**Введение**

Начало использования пищевых продуктов с лечебной целью относится к глубокой древности. Сохранившиеся древнеегипетские, древнеримские рукописи донесли до наших дней ряд практически обоснованных положений по питанию здорового и больного человека.

Большое значение диетотерапии придавал Гиппократ (460— 377 до н.э.). В его трудах имеется много высказываний о принципах использования пищи с лечебной целью, о необходимости применения дифференцированного подхода в диетотерапии с учетом стадии заболевания, возраста больного, его привычек, климата, времени года и т. п. Знаменитый древнеримский врач Асклепиад из Вифинии (128—56 до н. э.), отвергая фармакотерапию, ратовал за применение при лечении различных заболеваний диеты в сочетании с физиотерапией. На важную роль использования диеты наряду с лекарственными средствами указывал один из классиков античной медицины — древнеримский врач Клавдий Гален (131—211) в составленной им энциклопедии по всем отраслям медицины.

**1. История развития лечебного питания**

Период средневековья характеризовался увлечением фармакотерапией. И, тем не менее, в трудах великого средневекового таджикского ученого и врача Ибн-Сины (Авиценны, 980—1037) представления о диетотерапии получили дальнейшее развитие. Его взгляды на диету представлены в знаменитой работе «Канон врачебной науки», где он придает важное значение «режиму питания», подразумевая при этом качество, количество пищи и время ее приема. Ибн-Сина приводит ряд ценных практических рекомендаций, в том числе указания на полезность вкусной и съеденной с аппетитом пищи, препятствие пищеварению подавленного душевного состояния и усталости, на необходимость придерживаться определенного порядка в приеме пищи и т. д.

Ряд интересных сведений в отношении принципов и правил питания содержится в ряде трактатов врачей Грузии и Армении («Усцоро Карабадини», «Цигни Саакимон», «Йодигар Даури» и др.),

а также в гигиеническом разделе сборника знаменитого врача Армении Амирдовлата Амасиаци, относящегося к 1482 г. Много советов по рациональному лечебному питанию содержит «Салерн-ский кодекс здоровья» (XVI в.), в котором указывается на вред употребления пищи непосредственно перед сном, описывается питательная ценность отдельных пищевых продуктов и целесообразность их использования при различных заболеваниях с учетом лечебных свойств.

Значительно возрастает интерес к диетотерапии начиная с эпохи Возрождения (XVI в.). Выступая против лекарственной терапии, знаменитый английский врач Сиденгам (1624—1689) пропагандировал лечение диетой, в частности, им были предложены специальные пищевые рационы для лечения ожирения и подагры. Потомок 'знаменитого Гарвея, открывшего кровообращение, Гидеон Гарвей рекомендовал для лечения ряда заболеваний предложенную им диету с резким ограничением жира. В XVIII в. в Англии и Франции получила широкое распространение терапия голодом.

Самобытным путем развивалась наука о питании и представления о диетотерапии на Руси. Указания на лечебное значение пищи встречаются в древнерусской литературе («Изборник Святослава», «Пролог», «О чревоугодии»). Однако они носили в основном аскетический оттенок и проповедовали воздержание от пищи и питья во время болезни. Некоторые данные о влиянии пищи содержатся в «Мазях», написанных внучкой Владимира Мономаха Евпраксией.

Первые отечественные медицинские сочинения, содержащие диетические рекомендации, появляются в конце XVI — начале XVII вв. В их числе: книга ординатора Кронштадтского морского госпиталя Д. П. Синопеуса «Parerga Medica» (Медицинские статьи, 1734); книга профессора Московского университета И.Ф. Эразмуса «Наставление, как каждому человеку вообще в рассуждении о диете, а особливо женщинам в беременности, в родах и после родов себя держать надлежит» (1762); «Домашний лечебник» петербургского врача X. Пекена (1765); «Практическое рассуждение о цинготной болезни» доктора русского флота А. Бахерахта (1786); «Полная диететика» Г.Г. Рихтера.1790) и другие.

Прогресс диетотерапии второй половины XVI11 — начала XIX вв, связан с именами М. В. Ломоносова, С.Г. Зыбелина, Е.О. Мухина, М.Я- Мудрова, Д.С. Самойловича. Этот период характеризовался попытками увязывать вопросы питания с характером заболевания и индивидуальными особенностями организма человека. Так, профессор Московского университета С.Г. Зыбелин тесно увязывал вопросы питания с конституциональными особенностями организма и подчеркивал необходимость индивидуальной диетотерапии, которой придавал большое значение в комплексном лечении.

Ряд сведений о лечебных свойствах пищи, роли химии в исследовании пищевых продуктов имеется в трудах М.В. Ломоносова (1711 — 1765). Им при подготовке исследований полярных областей и Северного морского пути была составлена инструкция с рекомендациями по питанию для экипажа корабля.

Практические рекомендации по способам питания при холере представлены в работах выдающегося врача Д.С. Самойловича и в дополнениях к переведенной под редакцией Е.О. Мухина диететике Г. Вильдберга.

Научные интересы М.Я Мудрова — основателя отечественной терапии и военной гигиены были в значительной мере связаны с разработкой вопросов практического использования питания с лечебной целью, о чем свидетельствует диссертация Ф. Калаша «О питании здорового и больного человека» (1822), выполненная под его руководством. М.Я. Мудров отстаивал необходимость индивидуализации диеты в соответствии со вкусами и привычками больного. Сторонником индивидуального назначения диеты, но с учетом возраста, телосложения, пола, климата, местности и времени года, был основоположник русского акушерства Н.М. Максимович-Амбодик, который в дальнейшем значительно расширил представления о диетотерапии ряда заболеваний (сердечно-сосудистых, урологических; хронического гастрита, цинги н др.).

Большая заслуга в развитии учения о лечебном питании второй половины XIX — начала XX вв. принадлежала как зарубежным так и отечественным ученым, в частности А.М. Филомафитскому, И.Е. Дядьковскому, Ф.И. Иноземцеву, Н.И. Пирогову, Г.А. Захарьину, С.П. Боткину, А.А. Остроумову.

А.М. Филомафитский на основе экспериментального изучения процессов переваримости и усвоения пищи, роли желудочной секреции и желчеотделения для пищеварения, а также влияния на эти процессы слабых кислот, воды, солей, алкогольных напитков дал ряд практических рекомендаций по диететике. Выдающийся представитель отечественной клинической медицины И.Е. Дядьковский рекомендовал часть лекарственных препаратов заменять диетой; в числе первых он пытается объяснить воздействие на организм продуктов питания через центральную нервную систему. Придавая фактору питания важную роль в воздействии на организм, профессор Московского университета Ф.И. Иноземцев предложил оригинальный метод лечения молоком ряда заболеваний.

Основатель Московской терапевтической школы Г.А. Захарьин разработал дробный режим питания и заложил основы системы «зигзагов»; кроме того, он изучал лечебное действие кумыса и пропагандировал применение его для лечения туберкулеза.

Н.И. Пирогова по праву можно считать основоположником лечебного питания в армии. Учитывая большое значение лечебного питания, он повел борьбу с неполноценным, преимущественно углеводным питанием раненых и больных, выработал ряд практических рекомендаций. Эти рекомендации основаны на принципе индивидуального подхода с учетом фазы раневого процесса, национальных вкусов и привычек раненых, условий возникновения ранения и возможностей госпиталя.

Начало, глубокому изучению влияния лечебного питания на функции целостного организма положил крупнейший отечественный клиницист С.П. Боткин с позиций созданного им направления, именуемого «нервизмом». Под руководством С.П. Боткина было выполнено 13 научных работ и диссертационных исследований по вопросам лечебного питания. Ему принадлежит заслуга научной разработки режимов лечебного питания для больных сыпным и брюшным тифами, с недостаточностью кровообращения. С.П. Боткин первым из клиницистов указал на необходимость полноценного белкового питания для тяжелобольных, разработал показания и противопоказания к применению экстрактивных веществ, подробно изучил лечебные свойства молока с объяснением механизма его действия.

Продолжатель идей С.П. Боткина выдающийся представитель отечественной медицины А.А. Остроумов в качестве одного из наиболее мощных факторов, укрепляющих организм, рекомендовал усиленное питание, применяемое индивидуально с учетом переносимости пищи, возраста, перенесенных заболеваний, связанных с питанием, условий внешней среды и наследственности. Им предложено рациональное белковое питание при заболевании крови, доказана необходимость полноценного и особенно белкового питания при циррозе печени и брюшном тифе. Он широко пропагандировал принцип «щажения» при заболеваниях пищевого канала {пищевой канал — наименование по Международной анатомической номенклатуре).

Развитию диетотерапии и научному обоснованию основных ее принципов, являющихся основой современного лечебного питания, способствовало учение великого русского физиолога И.П. Павлова о работе главных пищеварительных желез. Важное значение для диететики имело открытие и изучение условных рефлексов, учение о нервной трофике, установление фазности желудочной секреции, факта возможного приспособления деятельности пищеварительных желез к различным влияниям внешней среды. Практическую ценность представляют работы по изучению вопроса о сокогонном эффекте овощей, кваса, горечей, алкоголя, экстрактивных веществ; о влиянии на желудочную секрецию различных форм приготовления пищи; о «пищевом центре» и аппетите, голодных сокращениях желудка, стимуляции желудочной секреции механическими раздражителями.

Большое значение для дальнейшей разработки вопросов диететики имели работы учеников и последователей И.П. Павлова. Так, И.П. Разенковым была показана способность качественно различных пищевых режимов по-разному изменять функциональное состояние органов и тканей, а также связь деятельности пищеварительных желез с обменными процессами в организме. Следует также отметить работы и других учеников И.П. Павлова: В.Н. Болдырева — по периодической деятельности пищевого канала; Н.И. Лепорского — по изучению влияния жира и соков овощей на желудочную секрецию; Е.С. Лондона — по перевариваемости и всасыванию пищи в кишечнике.

С целью научной разработки основ лечебного питания в 1920 г. в Москве под руководством ученика И.М. Сеченова М. Н. Шатерникова был организован Институт физиологии питания, реорганизованный в 1930 г. в Институт питания, который вначале находился в системе Наркомздрава СССР, а затем стал учреждением АМН СССР. Под руководством М.Н. Шатерникова, а затем О. П. Молчановой сотрудниками Института питания АМН СССР были разработаны физиологические нормы питания для различных профессиональных и возрастных групп населения.

В 1921 г. при Центральном государственном институте курортологии был открыт отдел по болезням органов пищеварения и диететике, который возглавил один из основателей лечебного питания в Советском Союзе профессор М.И. Певзнер. На основе этого отдела при Институте питания в 1930 г. был создан отдел лечебного питания с клиникой. В дальнейшем филиалы Института питания были открыты в Харькове, Киеве, Одессе, Новосибирске, Ленинграде, Ростове-на-Дону, Иваново, Горьком.

Благодаря усилиям М.И.. Певзнера лечебное питание получило преимущественное распространение в санаториях и на курортах страны. Так, в 1924 г. открывается диетическая столовая Общества врачей на курорте Ессентуки, на базе которой была создана первая государственная диетическая столовая. Позже такие же столовые организуются и на других курортах Кавказа и Крыма. Открываются диетические отделения при общественных столовых на промышленных предприятиях и столовые лечебного питания при больницах, амбулаториях, ночных санаториях вначале в Москве, а затем Киеве, Харькове и других городах страны. С 1933—-1935 гг. начинается перестройка диетического питания в лечебных учреждениях. Этому способствовала разработка под руководством М.И. Певзнера (1922) диетной, или именуемой ранее «групповой», системы лечебного питания с единой номенклатурой, предусматривающей номерное обозначение лечебных столов. Эта система оказалась удобной и рациональной, обеспечив преемственность диетотерапии в стационарных и амбулаторных условиях. Она постепенно получила всеобщее распространение, став обязательной для всех лечебных учреждений страны. Для ознакомления будущих врачей с элементами лечебного питания в 1921 г. на медицинском факультете Московского университета раздел диетотерапии был впервые включен в приват-доцентский курс по заболеваниям пищевого канала, который читал М.И. Певзнер. Необходимостью подготовки специалистов по лечебному питанию было продиктовано создание в 1932 г. первой кафедры лечебного питания при Центральном институте усовершенствования врачей в Москве. В разработку вопросов лечебного питания включались отдельные кафедры и клиники медицинских институтов и большая армия ученых страны (В.М. Коган-Ясный, М.М. Губергриц, А.И. Яроцкий, Н.И. Лепорский, Л.А. Черкес, Д.Б. Маршалкович, И.Ф. Лорие, И.И. Рыбаков, Ф.К. Маньшиков, С.М. Рысс и др.).

В армии для научной разработки вопросов питания был создан специальный научно-исследовательский институт питания Вооруженных Сил СССР с клиническим отделом на базе Главного военного госпиталя, который обеспечил в 1929 г. первоначальную реорганизацию лечебного питания в госпиталях.

Вопросы лечебного питания продолжают интенсивно разрабатываться и в наши дни, чему способствуют совместные усилия представителей как теоретической, так и клинической медицины. В СССР питание построено на научных гигиенических основах, в соответствии с потребностями организма; однако с созданием обилия пищевых продуктов для решения проблемы правильного питания необходимо изучение физиологии и биохимии питания здорового и больного человека и внедрение их достижений в практику. Особенно интенсивно разрабатываются вопросы качественной адекватности *я* сбалансированности питания.

Значительным шагом вперед в области лечебного питания в нашей стране явилось претворение в жизнь теории сбалансированного питания (А.А. Покровский, 1964) как основного условия построения любого пищевого рациона с учетом действительных потребностей организма, особенностей протекающих в нем обменных процессов и состояния различных функциональных систем (формула сбалансированного питания для взрослых).

В результате исследований, проводимых в СССР, *в* первую очередь в Институте питания АМН СССР, разработаны и утверждены Министерством здравоохранения СССР (1968) новые нормы потребности в различных пищевых веществах. В новых нормах питания отражено дальнейшее углубление принципа дифференциации потребностей отдельных групп населения по возрастному и производственному признаку с учетом подъема жизненного уровня населения нашей страны, а также улучшения условий труда и быта. В 1957 г. Министерством здравоохранения СССР утверждено положение в враче-диетологе.

В лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации широко применяются диеты, разработанные в клинике лечебного питания РФ и утвержденные Министерством здравоохранения России. В основе применяемых в настоящее время диет лежит созданная М. И. Певзнером диетная (групповая) система лечебного питания, предусматривающая номерное обозначение столов.

В последнее время благодаря развитию биохимии и молекулярной биологии стало возможным изучение питания на уровне клеток и субклеточных структур.

**2. Основы организации и проведения лечебного питания**

Лечебное питание можно определить как питание, в полной мере соответствующее потребностям больного организма в пищевых веществах и учитывающее как особенности протекающих в нем обменных процессов, так и состояние отдельных функциональных систем. Основная задача лечебного питания сводится прежде всего к восстановлению нарушенного равновесия в организме во время болезни путем приспособления химического состава и физико-химического состояния пищевых веществ к метаболическим особенностям организма.

Наиболее полному использованию достижений лечебного питания в значительной мере способствует правильная его постановка. Поэтому каждый врач должен быть знаком с основными элементами организации лечебного питания и тактикой его проведения.

*Основные принципы построения лечебного питания*

Лечебное питание является важнейшим элементом комплексной терапии. Обычно оно назначается в сочетании с другими вида-терапии (фармакологические препараты, физиотерапевтические процедуры и т. д.). В одних случаях, при заболевании органов пищеварения или болезнях обмена веществ, лечебное питание выполняет роль одного из основных терапевтических факторов, других — создает благоприятный фон для более эффективного проведения прочих терапевтических мероприятий.

В соответствии с физиологическими принципами построения пищевых рационов лечебное питание строится в виде суточных пищевых рационов, именуемых диетами. Для практической реализации любая диета должна характеризоваться следующими элементами: калорийностью и химическим составом (определенное количество белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ), физическими свойствами пищи (объем, масса, консистенция, температура), достаточно полным перечнем разрешенных и рекомендованных пищевых продуктов, особенностями кулинарной обработки пищи, режимом питания (количество приемов пищи, время питания, распределение суточного рациона между отдельными приемами пищи).

Диетотерапия требует дифференцированного и индивидуального подхода. Только с учетом общих и местных патогенетических механизмов заболевания, характера обменных нарушений, изменений со стороны органов пищеварения, фазы течения патологического процесса, а также возможных осложнений и сопутствующих заболеваний, степени упитанности, возраста и пола больного можно правильно построить диету, которая в состоянии оказать терапевтическое воздействие как на пораженный орган, так и на весь организм в целом.

Лечебное питание должно строиться с учетом физиологических потребностей организма больного. Поэтому всякая диета должна удовлетворять ряд общих требований:

1. Варьировать по своей калорийности в соответствии с энергозатратами организма.

2. Вызывать оптимальное заполнение желудка, необходимое для достижения легкого чувства насыщения.

3. Удовлетворять вкусы больного в рамках, дозволенных диетой, с учетом переносимости пищи и разнообразия меню. Однообразная пища быстро приедается и способствует угнетению без того нередко сниженного аппетита, а недостаточное возбуждение деятельности органов пищеварения ухудшает усвоение пищи.

4. Обеспечивать правильную кулинарную обработку пищи с сохранением высоких вкусовых качеств пищи и ценных свойств исходных пищевых продуктов.

5. Соблюдать принцип регулярности питания. Лечебное питание должно быть достаточно динамичным. Необходимость динамичности диктуется тем, что всякая лечебная диета в том или ином отношении является ограничительной, а следовательно, односторонней и неполноценной. Поэтому длительное соблюдение особенно строгих диет может вести, с одной стороны к частичному голоданию организма в отношении отдельных пищевых веществ, с другой стороны, к детренировке нарушенных функциональных механизмов в период восстановления. Необходимая динамичность достигается применением широко используемых в диетотерапии принципов «щажения» и «тренировки». Принцип «щажения» предусматривает' исключение факторов питания способствующих поддержанию патологического процесса либо его прогрессированию (механических, химических, термических раздражителей и т. д.). Принцип «тренировки» заключается в расширении первоначально строгой диеты за счет снятия связанных с нею ограничений с целью перехода на полноценный пищевой режим.

*Режим питания больных*

Режим питания больных должен строиться индивидуально *в* зависимости от характера заболевания и особенностей его течения, наличия аппетита, прочих методов терапии, общего и трудового режима. Однако в любом случае не следует допускать между отдельными приемами пищи перерывы в дневное время свыше 4—5 *ч* и между последним вечерним приемом пищи и завтраком 10—П *ч.*

Для лечебных учреждений Министерства здравоохранения РФ в соответствии с общим режимом установлен, как минимальный, четырехразовый прием пищи.

При многих заболеваниях (органов пищеварения, сердечнососудистой системы, инфекционных и др.) необходим более частый прием пищи (5—б раз). При пятиразовом питании целесообразно вводить второй завтрак, а при шестиразовом — еще и полдник. Лихорадящим больным прием основного количества пищи показан в часы снижения температуры, когда обычно улучшается аппетит. В связи с этим туберкулезным больным желательно переносить обед на более ранние часы, поскольку повышение температуры и снижение аппетита чаще наблюдается во вторую половину дня.

В ночных профилакториях и для амбулаторных больных, не освобождаемых от работы, показан до и после окончания работы прием основных по объему и калорийности количеств пищи.

*Система и порядок назначения лечебного питания*

При назначении лечебного питания в принципе могут использоваться две системы: элементная и диетная.

Элементная система предусматривает разработку для каждого больного индивидуальной диеты с конкретным перечислением показателей каждого из элементов суточного пищевого рациона.

Диетная система характеризуется назначением в индивидуальном порядке той или иной диеты из числа заранее разработанных и апробированных.

В лечебно-профилактических учреждениях применяется в основном диетная система. В нашей стране получили преимущественное распространение рекомендованные и утвержденные Министерством здравоохранения РФ для повсеместного применения диеты, разработанные в клинике лечебного питания Института питания РФ с номерной системой обозначения по номенклатуре, предложенной М. И. Певзнером. Эта система лечебного питания, именуемая раньше как «групповая», предусматривает существование 15 основных лечебных диет (столов) и группу контрастных, или так называемых разгрузочных, диет. Кроме того, часть основных диет (1, 4, 5, 7, 9, 10) имеют несколько вариантов, обозначаемых прописными буквами русского алфавита, которые добавляются к номеру основной диеты (например 1а, 16, 5а и т.д.).

Каждая диета и ее варианты характеризуются:

1) показаниями к применению;

2) целевым (лечебным) назначением;

3) калорийностью и химическим составом

4) особенностями кулинарной обработки пищи;

5) режимом питания;

6) перечнем разрешенных и рекомендуемых блюд.

Используемая система позволяет обеспечивать индивидуализацию с учетом других принципов лечебного питания в условиях обслуживания большого числа больных с различными заболеваниями. Это достигается применением одной из наиболее подходящих основных диет иди ее вариантов с соответствующей коррекцией (путем добавления либо изъятия отдельных продуктов и блюд, позволяющих регулировать химический состав и кулинарную обработку). При дополнительном назначении рекомендуется пользоваться продуктами, обладающими определенными лечебными свойствами (творог, молоко, печень, арбуз, яблоки и т. д.). Без ущерба разнообразию питания одни и те же продукты в различной форме приготовления и блюда в разных сочетаниях можно вводить в несколько столов. Применяемая система обеспечивает преемственность и организацию лечебного питания при обслуживании большого числа больных.

Пропись лечебного питания для больных в условиях стационара производится путем записи в историю болезни или лист назначений номера или наименования лечебной диеты с дополнительными указаниями в случае необходимости. При этом следует иметь в виду возможное влияние «продуктовых передач» (от посетителей), в отношении которых требуется тщательная регламентация.

На амбулаторном приеме и при оказании помощи на дому следует рекомендовать лечебную диету с учетом возможностей больного и назначать ее в письменной форме с детальным указанием рекомендуемого набора продуктов, способов кулинарной обработки и режима питания. В связи с этим целесообразно иметь готовые памятки-инструкции с рекомендациями диет, применяемых при наиболее распространенных заболеваниях, что упрощает задачу врача" по назначению лечебного питания. Соответствующие памятки о диетах следует выдавать больным и при выписке из лечебного учреждения. Важная роль в обеспечении лечебным питанием амбулаторных больных принадлежит диетическим столовым.

В любых условиях при назначении лечебного питания следует помнить рекомендацию М.П. Кончаловского: «Поменьше запрещать, побольше разрешать!»

Для правильного и четкого выполнения рекомендаций врача, без чего немыслимо достижение желаемого эффекта, при назначении лечебного питания важно объяснить сущность диеты, убедить в необходимости и целесообразности ее применения, а также подчеркнуть временный характер диетотерапии.

**3. Руководство лечебным питанием в больнице**

Общее руководство лечебным питанием в больнице осуществляет *главный врач* либо его *заместитель по лечебной части;* в отделениях больницы эти функции выполняют *заведующие отделениями.* Организационное и научно-методическое руководство лечебным питанием в больнице обеспечивает врач-диетолог.

Ближайшим помощником врача-диетолога является диетсестра больницы, на которую возлагается заведование больничной кухней. Диетсестра подчиняется по лечебным вопросам врачу-диетологу, а по хозяйственным — заместителю главного врача больницы по административно-хозяйственной части (завхозу).

В отделениях организацию лечебного питания осуществляют старшие сестры отделений.

Приготовлением пищи на кухне руководит *старший повар-бригадир (шеф-повар).* Он находится в непосредственном подчинении у диетсестры.

Получением пищи с кухни, подогревом и раздачей в отделениях занимаются *буфетчицы,* которые знакомы с составом и лечебным назначением различных диет.

С целью координации всей работы по лечебному питанию в многопрофильных больницах создается Совет по лечебному питанию в составе 7—11 человек. Его председателем является главный врач либо заместитель главного врача по лечебной части больницы, а ответственным секретарем — врач-диетолог. Членами совета по лечебному питанию являются заведующие отделениями, завхоз, диетсестры и старший повар.

Функции врача-диетолога, диетсестры (заведующей кухни) и Совета лечебного питания детально регламентированы «Положениями», утвержденными Министерством здравоохранения РФ.

Основные технические вопросы организации лечебного питания в больнице

Составление меню. Для практической реализации на кухне назначенных лечащими врачами диет (на основании поступивших из отделений заявок) диетсестра при участии старшего повара под руководством врача-диетолога составляет меню-порционник (расчетный лист). В нем счетный работник (калькулятор) в соответствии с нормами стоимости питания производит расчет необходимых продуктов. Меню-порционник утверждается главным врачом больницы.

На основании меню-порционника выписываются «требования-ведомости» в кладовую на получение продуктов. Продукты, не подлежащие переработке на кухне (хлеб, масло, сахар, чай и т. п.), получают буфетчицы по отдельным требованиям, составленным счетной частью (бухгалтерией).

Каждое лечебное учреждение должно иметь плановые посезонные (на зимне-весенний и летне-осенний период) семидневные меню, разработанные на основе постоянно действующей диеты. Одновременно составляются карточки-раскладки на отдельные блюда.

Повар, готовящий то или иное блюдо, должен быть проинструктирован о времени и последовательности его приготовления.

*Контроль за качеством продуктов и готовой пищи*

*1-й контроль* — проверка доброкачественности продуктов при их поступлении на склад (проводит кладовщик вместе с диетсестрой); результаты контроля записывают в специальный журнал.

*2-й контроль* — проверка доброкачественности продуктов при их отпуске из кладовой (присутствуют заведующий кухней или старший повар); в сомнительных случаях вопрос о доброкачественности продуктов решает врач-диетолог или дежурный врач.

*3-й контроль* — проверка выхода полуфабрикатов после первичной обработки мяса птицы, рыбы, картофеля (производится в присутствии диетсестры и представителя общественности).

*4-й контроль* — проверка качества готовой пищи перед выдачей из кухни в. отделения производится дежурным врачом совместно с заведующей кухней с соблюдением следующего порядка: производят пробу блюд непосредственно из котла в соответствии с перечнем блюд, указанных в меню-порционнике;

определяют фактический вес одной порции каждого блюда (фактический объем первых блюд устанавливается путем деления емкости кастрюли или котла на количество- заказанных блюд; для вычисления фактического веса одной порции каш, пудингов и т. п. взвешивают всю кастрюлю или котел, содержащий готовое блюдо, и после вычета веса тары делят на количество заказанных порций; проверка порционных вторых блюд (битки, котлеты и т. д.) производится путем взвешивания пяти порций в отдельности с установлением равномерности распределения и среднего веса порции); производят пробу оформленных блюд одного из наиболее массовых рационов.

Результаты проверки записывают в «Журнале проб готовой пищи» в виде разрешения к выдаче (для употребления).

При централизованной системе пищеблока в «буфетных» перед выдачей пища осматривается старшей медсестрой отделения или врачом.

Главный врач и его заместитель по лечебной части имеют право по своему усмотрению производить пробу пищи.

Получение пищи из кухни в отделения при централизованной системе пищеблока производится буфетчицей в соответствии с графиком очередности; перед каждым приемом пищи она должна ознакомиться в раздаточной кухни с меню, весом готовых блюд и необходимыми указаниями по раздаче пищи больным. Пища должна транспортироваться в маркированной посуде с указанием номера диеты и количества блюд. Соответствующая тара накануне доставляется в раздаточную кухни из отделений. Целесообразно всю пищу отправлять в каждое отделение одновременно.

Раздача пищи больным в буфетных-раздаточных отделений во избежание излишнего остывания должна производиться незамедлительно. Поэтому к раздаче пищи в надлежащей санодежде следует привлекать весь свободный персонал. Вначале следует обслужить лежачих больных, к койкам которых, чтобы не допустить ошибок, целесообразно прикреплять ярлычки с указанием номера диеты. В случае остывания пищи следует ее разогревать, для чего в каждой буфетной должны иметься специальные приспособления.

В буфетной раздаточной должно быть вывешено меню по каждой диете с указанием веса порций.

В отделении, согласно имеющейся инструкции по витаминизации пищи, производится добавление аскорбиновой кислоты в пищу (по 100 *мг* на каждого больного) непосредственно перед ее раздачей.

*Организация продуктовых передач*

По санитарно-гигиеническим соображениям и необходимости соблюдения лечебного питания в каждой больнице должен быть организован надлежащий контроль за продуктами питания, приносимыми больному посетителями. Прием пищевых передач должна производить сестра с учетом диеты, которую получает больной. в отделении. В местах приема передач должна быть вывешена инструкция с перечнем разрешенных и запрещенных для передач пищевых продуктов в соответствии с применяемыми в больнице диетами. В каждом отделении больницы должны быть созданы надлежащие условия для хранения передаваемых продуктов (холодильники, специальные шкафы).

*Тактика проведения лечебного питания*

Принцип «щажения» обычно используется в начале лечения и обеспечивается главным образом назначением строгих диет. В дальнейшем с целью предупреждения частичного голодания в отношении отдельных пищевых веществ и тренировки неглубоко нарушенных функциональных механизмов для их восстановления следует переходить на принцип «тренировки». Он осуществляется по *«ступенчатой»* системе и системе *«зигзагов».*

*«Ступенчатая» система* предусматривает постепенное расширение первоначальной строгой диеты за счет дозированного снятия ограничений. При переходе к принципу «тренировки» необходимо иметь в виду, что излишняя поспешность в расширении диеты, так же как и чрезмерное ее затягивание, могут оказывать отрицательное влияние. Чтобы избежать этого, необходимо ориентироваться на динамику клинических признаков, состояние нарушенных функциональных механизмов, а также связанных с ними последствий. Эта система в случае ликвидации патологического процесса позволяет дозировать постепенное расширение диеты вплоть до перехода на объемное рациональное питание, сответствующее физиологическим потребностям организма.

*Система «зигзагов»* предусматривает относительно резкое, кратковременное изменение диеты. Такие диеты, и, соответственно дни их применения, получили название «контрастных».

*«Контрастные» диеты (дни)* бывают двух видов: нагрузочные («плюс-зигзаги») и разгрузочные («минус-зигзаги»).

Нагрузочные диеты («плюс-зигзаги») используются в соответствии с принципом тренировки. Их именуют еще как «праздничные дни». Они предусматривают включение в рацион пищевых веществ, содержание которых либо резко ограничено, либо они вовсе исключены из основной диеты. Периодическое назначение (вначале 1 раз в 7—10 дней) нагрузочных диет способствует толчкообразному стимулированию ослабленных функций. Эти диеты обеспечивают введение в организм дефицитных пищевых веществ, вызывают повышение аппетита в результате внесения разнообразия в питание больного и облегчают переносимость нередко длительных и весьма строгих диетических режимов. Нагрузочные диеты к тому же являются функциональной пробой. Хорошая переносимость нагрузочной диеты, укрепляя уверенность больного в наступивших положительных сдвигах, имеет важное психопрофилактическое значение и указывает на возможность перевода на более расширенный пищевой рацион. Постепенное увеличение частоты нагрузочных дней и степени нагрузки при хорошей переносимости приводит к тому, что основной диетой может стать нагрузочная, а бывшая ранее основная становится разгрузочной. Таким образом осуществляется зигзагообразный переход от строгой к более разнообразной и полноценной диете.

Разгрузочные диеты («минус-зигзаги») основаны на ограничении калорийности или связаны с целенаправленной перестройкой химического состава рациона, обеспечивающего щажение поврежденных функциональных механизмов, а также корригирование обменных нарушений. Специальные разгрузочные дни могут периодически (1 раз в 7—10 дней) назначаться при ряде заболеваний (с начала лечения на фоне относительно строгих диет). Проведение разгрузочных дней целесообразно даже после восстановления нарушенных функций, так как в этот период они отличаются некоторой лабильностью и нуждаются в периодической разгрузке и щажении.

**Заключение**

Лечебное питание - научно обоснованная система организации питания и дифференцированного использования с лечебной целью определенных пищевых продуктов и их сочетаний. Диетотерапия включает в себя применение в лечебных или профилактических целях специально поставленных рационов питания и режима приема пищи.

Как правило, лечебное питание не является самостоятельным методом, а назначается в комплексе с лекарственными средствами и другими лечебными мероприятиями. При заболеваниях органов пищеварения лечебное питание является основным методом терапии.

Основные принципы лечебного питания:

- сбалансированность рациона, т. е. полное обеспечение организма больного белками, жирами, углеводами, а также незаменимыми факторами питания (незаменимыми аминокислотами, полиненасыщенными жирными кислотами, витаминами; макро-, микроэлементами и др.) в разных соотношениях;

- соответствие химической структуры пищи функциональному состоянию ферментных систем организма, ответственных за ассимиляцию пищи;

- сбережение поврежденных болезнью энзиматических систем путем введения или, напротив, исключения каких-либо специфических пищевых факторов;

- адаптация кратности приема пищи и ее кулинарной обработки к особенностям нарушения функции системы пищеварения как первого важного звена в общем метаболическом конвейере;

- последовательный переход от щадящих рационов к более расширенным; сочетание в необходимых случаях различных способов введения пищи (энтерального, зондового, парентерального).

Назначается та или иная диета с учетом характера заболевания, показаний и противопоказаний, особенностей течения основного и сопутствующего заболеваний, вкусов больного и национальных традиций.

Диетическая терапия обязательно согласуется с общим планом лечения. Иногда лечебное питание является основным. В некоторых случаях оно служит обязательным лечебным фоном, на котором применяется всякая другая, в том числе специфическая, терапия.

**Список источников литературы**

1. Брейтбург А.М. Рациональное питание. М., Госторгиздат, 1957.

2. Губергриц А.Я., Циммерман Я- С. Лечебное питание при внутренних болезнях. Киев, «Здоров'я», 1965.

3. Закржевский Е.Б. Лекции по диететике. Л., Медгиз, 1958.

4. Лечебное питание. Практическое руководство. – М.: Торсинг, 2002.

5. Лорис И.Ф. Лечебное питание. М., 1957.

6. Маршак М.С. Краткий справочник по лечебному питанию. М, Медгиз, 1951.

7. Маршак М.С. Организация лечебного питания в больничных учреждениях. М., Медгиз, 1951.

8. Маршак М.С. Диетическое питание. М., «Медицина», 1967.

9. Меньшиков Ф.К.- Диетотерапия. Изд. 2. М., «Медицина», 1972.

10. Певзнер Л.М. Основы технологии приготовления пищи для больного. М. — Л., Медгиз, 1946.

11. Певзнер М.И. Основы лечебного питания. Изд. 3. М., Медгиз, 1943.

12. Покровский А.А., Савощенко И.С, Самсонова М.А., Маршак М.С. Черников М.И., Ногаллер А.М. Лечебное питание. М., «Медицина», 1971.

14. Практическое руководство по лечебному питанию. М., Госторгиздат, 1961.

15. Рафалович М.Б. Лечебное питание в клинике внутренних болезней. Ставрополь, 1970.