



# ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ПИТАНИЕ

## РОЛЬ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ

УДК 614

Сергеев В.Н., к.м.н.; Бобровницкий И.П., д.м.н, профессор

ФГУ «Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Росздрава», Москва

**Аннотация.** В настоящее время в большинстве санаторно-курортных учреждений при организации лечебно-профилактического питания преобладает концепция сбалансированного питания. Согласно ей обеспечение нормальной жизнедеятельности организма возможно только при условии снабжения его достаточным количеством энергии и белка и соблюдения жестких пропорций между незаменимыми факторами питания: белками, жирами, углеводами, витаминами, микроэлементами и пр. На основании этих физиологических норм в большинстве санаторно-курортных учреждений России питание организуется по 15 лечебным столам (диетам), рекомендованным Институтом питания РАМН с учетом энергетической ценности рационов питания, их химического состава, механических и температурных компонентов. Однако в настоящее время доказано, что традиционные подходы к оценке качества питания, основанные на энергетическом балансе или дисбалансе (калорийности пищевого рациона), совершенно неинформативны для оценки обеспеченности рациона питания эссенциальными микронутриентами. Неинформативны также и традиционные диагностические методы, они лишь позволяют подтвердить наличие у пациента определенного заболевания, определить его тяжесть, динамику, в лучшем случае, указать «место» разыгравшейся трагедии, оставив без ответа фундаментальный вопрос – что послужило первопричиной возникновения конкретного патологического состояния. Поэтому использование в санаторно-курортных учреждениях традиционных «адресных» лечебно-профилактических рационов питания для коррекции сочетанной патологии – малоэффективно или, по крайней мере, не приведет к длительной и стойкой терапевтической ремиссии, так как не будет способствовать восполнению полинутриентных дефицитов эссенциальных микронутриентов, который в настоящее время рассматривается в качестве ведущей причины формирования и распространения основных неинфекционных заболеваний в популяции.

**Введение.** Доказано, что основными причинами роста и распространения хронических неинфекционных заболеваний (атеросклероза, инсулинонезависимого сахарного диабета, ожирения, артериальной гипертензии, метаболической иммунодепрессии, аутоиммунных заболеваний, онкологической патологии и пр.), занимающих ведущее место в структуре заболеваемости и среди причин смертности, являются круглогодичные дефициты эссенциальных (жизненно необходимых) макро- и микронутриентов в питании всех категорий россиян. Основные причины этого: комплексные воздействия на организм человека экотопогенов и психосоциальных стрессов, современная индустрия производства продуктов питания,

неаргументированное использование синтетических фармакологических средств, а также рекомендации врачей по снижению объемов и энергоёмкости пищевых рационов на фоне гиподинамии, приводящие к недостаточному обеспечению организма современного человека эссенциальными нутриентами. Это сопровождается нарушением переваривания пищи и ассимиляции нутриентов, способствует, в конечном итоге, формированию синдрома мальабсорбции на фоне снижения активности соответствующих ферментных систем [1, 2].

По мнению директора Института питания РАМН, академика В.А. Тутельяна, главным фактором, наносящим непоправимый урон здоровью, является нарушение структуры питания. Именно по этой причине у 70–90% россиян определяется дефицит в рационе витамина С, у 40% – витамина А и бета-каротина, у трети – витаминов В-комплекса и фолиевой кислоты, многих минеральных веществ на фоне уменьшения потребления мяса, птицы, рыбы, молочных продуктов, а также овощей и фруктов в большинстве обследованных регионов [1].

Именно по этой причине в настоящее время 70% россиян проживают в условиях мальадаптации или имеют факторы риска развития основных неинфекционных заболеваний, 25% – больны и только 5% – здоровы. По данным Минздрава, в России отмечено ежегодное сокращение населения на 0,5%, причем сокращение числа жителей имеет место в 68 регионах России (из 89), где проживает 72% населения, то есть налицо депопуляция. Такая негативная тенденция ставит проблему здоровья в ранг общенациональных, в число тех, которые определяют перспективы сохранения и развития нации [2, 4].

В резолюции 57.17 «Глобальная стратегия ВОЗ в области здорового питания, физической активности и здоровья», утвержденной Всемирной ассамблеей здравоохранения 22 мая 2004 года, констатируется, что «...в настоящее время в глобальном масштабе резко увеличилось бремя неинфекционных болезней. Так в 2001 году на неинфекционные болезни приходилось почти 60% из числа 56 миллионов смертей и 47% общего бремени болезней. Профилактика этих болезней, учитывая прогнозируемый их рост в будущем, представляет собой важную проблему общественного здравоохранения. Здоровье является ключевой детерминантой развития и предварительным условием экономического роста ... и инвестиции в здоровье являются важным условием экономического развития».

Ключом к решению вопроса о восполнении недостающих организму человека эссенциальных макро- и микронутриентов является регулярное включение в рационы питания с целью их оптимизации специализированных пищевых продуктов, обогащенных жизненно

необходимыми нутриентами – специализированных (функциональных) пищевых продуктов и БАД к пище, ну-трицевтиков и биокорректоров [2, 3].

Санаторно-курортному этапу принадлежит важнейшая роль в восстановлении и поддержании здоровья. Так, при уже диагностированной патологии комплексное санаторно-лечение играет важную роль в предупреждении рецидивов патологического процесса – вторичная профилактика, а при наличии факторов риска основных неинфекционных заболеваний (предболезнь) или проживании их в условиях маладаптации в санатории может быть проведена активная первичная профилактика, предупреждающая развитие заболевания. Лечебно-профилактическое питание играет приоритетную роль в комплексном санаторно-курортном лечении, являясь базовым фактором, способствующим восстановлению здоровья на этапе реабилитации после перенесенных заболеваний или оперативного вмешательства. Адекватные лечебно-профилактические рационы питания усиливают терапевтические эффекты на организм пациентов других лечебно-профилактических процедур.

Для нормализации физиологических процессов на всех уровнях ассимиляции пищи необходима коррекция поступления веществ с пищей, которая предполагает [2, 5, 6]:

- индивидуальный характер лечебно-профилактического рациона питания пациентов по калорийности и химическим ингредиентам белкам, жирам, углеводам, витаминам, минеральным веществам и пр.;
- использование лечебно-профилактического питания для восстановления соответствия между поврежденными ферментными системами организма и химическим составом пищи. Например, при отсутствии фермента лактазы, переваривающего молочный сахар, рекомендуется использовать кисломолочные продукты;
- адаптацию лечебно-профилактического рациона к нарушенным процессам переваривания пищи и ассимиляции нутриентов – частичное изменение технологической обработки и режима приема пищи, например, при заболеваниях системы пищеварения;
- учет взаимодействия пищевых и лекарственных веществ. Например, при недостатке в пищевом рационе жиров снижается всасывание в кишечнике жирорастворимых витаминов-антиоксидантов: А, Е, Д, К; а при недостатке витамина Д и минерала магния резко уменьшается всасывание кальция и т.п.;
- компенсация повышенных трат отдельных веществ или их повышенного выведения из организма, например, при занятиях спортом и т.п.

В то же время в любом случае лечебно-профилактические рационы питания должны:

- не только покрывать оптимальные физиологические потребности в определенных питательных веществах (нутриентах), но и являться действенным лечебно-профилактическим средством;
- оказывать выраженный терапевтический эффект на клиническую картину заболевания и характер патологического процесса;
- повышать терапевтическую эффективность других лечебно-профилактических воздействий, повышать устойчивость организма, способствуя его лучшей адаптации к постоянно изменяющимся условиям внешней и внутренних сред.

В настоящее время в большинстве санаторно-курортных учреждений при организации лечебно-профилактического питания преобладает концепция сбалансированного питания. Согласно ей обеспечение нормальной жизнедеятельности организма возможно только при условии снабжения его достаточным количеством энергии и белка и соблюдения жестких пропорций между незаменимыми факторами питания: белками, жи-

рами, углеводами, витаминами, микроэлементами и пр. На основании этих физиологических норм, в большинстве санаторно-курортных учреждений России питание организуется по 15 лечебным столам (диетам), рекомендованным Институтом питания РАМН с учетом энергетической ценности рационов питания, их химического состава, механических и температурных компонентов. Помимо указанных качественно-количественных взаимоотношений рациона питания большое значение придается биоритмологической адекватности питания, определяющей режим приема пищи. При построении лечебно-профилактического питания в санатории следует учитывать, что большинство пациентов попадают в санаторий в стадии ремиссии, поэтому щадящие лечебные рационы питания им не всегда показаны. Более того, длительное использование щадящих рационов питания без должных медицинских показаний может сопровождаться ухудшением состояния пациентов и даже привести к утяжелению патологического процесса. Своевременный переход на обоснованное расширение рациона питания в санатории будет способствовать восстановлению нарушенных функций организма и профилактике рецидивов заболевания. Однако необходимо, чтобы расширение рациона питания проводилось постепенно с учетом самочувствия пациента. Режим питания в санаториях-профилакториях строится таким образом, чтобы каждый прием пищи как по времени, так и по количественно-качественному составу сочетался с терапевтическим воздействием санаторно-курортного лечения [2, 5, 6].

Время питания пациентов зависит от количества приемов пищи и общего распорядка дня в санатории. Перерыв между отдельными приемами пищи не должен превышать 4–5 часов в дневное время, а между последним вечерним приемом и завтраком – 10–11 часов. В большинстве санаторно-курортных учреждений общего профиля и домов отдыха принят четырехразовый режим приема пищи. Последний прием пищи предусматривает прием кефира или других молочнокислых напитков за 1–1,5 часа до сна. Дробно питание (пяти – шестизразовое) назначается обычно пациентам с заболеваниями системы пищеварения или нарушением обмена веществ (язвенная болезнь, холецистит, ожирение, сахарный диабет и т.п.). Приготовление блюд лечебно-профилактического рациона осуществляется согласно утвержденной картотеке блюд, которая имеется в каждом санаторно-курортном учреждении и профилактории. Кроме этого, имеется картотека разгрузочных дней (мясо-овощных, творожно-кефирных, салатных, фруктовых, овощных, соковых и т.п.), которые проводятся 1–3 раза в неделю пациентам с ожирением или метаболическим синдромом. В настоящее время в системе санаторно-курортного питания наблюдается определенный кризис, который значительно снижает терапевтическую эффективность лечебно-профилактического питания, и вот по каким причинам:

1. Традиционные подходы к оценке качества питания, основанные на энергетическом балансе или дисбалансе (калорийности пищевого рациона), совершенно неинформативны для оценки обеспеченности рациона питания эссенциальными микронутриентами. Неинформативны также и традиционные диагностические методы, они лишь позволяют подтвердить наличие у пациента определенного заболевания, определить его тяжесть, динамику, в лучшем случае, указать «место» разыгравшейся трагедии, оставив без ответа фундаментальный вопрос – что послужило первопричиной возникновения конкретного патологического состояния.

2. Использование имеющихся адресных лечебных столов для коррекции сочетанной патологии – малоэффективно. Или, по крайней мере, не приведет к длительной и стойкой терапевтической ремиссии, так как не будет способствовать восполнению витаминно-минеральных дефицитов.

3. Еще одной проблемой санаторно-курортного питания является вариант кормления по принципу «шведского стола». Пациентам трудно преодолеть соблазн «пищевой вседозволенности», особенно на фоне длительных предшествующих ограничений в питании, а также грамотно оценить свои физиологические возможности на фоне низкой информированности «о полезности или вредности» определенных блюд.

По отзывам врачей санаториев и профилакториев, где рационы питания осуществляются по этой методике, пациент часто переступают «запретную черту», что сопровождается ухудшением его состояния и диктует необходимость перевода пациентов на индивидуальные более строгие лечебно-профилактические рационы питания.

Определенные позитивные перемены в совершенствовании санаторно-курортного питания должен внести новый прогрессивный приказ Минздрава РФ № 330 от 5 августа 2003 года «О мерах по совершенствованию организации лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях РФ». В соответствии с настоящим приказом введена новая номенклатура диет (система стандартных диет), которая строится по принципу химического состава и объединяет ранее применявшиеся диеты номерной системы с использованием нозологического подхода и группового принципа организации диетического питания (диеты 1–15). Согласно новому приказу стандартные диеты различаются по количественному и качественному составу основных пищевых веществ и микронутриентов, энергетической ценности, технологии приготовления блюд и среднесуточному набору продуктов и включают пять вариантов стандартных диет. С целью оптимизации рационов питания, согласно новой ре-

дакции приказа № 330, в стандартные диеты могут быть включены специализированные продукты питания и биологически активные добавки к пище (БАД): витаминно-минеральные комплексы, ПНЖК, класса омега 3 – и 6 и пр. Это позволит индивидуализировать и оптимизировать химический состав и энергетическую ценность лечебно-профилактических рационов питания, применительно к состоянию пищевого статуса, особенностей клинического течения фазы и стадии заболевания, характера и тяжести патологических расстройств.

Для эффективной реализации целевой программы, направленной на оптимизацию санаторно-курортного питания, необходимо создавать в санаториях, профилакториях Кабинеты оздоровительного и профилактического питания, которые могли бы решать следующие задачи [2, 5]:

- определение индивидуального пищевого статуса пациентов с помощью сертифицированных стандартных клинических, антропометрических, инструментальных и биохимических методов исследования;
- разрабатывать на основании проведенных исследований индивидуальные программы коррекции нарушенного пищевого статуса с использованием стандартных диет и включения в их состав, с целью оптимизации количественного и качественного состава, специализированных пищевых продуктов (метаболически направленных и/или сбалансированных смесей), нутрицевтиков и фармаконутриентов;
- пропагандировать принципы и методы здорового питания среди медицинских работников а пациентов санаторно-курортных учреждений и широких слоев населения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Тутельян В.А., Спиричев В.Б., Суханов Б.П. и др. Микронутриенты в питании здорового и больного человека. – М.: Колос, 2002. – 424 с.
2. Сергеев В.Н. и соавт. Принципы метаболической и нутритивной коррекции нарушенного пищевого статуса лиц трудоспособного возраста / Методические рекомендации. – Москва, 2007. – 18 с.
3. Сергеев В.Н. и соавт. Обоснование использования натуральных продуктов в реабилитационных и профилактических программах // Курортное дело. – Т 2 – № 4 – 2009. – С. 43–47.
4. Сергеев В.Н. И соавт. Метаболическая профилактика преждевременного старения. /Материалы научно-практических конгрессов III Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России». – Москва, 2007. – Т. 2. – ! часть – С. 126–132.
5. Сергеев В.Н. и соавт. Способ определения пищевого статуса и методы его коррекции специализированными продуктами питания в условиях стационарного и санаторно-курортного лечения / Методическое письмо. Минздравсоцразвития РФ, Департамент развития медицинской помощи и курортного дела. – Москва, 2004. – 39 с.
6. Сергеев В.Н. и соавт. Применение энтерального питания в диетотерапии различных заболеваний / Методические рекомендации. Минздравсоцразвития РФ, Департамент развития медицинской помощи и курортного дела. – Москва. – 2005. – 48 с.

**Резюме.** В статье обосновывается необходимость индивидуальной оптимизации используемых в санаторно-курортных учреждениях диетических рационов питания с использованием функциональных пищевых продуктов и эссенциальных микронутриентов – витаминно-минеральных комплексов, полиненасыщенных жирных кислот, а также натуральных препаратов на основе лекарственных и пищевых растений, морепродуктов, продуктов пчеловодства для повышения эффективности комплексного реабилитационно-профилактического лечения на санаторном этапе.

**Ключевые слова:** санаторно-курортное лечение, оптимальное питание, функциональные пищевые продукты, витаминно-минеральные комплексы, режим приема пищи.

**Abstract.** In the article need of individual optimization of used in sanatorium establishments of dietary diets of feed with use of functional articles of food and essential micronutrient is proved – mineral complexes, on fatty acids, and also natural preparations on base of medicinal and food plants, seafood, products of beekeeping for increase of efficiency of complex preventive treatment on sanatorium stage.

**Keywords:** sanatorium treatment, an optimum food, functional foodstuff, vitamin mineral complexes, a food intake mode.

## КОНТАКТЫ

E-mail: doc\_svn@mail.ru; тел.: (495) 691-41-82