

**ДОБРЫЙ ДЕНЬ, УВАЖАЕМЫЕ
КОЛЛЕГИ!**



Роль питания в профилактике неинфекционных заболеваний

**Законодательное
обеспечение
государственной политики в
области диетического
лечебного и диетического
профилактического питания.**

**Вскармливание детей
первого года жизни**

Неинфекционные заболевания уносят преждевременно 16 миллионов жизней

***«Мировое сообщество имеет
возможность изменить ход эпидемии
НИЗ»***

Генеральный директор ВОЗ д-р Маргарет Чен

Из доклада о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире 2014г

- Предотвращение НИЗ возможно
- Большая часть основных НИЗ может быть предупреждена, если будут устранены факторы риска



80%
болезн
и
сердца



80%
инсуль
т



80%
диабет
2 типа



40%рак

Неинфекционные заболевания

- ❖ Сердечно-сосудистые заболевания
- ❖ Респираторные заболевания
- ❖ Онкологические заболевания
- ❖ Сахарный диабет 2го типа

***Являются причиной 86% случаев
преждевременной смертности в
мире***

А.А.Покровский основатель отечественной нутрициологии

Концепция сбалансированного питания

- Питание должно быть сбалансировано по содержанию различных пищевых веществ, количество которых должно находиться в определенных соотношениях друг к другу.
- Качественный состав пищевого рациона должен соответствовать ферментному статусу организма.

**Высший закон медицины -
диету блюсти неуклонно.**

Будет лечение плохим,
коль забудешь, леча, о диете.

Сколько, когда, почему, как часто
и что применимо,

Все это должен предписывать врач,
назначая диету.

«Салернский кодекс здоровья»
начало 14 века

21 век

Приказ №541 от 23.07.2010г «Единый квалификационный справочник должностных обязанностей руководителей и работников медицинских учреждений» «Врач специалист должен знать:

- Основы рационального питания;
- Принципы диетотерапии».

Приказ МЗРФ №920н от 15.11.2012г «Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «диетология»

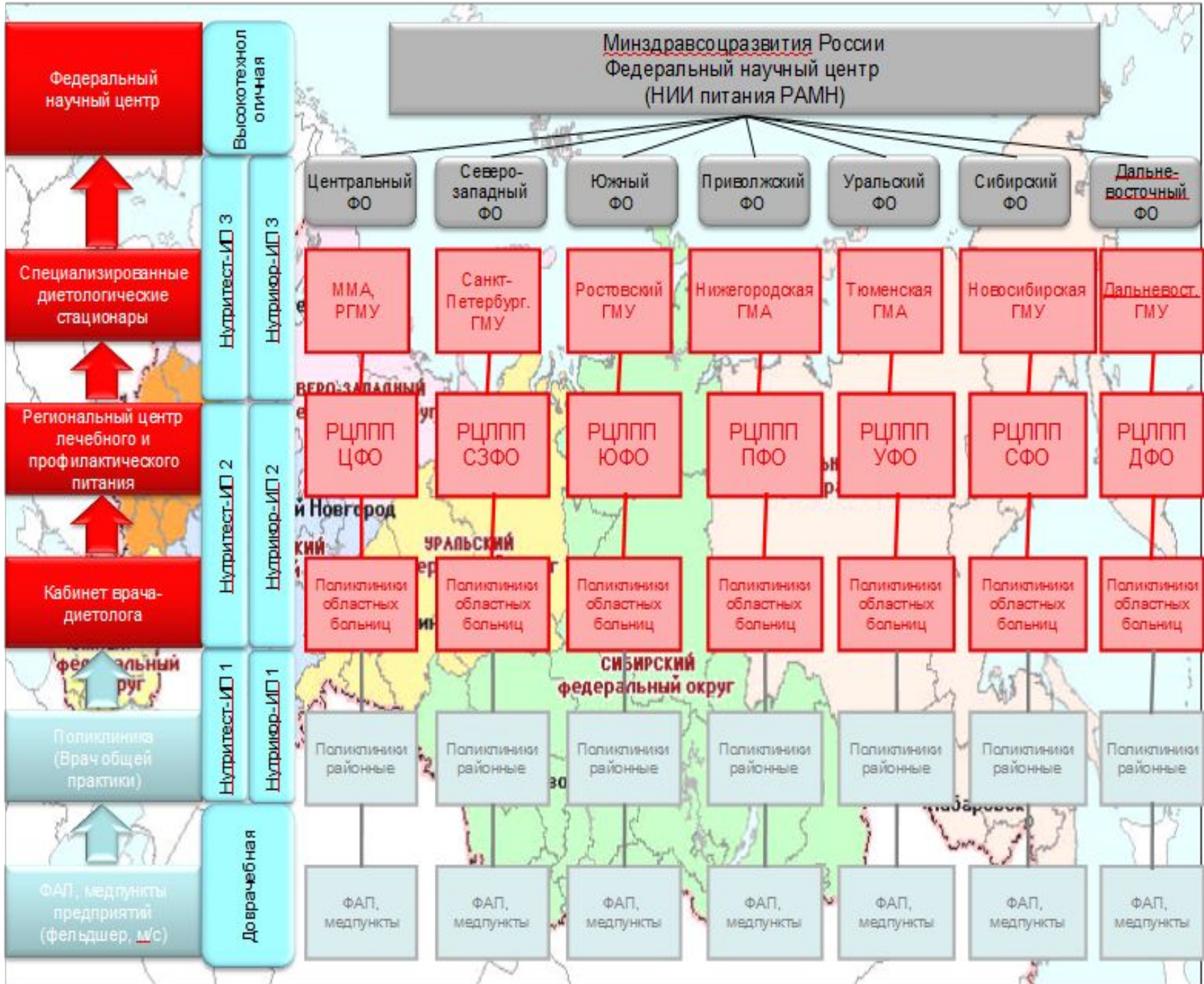
Оказание медицинской помощи населению по профилю «Диетология»

Приказ МЗРФ №474н от 24.06. 2010г «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Диетология» отменен приказом МЗРФ № 920

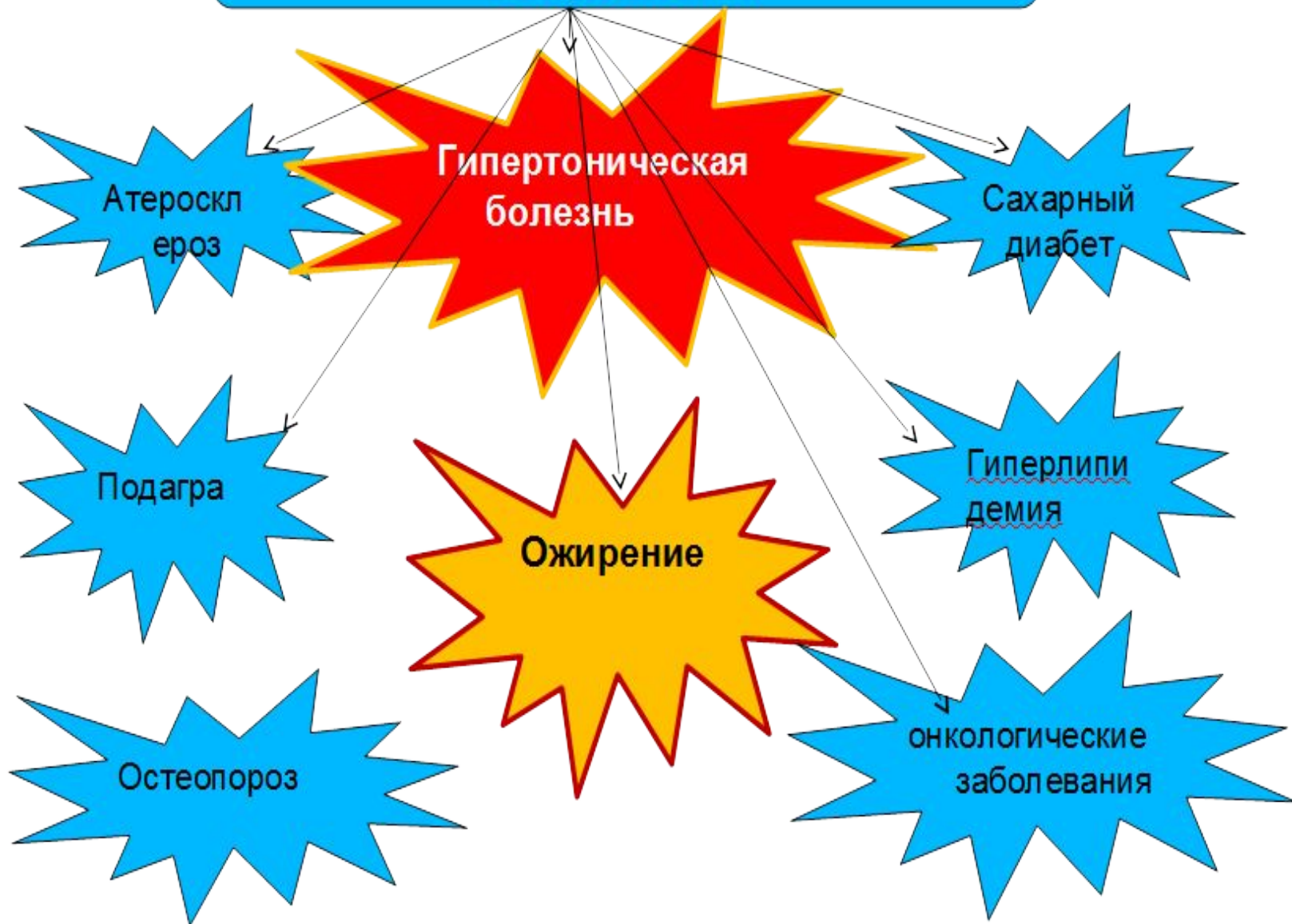
первичная медико-санитарная помощь по диетологии - терапевты, педиатры.

специализированная, в том числе высокотехнологическая, специализированная диетологическая помощь – диетологи поликлиник, стационарные специализированные отделения.

В амбулаторных условиях специализированная **диетологическая** помощь оказывается в кабинете **врача диетолога**, оснащённом современной техникой. Наблюдаются и лечатся пациенты с **избыточной массой тела, ожирением, алиментарно-зависимыми заболеваниями**, с синдромом нарушенного пищеварения, нарушениями пищевого статуса



Алиментарно-зависимые заболевания



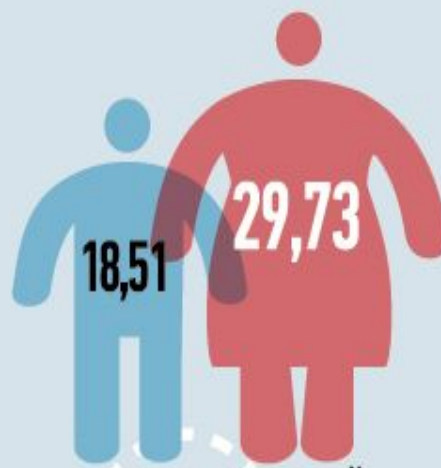
ПРОЦЕНТ ЛЮДЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ ПО ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГАМ*



СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ



СИБИРСКИЙ



СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ



ЮЖНЫЙ



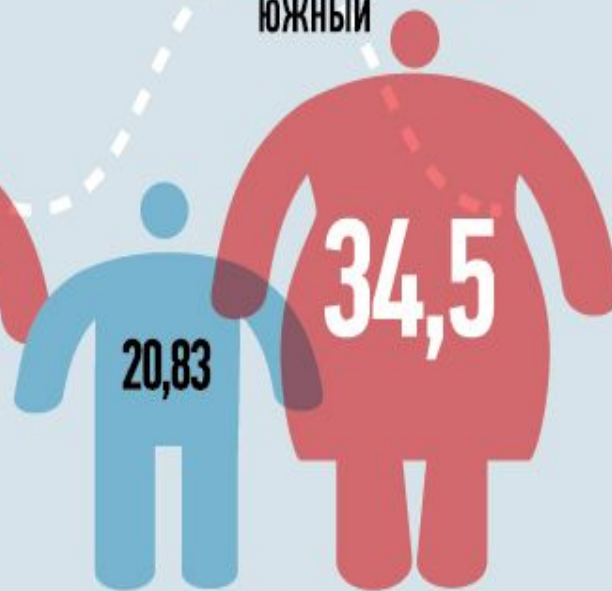
ПРИВОЛЖСКИЙ



ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ



УРАЛЬСКИЙ

ИСТОЧНИК: НИИ ПИТАНИЯ

*В исследовании не участвовал Крымский ФО. **ИЗВЕСТИЯ**

Директор «НИИ питания»

В. А. Тутельян:

«В России две беды:

обжорство и

авитаминоз!»

- **Ожирение**, как болезнь, достигло масштабов настоящей **неинфекционной эпидемии** и оказывает существенное влияние на структуру заболеваемости в современном мире и среднюю продолжительность жизни человека
- Количество людей с избыточным весом и ожирением в мире за 33 года **выросло в 2,5 раза**: с 857млн человек в 1980г до 2,1млрд в 2013г

- **К 2010г более 40млн детей** в возрасте от 5 лет имели избыточный вес, из них **30млн** – в развивающихся странах (WHO, 2009). В ходе крупномасштабного исследования детей, в возрасте от 5 до 17 лет, избыточная масса тела зафиксирована у **21,9% мальчиков** и **19,3% девочек**, а ожирение – у **6,8% мальчиков** и **5,3% девочек**

(Н. П. Соболева, 2014г).

- Несмотря на утверждение, что основной причиной ожирения является ***дисбаланс между расходом и потреблением энергии***, в последние годы появилось много данных, свидетельствующих о ранних истоках ожирения, которые закладываются ***(программируются)***, возможно, ***в период внутриутробного развития или грудного и раннего возраста***. Появился ряд исследований связывающих характер питания в период беременности с увеличением риска развития ожирения у потомства.

- Накапливаются доказательства, подтверждающие гипотезу о **негативном влиянии повышенного содержания белка в рационах питания детей грудного возраста**, что приводит к увеличению инсулина и инсулиноподобного фактора роста IGF-1, обладающих **адипогенным действием** и увеличивающих риск развития ожирения. Таким действием обладает **только белок молока**, что подтверждает актуальность рекомендации по снижению квоты неадаптированных молочных продуктов.

(С. Норре и соавторы 2004г)

- К настоящему времени доказано, что избыточная прибавка массы тела у детей первого года жизни сопровождается
- *более высоким накоплением жира при снижении белковой составляющей массы тела,*
- *нарушением чувствительности клеток к инсулину,*
- уменьшением плотности костной ткани,
- что является предпосылкой к развитию **ожирения и остеопороза во взрослой жизни.**

ПИТАНИЕ

ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВОЙ ЖИЗНИ, ОДНИМ ИЗ ГЛАВНЫХ УСЛОВИЙ НОРМАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ КАЖДОГО ЖИВОГО СУЩЕСТВА

Лечебное питание

питание служит **основой** комплексной терапии при всех заболеваниях без исключения.

Основы государственной политики в области здорового питания
Начало 21 века

При назначении лечебного питания совершенно необходимо определение состояния **пищевое статуса**, которое производится по специфическим показателям, основанным на результатах:

- **антропометрических**,
 - биохимических,
 - иммунологических,
- методов исследования.

Оба весят одинаково

Он толстый?

Он худой?



Это определяется
не весом, а
содержанием жира
в организме

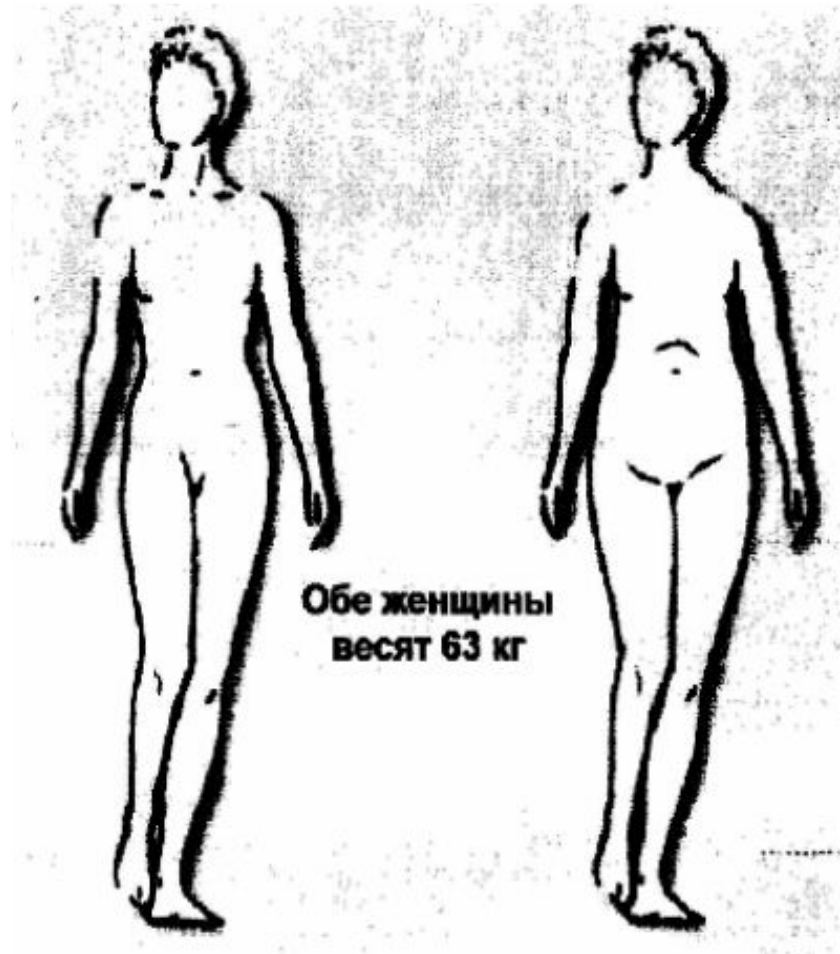


Классификация массы тела по ИМТ и риск развития сопутствующих заболеваний

Классификация	ИМТ кг/кв.м роста	Риск развития сопутствующих заболеваний
Дефицит массы тела	Менее 18.5	Низкий (повышен риск других заболеваний)
Нормальная масса тела	18.5-24.9	Средний для популяции
Избыточная масса тела	25.0-29.9	Повышенный
Ожирение 1 степени	30.0-34.9	Высокий
Ожирение 2 степени	35.0-39.9	Очень высокий
Ожирение 3 степени (тяжелое морбидное ожирение)	40.0 и более	Чрезвычайно высокий

Ожирение при нормальном весе

ИМТ = 24
%ЖМ = 23



ИМТ = 24
%ЖМ = 37

Биоимпедансный анализ (БИА)

- Производятся измерения электрического сопротивления тканей биологического объекта
- Оцениваются параметры
 - состава тела и его регионов,
 - изменений кровенаполнения и отечности в регионах,
 - состояния клеточных мембран исследуемых тканей
- номер> Оценивается основной обмен 12.04.17

Рентгеновская денситометрия



Компьютерная рентгеновская и магнитно-резонансная томография



Анализатор состава тела АВС-01 «Медасс»



Поза пациента во время исследований
(Клиника питания при Институте питания
РАМН, Москва)



- **Правовая основа организации лечебного питания**

Приказ МЗРФ № 330 от 05.08.2003г «О мерах по совершенствованию лечебного питания в ЛПУ РФ» с инструкциями и методическими письмами о его применении, изменениями: **1.** норм (брутто, нетто) за 2004год, **2.** Приказ МЗРФ №2 от 10.01.2006г о введении 20-50% белка за счёт СБКС «Дисо», **3.** от 07.10.2007г об изменении норм питания в санаториях для взрослых.

4. Инструкция по организации лечебного питания от 26.04..2006г

5. Нормы питания диета **11m** выделена в отдельные приказы для противотуберкулезных санаториев **6.** №624 от 07.10.2005г и **7.** №316 от 26.04.2006г **8.** (отменены пр №395н)

Приказ МЗРФ №395н от 05.07.2013г изменил набор стандартных диет, введена ВКД- высоко калорийная диета, нормы СБСК и ВМК

Приказ МЗСССР 333 от 10.03.1986г «Об улучшении организации лечебного питания в родильных домах (отделениях) и детских больницах (отделениях)»

Методические рекомендации МЗРФ от 24.03.2017

«Рекомендуемые нормы лечебного питания для беременных и кормящих женщин в родильных домах и детей различных возрастных групп»

- **Приказ МЗСССР № 528 от 05.07.1988г** п.19 при необходимости госпитализации детей в возрасте до 3-х лет с одним из родителей, он обеспечивается питанием по нормам терапевтического отделения и пребывание засчитывается в план койко-дней. (+тарифное соглашение)
- **Приказ МЗРФ от 05.05.2016 №279н** «Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения»
- **Приказ МЗиСРРФ №397 от04.06.2007г** «Рекомендуемые среднесуточные продуктовые наборы для организации питания в учреждениях (отделениях) социального обслуживания граждан пожилого возраста».
- **Постановление Правительства РК №299 от07.12.2006г.** «Об утверждении норм материального обеспечения детей сирот...в государственных учреждениях РК», и к нему Приложение №1 «Нормы питания для детей сирот ...» по 5-и возрастным группам. Количество **действующих диет (номенклатура)** в каждом учреждении социального обслуживания устанавливается в зависимости от наличия групп диспансерного учёта.

NB

Вниманию руководителей медучреждений!

В соответствии с частью 4 ст39 **Федерального Закона от 21.11.2011 №323-ФЗ** «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» утверждены нормы лечебного питания:

- **Приказ МЗРФ №395н;**
- *Методические рекомендации МЗРФ от 24.03 2017 «Рекомендуемые нормы лечебного питания для беременных и кормящих женщин и детей различных возрастных групп»*

Постановление Правительства РФ № 608 «Об утверждении Положения о Минздраве РФ (ред. От 02.02.2017) определены **полномочия МЗРФ**. На основании и во исполнение Конституции РФ, федеральных конституционных законов, актов Президента РФ и Правительства РФ – ***Минздрав самостоятельно принимает нормативно-правовые акты, утверждающие рационы лечебного и профилактического питания и нормы лечебного питания.***

Из Постановления;

Раздел 2 «Полномочия», пункт 5. **МЗ РФ осуществляет следующие полномочия:**

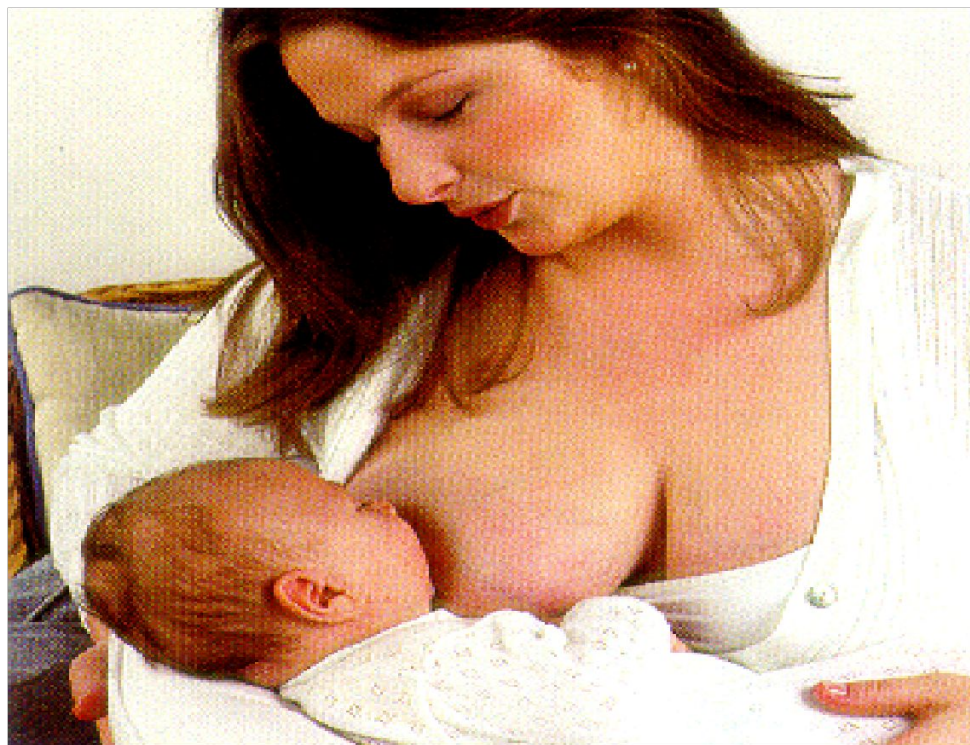
5.2) на основании и во исполнение Конституции РФ, федеральных конституционных законов, актов Президента РФ и Правительства РФ министерство **самостоятельно принимает следующие нормативные правовые акты:**

5.2.1 12) рационы диетического (лечебного и профилактического) питания;

5.2.1 13) **нормы** лечебного питания».

Таблица 2а, составная часть основной таблицы 2 Приказа МЗ РФ №330 утратила силу пунктом 2 приказа МЗ РФ № 395

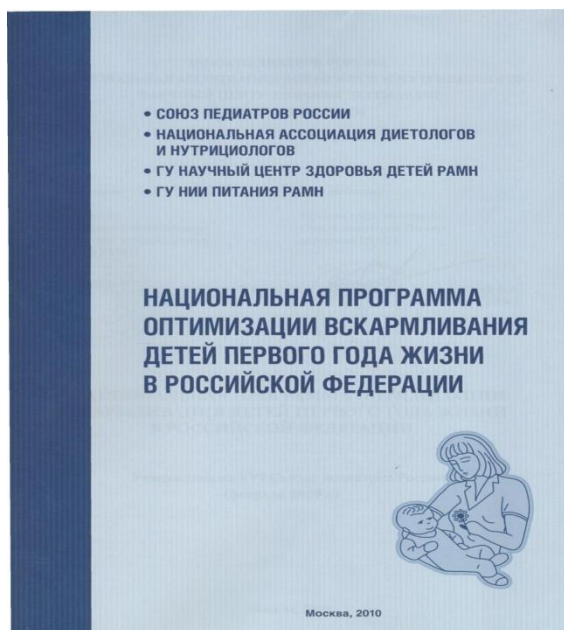
- Ст.39 Федерального закона №323-ФЗ – установлено, что нормы лечебного питания утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти **с обязательным включением специализированных продуктов питания.**
- Этим уполномоченным органом теперь является Министерство здравоохранения РФ **приказы МЗ РФ являются законными актами.**
- А что изменилось? Химический состав и калорийность стандартных диет ВКД и ВБД(Т) совершенно одинаковый и высококалорийный, поэтому в приказе №395 диету ВБД(Т) назвали ВКД, но главное в том, что калорийность и витаминация в этой диете обеспечены за счет включения **СБСК и ВМК**, утверждены приказом №395 и «Методическими рекомендациями» от 24.03.2017 №28-1/10/2-1994 теперь имеют силу **закона**



Вскармливание детей первого года ЖИЗНИ

Бородина Л. И.
Врач диетолог
2017

НАЦИОНАЛЬНАЯ ОПТИМИЗАЦИИ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ
НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ ДИЕТОЛОГОВ И НУТРИЦИОЛОГОВ
НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАМН
НИИ ПИТАНИЯ РАМН

«Согласовано»

Председатель
Национальной Ассоциации
диетологов и нутрициологов
академик РАМН



Тутельян В.А.
«18» июля 2008 г.

«Согласовано»

Председатель Исполкома
Союза педиатров России
академик РАМН



Баранов А.А.
«18» июля 2008 г.

**НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ОПТИМИЗАЦИИ
ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Утверждена на XVI Съезде педиатров России
(февраль 2009 г.)

Москва, 2010



Инициатор создания - СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ

Цель программы - рационализация питания детей первого года жизни, как один из ключевых подходов к улучшению состояния здоровья детского населения Российской Федерации

Национальная Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации

Утверждена на XVI Съезде педиатров РФ
2009 (ред. от 2011г)

Задачи:

1. Поддержка и охрана грудного вскармливания;
2. Оптимизация питания беременных женщин и **кормящих матерей**;
3. Совершенствование методов профилактики и диетотерапии алиментарно-зависимых заболеваний;
- 4. Оптимизация сроков введения и ассортимента продуктов и блюд прикорма;**
5. Разработка единой программы обучения по вопросам питания здоровых и больных детей первого года жизни для **студентов, врачей педиатров и организаторов здравоохранения**;
6. Совершенствование **нормативно-методических документов по организации питания здоровых и больных детей, беременных и кормящих женщин и достоверной отчетности о существующей практике.**

- По рекомендациям **ВОЗ и ЮНИСЕФ**, в первые 6 месяцев жизни дети должны получать **только грудное молоко**, а затем, до двухлетнего возраста и позднее, грудное вскармливание следует **продолжать**, наряду с предоставлением других пищевых продуктов безопасных и содержащих необходимые питательные вещества.
- Эти рекомендации поддерживают **в РФ**:
 1. **Федеральный закон** от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» ст.39, ч.4 – утверждены нормы лечебного питания в ЛПУ (приказ МЗРФ №395н и МР от 24.03.2017) ;
 2. Санитарно-эпидемиологические Правила и Нормативы, в частности, **СанПиН 2.3.2.1940-05** «Организации детского питания»;
 3. **Национальная Программа**;
 4. **Методические рекомендации** – «Рекомендуемые нормы лечебного питания для беременных и кормящих женщин в родильных домах (отделениях) и детей **различных возрастных групп** в детских больницах (отделениях) РФ. Утверждены Минздравом от **24.03.2017** №28-1/10/2-1994 (электронная версия – ion.ru, nakr.org).

Новые методические рекомендации предназначены:

- ❖ **Для главных врачей** медицинских организаций:
- ❖ **Врачей-педиатров, диетологов, врачей общей практики;**
- ❖ **Студентов высших медицинских учебных заведений:**
- ❖ **Курсантов сертификационных и тематических циклов усовершенствования и специализации врачей по диетологии и нутрициологии.**

Методические рекомендации направлены на оптимизацию питания беременных и **кормящих женщин**, детей, в том числе детей раннего возраста, в условиях медицинских организаций, с учетом утвержденных 18.12.2008 МР 2.3.1.2432-08 «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения РФ»

Порядок действия приказа и информационного письма

Приказ МЗРФ нормы

Информация органа управления здравоохранения **субъекта Федерации** о применении приказа и сроках реализации.
Организирующий приказ по службе
Нормы.

Обязательное применение утвержденных норм при формировании лечебных рационов в мед. организации.

Организирующий приказ в ЛПУ
Семидневное меню
Картотека блюд

Информационное письмо МЗРФ Рекомендуемые нормы

Организирующий приказ органа управления здравоохранения субъекта Федерации (например МЗРК).
Нормы.

Обязательное применение норм при формировании лечебных рационов в ЛПУ

Организирующий приказ в ЛПУ.
Семидневное меню.
Картотека блюд.

Предпосылки изменения питания детей 1го года жизни

Программиро
вание
метаболизма

Низкий вес при
рождении,
внутриутробная
гипотрофия

Искусственное
вскармливание

Избыточное
питание и
быстрый рост





**Низкий вес при рождении
и внутриутробная
гипотрофия**

```
graph TD; A[Низкий вес при рождении и внутриутробная гипотрофия] --> B[Ранняя артериальная гипертензия]; A --> C[Формирование инсулин-резистентности];
```

**Ранняя
артериальная
гипертензия**

**Формирование
инсулин-
резистентности**

**Искусственное
вскармливание**

**Повышенное
употребление
белка и
калорий**

**Инсулин-
резистент-
ность**

**Фактор
роста IGF-1**

унося
**Повышение
уровня
«инсулиногенных»
аминокислот**

Ожирение



**Избыточное питание и
быстрый рост**

**Нарушение
гипоталамо –
гипофизарной
оси**

**Снижение
чувствительности
ядер гипоталамуса
к лептину**

Ожирение

Аппетит

Энерготраты

- Существует несколько гипотез по связи избыточной прибавки массы тела с развитием в последующем метаболического синдрома.
1. - Предполагает связь повышенного потребления белка с детскими смесями и увеличением уровня **инсулиногенных кислот** в плазме крови и ростом секреции инсулина и инсулиноподобного **фактора роста (IGF-1)**, обладающих **адипогенным** действием. Снижение уровня белка в смесях приводило к уменьшению уровня фактора роста и таким образом снижало риск развития ожирения
 2. - Связывает избыточное питание и быстрый рост с нарушениями формирования **гипоталамо-гипофизарной оси** и **снижением чувствительности ядер гипоталамуса к лептину**, что нарушает регуляцию аппетита и энерготраты

Доказано, что предпосылкой к развитию **ожирения и остеопороза** во взрослой жизни являются:

Избыточная прибавка массы тела у детей первого года жизни, с более высоким накоплением жира при снижении белковой составляющей массы тела

Нарушение чувствительности к инсулину – **инсулин-резистентность**

Уменьшение плотности костной ткани - **остеопороз**

За последние десятилетия отмечается
значительный рост аллергических,
аутоиммунных заболеваний

Аллергическая
сенсibilизация в
младенчестве
свидетельствует о
нарушении
адекватного развития
иммунной системы
ребенка

В становлении иммунитета
в постнатальном периоде
важную роль играет
адекватная кишечная
микрофлора

Наиболее благоприятными и
значимыми для младенца
являются **бифидобактерии**

Причины нарушения нормальной колонизации микрофлоры кишечника



В настоящее время питание детей первого года жизни в РФ во многих случаях является **неадекватным**

Недостаточная распространенность грудного вскармливания

Раннее введение в питание неадаптированных молочных смесей

Не оптимальные сроки назначения продуктов прикорма

Не используется достаточно широкий ассортимент продуктов прикорма

По данным МЗРФ в 2008г
доля детей,
находившихся **на**
грудном вскармливании
из числа детей достигших
1 года, составляет

- от 3 до 6 мес. – 40,8%;
- от 6 до 12 мес – 39,3%.

По данным МЗ
Республики Коми за
2016год

- От 0 до 12 мес. –
53.1%

По данным ВОЗ
бюллетень №342
январь 2016г

- от 0 до 6мес – 36%

Искусственное вскармливание получали

с рождения – 2,5%

1мес – 11,6%

2мес – 18,5%

3мес – 26,2%

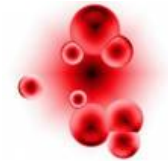
6мес – 46,1%

По данным ВОЗ бюллетень №342

Распространенность основных алиментарно-зависимых заболеваний у детей в Российской Федерации



- железodefицитные анемии - 25-35%
- гиповитаминозы - 30-50%
- йоддефицитные состояния - 29-75% (в зависимости от региона проживания)



- рахит - до 40-60%
- пищевая аллергия - до 20%
- нарушения питания – до 30%



Введение прикорма

- Сроки введения прикорма (месяцы)

Продукты прикорма	Средние сроки введения	Рекомендуемые сроки 1999г	Действующие сроки с 2009г
Фрутоовощн. соки	4,3	3	4-6
Фрукт. пюре	4,6	3	4-6
Каши	6	5	4-6
Овощн. пюре	5,5	4	4-6
Мясн. пюре	7,2	7	Не ранее 5,5
Молоко	7,3	8	нет
Кефир детский	6,9	8	8
Творог	6,5	5	Не ранее 5,5
Желток яичн.	6,5	6	7
Рыбное пюре	7,5	8	8

- Схема введения прикорма детям первого года жизни 2009г

Наименование продуктов гр/мл/шт		Возраст (месяцы)			
		4-6	7	8	9-12
1	Овощное пюре	10-150	170	180	200
2	Молочная каша	10-150	150	180	200
3	Фруктовое пюре	5-60	70	80	90-100
4	Фруктовый сок	5-60	70	80	90-100
5	Творог не ранее 5,5мес	10-40	40	40	50
6	Яичный желток, шт	0	1,25	0,5	0,5
7	Мясное пюре не ранее 5,5 мес	5-30	30	50	60-70
8	Рыбное пюре	0	0	5-30	30-60
9	Кефир и др. детские кисломолочн.напитки	0	0	200	200
10	Сухари, печенье	0	3-5	5	10-15
11	Хлеб пшеничный	0	0	5	10
12	Растительное масло	1-3	5	5	6
13	Сливочное масло	1-4	4	5	6

- При анализе организации введения прикорма детям выявлены **отклонения** в последовательности, сроках введения и объемах продуктов и блюд прикорма по сравнению с действующими методическими указаниями.
- **Коровье молоко, как блюдо**, не должно использоваться в питании детей первого года жизни.
- **Кефир** и другие не адаптированные кисломолочные продукты **недопустимо вводить в питание детей первого года жизни**.
- **Начинать введение прикорма** заболевшему ребенку, поступившему на стационарное лечение, **не целесообразно**.
- Введение **докорма** - смешанное вскармливание или полный перевод ребенка на **искусственное вскармливание** должны быть строго **обоснованными** и могут осуществляться только в том случае, когда весь арсенал средств, направленных на профилактику гипогалактии, оказывается не эффективным.
- Под **смешанным вскармливанием** в РФ принято понимать кормление ребенка грудным молоком в количестве не менее 1/5 суточного объёма (150-200мл) в сочетании с заменителями грудного молока.
- При **искусственном вскармливании** грудное молоко либо совсем отсутствует, либо его доля составляет менее 1/5 суточного объёма.

Расчет питания при гипотрофии по БЖУК

- Гипотрофия 1ст — на долженствующий вес;
- Гипотрофия 2ст — *адаптация на фактический вес (не более 5 дней)*
- *репарация на долженствующий вес (до 4-х недель)*
- *усиленное питание на долж. вес:*
Ккал-130-145; Б-5,0; Ж-6,5; У-14-16 (до 8 недель)
- Гипотрофия 3ст — *адаптация на фактический вес (до 14 дней)*
- *Ккал-120; Б-1,0-2,0; но Ж и У по возрасту и факт. весу*
- *репарация*
- *Ккал, Б, У - по возрасту и долженствующ. весу; Ж - на факт. вес (до 4-х недель)*
- *усиленное питание на долженствующий вес до 8 недель:*
Ккал- 130-145; Б-5,0; Ж-6,5; У- 14-16

Способы расчета **объема питания**, необходимого детям на смешанном и искусственном вскармливании

- **Формула Зайцевой:** В первые 7-10 дней жизни *объем питания за сутки* (мл) = 2% от массы тела (гр) при рождении $\times n$, где n – число дней жизни до 10. *Разовый объем* = $n \times 10$.
- После 10-го дня жизни ребенка используют калорийный, объемный способы или формулу Шкарина.
- **Объемный способ:**
- От 10 дней до 2 мес — $1/5$ массы тела (600-800мл)
- От 2 до 4 мес — $1/6$ массы тела (800-900мл)
- От 4 до 6мес — $1/7$ массы тела (900-1000мл)
- От 6до 12мес — $1/8$ массы тела (1000 -1100мл)
- Этот объем включает соки, чай.
- При расчете питания любым способом необходимо помнить, что его **суточный объем** для детей 1го –полугодия жизни не должен превышать 1000мл, 2го-полугодия – 1000 – 1100мл

- **Калорийный способ** на кг массы тела в сутки

• **Возраст месяцев Ккал Б Ж У**

• **От 0 до 3 115 2,2 6,5 13,0**

• **От 4 до 6 115 2,6 6,0 13,0**

• **От 7 до 12 110 2,9 5,5 13,0**

• **Этот объем включает соки, чай**

При расчете питания любым способом необходимо помнить, что его **суточный объем** для детей:

*1го –полугодия жизни не должен превышать **1000мл**,

*2го-полугодия – **1000 – 1100мл**

Смеси молочные для *смешанного* и *искусственного* вскармливания детей

В соответствии с ФЗ РФ от 12.06 2008г №88-ФЗ «Технический регламент на молоко и молочную продукцию» **адаптированные молочные смеси (заменители грудного молока)** – жидкие или порошкообразные на основе коровьего молока или молока других сельскохозяйственных животных для использования в качестве заменителей грудного молока и **максимально приближенные к нему по химическому составу.**

Виды адаптированных молочных смесей

«начальные» или «стартовые» – для детей до 6 месяцев жизни

«последующие» для детей 2-го полугодия жизни

«от0 до 12 мес» – могут применяться на протяжении всего первого года жизни ребенка

Функциональные нарушения ЖКТ

Бабушкино лукошко АР БИО

Нутрилак АР

Нутрилон АР

Фрисовом 1

Фрисовом 2

Хумана АР

Энфамил АР

Гипоаллергенные смеси

Высоко гидролизованные

Альфаре,
Нутрамиген,
Прегестимил,
Нутрилак пептиды СЦТ,
Нутрилон пепти ТСЦ,
Фрисопеп,

Умеренно гидролизованные

НАН ГА 1*,
НАН ГА 2*,
Нутрилак ГА,
Нутрилон ГА 1,
Нутрилон ГА 2,
Фрисолак ГА1*,
Фрисолак ГА2*,
Тема ГА 1,
Тема ГА 2
*бифидобактерии

Лактазная недостаточность

Бабушкино лукошко без лактозы

НАН безлактозный

Нутрилак безлактозный

Энфамил Лактофри

Фенилкетонурия

«Афенилак – 12»

«Афенилак – 15»

«ХР Аналог LCP»

«Фенил Фри 1»

**ЗДОРОВЬЕ, ГОРАЗДО БОЛЬШЕ
ЗАВИСИТ**

**ОТ НАШИХ ПРИВЫЧЕК И
ПИТАНИЯ, ЧЕМ**

ОТ ВРАЧЕБНОГО ИСКУССТВА.

Д. ЛЕББОК.

Спасибо за внимание!



Смеси молочные для смешанного и искусственного вскармливания детей

В соответствии с ФЗ РФ от 12.06 2008г №88-ФЗ «Технический регламент на молоко и молочную продукцию» Адаптированные молочные смеси (**заменители грудного молока**) – жидкие или порошкообразные на основе коровьего молока или молока других сельскохозяйственных животных для использования в качестве заменителей грудного молока и **максимально приближенные** к нему по химическому составу.

«начальные»
для детей до
6 месяцев

«последующие»
для детей
2-го полугодия

«от 0 до 12 мес»
– применяются
с рождения

Предпосылки изменения питания детей 1го года жизни:

- ✓ **Программирование метаболизма** - доказано вначале для детей недоношенных и детей с внутриутробной гипотрофией.
- ✓ **Низкий вес при рождении, внутриутробная гипотрофия** с высокой степенью достоверности.
- ✓ **Искусственное вскармливание** - употребление белка и калорий выше, качество белка иное.
- ✓ **Избыточное питание и быстрый рост** – нарушение баланса аппетита и энерготрат