



**КонсультантПлюс**

"Организация лечебного питания в  
лечебно-профилактических учреждениях.  
Методические рекомендации"  
(утв. Минздравсоцразвития РФ 03.02.2005)

Документ предоставлен **КонсультантПлюс**

[www.consultant.ru](http://www.consultant.ru)

Дата сохранения: 23.01.2021

Утверждаю  
Директор Департамента  
развития медицинской помощи  
и курортного дела  
Р.А.ХАЛЬФИН  
3 февраля 2005 года

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Методические рекомендации подготовили академик РАМН, профессор В.А. Тутельян, чл.-корр. РАМН, профессор М.Г. Гаппаров, профессор А.В. Погожева, д.м.н. Х.Х. Шарафетдинов - ГУ Институт питания РАМН; к.м.н. В.Н. Сергеев - Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии МЗ РФ; профессор Т.Ю. Гроздова, профессор С.С. Слесаренко, к.м.н. В.П. Милосердов - Саратовский государственный медицинский университет; к.м.н. В.В. Ручкин - Башкирский государственный медицинский университет; к.м.н. А.А. Газизов - Башкирский республиканский онкологический диспансер; профессор А.Ю. Барановский - Санкт-Петербургская Академия последиplomного образования; профессор С.В. Смирнов, к.м.н. Т.Г. Спиридонова, д.м.н. Ю.Н. Лященко, профессор Т.С. Попова - НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва; профессор А.В. Бутров, профессор А.Е. Шестопалов - РУДН, Москва; профессор В.М. Луфт - НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург; д.м.н. И.Н. Лейдерман - Свердловская областная клиническая больница N 1, Екатеринбург; д.м.н. И.Е. Хорошилов, Санкт-Петербург.

Методические рекомендации предназначены для использования при организации системы лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях и внедрения в работу ЛПУ [Приказа МЗ РФ N 330 от 5 августа 2003 г. "О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях РФ"](#).

Методические рекомендации одобрены Межведомственным Научным Советом по медицинским проблемам питания.

Методические рекомендации предназначены для диетологов, анестезиологов-реаниматологов, хирургов, терапевтов, гастроэнтерологов, кардиологов, эндокринологов и врачей других специальностей.

Рекомендовано Научным Советом по медицинским проблемам питания Министерства здравоохранения и социального развития РФ и РАМН.

#### Введение

Полноценное питание составляет основу жизнедеятельности организма взрослых и детей, являясь важным фактором обеспечения резистентности к физическим и химическим агентам окружающей среды.

По данным Института питания РАМН большая часть больных и пострадавших, поступающих в стационары, имеют существенные нарушения пищевого статуса, проявляющиеся у 20% как истощение и недоедание, у 50% нарушениями липидного обмена, до 90% имеют признаки гипо- и авитаминоза,

более 50% обнаруживают изменения иммунного статуса.

Исходные нарушения питания в значительной степени снижают эффективность лечебных мероприятий, особенно при травмах, ожогах, обширных оперативных вмешательствах и др., увеличивают риск развития септических и инфекционных осложнений, отрицательно влияют на продолжительность пребывания больных в стационаре, ухудшают показатели летальности.

Накопленный опыт развития основных клинических дисциплин свидетельствует о том, что в стратегии лечебных мероприятий у больных терапевтического и особенно хирургического профиля одно из центральных мест должны занимать коррекция нарушений обмена и адекватное обеспечение энергетических и пластических потребностей.

Совершенствование организации и повышение эффективности клинического питания в комплексном лечении больных с различными заболеваниями является одной из важнейших задач современной медицины.

Адекватное питание создает условия для оптимального физического и умственного развития, поддерживает высокую работоспособность, повышает способность организма противостоять воздействию неблагоприятных факторов внешней среды.

В целях реализации **Концепции** государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации на период до 2005 года, одобренной Постановлением Правительства Российской Федерации от 10.08.1998 N 917, для совершенствования организации лечебного питания и повышения эффективности его применения в комплексном лечении больных МЗ РФ издан **Приказ** от 5 августа 2003 г. N 330 "О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации".

В **Приказе** выделяются основные положения о необходимости использования в лечебном питании специализированных смесей для энтерального питания и специализированных смесей для лечебного питания. Данным **Приказом** установлены нормы натуральных продуктов питания, регламентированные диетологией, и расширены возможности самостоятельного включения новых специализированных смесей и продуктов диетического питания. Выделены основные направления лечебного питания, представленные в инструкциях по организации лечебного и энтерального питания в лечебно-профилактических учреждениях.

В **инструкции** по организации лечебного питания выделяются механизмы индивидуализации химического состава и калорийности стандартных диет:

- путем подбора имеющихся в картотеке блюд лечебного питания;
- увеличения или уменьшения количества буфетных продуктов (хлеб, сахар, масло);
- использования в лечебном и профилактическом питании готовых специализированных смесей.

В соответствии с **Приказом** МЗ РФ N 330 от 05.08.2003 объем и состав назначаемой нутритивной поддержки должны предполагать адаптацию состава диетотерапии к особенностям патогенетических механизмов заболевания с учетом:

- особенностей клинического течения фазы и стадии заболевания;

- характера и тяжести метаболических расстройств;
- нарушения процессов переваривания и всасывания пищевых веществ.

Выбор строится на обосновании показаний к применению вновь вводимой в соответствии с **Приказом** МЗ РФ N 330 номенклатуры диет. В случаях необходимости диеты могут быть частично дополнены или полностью заменены смесями энтерального или специализированного питания.

В данных методических указаниях в соответствии с **Приказом** МЗ РФ N 330 от 05.08.2003 разъясняются способы применения продуктов специализированного и энтерального питания для обогащения перечисленных в Приказе диет или самостоятельного лечебного и профилактического питания.

#### Новая номенклатура диет (система стандартных диет)

**Приказ** МЗ РФ N 330 от 5 августа 2003 г. "О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях РФ" определил роль и значение лечебного питания как неотъемлемой части лечебного процесса, входящей в число основных лечебных мероприятий. На основании Приказа в лечебно-профилактических учреждениях введена новая номенклатура диет (система стандартных диет), отличающихся по содержанию основных пищевых веществ и энергетической ценности, технологии приготовления пищи и среднесуточному набору продуктов.

Ранее применявшиеся диеты номерной системы (диеты N 1 - 15) объединяются или включаются в систему стандартных диет, которые назначаются при различных заболеваниях в зависимости от стадии и степени тяжести или осложнений со стороны органов или систем (**табл. 1, 2**).

Таблица 1

#### СИСТЕМА СТАНДАРТНЫХ ДИЕТ

Стандартные диеты	Номерные диеты (N 1 - 15)
Основная	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13, 14, 15
Щадящая	1б, 4б, 4в, 5п (I вариант)
Высокобелковая	4э, 4аг, 5п (II вариант)
Низкобелковая	7б, 7а
Низкокалорийная	8, 8а, 8о, 9а, 10с

Таблица 2

#### ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ И ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ СТАНДАРТНЫХ ДИЕТ

Показатель	Основная, в т.ч. щадящая	Высокобелковая	Низкобелковая	Низкокалорийная

Калорийность	2170 - 2400	2080 - 2690	2200 - 2650	1340 - 1550
Белки, %	15	18 - 21	4 - 9	21
Жиры, %	30	30 - 35	31 - 33	40
НЖК, %	7,5 - 8,3	7,4 - 9,5	7,5 - 9,0	9,3 - 10,7
МНЖК, %	10,1 - 11,2	10 - 13	10,2 - 12,3	13,9 - 16,1
ПНЖК, %	8,6 - 9,5	8,3 - 10,8	8,5 - 10,8	9,9 - 11,4
Холестерин, мг	300	300	300	300
Углеводы, %	55	48 - 52	60 - 63	39
ПВ, г	20 - 25	20 - 25	15 - 20	15 - 20

Внедрение в работу лечебно-профилактических учреждений новой системы стандартных диет определило возможность проведения индивидуального подхода к диетотерапии.

Ранее используемая номерная система диет фактически направлена на лечение зафиксированных в ее номерах болезней, без учета конкретного больного. Она была удобной для коллективного, а не индивидуального питания. В современной диетологии система диет по Певзнеру считается устаревшей, так как она рассчитана в основном на обобщенную модель болезни, а не на больного, у которого может быть несколько недугов, не говоря уже об особенностях человека и его организма. Больной часто не "вписывается" в схематическую модель болезни, поэтому номер диеты, предназначенной для лечения этой болезни, ему не подходит. Громоздкая номерная система диет формализует лечебное питание, затрудняет работу пищеблоков больниц, отрывает врача-диетолога от клинической работы. Ранее используемая система диет освобождает многих врачей от поиска адекватной диетотерапии больного, вместо которой в истории болезни достаточно поставить номер диеты.

Новая система стандартных диет отличается от ранее используемой системы диет по следующим позициям: содержанию основных пищевых веществ, энергетической ценности пищи, технологии приготовления пищи, среднесуточному набору продуктов.

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.

Более чем у 50% больных, поступающих в стационар, имеются нарушения нутритивного статуса, требующие коррекции с помощью лечебного питания. В [Приказе](#) МЗ РФ N 330 от 5 августа 2003 г. "О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях РФ" выделены основные принципы коррекции диет готовыми специализированными смесями.

#### Этапы организации системы лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях

##### Информационный этап

- Адаптация [Приказа](#) МЗ РФ N 330 от 5 августа 2003 г. "О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях РФ" к работе больницы (создание

Совета по питанию, группы нутритивной поддержки), разработка алгоритмов, стандартов, протоколов ведения нутритивной поддержки, сортировочных анкет.

- Проведение конференций, семинаров с участием ведущих отечественных специалистов по организации лечебного питания для врачебного и медсестринского персонала.

- Проведение занятий со средним медперсоналом по методологии проведения нутритивной поддержки.

- Обучение членов бригады нутритивной поддержки на центральных базах по вопросам лечебного, энтерального и парентерального питания.

#### Организационный этап

- Разработка схемы работы лечебно-профилактического учреждения по проведению лечебного питания.

- Определение этапности включения клинических отделений в программу нутритивной поддержки.

- Определение системы оплаты руководителя группы нутритивной поддержки и системы поощрения сотрудников, участвующих в работе.

- Определение источников финансирования, организация закупки препаратов парентерального, энтерального питания (лекарственные препараты) и специализированных смесей для лечебного питания.

#### Клиническое внедрение

Для внедрения новой номенклатурной диеты разработаны принципы построения базисных диет:

- Содержание белка в составе диеты.

- Энергетическая ценность диеты.

- Степень щажения (механическая, химическая и термическая).

Стандартные диеты,  
применяемые в ЛПУ в соответствии с [Приказом](#) N 330 МЗ РФ

Таблица 3

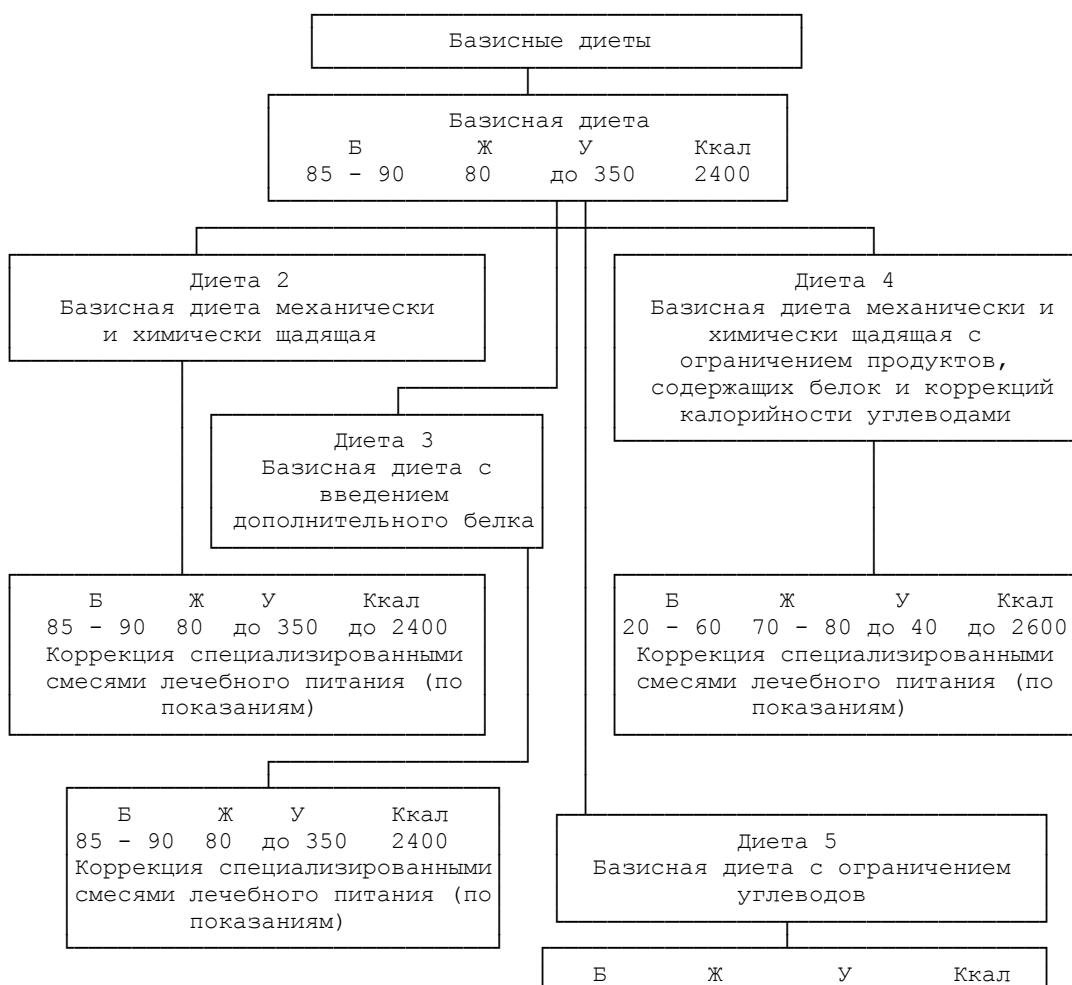
#### ХАРАКТЕРИСТИКА, ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ И ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ СТАНДАРТНЫХ ДИЕТ

Стандарт- ные диеты	Общая характеристика	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Ккал
Диета 1	Базисная диета с физиологическим содержанием Б, Ж, У	85 - 90	70 - 80	300 - 330	2170 - 2400

Диета 2	Вариант диеты с механическим, химическим и термическим щажением	85 - 90	70 - 80	300 - 350	2170 - 2480
Диета 3	Вариант диеты с повышенным количеством белка	110 - 120	80 - 90	250 - 350	2080 - 2690
Диета 4	Вариант диеты с пониженным количеством белка	20 - 60	80 - 90	350 - 400	2120 - 2650
Диета 5	Вариант диеты с пониженной калорийностью	70 - 80	60 - 70	130 - 150	1340 - 1550

В лечебном питании могут использоваться различные виды пищевых продуктов: традиционные натуральные пищевые продукты (среднесуточный больничный набор продуктов) и специализированные смеси.

С целью правильного назначения новых номерных диет и определения показаний для назначения того или иного вида базисной диеты разработана схема, определяющая основные принципы диетотерапии в лечебно-профилактическом учреждении.



85 - 90 до 70 150 - 130 до 2400  
Коррекция специализированными  
смесями лечебного питания (по  
показаниям)

Схема 1. Основные принципы назначения стандартных диет

Разработана схема работы больницы по организации лечебного питания.

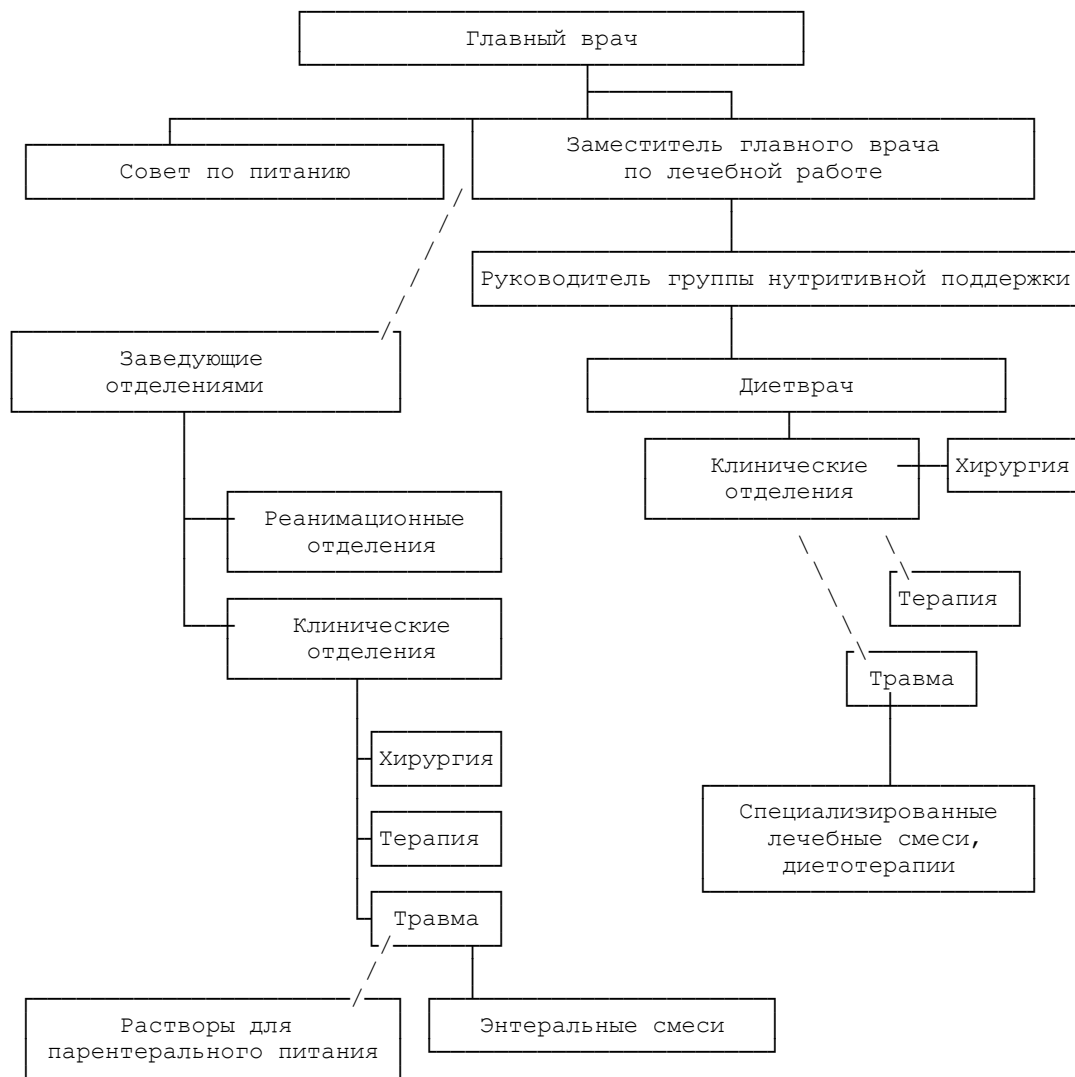


Схема 2. Организация лечебного питания  
в многопрофильном стационаре

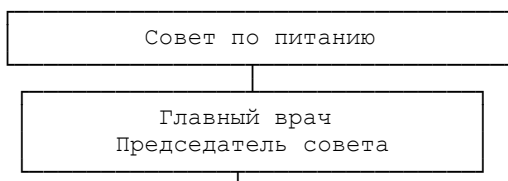






Схема 3. Организация работы совета по питанию

Основным направлением работы Совета по питанию является внедрение новых технологий профилактического, диетического и энтерального питания. Перед внедрением в работу ЛПУ [Приказа 330 МЗ РФ](#) проводится утверждение номенклатуры диет, смесей для парентерального и энтерального питания, специализированных смесей для лечебного питания, биологически активных добавок, подлежащих использованию в данном учреждении здравоохранения; утверждение семидневных меню, картотеки блюд и набора смесей для парентерального и энтерального питания. Организация работы Совета по питанию приведена на [схеме 3](#).

Контроль за организацией лечебного питания и анализ эффективности диетотерапии при различных заболеваниях остается за заместителем главного врача по лечебной работе с представлением итогов работы больницы на Совете по лечебному питанию не реже одного раза в три месяца.

Адаптация [Приказа МЗ РФ N 330](#) от 5 августа 2003 г. "О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях РФ" возможна при увеличении роли сестринского звена контроля и проведения лечебного питания ([схема 4](#)).



нутритивной поддержки

#### Схема 4. Система контроля, назначения и проведения лечебного питания

Создание эффективной организации лечебного питания в лечебном учреждении основано на создании стандартов нутритивной поддержки. Внедрение установленных стандартов должно проходить по единой схеме, адаптированной для данного лечебного учреждения (схема 5).



#### Схема 5. Система внедрения стандартов нутритивной поддержки

##### Порядок выбора вида нутритивной поддержки для больных в лечебно-профилактических учреждениях

При поступлении больного в лечебно-профилактическое учреждение вид нутритивной поддержки определяется лечащим врачом. Виды нутритивной поддержки, используемые в лечебно-профилактическом учреждении:

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

Все три вида нутритивной поддержки являются не конкурирующими, а дополняющими друг друга видами питательной поддержки. При госпитализации больного в лечебно-профилактическое учреждение необходимо определить вид нутритивной поддержки. Группа риска развития нарушения пищевого статуса среди госпитализированных больных достаточно велика, она значительно увеличивается при длительной госпитализации и нахождении больного в стационаре (табл. 4).

Таблица 4

#### ГРУППЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО СТАТУСА

Группы больных	Степень риска
Больные в критических состояниях	70%
Пожилые пациенты	50%
Больные с респираторными заболеваниями	45%
Пациенты с воспалительными и инфекционными процессами	80%
Онкологические больные	85%

#### Парентеральное питание (ПП)

Способ обеспечения больного питательными веществами, минуя желудочно-кишечный тракт. При этом специальные инфузионные растворы, способные активно включаться в обменные процессы организма, могут вводиться внутривенно или внутриартериально. Наиболее часто используется внутривенный путь введения питательных жидкостей.

Основной причиной назначения ПП является невозможность использования нормального перорального способа питания, т.е. больной в течение длительного времени в силу различных обстоятельств не хочет, не может или не должен принимать пищу естественным путем.

Традиционным является использование парентерального питания в интенсивной терапии больных, подвергшихся плановому или экстренному лечению. Парентеральное питание ограничивает катаболические реакции, нормализует обмен веществ, повышает резистентность организма.

Показания к назначению ПП:

- невозможность полноценного энтерального питания, в том числе зондового;
- дистрофия и кахексия любого генеза;
- сепсис, энцефалит, менингококцемия, черепно-мозговая травма в катаболической фазе

процесса;

- длительная неукротимая рвота любого происхождения;
- длительное и глубокое бессознательное состояние с расстроенным механизмом глотания;
- период лучевой или химиотерапии;
- невозможность приема пищи через рот при пороках развития и травмах челюстно-лицевой области и глотки;
- стойкий парез кишечника;
- истощенные больные перед предстоящим хирургическим лечением;
- больные с психической анорексией.

#### Выбор способа введения питательных смесей

При показаниях к внутривенному питанию одним из самых важных вопросов является выбор способа введения питательных веществ. Нефизиологичность данного способа введения питательных ингредиентов требует очень четкой оценки состояния пациента на предмет невозможности или неэффективности энтеральной доставки питательных и биологически активных компонентов.

В парентеральном питании в зависимости от места доставки питательных веществ различают:

- центральное ПП - через магистральные сосуды;
- периферическое ПП - через периферические вены.

При выборе парентерального способа питания пациента следует помнить, что введение препаратов в периферические вены является только временной мерой у больных, которых в течение ближайших 3 - 5 дней планируется перевести на энтеральное питание.

#### Питательные среды для парентерального питания

Парентеральное питание может быть частичным, когда оно применяется в сочетании с энтеральным или оральным, и полным, когда все нутриенты вводятся только внутривенно.

Основные составляющие парентерального питания:

- аминокислотные растворы;
- растворы углеводов;
- жировые эмульсии;
- растворы электролитов;
- витамины.

## Растворы аминокислот

Современным стандартом является применение только растворов кристаллических аминокислот, гидролизаты белков в настоящее время полностью исключены из клинической практики парентерального питания. Аминокислоты не используются в качестве источника энергии. Чаще всего для периферического питания применяются 4% - 5% растворы аминокислот (Инфезол 40, Аминоплазмаль 5%, Неонутрин 5%), для центрального питания 10% - 15% растворы аминокислот (Инфезол 100, Аминоплазмаль 10%, Аминоплазмаль 15%, Неонутрин 10% и 15%, Аминосол 600, Аминосол 800, Амидсол КЕ-Хемофарм, Аминостеонил КЕ 10%).

## Донаторы энергии

Жировые эмульсии:

- Липофундин МСТ/ЛСТ10 и 20%;
- Липовеноз 10 и 20% (ЛСТ-эмульсия);
- Интралипид 10 и 20% (ЛСТ-эмульсия).

## Осложнения при парентеральном питании

Как уже отмечалось, внутривенный способ введения питательных растворов нефизиологичен, поэтому применение парентерального питания создает предпосылки для целого ряда осложнений - технических, инфекционных и метаболических.

Технические осложнения связаны с доступом к сосудистой системе, канюлированием и катетеризацией вен, уходом за местом введения катетера.

Септические осложнения обычно связаны с инфицированием катетера, инфузионного тракта или внутривенных питательных смесей.

Метаболические осложнения, как правило, возникают в связи с неадекватным проведением парентерального питания, колебаниями уровня метаболитов в крови.

## Энтеральное зондовое питание

В условиях, когда функции желудочно-кишечного тракта сохранены, внутрижелудочное зондовое питание сбалансированными рационами позволяет полностью обеспечить энергетические и пластические потребности организма, даже в условиях повышенных энергозатрат. Однако в ранние сроки постагрессивного периода из-за структурных и функциональных нарушений внутрижелудочное питание далеко не всегда оказывается возможным. В этих случаях речь идет о внутрикишечном введении нутриентов.

Отсутствие поступления нутриентов из просвета кишки приводит к атрофии слизистой оболочки кишечника, нарушению проницаемости кишечного барьера, транслокации бактерий и эндотоксинов, что существенно повышает риск послеоперационных осложнений. С этих позиций энтеральное питание должно назначаться как можно раньше и расцениваться как лечебный фактор нормализации метаболизма структур самого кишечника, раннего восстановления функций желудочно-кишечного

тракта.

Современные технологии энтерального питания позволяют решить эту задачу. В основе - поэтапное проведение энтеральных инфузий с использованием электролитных растворов, нутрицевтиков, гидролизованных питательных смесей.

#### Смеси для энтерального питания

Стандартные смеси могут использоваться в качестве полной диеты для перорального дополнительного питания, а также могут быть введены через зонд в желудок или тонкую кишку.

Как правило, стандартные диеты содержат все необходимые макронутриенты, микронутриенты и витамины в соответствии с суточными потребностями организма в различных патологических состояниях. Стандартные смеси предназначены для коррекции или предупреждения белково-энергетической недостаточности практически во всех ситуациях, когда естественное питание невозможно или недостаточно.

Использование стандартных полимерных диет предполагает сохранность функций желудочно-кишечного тракта или этап их восстановления при переходе от парентерального питания к энтеральному и обычному питанию.

Наиболее часто используемые стандартные диеты: Унипит, Нутриэн Стандарт, Клинутрен, Берламин модуляр, Нутрикомп АДН Браун Стандарт, Нутризон, МД Мил Клинипит.

Полуэлементные смеси - сбалансированные смеси, содержат белковые гидролизаты и предназначены для энтерального питания хирургических и терапевтических больных различного профиля, имеющих нарушения функций желудочно-кишечного тракта, - Пептамен, Нутриэн Элементаль и другие аналоги.

Иммуномодулирующие гиперметаболические смеси предназначены для коррекции нарушений метаболического и иммунного статуса у больных и пострадавших с тяжелой травмой, ожогами, сепсисом, риском развития инфекции и инфекционных осложнений, особенно в критических состояниях - Нутриэн иммун.

Метаболически направленные смеси - Нутриэн гепа, Нутриэн нефро, Нутриэн Пульмо, Нутриэн Диабет, Гепамин, Ренамин, Нутрикомп АДН Браун диабет, Нутрикомп АДН Браун ренал.

Модули - МСТ модуль Берламин Модуляр, Протеин модуль.

Выбор доступа определяется предполагаемой длительностью энтеральной поддержки. По продолжительности нутритивная поддержка подразделяется на краткосрочную (до 3-х недель), средней продолжительности (от 3-х недель до 1 года), длительную (более 1 года). Для энтерального питания в сроки до 3-х недель используется назогастральный или назоюнональный доступы. При проведении длительной или средней продолжительности нутритивной поддержки принято использовать чрескожную, эндоскопически контролируемые гастро-, еюностомию или хирургическую гастро- или энтеростомию. Возможно также проведение перорального энтерального питания в так называемом режиме sip feeding (питье малыми глотками через трубку).

#### Специализированные продукты лечебного питания

Специализированные продукты лечебного питания не относятся к категории лекарственных препаратов, а используются как лечебное и профилактическое питание для нормализации функционирования организма. Они могут оказывать свое действие только на фоне соблюдения основных принципов лечебного питания, посредством введения в состав диеты. Специализированными продуктами лечебного питания могут быть натуральные природные источники пищи или продукты специально созданные путем извлечения или удаления нежелательных компонентов из перерабатываемого сырья, продуктов питания или сочетанием указанных приемов.

Разработка специализированных диет, в основу которых положены принципы сбалансированного питания, адекватности составления меню с включением легкоусвояемых специализированных продуктов питания в зависимости от состояния больного, стадии патологического процесса, течения заболевания и индивидуальной потребности больного, регламентирована новым [Приказом](#) N 330 МЗ РФ от 05.08.2003 "О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях". Роль специализированных продуктов питания в системе диетотерапии отражена на [схеме 6](#).

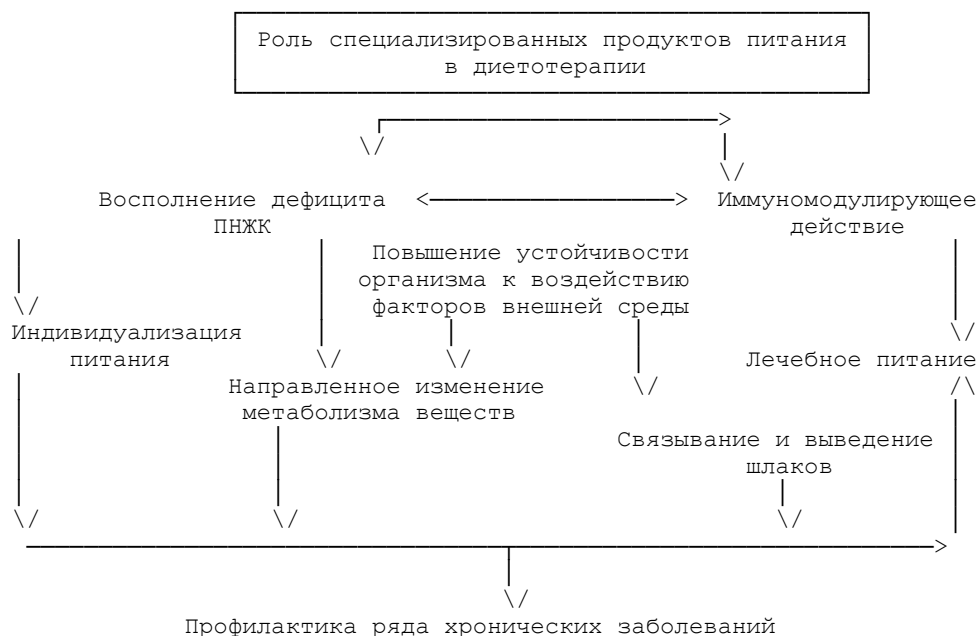


Схема 6. Роль специализированных продуктов питания в системе диетотерапии

В качестве специализированных продуктов лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях могут быть использованы смеси, содержащие основные макронутриенты и микронутриенты в оптимальных соотношениях или в количестве необходимом для коррекции основных компонентов пищи.

Специализированные смеси ДИСО для лечебного питания, разработанные НИИ питания РАМН и рекомендованные для применения в лечебно-профилактических учреждениях: "Нутринор", "Нутримун", "Нутрифиб".

Специализированная смесь ДИСО "Нутринор"

Специализированная смесь "Нутринор" рекомендуется в качестве лечебного питания в ЛПУ для оптимизации восстановительного процесса и профилактики заболеваний.

Показания:

1. Лечебное питание пациентов с различными заболеваниями, не требующими проведения парентерального и энтерального питания. Используются специализированные смеси для обогащения традиционного рациона согласно действующим регламентирующим приказам или в качестве заместительной диетотерапии при необходимости проведения щадящего принципа питания (тяжелое состояние больного и средней тяжести), а также при необходимости уменьшения ферментативной нагрузки при патологии органов пищеварения.

2. Лечебное питание с полной заменой пищевых продуктов на пищевые вещества (макронутриенты), входящие в состав смесей, приготовленных на основе изолята соевого белка для проведения лечебного питания для тяжелых больных и при переходном периоде после применения мономерных и элементных смесей (энтерального питания).

3. Лечебное питание для больных с лактазной недостаточностью или клиническими симптомами непереносимости молока. В основу проведения диетотерапии положен принцип полной замены молока на сухие белковые композитные безлактозные смеси.

"Нутринор" используется:

- Для обогащения лечебного рациона питания и стандартных диет.
- В заместительной (полностью или частично) диетотерапии при тяжелом состоянии больного.
- Для коррекции диеты с низким содержанием белка.
- При назначении гипоаллергенной диеты.

Специализированная смесь ДИСО "Нутримун"

Смесь "Нутримун" - специализированный продукт для коррекции нарушений метаболического и иммунного статуса у пациентов с угнетенной иммунной системой при тяжелых инфекционных процессах, ожогах, обширных хирургических воздействиях.

"Нутримун" используется:

- В заместительной (полностью или частично) диетотерапии при тяжелом состоянии больного.
- Для коррекции иммуннодефицитного состояния.
- В переходном периоде от энтерального к лечебному питанию.

Специализированная смесь ДИСО "Нутрифиб"

Смесь "Нутрифиб" обеспечивает поддержание нормальной микрофлоры кишечника, восстановление его биоценоза и нормального функционирования. Используется у пациентов, которым необходимо длительное обеспечение питанием, обогащенным пищевыми волокнами; у больных,



длительно находящихся в лежачем положении (в т.ч. геронтология), для компенсации недостаточного обеспечения балластными веществами, для нормализации частоты стула при запорах.

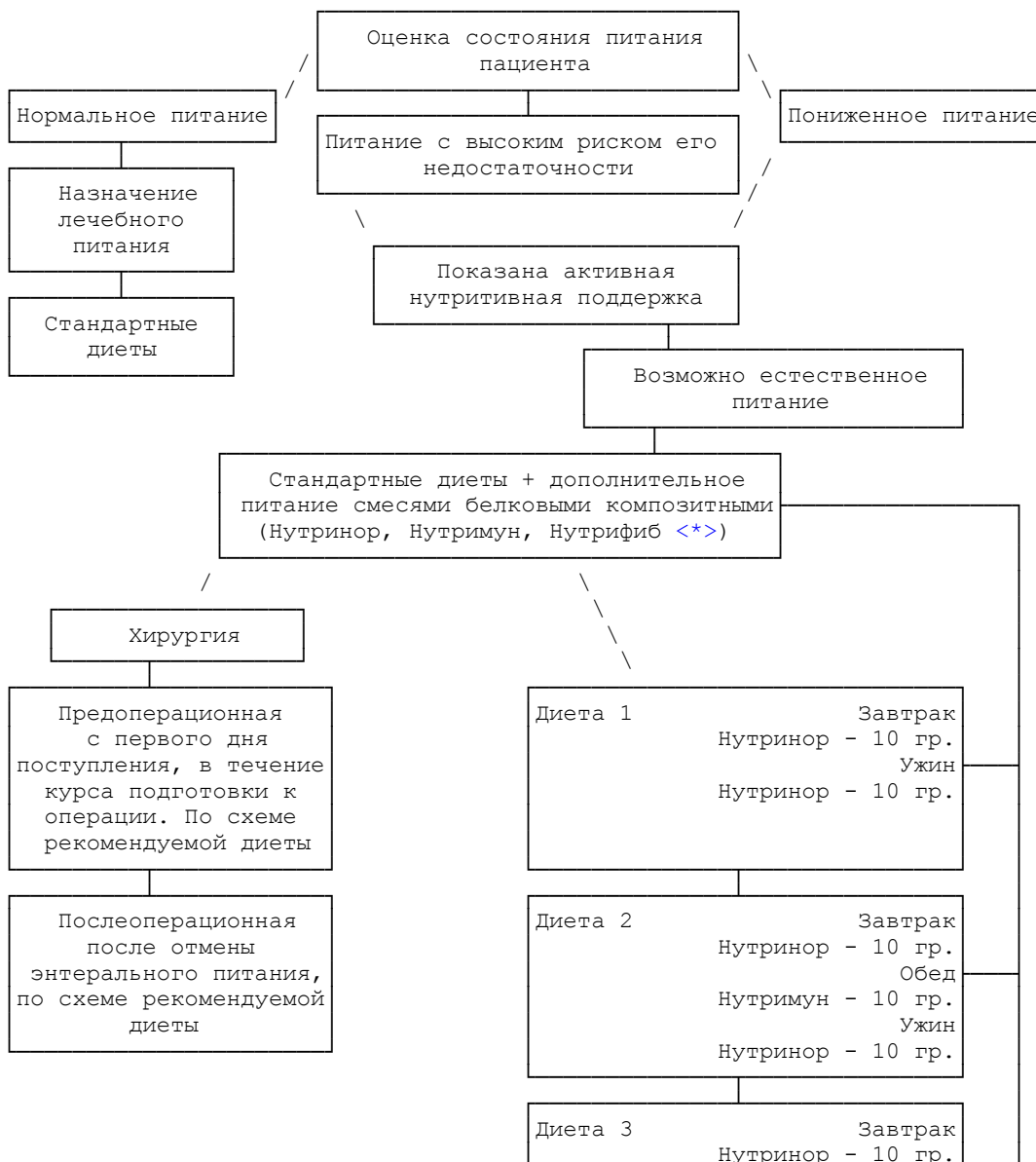
"Нутрифиб" используется:

- Для компенсации недостаточного обеспечения балластными веществами.

Организация нутритивной поддержки специализированными смесями приведена в [таблице 5](#).

Таблица 5

### НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА ХИРУРГИЧЕСКИХ (ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ, ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ) И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНОГО ПРОФИЛЯ



	Обед	
Нутримун - 10 гр.		
	Ужин	
Нутринор - 10 гр.		
-----		
Диета 4	Завтрак	
Нутринор - 10 гр.		
	Обед	
Нутримун - 10 гр.		
	Ужин	
Нутринор - 10 гр.		
-----		
Диета 5	Завтрак	
Нутринор - 10 гр.,		
Нутрифиб - 10 гр.		
	Обед	
Нутринор - 10 гр.,		
Нутрифиб - 10 гр.		
	Ужин	
Нутринор - 10 гр.,		
Нутрифиб - 10 гр.		

<\*> Применение с первого дня поступления. Даны минимальные количества, возможно увеличение в 1,5 - 2 раза по показаниям.

Введение в состав стандартных диет специализированных продуктов питания позволяет оптимизировать лечебно-диагностический процесс, а также улучшить экономические показатели работы пищеблока (табл. 6).

Таблица 6

#### ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СНИЖЕНИЯ ЗАТРАТ ПИЩЕБЛОКА

Основные направления	Критерии	Показатели	%
Снижение затрат пищеблока	Холодильное хранение мяса, молока, скоропортящихся продуктов	Экономия электроэнергии	40%
	Снижение трудоемкости процесса приготовления пищи	Экономия заработной платы	30%
	Снижение трудоемкости процесса приготовления пищи	Отсутствие необходимости в закупке машин тонкого измельчения и гомогенизаторов	

#### Оценка состояния питания

При поступлении пациентов в стационар с целью определения объема и качества нутритивной поддержки в составе комплекса основных лечебных мероприятий необходимо, прежде всего, оценить исходный пищевой статус пациента по совокупности результатов клинического осмотра и

специфических показателей.

При этом следует помнить, что поддерживающее питание необходимо назначать параллельно с началом обследования. Исходно пациентам могут быть предложены специализированные смеси для лечебного питания в виде напитка.

Для оценки пищевого статуса применяется анкетно-опросный метод.

При поступлении больного определяется характер заболевания, наличие обострения, осложнений, методы лечения заболеваний (химио-радиотерапия, иммуносупрессивная терапия, которые могут оказывать отрицательное влияние на состояние больного), наличие оперативных вмешательств на органах пищеварения в анамнезе, выраженность клинических симптомов, вредные привычки. По данным диетanamнеза выявляется характер питания, адекватность потребления пищевых веществ, оценивается динамика массы тела. Оцениваются клинические проявления заболевания: наличие анорексии, тошноты, рвоты, диареи, болевого синдрома, состояние жевательного аппарата.

#### Антропометрические методы

В последние годы согласно данным экспертов по питанию ФАО/ВОЗ в качестве высокоинформативного и простого показателя, отражающего состояние питания, используется так называемый индекс массы тела (ИМТ) или индекс Кетле, определяемый как отношение массы тела (в кг) к росту (в м), возведенному в квадрат. Оценка состояния питательного статуса по показателю индекса массы тела представлена в [табл. 7](#).

Таблица 7

#### ХАРАКТЕРИСТИКА ПИЩЕВОГО СТАТУСА ПО ПОКАЗАТЕЛЮ ИМТ (КГ/КВ. М) С УЧЕТОМ ВОЗРАСТА

Характеристика пищевого статуса	Значения ИМТ (кг/кв. м ) с учетом возраста	
	18 - 25 лет	26 лет и старше
Нормальный	19,5 - 22,9	20,0 - 25,9
Повышенное питание	23,0 - 27,4	26,0 - 27,9
Ожирение 1 степени	27,5 - 29,9	28,0 - 30,9
Ожирение 2 степени	30,0 - 34,9	31,0 - 35,9
Ожирение 3 степени	35,0 - 39,9	36,0 - 40,9
Ожирение 4 степени	40,0 и выше	41,0 и выше
Пониженное питание	18,5 - 19,4	19,0 - 19,9
Гипотрофия 1 степени	17,0 - 18,4	17,5 - 18,9
Гипотрофия 2 степени	15,0 - 16,9	15,5 - 17,4
Гипотрофия 3 степени	ниже 15,0	ниже 15,5

Наиболее часто в оценке недостаточности питания используются следующие антропометрические измерения и расчетные формулы:

- Окружность плеча (ОП).
- Толщина кожно-жировой складки трицепса (КЖСТ).

Измеряется с помощью калипера, адипометра, штангенциркуля. Оценка производится на основании величины % отклонения толщины КЖСТ от нормы (табл. 8).

- Окружность мышц плеча (ОМП).

Рассчитывается по формуле:

$$\text{ОМП (см)} = \text{ОП (см)} - 0,314 \times \text{КЖСТ (мм)}.$$

Оценивается на основании величины % отклонения от нормы (табл. 8).

Таблица 8

#### ХАРАКТЕРИСТИКА ПИЩЕВОГО СТАТУСА ПО ТОЛЩИНЕ КЖСТ (ММ) С УЧЕТОМ ВОЗРАСТА

Состояние питания	Возраст, лет							
	мужчины					женщины		
	18 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	> 50	18 - 39	40 - 49	> 50
Нормальное (100%)	13,4 - 20	15,3 - 18,7	16,2 - 14,6	15,6 - 14,0	13,8 - 12,4	11 - 10,8	12,6 - 11,3	11,7 - 11,5
Легкое нарушение (90 - 80%)	12,0 - 10,7	13,7 - 12,2	14,6 - 13,0	14,0 - 12,5	12,4 - 11,0	10,8 - 8,9	11,3 - 10,1	11,5 - 9,4
Нарушение средней тяжести (80 - 70%)	10,7 - 9,4	12,2 - 10,6	13,0 - 11,3	12,5 - 10,9	11,0 - 9,7	8,9 - 7,8	10,1 - 8,8	9,4 - 8,2
Тяжелое нарушение (< 70% от нормы)	< 9,4	< 10,6	< 11,3	< 10,9	< 9,7	< 7,8	< 8,8	

Таблица 9

#### ХАРАКТЕРИСТИКА ПИЩЕВОГО СТАТУСА ПО ОМП (СМ)

Состояние питания	ОМП	
	мужчины	женщины
Нормальное (100%)	25,3 - 22,8	23,2 - 20,9
Легкое нарушение (90 - 80%)	22,8 - 20,2	20,9 - 18,6
Нарушение средней тяжести (80 - 70%)	20,2 - 17,7	11,6 - 16,2

Тяжелое нарушение (< 70% от нормы)	< 17,7	< 16,3
------------------------------------	--------	--------

### Лабораторные методы

Пищевой статус организма определяется состоянием двух основных белковых пулов - соматического мышечного белка и висцерального (белков крови и внутренних органов). Оценка соматического пула белка основана на антропометрических показателях. Лабораторные методы характеризуют в первую очередь висцеральный пул белка, который отражает белково-синтетическую функцию печени, состояние органов кровотока и иммунитета. Наиболее часто используются следующие показатели:

- общий белок;
- альбумин - является надежным прогностическим маркером;
- трансферрин - снижение его концентрации в сыворотке позволяет выявить более ранние изменения белкового питания;
- абсолютное число лимфоцитов - по их содержанию можно оценить состояние иммунной системы, супрессия которой коррелирует со степенью белковой недостаточности;
- кожная проба с любым микробным антигеном - также подтверждает иммуносупрессию;
- оценка азотистого баланса (АБ).

Оценка недостаточности питания с использованием лабораторных показателей приведена в [табл. 10](#).

Таблица 10

### КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ

Показатель	Стандарт	Степень недостаточности питания		
		легкая	средняя	тяжелая
Альбумин, г/л	> 35	35 - 30	30 - 25	< 25
Трансферрин, г/л	> 2,0	2,0 - 1,8	1,8 - 1,6	< 1,6
Лимфоциты, 10/л	> 1800	1800 - 1500	1500 - 900	< 900
Кожная реакция, мм	< 15	15 - 10	10 - 5	< 5

Оценив степень питательной недостаточности, необходимо определить ее тип (маразм, квашиоркор или смешанный).

Маразм - истощение периферических белков и энергетических запасов, висцеральный пул белка сохранен. Характерно снижение массы тела, атрофия скелетных мышц, истощение запасов жира,

возможен иммунодефицит. Изменений функции печени и других внутренних органов нет.

Квашиоркор - сохранен соматический, но истощен висцеральный пул белка. Характеризуется отеками, гипоротеинемией, снижением функции печени, возможен иммунодефицит, масса тела нормальная, даже может быть повышена.

Смешанный тип - масса тела снижена, истощен запас жира, истощен соматический и висцеральный пул белка, иммунодефицит.

Поскольку не существует отдельных маркеров, которые позволяют выявить наличие и степень питательной недостаточности, разработана балльная оценка нескольких разноплановых маркеров состояния питания (табл. 11).

Таблица 11

### ПАРАМЕТРЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ И ТИПА НАРУШЕНИЯ ПИТАНИЯ

Степень нарушения	Суммарные баллы	Иммунологические	Антропометрические				Биохимические	
			КРИ, % от нормы	ОМП, % от нормы	КЖСТ, % от нормы	ИМТ, кг/кв. м	транс-феррин, г/л	альбумин, г/л
Норма	21	1800	100 - 90	100 - 90	100 - 90	19,0 - 26,0	20	35
Легкая	21 - 14	1800 - 1500	90 - 80	90 - 80	90 - 80	18,9 - 17,5	2,0 - 1,8	35 - 30
Средняя	17 - 14	1500 - 900	80 - 70	80 - 70	80 - 70	17,4 - 15,5	1,8 - 1,6	30 - 25
	< 14	< 900	< 70	< 70	< 70	< 15,5	< 1,6	< 25
			Маразм				Квашиоркор	

Проведенная при поступлении клиническая оценка состояния пищевого статуса чаще всего определяет необходимость назначения у многих больных дополнительной нутритивной поддержки уже в 1 сутки их нахождения в стационаре.

Объем и состав предлагаемой нутритивной поддержки могут варьироваться от 400 - 600 мл витаминно-минеральных напитков до 200 - 400 мл специальных сбалансированных смесей, с учетом их пищевой ценности. Больные с выраженными нарушениями пищевого статуса, включенные в группу риска, должны пройти дополнительное обследование по определению степени выраженности недостаточности питания.

Назначение базисной диеты, коррекция диеты соответственно тяжести состояния больного и нозологической формы заболевания проводятся дежурным (лечащим) врачом. Назначенная диета вносится в историю болезни и одновременно в сводный заказ на всех поступивших больных, который направляется старшей медицинской сестрой на пищеблок в установленное время. Учет диет ведется

палатными медицинскими сестрами, ежедневно сообщаями старшей медицинской сестре отделения количество больных и их распределение по диетам.

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. Заявка на дополнительное питание (специализированные смеси) проводится старшей медицинской сестрой согласно дополнительной сводке, подписанной заведующим отделением и утвержденной заместителем главного врача по лечебной работе. Диетсестра 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-М3**).

В меню-раскладке в состав продуктов, необходимых для приготовления всех порций данного блюда, включается специализированная смесь с указанием количества в граммах и методики введения ее в состав диетического блюда (технологические карты).

Контроль за проведением лечебного питания, состоянием больных, в лечении которых используются специализированные смеси, как индивидуальные виды лечебного питания, проводится медицинской сестрой по уходу, старшей медицинской сестрой и заведующим отделением (**табл. 12**).

Таблица 12

#### ПОКАЗАНИЯ И СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ НУТРИТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В КЛИНИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ

Заболевание	Парентеральное	Энтеральное	Лечебное
Хирургия			
Опухоли и стенозы пищевода	4 - 5 дней	10 - 15 дней	До выписки из стационара
Острый аппендицит	-		Весь срок госпитализации
Острый холецистит	-	4 - 5 дней	До выписки из стационара
Хронический холецистит	-	4 - 5 дней	До выписки из стационара
Язвенная болезнь желудка	1 - 2 дня полное парентеральное питание, затем 1 день частичное парентеральное питание	5 - 7 дней	До выписки из стационара
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	1 - 2 дня полное парентеральное питание, затем 1 день частичное парентеральное питание	5 - 7 дней	До выписки из стационара
Онкологические заболевания желудочно-кишечного тракта	До купирования явлений кишечной недостаточности	7 - 10 дней	До выписки из стационара

Разлитой перитонит	До купирования явлений кишечной недостаточности	7 - 10 дней	До выписки из стационара
Неспецифический язвенный колит	До купирования явлений кишечной недостаточности	7 - 10 дней	До выписки из стационара
Острый панкреатит	До купирования явлений кишечной недостаточности	7 - 10 дней	До выписки из стационара
Панкреонекроз	До купирования явлений кишечной недостаточности	7 - 10 дней	До выписки из стационара
Цирроз печени	5 - 7 дней		До выписки из стационара
Трофические осложне- ния сахарного диабета ("диабетическая стопа")	-	5 - 7 дней	До выписки из стационара
Большие послеопераци- онные грыжи	-	5 - 7 дней	До выписки из стационара
Онкологические заболевания щитовидной железы	-		Весь срок госпитализации
Урология			
Острый и хронический пиелонефрит	7 - 10 дней	В зависи- мости от возраста больного и степени нарушения питания. Больные старше 65 лет - 3 - 5 дней	7 - 10 дней
Острая почечная недостаточность	1 - 2 дня полное парентеральное питание, затем 1 день частичное парентеральное питание	7 - 10 дней	До выписки из стационара
Терапия			
Острые и хронические заболевания легких	-		Весь срок госпитализации
Анемии различной этиологии	-		Весь срок госпитализации
Коллагенозы	-		Весь срок госпитализации
Гастроэнтерология			
Острые и хронические заболевания желудоч- но-кишечного тракта, поджелудочной железы	3 - 5 дней		До выписки из стационара



Кардиология			
Острый инфаркт миокарда	-	1 - 3 дня	До выписки из стационара
Хроническая сердечная недостаточность	-	1 - 3 дня	До выписки из стационара
Отоларингология			
Онкологические заболевания гортани	1 - 2 дня полное парентеральное питание, затем 1 день частичное парентеральное питание	5 - 7 дней	До выписки из стационара
Воспалительные заболевания, осложненные вторичным менингитом	1 - 2 дня полное парентеральное питание, затем 1 день частичное парентеральное питание	2 - 3 дня	До выписки из стационара
Неврология			
Боковой амио-трофический синдром	-	1 - 3 дня	До выписки из стационара
Полимиелорадикулоневрит Гильена-Барре	-	1 - 3 дня	До выписки из стационара
Злокачественная миастения	-	1 - 3 дня	До выписки из стационара
Нарушение мозгового кровообращения	1 - 3 дня	3 - 5 дней	До выписки из стационара
Наркология			
Хронический алкоголизм	-	-	Весь срок госпитализации

Таблица 13

### ПОКАЗАНИЯ И СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ НУТРИТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ДЕТСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ

Заболевание	Средняя продолжительность предоперационной нутритивной поддержки			Средняя продолжительность послеоперационной нутритивной поддержки		
	Парентеральное	Энтеральное	Лечебное	Парентеральное	Энтеральное	Лечебное
Доброкачественные опухоли мягких тканей (гемангиомы, лимфангиомы)		С первого дня поступления в стационар, 2 - 3 дня		При невозможности проведения энтерального питания (локализация опухоли)	2 - 5 дней	4 - 5 дней
Незаращение верхней губы		С первого дня поступления в стационар, 5 - 7 дней		1 - 2 дня полное парентеральное питание, затем 1 день частичное парентеральное питание	2 - 3 дня	4 - 5 дней

Незаращение неба		С первого дня поступления в стационар, 5 - 7 дней		1 - 2 дня полное парентеральное питание, затем 1 день частичное парентеральное питание	2 - 3 дня	4 - 5 дней
Ожог пищевода, стеноз пищевода	В зависи- мости от состояния больного	С первого дня поступления в стационар, 5 - 7 дней		1 - 2 дня полное парентеральное питание, затем 1 день частичное парентеральное питание	4 - 7 дней	До выпис- ки из стациона- ра
Врожденный короткий пищевод		С первого дня поступления в стационар, 5 - 7 дней	7 - 10 дней	1 - 2 дня полное парентеральное питание, затем 1 день частичное парентеральное питание	4 - 5 дней	До выпис- ки из стациона- ра
Опухоли грудной полости средостения		С первого дня поступления в стационар, 5 - 7 дней	7 - 10 дней	1 - 2 дня полное парентеральное питание, затем 1 день частичное парентеральное питание	4 - 5 дней	До выпис- ки из стациона- ра
Воспалительные заболевания легких и плевры	В зависи- мости от состояния больного	С первого дня поступления в стационар, 5 - 7 дней	7 - 10 дней			
Травмы грудной полости	В зависи- мости от состояния больного	С первого дня поступления в стационар, 5 - 7 дней	7 - 10 дней	1 - 2 дня полное парентеральное питание, затем 1 день частичное парентеральное питание	4 - 7 дней	До выпис- ки из стациона- ра
Пупочная грыжа, грыжа белой линии живота, пахов- ая грыжа		В зависимости от оценки пищевого статуса больного	1 - 2 дня		2 - 3 дня	3 - 4 дня
Острый аппендицит					2 - 3 дня	5 - 7 дней
Хронический аппендицит			С первого дня пос- тупления в стационар			5 - 7 дней
Острый холецистит			С первого дня пос- тупления в стационар		4 - 5 дней	7 - 10 дней
Цирроз печени		С первого дня поступления в стационар, 7 - 10 дней	До выписки из стацио- нара			
Язва желудка и двенадца- типерстной кишки		С первого дня поступления в стационар	До выписки из стационара	1 - 2 дня полное парентеральное питание, затем 1 день частичное парентеральное питание	5 - 7 дней	7 - 10 дней
Разлитой	С первого			До купирования	7 - 10	До выпис-

перитонит	дня поступления в стационар			явлений кишечной недостаточности	дней	ки из стациона- ра
Неспецифический язвенный колит	В зависимости от тяжести состояния больного	С первого дня поступления в стационар, 7 - 10 дней	До выписки из стационара	До купирования явлений кишечной недостаточности	7 - 10 дней	До выписки из стационара
Острый панкреатит		С первого дня поступления в стационар, 5 - 7 дней	До выписки из стационара	До купирования явлений кишечной недостаточности	7 - 10 дней	До выписки из стационара
Непроходимость кишечника	С первого дня поступления в стационар			До купирования явлений кишечной недостаточности	7 - 10 дней	До выписки из стационара
Воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта		С первого дня поступления в стационар, 5 - 7 дней	До выписки из стационара			
Травмы брюшной полости	С первого дня поступления в стационар	С первого дня поступления в стационар, 5 - 7 дней	До выписки из стационара	До купирования явлений кишечной недостаточности	7 - 10 дней	До выписки из стационара
Аномалии почек, лоханок, мочеточников. Пороки развития яичек и семенного канатика		С первого дня поступления в стационар до проведения оперативного вмешательства			2 - 3 дня	До выписки из стационара
Травматические повреждения органов мочевой системы	В зависимости от тяжести состояния больного	С первого дня поступления в стационар до проведения оперативного вмешательства		До купирования явлений кишечной недостаточности	7 - 10 дней	До выписки из стационара
Черепно-мозговая травма	В зависимости от тяжести состояния больного	С первого дня поступления в стационар, 5 - 10 дней	5 - 10 дней			
Переломы костей (больные, находящиеся на скелетном вытяжении)		С первого дня поступления в стационар, 5 - 7 дней	5 - 10 дней			
Коллагенозы		С первого дня поступления в стационар, 5 - 7 дней	5 - 10 дней			

В соответствии с [Приказом](#) МЗ РФ N 330 от 5 августа 2003 г. в ЛПУ организуются группы нутритивной поддержки.

Схема работы группы нутритивной поддержки представлена ниже ([схема 7](#)).

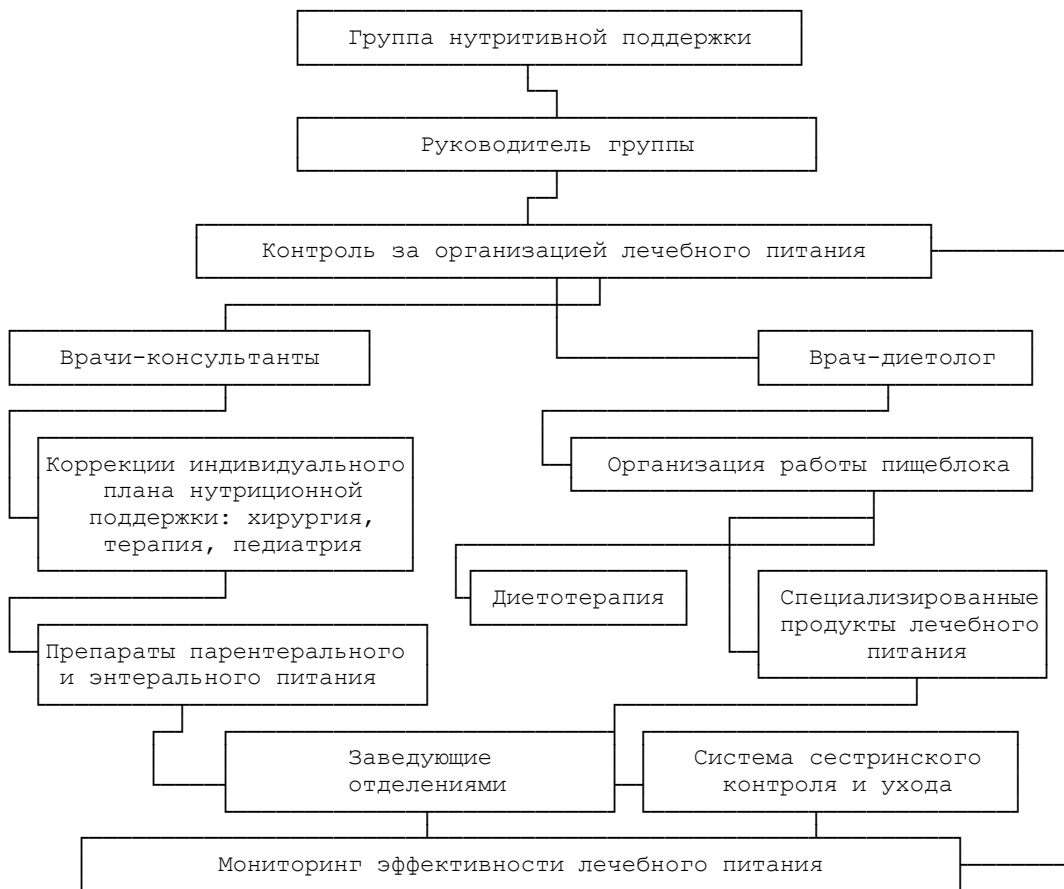


Схема 7. Система работы группы нутритивной поддержки

Перед началом проведения лечебной терапии с пациентом проводится беседа и оформляется информированное согласие.

Согласие на проведение лечебного клинического питания

Я (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_

Получил разъяснения по поводу необходимости проведения мне лечебного клинического питания (парентерального, частичного парентерального, энтерального питания и стандартные диеты + специализированное питание) (нужное подчеркнуть).

Мне объяснены врачом бригады нутритивной поддержки цель проведения клинического лечебного питания, его необходимость, характер и особенности процедуры, ее возможные последствия, в случае развития которых я согласен на проведение всех нужных лечебных мероприятий.

Я извещен о вероятном течении заболевания при отказе от проведения лечебного клинического питания.

Пациент имел возможность задать любые интересующие его вопросы касательно состояния его здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы.

Беседу провел врач \_\_\_\_\_ (фамилия разборчиво).

Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ 2005 г.

Пациент согласился с предложенным планом лечения, в чем расписался

собственноручно.

Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ 2005 г.

(при невозможности получения согласия на проведение клинического  
лечебного питания у больного, согласие на проведение клинического лечебного  
питания может быть получено у доверенного лица больного)  
или Ф.И.О. и подпись доверенного лица больного

Дата \_\_\_\_\_

Пациент (или доверенное лицо) \_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Не согласился (отказался) от предложенного плана лечения, в чем  
собственноручно расписался (или доверенное лицо) \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ 2005 г.

Врач-консультант, лечащий врач, медицинская сестра по проведению нутритивной поддержки  
проводят мониторинг лечебного питания (табл. 14).

Таблица 14

## СТАНДАРТ МОНИТОРИНГА ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_

### Данные динамического наблюдения

Показатели (за сутки)	Дни проведения нутритивной поддержки					
1. Парентеральное питание: - аминокислоты (концентрация, объем, скорость введения (мл/час)) - жировые эмульсии (концентрация, объем, скорость введения (мл/час)) - глюкоза (концентрация, объем, скорость введения (мл/час))						
2. Энтеральное питание: - солевой раствор (объем, скорость введения (мл/час)) - питательная смесь (название, концентрация, объем, скорость введения (мл/час))						
3. Лечебное специализированное питание Коррекция больничного рациона дополнительным введением необходимых (по показаниям) нутриентов в виде специализированных смесей						
4. Потери воды (мл/сут.):						

- диурез - перспирация (мл/сут.) - по зондам (мл/сут.) - по дренажам (мл/сут.)						
5. Клинические данные: - температура (ежедневно) - АД, мм/рт. ст. (ежедневно) - частота дыхания (ежедневно) - стул (частота и консистенция) (ежедневно)						
6. Лабораторные данные: Общий белок, г/л - 1 раз в неделю Альбумин, г/л - 1 раз в неделю Гемоглобин, г/л - 1 раз в 3 дня Эритроциты - 1 раз в 3 дня Лимфоциты (абсолютное количество) - 1 раз в 3 дня Глюкоза, моль/л - 1 раз в 3 дня						

Для внедрения Приказа МЗ РФ N 330 от 5 августа 2003 г. в работу ЛПУ необходимо определить этапность включения клинических отделений в программу организации лечебного питания. От контроля за проведением данной программы зависит охват больных лечебным питанием (таблица 15).

Таблица 15

### ЭТАПНОСТЬ, СРОКИ ВНЕДРЕНИЯ И ПЛАНИРУЕМЫЙ % ОХВАТА БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ

Отделения	Сроки внедрения			
	Паренте- ральное	Энтеральное	Специализиро- ванные смеси (индивидуаль- ное питание)	Стандартные диеты с коррекцией по белку
Отделения реанимации	100%	100%	-	-
Отделения хирургии	До 5%	10 - 20%	100%	100%
Отделения неврологии, терапии, кардиологии, гастроэнтерологии	1 - 2%	20 - 50	100%	100%
Отделение наркологии	-	10 - 20%	100%	100%
Отделения педиатрии	-	10 - 20%	100%	100%

Закупка препаратов парентерального, энтерального питания и специальных смесей для лечебного питания происходит по согласованию с Советом по лечебному питанию. Отпуск препаратов парентерального и энтерального питания из аптеки проводится после согласования с руководителем группы нутритивной поддержки и заключения клинико-экспертной комиссии по лекарственному обеспечению по представлению истории болезни.

Контроль за распределением питательных смесей осуществляется поэтапно.

1-й уровень.

---

Заведующий отделением: проверка работы лечащего врача и медицинской сестры, ответственной за нутритивную поддержку.

2-й уровень.

Врач-консультант: контроль за проведением нутритивной терапии конкретному больному, анализ мониторинга лечебного питания, карты мониторинга осложнений нутритивной терапии.

3-й уровень.

Ответственный за организацию работы системы лечебного питания: контроль за работой заведующих отделений, врачей-консультантов, контроль за ведением историй болезней, расходов растворов, смесей и специализированных продуктов питания.

4-й уровень.

Заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР: контроль эффективности лечебного питания ([табл. 17](#)).

5-й уровень.

Совет по питанию.

Управление качеством организации системы лечебного питания проводится на основании следующих положений:

1. Оценка качества и эффективности организации системы лечебного питания.
2. Оценка качества работы бригады нутритивной поддержки.
3. Оценка результатов проведения нутритивной поддержки.

Оценка качества и эффективности организации системы лечебного питания включает в себя разработку схем нутритивной поддержки, внедрения стандартов, наличие списка продуктов, используемых для проведения лечебного питания, наличие бригады нутритивной поддержки, наличие планов постоянного обучения членов бригады и задействованных в организации и проведении лечебного питания сотрудников.

Оценка качества работы бригады нутритивной поддержки проводится на основании распределения обязанностей между членами бригады, определения показаний и противопоказаний для проведения нутритивной поддержки, эффективности консультирования (учет консультаций) больных в отделениях, закрепления врачей-консультантов за отделениями, обеспечения подходящего доступа и вида нутритивной поддержки, подготовки протоколов проведения лечебного питания, активности использования лечебного питания (% охвата больных).

Организация финансирования системы лечебного питания

Главный врач ЛПУ должен определить источники финансирования, соответственно которым будет проводиться закупка смесей и растворов, оплата участников системы лечебного питания ([табл. 16](#)).

Таблица 16

### ИСТОЧНИКИ ВОЗМОЖНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ

Источник финансирования	% использования
Бюджетное финансирование	
Фонд обязательного медицинского страхования	
Добровольное медицинское страхование	
Платные услуги	

Определение процента использования источников финансирования необходимо для определения стратегических целей охвата пациентов нутритивной поддержкой.

Для эффективного внедрения в работу ЛПУ системы лечебного питания необходимо определить систему оплаты руководителя группы нутритивной поддержки, поощрения сотрудников, участвующих в работе:

- Контрактная система.
- Договор об оказании платных услуг.
- Оплата за дополнительно выполненную работу.
- Премирование сотрудников.

При отсутствии средств на покупку растворов, смесей и специализированных продуктов для проведения нутритивной поддержки согласно основным положениям системы государственных гарантий по оказанию медицинской помощи возможно внедрение в работу лечебного учреждения платных услуг. Нутритивная поддержка может быть расценена как дополнительная услуга, не входящая в стандарты оказания медицинской помощи, утвержденные территориальным фондом обязательного медицинского страхования. С больным заключается договор об оказании платной услуги после получения **информированного согласия** на проведение нутритивной поддержки. Главным врачом утверждается прейскурант цен на оказываемую услугу. Проведение внебюджетной деятельности при организации лечебного питания данной категории больных дает возможность руководителю поощрять задействованный персонал в проведении нутритивной поддержки.

Организация контроля за работой по обеспечению больных лечебным питанием со стороны администрации.

Таблица 17

Администрация	Уровень контроля
Главный врач	Еженедельный отчет руководителя группы
Совет по питанию	Отчет ответственного за организацию



	лечебного питания 1 раз в 3 месяца
Заместитель главного врача по лечебной работе	- Экспертиза историй болезней. - Ежедневный контроль за проведением нутритивной поддержки
Ответственный за организацию лечебного питания	- Ежедневный контроль качества и управления качеством работы, повседневный контроль качества нутритивной терапии. - Ежедневный отчет по расходу растворов, смесей и специализированных продуктов питания

Основные критерии эффективности лечения с использованием специализированных продуктов питания (R. Barton, 1994, F. Serra, 1992, J. Takala, 1995, Костюченко А.Л., 1996, Шестопалов А.Е., 1996):

- Частота развития ранних и поздних послеоперационных осложнений, в т.ч. гнойно-септических, вторичный иммунодефицит.

- Присоединение нозокомиальной инфекции (пневмонии, уроинфекция, синуситы).

- Вторичная полиорганная недостаточность.

- Длительность искусственной вентиляции легких.

- Затраты на лечение пациента - расход лекарственных препаратов, материалов, препаратов крови.

- Длительность пребывания в ОРИТ и отделениях.

- Уровень реанимационной летальности.

- Оценка экономической эффективности внедрения новых специализированных смесей лечебного питания.

Применение специализированных смесей лечебного питания является основой для повышения эффективности лечения больных различного профиля.

Рекомендуемые среднесуточные наборы продуктов являются основой при составлении стандартных диет в лечебно-профилактическом учреждении. При формировании стандартных диет для детей и взрослых, получающих санаторно-курортное лечение, используют более дорогие сорта продуктов с учетом суточных норм питания в санаториях и санаториях-профилакториях. При отсутствии полного набора продуктов на пищеблоке, предусмотренного сводным семидневным меню, возможна замена одного продукта другим 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 стандартных диет и путем проверки равномерного использования ассигнований по кварталам года.

Эффективность проведения нутритивной поддержки представлена в [таблице 18](#).

Таблица 18

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Подразделения ЛПУ	Показатели
Отделения хирургии	Снижение времени нахождения больного на койке - на 30%
	Снижение частоты развития послеоперационных осложнений - до 15 от 20%
	Уменьшение послеоперационного койко- дня - от 20% до 40%
Другие отделения	Снижение объема антибактериальной, ферментативной терапии - на 10%
	Снижение себестоимости лечения больных - на 10%