## Содержание

Содержание

Введение

Раздел 1. Теоретические аспекты изучения организации питания в педиатрии в ЛПУ

.1 Нормативно-правовая база организации питания в стационарных учреждениях

.2 Питание с учетом физиологических потребностей ребенка в разные возрастные категории

.3 Питание больных детей старше 1 год

.4 Лечебные диеты при различных заболеваниях

.5 Эмпирическое изучение организации питания в детской больнице

Раздел 2. Роль медицинской сестры в организации питания

Заключение

Литература

Приложение

Введение

Лечебное питание в детских лечебно-профилактических учреждениях в первую очередь должно обеспечивать физиологические потребности растущего организма ребенка в основных пищевых веществах и энергии.

Терапевтическое действие диеты должно определяться качественным составом сбалансированного рациона за счет специального подбора продуктов и необходимого характера их кулинарной обработки. Надо помнить, что продолжительный дефицит по основным пищевым веществам или однообразное питание крайне отрицательно сказывается на состоянии ребенка, особенно раннего возраста. В раннем возрасте организму присущи интенсивные процессы обмена веществ и энергии. При составлении лечебных рационов для больных детей надо принимать во внимание: возраст ребенка, характер заболевания, его патогенез, нарушения обменных процессов, форму и стадию болезни, наличие осложнений и сопутствующей патологии, уровень физического развития ребенка.

Цель данной работы: Проанализировать роль медицинской сестры в организации питания детей в ЛПУ

Задачи:

изучить нормативно - правовую базу,

основные моменты диетотерапии,

отследить организацию работы пищеблока,

деятельность медицинской сестры в организации питания.

Раздел 1. Теоретические аспекты изучения организации питания в педиатрии в ЛПУ

### 1.1 Нормативно-правовая база организации питания в стационарных учреждениях

Организация лечебного питания в медицинских организациях включает в себя пищевые рационы и является неотъемлемой частью лечебного процесса.

В медицинских организациях лечебное питание может быть групповым (диета) или индивидуальным, и строится в четком соответствии со следующими нормативными документами:

. - Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 августа 2003г. №330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации» (с изменениями от 7 октября 2005г., 10 января, 26 апреля 2006 г.)

. Выполнение натуральных норм питания, в рамках выделенного финансирования, является одним из основных требований, предъявляемых к организации питания пациентов стационарных учреждений согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 июня 2013г. №395н г. Москва « Об утверждении норм лечебного питания».

. С предыдущим приказом перекликается и дополняет его Приказ Министерства здравоохранения СССР от 5 мая 1983г. N530 "Об утверждении инструкции по учету продуктов питания в лечебно-профилактических и других учреждениях здравоохранения, состоящих на государственном бюджете СССР" (с изменениями от 17 мая 1984г., 30 декабря 1987г.).

Устройство, санитарно-гигиеническое содержание и работа пищеблока детской больницы должны отвечать требованиям СанПиН 5179-90 и СанПиН 42-123-5777-91, а также рассматриваются:

· Санитарные правила 2.3.6.1079-01 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и производственного сырья».

· -«Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» Санитарные правила 2.3.2630-10

· - «Гигиенические требования к срокам годности и условиям хранения пищевых продуктов» Санитарные правила 2.3.2.1324-03

· - «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий» Санитарные правила 1.1.1058-01

Технические условия и Технические регламенты на продукты, поступающие на склад для приготовления блюд лечебного питания соблюдаются по ГОСТам.

При организации питания детей следует использовать среднесуточный набор продуктов (приложение 2)и номерную классификацию диет(таблица 2), регламентированные Письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.04.2004 года №2510/2877-04-32 «О применении приказа Минздрава России №330 от 05.08.2003 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации» и Приказом Министерства здравоохранения СССР от 10 марта 1986 года №333 «Об улучшении организации лечебного питания в родильных домах (отделениях) и детских больницах (отделениях)».

В соответствии с «Инструкцией по организации лечебного питания» Приказа №330 во всех медицинских организациях устанавливается четырехразовый режим питания, а для отдельных категорий больных, применяется более частое питание. На Совете по лечебному питанию утверждается режим питания. Основой при составлении стандартных диет являются рекомендуемые нормы лечебного питания, утвержденные Приказом №395н.

Анализ эффективности диетотерапии следует проводить ежеквартально, в части выполнения норм питания, с учетом использования Таблицы «Замена продуктов по белкам и углеводам» и Таблицы «Взаимозаменяемость продуктов при приготовлении диетических блюд» из «Инструкции по организации лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях» Приказа №330, с изменениями, внесенными в эти таблицы Приказом №316 от 2006 года.

В медицинских организациях, где есть необходимость в индивидуальной коррекции рационов, в зависимости от специфики стационара и контингента пациентов ее необходимо проводить с соблюдением биологической (химической и энергетической) ценности рациона. Индивидуализировать состав рациона можно, в том числе и проведя анализ продуктовых передач для пациентов, что наиболее важно на ранних этапах развития ребенка, первых лет жизни.

### 1.2 Питание с учетом физиологических потребностей ребенка в разные возрастные категории

лечебный питание диета заболевание

В педиатрической практике лечебное питание должно обеспечивать физиологические потребности ребенка в основных пищевых веществах и энергии в первую очередь (Приложение 1).Пищевые рационы, которые имеют установленный химический состав, энергетическую ценность, состоят из определенных продуктов, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, подвергаемых соответствующей технологической обработке.

Составляя лечебные рационы для больных детей надо принимать во внимание целый ряд фактов (рисунок 1).[4]



Рисунок 1. Основные моменты для назначения лечебного питания.

Указанный набор составлен без учета возраста детей, а это значительно затрудняет составление лечебных рационов, для обеспечивания физиологические потребности детей в основных пищевых веществах и энергии. С решением этой задачи на основе указанного выше утвержденного набора педиатрами - диетологами НЦЗД РАМН разработаны специальные наборы продуктов общей физиологической диеты, рассчитанные на 4 возрастные группы: от 1года до 3 лет, от 4лет до 6 лет, с 7 летнего возраста до 10 лет и с 11 до 14 лет (таблица 1) На основании их строятся специальные лечебные диеты.

Говоря о нормах физиологических потребностей детей до года, надо сказать, что дети больше чем взрослые нуждаются в количестве калорий и пищевых веществ, в расчете на единицу веса. В детском возрасте значительная часть пищи расходуется на образование и рост органов и тканей тела. Молоко матери - самое лучшее питание для ребенка, гарантирующее правильное и гармоничное развитие и рост малыша. [8, 11]

«Питание ребенку первого года жизни, поступившему в стационар, назначается врачом индивидуально. При большинстве заболеваний питание соответствует возрастным физиологическим нормам потребления основных пищевых веществ и энергии, своевременно вводятся все виды прикорма.

В острую фазу заболевания, сопровождающуюся токсикозом (например, при острой кишечной инфекции и др.), объемы питания несколько сокращаются, увеличивается частота приемов пищи, иногда отменяются некоторые виды прикорма. Обязательным условием является достаточное поступление жидкости - не менее 150-200 мл на 1 кг массы тела в сутки. Особое внимание необходимо уделять вопросам сохранения грудного вскармливания, что крайне важно для больного ребенка»[32].

### .3 Питание больных детей старше 1 года

Для детей старше 1 года, как правило, применяется групповая система питания, при которой ребенку, в зависимости от патологии, назначается тот или иной вид питания. Каждый вид лечебного питания обозначается специальным номером диеты, который соответствует нумерации диет в диетологии взрослых, что обеспечивает поэтапность диетического лечения и его преемственность (рисунок 2)[10, 12, 14]



Рисунок 2. Лечебные диеты, рекомендуемые при различных заболеваниях у детей, находящихся в стационарах.



Рисунок 2(продолжение). Лечебные диеты, рекомендуемые при различных заболеваниях у детей, находящихся в стационарах.



Рисунок 2.(продолжение) Лечебные диеты, рекомендуемые при различных заболеваниях у детей, находящихся в стационарах.

«Большинство детей в период лечения в стационарах нуждается в полноценной диете, обеспечивающей физиологические потребности ребенка в энергии и основных пищевых веществах. Для этого используется диета N 15»[32], полноценная по основным пищевым веществам. Диета должна соответствовать по энергетической ценности. Ассортиментом блюд представлен разнообразием мясных, рыбных, молочных продуктов, овощей и фруктов, круп, хлебобулочных изделий.

Кулинарная обработка и объем блюд соответствуют возрасту детей. Замена продуктов по белковому компоненту осуществляется при недостающих в рационе продуктов. Используют только полноценные по химическому составу продукты, используя таблицу (Приложение 2). Прием пищи осуществляется 4-5 раз в день.

### .4 Лечебные диеты при различных заболеваниях

Главное средство лечения патологии органов пищеварения - диетическое питание детей. Без него все другие лечебные средства окажутся неэффективными. При организации диетического питания необходимо учитывать стадию болезни.

Так в начальной стадии болезни диетические мероприятия наиболее строгие. Сроки назначения диеты: при гастрите и дуодените не более 1-3 дней, «при гастродуодените - 3-5 дней, при язвенной болезни - 7 дней»[32] назначается диета №1а.

Из рациона больного исключаются все пищевые вещества, возбуждающие секреторную и кислотообразующую функции желудка.

Пищу дают ребенку 6-8 раз в день, необходимо готовить на пару, отваривается, протирается, пюреобразно, дается в жидкой или полужидкой консистенции, в теплом виде.

В суточный рацион входит: «каши из всех круп (кроме пшенной и перловой) молочные, жидкие, протертые; цельное молоко (2-4 раза в сутки), творог, творожно-паровое суфле, яйца всмятку, омлет паровой; супы слизистые крупяные; мясо и рыба в виде парового суфле; фрукты и ягоды спелые сладких сортов (после тепловой обработки), соки фруктово-ягодные сладкие (разведенные кипяченой водой в соотношении 1:1), крупяные отвары с фруктово-ягодными соками (тумы), фруктово - ягодные и молочные кисели и желе, отвар шиповника, масло сливочное и растительное (в готовых блюдах)»[32]. Предусмотрен дробный режим питания, пища дается 6-7 раз в сутки.

Как только уменьшатся боли и диспепсические проявления, больного переводят на более полноценную диету №1б <http://www.det-dieta.ru/dieta/gastrvys.html>, которую назначают обычно со второй недели лечения.[18]

Целевое назначение: «способствовать заживлению язв, эрозий, уменьшению воспалительного процесса слизистой оболочки верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, нормализации процессов репарации, уменьшить раздражение рецепторного аппарата; регуляция секреторной и моторно-эвакуаторной функции желудка; снижение возбудимости вегетативной нервной системы.

Общая характеристика: диета с содержанием белков и жиров на нижней границе физиологической нормы, ограничение углеводов, поваренной соли, энергетической ценности; резкое ограничение химических и механических раздражителей верхнего отдела желудочно-кишечного тракта»[32].

Диета N 4 назначается при острых заболеваниях желудочно-кишечного тракта с целью уменьшение воспалительных процессов; максимально щадящая слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта. Это диета с ограничением всех пищевых веществ, главным образом жиров, углеводов, поваренной соли, энергетической ценности.

Рекомендуются: «каши из всех круп (кроме пшенной и перловой) на воде, протертые; творог пресный, протертый, творожно-паровое суфле; яйца (только в блюдах), паровой омлет (при хорошей переносимости); супы слизистые крупяные, с разваренной вермишелью на слабом мясном и рыбном бульоне; мясо и рыба отварные в виде пюре, суфле, кнелей, фрикаделек, котлет; фрукты и ягоды спелые сладких сортов (в виде киселя и желе), крепкий чай, отвар шиповника, черники; масло сливочное (только в блюдах); сухари пшеничные, тонко нарезанные. Резко ограничивается цельное молоко (используется только при приготовлении суфле)»[32].

Исключаются: «кисломолочные напитки и напитки, содержащие углекислоту; сырые, кислые ягоды и фрукты, соки, овощи (в любом виде), копчености, соленья, маринады, сливочное и растительное масла (в чистом виде), сладости, свежая выпечка. Пища готовится на пару, отваривается, протирается, пюрируется, дается в теплом виде. Режим питания: дробный, прием пищи 6-7 раз в сутки. Сроки назначения диеты: 1-3 дня, на период профузного поноса»[32].

Диета при остром гломерулонефрите строится с целью щажения пораженного органа, восстановления нормального водно-солевого обмена - исключается из рациона поваренная соль, ограничивается жидкость и животные белки.[18]

При остром начале с отеками, повышением артериального давления, лечебное питание начинают с сахарно-фруктовой диеты.

При остром гломерулонефрите молочно-растительной диеты необходимо придерживаться долго. По мере улучшения состояния ребенка (снижение артериального давления, исчезновение отеков, восстановление нормального мочеотделения, исчезновение признаков интоксикации в связи с нарушением обмена веществ) в рацион постепенно вводят пшеничный хлеб, затем мясо и рыбу в отварном виде (вначале через день, а позже ежедневно). [28]

Мясные и рыбные блюда рекомендуется давать ребенку в первой половине дня, на завтрак либо обед. С третьей-четвертой недели болезни при благоприятном её течении пищу начинают слегка подсаливать, добавляя в готовые блюда 1-2 г соли в сутки (диета №7). [29]

Диетическое питание, в остром периоде пиелонефрита для быстрейшего выведения из организма токсических продуктов рекомендуется увеличить количество потребления жидкости. В первые 1-2 дня болезни ребенку дают 1,5 - 2 литра питья. В первую неделю болезни ребенка лучше подержать на молочно-растительной диете. Соль полностью не исключают, но пищу слегка недосаливают.

Как только состояние ребенка улучшится, исчезнут явления интоксикации, нормализуется температура тела, рацион можно расширить. Исключаются: «высокобелковые продукты - мясо, птица, рыба, творог. Детям со сниженным аппетитом, анорексией (в период отмены преднизолона) и при индивидуальной непереносимости куриного яйца временно разрешается замена последнего творогом, отварным мясом или рыбой (не более 50 г в сутки)»[32].

Основу питания должны составить все виды молочных продуктов.

Дети, страдающие пиелонефритом, ежедневно должны получать творог, сметану, неострый сыр, яйца, нежирную говядину либо мясо кролика, куриное. Широко используются в питании продукты и блюда, богатые углеводами: сахар, сладости, белый хлеб, крупяные и макаронные блюда, картофель, разнообразные овощи, фрукты и ягоды. Блюда заправляют растительным или сливочным маслом. [28]

Кулинарная обработка: «пища готовится на пару, отваривается, тушится, запекается, обжаривается; блюда готовятся без соли. Температура блюд 20-60 град. С»[32]. Пища дается дробно, 5-6 раз в сутки. Сроки назначения диеты: «индивидуальные, в зависимости от динамики симптомов основного заболевания и функционального состояния почек»[32].

Гипоаллергенная диета, например, при хронических заболеваний бронхолегочной системы аллергического характера (бронхиальная астма).

При известном пищевом аллергене, его необходимо полностью исключить из рациона питания ребенка. Рекомендована диета при аллергии с минимальными аллергенными свойствами, ограничить или полностью исключить из меню ребенка пищевые продукты, часто встречающиеся как пищевые аллергены. Нередко аллергию вызывает коровье молоко. Уменьшение в рационе молока и яиц должно компенсироваться содержанием в нём мяса (говядины) на 10-15%. На 15-20% увеличивается количество растительного масла. Мясные и овощные блюда следует готовить без применения жаренья.[3, 1]

Если не выявлена аллергия и индивидуальная непереносимость молока и яиц, их можно использовать в минимальных количествах для приготовления блюд.

Кулинарная обработка заключается в приготовлении на пару, отваривается, запекается или тушится после отваривания, дается преимущественно в неизмельченном виде. Температура блюд 20-60 град. С. Прием пищи предусмотрен 5 раз в сутки. Сроки назначения диеты: индивидуальные, в зависимости от динамики аллергического заболевания.

В Приложении 3 приведены примерные среднесуточные наборы продуктов, рекомендуемые для большинства лечебных диет, учтены данные их химического состава и энергетической ценности

### 1.5 Эмпирическое изучение организации питания в детской больнице

Режим питания в ЛПУ

Соблюдение назначенного режима питания во многом зависит от порядка организации приема пищи. Как правило, дети, не требующие постельного режима, питаются в столовой или буфетной отделения под наблюдением медицинского персонала. "Постельные" больные получают пищу непосредственно в палатах. При этом на кровати каждого больного должен быть прикреплен ярлычок с указанием назначенной ему диеты, что предупреждает ошибки при выдаче пищи.[7]

Организация работы пищеблока больницы

Меню составляется диетсестрой пищеблока, что позволяет отразить основные моменты на рисунке 3.



Рисунок 3. Основные моменты при составлении меню.

При составлении меню важно уделять внимание правильному распределению продуктов, богатых животными белками, между отдельными приемами пищи. Каждый основной прием пищи (завтрак, обед, ужин) должен содержать полноценные белки, особенно необходимые для детей ослабленных, с нарушениями пищеварения и обмена веществ. Химический состав и калорийность пищи не должны иметь больших колебаний в различные дни, распределяясь, по возможности, более равномерно. В тех случаях, когда по каким-либо причинам отсутствует тот или иной продукт, следует прибегать к равноценной его замене, пользуясь специально разработанной таблицей замены продуктов (Приложение 4).

В организации лечебного питания большое значение имеет правильная кулинарная обработка продуктов. Любые нарушения технологии приготовления блюд приводят к снижению их пищевой и биологической ценности (разрушению белков, жиров, витаминов и т.п.). [29] Особого внимания требует приготовление пищи для больных детей. Лечебная кулинария в первую очередь должна обеспечивать принцип щажения, то есть обеспечения максимального покоя органов и систем, вовлеченных в патологический процесс. Щажение может быть механическим, химическим и термическим (рисунок 4 и 5).



Рисунок 4. Механическое щажение пищи при приготовлении.



Рисунок 5. Химическое щажение пищи при приготовлении.

Термическое щажение означает обеспечение соответствующей температуры пищи. Чаще всего больным детям назначается теплая пища, которая не раздражает терморецепторы, снижает внутрижелудочковое давление, перистальтическую активность, создавая покой желудочно-кишечному тракту.

Устройство, санитарно-гигиеническое содержание и работа пищеблока детской больницы должны отвечать требованиям СанПиН 5179-90 и СанПиН 42-123-5777-91. В состав помещений пищеблока входят: кухня с заготовительными цехами для овощных и мясо-рыбных продуктов, моечная для кухонной посуды, помещения для хранения продуктов, оборудованные холодильными установками, ряд вспомогательных помещений.

Контроль за организацией питания

Общий контроль за организацией лечебного питания осуществляется главным врачом больницы. Вопросами контроля за работой пищеблока занимается диетсестра.[25]

Врач-диетолог составляет вместе с шеф-поваром перспективные и ежедневные меню, обеспечивая рациональное, сбалансированное питание детей. Старшие медсестры отделений ежедневно представляют диетсестре пищеблока сведения о числе состоящих на питании больных по состоянию на 9 часов утра текущего дня, указывая распределение больных по диетам в соответствии с записями врача в историях болезни. На основании этих данных диетсестра составляет меню-раскладку для следующего дня и выписывает требование на выдачу продуктов со склада.

Непосредственный контроль за работой кухни заключается в том, что медицинские работники присутствуют при закладке основных продуктов в котел, проверяют выход блюд, проводят органолептическую оценку пищи. Перед закладкой продукты взвешиваются, полученные данные сопоставляются с данными меню-раскладки.

Контроль за качеством готовой пищи осуществляется до выдачи ее больным. Полученные результаты фиксируются в бракеражном журнале. Качество пищи проверяется непосредственно перед выдачей из кухни. Проверку осуществляет повар, готовивший блюдо, а также специальная бракеражная комиссия в составе врача-диетолога (диетсестры), заведующего производством (шеф-повара) и дежурного врача по больнице. Проба снимается с каждого блюда, указанного в меню-раскладке, берется непосредственно из котла и проводится органолептическая оценка. После производства пробы в бракеражном журнале делается отметка о качестве каждого блюда, указывается время проведения бракеража и дается разрешение на употребление блюд в пищу.

На пищеблоке ежедневно должна оставляться суточная проба готовых блюд.[25]

Выводы:

Одна из первых задач рационального питания заключена в том, что в детском возрасте формируются пищевые привычки, и неправильно сформированные пищевые мотивации могут сохраниться на всю последующую жизнь, нанося вред здоровью.

В детском возрасте особенно важно обеспечить организм полноценными белками, витаминами, минеральными веществами, не допускать излишней калорийности питания, излишка жира, соли, сахара, а также обеспечить детский организм необходимым количеством пищевых волокон.

Лечебное питание в детских лечебно-профилактических учреждениях в первую очередь должно обеспечивать физиологические потребности растущего организма ребенка в основных пищевых ингридиентах.

Терапевтическое действие диеты должно определяться качественным составом сбалансированного рациона за счет специального подбора продуктов и необходимого характера их кулинарной обработки соответственно присутствующей патологии.

Выполнение стандартов по организации лечебного питания в лечебно - профилактическом учреждении позволяет организовать лечебное питание на современном уровне как неотъемлемую часть комплексной терапии больного.[11]

Помимо практического внедрения нормативно-правовой базы и стандартизации подходов большую роль при организации лечебного питания играет взаимодействие между различными категориями персонала: врачи, медицинские сестры, диетолог, работники пищеблока действуют сообща для достижения общей цели - обеспечение больного оптимальным лечебным питанием.

## Раздел 2. Роль медицинской сестры в организации питания

Система питания в ЛПУ предусматривает применение модифицированной номенклатуры лечебных столов, обозначаемых номерами от 1 до 14, разработанными в Институте питания, а также общих столов 15 и 16, о чем описано ранее в разделе 1.

Организуют лечебное питание в больнице диетврач и диетсестра.

Отмечено ранее, что пища готовится на пищеблоке. Пищеблок централизованно получает все продукты для питания детей, готовит различные блюда, а затем распределяет их согласно порционным требованиям.[28]

Ежедневно задача каждой медсестра составить на больных порционник, который сдается старшей медсестре отделения, а та суммирует количество диет и направляет данные в больничный пищеблок. На вновь поступившего в ночное время больного порционник сдает утром медсестра приемного отделения. На основании этого на кухне готовят пищу.

Пищу для отделений получают буфетчицы в строго определенные часы. Обычно с 08.30 до 09.00, с 12.30 до 13.00, с 15.30 до 16.00 и с 18.00 до 18.30.

По учению И. П. Павлову, аппетит является результатом возбуждения пищевого центра. При этом происходит отделение очень активного запального сока, составляющее условно-рефлекторную часть первой фазы желудочной секреции.[29]

Возбудителями аппетита служат ряд условных рефлексов, связанных со временем (если пища всегда принимается в одно и то же время), запахом пищи, ее внешним видом, сервировкой, со всей обстановкой, предшествующей приему пищи. При этом раздражения болевого характера или отрицательные эмоции могут подавить аппетит.

Исходя из этого, больных к приему пищи следует подготовить: закончить лечебные процедуры и физиологические отправления, убрать и проветрить палату, помочь тяжелобольным вымыть руки.

Во время раздачи пищи персонал должен педантично соблюдать чистоту рук, одежды. Посуда, подносы, приборы, средства транспортировки пищи должны быть безукоризненными.

Пища должна быть нагрета до определенной температуры и аккуратно оформлена.

Положительное влияние на аппетит оказывают вкусовые качества пищи, которые зависят от кулинарной обработки, насыщенности пищи витаминами, а также разнообразное меню.[13]

Родственники и друзья, проявляя заботу о больных, лежащих в стационаре, приносят им продукты, не всегда соответствующие лечебному столу больного. Не предупрежденный или недостаточно сознательный больной может съесть что-либо из недозволенного и нанести вред, иногда непоправимый. Чтобы этого не случилось, следует принять ряд мер:

в первые же дни пребывания больного в стационаре разъяснить ему значение лечебного питания для его выздоровления и предупредить его относительно последствий нарушения назначенной ему диеты;

для сведения посетителей нужно вывесить на доске объявлений список продуктов, разрешенных для передачи в соответствии с номером стола, и указать максимально допустимое количество каждого из этих продуктов, передаваемое за один раз;

в часы передач и посещений необходимо наблюдать за поведением посетителей и при необходимости проводить с ними разъяснительные беседы;

ежедневно проверять тумбочки, шкафы и холодильники, в которых хранятся личные продукты больных.

Посуда для хранения и транспортировки пищи всегда должна быть чистой и иметь крышки. Посуду маркируют: «для первых блюд», «для вторых блюд», «гарнир», «молоко» и т.д., помещают на специальные тележки-столики.[25]

В каждом отделении имеются буфетная-раздаточная, а в отделении для детей старшего возраста и столовая.

В буфете хранят столовую посуду, хлеб, который находится в специальных мешках (не более одних суток). В буфете имеются приборы для подогрева доставленной из пищеблока пищи, а также сухожаровой шкаф для сушки посуды, отдельные мойки для грязной и чистой посуды.[14]

Порядок и правила работы буфетной-раздаточной отделения

Для транспортировки готовой пищи в буфетные отделений больницы используются термосы, тележки-термосы или плотно закрывающаяся посуда. Помещения буфетных при отделениях больницы должны быть обеспечены:

холодной и горячей проточной водой;

электрокипятильниками непрерывного действия;

двухсекционными ваннами с сетками для споласкивания и сушки посуды;

установкой или электроплиткой для подогрева пищи;

столы с гигиеническим покрытием для раздачи пищи;

Раздачу пищи больным производят буфетчицы и дежурные медсестры отделения. Мне будучи дежурной медсестрой предстоит раздача пищи необходимо осуществлять только в халате с маркировкой «для раздачи пищи».

Медсестра должна соблюдать правила личной гигиены. Персонал пищеблока перед посещением туалета обязан снять халат. После посещения туалета обеззараживает руки в течение 2 минут раствором «Дезоксан-1» или 0,2% раствором хлорамина.

Контролирует соблюдение порядка и правил работы буфетной-раздаточной отделения старшая медсестра.

Дети старшего возраста, которым разрешается ходить, принимают пищу в столовой за столом на 4 человека, что дает возможность группировать больных по диетам и лучше их обслуживать. Стулья должны быть с легко моющейся обивкой. Окна в летнее время должны быть затянуты сеткой от мух, так как последние являются переносчиками многих инфекционных заболеваний.

Прием пищи производится в определенное время. В отделениях старшего возраста это обычно 09.00-09.30 - завтрак, 13.00-13.30 - обед,16.00-16.30 - полдник, 18.30-19.00 - ужин. Температура горячих блюд не должна превышать 60°С. Разовая порция должна быть адекватной возрасту ребенка. Ложка, вилки и хлеб раскладываются по столам заранее. Дети группируются по столам согласно диетическому режиму.

Моя задача медсестры отводится в участии кормления детей в столовой. Надо следить за правильной сервировкой стола, внешним видом блюд, их запахом и вкусом, опрятным видом буфетчиц. Так как у многих детей аппетит бывает снижен, нужно стараться, чтобы пища имела аппетитный вид. В столовой должно быть тихо и уютно.

Перед приемом пищи следует закончить все лечебные процедуры и физиологические отправления. Следует проследить, чтобы дети вымыли руки.

Во время еды мне необходимо проследить, чтобы дети ели опрятно, не разговаривали, не мешали друг другу. Если ребенок не ест, следует выяснить причину этого, убедить его в необходимости еды, но насильственное кормление не допускается.

В стране разработана эффективная система мероприятий по профилактике пищевых отравлений, она включает материалы законодательного характера, в которых указаны требования по заготовке, хранению и транспортировке пищевых продуктов, правила приготовления пищи и сроки ее реализации. Важное место в профилактике пищевых отравлений занимает выполнение требований санитарных правил для предприятий общественного питания, в том числе для кухни, столовой и буфетов больницы. Все помещения кухни, столовой, буфетов должны содержаться в образцовой чистоте. С этой целью ежедневно производится их тщательная уборка: подметание влажным способом и мытье пола, обметание пыли, протирка мебели, подоконников и пр. Помещения нужно проветривать каждый день.

Генеральная уборка (мытье стен, потолков, осветительной арматуры и др.) производится не реже 1 раза в неделю с применением моющих средств и 1 % осветленного раствора хлорной извести. Очистка стекол от пыли, дыма и копоти производится по мере необходимости, но не реже 1 раза в месяц.

Обеденные столы, сделанные из пластика (гигиеническое покрытие), оставляют открытыми. Столы с деревянными крышками покрывают скатертями, поверх которых допускается класть полиэтиленовую пленку или клеенку. Если на столы заранее ставят хлеб, он должен быть накрыт чистыми салфетками.

Уборка обеденных столов после приема пищи больными включает удаление грязной посуды, столовых приборов, остатков пищи, сметание крошек и тщательное протирание клеенки или крышки стола.

Для сбора грязной посуды используются специальные тележки. Для уборки столов с гигиеническим покрытием должен употребляться комплект салфеток с ясной, несмывающейся маркировкой «для уборки столов». Каждый комплект должен состоять из двух салфеток (одна - влажная, другая - сухая для осушки покрытия). Салфеток должно быть в достаточном количестве, обеспечивающем их смену по мере загрязнения. Стирка салфеток производится в том же порядке, что и стирка санитарной одежды.

Уборочный инвентарь (тазы, ведра, щетки и пр.) должен быть маркирован и закреплен за отделением, хранят его в закрытых, специально выделенных для этой цели шкафах.

Для сбора пищевых отходов используются металлические ведра или баки с крышками (с педалью), которые при заполнении не более чем на 2/3 объема очищают, затем обрабатывают 2 % раствором кальцинированной соды, ополаскивают водой и просушивают.

При организации питания больных может быть использована столовая и чайная посуда из фаянса, стекла, алюминия и нержавеющей стали. Нельзя употреблять столовую и чайную посуду с отбитыми краями и трещинами из-за опасности повреждения рук и полости рта.

Дезинфекция посуды. Для мытья столовой посуды в моечной комнате устанавливаются механические моющие машины. Перед закладкой в машину с посуды удаляют остатки пищи и ополаскивают ее. При мытье столовой посуды ручным способом оборудуются трехгнездные ванны. В третьем гнезде следует иметь специальные решетки для ополаскивания вымытой посуды.

Мытье посуды включает:

механическое удаление остатков пищи (щеткой, деревянной ложкой);

мытье посуды щеткой в воде с температурой 45-48є С с добавлением моющих средств (1 % тринатрийфосфата или 0,5-2% кальцинированной соды и других средств, разрешенных санитарными органами для указанных целей);

мытье посуды в воде с температурой 50 °C с добавлением 1 % осветленного раствора хлорной извести в количестве 10 см3 на 1 л воды;

ополаскивание посуды в третьей ванне горячей водой с температурой не ниже 70 °C, для чего посуду следует загружать в специальные сетки и устанавливать на решетки;

просушивание посуды в сушильном шкафу или на специальной полке (решетке). Так сушат и дезинфицируют посуду в сухожаровом шкафу при температуре 130°С в течение 30 минут.

Мытье обеденных приборов (ложки, ножи и вилки из нержавеющей стали) должно производиться так же, как и мытье столовой посуды, но вымытые приборы следует обязательно кипятить, а затем насухо вытирать чистым полотенцем (при отсутствии сушильного шкафа) или опускать в специальной сетке в кипящую воду на 1-2 мин и досушивать на воздухе.

Стеклянную посуду (стаканы, блюда) моют в двух водах.

Чистая посуда и инвентарь в нерабочее время должны храниться в специальных шкафах или на стеллажах, покрытых чистой марлей или полотенцем.

Отходы пищи хранятся в специальных маркировочных баках с крышкой. Вывоз их из отделения должен быть осуществлен в этот же день.

Кормление тяжелобольных детей.

Дети, находящиеся на постельном режиме, принимают пищу в палате. Если ребенок может сам сидеть и самостоятельно есть, после мытья рук он ест за прикроватным столиком. Если больной не может сам сидеть в кровати, следует придать ему полусидячее положение, приподнять подголовник функциональной кровати или подложить под его спину несколько подушек. Шею и грудь прикрывают фартуком или клеенкой. При кормлении лежачих больных используют прикроватные столики, на которые ставят пищу. Тяжелобольных кормят в удобном для них положении. Следует приподнять левой рукой голову больного вместе с подушкой, а правой подносят ему ко рту ложку или специальный поильник с пищей. Насильственное кормление не допускается, так как больной может аспирировать пищу.[15]

Количество съеденной пищи отмечается медсестрой в истории болезни ребенка.

Дача питья больным, особенно лихорадящим, требует от сестры постоянного внимания, так как питье нужно давать часто и небольшими порциями.

Искусственное питание

Питание через рот при некоторых заболеваниях бывает невозможно или недостаточно, тогда приходится прибегать к искусственному питанию, при котором пищу и питательные вещества вводят через зонд, фистулу, через прямую кишку и парентерально - подкожно и внутривенно.[10]

Кормление больного через зонд применяют при обширном травматическом повреждении и отеке языка, глотки, гортани и пищевода; бессознательном состоянии как проявлении тяжелых нарушений функции центральной нервной системы; отказе от пищи при психических заболеваниях; нерубцующейся язве желудка. При всех этих заболеваниях обычное питание либо невозможно, либо нежелательно, так как может привести к инфицированию ран или к попаданию пищи в дыхательные пути с последующим возникновением воспаления или нагноения в легких. При нерубцующейся язве желудка длительное (18 дней) питание через зонд, введенный в двенадцатиперстную кишку, рекомендуется как последний метод консервативного лечения.

Через зонд можно вводить любую пищу (и лекарства) в жидком и полужидком виде, предварительно протерев ее через сито. К пище обязательно добавление витаминов. Обычно вводят молоко, сливки, сырые яйца, бульон, слизистый или протертый овощной суп, кисель, фруктовые соки, распущенное масло, кофе, чай.

Для кормления готовят тонкий желудочный зонд или прозрачную хлорвиниловую трубку диаметром 8-10 мм; воронку емкостью 200 мл с диаметром трубки, соответствующим диаметру зонда, или шприц Жанэ; 3-4 стакана пищи. На зонде заранее следует сделать метку, до которой его собираются ввести: в пищевод - 30-35 см, в желудок - 40-45 см, в двенадцатиперстную кишку -50-55 см. Инструменты кипятят и охлаждают в кипяченой воде, а пищу подогревают.

Обычно зонд вводит врач. Если нет противопоказаний, то больной садится. После предварительного осмотра носовых ходов закругленный конец зонда, смазанный глицерином, вводят в наиболее широкий нижний носовой ход, придерживаясь направления, перпендикулярного к поверхности лица. Когда 15-17 см зонда скроется в носоглотке, голову больного слегка наклоняют вперед, указательный палец одной руки вводят в рот, нащупывают конец зонда и, слегка прижимая его к задней стенке глотки, другой рукой продвигают дальше. (Без контроля пальцем зонд может попасть в трахею.)

Если больной без сознания и его нельзя посадить, зонд вводят в положении лежа, если возможно под контролем пальца, введенного в рот. После введения зонда рекомендуется проверить, не попал ли он в трахею. Для этого к наружному концу зонда подносят пушинку ваты или кусочек папиросной бумаги и смотрят, не колышется ли он при дыхании. Убедившись в том, что зонд в пищеводе, оставляют его там или продвигают в желудок или двенадцатиперстную кишку и начинают кормление. К наружному концу зонда присоединяют воронку, вливают в нее пищу и небольшими порциями, не более глотка каждая, не спеша, вводят приготовленную пищу, а затем и питье. После кормления воронку удаляют, а зонд оставляют на весь период искусственного питания. Наружный конец зонда складывают и укрепляют на голове больного, чтобы он ему не мешал.

При непроходимости пищи через пищевод при его сужении оперативным путем делают желудочный свищ, через который можно вводить зонд и вливать пищу в желудок. При этом нужно следить, чтобы края свищевого отверстия не загрязнялись пищей, для чего введенный зонд укрепляют липким пластырем, а после каждого кормления производят туалет кожи вокруг свища, смазывают ее пастой Лассара и накладывают сухую стерильную повязку. При таком способе питания у больного выпадает рефлекторное возбуждение желудочной секреции со стороны ротовой полости. Его можно восполнить, предложив больному разжевывать кусочки пищи и сплевывать в воронку.

Рассмотрим также кормление больного через питательные клизмы. В прямую кишку через клизму можно ввести 0,85 % раствор поваренной соли, 5 % раствор глюкозы, 4-5% раствор очищенного алкоголя, аминопептид (препарат, содержащий все незаменимые аминокислоты).

Чаще всего при обезвоживании организма вводят капельным методом первые два раствора в количестве до 2 л. Можно эти же растворы вводить одномоментно по 100-150 мл 2-3 раза в день. Чтобы помочь больному удержать введенный раствор, можно добавить к нему 5 капель настойки опия.

При обоих способах введения для улучшения всасывания раствора прямую кишку нужно освободить от содержимого клизмой, а вводимый раствор подогреть до 37-40 °C.

При тяжелых инфекциях и интоксикациях, непроходимости кишечника, больших кровопотерях, при шоке, ожоге и в послеоперационном периоде, во всех случаях выраженного обезвоживания, когда введение жидкости и питательных веществ через желудочно-кишечный тракт невозможно, их вводят парентерально - подкожно, внутривенно, внутримышечно.

Жидкость в количестве 2-4 л в сутки можно вводить капельным способом в виде 5 % раствора глюкозы и изотонического раствора поваренной соли и других солей. Глюкозу можно вливать также внутривенно в виде 40 % раствора.

Самым лучшим методом введения белка (и ряда других ценных веществ) является переливание одногруппной крови. Необходимые организму больного аминокислоты можно ввести в виде гидролизатов, плазмы и плазмозаменителей.

Кормление детей первого года жизни.

Естественным (грудным) называется вскармливание ребенка молоком матери. Женское молоко является уникальным и единственно сбалансированным для новорожденного ребенка продуктом питания. Никакие молочные смеси, даже приближенные по составу к женскому молоку, его заменить не могут. Долг и обязанность любого медицинского работника, будь то врач или медицинская сестра, постоянно подчеркивать преимущества женского молока, прилагать все усилия к тому, чтобы каждая мать кормила ребенка грудью как можно более продолжительное время.

Материнское молоко содержит в оптимальных соотношениях белки, жиры, углеводы, макро- и микроэлементы. С первыми каплями молока (в первые 5-7 дней после рождения ребенка - это молозиво) новорожденный получает комплекс специфических и неспецифических защитных компонентов. Так, в частности, иммуноглобулины (Ig) классов А, М, G обеспечивают передачу от матери ребенку факторов пассивного иммунитета. Уровень этих иммуноглобулинов особенно высок в молозиве.[26]

Вот почему раннее прикладывание ребенка к груди матери (некоторые авторы рекомендуют в настоящее время осуществлять прикладывание в родильном зале) улучшает лактацию матери и обеспечивает передачу новорожденному от нескольких (5-8) до десятков (20-30) г полноценного в иммунологическом отношении белка. Например, IgA в молозиве содержится от 2 до 19 г/л, IgG - от 0,2 до 3,5 г/л, IgM - от 0,5 до 1,5 г/л. В зрелом молоке уровень иммуноглобулинов снижается, составляя в среднем 1 г/л, что тем не менее обеспечивает естественную защиту от различных патогенных микроорганизмов.

Большое значение придается раннему прикладыванию ребенка к груди - в этом случае у новорожденного лучше и быстрее формируется микрофлора кишечника. Само по себе вскармливание приводит к выработке так называемого динамического пищевого стереотипа, обеспечивающего взаимодействие организма ребенка с внешней средой. Немаловажно, что естественное вскармливание позволяет новорожденному лучше перенести состояния, свойственные этому периоду жизни. Они называются переходными или пограничными - это транзиторная потеря первоначальной массы тела, гипертермия и т.п.

С момента первого прикладывания ребенка к груди матери между ними постепенно устанавливаются особые взаимоотношения, по существу начинается процесс воспитания новорожденного.

При кормлении ребенка грудью необходимо соблюдать определенные правила:

.Перед кормлением мать должна сцедить несколько капель молока, с которыми удаляются случайные бактерии, легко попадающие в конечные отделы выводных железистых протоков.

. Принять удобное положение для кормления, поставить ногу, на стороне которой кормит ребенка, на скамеечку или лечь в кровать.

. Необходимо, чтобы при сосании ребенок захватывал в рот не только сосок, но и околососковый кружок, нос ребенка при этом должен оставаться свободным, чтобы ребенок при кормлении свободно дышал. Если дыхание через нос у ребенка затруднено, перед кормлением носовые ходы следует прочистить с помощью жгутиков, смоченных в вазелиновом масле, или электроотсоса.

. Держать ребенка у груди не следует более 20 минут, не давая ему засыпать. Если после кормления в груди осталось молоко, то остатки нужно сцедить в стерильную посуду: стакан или бутылочку с воронкой.

. По окончании кормления грудь необходимо обсушить чистой тонкой полотняной тканью, чтобы не было мацерации сосков.

Если после кормления у матери остается молоко, то его остатки сцеживают в стерильную посуду (в бутылочку с воронкой или стакан). Наиболее эффективный способ - отсасывание молока вакуумным аппаратом. При его отсутствии используют резиновую накладку, молокоотсос с резиновым баллончиком. К началу кормления молокоотсосы должны быть простерилизованы.

При отсутствии молокоотсоса молоко сцеживают руками. Предварительно мать моет руки с мылом, насухо их вытирает. Затем кладет большой и указательный пальцы на внешнюю границу околососкового кружка, сильно и ритмично сжимает пальцы. Сосок трогать не следует.

. В целях профилактики образования трещин и мацерации сосков грудь по окончании кормления необходимо обмыть теплой водой и осушить чистой, тонкой полотняной пеленкой.

При грудном вскармливании ребенок сам регулирует количество необходимой ему пищи. Тем не менее, чтобы знать точное количество полученного им молока, необходимо систематически проводить так называемое контрольное кормление. Для этого ребенка как обычно пеленают перед кормлением, затем взвешивают (в пеленках), кормят, повторно взвешивают в той же одежде, не меняя пеленок. По разнице в массе судят о количестве высосанного молока. Контрольное кормление обязательно при недостаточной прибавке ребенка в массе и при заболевании.[27]

Если ребенок высосал недостаточное количество молока, а также если он болен или болеет мать, то его кормят или докармливают сцеженным женским молоком. «Хранить сцеженное молоко необходимо в холодильнике при температуре не выше 4 °С. В течение 3-6 ч после сцеживания и в случае правильного его хранения оно может быть использовано после подогрева до температуры 36-37 °С. При хранении в течение 6-12 ч молоко можно использовать только после пастеризации, а после 24 ч хранения его необходимо стерилизовать. Для этого бутылочку с молоком ставят в кастрюлю, наливают теплую воду несколько выше уровня молока в бутылочке. Далее при пастеризации воду нагревают до температуры 65-75 °С и бутылочку с молоком выдерживают в ней в течение 30 мин, при стерилизации воду доводят до кипения и кипятят в течение 3-5 мин.» [31].

Бутылочки со сцеженным молоком хранят на сестринском посту в холодильнике вместе с молочными смесями. Каждая бутылочка должна иметь этикетку, на которой написано, что в ней содержится (грудное молоко, кефир и т.д.), дата приготовления, а на бутылочке со сцеженным молоком - час сцеживания и фамилия матери.

Необоснованное введение частичного питания через бутылочку (другой пищи и питья) нужно запрещать, поскольку это может отрицательно сказаться на грудном вскармливании. Кроме того, кормящие матери должны знать, что возвращаться к грудному вскармливанию очень сложно.

При недостатке грудного молока применяют дополнительную систему кормления. Ребенок будет сосать грудь, получая при этом питание из бутылочки через специальные капилляры. При этом сохраняются физиологический и психоэмоциональный компоненты грудного вскармливания и стимулируется выработка молока.

Когда у матери возникают временные сложности с кормлением ребенка грудью или грудным молоком, рекомендуется пользоваться мягкой ложечкой (SoftCup). Градуированная ложечка удобна для кормления благодаря непрерывной дозированной подаче питания. Градуированной ложечкой можно кормить ребенка сразу после кормления, в до- и после операционный период у детей с патологией челюстно-лицевого аппарата.

Кормление ребенка молочной смесью при смешанном и искусственном вскармливании преимущественно осуществляется через соску из бутылочки. Используются градуированные бутылочки, объем их 200-250 мл, цена деления 10 мл. На бутылочку надевают соску с дырочкой. Лучше использовать для кормления соски промышленного производства с уже имеющимися дырочками, различными в зависимости от возраста ребенка. Смесь или молоко надо давать ребенку подогретым до 37-40°С, для чего перед кормлением помещают бутылочку на 5-6 минут в кастрюлю с горячей водой. Кастрюля должна быть промаркирована: «Для подогрева молока». Каждый раз необходимо проверить, достаточно ли смесь согрелась или не слишком ли горяча.

Бутылочку при кормлении надо держать так, чтобы горлышко её все время было заполнено молоком, так как иначе ребенок будет заглатывать воздух, что часто приводит к срыгиванию и рвоте.

Кормят ребенка из бутылочки либо на руках, придавая ему положение такое же, как при кормлении грудью, либо лежа на боку с подложенной под голову небольшой подушечкой.

Во время кормления нельзя отходить от ребенка, нужно поддерживать бутылочку в правильном положении и следить за тем, как ребенок сосет. Нельзя кормить спящего ребенка или во время крика. После кормления тщательно обсушить окружность вокруг рта ребенка, осторожно приподнимая его, что способствует удалению с отрыжкой случайно заглоченного воздуха.

В стационарных условиях все смеси для детей первого года жизни получает медсестра на пищеблоке. Сухие смеси превращают в готовые к употреблению путем разведения непосредственно перед кормлением ребенка, что осуществляется в буфетах каждого отделения. Вид смеси, её объем для каждого ребенка индивидуальны, также как и частота кормлений, устанавливаются врачом.

При невозможности грудного вскармливания используют адаптированные молочные смеси - заменители женского молока, которые по своему составу и свойствам приближаются к женскому молоку: «Малютка истринская», «Малыш истринский», «НАН», «Энфамил-1», «Энфамил-2», «Хипп-1», «Хипп-2».

При кормлении детей адаптированными (приближенными по своему составу к материнскому молоку) молочными смесями типа «Детолакт», «Малютка», «Бона» последовательность подготовительных операций несколько иная. В простерилизованную бутылочку наливают кипяченую воду, мерной ложкой добавляют сухую молочную смесь. Затем бутылочку встряхивают и надевают на нее чистую соску. После кормления бутылочку моют содой при помощи ерша.

Бутылочки для детского питания, соски, пустышки, термосы и стерилизаторы для бутылочек, щеточки для мытья бутылочек

При искусственном вскармливании об объеме высосанной молочной смеси судят по градуированной шкале бутылочки. Регистрация высосанного молока из груди матери или смеси из бутылочки должна производиться в сестринском листе, который имеется в истории болезни каждого ребенка. Регистрируется количество высосанного молока (смеси) при каждом кормлении.

При кормлении бутылочку надо держать так, чтобы горлышко ее все время было заполнено молоком, иначе ребенок будет заглатывать воздух, что часто приводит к срыгиванию и рвоте.

Ребенка держат на руках в таком же положении, как при кормлении грудью, либо в положении на боку с подложенной под голову небольшой подушечкой. Во время кормления нельзя отходить от ребенка, нужно поддерживать бутылочку, следить за тем, как ребенок сосет. Нельзя кормить спящего ребенка. После кормления нужно тщательно обсушить кожу вокруг рта ребенка, осторожно приподнять его и перевести в вертикальное положение для удаления заглоченного при кормлении воздуха.

При кормлении ребенка имеют значение любые «мелочи». Детям, склонным к икоте и метеоризму, лучше использовать так называемые эксклюзивные противоикотные соски, например Antisinghiozzo Кикко, имеющие разгрузочные каналы-бороздки для свободного доступа воздуха внутрь бутылочки во время кормления. Это компенсирует объем высасываемого ребенком молока. Уменьшается процесс образования газа, а тем самым - и возможность развития кишечных колик у новорожденного и ребенка грудного возраста. Обеспечивается выбор специальных прорезей в соске для любого вида питания, чтобы была возможность предложить ребенку нужный вариант в нужное время [26]

Обычно рекомендуют использовать положение «кормление в подоле». Предлагаемая поза предотвращает нарушение моторики желудочно-кишечного тракта, исключают возможность искривления позвоночника у ребенка, кроме того, она удобна для кормящей матери.

Для лучшего усвоения пищи необходимо соблюдать установленные часы кормлений. Если общее состояние не нарушено и аппетит сохранен, то режим питания больных может быть такой же, как здоровых детей того же возраста (детей до 2 мес кормят 6-7 раз, до 5 мес - 6 раз, с 5 мес до 1-1,5 лет - 5 раз). При тяжелом состоянии ребенка, плохом аппетите кормят более часто (через 2-3 ч) и порциями меньшего объема.

Больных детей иногда очень сложно накормить не только потому, что у них плохой аппетит, но и из-за наличия привычек, приобретенных в домашней обстановке. Требуется большое терпение, так как даже кратковременный отказ от еды слабых и истощенных детей может неблагоприятно отразиться на течении болезни. В стационарах все смеси для детей первого года жизни получают в пищеблоке. Сухие смеси в буфете превращают в готовые к употреблению непосредственно перед кормлением ребенка. Вид смеси, ее объем и частоту кормления для каждого ребенка устанавливает врач.

Чем меньше возраст ребенка, тем больше он нуждается в максимально адаптированных смесях. К рекомендуемым для кормления детей первых шести месяцев жизни относят смеси «Нутрилак 0-6» («Нутритек», Россия), «Nutrilon-1» («Nutricia», Голландия), «Semper Bebi-1» («Semper», Швеция), «Pre-Hipp» и «ХиПП-1» (ХиПП, Австрия), «Хумана-1» («Humana», Германия), «Энфамил-1» («Mead Johnson», США), «НАН-1» («Nestte», Швейцария), «Галлия-1» («Данон», Франция), «Фрисолак-1» («Friesland Nutrition», Голландия) и др.

«Последующие» смеси, рекомендуемые для кормления детей второго полугодия жизни: «Нутрилак 6-12» («Нутритек», Россия), «Nutrilon 2» («Nutricia», Голландия), «Semper Bebi-2» («Semper», Швеция), «ХиПП-2» (ХиПП, Австрия), «Хумана-2», «Хумана Фольге- мильх-2» («Humana», Германия), «Энфамил-2» («Mead Johnson», США), «НАН-2» («Nestte», Швейцария), «Галлия-2» («Данон», Франция), «Фрисолак-2» («Friesland Nutrition», Голландия) и др.

Для детей первого года жизни, помимо сладких адаптированных смесей, созданы адаптированные кисломолочные смеси: жидкая кисломолочная смесь «Агуша-1» (Россия) для детей в возрасте от 2-4 нед жизни до 5-6 мес; «Малютка» (Россия); «NAN кисломолочный» («Nestb», Швейцария) с бифидобактериями, «Gallia lactofidus» и «Lactofidus» («Danon», Франция). Частично адаптированная кисломолочная жидкая смесь «Агуша-2» рекомендуется детям с 5-6 мес, неадаптированный «Кефир детский» на основе кефирных грибков вводят в питание не ранее 8 мес.

Существуют также детские лечебные смеси, которые назначают новорожденным с низкой массой тела при рождении («Алпрем», «Гумана-0»), при непереносимости молочного сахара (А1-110, «НутриСоя»), при поливалентной аллергии к белкам коровьего молока, сои, тяжелой диарее («Алфаре», «Прособи», «Портаген», «СимилакИзомил»).

При искусственном вскармливании объем высосанной молочной смеси определяют по градуированной шкале бутылочки. Количество высосанного молока из груди матери или смеси из бутылочки отмечают после каждого кормления в индивидуальном сестринском листе, заполняемом на каждого ребенка грудного возраста.

Уже на первом году жизни, начиная с 4-5-го месяца, ребенка постепенно приучают к новым видам пищи (прикорм). При введении прикорма следует соблюдать определенные правила. Прикорм дают перед кормлением грудью или смесями, причем с ложечки. К блюдам прикорма относятся каши, овощные пюре, мясные (фарш, фрикадельки), желток, бульон, творог и т.д. Так как с 6 мес ребенок начинает сидеть, его следует кормить за специальным столом или посадив на колени взрослого. При кормлении ребенку на грудь подвязывают клеенчатый фартук или просто пеленку.

Сроки введения прикорма в рацион детей, находящихся на естественном вскармливании, регламентированы Институтом питания

Правила стерилизации сосок и бутылочек. Грязные соски тщательно моют сначала проточной водой, а потом теплой водой с содой (0,5 чайной ложки питьевой соды на стакан воды), при этом их выворачивают наизнанку. Затем соски кипятят в течение 10-15 мин. Стерилизация сосок проводится раз в день, обычно в ночное время. Проводит ее палатная медицинская сестра. Чистые резиновые соски сохраняют сухими в закрытой (стеклянной или эмалированной) посуде с маркировкой «Чистые соски». Чистые соски достают стерильным пинцетом, а затем чисто вымытыми руками надевают на бутылочку. Использованные соски собирают в посуду с маркировкой «Грязные соски».

Стерилизация бутылок проводится в буфетной. Сначала бутылки обезжиривают в горячей воде с горчицей (50 г сухой горчицы на 10 л воды), затем моют с помощью ерша, промывают проточной водой снаружи и изнутри (используют устройство в виде фонтанчиков для ополаскивания бутылок) и ополаскивают. Чистые бутылки горлышком вниз помещают в металлические сетки, а когда стекут остатки воды, бутылочки в сетках ставят в сухожаровой шкаф на 50-60 мин (температура в шкафу 120-150 °С).

Бутылочки можно стерилизовать кипячением. Для этого их помещают в специальную посуду (бак, кастрюлю), заливают теплой водой и кипятят 10 мин.

Хранят стерильные бутылочки с горловинами, закрытыми стерильными ватно-марлевыми тампонами, в отдельно выделенных для этого шкафах.[7]

Выводы.

Система питания в ЛПУ предусматривает применение модифицированной номенклатуры лечебных столов, обозначаемых номерами от 1 до 14. Организуют лечебное питание в больнице диетврач и диетсестра.

Отмечено ранее, что пища готовится на пищеблоке. Пищеблок централизованно получает все продукты для питания детей, готовит различные блюда, а затем распределяет их согласно порционным требованиям.

Ежедневно задача каждой медсестры составить на больных порционник, который сдается старшей медсестре отделения, а та суммирует количество диет и направляет данные в больничный пищеблок.

Раздачу пищи больным производят буфетчицы и дежурные медсестры отделения. Мы подробно рассмотрели работу буфетной раздаточной. Мне будучи дежурной медсестрой предстоит раздача пищи необходимо осуществлять только в халате с маркировкой «для раздачи пищи». Медсестра должна соблюдать правила личной гигиены.

Моя задача медсестры отводится в участии кормления детей в столовой. Надо следить за правильной сервировкой стола, внешним видом блюд, их запахом и вкусом, опрятным видом буфетчиц. Следует проследить, чтобы дети вымыли руки.

Во время еды мне необходимо проследить, чтобы дети ели опрятно, не разговаривали, не мешали друг другу. Если ребенок не ест, следует выяснить причину этого, убедить его в необходимости еды, но насильственное кормление не допускается.

После каждой раздачи пищи производят тщательную уборку помещений буфетной и столовой с применением растворов дезинфицирующих средств.

Подробно рассмотрели кормление детей первого года жизни.

## Заключение

Питание больных в лечебно-профилактических учреждениях - один из важнейших элементов комплекса лечебных мероприятий. Рационально организованное лечебное питание предполагает возмещение энергозатрат человеческого организма, использование таких пищевых продуктов и технологии приготовления пищи, которые диктуются состоянием здоровья больного, а также правильное распределение общей калорийности пищи по отдельным приемам в течение дня. Лечебное питание в детских лечебно-профилактических учреждениях в первую очередь должно обеспечивать физиологические потребности растущего организма ребенка. Система питания в ЛПУ предусматривает применение модифицированной номенклатуры лечебных столов, обозначаемых номерами от 1 до 14.

В работе проанализировали роль медицинской сестры в организации питания детей в ЛПУ

Выполнили поставленные задачи.

. изучили нормативно - правовую базу,

. основные моменты диетотерапии,

. отследили организацию работы пищеблока,

. деятельность медицинской сестры в организации питания.

Организуют лечебное питание в больнице диетврач и диетсестра.

Очень важно соблюдение санитарных правил заготовки пищевых продуктов, их хранения и транспортировки, технологии приготовления, сроков хранения и реализации пищи, а также выполнение правил личной гигиены медицинским персоналом. Нарушение этих правил может явиться причиной пищевых отравлений, глистных и инфекционных заболеваний в лечебно-профилактическом учреждении.

Отмечено, что пища готовится на пищеблоке. Пищеблок централизованно получает все продукты для питания детей, готовит различные блюда, а затем распределяет их согласно порционным требованиям.

Отмечено ранее, что пища готовится на пищеблоке. Пищеблок централизованно получает все продукты для питания детей, готовит различные блюда, а затем распределяет их согласно порционным требованиям.

Ежедневно задача каждой медсестры составить на больных порционник, который сдается старшей медсестре отделения, а та суммирует количество диет и направляет данные в больничный пищеблок.

Мы подробно рассмотрели работу буфетной раздаточной. Мне будучи дежурной медсестрой предстоит раздача пищи необходимо осуществлять только в халате с маркировкой «для раздачи пищи». Медсестра должна соблюдать правила личной гигиены. Моя задача медсестры отводится в участии кормления детей в столовой. Надо следить за правильной сервировкой стола, внешним видом блюд, их запахом и вкусом, опрятным видом буфетчиц. Следует проследить, чтобы дети вымыли руки.

Во время еды мне необходимо проследить, чтобы дети ели опрятно, не разговаривали, не мешали друг другу. Если ребенок не ест, следует выяснить причину этого, убедить его в необходимости еды, но насильственное кормление не допускается.

После каждой раздачи пищи производят тщательную уборку помещений буфетной и столовой с применением растворов дезинфицирующих средств.

Литература

1. Аллергические болезни у детей. Руководство для врачей /под ред. М.Я. Студеникина, И.И. Балаболкина М.: Медицина, 1998.- 352 с.

. Баранов A.A., Дорофейчук В.Г. Лечебное питание при нарушениях защитных механизмов пищеварительного тракта у детей //Педиатрия,- 1984.- № 6.- С. 73-75.

. Баранов A.A. Здоровье детей России: научные и организационные приоритеты //Педиатрия. 1999. - № 3. - С. 4-6.

. Боровик Т.Э. Медико-биологические основы диетотерапии у детей раннеговозраста Автореф. дисс. докт. мед. наук. - М.,- 1994.- 43 с.

. Боровик Т.Э. Особенности лечебного питания детей при пищевой аллергии //Вопр. питания.- 1996.- № 5.- С. 71-73.

. Боровик Т.Э., Рославцева Е.А., Семенова H.H. и др. Пищевая аллергия и особенности лечебного питания у детей раннего возраста //Рос. педиатр, журнал.-1998.-№5.-С. 42-46.

. Ведрашко В.Ф. Организация питания в детских учреждениях М.: Медицина, 1969, 196 с.

. Вретлинд А., Суджан А. Клиническое питание. Москва - Стокгольм, - 1990. -354 с.

. Воробьев В.И. Организация диетотерапии в лечебно-профилактических учреждениях.

. Гигиенические требования к качеству и безопасности продовольственного сырья и пищевых продуктов //Санитарные правила и нормы 2.3.2.560-96 //под ред. В.А. Тутельяна H.A. М., - 269 с.

. Детское питание и средства ухода за детьми в России //Каталог справочник под ред. В.А. Тутельяна, И.Я. Коня, Д.И. Зелинской. - Словена, 1997. - 136 с.

. Детское питание //под ред. Запруднова A.M. М., 1997. - 102 с.

. Дерюгина М.П. Диетическое питание, МЫ.: Хелтон, 1997. 352 с.

. Диетотерапия при различных заболеваниях у детей первого года жизни: Методические указания МЗ РФ.- М., 1989.- 33 с.

. Доценко В.А. Лечебно-профилактическое питание //Вопр. питания.- 2001.- Т. 70.-№ 1.-С. 21-25.

. Доценко В.А., Бондарев Г.И., Мартинчик А.Н. Организация лечебно-профилактического питания. Л.: Медицина, 1987. 216 с.

. В. Ежова, Е. М. Русакова, Г. И. Кащеева. Педиатрия: Учебник / - 5-е изд. - Мн.: Выш. шк., 2003. - 560 с.,

. Зайцева Г.И., Строгонова Л.А. Принципы организации питания в детской больнице //Справочник по детской диететике под ред. И.М. Воронцова и A.B. Мазурина Л.: Медицина, 1980.-С. 172-173.

. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Детские болезни. Учебник. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 2001. - 560 с.: ил.: [4] л. ил. - (Учеб. лит. для учащихся мед. училищ и колледжей) ISBN 5-225-04583-9

. Здоровое питание: план действий по разработке региональных программ в России // Москва, 2001. 67 с.

. Использование специализированных продуктов для профилактического и лечебного питания детей с различной патологией: Информационное письмо МЗ РФ.-М. 1997.-21 с.

. Коденцова В.М., Харитончик Л.А., Абдулкеримова Х.З. и др. Использование витаминизированного напитка и масляного раствора Р-каротина в лечение детей с хроническим гастродуоденитом// Вопросы питания.- Т 70.- 2001.- № 2.- С 21-24

. Конь И.Я. Рациональное питание в сохранении здоровья детей. //В кн.: Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы) под ред. Баранова A.A., Шеплягиной J1.A. //М., 2000. 515 - 544 с.

. Диетотерапия при синдроме мальабсорбции у детей раннего возраста //Пособие для врачей. МЗ РФ. - Москва, 2000.- 27 с.

. Корнева Е.А., Шхинек Э.К. Гормоны и иммунная система Л., 1988. 250 с.

. Коровина H.A., Захарова И.Н., Диетотерапия при различных заболеваниях у детей первого года жизни: Методические указания МЗ РФ.- М., 1989.- 33 с.

. Коровина H.A., Захарова И.Н., Заплатников A.J1. Профилактика дефицита витаминов и микроэлементов. М.:, 2000 -55 с.

. Организация лечебного питания детей в стационарах (пособие для врачей) //под ред. Баранова A.A., Ладодо К.С. //М., 2001.- 240 с.

. Сорвачева Т.Н. Вскармливание и здоровье детей в раннем возрасте // Тез. 1-го Всерос. конгр. «Питание детей: 21 век». М., 2000. - С. 60.

. Сорвачева Т.Н. Пашкевич В.В., Конь И.Я. Влияние характера вскармливания на первом году жизни на некоторые показатели здоровья детей в раннем возрасте //Вопр. питания. 2001. - № 4. - С.27-30.

. Справочник по детской диететике //под ред. И.М. Воронцова и A.B. Мазурина//Ленинград, Медицина, 1980.-415 с.

. Справочник по диетологии //под ред. Самсонова М.А. //М, 1992. 463 с.

. Тюрин Н.А., Кузьменко Л.Г. Детские болезни: Учебник. Часть 1 - M.: Изд-во РУДН, 2004.-610 с

. Шабалов Н.П. Педиатрия, 2003

. приказ департамента здравоохран. от 03.11.2003 N 997-О об организации лечебного питания в детских больницах.

Приложение 1

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ НОРМЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЭНЕРГИИ, БЕЛКОВ, ЖИРОВ, УГЛЕВОДОВ, МИНЕРАЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ, ВИТАМИНОВ ДЛЯ ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП (УТВЕРЖДЕНЫ ГЛАВНЫМ САНИТАРНЫМ ВРАЧОМ СССР 28.05.91 N 578691)

. Потребность в энергии, белках, жирах и углеводах <\*>

<\*> Потребность детей до 1 года дана на 1 кг массы тела; потребность в белках дана при вскармливании материнским молоком или заменителями женского молока с биологической ценностью (БЦ) более 80%; при вскармливании молочными продуктами с БЦ менее 80% указанные величины необходимо увеличить на 20-25%.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Возраст детей | Энергия | Белки, г/сутки | Жиры, г/сутки | Углеводы |
|  | ккал | всего | в т.ч. животн | всего | в т.ч. растит. | г/сутки |
| 0-3 мес. | 115 | 2,2 | 2,2 | 6,5 |  | 13 |
| 4-6 мес. | 115 | 2,6 | 2,5 | 6 |  | 13 |
| 7-12 мес. | 110 | 2,9 | 2,3 | 5,5 |  | 13 |
| 1-3 года | 1540 | 53 | 37 | 53 | 7 | 212 |
| 4-6 лет | 1970 | 68 | 45 | 68 | 9 | 272 |
| 6 лет (школ.) | 2000 | 69 | 45 | 67 | 13 | 285 |
| 7-10 лет | 2350 | 77 | 46 | 79 | 16 | 335 |
| 11-13 лет (м) | 2750 | 90 | 54 | 92 | 18 | 390 |
| 11-13 лет (д) | 2500 | 82 | 49 | 84 | 17 | 355 |
| 14-17 лет (юноши) | 3000 | 98 | 59 | 100 | 20 | 425 |
| 14-17 лет (девушки) | 2600 | 90 | 54 | 90 | 17 | 360 |

. Потребность в минеральных веществах (мг/сутки):

|  |  |
| --- | --- |
| Возраст детей | Минеральные вещества |
|  | кальций | фосфор | магний | железо | цинк | йод |
| 0-3 мес. | 400 | 300 | 55 | 4 | 3 | 0,04 |
| 4-6 мес. | 500 | 400 | 60 | 7 | 3 | 0,04 |
| 7-12 мес. | 600 | 500 | 70 | 10 | 4 | 0,05 |
| 1-3 года | 800 | 800 | 150 | 10 | 5 | 0,06 |
| 4-6 лет | 900 | 1350 | 200 | 10 | 8 | 0,07 |
| 6 лет (школ.) | 1000 | 1500 | 250 | 12 | 10 | 0,08 |
| 7-10 лет | 1100 | 1650 | 250 | 12 | 10 | 0,1 |
| 11-13 лет (м) | 1200 | 1800 | 300 | 15 | 15 | 0,1 |
| 11-13 лет (д) | 1200 | 1800 | 300 | 18 | 12 | 0,1 |
| 14-17 лет (юноши) | 1200 | 1800 | 300 | 15 | 15 | 0,13 |
| 14-17 лет (девушки) | 1200 | 1800 | 300 | 18 | 12 | 0,13 |

. Потребность в витаминах (в сутки)

┌───────────────┬────────────────────────────────────────────────┐

│ Возраст детей │ Витамины │

│ ├───┬───┬───┬────┬───────┬────┬────┬────┬───┬────┤

│ │B1,│B2,│B6,│B12,│фолацин│ PP,│ C, │ A, │E, │ D, │

│ │мг │мг │мг │мкг │ мкг │ мг │ мг │мкг │мг │мкг │

├───────────────┼───┼───┼───┼────┼───────┼────┼────┼────┼───┼────┤

│0-3 мес. │0,3│0,4│0,4│0,3 │ 40 │ 5 │ 30 │ 400│ 3 │10 │

│4-6 мес. │0,4│0,5│0,5│0,4 │ 40 │ 6 │ 35 │ 400│ 3 │10 │

│7-12 мес. │0,5│0,6│0,6│0,5 │ 60 │ 7 │ 40 │ 400│ 4 │10 │

│1-3 года │0,8│0,9│0,9│1,0 │ 100 │ 10 │ 45 │ 450│ 5 │10 │

│4-6 лет │0,9│1,0│1,3│1,5 │ 200 │ 11 │ 50 │ 500│ 7 │ 2,5│

│6 лет (шк.) │1,0│1,2│1,3│1,5 │ 200 │ 13 │ 60 │ 500│10 │ 2,5│

│7-10 лет │1,2│1,4│1,6│2,0 │ 200 │ 15 │ 60 │ 700│10 │ 2,5│

│11-13 лет (м) │1,4│1,7│1,8│3,0 │ 200 │ 18 │ 70 │1000│12 │ 2,5│

│11-13 лет (д) │1,3│1,5│1,6│3,0 │ 200 │ 17 │ 70 │ 800│10 │ 2,5│

│14-17 лет │1,5│1,8│2,0│3,0 │ 200 │ 20 │ 70 │1000│15 │ 2,5│

│(юноши) │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│14-17 лет │1,3│1,5│1,6│3,0 │ 200 │ 17 │ 70 │ 800│12 │ 2,5│

│(девушки) │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└───────────────┴───┴───┴───┴────┴───────┴────┴────┴────┴───┴────┘

Приложение 2

НОРМЫ ПИТАНИЯ В ДЕТСКИХ БОЛЬНИЦАХ (ОТДЕЛЕНИЯХ) НА 1 БОЛЬНОГО В ДЕНЬ

┌───────────────────────────────────┬────────────────────────────┐

│ Наименования продуктов │ Количество (г, мл) │

├───────────────────────────────────┼────────────────────────────┤

│Хлеб ржаной │ 75 │

│Хлеб пшеничный │ 175 │

│Мука пшеничная │ 35 │

│Мука картофельная │ 8 │

│Крупа, макаронные изделия │ 85 │

│Картофель │ 350 │

│Овощи, зелень │ 400 │

│Фрукты свежие │ 150 │

│Сухофрукты │ 20 │

│Сахар, сладости │ 80 │

│Кофе злаковый │ 3 │

│Чай │ 0,2 │

│Мясо, птица │ 150 │

│Рыба │ 75 │

│Молоко │ 450 │

│Творог │ 50 │

│Сметана │ 25 │

│Масло сливочное │ 55 │

│Масло растительное │ 10 │

│Яйцо, шт. │ 1 │

│Соль (специи) │ 10 │

└───────────────────────────────────┴────────────────────────────┘

Приложение 3

ПРИМЕРНЫЕ СРЕДНЕСУТОЧНЫЕ НАБОРЫ ПРОДУКТОВ НЕКОТОРЫХ ЛЕЧЕБНЫХ ДИЕТ

Диета N 1а

┌───────────────────────────────────┬────────────────────────────┐

│ Продукты │Количество (г, мл) для детей│

│ │ в возрасте (лет) │

│ ├─────────┬────────┬─────────┤

│ │ 4-6 │ 7-10 │ 11-14 │

├───────────────────────────────────┼─────────┼────────┼─────────┤

│Крупы │ 55 │ 75 │ 80 │

│Мука пшеничная │ 10 │ 15 │ 18 │

│Мука картофельная │ 8 │ 10 │ 10 │

│Молоко │ 1000 │ 1100 │ 1200 │

│Творог │ 40 │ 45 │ 55 │

│Сметана │ 5 │ 5 │ 10 │

│Масло сливочное, растит. │ 15 │ 17 │ 20 │

│Яйцо, шт. │ 1 │ 1,5 │ 1,5 │

│Мясо, птица │ 85 │ 105 │ 120 │

│Рыба │ 25 │ 30 │ 40 │

│Сахар │ 60 │ 70 │ 75 │

│Фрукты свежие │ 25 │ 30 │ 30 │

│Фрукты сухие │ 15 │ 15 │ 15 │

│Сок фруктовый │ 30 │ 30 │ 30 │

│Чай │ 0,3 │ 0,3 │ 0,3 │

├───────────────────────────────────┼─────────┼────────┼─────────┤

│Химический состав: │ │ │ │

│ белки, г │ 60,7 │ 72,4 │ 80,1 │

│ жиры, г │ 62,0 │ 69,3 │ 77,7 │

│ углеводы, г │ 168,3 │ 209,2 │ 259,5 │

│Калорийность, ккал │ 1474,0 │ 1750,0 │ 2057,3 │

├───────────────────────────────────┼─────────┼────────┼─────────┤

│С учетом тепловой обработки: │ │ │ │

│ белки, г │ 57,0 │ 68,1 │ 75,2 │

│ жиры, г │ 55,8 │ 62,4 │ 70,1 │

│ углеводы, г │ 158,6 │ 196,5 │ 236,3 │

│Калорийность, ккал │ 1364,6 │ 1621,0 │ 1876,4 │

└───────────────────────────────────┴─────────┴────────┴─────────┘

Диета N 4

┌───────────────────────────────────┬────────────────────────────┐

│ Продукты │Количество (г, мл) для детей│

│ │ в возрасте (лет) │

│ ├─────────┬────────┬─────────┤

│ │ 4-6 │ 7-10 │ 11-14 │

├───────────────────────────────────┼─────────┼────────┼─────────┤

│Крупы, вермишель │ 100 │ 120 │ 13 │

│Мука пшеничная │ 5 │ 7 │ 9 │

│Мука картофельная │ 10 │ 1 │ 13 │

│Молоко │ 40 │ 50 │ 50 │

│Творог │ 60 │ 70 │ 80 │

│Сметана │ 2 │ 3 │ 4 │

│Масло сливочное │ 15 │ 20 │ 20 │

│Яйцо, шт. │ 1 │ 1 │ 1 │

│Мясо, птица │ 90 │ 100 │ 120 │

│Рыба │ 25 │ 30 │ 35 │

│Сахар │ 40 │ 40 │ 50 │

│Фрукты свежие │ 60 │ 80 │ 100 │

│Фрукты сухие │ 20 │ 20 │ 20 │

│Сок фруктовый │ 50 │ 50 │ 60 │

│Сухари пшеничные │ 60 │ 80 │ 100 │

│Чай │ 0,4 │ 0,4 │ 0,4 │

├───────────────────────────────────┼─────────┼────────┼─────────┤

│Химический состав: │ │ │ │

│ белки, г │ 48,6 │ 56,6 │ 65,4 │

│ жиры, г │ 34,8 │ 42,2 │ 46,4 │

│ углеводы, г │ 226,8 │ 262,6 │ 290,1 │

│Калорийность, ккал │ 1414,8 │ 1656,6 │ 1839,6 │

├───────────────────────────────────┼─────────┼────────┼─────────┤

│С учетом тепловой обработки: │ │ │ │

│ белки, г │ 45,7 │ 53,3 │ 61,4 │

│ жиры, г │ 32,0 │ 38,8 │ 42,5 │

│ углеводы, г │ 214,5 │ 247,5 │ 273,0 │

│Калорийность, ккал │ 1328,8 │ 1552,4 │ 1720,1 │

└───────────────────────────────────┴─────────┴────────┴─────────┘

Диета N 7

┌───────────────────────────────────┬────────────────────────────┐

│ Продукты │Количество (г, мл) для детей│

│ │ в возрасте (лет) │

│ ├─────────┬────────┬─────────┤

│ │ 4-6 │ 7-10 │ 11-14 │

├───────────────────────────────────┼─────────┼────────┼─────────┤

│Крупы, макаронные изделия │ 44 │ 51 │ 61 │

│Мука пшеничная │ 17 │ 19 │ 23 │

│Молоко, кефир │ 380 │ 420 │ 480 │

│Сметана │ 10 │ 13 │ 15 │

│Масло сливочное │ 35 │ 45 │ 50 │

│Масло растительное │ 25 │ 30 │ 40 │

│Яйцо, шт. │ 1 │ 1 │ 1 │

│Сахар, кондитерские изд. │ 60 │ 65 │ 70 │

│Картофель │ 490 │ 570 │ 670 │

│Овощи разные │ 210 │ 260 │ 305 │

│Фрукты свежие │ 200 │ 220 │ 275 │

│Фрукты сухие │ 15 │ 15 │ 15 │

│Сок фруктовый │ 150 │ 200 │ 200 │

│Хлеб бессолевой │ 20 │ 250 │ 300 │

│Чай │ 0,2 │ 0,2 │ 0,2 │

│Кофейный напиток │ 4 │ 4 │ 4 │

│Дрожжи │ 0,5 │ 0,5 │ 0,5 │

├───────────────────────────────────┼─────────┼────────┼─────────┤

│Химический состав: │ │ │ │

│ белки, г │ 50,0 │ 57,7 │ 66,9 │

│ жиры, г │ 80,2 │ 95,1 │ 110,0 │

│ углеводы, г │ 326,1 │ 378,1 │ 437,0 │

│Калорийность, ккал │ 2198,0 │ 2612,1 │ 3018,7 │

├───────────────────────────────────┼─────────┼────────┼─────────┤

│С учетом тепловой обработки: │ │ │ │

│ белки, г │ 49,0 │ 56,0 │ 64,9 │

│ жиры, г │ 74,0 │ 87,5 │ 101,1 │

│ углеводы, г │ 300,0 │ 362,4 │ 419,0 │

│Калорийность, ккал │ 2100,0 │ 2461,6 │ 2845,5 │

└───────────────────────────────────┴─────────┴────────┴─────────┘

Гипоаллергенная диета

┌───────────────────────────────────┬────────────────────────────┐

│ Продукты │Количество (г, мл) для детей│

│ │ в возрасте (лет) │

│ ├─────────┬────────┬─────────┤

│ │ 4-6 │ 7-10 │ 11-14 │

├───────────────────────────────────┼─────────┼────────┼─────────┤

│Крупы, макаронные изд. │ 60 │ 75 │ 100 │

│Молоко, кефир │ 400 │ 450 │ 500 │

│Творог │ 35 │ 70 │ 70 │

│Сметана │ 5 │ 5 │ 5 │

│Сыр │ 10 │ 15 │ 15 │

│Масло сливочное │ 30 │ 40 │ 50 │

│Масло растительное │ 10 │ 15 │ 15 │

│Мясо (говядина) │ 175 │ 230 │ 280 │

│Сахар │ 45 │ 50 │ 50 │

│Кондитерские изд. (галеты) │ 10 │ 15 │ 20 │

│Картофель │ 220 │ 270 │ 350 │

│Овощи разные │ 120 │ 160 │ 200 │

│Фрукты свежие │ 150 │ 200 │ 250 │

│Фрукты сухие │ 10 │ 15 │ 20 │

│Хлеб пшеничный │ 150 │ 220 │ 300 │

│Чай │ 0,4 │ 0,4 │ 0,4 │

├───────────────────────────────────┼─────────┼────────┼─────────┤

│Химический состав: │ │ │ │

│ белки, г │ 67,9 │ 91,7 │ 110,5 │

│ жиры, г │ 75,8 │ 99,3 │ 115,7 │

│ углеводы, г │ 257,1 │ 337,1 │ 410,5 │

│Калорийность, ккал │ 1982,4 │ 2626,6 │ 3149,3 │

├───────────────────────────────────┼─────────┼────────┼─────────┤

│С учетом тепловой обработки: │ │ │ │

│ белки, г │ 64,9 │ 86,7 │ 105,8 │

│ жиры, г │ 68,2 │ 89,1 │ 103,7 │

│ углеводы, г │ 243,5 │ 321,4 │ 391,1 │

│Калорийность, ккал │ 1844,4 │ 2454,6 │ 2941,3 │

└─────

Таблица 1- Средние суточные наборы продуктов общей физиологической диеты для детей 4-х возрастных групп

|  |  |
| --- | --- |
| Продукты | Количество (г, мл) для детей в возрасте: |
|  | 1-3 года | 4-6 лет | 7-10 лет | 11-14 лет |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Хлеб пшеничный | 65 | 100 | 150 | 175 |
| Хлеб ржаной | 15 | 50 | 70 | 75 |
| Мука пшеничная | 5 | 15 | 25 | 35 |
| Мука картофельная | 1 | 1 | 2 | 8 |
| Крупы, макаронные изд. | 50 | 65 | 80 | 85 |
| Картофель | 145 | 200 | 250 | 350 |
| Овощи разные и зелень | 190 | 250 | 300 | 400 |
| Фрукты свежие | 100 | 150 | 200 | 150 |
| Фрукты сухие | 10 | 10 | 15 | 20 |
| Сок фруктовый <\*> | 150 | 200 | 200 | 200 |
| Сахар | 45 | 70 | 75 | 80 |
| Кондитерские изделия <\*> | 10 | 10 | 15 | 20 |
| Масло сливочное | 20 | 30 | 35 | 55 |
| Масло растительное | 5 | 10 | 10 | 10 |
| Яйцо, шт. | 0,5 | 1 | 1 | 1 |
| Творог | 25 | 30 | 35 | 50 |
| Молоко, кефир | 500 | 450 | 500 | 450 |
| Сметана <\*> | 10 | 10 | 15 | 25 |
| Сыр <\*> | 5 | 5 | 5 | 10 |
| Мясо, птица | 110 | 130 | 150 | 150 |
| Рыба | 30 | 40 | 50 | 75 |
| Кофейный напиток | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Чай | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 |
| Дрожжи <\*> | - | 0,5 | 0,5 | 0,5 |
| Соль (специи) | 5 | 6 | 8 | 10 |
| Химический состав: |  |  |  |  |
|  | белки, г | 57,0 | 74,2 | 88,5 | 101,9 |
|  | жиры, г | 60,9 | 81,0 | 90,6 | 106,3 |
|  | углеводы, г | 204,6 | 296,8 | 428,4 | 445,7 |
| Калорийность, ккал С учетом потерь при тепловой обработке: | 1629,2 | 2218,0 | 2668,7 | 3169,5 |
|  | белки, г | 53,6 | 69,8 | 83,2 | 95,8 |
|  | жиры, г | 53,6 | 71,3 | 79,7 | 93,6 |
|  | углеводы, г | 186,0 | 270,1 | 389,9 | 405,5 |
| Калорийность, ккал | 1466,0 | 1997,0 | 2401,8 | 2851,6 |