тыква,
- позднее — томаты, зеленый горошек.

Одно грудное кормление замещается овощами.



Последовательная организация прикорма

2. Второй прикорм в виде молочной каши вводится через **3 нед** после первого.

Используются безглютеновые злаки — **рисовая, гречневая и кукурузная мука.**

Первой рекомендуют вводить наиболее **легко усваиваемую рисовую** кашу, затем гречневую, кукурузную, овсяную и в последнюю очередь (не ранее 8-9 мес) манную.

Молочная каша (до 150 г) может частично или полностью **заменить ещё одно из кормлений грудью матери.**

Введение молочной каши и адаптация к этому блюду занимают 2-3 нед.

Таким образом, **к 7-8 мес можно полностью заменить 2 кормления** грудью матери (или заменителями женского молока).

Однако **для сохранения лактации по желанию матери можно прикладывать ребёнка к груди после приёма блюд прикорма.**



Последовательная организация прикорма

С 7-8 мес вводится третий прикорм — мясной в виде фарша (с 5 г постепенно доводя до 20-30 г), затем с 10-11 мес в виде фрикаделек, к году — паровых котлет и суфле (при наличии зубов).

Затем в рацион вводится **фруктовое пюре**.

Фруктовое пюре может назначаться и в первом полугодии жизни:

- в случаях более раннего введения прикорма (с 4 – 4,5 мес.);
- при запорах, когда введение овощного пюре с растительным маслом не оказало желаемого эффекта.



С 7 мес. можно давать **1/4 яичного желтка**, с 8 мес. – 1/2 желтка.

С 8 мес — сухарики, пшеничный хлеб с 5 г до 10 г.

Расширение ассортимента блюд прикорма



С 8 мес вместо мяса 2 раза неделю можно давать пюре из **рыбы**.

Рыба вводится с особой осторожностью, с контролем реакции ребёнка (относится к сильным потенциальным аллергенам).

Если ребёнок относится к **группе риска по развитию аллергии, введение рыбы отложить до 12 мес** и позже (сроки индивидуальны), а если уже имеет проявления аллергии, введение рыбы вообще не показано.

С 8-9 мес в дневной рацион питания могут быть введены в небольшом количестве **овощные супы**, завершая формирование обеда на первом году жизни.





К 8-10 мес частично или полностью **заменяют третье** грудное кормление **кисломолочными продуктами** — лучше последующими формулами кисломолочных смесей (формула 2).

В это же кормление можно дать **творог** (в максимальном объёме 50 г) или фруктово-молочное пюре.

По показаниям творог может быть введен после 6-месячного возраста.

Неадаптированные кисломолочные напитки (кефир, йогурт, биолакт) возможны в питании ребенка по достижении 8 месячного возраста в объеме не более 200 мл.

Американские и европейские эксперты по питанию **вообще** не рекомендуют использовать **натуральное коровье молоко на первом году жизни**, а канадские нутрициологи — ранее 9 мес.

Творог

Во избежание **перегрузки питания детей во втором полугодии жизни белком**, особенно при искусственном вскармливании, рекомендуется **введение творога с 8 мес** при естественном вскармливании и значительно позже, возможно **даже после одного года, — при искусственном.**

Используют **нежирные (от 4 до 10%) виды творога**, вначале без добавок, а позже с фруктовыми наполнителями.

В качестве блюда прикорма следует использовать **специализированный детский творог** промышленного выпуска.

Творог промышленного выпуска, приготовленный **по технологии для взрослых, не подходит для детей** второго полугодия жизни.



Оптимальные сроки введения соков

Соки, учитывая их незначительную пищевую ценность, целесообразно давать **после введения всех основных видов прикорма.**

Начало введения прикорма с фруктовых пюре и соков может привести к отказу от необходимых детям несладких продуктов, главным образом, овощей.

Использование соков между кормлениями формирует привычку к частым перекусам с использованием сладких продуктов.

Кроме того, использование соков, особенно между приемами пищи, повышает риск развития кариеса.

Большой объем соков (выше рекомендуемой нормы) может служить фактором риска избыточной массы тела в дальнейшем.



Значение употребления соков в развитии детского ожирения

Фруктовый сок обеспечивает более концентрированную дозу углеводов по сравнению с целыми фруктами и не приводит к ощущению сытости, которое возникает после употребления целых фруктов.

В исследовании, проведенном A. Shefferly et al., сообщалось, что ежедневное **употребление фруктового сока в возрасте 2 лет привело к увеличению ИМТ через 4 года** по сравнению с детьми, которые не употребляли фруктовый сок или употребляли его редко

Таким образом, дети с нормальным весом не должны превышать возрастную норму употребления фруктового сока, а детям с избыточным весом следует употреблять фруктовый сок в количестве, которое меньше рекомендованного объема.

Согласно систематическому обзору 2014 г. (R. Muckelbauer et al.), **вода остается наиболее приемлемым напитком для детей.**

Рекомендации Американской академии педиатрии (AAP) по употреблению соков в детском питании (Pediatrics, May 2017)

1. Соки не следует вводить в рацион детей до 12 месяцев, если они не показаны клинически.

Фруктовый сок не несет преимуществ перед целыми фруктами, не играет существенной роли в здоровом сбалансированном рационе детей.

2. Потребление сока должно быть ограничено:

- для детей от 1 до 3 лет – не более 4 унций в день (120 мл);

- для детей 4-6 лет - от 4 до 6 унций в день (от 120 до 180 мл);

- для детей 7-18 лет - не более 8 унций в день (240 мл) или 1 стакана сока.

3. Не следует давать сок из бутылок или легко транспортируемых закрытых чашек, которые позволяют детям легко потреблять сок в течение дня.

4. Не следует давать сок перед сном.



Оценка положительной адекватности и эффективности вскармливания

1. Нормальное увеличение массы тела, а также других показателей физического развития ребенка.

2. Нормальный стул оформленный или полуоформленный, без непереваренных остатков и неприятного запаха.

3. Сохранный аппетит.

4. Удовлетворительное нервно-психическое развитие малыша.

5. Спокойное поведение, хороший сон, положительные эмоции.

6. Нормальные показатели анализов крови, главным из которых в данном случае является количество гемоглобина.

7. Ребенок практически не должен болеть, а если острая патология и проявится (ОРВИ, бронхит), то течение заболевания легкое.



Усреднённые показатели прибавки массы и длины тела у детей до года

Возраст, мес	Прибавка веса (в граммах)		Прибавка роста (в см)	
	за месяц	за все время	за месяц	за все время
1	600	600	3	3
2	800	1400	3	6
3	800	2200	2,5	8,5
4	750	2950	27,5	11
5	700	3650	2	13
6	650	4300	2	15
7	600	4900	2	17
8	550	5450	2	19
9	500	5950	1,5	20,5
10	450	6400	1,5	22
11	400	6800	1,5	23,5
12	350	7150	1,5	25

Оценка толщины подкожного жирового слоя (ГОСТ Р 52623.1-2008. Технологии выполнения простых медицинских услуг функционального обследования)

Объективно толщину подкожного жирового слоя для детей первых трех лет жизни определяют следующим образом:

- на лице — в области щек (норма 2-2,5 см);
- на животе — на уровне пупка снаружи от него (норма 1-2 см);
- на туловище — под ключицей и лопаткой (норма 1-2 см);
- на конечностях — по задненаружной поверхности плеча (норма 1-2 см)
- на внутренней поверхности бедер (норма 3-4 см).

Для детей старше 5-7 лет толщину подкожного жирового слоя определяют по четырем складкам:

- над бицепсом (норма 0,5-1 см);
- над трицепсом (норма — 1 см);
- над осью подвздошной кости (норма 1-2 см);
- над лопаткой — горизонтальная складка (норма — 1,5 см)

Завершение грудного вскармливания



К 8-10 мес уже 3 из 5 грудных кормлений можно заменить блюдами и продуктами прикорма.

В оставшиеся утреннее (6.00) и вечернее (22.00) кормления сохранить **грудное молоко (или последующие молочные смеси при искусственном вскармливании)**.

После первого года жизни оставшиеся кормления грудью заменяют:

- молоком (или специализированные детские молочные смеси для питания ребёнка 2-3-го года жизни),
- кисломолочными продуктами (детские кефир, йогурт и другие продукты)
- фруктово-молочными, фруктово-зерновыми консервированными продуктами детского питания.

Полное завершение грудного вскармливания происходит естественно или **по желанию матери в сроки от 1 до 2 лет жизни ребёнка либо позже.**

ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ 1 ГОДА

Национальная программа по оптимизации питания детей 1-3 лет, 2015

- Сохранить 3 основных приема пищи: завтрак, обед, ужин и 2 дополнительных: второй завтрак/полдник и перед сном кисломолочный продукт.
- Объем одного кормления — не более 250-300 мл.
- Объем пищи (без учета воды) в сутки 1000-1200 мл для второго года жизни и 1200-1500 мл для третьего года.
- 25% суточной калорийности должен составлять завтрак, 30-35% обед, 20% - ужин; полдник и молочные продукты перед сном — по 10%.



Национальная программа по оптимизации питания детей 1-3 лет, 2015

- Консистенция блюд должна соответствовать физиологическим особенностям ребенка.
- При приготовлении блюд использовать минимальное количество соли и сахара. В продукты промышленного выпуска не добавлять соль и сахар.
- Общее количество добавленного сахара не должно превышать 10% суточной калорийности рациона (не более 25-30 г в сутки).

Для приготовления пищи для детей 1-3 лет обычно достаточно до 3 г соли в сутки (½ чайной ложки).



Национальная программа по оптимизации питания детей 1-3 лет, 2015

- Молочные продукты — 3 раза в день (включая молоко для приготовления каши, йогурты, кисломолочные напитки, творог, детские молочные смеси). Ежедневно ребенок должен получать 450 мл жидких молочных продуктов (пресных и кисломолочных). Из них 220 мл детской молочной смеси.
- Овощи и/или фрукты должны присутствовать в каждом основном приеме пищи (4 раза в день).
- Каши, гарниры по 1 разу день, хлеб — 2-3 раза в день.
- Мясные блюда и/или птица 1-2 раза в день, рыбные блюда — 2-3 раза в неделю.
- Яйца — 2-3 яйца в неделю.
- Для утоления жажды использовать воду, а не сладкие напитки.



Нормы питания детей старше 3 лет, целесообразные с точки зрения обеспечения кардиоваскулярного здоровья. (АНА, 2014)

Ингредиенты	Возраст, годы			Комментарии
	4–8	9–13	14–18	
<i>Калории, ккал/сут</i>				Данный расчет калоража для малоподвижного образа жизни. При умеренном повышении уровня физической активности дополнительно 0–200 ккал/сут, при высоком уровне — 200–400 ккал/сут
Девочки	1200	1600	1800	
Мальчики	1400	1800	2200	
Жир, %	25–35	25–35	25–35	
Молоко/молочные продукты	2 чашки	3 чашки	3 чашки	Подразумевается молоко с низким содержанием жира (за исключением детей до 2 лет, т.к. не рекомендовано Американской ассоциацией педиатрии). Учитывать процент содержания жира в молоке: 1% — 19 ккал/чашка; 2,6 г общего жира; 1,3 г насыщенного жира 2% — 39 ккал/чашка; 5,1 г общего жира; 2,6 г насыщенного жира цельное — 63 ккал/чашка; 9,0 г общего жира; 4,6 г насыщенного жира
<i>Нежирное мясо и бобовые, г</i>				
Девочки	85	140	140	
Мальчики	113	140	170	
<i>Фрукты</i>				
Девочки	1,5 чашки	1,5 чашки	1,5 чашки	
Мальчики	1,5 чашки	1,5 чашки	2 чашки	
<i>Овощи</i>				
Девочки	1 чашка	2 чашки	2,5 чашки	Овощи должны быть разнообразны, с подбором из каждой подгруппы в течение недели
Мальчики	1,5 чашки	2,5 чашки	3,0 чашки	
<i>Злаки, г</i>				
Девочки	113	140	170	Половина злаков должны быть цельнозерновыми
Мальчики	140	170	200	

Лечебное питание

*«... В случае крайнем лишь
только диету менять допустимо.
Нам Гиппократ говорит, отчего
приключается гибель.*

*Высший закон медицины –
диету блюсти неуклонно:
Будет лечение плохим,
коль забудешь, леча, о диете.
Сколько, когда, почему, где,
как часто и что применимо –
Всё это должен предписывать
врач, назначая диету».*

*Салернский кодекс здоровья,
XIV в.*



Лечебное питание

Лечебное питание (диетотерапия) – применение в лечебных или профилактических целях специально составленных рационов питания и режима приема пищи.

Лечебное питание – важнейший элемент комплексной терапии.

Диета (diaita – греч.) – рацион и режим питания больного человека.



Основные принципы диетотерапии

- Учет показаний и противопоказаний в зависимости от заболевания и состояния больного.
- Качественное ограничение или увеличение пищевых веществ (соль, белки, углеводы, жидкость).
- Учет местного воздействия пищи на организм:
 - механическое щажение – объем, степень измельчения (протертые, пюреобразные);
 - химическое щажение – исключение кислот, эфирных масел, экстрактивных веществ);
 - термическое щажение – исключение горячих и холодных блюд (оптимально - 35-37°C);
 - тепловая обработка (варка, тушение, на пару).
- Учет калорийности.
- Режим питания – кратность приемов, распределение приемов с учетом энергоценности.
- Использование экологически чистых продуктов для приготовления блюд.
- Учет индивидуальных особенностей и пристрастий пациента.

Этапы лечебного питания

Питание
в остром
периоде
болезни

Питание в
периоде
затухания
острого
процесса

Питание вне
обострения
заболевания

Задачи лечебного питания в разные фазы заболевания

обеспечение
покоя больному
органу

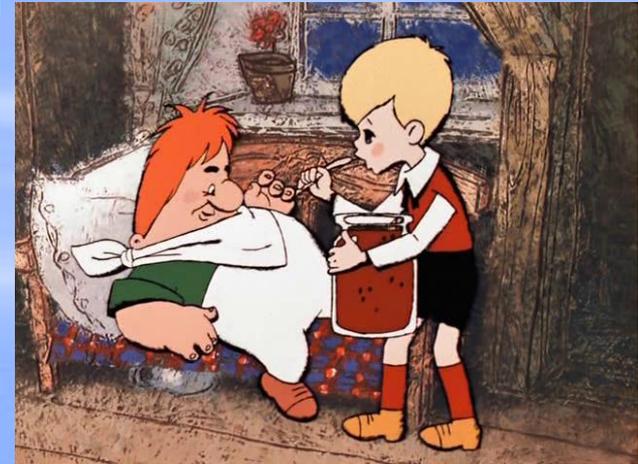
тренировка
больного органа

введение больного
органа в рабочий
режим



Питание в остром периоде болезни

- Изменение в формуле сбалансированного питания
- Подбор продуктов
- Дробный режим питания
- Использование щадящих методов кулинарной обработки продуктов



Питание в периоде затухания острого процесса

- Расширение рациона
- Изменение режима питания, увеличение интервалов между приёмами пищи
- Расширение методов кулинарной обработки продуктов



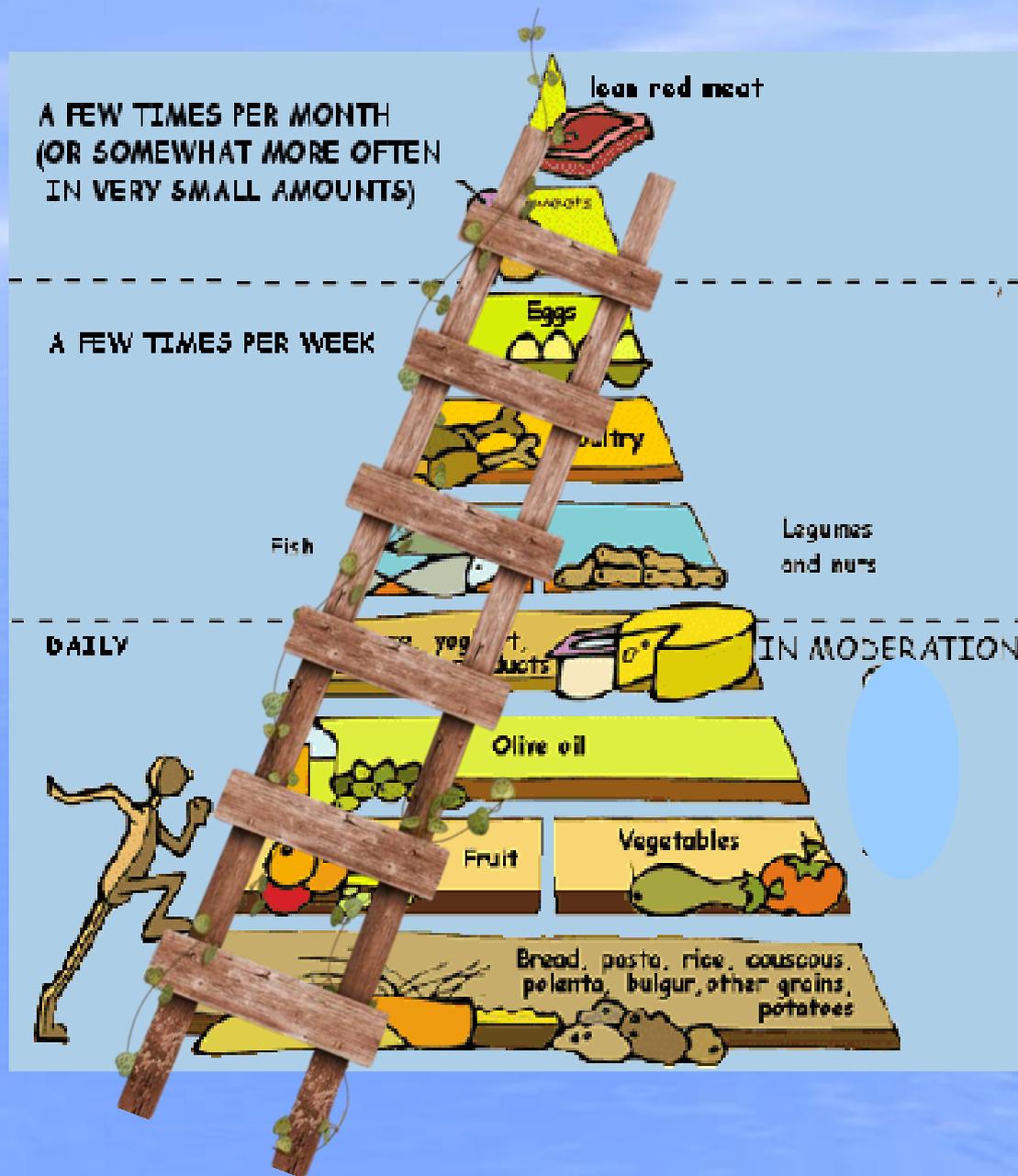
Изменение режима питания

«Зигзаги»

Ступенчатая диета

«Ступенчатая» система

«Ступенчатая» система предусматривает постепенное расширение первоначальной строгой диеты за счет дозированного снятия ограничений.



Система «зигзагов» (контрастные диеты)

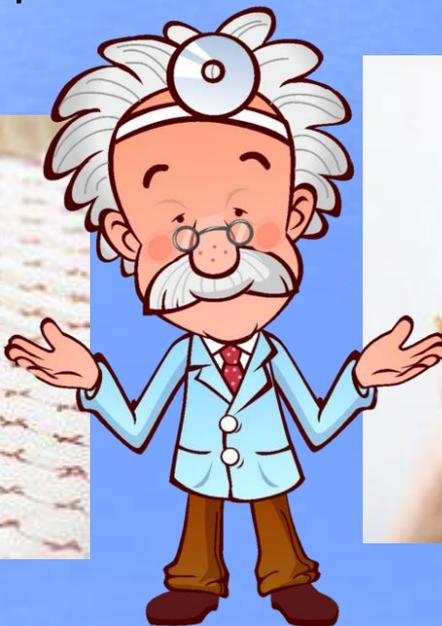
Система предусматривает относительно резкое, кратковременное изменение диеты.

Контрастные диеты (дни) бывают двух видов:

- разгрузочные («минус-зигзаги»).
- нагрузочные («плюс-зигзаги»)

Нагрузочные диеты («плюс-зигзаги», «праздничные дни») используются в соответствии с принципом тренировки.

Предусматривают включение в рацион пищевых веществ, содержание которых либо резко ограничено, либо они вовсе исключены из основной диеты.



Плюсы нагрузочных диет

Периодическое назначение (вначале 1 раз в 7—10 дней) нагрузочных диет:

- способствует толчкообразному стимулированию ослабленных функций
- обеспечивает введение в организм дефицитных пищевых веществ,
- вызывает повышение аппетита в результате внесения разнообразия в питание больного
- облегчает переносимость нередко длительных и строгих диетических режимов
- является функциональной пробой.



Питание вне обострения заболевания

- Рациональное питание
- Подбор пищевых продуктов для предотвращения обострения хронического заболевания
- Подбор методов кулинарной обработки для предотвращения обострения хронического заболевания.



ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ В СТАЦИОНАРЕ

До 2003 г. в организации больничного питания использовалась система стандартных номерных диет (столов) по М.И.Певзнеру, разработанная отечественными диетологами в 30-е годы прошлого века.



Достоинства системы диет по М.И. Певзнеру:

- Наличие простых и внятных рекомендаций относительно состава и технологий приготовления блюд лечебного питания.
- Обоснованность данных рекомендаций результатами длительных экспериментальных и клинических исследований влияния отдельных компонентов пищи на состояние различных органов в норме и патологии, на течение заболеваний.

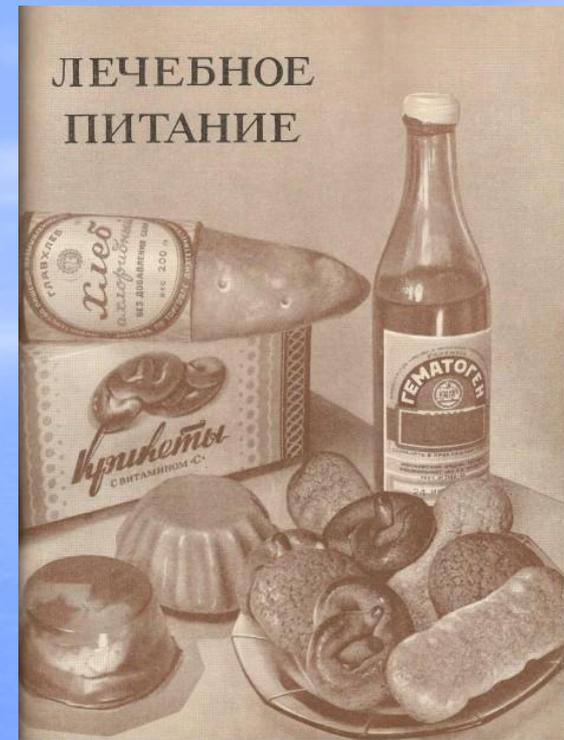
Причины ухода от старой системы диет

Сформировавшись в нашей стране в довольно скудных условиях первых десятилетий прошлого века, старая номерная система успешно решала проблемы диетического и здорового питания.

Однако в современных условиях, помимо её очевидных достоинств, стали заметны и её слабые стороны.

Недостатки старой системы:

- Регламентация набора и способов кулинарной обработки продуктов в рамках каждого лечебного стола зачастую работает в ущерб вкусовым качествам блюд, их консистенции, цвету, запаху.
- Старая номерная система по объективным причинам не включает в рационы новые продукты и пищевые добавки, появившиеся в последние годы и десятилетия; не предусматривает всех доступных в современном мире кулинарных технологий и возможностей организации оздоровительного и лечебного питания.
- Сам современный больной имеет как клинические, так и психологические особенности, которые необходимо учитывать при построении лечебного комплекса с участием диетотерапии.



Особенности современного госпитализированного больного

- Более чем у половины больных, поступающих в стационар, имеются нарушения нутритивного статуса, требующие коррекции с помощью лечебного питания:

По данным Института питания РАМН большая часть пациентов, поступающая в стационары, имеет существенные нарушения пищевого статуса:

- ✓ у 20% – истощение и недоедание,
- ✓ у 50% – нарушения липидного обмена,
- ✓ до 90% – признаки гипо- и авитаминоза,
- ✓ у более 50% – изменения иммунного статуса.

- у многих из пациентов может быть несколько заболеваний (полиморбидность);
- имеются индивидуальные особенности организма каждого больного.

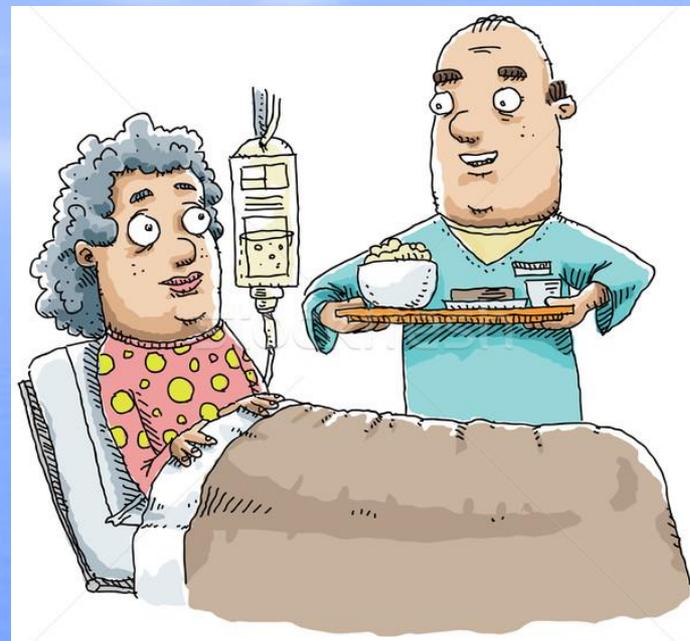
В итоге **современный больной часто не "вписывается"** в схематическую модель болезни и номер диеты, предназначенной для лечения этой болезни, ему не подходит.



Отличия новой системы

Новая система стандартных диет отличается от ранее используемой системы по следующим позициям:

- содержание основных пищевых веществ,
- энергетическая ценность пищи,
- технологии приготовления пищи,
- среднесуточный набор продуктов.



Достоинства новой системы

Внедрение в работу лечебно-профилактических учреждений новой номенклатуры диет (системы стандартных диет) даёт возможность реализации индивидуального подхода к диетотерапии.

Новая система стандартных диет назначается в зависимости от:

- нозологической формы заболевания,
- стадии и периода,
- степени тяжести болезни,
- наличия осложнений со стороны различных органов и систем.

При поступлении больного в лечебно-профилактическое учреждение вид питания и нутритивной поддержки определяется лечащим врачом.



Новая номенклатура диет (система стандартных диет)

(Приказ МЗРФ №330 от 5.08.2003 г. «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях РФ»)

N	Варианты стандартных диет	Обозначения в докум-и пищеблока	Ранее применяемые диеты номерной системы
1.	Основной вариант стандартной диеты	ОВД	1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15
2.	Вариант диеты с механическим и химическим щажением (щадящая диета)	ЩД	16, 4б, 4в, 5п (I вариант)
3.	Вариант диеты с повышенным количеством белка (высокобелковая диета)	ВБД	4э, 4аг, 5п (II вариант), 7в, 7г, 9б, 10б, 11, R-I, R-II
4.	Вариант диеты с пониженным количеством белка (низкобелковая диета)	НБД	7б, 7а
5.	Вариант диеты с пониженной калорийностью (низкокалорийная диета)	НКД	8, 8а, 8о, 9а, 10с



Показания к назначению стандартных диет. Специализированное лечебное питание в ЛПУ.

	Базисные диеты					
	1	2	3	4	5	
<i>Стадия заболевания</i>						
Обострение		+				+ограничение калорийности
Неполная ремиссия	+		+			
Ремиссия			+			
<i>Степень выраженности нарушения функции органов пищеварения</i>						
нет	+		+	+	+	
Диарея		+				+аглиадиновая +лактазная недостаточность
Запоры	+	+	+	+	+	
Диспепсия		+				+ введение легко усвояемого белка
<i>Степень выраженности нарушения функции почек</i>						
Нет нарушений	+	+	+		+	
ПН 1-3				+		+ гемодиализ
<i>Наличие сопутствующей патологии</i>						
нет	+	+	+			
Ожирение					+	+
Сахарный диабет					+	+

Показания к назначению стандартных диет.
 Специализированное лечебное питание в ЛПУ*.

	Базисные диеты					Специализированные диета
	1	2	3	4	5	
<i>Состояние больного</i>						
Удовлетворительное	+		+		+	
Средней тяжести		+		+	+	
Тяжелое состояние		+				+ограничение калорийности
<i>Больничной режим</i>						
Общий	+		+		+	
Палатный	+		+			
Постельный		+				+ограничение калорийности

Т.о., отсутствует жёсткая привязка к конкретной патологии, но указываются (патогенетический принцип) имеющиеся нарушения, в т.ч. связанные с фоновыми заболеваниями.

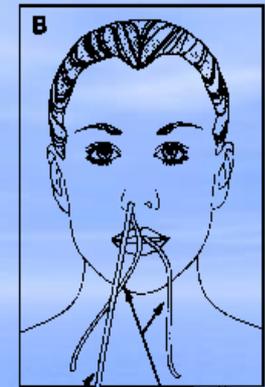
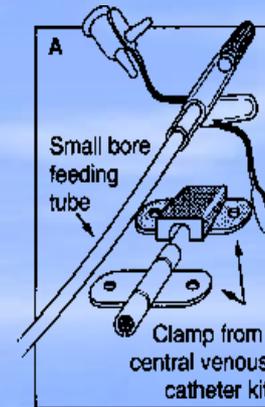
Нутритивная поддержка

Нутритивная поддержка – обеспечение адекватного питания с помощью методов, отличных от обычного приема пищи.

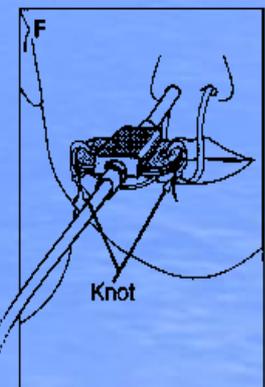
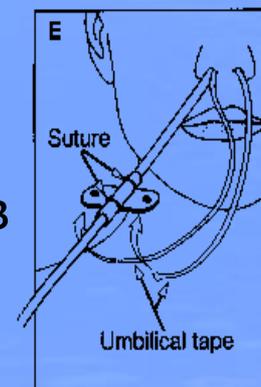
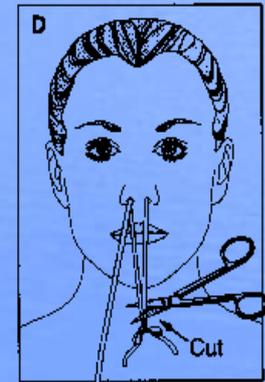
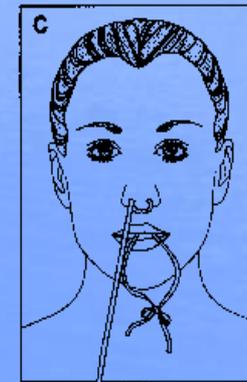
Виды нутритивной поддержки, используемые в лечебно-профилактическом учреждении:

1. Парентеральное питание.
2. Энтеральное питание (зондовое).
3. Лечебное питание с применением специализированных смесей.

В стандартные диеты включены специализированные диетические продукты и смеси для энтерального питания, позволяющие индивидуализировать состав и энергетическую ценность лечебных рационов применительно к особенностям течения заболеваний, пищевому статусу и наличию сопутствующей патологии.



Feeding tube in place Umbilical tape



Порядок выписки питания в стационаре

Во исполнение Приказа Минздрава России №330 от 05.08.2003 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации»:

- ✓ сначала из каждого отделения медицинской организации оформляются «Порционники на питание больных» (Форма №1-84 к «Инструкции по организации лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях» Приказа №330);
- ✓ затем – составляется общий по учреждению документ - «Сводные сведения по наличию больных, состоящих на питании» (Форма N 22-МЗ Приказа №330).

Задача сестринского персонала: своевременно подать на пищеблок сводку о состоящих на питании больных с указанием вида базисной диеты (отдельно должна быть представлена ведомость списочного состава больных, находящихся на дополнительном питании – специализированные и индивидуальные диеты).



О правилах выписки питания (Приказ №330)

1. При поступлении больного в лечебно-профилактическое учреждение лечебное питание назначается дежурным врачом.

Назначенная диета вносится в историю болезни и одновременно в сводный заказ на всех поступивших больных, который направляется на пищеблок в установленное время.

2. Учет диет ведется **палатными медицинскими сестрами, ежедневно сообщаящими старшей медицинской сестре отделения количество больных и их распределение по диетам.**

На основании данных сведений старшая медицинская сестра отделения составляет по форме N 1-84 "Порционник на питание больных", который подписывается ею, заведующим отделения и передается на пищеблок медицинской сестрой диетической.

3. Медицинская сестра диетическая пищеблока на основании сведений, полученных от всех отделений, составляет "Сводные сведения по наличию больных, состоящих на питании" в лечебно-профилактическом учреждении, которые сверяются с данными приемного отделения и подписываются ею (форма N 22-МЗ).

Порядок выписки питания

Палатная медсестра ежедневно утром составляет список пациентов, находящихся на стационарном лечении, где отмечает номер палаты, Ф.И.О. пациента, стандартную диету, назначенную врачом.

(наименование учреждения)	
ПОРЦИОННОЕ ТРЕБОВАНИЕ	
на питание больных терапевтического отделения для раздаточной	
на _____ 200_ г.	
Палата № 7 1. Ф.И.О. – диета № 1 2. Ф.И.О. – диета № 7а 3. Ф.И.О. – диета № 15 4. Ф.И.О. – диета № 15	Палата № 9 1. Ф.И.О. – диета № 10 2. Ф.И.О. – диета № 10
Палата № 8 1. Ф.И.О. – диета № 5 2. Ф.И.О. – диета № 5 3. Ф.И.О. – диета № 9 4. Ф.И.О. – диета № 15 5. Ф.И.О. – диета № 15 6. Ф.И.О. – диета № 15 7. Ф.И.О. – диета № 15	Палата № 10 1. Ф.И.О. – диета № 10 2. Ф.И.О. – диета № 10 3. Ф.И.О. – диета № 15 4. Ф.И.О. – диета № 15 5. Ф.И.О. – диета № 15 6. Ф.И.О. – диета № 15
Всего: 19 чел.	
Палатная медсестра _____	
(подпись)	(расшифровка подписи)

Порционное требование палатные медсестры составляют в 2 экземплярах: для раздаточной и старшей медсестры.

Старшая сестра суммирует порционные требования палатных медсестер и составляет порционное требование («порционник на питание больных») для пищеблока по форме № 1-84.

Форма N 1-84 к Инструкции по организации лечебного питания в ЛПУ (Приказ МЗРФ №330; составляется старшей медсестрой отделения)

Порционник на питание больных
" ___ " _____ 20__ г.



Наименование отделения	Количество больных	Стандартные диеты				

Форма N 22-МЗ к Инструкции по организации лечебного питания в ЛПУ (Приказ МЗРФ №330)

Наименование учреждения _____

Сводные сведения по наличию больных, состоящих на питании на ____ часов " ____ " _____ 20__ г.

Наименование отделений	Количество больных	Стандартные диеты				



Организация питания в детском стационаре

Приказ №330 не оговаривает особенностей питания в педиатрическом стационаре.

Классификация детских диет, нормы питания детей регламентированы:

- Письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.04.2004 года №2510/2877-04-32 «О применении приказа Минздрава России №330 от 05.08.2003 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации»
- Приказом Министерства здравоохранения СССР от 10 марта 1986 года №333 «Об улучшении организации лечебного питания в родильных домах (отделениях) и детских больницах (отделениях)».



О назначении питания ухаживающим за госпитализированными детьми

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН "ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ" от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред от 02.07.2013)



Глава 6. ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА, ВОПРОСЫ СЕМЬИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Статья 51. Права семьи в сфере охраны здоровья.

3. Одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю предоставляется право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях в течение всего периода лечения независимо от возраста ребенка.

При совместном нахождении в медицинской организации **в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше данного возраста - при наличии медицинских показаний** плата за создание условий пребывания в стационарных условиях, в том числе за предоставление спального места и питания, с указанных лиц не взимается.

СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность« (С изм. от: 4.03, 10.06.2016)

14.27. Раздачу пищи больным производят буфетчицы и дежурные медицинские сестры отделения. Раздача пищи должна производиться в халатах с маркировкой "Для раздачи пищи".

Не допускается к раздаче пищи младший обслуживающий персонал.

14.28. В местах приема передач и в отделениях должны быть вывешены списки разрешенных для передачи продуктов (с указанием их предельного количества).

14.29. Ежедневно дежурная медицинская сестра отделения проверяет соблюдение правил и сроков годности (хранения) пищевых продуктов, хранящихся в холодильниках отделения.

При обнаружении пищевых продуктов в холодильниках отделения с истекшим сроком годности хранящихся без упаковок с указанием фамилии больного, а также имеющих признаки порчи, они должны изыматься в пищевые отходы. **О правилах хранения личных пищевых продуктов пациент должен быть проинформирован при поступлении в отделение.**

СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность« (С изм. от: 4.03, 10.06.2016)

14.31. В случае, если предполагается оказание медицинской помощи **детям в возрасте до одного года**, в составе отделения для детей предусматриваются **помещения для приготовления и розлива детских смесей.**

14.32. В дневных стационарах с кратковременным пребыванием пациентов **(не более 4 часов)** без организации горячего питания предусматриваются **комнаты подогрева пищи** (с умывальником, холодильником и оборудованием для разогрева пищи). Допускается использование одноразовой посуды.



Сестринская практика в области организации питания здорового и больного ребёнка

Цель сестринского дела – помощь пациентам и врачам в предотвращении, диагностике и лечении заболеваний.



Клинические: участие в лечебно-диагностическом процессе в рамках своих компетенций

Образовательные: обучение пациентов

Задачи медсестры

Гигиенические: содействие поддержанию должного уровня личной гигиены больного и санитарного состояния его окружения

Психологические: облегчение переживаний пациента, связанных с медико-биологическими проблемами

Популяционно-ориентированные: участие в групповой и популяционной профилактике, противоэпидемических мероприятиях

Сестринская практика в области организации питания здорового и больного ребёнка

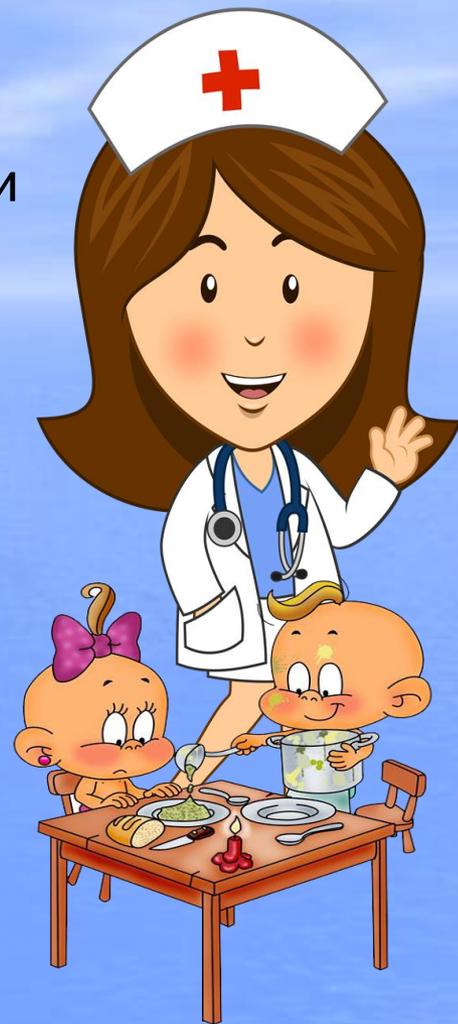
Проблемы пациента в области организации питания

- недостаточное поступление питательных веществ для обеспечения потребности ребёнка в энергии и основных компонентах (белках, жирах, углеводах, минералах и микроэлементах, витаминах);
- несбалансированность питания;
- несоответствие количества и качества пищи возможностям организма здорового или больного ребёнка;
- неправильный режим питания;
- несоблюдение принципа незаменимости грудного вскармливания на ранних этапах развития ребёнка;
- необходимость организации лечебного питания для больного ребёнка;
- недостаток знаний в сфере нутрициологии и диетологии.



Роль медсестры в организации рационального питания здоровых детей и амбулаторных больных:

- Мониторинг показателей правильности питания здорового ребёнка (состояние здоровья, физическое и нервно-психическое развитие ребёнка, стул без непереваренных остатков, аппетит, сон, результаты лабораторных исследований и т.д.)
- Организация рационального питания детей до года (оценка правильности осуществления грудного вскармливания; выполнение контрольного взвешивания; контроль своевременности и качества прикорма; помощь в организации смешанного и искусственного вскармливания, выборе смеси), детей раннего возраста, а также детей, воспитывающихся и обучающихся в образовательных учреждениях.
- Информирование врача о проблемах пациента в области питания.
- Обучение пациента и его родных принципам рационального питания здоровых детей различных возрастных категорий.
- Консультирование пациента и его родных на предмет обеспечения больного ребёнка диетическим питанием.



Сестринская практика в области организации рационального питания детей в стационаре:

- Обеспечение больного ребёнка диетическим питанием и питьевым режимом согласно врачебным назначениям.
- Обеспечение больного необходимыми предметами для приёма пищи.
- Контроль соблюдения диеты и продуктовых передач.
- Обучение пациента и его родных принципам диетического питания.



ОПАСНОСТЬ ЗА ВИНИКАНИЕ

