

**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»

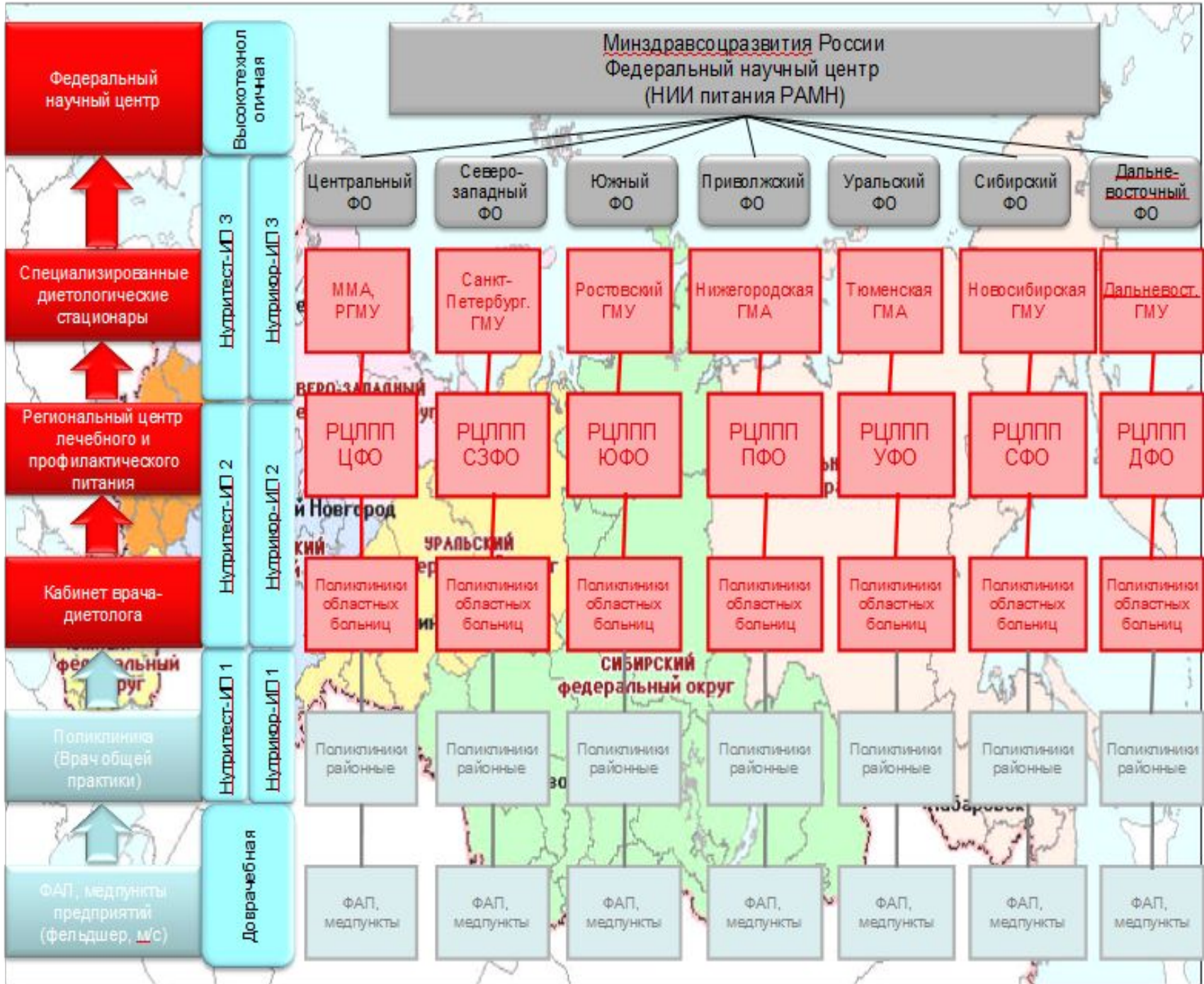
Оказание медицинской помощи населению по профилю «Диетология»

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

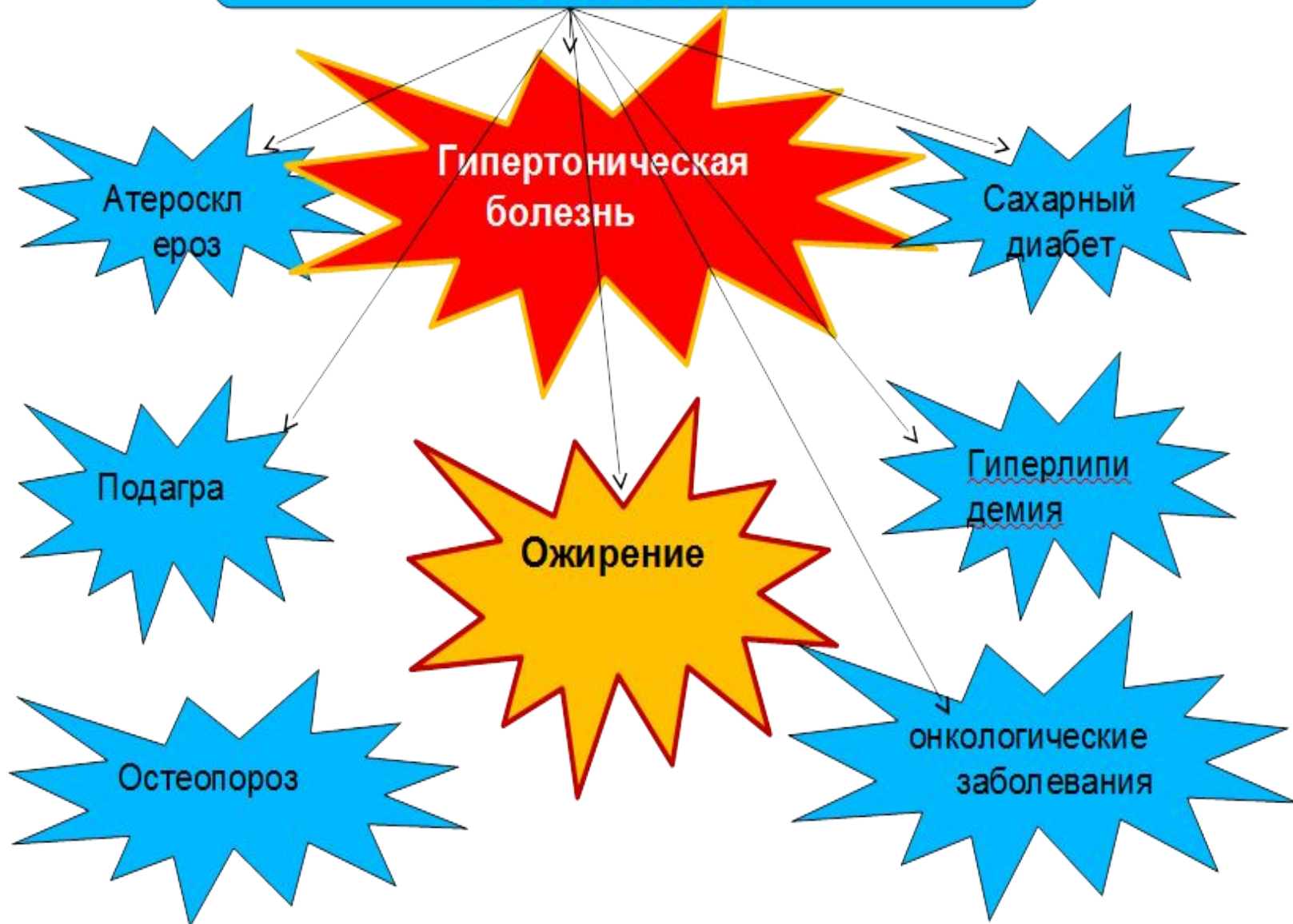
первичная медико-санитарная помощь по диетологии - терапевты, педиатры.

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



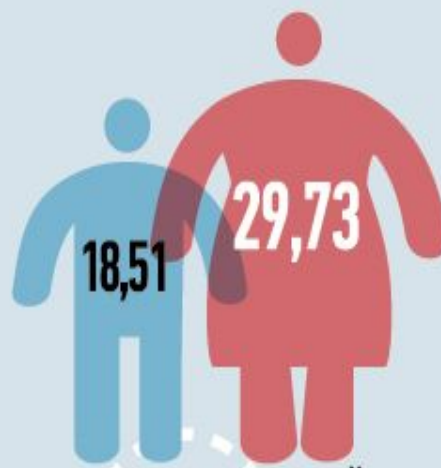
ПРОЦЕНТ ЛЮДЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ ПО ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГАМ*



СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ



СИБИРСКИЙ



СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ



ЮЖНЫЙ



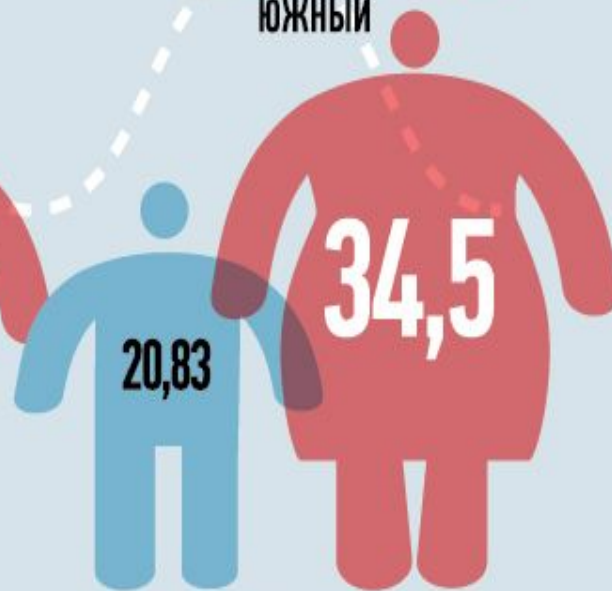
ПРИВОЛЖСКИЙ



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

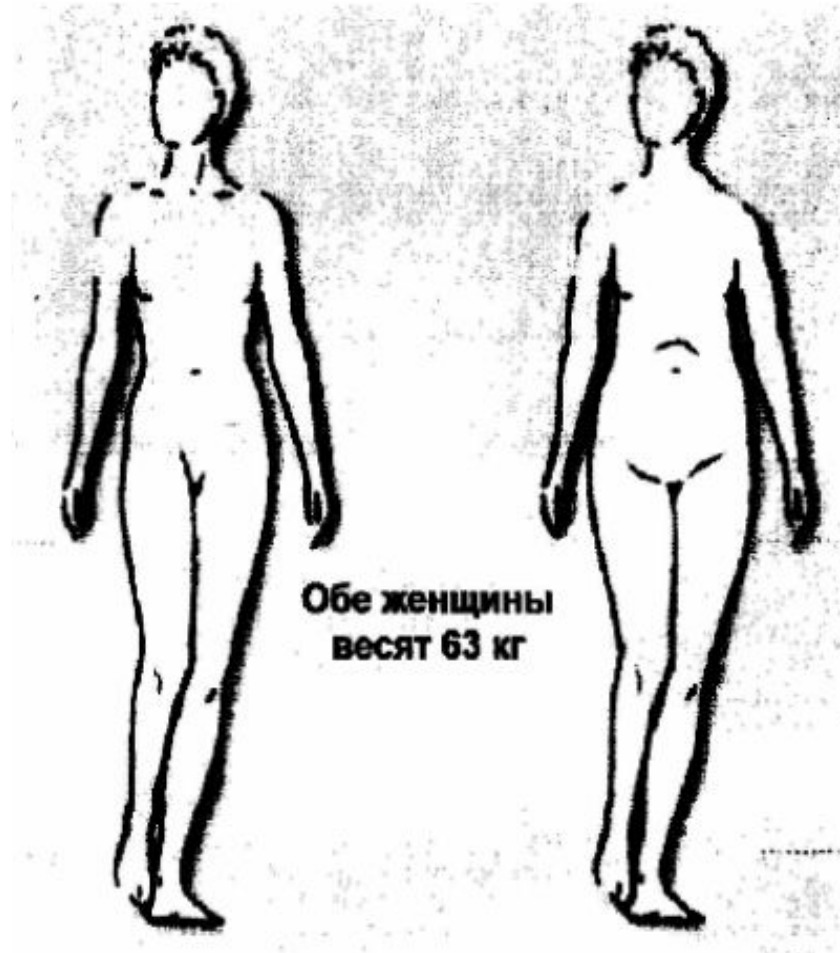


Классификация массы тела по ИМТ и риск развития сопутствующих заболеваний

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)



- **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

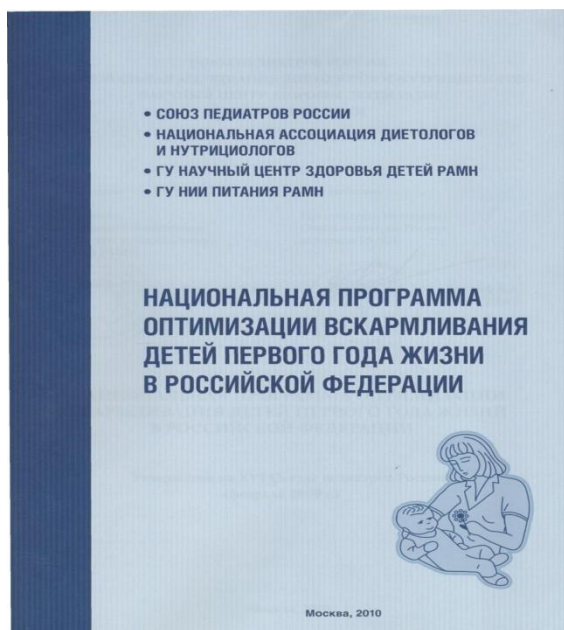
- Ст.39 Федерального закона №323-ФЗ – установлено, что нормы лечебного питания утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти **с обязательным включением специализированных продуктов питания.**
- Этим уполномоченным органом теперь является Министерство здравоохранения РФ **приказы 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, 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%

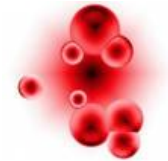
6мес – 46,1%

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	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