

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства охорони здоров'я України  
29.10.2013 № 931

Зареєстровано в Міністерстві юстиції України  
26 грудня 2013 р. за № 2205/24737

## Порядок організації системи лікувального харчування хворих у закладах охорони здоров'я

1.1. Цей Порядок визначає систему лікувального харчування, що складається з принципів та методології організації харчування хворих у закладах охорони здоров'я державної та комунальної форм власності.

В основу системи лікувального харчування покладено принципи достатнього та збалансованого харчування. Харчування хворих базується на основі фізіологічних потреб у харчових речовинах та енергії здорової людини.

До співвідношення окремих харчових речовин вносяться корективи, які відповідають особливостям патогенезу, клінічного перебігу, стадії хвороби, рівню та характеру метаболічних зрушень.

1.2. Принципи лікувального харчування хворих:

лікувальне харчування хворого є невід'ємною складовою лікувального процесу;

пероральне харчування хворого здійснюється доти, доки хворий може ковтати і доки не буде медичних протипоказань відносно вживання рідини та їжі перорально;

обов'язковою складовою догляду за хворим є забезпечення його адекватними рідинами та нутрієнтами перорально.

1.3. Методологія системи лікувального харчування хворих:

нутріціологічна підтримка враховує харчовий статус хворого, його індивідуальні потреби у нутрієнтах та клінічний стан;

потреба в енергії та макронутрієнтах (білках, жирах та вуглеводах) визначається на один кілограм оптимальної маси тіла (оптимальна маса для чоловіків — 70 кг, для жінок — 60 кг);

за харчовим статусом відповідно до індексу маси тіла усіх хворів поділяються на три групи: хворі з гіпотрофією, нормотрофією та гіпертрофією;

інтегральна характеристика системи лікувального харчування наведена в додатку 1 до цього Порядку;

добова кількість основних продуктів харчування відповідно до харчового статусу визначена у Нормах харчування на одного хворого на день у закладах охорони здоров'я відповідно до профілю, які наведені в додатку 2 до цього Порядку;

необхідна кількість мікронутрієнтів визначається відповідно до фізіологічних потреб;

лікувальне харчування також включає дієтичний супровід при екстремальних клінічних станах (використовується повне або часткове парентеральне харчування, елементне та зондове харчування, нульові хірургічні та спеціальні дієти) та на етапі реконвалесценції;

стандартні раціони для дорослих осіб розробляються на основі потреб хворого в енергії та нутрієнтах залежно від вихідного нормо-, гіпо- або гіпертрофічного стану;

індивідуалізація калорійності та хімічного складу дієти залежно від трофологічного стану хворого, основного та супутнього діагнозів досягається за рахунок корекції стандартного раціону шляхом збільшення чи зменшення у ньому кількості буфетної продукції (хліб, цукор, масло), підбору гарнірів (зернові, овочеві) та використання нерегламентованого (домашнього) харчування відповідно до рекомендацій лікаря-дієтолога (лікаря);

за наявності показань та відповідно до рекомендацій лікаря-дієтолога або іншого лікаря на всіх етапах лікування хворих можуть бути призначені дієтичні добавки, функціональні харчові продукти та продукти для спеціального дієтичного споживання.

1.4. В закладах охорони здоров'я державної та комунальної форм власності встановлюється чотириразовий режим лікувального харчування.

Кулінарна обробка їжі має враховувати особливості фізіології травної та інших систем організму хворих. Смакові речовини (сіль, перець, майонез, кетчуп, соуси тощо) призначаються лікарем індивідуально.

Ентеральне харчування призначається відповідно до фізіологічних потреб хворого в енергії та харчових речовинах і особливостях метаболічних змін, зумовлених основним захворюванням. Стандарти (протоколи) ведення таких захворювань повинні передбачати підходи та строки застосування ентерального харчування.

1.5. Контроль за ефективністю організації лікувального харчування, що проводиться в закладах охорони здоров'я, має здійснюватися шляхом перевірки відповідності одержуваних хворими дієт (за набором продуктів і страв, технологією приготування, хімічним складом та енергетичною цінністю) рекомендованим характеристикам стандартних дієт і шляхом перевірки фінансових витрат за кварталами року.

Загальне керівництво лікувальним харчуванням у закладі охорони здоров'я здійснює головний лікар, а за його відсутності — заступник головного лікаря з лікувальної роботи.

Медична рада закладу охорони здоров'я здійснює координацію організації лікувального харчування; удосконалення організації лікувального харчування у закладах охорони здоров'я; впровадження нових принципів і технологій лікувального харчування; затвердження дієт, різних категорій специфічних продуктів харчування (функціональних продуктів харчування, збагачених продуктів, дієтичних добавок тощо), що підлягають впровадженню у цьому закладі охорони здоров'я; контроль за організацією лікувального харчування та аналіз ефективності дієтотерапії при різних захворюваннях.

Лікар-дієтолог надає консультивну допомогу з питань харчування хворим із різноманітними захворюваннями у закладах охорони здоров'я, бере участь у науково-методичній організації забезпечення хворих харчуванням, адекватним за якістю, енергетичною та харчовою цінністю, надає медичне обґрунтування застосування лікувального, достатнього та збалансованого харчування у закладах охорони здоров'я, втілює сучасні наукові знання з дієтології, які відповідають принципам доказової медицини, практичні рекомендації щодо харчування з метою зниження рівня захворювань, спричинених нездоровим харчуванням, покращення якості та подовження тривалості життя.

Сестра медична з дієтичного харчування бере участь у забезпеченні медичних аспектів організації лікувального харчування хворих під керівництвом лікаря-дієтолога або іншого спеціаліста, відповідального за лікувальне харчування, у контролі за обігом харчових продуктів і дотриманні санітарно-гігієнічного режиму в закладі охорони здоров'я у межах своєї компетенції.

1.6. Для оптимізації лікувального харчування у закладах охорони здоров'я створюють групи нутріціологічної підтримки, до яких входять: лікар, який веде хворого відповідно до основного захворювання, лікар-дієтолог, інші лікарі-спеціалісти (за потреби).

Нутріціологічна підтримка хворих підвищує ефективність різних способів лікування, знижує ризик виникнення ускладнень та поліпшує прогноз.

У процесі реконвалесценції доза нутрієнтів збільшується поступово протягом 3—5 днів до повної рекомендованої добової дози.

Моніторинг ефективності нутріціологічної підтримки доцільно проводити шляхом:  
щоденного зважування та визначення індексу маси тіла;

огляду пацієнта для виявлення ознак надлишку або дефіциту нутрієнтів; оцінки енергетичного балансу; оцінки стану білкового обміну; оцінки стану ліпідного обміну; оцінки стану вуглеводного обміну; оцінки стану вітамінного обміну; оцінки стану мінерального обміну; дослідження рівня цукру в крові з метою виявлення толерантності до вуглеводного навантаження та регуляції доз інсуліну; дослідження вмісту альбуміну в крові — один раз на тиждень; контролю за вмістом тригліциридів, холестерину та ліпопротеїнів у крові — один раз на тиждень.

Достатнє та збалансоване харчування повинно призводити до покращення психічного стану хворого, нормалізації основних фізіологічних функцій, скорочення строків реконвалесценції та перебування на стаціонарному лікуванні.

**Директор Департаменту реформ  
та розвитку медичної допомоги**

**М. Хобзей**