

**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.

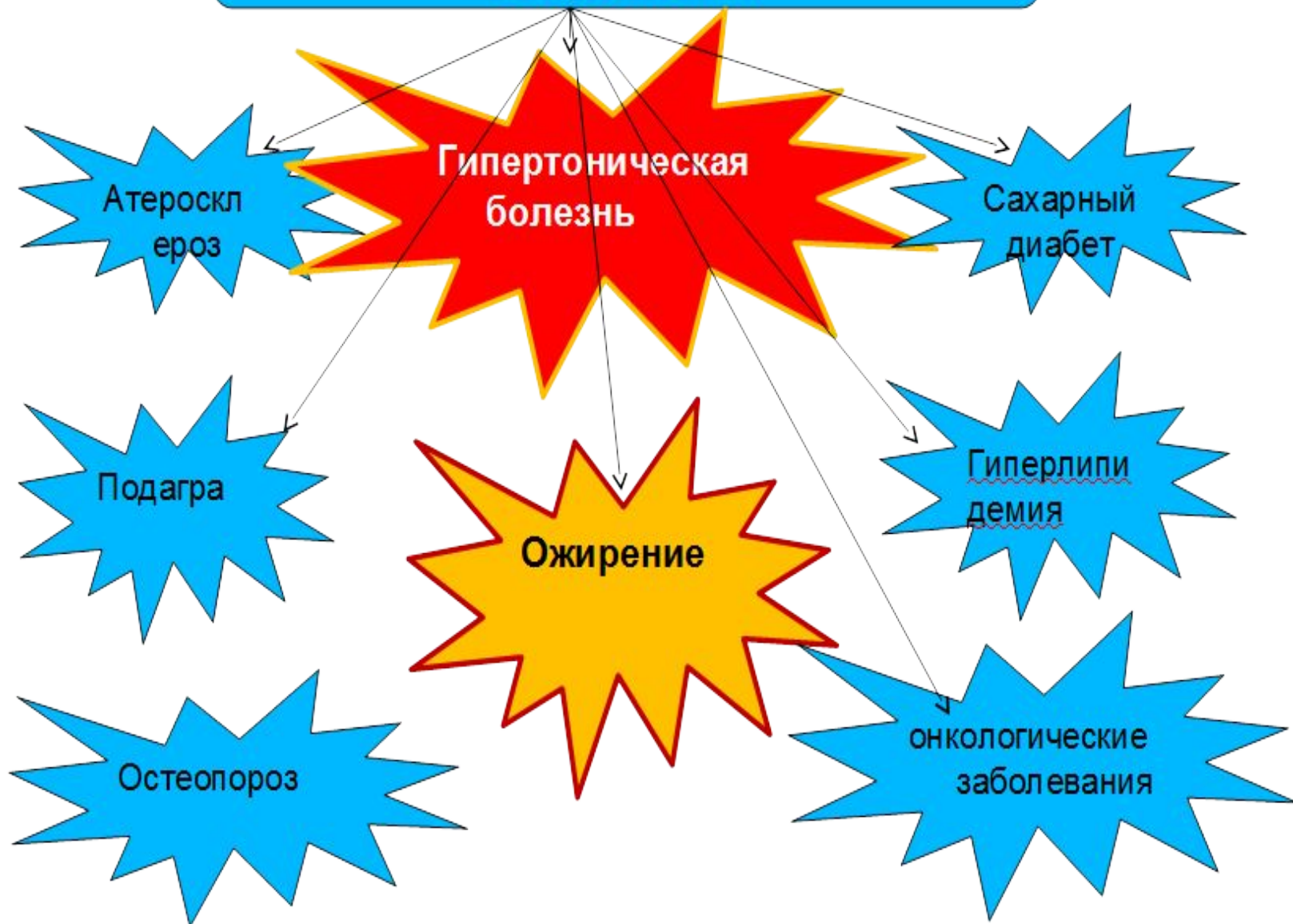
**специализированная**, в том числе высокотехнологическая, специализированная диетологическая помощь – диетологи поликлиник, стационарные специализированные отделения.

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



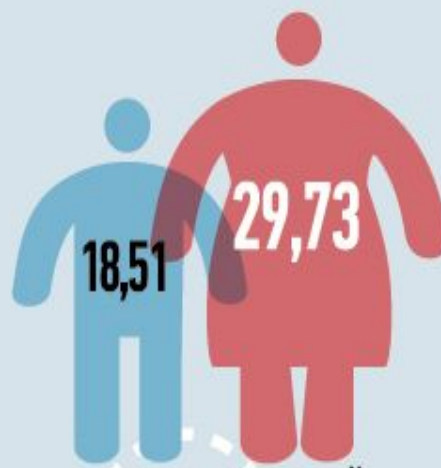
# ПРОЦЕНТ ЛЮДЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ ПО ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГАМ\*



СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ



СИБИРСКИЙ



СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ



ЮЖНЫЙ



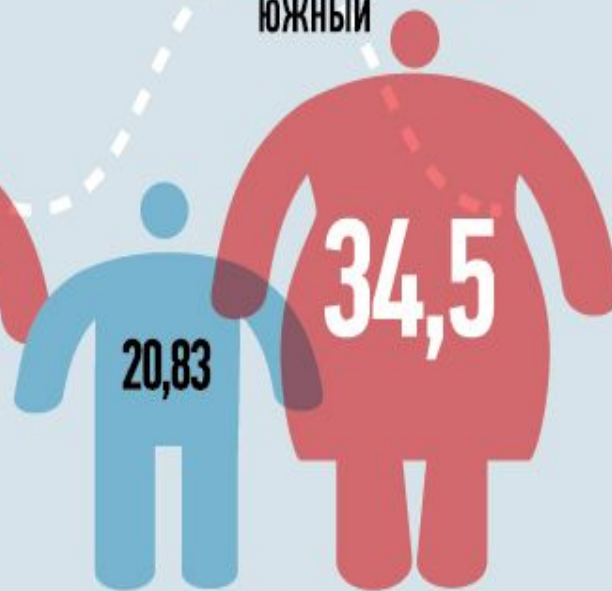
ПРИВОЛЖСКИЙ



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

**Большая часть пациентов,  
поступающих в стационары,  
имеют существенные нарушения  
пищевого статуса:**



истощение, недоедание (БЭН) – 20%  
нарушение липидного обмена – 50%  
признаки гипо- и авитаминоза – 90%  
изменения иммунного статуса – 50%

При назначении лечебного питания совершенно необходимо определение состояния **пищевого 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

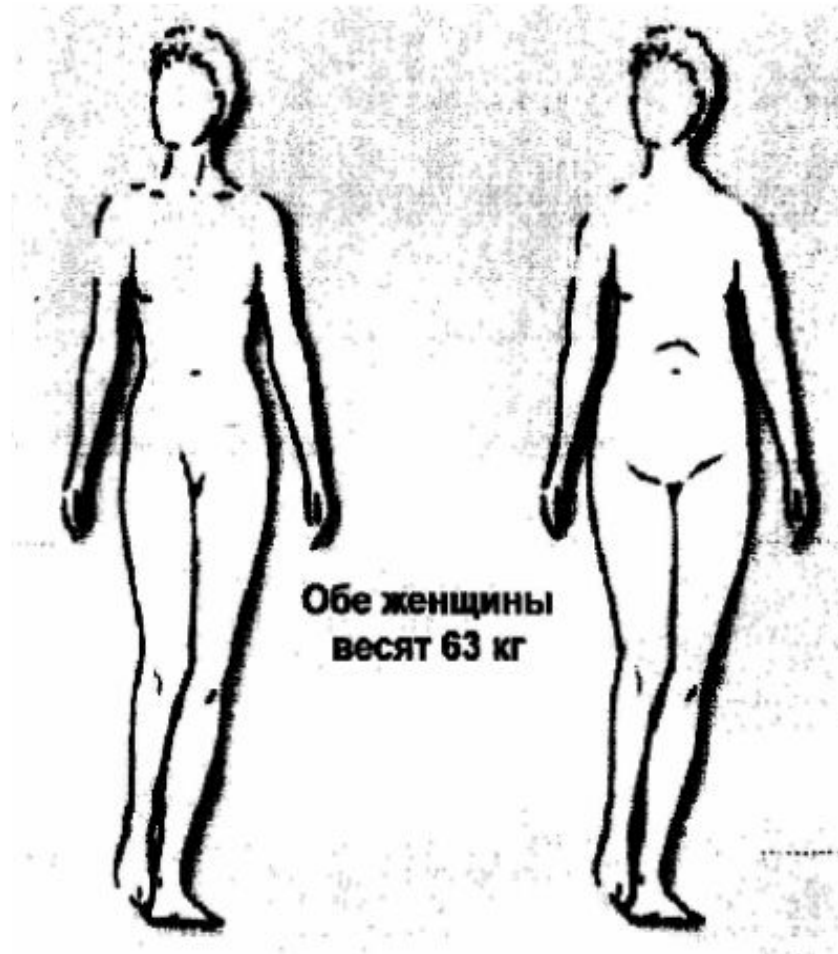


# Классификация массы тела по ИМТ и риск развития сопутствующих заболеваний

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)





Medasy, Ltd



Оценка состава тела (биомедицинский анализ)

Пациент: Кривата Татьяна

Базовые данные

Дата обследования	11.01.2010 13:33:24	Пол: Жен. (выс. от 5 до 20 кг/м <sup>2</sup> , рост от 50 кг/м, Стр)	527 / 409 / 51
Возраст, лет	54	Фактический вес (кг/м <sup>2</sup> , грам)	634
Рост, см / Вес, кг	170 / 60,0	Возрастной нормальный вес, кг	34,2
Сред. давление / Сер. Скор., см/сек	94 / 122	Оптимальный обмен, мл/мин/л	1629

Состав тела

Индекс массы тела	37,9	160%
Жировая масса (кг), интерпретирован по росту	27,1	273%
Ткань мышц (кг)	32,9	118%
Активная клеточная масса (кг)	32,1	138%
Доля активной клеточной массы (%)	56,4	104%
Скелетно-минеральная масса (кг)	36,0	147%
Доля скелетно-минеральной массы (%)	45,8	100%
Удельная мышечная масса (кг/кг ТМ, литр)	28,1	129%
Общая жирность (кг)	42,4	119%
Биологическая активность (кг)	18,2	128%
Соотношение таза / бедра	0,77	106%
Классификация по проценту жировой массы	39,0	140%

Исходные | 30,0 | 25,0 | 37,0 | 30,0 | 39,0 | Опасные

Риск развития заболеваний: атеросклероз, гипертонической болезни, сахарного диабета 2 типа, желчнокаменной болезни, почечно-каменной болезни, заболеваний опорно-двигательного аппарата - полиартриты, артриты, остеоартриты, исключительно артриты. (нужное подчеркнуть)

Высокий риск развития: недостаточного питания, белково-энергетической недостаточности (БЭН) 1 степени, БЭН 2 степени, БЭН 3 степени, инфекционных заболеваний, гиповитаминозов, остеопороза, нарушений эндокринной системы (нужное подчеркнуть)

# Первичный протокол оценки состава тела.

- **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. **МЗРФ осуществляет следующие полномочия:**

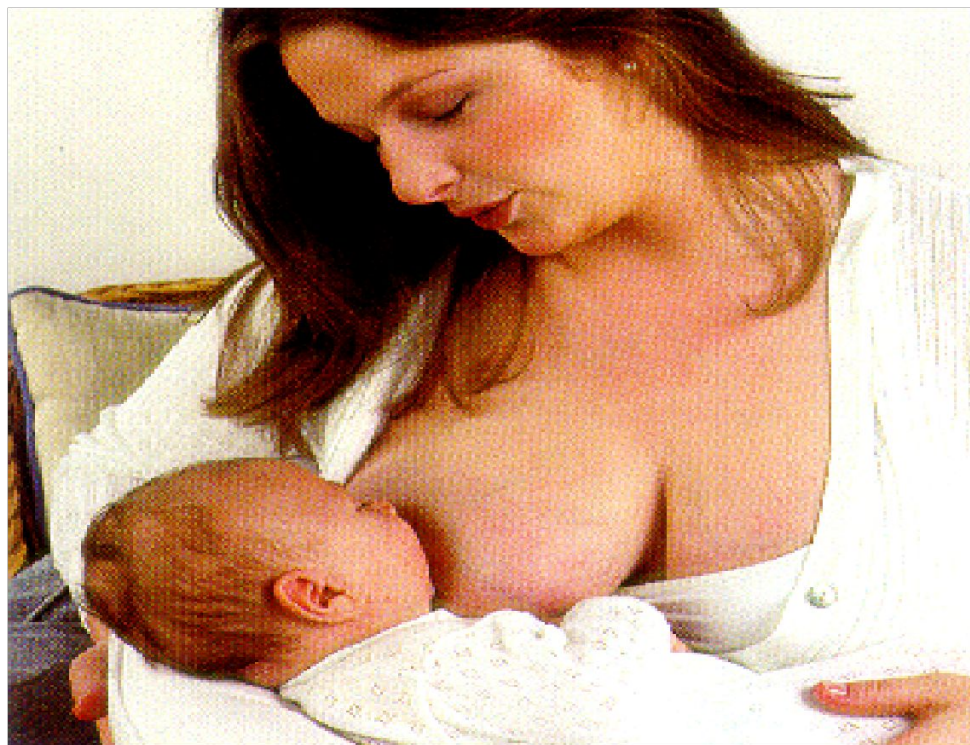
5.2) на основании и во исполнение Конституции РФ, федеральных конституционных законов, актов Президента РФ и Правительства РФ министерство **самостоятельно принимает следующие нормативные правовые акты:**

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**

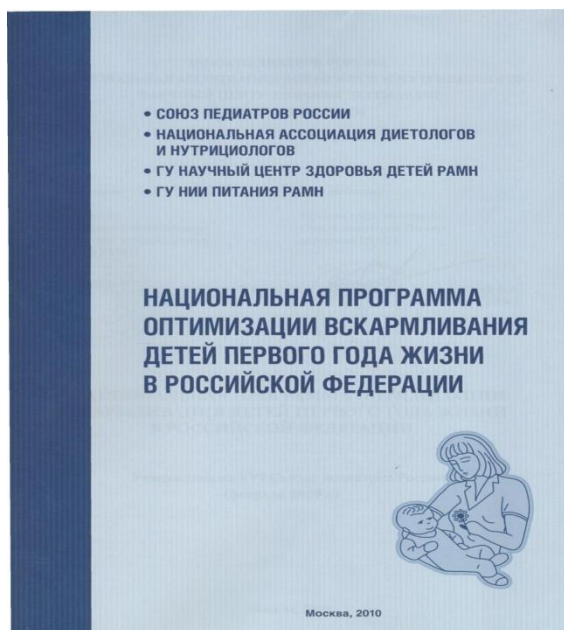


# **Вскармливание детей первого года ЖИЗНИ**

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 от24.03.2017) ;
  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](http://ion.ru), [nakp.org](http://nakp.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.  
**Организующий приказ по службе**  
Нормы.

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

**Организующий приказ в ЛПУ**  
Семидневное меню  
Картотека блюд

## Информационное письмо МЗРФ Рекомендуемые нормы

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

**Обязательное применение норм** при формировании лечебных рационов в ЛПУ

**Организующий 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%**

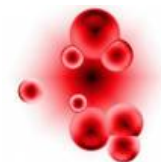
**6мес – 46,1%**

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	<b>Не ранее 5,5</b>
Молоко	7,3	8	<b>нет</b>
Кефир детский	6,9	8	8
Творог	6,5	5	<b>Не ранее 5,5</b>
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 <b>не ранее 5,5мес</b>	10-40	40	40	50
6	Яичный желток, шт	<b>0</b>	1,25	0,5	0,5
7	Мясное пюре <b>не ранее 5,5 мес</b>	5-30	30	50	60-70
8	Рыбное пюре	<b>0</b>	<b>0</b>	5-30	30-60
9	Кефир и др. <b>детские</b> кисломолочн. напитки	<b>0</b>	<b>0</b>	200	200
10	Сухари, печенье	<b>0</b>	3-5	5	10-15
11	Хлеб пшеничный	<b>0</b>	<b>0</b>	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