

**ПИСЬМО Минздравсоцразвития РФ от 11.07.2005 N 3237-ВС "О ПРИМЕНЕНИИ ПРИКАЗА МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 05.08.2003 N 330 "О МЕРАХ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ"**

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации в целях реализации Приказа Минздрава России [от 05.08.2003 N 330](#) "О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации" (далее - Приказ) и в связи с многочисленными запросами лечебных учреждений вносит дополнительные разъяснения и уточнения.

Питание больных, находящихся на стационарном лечении, должно удовлетворять не только физиологические потребности организма, но и восполнять недостающие нутриенты (белки, жиры, углеводы и т.д.), поэтому в комплексной терапии больного лечебному питанию должно уделяться особое внимание.

С целью рационального решения вышеуказанных задач [Приказом](#) определены новые подходы к:

- организации лечебного питания;
- ведению учетно-отчетной документации;
- формированию специализированных диет, с введением специализированных продуктов питания и смесей для энтерального питания в лечебный рацион больных.

В Приложении N 3 Приказа утверждено [Положение](#) о Совете по лечебному питанию лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), в функции которого входит: утверждение номенклатуры диет, диетических продуктов, специализированных лечебных смесей, семидневных меню, картотеки блюд и набора смесей для энтерального питания; внедрение новых технологий профилактического и лечебного питания и контроль за его организацией, а также анализ эффективности данных видов питания при различных заболеваниях.

Для оптимизации лечебного питания, совершенствования организации и улучшения управления ее качеством в ЛПУ [Приказом](#) введена новая номенклатура диет (система стандартных диет), принцип формирования которой базируется на потреблении белка, как неотъемлемой части коррекции пищевого статуса больного.

Диеты различаются по содержанию основных пищевых веществ и энергетической ценности, технологии приготовления пищи и среднесуточному набору продуктов.

Новая номенклатура диет включает в себя ранее применявшиеся диеты номерной системы по Певзнеру и назначается в зависимости от заболевания, его стадии, степени тяжести патологического процесса, с учетом осложнений со стороны различных органов и систем (их сопоставление отражено в [Приложении N 4](#) Приказа).

В данном письме также приводится таблица соответствия новой номенклатуры диет и ранее применявшихся диет номерной системы (таблица 1).

Таблица 1

N п/п	Варианты стандартных диет	Обозначения стандартных диет в	Ранее применявшиеся
-------	---------------------------	--------------------------------	---------------------

		документации пищеблока	диеты номерной системы
1.	Основной вариант стандартной диеты	ОВД	1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15
2.	Вариант диеты с механическим и химическим щажением (щадящая диета)	ЩД	16, 4б, 4в, 5п (1 вариант)
3.	Вариант диеты с повышенным количеством белка (высокобелковая диета)	ВБД	4а, 4г, 5п (II вариант), 7в, 7г, 9, 10б, 11, R-I, R-II
4.	Вариант диеты с пониженным количеством белка (низкобелковая диета)	НБД	7б, 7а

Порядок организации лечебного питания в ЛПУ отражен в [Приложении N 4](#) Приказа, где содержатся правила:

- выписки питания для больных;
- контроля за качеством готовой пищи;
- оборудования пищеблока и буфетных;
- транспортировки готовой пищи;
- организации санитарно-гигиенического режима пищеблока и буфетных.

Вышеуказанное [Приложение](#) также представляет учетно-отчетные формы, которые ведутся в ЛПУ:

- порционник;
- сводные сведения о наличии больных, состоящих на питании;
- раздаточная ведомость;
- карточка-раскладка;
- меню-раскладка для приготовления питания;
- личная медицинская книжка работника пищеблока;
- журнал "Здоровье";
- журнал С-витаминизации блюд;
- журнал контроля за качеством готовой пищи (бракеражный).

Указанная документация утверждается главным врачом ЛПУ и является основой для других финансовых документов, предъявляемых контролирующим органам (страховые компании, контрольно-ревизионные комиссии и др.).

Количество пищевого вещества, рассчитанное по таблицам химического состава пищи, не всегда означает количество усвоенного больным нутриента. На потребность организма в белке существенное влияние оказывает его состояние, степень нарушения деятельности органов и систем, потребность в энергообеспечении. У больного человека значительно возрастает потребность в легкоусвояемой белке при острых и обострении хронических заболеваний, а также в период ранней реконвалесценции, что отражено в таблице 2.

Таблица 2

Клинические состояния	Грамм белка на 1 кг массы тела
Острое состояние и стадия обострения хронических заболеваний	0,8 - 1,0
Обширные оперативные вмешательства	1,1 - 1,5
Тяжелая травма	1,5 - 2,0
Ожоги	1,5 - 2,5
Почечная недостаточность без диализа	0,55
Почечная недостаточность с диализом	1,2
Почечная недостаточность с перитонеальным диализом	1,4
Печеночная энцефалопатия, стадия IV	0,55
Пожилой возраст (для сравнения)	1,0 - 1,25

Накопленные в области лечебного питания данные свидетельствуют о том, что на фоне традиционного питания невозможно адекватно обеспечить потребность организма больного человека всеми необходимыми пищевыми и минорными биологически активными компонентами для поддержания его жизнедеятельности, даже при условии проведения комплексной терапии. Дефицит основных нутриентов (белков, витаминов, микроэлементов) замедляет активность репаративных процессов, удлиняет сроки реабилитации больных и снижает эффективность лечебных мероприятий.

При ряде заболеваний невозможно адекватно обеспечить энергетические и пластические потребности организма естественным путем, такой категории больных назначается специализированное и энтеральное питание, организация которого на уровне ЛПУ представлена в [Приложении N 5](#) Приказа, где описаны показания к применению данного вида питания, оценка нарушения питания, карта наблюдения больного, получающего энтеральное питание, а также даны рекомендации по выбору состава смесей для энтерального питания.

Специализированные пищевые продукты и смеси для энтерального питания создаются на основе новых технологий с направленным изменением химического состава, для восполнения потребностей организма больного человека в зависимости от пораженного органа или заболевания. Их включение в состав клинического питания больных, наряду с диетическим рационом питания, позволяет подойти индивидуально к назначению комплексного лечения каждому больному.

Выбор специализированных диетических продуктов, смесей для лечебного питания должен основываться на положениях, представленных в Санитарных правилах и нормах [СанПиН 2.3.2.560-96](#) "Гигиенические требования к качеству и безопасности продовольственного сырья и пищевых продуктов" (утвержденных Постановлением Госкомсанэпиднадзора Российской Федерации от 24.10.96 N 27, с изменениями от 11.10.98, 21.03.2000, 13.01.2001).

Основные принципы выбора специализированных диетических продуктов (смесей) следующие:

- качество, безопасность пищевой продукции и ее способность удовлетворять физиологические потребности человека, соответствующие гигиеническим нормативам, установленным санитарными правилами и нормами;
- органолептические свойства продовольственного сырья и пищевых продуктов должны удовлетворять традиционно сложившимся вкусам и привычкам;
- показатели пищевой ценности, включающие содержание основных пищевых веществ (белки, жиры, углеводы, витамины, макро- и микроэлементы), биологической ценности (содержание белка) и энергетической ценности.

В стандартные диеты рекомендуется включать также специализированные диетические продукты и смеси для энтерального питания для индивидуализации химического состава и энергетической ценности лечебных рационов, с учетом особенностей течения заболеваний, пищевого статуса и наличия сопутствующей патологии. Вместе с тем при ряде заболеваний даже использование варианта диеты с повышенным содержанием белка (высокобелковая диета) не может полностью обеспечить суточный объем легкоусвояемого белка без включения специализированных продуктов питания, обогащенных белком. В связи с этим в настоящем письме произведен перерасчет процентного соотношения белка традиционных продуктов и специализированных белковых продуктов по стандартным диетам в зависимости от состояния больного и назначенного ему больничного режима (таблица 3).

Таблица 3

Показатели	Соотношение белка традиционных продуктов питания и специализированных белковых смесей (%) <*>
Диета ОВД (суточная норма белка 85 - 90,0 грамм)	
Белок пищевых продуктов	80%
Белок диетических продуктов (специализированной белковой смеси)	20%
Диета ЩД (суточная норма белка 80 - 90,0 грамм)	
Белок пищевых продуктов	50% - 80% <*>
Белок диетических продуктов (специализированной белковой смеси)	50% - 20% <*>
Диета ВБД (суточная норма белка 110 - 120,0 грамм)	
Белок пищевых продуктов	80%
Белок диетических продуктов (специализированной белковой смеси)	20%
Диета НБД (суточная норма белка 20 - 60,0 грамм)	
Белок пищевых продуктов	10%
Белок диетических продуктов (специализированной белковой смеси)	90%
Диета НКД (суточная норма белка 70 - 80,0 грамм)	

<\*> Коррекция по белку стандартных диет проводится включением в состав меню карточек-раскладок приготовления каш, слизистых супов, киселей, напитков и др. полноценного белка в виде специализированной белковой смеси от 8,0 до 16,0 грамм в сутки.

<\*> Объем введения легкоусвояемого белка зависит от состояния больного:

- удовлетворительное: 80% белок пищевых продуктов / 20% белок диетических продуктов;

- средней тяжести 70 - 75% белок пищевых продуктов / 30% - 25% белок диетических продуктов;

- состояние тяжелое 50% белок пищевых продуктов / 50% белок диетических продуктов.

С целью разъяснения ряда положений [Приказа](#) Минздравсоцразвитием России издано методическое письмо от 23.12.2004 "Способ определения пищевого статуса больных и методы его коррекции специализированными продуктами лечебного питания в условиях стационарного и санаторно-курортного лечения" и утверждены методические рекомендации от 03.02.2005 "Организация лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях".

Таким образом, оценка и коррекция нутриционного статуса больных необходима как для улучшения качества лечения больных и профилактики осложнений, так и для повышения качества их жизни. Правильно подобранное лечебное питание обеспечивает более благоприятное обратное развитие патологического процесса, восстановление нарушенных функций организма и восстановление психосоматического здоровья больного, вследствие чего диетотерапия является высокоэффективным методом терапевтического воздействия, позволяющим корригировать весь комплекс метаболических нарушений.

*Заместитель Министра  
В.И.СТАРОДУБОВ*