Министерство образования Республики Беларусь

УО «Белорусский государственный экономический университет»

 **Курортная диетотерапия**

Учебно-практическое пособие

 (электронное издание)

 Минск-2012

Автор: Антоненков А.И.

Рекомендовано кафедрой безопасности жизнедеятельности

и курортологии (протокол заседания кафедры № 7 от 12 мар-

та 2012 г.)

Объём,уч.-изд.л – 1,5

Учебно-практическое пособие сдано в библиотеку БГЭУ

(научный читальный зал) 30 марта 2012 г.

 **СОДЕРЖАНИЕ**

**Глава 1.** Эволюция питания…………………………………………. 4

**Глава 2.** Основы организации лечебного питания на курортах…… 7

**Глава 3.** Особенности организации лечебного питания в санато-

 риях……………………………………………………………9

**Глава 4.** Обслуживание больных и отдыхающих в обеденном за-

 ле в санаторно-курортных условиях……………………….20

**Глава 5.** Финансовые аспекты организаци санаторного питания….22

**Контрольные вопросы**……………………………………………….23

**Литература**…………………………………………………………….24

 **Глава 1. Эволюция питания**

Услуги питания относятся к базовым курортным услугам, без потребления которых невозможно само пребывание на курортах. Историческая эволюция подходов к их предоставлению соответствовала изменениям в организационно-управленческой деятельности в курортной сфере в целом.

 В дореволюционной России было 36 курортов, где функционировало 60 санаториев общей вместимостью 3 тыс. мест. Структура этих курортов обычно выглядела следующим образом: несколько отелей достаточно высокого уровня, десятки частных дач и особняков, дома и комнаты для сдачи внаем, общекурортные парки, купальни и другие рекреационные объекты, рестораны, магазины и предприятия инфраструктуры, а также объекты курортной медицины. В этот период заведения общественного питания нередко были отделены от баз размещения и функционировали независимо от них в курортных регионах на коммерческой основе по типу ресторанов для всех желающих. В ряде случаев рестораны действовали в структуре курортных отелей для обеспечения полного пансиона, что, впрочем, существенно не меняло организационной и экономической сути их деятельности. Российские курорты того времени копировали модные зарубежные, поэтому в дополнение к медицинским услугам практиковались и элементы диетического питания, особенно в условиях питьевых курортов.

Курортные организации того времени являлись коммерческими предприятиями на индивидуальной или акционерной основе, деятельность которых была направлена на удовлетворение потребностей в курортном отдыхе и лечении с использованием природных лечебных факторов достаточно обеспеченных групп населения. Бурный рост большинства российских курортов на рубеже XIX - XX вв. объясняется в первую очередь выгодностью вложения средств в курортный бизнес. Спрос превышал предложение, что иногда негативно сказывалось на качестве предоставляемых услуг и уровне цен, Это касалось и предоставления услуг питания- по свидетельству очевидцев, «стол был часто невкусный и непитательный».

После Октябрьской революции и передачи всех курортов в государственную собственность начали закладываться основы советской курортологической школы, важным элементом которой являлось лечебное диетическое питание. Диетическое питание являлось обязательной и неотъемлемой частью санаторного лечения и входило в пакет услуг, предоставляемых по санаторно-курортной путевке. Выбор диеты для пациента осуществлял лечащий врач, при этом мнение отдыхающего практически не учитывалось. Даже в курортных учреждениях отдыха питание было организовано по диетическому типу. По мнению современников (Н.А. Кост, И.Д. Яхнин, 1924), питание в санаторных столовых было хорошее и высококалорийное (5,5 - 6 тыс. ккал/день), что было связано с необходимостью восстановления сил достаточно специфичного контингента отдыхающих (в первую очередь партийный актив, командный состав вооруженных сил и органов безопасности, высшее управленческое звено, ученые, передовики производства). На курорт можно было приехать и без путевки и лечиться в платной курортной поликлинике на амбулаторной основе. Разумеется, вопросы проживания и питания в этих случаях отдыхающий решал самостоятельно.

 Война (1941 - 1945) нанесла курортному хозяйству страны огромный ущерб. Были полностью разрушены курорты. Старая Русса, Сестрорецк, пострадали также санатории Кавказских Минеральных Вод и западных регионов страны. В послевоенный период многие санатории специализировались на долечивании раненых и инвалидов. В это время начинается восстановление курортов и новый этап их развития. Вплоть до 1990 г. шло наращивание мощностей санаторно-курортного комплекса.

 Сформировался своеобразный (советский) тип санаторно-курортного обслуживания. Он являлся неотъемлемым звеном

 системы здравоохранения и базировался на четырех основных принципах:

1. преемственность;

2. доступность;

3. профилактическая направленность;

4. комплексный подход.

Служба питания в этот период входила в санаторный комплекс наряду с лечебной, культмассовой, спортивно-оздоровительной деятельностью и размещением. Стоимость продуктового набора утверждалась в вышестоящей организации вместе с другими статьями затрат по нормативному принципу. К тому времени в отечественном здравоохранении сформировалась концепция сбалансированного питания (А.А. Покровский), согласно которой обеспечение нормальной жизнедеятельности организма возможно только при условии его снабжения достаточными количествами энергии и белка и соблюдении жестких пропорций между незаменимыми факторами питания (витамины, микроэлементы и др.). В соответствии с этой концепцией в здравницах было организовано приготовление блюд по 15 лечебным диетам, в зависимости от профиля заболевания. Нормирование продуктов осуществлялось на основании специальных приказов Минздрава СССР, обязательных для исполнения всеми санаторно-курортными организациями. В конце 80-х гг. XX в. цена путевки составляла примерно 80% среднемесячной заработной платы. Поэтому санаторно-курортный комплекс был рассчитан на обычного потребителя и доступен большинству нуждающихся, хотя и не удовлетворял всех потребностей населения страны. Кроме того, массовость обеспечивалась путем компенсации отдыхающим большей части стоимости путевок по месту приобретения из средств социального страхования, фондов потребления предприятий и других целевых фондов. Существовало два вида профсоюзных путевок в санатории:

1) бесплатные;

2) льготные (30% стоимости). Для работников силовых ведомств и членов их семей путевки были полностью бесплатны (Р. И. Капелюшников, 1990).

Помимо видов санаториев курортные услуги оказывают курорт-

ные поликлиники по курсовкам двух видов:

1) ЛП - лечение и питание;

2) ЛПЖ - лечение, питание и проживание в частном (обычно не обустроенном) секторе.

Централизованная система планирования и управления санаторно - курортным комплексом обеспечивала его независимость от рыночных механизмов, создавая условия стабильности. Однако это не стимулировало повышения качества предоставляемых услуг, т.е. обеспечивало экстенсивное развитие без постоянного улучшения качественных параметров. Не случайно в последние годы советского периода в курортном деле нарастали кризисные явления, связанные с диспропорцией все возрастающих потребностей отдыхающих и неспособностью административной системы обеспечивать расширенное воспроизводство курортных услуг. Нарастающий дефицит ресурсов, администрирование в обслуживании сказались и на курортной сфере. В организации, где проводилась организация

санаторного питания это выражалось в плохом обеспечении продуктами, особенно так называемой деликатесной группы, невысоком качестве приготовления пищи, грубости персонала, нарушении санитарно-эпидемиологических норм.

 На уровне отдельных курортных предприятий все яснее стало проявляться несоответствие старых организационных структур, форм и методов работы здравниц изменившимся потребностям отдыхающих. Многие санаторно - курортные организации, особенно коммерческие, стали отходить от сложившихся в советский период подходов к обслуживанию рекреантов.

 Началось формирование рынка санаторно-курортных услуг и развитие рыночных отношений в этой сфере.

**Глава 2. Основы организации лечебного питания на курортах**

Согласно упомянутой концепции сбалансированного питания в организме больного человека биохимические процессы протекают с определенными отклонениями. Изменяя характер питания, можно регулировать обмен веществ и активно влиять на течение болезни, Для нормализации физиологических процессов на всех уровнях ассимиляции пищи необходима коррекция поступления веществ с пищей. Эта коррекция предполагает:

• индивидуализацию питания больных по калорийности и химическим ингредиентам, например, при сахарном диабете и ожирении;

• использование диеты для восстановления соответствия между поврежденными ферментными системами организма и химическим составом пищи. При отсутствии фермента лактазы используют кисломолочные продукты, при отсутствии пептидазы, расщепляющей глю-тен пшеничного хлеба, исключают хлеб и муку;

• приспособление диеты к нарушенным процессам всасывания пищевых веществ (исключение трудноперевариваемой клетчатки, замена пищи продуктами, предварительно

подвергнутыми ферментаюму расщеплению);

• учет взаимодействия пищевых веществ. При недостаточности переваривания жира происходит связывание кальция жиром.

Дефицит кальция ведет к накоплению свободной щавелевой кис-

лоты.В результате возможно образование щавелевокислых солей

(оксалатов), что ведет к появлению камней в мочевыводящих путях и необходимости резкого ограничения введения жира,

• частичное изменение технологической обработки и приемов пищи и тем самым воздействие на поврежденные ферментные системы. Пищу более тщательно измельчают и усиливают термическую обработку продуктов при приготовлении пищи для больных с пониженной секрецией желудка,

• компенсацию повышенных трат отдельных веществ посредством добавки к пище биологически активных веществ.

 При анемиях назначают продукты, богатые железом, марганцем, медью, при ожогах вводят использование пищевых веществ как антидотов при попадании токсичных веществ. При свинцовых отравлениях назначают молоко, фрукты и овощи с большим содержанием пектина, повышенное количество белка.

В любом случае диетическое питание должно:

• не только покрывать физиологические потребности, но и являться лечебным средством,

• оказывать влияние на клиническую картину болезни, характер патологического процесса;

• повышать эффективность терапевтических средств;

• повышать сопротивляемость организма по отношению внешней среды;

• нормализовать активность гормонов путем изменения реакции среды.

В соответствии с этой концепцией в нашей стране установлены физиологические нормы питания для основных групп населения, детей различных возрастов, пожилых людей. Лечебное питание, базируясь на физиологических нормах, предусматривает организацию питания больных с различной па тологией с учетом особенностей протекающих в больном организме обменных процессов и состояния отдельных функциональных систем.

На основании этих норм в лечебно - профилактических учреждениях питание организуется по 15 лечебным диетам, составленным Институтом питания РАМН СССР с учетом энергетической ценности рациона, его химического состава, механических и температурных компонентов. Персонал пищеблока при составлении меню и приготовлении блюд руководствуется специально составленными на этой основе и утвержденными сборниками рецептур. Помимо указанных качественно - даличестаенных взаимоотношений рациона большое значение придается биоритмологической адекватности питания, определяющей режим; приема пищи. Под режимом питания понимают число приемов пищи, распределение суточного энергосодержанию, набору продуктов).

**Глава 3. Особенности организации лечебного питания в**

 **санаториях**

 Поскольку санатории являются лечебно-профилактическими учреждениями, основные положения диетического питания являются обязательными при организации питания отдыхающих в них людей.

Считается, что на курорте, куда больные приезжают для лечения, легче организовать правильное питание и пропагандировать современные положения рационального и лечебного питания.

В санаторно - курортных условиях возрастают энергозатраты организма, так как занятия лечебной физкультурой, интенсивная ходьба, прогулки способствуют увеличению расхода энергии. В среднем это увеличение составляет 5 ккал на 1 кг идеальной массы тела. Поэтому для санаторно-курортных учреждений предусматривается увеличение энергетической ценности питания на 20 - 25%, что должно составлять примерно 3500 - 3800 ккал/сутки, а также исключение наиболее «жестких» диет. В рационе увеличивается количество белка животного происхождения, минеральных солей, витаминов, клетчатки и пектина, суточное потребление жидкости - как свободной, так и поступающей в организм с продуктами питания.

 Лечебное питание на курортах, в санаториях, пансионатах и профилакториях, как правило, рекомендуется назначать в комплексе с другими лечебными мероприятиями. Например, лечение лиц с избыточной массой тела должно проводиться обязательно с применением скорректированной для пациента диеты № 8 в сочетании с физиотерапией (гидротерапия, массаж), лечебной физкультурой, дозированными прогулками и медикаментозной терапией.

 При определении калорийности рациона особое внимание следует уделять динамике массы тела больных и отдыхающих. В санаториях принята групповая система лечебного питания, предложенная клиникой Института питания РАМН. Групповая система должна предусматривать обязательный предваритель- ный заказ из двух-трех блюд по каждому лечебному столу.

В большинстве санаториев широкое применение нашли диеты № 1, 2, 5, 8, 9, 10 и 15, которые используются для лечения основного контингента больных. В специализированных отделениях и санаториях применяются и другие диеты (№ 3,4в, 6,10а, 10в, 11, 14), номенклатура которых зависит от профиля здравницы.

 Основные лечебные диеты

Диета № 1 применяется при хронических заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки, характеризующихся нарушением моторной и секреторной функции желудка вне стадии обострения или при нерезком обострении. Это диета с содержанием белков, жиров и углеводов, калорийностью в пределах физиологической нормы при умеренном химическом, механическом и термическом щажении желудочно-кишечного тракта. Исключаются блюда и продукты, обладающие раздражающим и выраженным сокогонным действием. Режим питания - 5 раз в день.

Диета № 5 применяется при хронических заболеваниях печени и желчного пузыря вне стадии обострения. Диета содействует восстановлению деятельности печени и желчного пузыря путем химического щажения, ограничения тугоплавких животных жиров, исключения блюд, содержащих эфирные масла, холестерин, экстрактивные вещества, очень холодные блюда и газированные напитки. Необходимо обогащение рациона липотропными веществами, витаминоносителями, нерафинированными, растительными маслами. В целом диета полноценная, с нормальным содержанием белка и легкоусвояемых углеводов, при обязательно четком режиме питания 5-6 раз в день, небольшими порциями в одно и то же время.

Диета № 8 в основном применяется при избыточном весе. Она физиологически полноценная, с ограничением калорийности в основном за счет легкоусвояемости углеводов и частично животных жиров. В питании повышается количество овощей и фруктов, продуктов моря, блюд, богатых пищевыми волокнами. Исключаются возбуждающие аппетит продукты и блюда, кондитерские изделия, соленая пища. Очень важен режим частого дробного питания с достаточным объемом для достижения чувства насыщения.

Диета № 9 применяется при сахарном диабете легкой и средней тяжести. Цель диеты – восстановление углеводного обмена, улучшение функции ЦНС, сердечно-сосудистой системы. Диета с умеренным снижением энергоценности за счет легкоусвояемых углеводов и жиров животного происхождения, ограничением жирных кислот и холестерина, исключением сахара и кондитерских изделий. Необходимо получение достаточного количества полноценного белка, липотропных веществ, витаминов, пищевых волокон. Режим питания - 4 - 5 раз в день.

Диета № 15 - переходная диета от лечебного питания к рациональному. Диета физиологически полноценная, насыщенная белками, растительными маслами, витаминами. Режим питания - 4 раза в день.

 При построении лечебного питания учитываются как климатические, так и местные, национальные особенности, В суточных рационах должны широко использоваться фрукты и овощи местного производства, вводиться национальные блюда (грузинские, армянские, украинские и др.).

При построении питания следует учитывать, что в санаторные условия больные попадают в стадии ремиссии, поэтому щадящее питание им не всегда показано. Продолжительное щадящее питание может привести к дальнейшему развитию патологического процесса.

Своевременный переход на расширенное питание в санаториях способствует восстановлению нарушенных функций. Такой переход важен и потому, что назначенная на длительное время строгая диета обременительна для больного и в конечном счете он отказывается от нее. В этих случаях диету следует составлять таким образом, чтобы исключить из нее нежелательные блюда и постепенно перевести больного на обычное рациональное пита- ние.

Особого внимания требует организация питания детей в детских санаториях и учреждениях санаторного типа. Строгое щажение в детском возрасте отрицательно сказывается на развитии организма в целом, мешает нормализации обмена веществ и снижает естественный иммунитет к инфекционным заболеваниям. Сырые овощи, фрукты, соевые продукты, хлеб из муки грубого помола необходимо включать в рацион всех детей и взрослых, поскольку они способствуют нормальному функциони- рованию пищеварительного аппарата и повышению защитных свойств организма.

Лечебное питание на курортах и в профилакториях строится в соответствии с физиологическими потребностями организма и регулируется рядом нормативных обязательных для исполнения в санаторно-курортных организациях.

 Суточный рацион больного определяют исходя:

• из энергетической ценности, т.е. калорийности;

• и из химического состава (количества белков, жиров, углеводов, минеральных солей, воды, витаминов, экстрактивных веществ); и из физических свойств; в из массы (объема), консистенции, температуры пищи.

• из режима (распорядка) питания.

Набор продуктов и порядок их замены определен законодатель- но.

В основу построения пищевых рационов в санаториях положена групповая заказная система лечебного питания. Под ней понимают принцип разработки ряда суточных пищевых рационов с правом выбора по каждому лечебному столу из двух-трех блюд или строгим режимом питания, где выбор блюд не разрешается. Это определяет целесообразность применения пищевых рацио- нов при различных заболеваниях и состояниях с учетом стадии и характера течения патологического процесса. Для всех диет, особенно для диет Ni> 8 и 9, в меню-заказе должны быть указаны химический состав и калорийность блюд.

При определении лечебного рациона следует учитывать как общее, так и местное воздействие на организм диеты или специального режима питания. Немаловажную роль в дифференцированном применении лечебного санаторного питания играет тактика его проведения. В понятие «тактика» входит ряд моментов, обеспечивающих планомерность проведения лечебного питания и имеющих подчас решающее значение для эффективности диетотерапии. Основными из них являются:

- координация пищевого рациона с энергетическими затратами организма больного;

- правильное , построение режима питания с учетом химического состава минеральных вод и рациона

- динамичность назначения лечебного питания с использованием системы нагрузок;

- удовлетворение вкусовых привычек больного;

- привлечение всего персонала санатория к обеспечению лечебного питания, а самого больного - к его соблюдению.

 Режим питания должен быть построен таким образом, чтобы каждый прием пищи как по времени, так и по количественно-качественному составу сочетался с терапевтическим воздействием санаторно-курортных факторов. Время питания больных зависит от количества приемов пищи и общего распорядка дня в санаториях. Перерыв между отдельными приемами пищи не должен превышать 5 часов в дневное время, а между последним вечерним приемом пищи и завтраком -10 - 11 часов.

 Для санаториев общего профиля и домов отдыха наиболее целесообразен четырехразовый режим питания. Четвертый прием пищи предусматривает прием кефира за один-два часа до отхода ко сну. Этот режим может изменяться в зависимости от профиля курорта и характера бальнеопроцедур. Дробное питание (пяти-шести-разовое) назначают больным с заболеваниями органов пищеварения и нарушением обмена веществ (язвенной болезнью, хроническим гастритом, ожирением и др.).

В качестве примера рассмотрим три распорядка приема пищи:

1. Распорядок приема пищи (для бальнеологических курортов):

- первый (легкий) завтрак (чай, булочка, простокваша или молоко) - с 8.00 до 9.00 (перед бальнеопроцедурами);

- второй (плотный) завтрак (содержит белковые блюда) - с 11.00 до 12.00 (после бальнеопроцедур);

- обед -с 14.30 до 15.30;

- ужин - с 19 00 до 20.00;

- второй ужин (кефир или молоко) - с 2100 до 22.00.

2. Распорядок приема пищи (для питьевых курортов);

- первый завтрак (содержит белковые блюда) - с 8 30 до 9.30 (после питья минеральной воды);

- второй завтрак (молоко, молочные, овощные и крупяные блюда)-с 11.30 до 12.30;

- обед-с 14 00 до 15 00;

- ужин - с 19.00 до 20.00;

- второй ужин (молоко или кефир) - с 2100 до 22.30.

3. Распорядок приема пищи (для курортов смешанного типа - бальнеопитьевых и климатических):

- первый (плотный) завтрак (содержит белковые блюда) - с 8.30 до 9.30. Для лиц, получающих бальнеологические процедуры после 9.30 за счет завтрака, организуется второй завтрак с 11.00 до 11.30 (овощные салаты, фрукты, молоко); в обед - с 13.30 до 15.00; в ужин - с 19.00 до 20.00; в второй ужин (молоко, кефир) - с 21.00 до 22,30.

Приведенные режимы питания могут быть модифицированы в соответствии с режимом приема процедур, индивидуализированы в туберкулезных санаториях для отдельных групп больных, у которых отмечается подъем температуры в первую половину дня, и др.

 Прием пищи в определенные часы имеет важное значение для выработки условных рефлексов и слаженной работы не только органов пищеварения, но и всех органов и систем. Валена и продолжительность еды. Известно, что переваривание и усвоение пищи протекает значительно лучше, если пищу принимают не торопясь, хорошо пережевывая. Поэтому распорядок санатория, дома отдыха, пансионата должен быть таким, чтобы прием пищи каждым больным в столовой занимал не менее 20 - 25 мин. Переход с одной диеты на другую по медицинским показаниям следует осуществлять постепенно, с таким расчетом, чтобы новая диета служила следующей ступенью на пути к переводу больного на общий стол.

На фоне одной из диет могут проводиться разгрузочные дни. Например, на фоне диеты № 8 1 -2 раза в неделю рекомендуется применять мясные, молочные, фруктовые, овощные разгрузоч- ные дни.

 Набор и ассортимент продуктов в суточном рационе больного и отдыхающего зависят от ассигнований на питание. Однако лечебное питание в пределах общей суммы строится дифференцированно по каждой лечебной диете и медицинским показаниям. Недопустимо как уменьшение, так и увеличение стоимости набора продуктов в отдельных лечебных диетах.

Как было отмечено, удовлетворение вкусовых привычек больного имеет существенное значение в тактике проведения лечебного питания. Для удовлетворения вкусовых запросов при построении лечебного питания по групповой системе можно рекомендовать:

\*\* такое построение меню, в котором не практикуются повторения, кроме таких наиболее часто употребляемых блюд, как супы, картофель жареный;

\*\* обеспечение тщательной кулинарной обработки пищи. Все блюда лечебного питания должны быть вкусными и приятными на вид;

\*\* обеспечение уютной обстановки обеденного зала и соответствующей сервировки стола;

\*\* установление системы предварительного заказа блюд (накануне) на все лечебные столы, кроме наиболее строгих.

Опыт показывает, что, придерживаясь этих рекомендаций, можно достичь удовлетворения вкусовых привычек больного и обеспечить полное потребление приготовленной пищи. Следует подчеркнуть, что привлечение всего персонала санатория и самого больного к обеспечению точного проведения назначенного лечебного питания нередко решает успех лечения, В отличие от больничных учреждений здравницы имеют гораздо больше возможностей индивидуализировать питание: при необходимости можно выделять небольшие группы больных и готовить для них соответствующие рационы, ввести шведский стол, но с учетом индивидуальных потребностей.

 Контроль и система заказа питания. Система выбора блюд по диетам, так же как и основная характеристика диеты, является групповой и не учитывает индивидуальных потребностей

человека.

 При заказной системе питания в санатории минимальная калорийность набора продуктов составляет 2000 ккал, а максимальная - до 5000 ккал и выше. Пользуясь этой системой, отдыхающие или больные в отдельных случаях могут превышать суточные потребности для своего организма в 2 раза и более. Для устранения этого недостатка и учета индивидуальных потребностей предлагается воспользоваться единицами стандартного рациона – ЕСР.

 В меню не должно быть непонятных названий блюд, таких, как «суп андалуз», «суп пейзан». Названия должны соответствовать содержанию блюд и устоявшемуся понятию (мусс, антрекот, ростбиф и т.д.).

 Наблюдаемое в рационах некоторых здравниц избыточное введение белка в суточный рацион может повлечь негативные для организма последствия: от повышенного количества белка страдает прежде всего функция печени, почек. Перегрузка организма азотистыми шлаками приводит к ацидозу при одновременном недостатке щелочных минеральных солей. У больных с нарушением функции кишечника могут появиться симптомы гнилостной диспепсии. Особенно неблагоприятно избыточное введение белка отражается на здоровье лиц старше 40 лет, так как в этом возрасте замедляются обменные процессы. В рационы необходимо вводить больше свежих овощей, зелени, фруктов. Эти продукты обеспечивают организм минеральными солями щелочной ориентации, витаминами, клетчаткой.

 Овощи и фрукты способствуют выведению холестерина из организма и снижению его уровня в крови. Необходимо добиваться бесперебойного снабжения ими здравниц. Следует более широко применять в питании и рыбные блюда, а также гребешки, мидии, морскую капусту и др. Наряду с полноценным белком эти продукты содержат большое количество минеральных веществ, микроэлементов (йод, цинк и др ).

Нередко в санаториях завышается калорийность рационов. Даже по диете № 8 она иногда превышает энергетические затраты человека,занятого тяжелым физическим трудом. Вполне понятно, что такая «диетотерапия» не даст нужного эффекта. Калорийность санаторного рациона должна быть выше калорийности рациона человека, занятого умственным и легким физическим трудом, и равняться примерно 45 ккал (1,5 ЕСР) на 1 кг идеальной массы тела. И это с учетом дополнительных энергозатрат на занятия спортом, прогулки, прием физиотерапевтических процедур и др. Калорийность рационов выше этих норм ничем не оправдана.

 Химический состав и калорийность диет регулируются не только закладкой продуктов в блюдо, но и подбором буфетных продуктов (хлеб, масло, сахар). В здравницах должны быть установлены и утверждены главным врачом строгие нормы этих продуктов на каждый лечебный стол. Нормирование буфетных продуктов позволяет строже дифференцировать лечебные столы по их химическому составу. Это особенно важно для больных с нарушением обмена веществ. При построении питания для больных сахарным диабетом и ожирением можно рекомендовать выдачу не целой порции первого или второго блюда, а только У2 или 3Д ее, но с учетом калорийности рациона и соотношения основных химических ингредиентов в нем.

 Порядок оформления лечебного питания

 Приказом главного врача санатория для вновь поступающих больных определяются дежурные столы (диеты). Дежурный врач после осмотра больного и ознакомления с санаторно - курортной картой назначает ориентировочную диету одному из этих столов. Для облегчения работы кухни рекомендуется назначать лечебное питание по трем - четырем диетам в зависимости от контингента поступающих больных. В практике работы здравниц этим целям удовлетворяют диеты № 1,5,9 и 15. Назначенную в приемном отделении диету записывают в историю болезни и оформляют заказ на питание,который пересы- лают диетсестре.

В заказе на питание, подписанном дежурным врачом, должны быть указаны:

- фамилия и инициалы больного,

- номер диеты,

- дата и час поступления больного;

- момент зачисления на питание (с завтрака, обеда, ужина - нужное подчеркнуть)

Для поступающих после ужина рекомендуется организовать в столовой или в специально отведенной комнате приемного отделения вечерний чай. Продукты для этих целей (хлеб сахар, чай) должны храниться в холодильнике. Организация питания вновь прибывших в вечернее время оказывает большое психологическое воздействие на больных снижается усталость, улучшается настроение, появляется уверенность в хорошем обслуживании в здравнице.

Лечащий врач при первичном осмотре больного обязан составить диетический анамнез привычки больного, качественный состав принимаемой пищи, режим питания, характер питания и другие моменты. Необходимо уделить внимание и объективному показателю состояния питания - массе тела больного. Окончательная диета назначается с учетом характера заболевания, диетического анамнеза и состояния питания Новый вариант диетического стола заносится в историю болезни и санаторно-курортную книжку Помимо основной диеты врач может сделать дополнительные назначения, учитывающие как изменение химического состава рациона, так и его калорийность Практически эти вопросы разрешаются путем изменения (увеличения или уменьшения) нормы выдачи буфетных продуктов или изменения массы выдаваемых больному готовых блюд. После назначения окончательной диеты необходимо разъяснить больному ее сущность, а также важность строгого соблюдения режима питания. Поскольку больные и отдыхающие часто приобретают продукты на рынке, обязательно надо дать рекомендации относительно дополнительного питания.

Все изменения в диете и другие дополнительные назначения по питанию в тот же день до 13 00 передают диетсестре для исполнения. Вновь назначенное питание больной получает со следующего дня. В тот же день он может получить его как исключение в неотложных случаях только с разрешения диетврача.

Кроме того, по медицинским показаниям может быть назначено индивидуальное питание. Желательно, чтобы оно не выходило за рамки перечня блюд, которые готовятся в данный день. Больному предоставляется широкий выбор блюд по всем диетам, организуется отдельное приготовление выбранного блюда. При этом закладка продуктов может быть изменена.

В дальнейшем контроль за состоянием питания осуществляется посредством регулярного взвешивания больных и анализа количества жира в организме. Эти данные заносят в санаторную книжку. В зависимости от динамики массы тела и жира больного врач корригирует энергетическую ценность рациона. За время пребывания больного в санатории необходимо добиться сбалансированности рациона по энергозатратам.

 Персонал и организационная структура. Общее руководство питанием больных осуществляет главный врач санатория. Непосредственная ответственность за организацию лечебного питания возлагается на врача-диетолога, который подчиняется главному врачу санатория, директору пансионата или их заместителям. Должность врача-диетолога вводится из расчета на 500 коек и более в одиночно расположенных санаториях для лечения больных с заболеваниями органов кровообращения, пищеварения, обмена веществ и других заболеваний. На курортах, где имеется несколько санаториев указанных профилей, должность врача-диетолога устанавливается из расчета на каждые 1000 коек.

Врач-диетолог является методическим руководителем по диетотерапии и организационным вопросам, связанным с питанием больных. В здравницах, где по штатному расписанию не предусмотрена должность врача-диетолога, его обязанности возлагаются на заместителя главного врача, знакомого с организацией питания больных и отдыхающих. Врачу-диетологу по вопросам организации питания подчинены все сотрудники здравницы, в том числе пищеблока и продовольственного склада.

Должность медицинской сестры по питанию вводится в санаториях, имеющих свыше 100 коек, а в профилакториях введены 0,5 ставки. Иногда диетсестра одновременно является и заведующей столовой. По вопросам соблюдения диетических и санитарно-гигиенических требований ей должен быть полностью подчинен персонал столовой и кухни. Она несет ответственность за правильность технологического процесса приготовления блюд, санитарно-гигиеническое состояние и всю постановку дела на кухне и в столовой.

 Для определения численности персонала пищеблока следует руководствоваться установленными нормами. Непосредственно работу кухни возглавляет шеф - повар (заведующий производством:). Ему подчинены повара и кухонные подсобные рабочие. Работники столовой (официантки, уборщицы) обычно находятся в подчинении сестры\*хозяйки», организующей их работу. Кроме того, для работы с буфетной продукцией вводится должность буфетчицы.

Организационная структура пищеблока традиционно строится по линейно-функциональному типу. За работу службы питания в санатории отвечают два звена. Непосредственно весь пищеблок подчиняется заместителю главного врача по медицинской части, который осуществляет руководство питанием через шеф-повара (заведующего производством) и сестру-хозяйку.

 За соблюдение медицинских требований (диетических, санитарно-противоэпидемических) отвечает диетическая служба (диетслужба), также подчиненная заместителю главного врата по медицинской части. Снабжение продуктами питания и организация их хранения обычно находятся в ведении заместителя главного врача по административно-хозяйственной части (АХЧ). Между кухней и складом устанавливаются горизонтальные связи. В некоторых санаториях пищеблок находится в полном подчинении заместителя главного врача по АХЧ, а медицинская служба отвечает только за соблюдение диетических и санитарных требований.

 **Глава 4. Обслуживание больных и отдыхающих в обеденном зале в санаторно-курортных условиях**

 В столовой должны быть красивая и уютная обстановка. Вестибюль можно использовать для санитарно-просветительной пропаганды лечебного питания: вывесить красочно оформленные стенды, плакаты с характеристикой лечебных столов, советами по питанию больных с избыточной массой тела, по профилактике ожирения, питанию лиц пожилого возраста и др. Перед входом в столовую или обеденный зал обычно помещают рабочий стол диетсестры. Диетсестра, получив от вновь прибывшего заказ на витание, отводит ему место за столом, проставляет номер салфетки в санаторной книжке, записывает назначенный лечебный стол в книгу учета работы столовой, объясняет режим питания и порядок заказа блюд.

 В обеденном зале устанавливают столики на четыре-шесть, иногда более мест. Каждое место имеет свой порядковый номер, обозначенный на кольце салфетки или каким-либо другим способом, На столах, за которыми питаются по диете № 15, необходимо ставить перец, горчицу, соль. Все столы снабжают вазой для хлеба, стаканом для бумажных салфеток. Красивая сервировка сама по себе возбуждает аппетит, поэтому ей необходимо уделять самое серьезное внимание.

Рекомендуется группировать столы с одинаковыми диетами и выделять для этих целей часть зала или целый зал, На строгих лечебных столах целесообразно делать соответствующие обозначения. Официантка перед раздачей пищи обязана изучить перечень диет и входящих в них блюд, знать больных, которые получают дополнительное питание. На раздаче рекомендуется выставить два-три контрольных блюда с полной закладкой гарнира, в соответствии с которыми осуществляется отпуск остальных блюд.

 Целесообразно, чтобы питающиеся приходили в столовую постепенно, потоками с интервалом в 15 – 20 мин. Это значительно облегчает процесс выдачи пищи и ускоряет обслуживание больных. Диетсестра вместе с официантками обязана следить за регулярным посещением больными столовой и не допускать пропусков приема пищи. О каждом пропуске диетсестра должна сообщать дежурному врачу по санаторию и диетологу.

В случае ухудшения состояния здоровья больной может питаться в палате (номере). Заведующий отделением обязан согласовать этот вопрос с диетврачом. Контроль за питанием, больных в палатах возлагается на дежурную медицинскую сестру отделения и диетсестру. В случаях, когда в санатории количество больных, питающихся в палатах (номерах), превышает 10 человек, для их обслуживания выделяют отдельную официантку из штата столо- вой.

 В здравницах, где имеются отделения для тяжелобольных, рекомендуется организовывать буфетные для подогрева пищи перед раздачей ее больным в отделении.

 В домах отдыха, пансионатах, оздоровительных учреждениях основой режима является профилактика заболеваний, поэтому и питание в них строится как профилактическое, т.е. рациональное. Опыт работы здравниц показывает, что помимо отдыхающих в дома отдыха и пансионаты приезжают и больные. В связи с этим рекомендовано ввести в домах отдыха и пансионатах лечебное питание для больных, прежде всего с заболеваниями органов

пищеварения.

**Глава 5. Финансовые аспекты организации санаторного питания.**

В настоящее время услуги питания в подавляющем большинстве случаев входят в базовый набор услуг, документируемый, путевкой. Поэтому перед службой питания здравницы не стоит задача самостоятельной реализации своей продукции. Она обслуживает тот контингент, который поступает в санаторий по проданным отделом маркетинга путевкам. Однако, поскольку клиент санатория (как индивидуальный, так и корпоративный) вправе получить калькуляцию на покупаемые услуги, экономическая служба здравницы обычно рассчитывает затраты на питание и их долю в общей структуре затрат.

 Обычно затраты на питание составляют 25 - 30% общих затрат. При этом на долю продуктов приходится 55 - 60% стоимости питания, остальное - на заработную плату с начислениями, коммунальные платежи, амортизацию основных средств, хозяйственные и складские расходы.

 Помимо столовой услуги питания в санатории могут оказывать бары и кафе, обслуживающие отдыхающих за наличный расчет. Практика показывает, что рентабельность этих точек общественного питания обычно низка и повышается только в случаях свободного доступа посторонних клиентов. Справедливости ради, следует отметить, что и в зарубежной практике ресторанов и кафе в структуре отеля более половины выручки, получают от посторонних клиентов.

 Таким образом, в настоящее время организация питания в санаторно-курортных учреждениях строится с медицинских позиций и является частью лечебного процесса. Его регулирование осуществляется на основе нормативных документов. Оплата за предоставляемое питание закладывается в базовую стоимость санаторно-курортных путевок. Участие потребителя в получении питания минимизировано до выбора блюд из определенного диетврачом лечебного стола. Качество питания поддерживается административными методами контроля и поощрения.

Такие организационные подходы к предоставлению услуг питания в последние годы перестали устраивать отдыхающих. Во многих случаях диеты организованы формально, не подкрепляются разъяснительной работой с рекреантами, качество приготовления пищи невысокое. Отсутствие необходимой мотивации отдыхающих не способствует их восприятию ограничений в питании и соблюдению пищевого режима.

 Кроме того, современные тенденции развития санаторно-курортной индустрии предполагают разнообразие и полиморфность предоставляемых услуг, участие отдыхающих в организации питания. Поэтому основными направлениями развития службы питания санаторно-курортных организаций на ближайшее будущее являются:

 • активное применение биологически активных добавок;

• применение современных технологических подходов к приготовлению здоровой пищи (пароконвекторы и пр.);

• полное или частичное исключение по желанию клиентов стоимости питания из обязательного пакета услуг;

• расширение заказного меню;

• обязательное применение автоматизации в расчетных процессах, возможность индивидуального расчета параметров питания отдыхающих;

• введение шведских столов;

• расширение дополнительных платных услуг литания (бары, рестораны, обслуживание в номерах и др.).

 **Контрольные вопросы**

**• 1. Как развивались подходы в организации питания в условиях курортов?**

**• 2. Какие физиологические основы, нормы и режимы питания используются в практике санаториев?**

**• 3. По каким критериям строятся рационы лечебного питания?**

**• 4. Каковы особенности построения диетического питания?**

**• 5. Что собой представляет заказная система питания, каковы особенности ее использования в условиях санатория?**

**• 6. Какова организационная структура службы санаторного питания?**

 **Литература**

1.Ветитнёв, А.М., Курортное дело. Учебное пособие/ А.М Ветитнёв, Л.Б.Журавлёва.-М.,2006.

 2. Кисилевич Т.И., Внутренний контроль в санаторно-курортных орга-

низациях.Монография/Т.И.Кисилевич.-М.,2003.

 3. Курорты и здравницы Беларуси / Ю.М.Досин и др.-Мн.,2008.

 4. Санаторно-курортное дело.Учебник/Г.И.Молчанов и др.- М.,Альфа- М., 2010.

 5. Старикова, Ю.В. Санитарно-курортное дело. Конспект лекций / Ю.В. Старикова.- М.,2010.

 6. Курортная медицина. Учебное пособие/ Т.В.Худиев.,П.В.Андрюха. –

М.,1999.

 7. Журавлёва Л.Б. Курортное дело с основами курортологии.Учебное

пособие.Сочи., СГУТ и КД.,2008.

8.Сухарёв, Е.Е. Курортное дело. Учебное пособие / Е.Е.Сухарёв.- М., Омега-Л.,2009.

 9. Санаторно-курортное дело. Пособие / Под ред. Молчанова Г.И.- М.,

 Альфа-М.2010.

 10.Санаторно-курортное лечение и оздоровление населения Республи-

 ки Беларусь в 2011 году.Статистический бюллетень.- Мн.,2012.