

ЗДОРОВ'Я

№2

(254),
2 березня,
2016 рік
Видається
з 1991 року

КИЯНИ

ГАЗЕТА МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

health.kievcity.gov.ua, www.zdorov.com.ua

Деякі показники здоров'я населення міста Києва за 2015 рік

Із довідкових матеріалів до підсумкової колегії Департаменту охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) щодо роботи галузі за 2015 рік

ДЕМОГРАФІЧНА СИТУАЦІЯ У МІСТІ КИЄВІ

На кінець 2015 року за даними Головного управління статистики у місті Києві в столиці проживало 2906,6 тисячі осіб, що становить 6,8% від чисельності наявного населення України. За останній рік наявне та постійне населення міста зросло на 18,6 тисячі осіб.

Збільшення чисельності населення столиці відбувається як за рахунок міграційних процесів, так і за рахунок природного приросту населення. Процеси сприяли тому, що демографічна ситуація у місті має позитивну тенденцію.

Починаючи з 2008 року в м. Києві кількість народжених переважає над кількістю випадків смертності. У 2015 році це перевищення складало 5133 особи, показник природного приросту відповідно становить 1,8 проти 1,5 у 2014 році. (Україна 2015 р. – «мінус» 4,3).

Щільність населення міста складає 2918,6 осіб на 1 кв. км., статевий склад населення: чоловіки – 46,2%, жінки – 53,8%.

Від статево – вікової структури населення залежить як спроможність до відтворення і характер демографічних процесів, так і здатність до економічної активності.

Київ, як і більшість столиць економічно розвинутих країн Європи, відноситься до міст із старим населенням, тому що доля осіб у віці старше 65 років перевищує 7% від чисельності населення і становить майже 13,4%. Вікова піраміда населення м. Києва характеризується як регресивна.

Слід зазначити, що починаючи з 2013 року частка дітей у віці 0-15 років має тенденцію до зростання. У 2015 році частка дітей зростає на 3,3% проти 2014 року. Також зростає частка людей старше працездатного віку на 2,6%, а частка працездатного населення зменшилася на 1,5%.

Середній вік населення м. Києва в 2014 році дорівнював 39,4 року: чоловіків – 37,2; жінок – 41,3 (по Україні 2014 р. – 40,7 року).

На момент Всеукраїнського перепису населення (05.12.2001р.) середній вік населення становив 37,4 року, фактично за 14 років він зріс, тобто населення в середньому постарішало на 2 роки.

Народжуваність у м. Києві поступово зростає і перевищує показники по Україні. У 2015 році народилось 35558 дітей, загальний показник народжуваності становив 12,3‰ (Україна 2015 р. – 9,6‰).

Чисельність постійного жіночого населення міста становила 1531,7 тисяч, з них у фертильному віці (15-49 років) – 755,9 тис. (49,3%). Середній вік матері при народженні дитини – 29,6 року (Україна – 27,5).

У м. Києві залишається високою частка дітей, народжених матерями поза шлюбом – 15,4%.

Впродовж 2015 року у Києві померло 30425 осіб. Смертність населення м. Києва за 2015 році дещо зменшилася в порівнянні з минулим роком. Показник смертності від усіх причин в 2015 році становить 10,5‰ (Україна 2015 рік – 13,9‰).

Структура причин смертності населення м. Києва співпадає із структурою смертності населення усіх країн СНД, що розташовані на території Європи.

На першому місці знаходяться хвороби системи кровообігу, які у 2015 році обумовили 64,4% усіх випадків смерті в місті; показник смертності становив 675,1 на 100 тисяч населення (по Україні 2014 р. – 993,7). Смертність по класу «Хвороби системи кровообігу» зменшилася на 1,5% у порівнянні з минулим роком.

Смертність від серцево-судинних захворювань за 2015 рік в порівнянні з показником 2011 року збільшилася на 6,8%. В загальній кількості померлих кожен другий помирає від захворювань системи кровообігу і ця тенденція з кожним роком зростає та найбільш виражена серед чоловіків. Повіковий коефіцієнт смертності чоловіків через патологію системи кровообігу значно вищий ніж у жінок і своєї найвищої величини досягає переважно в середніх групах працездатного віку (30-45 років).

Смертність від онкологічних захворювань займає друге місце в структурі причин смерті. У 2015 році частка померлих від злоякісних новоутворень серед усіх померлих становила 17,8%. Показник смертності від злоякісних новоутворень по місту дещо збільшився на 0,6% у порівнянні з показником 2011 року і становить

Продовження на стор. 2

Природний рух населення м. Києва в 2007-2015 рр.



Дорогі киянки!

*Зима відступить. Разом з холодом і зневірою.
І весна прийде для Вас, любі наші жінки!
Так, її чекаємо ми всі. Але квіти
в ці дні розквітають для Вас,
Наші посмішки і тепло ми даруємо Вам.
Наших перемог – великих і маленьких –
добиваємося заради Вас.
Кожна жінка – ВЕСНА, бо дарує життя.
І опікується, щоб воно розквітало.
Я хочу привітати всіх жінок зі святом весни!
Нехай завжди в Вашому серці і житті сяє сонце
і живе любов. Ваша підтримка, розум, ваша мудрість
і душевність змушують і допомагають рухатися вперед
і нам – чоловікам – і нашій країні.
Із святом Вас, наші любі і прекрасні жінки!*

Ваш Віталій Кличко

Мановні жінки!

Сердечно вітаю Вас з 8 березня – святом жіночності, краси, весняного пробудження природи.

Багато хто з Вас зустріне це свято на робочому місці: біля ліжка хворого, в маніпуляційному кабінеті, в операційній, у автомобілі швидкої невідкладної медичної допомоги, рятуючи життя людей, не шкодуючи себе.

Щиро бажаю Вам легких чергувань, нових досягнень у професійній діяльності, вдячних пацієнтів, здоров'я, особистого жіночого щастя, злагоди і взаєморозуміння у Ваших родинах, миру у нашій вільній Україні.

*З повагою,
Директор Департаменту охорони здоров'я
Київської міської державної адміністрації
Тетяна Донченко*

Столична влада планує створити Київський міський центр нефрології та діалізу

Віталій Кличко: «Ми плануємо створити у Києві центр нефрології та діалізу, щоб підвищити якість надання необхідної медичної допомоги пацієнтам з нирковою недостатністю».

Столична влада планує створити Київський міський центр нефрології та діалізу, що дозволить посилити контроль за організацією надання гемодіалізу киянам, підвищить якість необхідної медичної допомоги пацієнтам і зробить більш ефективними профілактичні заходи. Про це заявив мер Києва Віталій Кличко під час інспекції роботи нефрологічного відділення міської лікарні №3.

За словами Директора департаменту охорони здоров'я Тетяни Донченко, у місті на обліку перебувають близько 2 200 киян, які страждають від ниркової недостатності, лікуються з них сьогодні — понад 480 осіб. На кожного мешканця, який перебуває на гемодіалізі, з бюджету міста витрачається близько 233 тис. грн на рік. Лікування забезпечують 92 апарати для гемодіалізу в п'яти столичних лікарнях.

«Ми зараз перебуваємо у відділенні гемодіалізу лікарні № 3. Умови тут більш-менш комфортні, але сьогодні актуальним є створення Київського міського центру нефрології та діалізу, де всі хворі на ниркову недостатність централізовано зможуть отримати якісне медичне обслуговування, де буде сконцентровано сучасне обладнання. Вже невдовзі ми зможемо говорити, де і коли саме буде відкрито такий центр, і плануємо ми його створити цього року», – підкреслив Віталій Кличко.

Мер зазначив, що столична влада робить все необхідне для встановлення у медзакладах апаратів «відкритого» типу, для яких використовуються універсальні витратні матеріали. Так, восени 2015 року у Київській лікарні № 3 встановили 14 апаратів «відкритого типу» і зараз виробник цього устаткування готовий оновити у цій лікарні ще 30 апаратів.

Окрім того, зауважив Віталій Кличко, результати моніторингу показали, що в Києві закупівельні ціни витратних матеріалів у рази менші, ніж у регіонах України.

«Витратні матеріали для гемодіалізу по країні були закуплені по 1 200 грн, а Київ їх закупив по 970 грн. Зараз багато спекуляцій на цю тему. Я був здивований, коли побачив у ЗМІ інформацію про відкриття кримінальних справ щодо співробітників Департаменту охорони здоров'я КМДА нібито через корупцію у цій сфері. Я звернувся до Міністерства внутрішніх справ. І, дивним чином, інформація з офіційного сайту зникла. Якщо є факти корупційних схем – давайте викривати їх. Ми робимо все відкрито і прозоро. Наше завдання – щоб кожен пацієнт мав якісне обслуговування і отримував необхідні ліки, які б відповідали європейським стандартам», – підкреслив Віталій Кличко.

За інформацією прес-служби КМДА

Початок на стор. 1

186,6 на 100 тис. населення (по Україні показник 2014 р. – 195,9).

Нещасні випадки, травми та отруєння традиційно залишаються на третьому місці у структурі причин смертності населення м. Києва (5,2%).

У 2015 році показник смертності населення від травм та отруєнь дещо збільшився у порівнянні з 2011 р. на 0,9% та становив 54,7 на 100 тис. населення (по Україні 2014 р. – 93,7). Зменшення показника в 2015 році в порівнянні з минулим роком на 11,6% зумовлено низькою причиною, зокрема в загальній кількості померлих від «неприродних» причин, значну питому вагу становили травми пов'язані з транспортом – 15,3 %, показник смертності становив у 2015 р. – 8,4, що більше ніж у 2011 році на 3,2%. У 2015 році від отруєнь алкоголем померли 3 особи; показник дорівнював 0,1 на 100 тис. населення. Смертність населення м. Києва від самогубств у 2015 році збільшилася на 52,5% та склала 5,2 на 100 тис. населення проти 3,6 у 2011 році. Значну частку в загальній кількості померлих від «неприродних» причин – 5,6% становить смертність від ускладнень внаслідок дій, передбачених законом та воєнними операціями.

Залишається високою питома вага померлих від хвороб травлення – 4,5 %, серед яких смертність від хвороб печінки складає – 55,5%.

На фоні майже незмінного рівня смертності від інфекційних хвороб, смертність від туберкульозу значно зменшилася та складає 35,1% серед інфекційних хвороб (проти 42,2% в минулому році).

Однією з найбільш гострих проблем суспільства є смертність населення в працездатному віці. Щорічні втрати населення працездатного віку по місту коливаються від 5-7 тисяч осіб. У 2015 році в працездатному віці померло 6760 осіб (22,5% від усіх померлих); у тому числі – 5304 чоловіка (34,6% від померлих чоловіків) та 1456 жінок (9,9% від померлих жінок).

Стан охорони здоров'я характеризується рівнями смертності дітей у віці до одного року та смертністю жінок від ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду. Рівень дитячої смертності у 2015 році становив 7,56%, що більше на 6,3%, ніж в 2014 році (7,11%); редукований показник (без інородних) дорівнював 5,97% (збільшився на 23,6% у порівнянні з аналогічним показником 2014 року – 4,83%, показник по Україні у 2014 році – 7,7%).

АНАЛІЗ СЕРЕДНЬОЇ ТРИВАЛОСТІ ЖИТТЯ

Загальну оцінку рівня смертності незалежно від особливостей вікової структури населення дає аналіз середньої тривалості життя. Цей показник інтегрує в собі не тільки зміни життєдіяльності різних статевих груп, але також є одним із основних показників, які характеризують стан здоров'я населення міста, рівень його життя та рівень медичного обслуговування.

Величина середньої тривалості життя населення визначається рівнем смертності від основних причин та є найкращим індикатором, який чутливо реагує на коливання рівнів загальної смертності населення і дає можливість аналізувати та порівнювати їх у часі і просторі. Гендерні відмінності у показниках смертності також чутливо відображаються на середній очікуваній тривалості життя чоловіків та жінок.

Середня очікувана тривалість життя при народженні населення м. Києва на 2,3 роки більша ніж по Україні (чоловіків – 3,0, жінок – 1,5).

Наведені показники середньої очікуваної тривалості життя свідчать про суттєву різницю між очікуваною тривалістю життя мешканців країн ЄС, м. Києва і України. Це пояснюється дуже високими показниками смертності серед чоловічого населення м. Києва та України, особливо – у працездатному віці, та більш високими, ніж у країнах ЄС, показниками малюкової смертності. Найгострішою складовою, яка формує середню очікувану тривалість життя, є неухильне і поки що неподолане зростання смертності населення працездатного віку (22,5% в структурі всієї смертності).

Одне із завдань, яке ставить перед собою влада, що визначено у Стратегії розвитку м. Києва до 2025 року – це збільшення тривалості життя киян з 73 до 79 років. Зробити це передбачається за рахунок активізації профілактичної роботи, адже серед причин смертності переважають захворювання, які у свою чергу можна попередити за рахунок профілактичної роботи та здорового способу життя.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ

Протягом 2015 року було зареєстровано більше 29,1 млн. звернень населення за медичною допомогою в заклади охорони здоров'я м. Києва, що на 8,5% менше ніж в 2011 році (31,8 млн.). В розрахунок на одного мешканця столиці – це становить 10,1 відвідувань (в 2011 році – 11,3 відвідувань; в 2014 році – 10,3 відвідувань на 1 мешканця).

За даними звернень було зареєстровано більше 6,6 млн. випадків захворювань, з яких більше 2,4 млн. припадає на вперше виявлену патологію.

Рівень поширеності захворювань серед населення (22,8 тис. випадків на 10 000 населення) в 2015 році знизився відносно попереднього року (23,0 тис.) на 0,8%, а порівняно з 2011 роком відмічається зниження на 3,0% (23,5 тис. на 10 000 населення).

Протягом останніх п'яти років в структурі поширеності хвороб за класами перші п'ять місць незмінно посідають: хвороби системи кровообігу – 26,0%, хвороби органів дихання – 21,7%, хвороби органів травлення – 12,0 %, хвороби сечостатевої системи – 7,0 %, патологія кістково-м'язової системи – 5,7% (в 2011 році питома вага вищезазначених патологічних станів становила відповідно: 25,0%, 22,3%, 12,0%, 7,0%, 5,5%).

Людімила ПЕТРАВЧУК

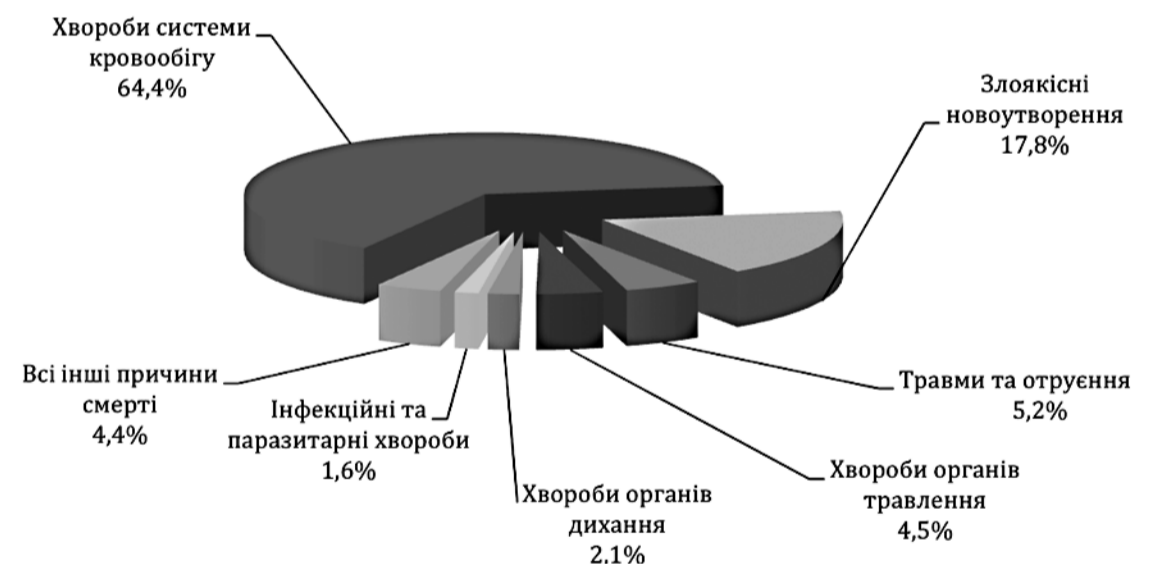
Динаміка народжуваності в м. Києві

Динаміка народжуваності в м. Києві, рік	Число народжених			Темп зміни показника (% до попереднього року)	
	Усього	Показник на 1 000 населення		Київ	Україна
		Київ	Україна		
2011	32068	11,4	11,0	-1,7	+1,8
2012	33887	12,0	11,4	+5,3	+3,6
2013	33305	11,7	11,1	-2,5	-2,6
2014	34821	12,1	10,8	+3,4	-2,7
2015	35558	12,3	9,6	+1,7	-11,1

Динаміка смертності населення в м. Києві

Рік	Кількість померлих			Темп зміни показника (% до попереднього року)	
	Всього, абсолютне число	Показник на 1 000 населення		Київ	Україна
		Київ	Україна		
2011	27050	9,6	14,5	-7,7	-4,6
2012	27840	9,8	14,5	+2,1	0
2013	28003	9,8	14,6	0	0,7
2014	29992	10,6	14,8	+8,1	0,7
2015	30425	10,5	13,9	-0,9	-6,1

Структура основних причин смерті населення у 2015 році



Динаміка середньої очікуваної тривалості життя при народженні населення (років)

Роки	м. Київ			Україна			Країни ЄС		
	Обидві статі	чоловіки	жінки	Обидві статі	чоловіки	жінки	Обидві статі	чоловіки	жінки
2010	73,7	69,4	77,6	69,8	65,1	74,2	78,9	75,6	82,5
2011	74,2	70,0	77,9	71,0	66,0	75,9	79,2	75,8	82,9
2012	74,1	69,9	77,9	71,2	66,1	76,0	79,2	76,3	82,4
2013	74,4	70,1	78,2	71,4	66,3	76,2	78,8	75,7	82,1
2014	73,7	69,3	77,9	71,4	66,3	76,4	80,6	77,8	83,3

Клініко-діагностична лабораторія Київської міської дитячої клінічної лікарні №2 отримала нове обладнання

У середині лютого Київська міська дитяча клінічна лікарня №2, що по вул. Алішера Навої, 3, отримала нове обладнання, яке до столичного медичного закладу передали благодійний Київський Клуб Левів за сприяння Київської міської державної адміністрації та столичного Департаменту охорони здоров'я.

«Клініко-діагностична лабораторія нашої лікарні отримала чотири одиниці нового обладнання закордонного виробництва на суму понад 711 тисяч гривень: гематологічний аналізатор на 16 параметрів, аналізатор газів крові та електродів, напівавтоматичний аналізатор біохімічний 15 – ти каналний та бінокулярний мікроскоп.

Обладнання вироблено у Швеції, США та Німеччині. Представники фірм виробників встановили нову апаратуру та провели відповідні навчальні заняття зі співробітниками лабораторії», – розповіла головний лікар Київської міської дитячої клінічної лікарні №2 Ольга Дзюба.



Обладнання у роботі.

За словами фахівців, нове обладнання значно покращить якість та підвищить отримання результатів аналізів, що особливо важливо для пацієнтів реанімаційних відділень, які підключені до апарату штучної вентиляції легень та інших пацієнтів цієї багатoproфільної лікарні.

На сьогоднішній день усе обладнання активно використовується у роботі лабораторії.

«Вже проведено 2000 аналізів на гематологічному аналізаторі, 50 досліджень крові за 5 методами на напівавтоматичному біохімічному аналізаторі газів крові та електродів. Майже в постійній роботі знаходиться бінокулярний мікроскоп», – повідомила завідувача клініко-діагностичної лабораторії КМДКЛ №2 Людмила Горва.

Київська міська дитяча клінічна лікарня №2 працює з 1975 року,



На прес-брифінгу перший заступник міського голови Геннадій Пліс та головний лікар лікарні Ольга Дзюба.

має 12 відділень, два відділення інтенсивної терапії та анестезіології, одне з яких для новонароджених. Лікарня розрахована на 515 ліжок, її хірургічне, травматологічне та інші відділення приймають хворих дітей з усього Києва.

Перший заступник міського голови Геннадій Пліс, Президент Клуб Левів Стюарт МакКінзі, представники Департаменту охоро-

рони здоров'я нашого міста відмітили високий професіоналізм колективу КМДКЛ №2, самовіддану працю лікарів, молодшого та середнього персоналу, вдале керівництво медичним закладом і пообіцяли й надалі надавати всіляку підтримку лікарні, у якій дбають, а частіше рятують найцінніше у світі – життя дитини.

Яна КОНОВАЛОВА

Унікальні хірургічні операції в історії медицини України проведені у Київській міській дитячій клінічній лікарні №7

Нещодавно у відділенні щелепно-лицьової хірургії Київської міської дитячої клінічної лікарні №7, що по вул. Підвисоцького, вітчизняними та закордонними лікарями були проведені кілька унікальних операцій.



Під час операції: доцент Владислав Єфіменко (третій зліва), анестезіолог Петро Шумейко (другий зліва) зі своїми бразильськими колегами.

У 2014 році був укладений договір про наукову та практичну співпрацю між Національним медичним університетом ім. О.О. Богомольця та університетською клінікою Сао Паоло (USP) з Бразилії.

Вищезазначені операції, які проходили за участю кандидата

медичних наук, завідувачого відділенням щелепно-лицьової хірургії КМДКЛ №7 Геннадія Коротченка, кандидата медичних наук, доцента кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії дитячого віку НМУ ім. О. О. Богомольця Владислава Єфіменка та бразильських лікарів стали першою спіль-

ною роботою у рамках підписаної угоди про спільну роботу.

«16, 17, 18 лютого на базі нашого відділення були проведені найскладніші операції з усунення вторинних деформацій обличчя і встановлення імплантата нижньої щелепи. Нашими пацієнтками стали три дівчинки з різних регіонів України.

У 7 річної жительки Одеської області в результаті хвороби синдрому Горана – Стауту була «розсмоктана» уся нижня щелепа.

У ході операції встановлено спеціальний титановий імплант нижньої щелепи. Таким чином вдалося зберегти контури обличчя, сам імплант дозволяє у подальшому проводити протезування зубів.

11 річна пацієнтка з Хмельницької області має складну вроджену хворобу, яка призвела до деформації обличчя. Дівчинка вже перенесла 9 складних операцій на м'яких тканинах. Суттєве покращення естетики було досягнуто лише після проведення ре-

конструктивної пластики, шляхом переміщення верхньої та нижньої щелеп у правильне положення та фіксації титанового імплантата в області лівої орбіти», – розповів Геннадій Коротченко.

Спільними зусиллями українських та бразильських фахівців була прооперована ще одна дівчинка з Хмельниччини.

«У 15 річної пацієнтки – наскрізне однобічне незрощення верхньої губи та піднебіння. Вона перенесла кілька операцій, проте нижня щелепа мала більший за норму розмір. Їй проведена остеотомія верхньої щелепи, зроблено переміщення верхньої щелепи відповідно до нижньої для відновлення вірного співвідношення зубних рядів обох щелеп. Зроблено також заміщення дефекту верхньої щелепи аутокісткою.

Пацієнтці були імплантовані титанові пластини, які зафіксували верхню щелепу у новому положенні», – повідомив Владислав Єфіменко.

За словами Владислава Петровича усі титанові 3D-імпланти були зроблені бразильськими колегами індивідуально, під кожен клінічний випадок. Фінансували виготовлення імплантів благодійники міжнародного Rotary Club.

«В Україні близько 10% новонароджених мають вроджену патологію кісток обличчя. Хірургічних операцій потребують також діти з іншими проблемами, серед яких пухлини, травми, різні патологічні процеси, які призводять, вподальшому, до розвитку зубощелепної деформації», – доповнив Владислав Єфіменко.

Під час проведення операцій проводилась фото та відео зйомка. Відзняті матеріали стануть своєрідним навчальним посібником для лікарів, студентів, науковців, адже це перші подібні операції не лише в історії медичних закладів Києва, а й на теренах сучасної України.

Яна КОНОВАЛОВА
Фото надано Геннадієм КОРОТЧЕНКО

В усіх школах Києва посилено контроль за здоров'ям дітей – Ганна Старостенко

З відновленням навчального процесу у загальноосвітніх навчальних закладах міська влада посилює медичний супровід у всіх школах Києва. Це дозволить не лише виявити хворобу в учнів або вчителів на ранній стадії, а й запобігти її поширенню у закладі. Про це повідомила заступник голови Київської міської державної адміністрації Ганна Старостенко під час візиту до спеціалізованої школи № 304 Святошинського району.

«Після відновлення навчально-виховного процесу ми розпочали перевірки шкіл, щоб відслідкувати, як виконуються наші приписи щодо посиленого санітарного режиму, а також медичного супроводу. На сьогодні у школах посилено контроль з боку медичних працівників, педагогічного колективу, у медпунктах наявний необхідний перелік першочергових ліків, усі класи провітрюються, а прибирання

здійснюється дезінфікуючими засобами», – запевнила вона.

Ганна Старостенко також підкреслила, що місто забезпечило наявність медичних працівників навіть у тих закладах, де відкриті вакансії.

«Ми звернулися до районних держадміністрацій з проханням делегувати медичних працівників з поліклінік або лікарень на час навчального процесу», – пояснила вона.

Під час візиту до школи заступник голови КМДА також наголосила на ефективності вчасного введення профілактичного карантину: «Саме завдяки своєчасному припиненню навчального процесу темпи захворюваності серед дітей значно сповільнилися. Сьогодні у школі, яку відвідують більше тисячі школярів, кількість відсутніх не перевищує 5% від загальної кількості».

За інформацією прес-служби КМДА

Надання онкологічної допомоги дитячому населенню – незмінний пріоритет Департаменту охорони здоров'я

Довідково: Інформація приурочена до Міжнародного дня дітей, хворих на рак – 15 лютого.

Ця дата вперше з'явилася в календарі в 2001 році за ініціативою Всесвітньої конфедерації батьків дітей, хворих на рак (ICCSRO). Сьогодні День дітей, хворих на рак, проводиться більш ніж в 40 країнах під патронатом Міжнародного товариства дитячих онкологів.

Стационарну допомогу діти міста Києва з онкопатологією отримують в дитячому відділенні Київського міського клінічного онкологічного центру, онкогематологічному відділенні УДСЛ «Охматдит», в НДІ ендокринології, НДІ нейрохірургії, частково – в дитячому відділенні Інституту онкології АМН України.

У місті Києві за 2015 рік зареєстровано 59 випадків встановленого діагнозу злоякісних новоутворень (10,2 на 100 тисяч дитячого населення). Із них діти до 14 років – 44 чоловік (8,9 на 100 тисяч дитячого населення); діти 15-17 років – 15 чоловік (17,5 на 100 тисяч дитячого населення). Захворюваність стабільна в порівнянні з 2014 роком – 62 випадків (10,8 на 100 тисяч дитячого населення). У 2013 році – 58 (10,4 на 100 тисяч дитячого населення). По Україні показник захворюваності становить 13,8 на 100 тисяч дитячого населення.

Станом на 01.01.15 року на обліку в Київському міському клінічному онкологічному центрі перебуває 458 онкохворих дітей віком до 18 років (в минулому році – 434), поширеність збільшилась і складає 79,0

на 100 тисяч дитячого населення, в 2014 році – 434 пацієнтів (75,6 на 100 тисяч дитячого населення).

В структурі онкопатології у дітей перше місце в 2015 році займають лейкомі (2,6 на 100 тисяч дитячого населення – 15 первинних хворих), друге – ЗН кісток та сполучені тканини (1,4 на 100 тисяч дитячого населення – 8 первинних хворих), третє – лімфоми (1,0 на 100 тисяч дитячого населення – 6 первинних); IV – злоякісні новоутворення головного мозку (0,9 на 100 тисяч дитячого населення – 5 первинних), злоякісні новоутворення нирки (0,7 на 100 тисяч дитячого населення – 4 первинних хворих).

Середній показник диспансеризації задовільний і складає 96% (в 2012 році – 100%).

Дітей з IV стадією онкологічного процесу в 2015 році не зареєстровано.

Охоплено спеціальним лікуванням 117 дітей із ЗН із них 49 (86,4%) дітей з вперше виявленим злоякісним новоутворенням, у 2013 році – 110 – 51 (87,9%), у 2012 році – 42 (76,1%), у 2011 році – 35 (76,1%).

Проліковано у дитячому відділенні за 2015 рік – 647 дітей, що на 36 дітей більше

ніж за аналогічний період 2014 року (611 дітей). За звітний період відмічається стабільна кількість пролікованих хворих зі злоякісними новоутвореннями (2013 рік – 74%, 2014 рік – 75,2%, 2015 – 75,2%), кількість хворих з доброякісними новоутвореннями також стабільна і становить в 2015 – 21,8%, 2014 – 20%, 22% – 2013 рік. Всього консультативно-поліклінічний кабінет дитячого онколога прийняв 2450 хворих, первинних хворих – 1340, повторних хворих – 1110, первинних хворих з онкопатологією – 59.

Медикаменти для комплексної терапії дітей з онкологічними та онкогематологічними захворюваннями частково закуповуються за кошти державного та місцевого бюджету.

Отримано у 2015 році за бюджет 2014 року 3 867 671,28 грн, отримано за перерозподілом у 2015 р. 353 168,51 грн. Фактично отримано за бюджет 2014 року 6 657 590,78 грн. (заявка на 2014 рік за програмою «Дитяча онкологія» склала 6 393 931,52 грн.). Відсоток задоволення потреби за заявою на 2014 рік з додатковою заявою склав 104%. На 01.01.2016 р. лікарських засобів за програмою «Дитяча онкологія» в грошо-

вому еквіваленті складає 1 588 502,35 грн.

Гострою проблемою залишається питання донорства. Родичі хворих дітей самостійно розшукують здорових донорів з метою отримання препаратів крові, а саме – тромбоконтрагату (термін зберігання якого становить 5-7 діб). Кількість дітей, які живуть понад 5 років у м. Києві за моменту встановлення діагнозу збільшилась і складає 208 (45,4%), за 2013 – 187 (45%), за 2012 – 185 (47%), за 2011 рік – 191 (49%), за 2010 рік – 178 (46,6%), а за 12 місяців 2009 року 158 (44,4%), по Україні – 46,9%.

Смертність дітей від злоякісних новоутворень у 2015 року стабільна і складає 2,6 на 100 тисяч дитячого населення (15 дітей), 2014 рік – 2,4 на 100 тис. дитячого населення (14 дітей); у 2012 році – 2,1 на 100 тис. дитячого населення (12 дітей); у 2011 році 3,3 на 100 тис. дитячого населення (19 дітей); у 2010 році – 1,4 на 100 тис. дитячого населення (8 дітей). В структурі смертності домінують лейкомі (1,4 на 100 тис. дитячого населення, 8 хворих).

Стабільний показник дорожньої летальності серед дітей м. Києва – 7 (11,2%).

Гострою проблемою є відсутність кафедри дитячої онкології в Національному медичному університеті ім. О.О.Богомольця та в НМАПО ім. П.Л.Шупика. Це не дає можливості студентам вивчати питання дитячої онкології, а лікарі не мають можливості підвищувати свою кваліфікацію.

Діти м. Києва з онкогематологічними захворюваннями отримують спеціальне лікування в УДСЛ «ОХМАДИТ».

Головний позаштатний дитячий онколог ДООЗ Ольга МАТЮШОК

Інформація до Всесвітнього дня боротьби з раком – 4 лютого 2016 року.

Девіз: «Ми можемо! Я можу!»

Щорічно 4 лютого ВООЗ і Міжнародне агентство з вивчення раку (IARC) за підтримки Міжнародного союзу з контролю над раком (UICC) представляють світовій громадськості шляхи полегшення глобального тягара раку для людства.

Всесвітні дні боротьби з раком у 2016-2018 роках присвячуються можливостям громади і окремо кожної людини попереджати хворобу та протидіяти

їй, зменшуючи глобальні негативні тенденції. Багато форм раку можливо попередити шляхом зниження розповсюдженості тютюнокуріння і значну частину – виликати

оперативним шляхом, за допомогою променевої та хімотерапії, особливо якщо вони виявлені на ранніх стадіях.

Україна належить до країн, де рівень онкологічної захворюваності і смертності є надзвичайно високим. У нашій державі рак є причиною 15% смертності і поступається за показниками тільки серцево-судинним захворюванням. Щороку в Україні виявляють більше 160 тис. нових випадків онкологічних захворювань, з них більше 80 тис. мають летальні наслідки. На диспансерному обліку сьогодні перебуває більше 1 млн. онкологічних хворих. В структурі захворюваності та смертності від раку у чоловічого населення перші рангові місця посідають злоякісні новоутворення легенів, шлун-

ка, передміхурової залози, колоректальний рак, у жінок – рак молочної залози, шлунка, колоректальний рак і рак яєчників.

Питома вага доброякісних форм в загальній структурі на сьогодні становить більше 90%.

Рівень первинної захворюваності на онкопатологію в столиці, в порівнянні з 2010 роком, підвищився більше, ніж на 10%, а відносно 1985 року (до аварії на ЧАЕС) – майже в півтора рази. Смертність від онкологічних захворювань займає друге місце в структурі причин смерті та складає 18%.

Надія КОГУТ

Використані матеріали Міського наукового інформаційно-аналітичного центру медичної статистики

29 лютого відзначається День рідкісних захворювань

29 лютого з нагоди міжнародного дня рідкісних захворювань у Києві пройшов II Всеукраїнський з'їзд з міжнародною участю з актуальних питань діагностики, лікування та підтримки орфанних хворих в Україні, до якого долучаються щорічно представники різних гілок влади, медичної спільноти, пацієнтських організацій, орфанних хворих, авторитетних осіб.

Організатором заходу традиційно виступила ГС «Орфанні захворювання України» за підтримки програмної ініціативи «Громадське здоров'я» Міжнародного фонду Відродження. Було підкреслено, що вперше у 2016 році фінансування лікування орфанних хворих з державного бюджету покрито на 100% за нозологіями згідно Національного плану дій з реалізації Конвенції ООН про права дитини: хвороба Гоше, первинні імунodefіцити, муковісцидоз, фенілкетонурія, гіпофізарний нанізм/нанізм різного походження, мукopolісахаридоз, ювенільний ревматоїдний артрит. Окрім того запроваджено нові бюджетні програми за напрямками: «Бульозний епідермоліз» та «Легенева артеріальна гіпертензія».

Представник МОЗ України, фахівець відділу організації медичної

допомоги дітям Лариса Терещенко нагадала, що закупівлі медикаментів для орфанних хворих передані у 2015 році на міжнародні організації. ПРООН (Програма розвитку ООН), що опікуватиметься цим напрямком, вже завершила процес закупівель і уклала договори на постачання ліків на загальну суму 364 184 доларів США.

Підтримку безперервного лікування орфанних хворих та гуманному підході до порятунку життя хворих висловили також головний позаштатний спеціаліст МОЗ України з генетики Наталя Горовенко, автор закону про рідкісні хвороби, народний депутат Верховної Ради України VII скликання, Володимир Дудка, головний позаштатний спеціаліст з орфанних захворювань Департаменту охорони здоров'я

КМДА Світлана Якимович. Як зазначила пані Якимович, протягом 2015 року Департаментом охорони здоров'я був організований оптимальний медичний супровід хворих з орфанними захворюваннями і посилений у 2016 році.

Так, в Україні протягом останніх років вдалось досягнути певного прогресу в діагностиці та лікуванні рідкісних захворювань. Велика робота проведена по опрацюванню клінічних настанов, стандартів та протоколів, затверджено перелік рідкісних (орфанних) захворювань, який включає 171 нозологію. Продовжує формуватися державний реєстр громадян, які страждають на орфанні захворювання.

У засіданні взяв участь також запрошений в Україну європейський гість – пан Хуан Фуерте (Іспанія), фахівець з громадського здоров'я



та учасник багатьох організацій з рідкісних хвороб, робочих груп по охороні здоров'я при Європейському Парламенті. Він презентував для широкого загалу Європейську модель національного плану опіки над орфанними хворими на прикладі декількох країн. Долучи-

лися до виступів також юристи, громадські активісти, пацієнти, завершився зїзд церемонією нагородження подяками почесних осіб, небайдужих до життя та лікування рідкісних хворих.

За даними прес-служби МОЗ України

Менінгококова інфекція у дітей

Менінгококова інфекція (МІ) – бактеріальна інфекція, збудником якої є *N. meningitidis*, викликає широкий спектр клінічних форм: від локального запалення слизових оболонок верхніх дихальних шляхів до тяжких уражень центральної нервової системи та сепсису.

Перший науковий опис менінгококової інфекції був зроблений у 1805 році під час спалаху цього захворювання у Женеві в Швейцарії, а сам збудник хвороби ідентифікований у 1887 році. До 20-х років минулого сторіччя летальність від цієї хвороби сягала понад 70%.

Сьогодні в світі та в Україні загальна летальність від менінгококової інфекції складає 9-16%, а при менінгококцемії сягає до 40%. Майже у 20% пацієнтів, серед тих які виживають, розвиваються довготривалі інвалідизуючі ускладнення.

МІ розповсюджена на всіх континентах, проте найбільшою захворюваністю залишається в регіонах так званого «менінгітного поясу» в Центральній Африці, де вона досягає 1000 випадків на 100 тис. населення. В той же час в країнах Європи, Америки рівень кількості випадків коливається в межах 0,3-3 на 100 тис. населення. В м. Києві захворюваність на МІ у 2015 році становила 1,21 на 100 тис. населення.

Серед 13 відомих серогруп менінгококів переважна більшість випадків захворювання в світі пов'язана з типами А, В, С, W135 та Y. В Україні домінуючими штамми останніми роками були А, В та С. Імунітет, набутий до однієї серогрупи внаслідок імунізації чи перенесеної інфекції, не захищає від інших типів *N. meningitidis*.

Збудник МІ дуже поширений в популяції. У приблизно 10% людей

ці бактерії перебувають на слизовій оболонці носу та глотки (безсимптомне носійство). При близькому або тривалому контакті під час кашлю, чханні чи поцілунку може відбуватись передача збудника сприйнятливій особі.

Після інкубаційного періоду, який триває 1-10 днів, може розвиватись клінічна картина захворювання. Вважається, що більше, ніж у половині випадків, хвороба перебігає як менінгіт, у 20% – як менінгококцемія (менінгококовий сепсис), а у інших – у вигляді змішаної форми (менінгіт з менінгококцемією).

Хвороба зазвичай починається раптово з підвищення температури до фебрильних значень, загального нездужання, зниження апетиту. Для менінгіту характерна поява загально-мозкових симптомів у вигляді головного болю, блювання, підвищеної чутливості до різних подразників (гіперестезія). При клінічному обстеженні у таких хворих визначаються позитивні менінгеальні симптоми (ригідність м'язів потилиці, Брудзинського, Керніга). Типовим симптомом менінгококцемії є геморагічна висипка на шкірі. Особливу небезпеку становить менінгококовий сепсис з швидким прогресуванням хвороби та розвитком шоку (фульмінантна форма менінгококцемії). В таких випадках протягом лічених годин стан хворого може прогресувати до край важкого, навіть причасному наданні адекватної допомоги, прогноз в більшості випадків є несприятливим.

Найефективнішим засобом профілактики МІ вважається вакцинація. На сьогоднішній день успішно використовуються вакцини проти найбільш поширених серотипів А, С, W135, Y та нещодав-

но зареєстрована – проти серотипу В. В Україні вакцинація проти МІ показана пацієнтам з аспленією, серпоподібно-клітинною анемією, з порушеннями системи комплементу, пропердину, фактору В, а також може бути рекомендована іншим категоріям дітей.

Встановлений діагноз або підозра на менінгококову інфекцію вимагає негайної госпіталізації. В м. Києві основну стаціонарну допомогу дітям з МІ надає Київська міська дитяча клінічна інфекційна лікарня (КМДКІЛ).

Більшу частину хворих складають діти перших трьох років життя. Найменший пацієнт був госпіталізований у віці 6 днів після народження. Майже 60% випадків МІ спостерігалось протягом зимових місяців року. У 47% спостерігалась ізольована менінгококцемія, у 41% – комбінована форма менінгококцемії з менінгітом, та у 12% – гнійний менінгіт. Протягом останніх років відмічено переважання в структурі серотипу С. У 76% хворих відмічався ускладнений перебіг МІ. Серед ускладнень спостерігались: інфекційно-токсичний шок – у 41% хворих, набряк головного мозку – 47%, синдром поліорганної недостатності – 24%, ДВЗ-синдром – 24%, герпетичні ураження на губах – 12%, пневмонія – 6%, артрит – 6%, міокардіодистрофія – 6%. Летальність останніми роками коливалась від 0 до 24%. У всіх пацієнтів з несприятливим перебігом захворювання спостерігався розвиток поліорганної недостатності, який включав тяжку серцево-судинну, дихальну, наднирникову (синдром Уотерхаузена-Фридеріксена), ниркову недостатність, ДВЗ-синдром, набряк головного мозку.

У всіх хворих захворювання починалось гостро з підвищення

температури та ознак інтоксикації. У більшості (76,5%) дітей вже на початку захворювання температура підвищувалась до фебрильних цифр, у 23,5% температура була субфебрильною. У всіх пацієнтів з менінгококцемією на шкірі виявлявся геморагічний висип, а у всіх хворих з несприятливим перебігом – з чіткими зонами некрозу. Висип переважно з'являвся в термін від 6 до 12 годин від початку захворювання. У більшості випадків геморагічним елементам за 4-6 годин передувала плямисто-папульозна висипка.

Більша частина хворих (71%) потребувала лікування в умовах відділення інтенсивної терапії.

Раптовий початок хвороби та, часто, відсутність характерних ознак на початковому етапі а також недостатня настороженість лікарів призводять до значної кількості діагностичних помилок. Так, за нашими даними, діагноз МІ був запідозрений чи встановлений на догоспітальному ета-

пі лише у 47% випадках. У інших хворих встановлювались такі попередні діагнози, як «ГРВІ», «алергічна висипка», «інфекційна екзантема», «ацетонемічний синдром». На догоспітальному етапі антибактеріальну терапію отримали тільки 53% хворих, лише у 27% випадках проводилась внутрішньовенна інфузія до госпіталізації у профільне відділення. Адекватне за шляхом та дозою введення кортикостероїдів проводилось у 12% пацієнтів.

Лікарям слід мати настороженість щодо менінгококової інфекції у випадках раптового початку фебрильного захворювання у дитини, а також інформувати батьків про важливі симптоми цього захворювання, оскільки саме негайне звернення за допомогою та адекватне лікування дозволяють запобігти несприятливому розвитку хвороби.

Віталій ЄВТУШЕНКО,
головний позаштатний
дитячий інфекціоніст ДОЗ

ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВИКОНАВЧОГО ОРГАНУ КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ (Київської міської державної адміністрації) оголошує конкурс на заміщення вакантної посади у Департаменті охорони здоров'я:

- Заступник начальника управління внутрішнього фінансового аудиту та контролю якості медичної допомоги – начальник відділу внутрішнього фінансового аудиту – 1.
- Головний спеціаліст відділу контролю якості медичної допомоги управління внутрішнього фінансового аудиту та контролю якості медичної допомоги (тимчасово вакантна на період відпустки основного працівника для догляду за дитиною) – 1.
- Завідувач сектору мобілізаційної роботи – 1.
- Головний спеціаліст-юрисконсульт сектору правового забезпечення – 1.
- Заступник начальника відділу організаційної роботи та документального забезпечення – 1.
- Головний спеціаліст відділу організаційної роботи та документального забезпечення – 1.
- Головний спеціаліст відділу з організації спеціалізованої медичної допомоги управління з організації медичної допомоги (тимчасово вакантна на період відпустки основного працівника для догляду за дитиною) – 1.
- Заступник начальника відділу з організації первинної медичної допомоги та санаторного лікування управління з організації медичної допомоги – 1.
- Головний спеціаліст відділу з організації первинної медичної допомоги та санаторного лікування управління з організації медичної допомоги – 1.
- Головний спеціаліст відділу з організації акушерсько-гінекологічної допомоги управління з організації медичної допомоги (тимчасово вакантна на період відпустки основного працівника для догляду за дитиною) – 1.
- Головний спеціаліст відділу розгляду звернень громадян з питань надання медичної допомоги управління з організації медичної допомоги – 1.

Кандидати мають відповідати наступним вимогам:

1. вища освіта відповідного професійного спрямування;
2. громадянство України;
3. досвід роботи за фахом на державній службі не менше як 3 роки, в інших сферах економіки 5-7 років;
4. володіння державною мовою;
5. мати необхідні професійні та ділові якості;
6. навички роботи на ПК.

Під час проведення конкурсу здійснюється перевірка рівня знань кандидатами законодавства України у формі іспиту, відповідності фахової підготовки.

Особи, які виявили бажання взяти участь у конкурсі, повинні звернутися із заявами до відділу кадрів Департаменту охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації).

До заяви додаються такі документи:

- заява на участь у конкурсі;
- особова картка (форма П-2ДС);
- копія диплому;
- копія паспорта;
- копія військового квитка;
- декларація про майно, доходи, витрати і зобов'язання фінансового характеру (щодо себе та членів своєї сім'ї);
- 2 фотокартки 4x6 см.

Документи приймаються протягом 30 календарних днів з дня опублікування оголошення за адресою: м. Київ, вул. Прорізна, 19, к. 5, тел.: 284-08-68

Департамент охорони здоров'я збільшує підтримку пацієнтів з орфаними захворюваннями

Орфанні захворювання – рідкісні вроджені чи набуті захворювання, частота яких не перевищує п'яти випадків на 10 тис. осіб, хронічно прогресують, погіршують якість життя людини та призводять до його скорочення чи інвалідизації.

Для України адекватним є визначення чисельності: 1 до 2000, як прийнято в ЄС з 1999 року.

Перелік орфанних захворювань затверджено наказом МОЗ України № 778, від 27.10.2014 року.

1 січня 2015 набули чинності зміни до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», запроваджені Законом України від 15.04.2014 року № 1213-VII. Зокрема, було додано статтю 53-1 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», відповідно до частини другої якої хворі на рідкісні (орфанні) захворювання, безперерійно та безоплатно забезпечуються необхідними для лікування цих захворювань лікарськими засобами та відпо-

відними харчовими продуктами для спеціального дієтичного споживання відповідно до їх переліку та обсягів, затверджених МОЗ України, у порядку, встановленому КМУ.

15 квітня 2015 року вступила в силу Постанова КМУ №160 від 31 березня 2015 року, якою затверджено Порядок забезпечення громадян, які страждають на рідкісні (орфанні) захворювання, лікарськими засобами та відповідними харчовими продуктами для спеціального дієтичного споживання.

У 2015 році в м. Києві розпочато роботу направлену на оптимізацію надання медичної допомоги пацієнтам з орфаними захворюваннями.

■ Проведено аналіз кількості пацієнтів з орфаними захворюваннями за 113 нозологіями в розрізі районів міста.

■ В Олександрівській лікарні організовано консультування та централізоване забезпечення сумішами лікувального харчування пацієнтів з фенілкетонуриєю віком старше 18 років.

■ До міської цільової програми «Здоров'я киян» внесено зміни та збільшено фінансування заходів з медичної допомоги хворим з орфаними захворюваннями. Так у 2016 році передбачено виділення 199,2 млн грн за цією програмою та ще 97,5 млн грн за рахунок МОЗ України.

■ Проводиться робота по створенню у складі КМДКІЛ №1 міського дитячого центру орфанних захворювань, який буде надавати як консультативну так і стаціонарну допомогу.

■ Вивчається доцільність організації центру орфанних захворювань для пацієнтів старше 18 років.

■ У 2016 році буде проведено цикл лекцій з питань особливостей діагностики та надання медичної допомоги хворим з орфаними захворюваннями для лікарів первинної ланки надання медичної допомоги.

Головний позаштатний спеціаліст ДОЗ з орфанних захворювань
Світлана ЯКИМОВИЧ

Введення прикорму при годуванні дітей першого року життя

КОЛИ ВВОДИТИ ПРИКОРМ?

Додаткова потреба в енергії і харчових речовинах виникає у немовлят між четвертим та шостим місяцями життя. Угамування голоду і підтримка зростання потребує введення прикорму, так як кількість та склад молока, яке засвоюється у шестимісячному віці при виключно грудному вигодовуванні не покриває потреб в енергії, білку, залізі, цинку і деяких жиророзчинних вітамінах.

Вік шість місяців є оптимальним відповідно публікаціям ВООЗ та Канадської асоціації педіатрів, які налягають на виключно грудному вигодовуванні дітей молодше шести місяців. Американська академія педіатрії рекомендує відтермінувати введення прикорму пізніше чотирьох місяців життя та віддати перевагу виключно грудному вигодовуванню до того дня, коли дитині виповниться шість місяців.

Європейське товариство педіатричної гастроентерології, гепатології і харчування рекомендує введення прикорму після 17-го тижня життя, але до 26-го тижня. В нашій країні, згідно Наказу МОЗ України №149 від 20.02.2008 р. «Про затвердження Клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3-х років» рекомендується виключно грудне вигодовування до шестимісячного віку і в цьому ж віці «обов'язкове введення адекватного прикорму».

Отже, вік шість місяців є загальноприйнятним терміном, коли на додаток до грудного молока дитині починають пропонувати продукти прикорму. Окрім віку, доцільно також орієнтуватись на певні ознаки розвитку дитини, починаючи із спроможності сидіти з опором та без нього і здатності добре тримати шию та голівку. Матері добре орієнтуються у наявності таких ознак, які, в свою чергу, є запорукою інших навичок, що забезпечують вживання твердої їжі.

ЯКІ ПРОДУКТИ ПРИКОРМУ СЛІД ВВОДИТИ, ПОРЯДОК ВВЕДЕННЯ І КІЛЬКІСТЬ?

Прикорм слід давати дітям, продовжуючи грудне вигодовування для забезпечення поступлення всього спектру необхідних харчових речовин. Введення прикорму не повинно бути приводом для відмови від грудного вигодовування, яке слід продовжувати якомога довше. Якщо дитина все ж таки знаходиться на штучному вигодовуванні, то прикорм комбінується із сумішами для немовлят. Після введення продуктів прикорму немовля у середньому має споживати близько 900 мл грудного молока або суміші на день.

З початку повинні вводиться продукти прикорму, які мають лише один харчовий інгредієнт. Розпочинати доцільно із злаків (каші) та м'ясного пюре, оскільки вони містять залізо та цинк – мінерали, в яких зростає потреба дитини.

Як тільки злаки та м'ясне пюре будуть добре сприйматись, слід додати фруктове і овочеve пюре. Важливо, щоб дитина споживала щодня один раз овочі і один раз фрукти, починаючи з восьми місяців для запобігання звички їх регулярного вживання у подальшому житті.

Щонайменше одне годування на день повинно містити продукти із високим вмістом вітаміну С (овочі, фрукти, фруктові соки) для забезпечення оптимального засвоєння заліза.

Не слід додавати до продуктів прикорму цукор або сіль. Їх присутність не покращує сприйняття їжі немовлям. З іншого боку, утримання від додавання солі та цукру сприяє адекватному розвитку відношення до солоного та солодкого смаку у подальшому житті.

Надмірне споживання висококалорійних продуктів прикорму може призводити до зайвого набору ваги немовлям і негативних наслідків для здоров'я у майбутньому.

ЗЛАКИ

Каші для немовлят, які містять один вид злаків, є хорошим вибором для прикорму, оскільки поставляють додаткову енергію та залізо. Традиційно, першими вводяться рисові каші, завдяки низькій алергенності. Водночас, затримка введення пшеничних злаків пізніше шостого місяця життя не є обґрунтованою. Докази того, що це може запобігти алергії на пшеничні злаки, непереконливі.

Каші для немовлят можуть бути приготовані із додаванням грудного молока, сумішей або води. З початку каша пропонується у маленькій кількості (1 чайна ложка) у кінці годування груддю. Поступово кількість каші збільшують – до 4 чайних ложок у вісім місяців та до 100-120 г на день у дванадцять місяців.

Годувати немовля кашею слід з ложки. Такий спосіб прискорює розвиток моторної функції і сприяє ранньому початку мовлення.

Не слід годувати дитину кашею з пляшки, тому що це затримує розвиток навички їсти з ложки, може спричинювати надмірне споживання калорій внаслідок порушення адекватності сигналів голоду і спраги.

ПРОДУКТИ ПРИКОРМУ У ВИГЛЯДІ ПЮРЕ

Різноманітні пюре можуть пропонуватись дитині для забезпечення збалансованого харчування. З початку рекомендують вводити пюре, в якому міститься один інгредієнт (один вид м'яса, овочів або фруктів).

Пюре з м'яса разом із кашами є оптимальним вибором на початку введення прикорму.

Батьки дитини можуть надавати перевагу домашньому приготуванню пюре для прикорму із багатьох причин – його свіжість, краща різноманітність, вартість, відсутність консервантів тощо.

Слід уникати годування немовлят молодше шести місяців пюре, які приготовлені з шинату, буряку, бобових, моркви та баклажанів. Такі пюре можуть містити достатньо велику кількість нітратів, тому їх споживання може бути небезпечним.

Батьки повинні уважно читати маркування харчових продуктів і намагатись купувати такі, що не містять доданої солі. Не можна використовувати консервовані продукти для домашнього приготування пюре, так як вони можуть вміщувати значну кількість доданої солі та цукру. Дитина у віці до 6 місяців не повинна вживати більше 0,3 г солі на день, а у віці 7-12 місяців – не більше 0,9 г.

ЗБЕРІГАННЯ ПЮРЕ ДЛЯ ГОДУВАННЯ НЕМОВЛЯТ

Необхідно відноситись до зберігання пюре з максимальною обережністю для запобігання псування дитячої їжі. Продукти для немовлят, після відкриття упаковки, можуть зберігатись у холодильнику максимум 48 годин, після чого їх слід викинути. Готові пюре промислового виробництва слід давати дитині з тарілки, а не з банки. Залишок пюре у тарілці слід викинути.

ФРУКТОВІ СОКИ

Фруктовий сік можна починати пропонувати дитині, коли вона зможе пити з чашки – тобто приблизно у шестимісячному віці. Раніше сік не надає жодних харчових переваг. Помірна кількість 100% соку (120 мл – 180 мл) після досягнення 6 місяців може бути частиною здорового харчування.

Сік містить вітамін С і може сприяти кращому засвоєнню заліза. Сік, який не містить сорбітолу та має низьке співвідношення фруктози до глюкози (наприклад, з білого винограду) може краще переноситись немовлятами. Навпаки, вміст сорбітолу (сливовий сік) або високе співвідношення фруктози/глюкози (коли фруктози у соці в два рази більше), таке як в яблучному і персиковому соці може спричинювати їх гіршу переносимість.

Доцільно дотримуватись наступних рекомендацій щодо споживання фруктових соків немовлятами:

- Сік слід пропонувати з чашки.
- Його денна кількість не повинна перебільшувати 120-180 мл.
- Фруктовий сік повинен бути частиною прийому їжі або перекусу, дитина не має пити його постійно протягом дня, слід уникати соків перед сном або у ліжку.

■ Надмірне споживання соку може спричинювати негативні наслідки: надмірну або навіть недостатню вагу, послаблення стільця, надмірне утворення газів, здуття живота, карієс.

■ Сік для споживання немовлятами повинен бути виключно пастерізованим, непастерізовані соки, включаючи фреш, можуть містити патогенні мікроорганізми.



СКІЛЬКИ ПРИКОРМУ СЛІД ДАВАТИ ДИТИНІ?

Надмірне годування призводить до зайвого набору ваги протягом першого року життя, що зумовлює значні проблеми із здоров'ям у подальшому житті. Слід припинити годувати дитину, коли вона демонструє, що наїлась – відхилення назад або відвертання від їжі. Не слід перегодувати дитину перед сном, сподіваючись, що вона буде краще спати. Така тактика не має успіху в забезпеченні тривалого сну і може провокувати проблеми з регуляцією адекватного споживання їжі.

ЯК РУХАТИСЬ ДАЛІ?

Складність і щільність їжі для прикорму повинна збільшуватись паралельно нейро-моторному розвитку дитини. Комбіновані страви повинні пропонуватись після переконання у доброму сприйнятті окремих їх компонентів.

Пюре слід починати з одного інгредієнту і чекати три-п'ять днів до введення іншого. Це необхідно для виявлення непереносимості окремих продуктів немовлям. Розумним підходом є введення спочатку каші і м'ясного пюре. Наступними у черзі можуть бути фрукти і овочі. Ціллю є забезпечення різноманіття продуктів, смаків і текстур страв, які будуть забезпечувати дитину енергією та усіма необхідними харчовими речовинами до кінця першого року життя.

Прийняття немовлям нових продуктів і страв покращується при повторному пропонуванні. До 15 спроб може знадобитись, щоб продукт був адекватно сприйнятий. Грудне вигодовування покращує сприйняття продуктів прикорму.

Комбіновані пюре, які одночасно містять м'ясо, овочі, злаки, або фрукти і злаки, слід пропонувати дитині тільки після переконання у сприйнятті окремих інгредієнтів.

Після того як дитина демонструє належну переносимість рідкого пюре, починає сидіти без опори, намагається схопити їжу руками, можна починати пропонувати їй/йому більш щільне пюре.

Приблизно у восьмимісячному віці немовля може їсти щільне пюре, має достатньо розвинути навички для пережовування і проковтування страв із грудками, а також їсти більші порції. Приготовлені у блендері страви можуть містити невеличкі шматочки м'яса, овочів, макаронів. Поступове збільшення

щільності страв є важливим у розвитку здатності жувати і ковтати їжу різної текстури.

ЇЖА, ЯКУ ДІТИ ІДЯТЬ РУКАМИ

У віці між 8 та 10 місяців дитина починає набувати навичок самостійного вживання їжі руками. Такі навички включають здатність сидіти без опору, координувати зір та рух необхідні для захоплення, маніпулювання та вивільнення їжі, здатність жувати (навіть за відсутності зубів) та ковтати. До дванадцяти місяців такі навички значно вдосконалюються і дитина може вільно їсти за допомогою рук.

Дрібно порізані, м'які продукти (маленькі шматочки м'яких фруктів, овочів, сиру, макаронів тощо) та продукти, які швидко розчиняються (дитяче печиво) можуть пропонуватись у якості їжі для вживання за допомогою рук.

Необхідно уникати продуктів, які можуть потрапити у дихальні шляхи та здатні спричинити асфіксію – сосиски та інші тверді м'ясні продукти, горіхи (особливо арахіс), виноград, ізюм, сира морква, попкорн, круглі цукерки.

САМОСТІЙНЕ ВЖИВАННЯ ЇЖИ

До 9-12 місячного віку нейро-руховий розвиток дозволяє дитині їсти самостійно, пити з чашки за допомогою двох рук. Дитина вже може вживати їжу приготувану для інших членів сім'ї якщо її адекватно подрібнити. Тим не менш, комбінація годування та самостійного вживання їжі необхідна для забезпечення потреб дитини в енергії та харчових речовинах протягом процесу еволюції рухових навичок.

УМОВИ ДЛЯ ГОДУВАННЯ ДИТИНИ

Розвиток здорових харчових звичок у дитини потребує забезпечення здорового середовища та відносин у сім'ї. Оптиміальна взаємодія під час годування передбачає:

- Своєчасне та адекватне реагування на ознаки голоду/насичення.
- Адаптація до еволюції рухової здатності дитини.
- Сприяння прагненню дитини для самостійного вживання їжі.

ЯКИМИ ПРОДУКТАМИ НЕ СЛІД ГОДУВАТИ НЕМОВЛЯТ?

Батьки не повинні давати дітям першого року життя певні харчові продукти. До них відносяться тверді продукти округлої форми (наприклад, горіхи, виноград, сира

Продовження на стор. 7

Початок на стор. 6

морква та круглі цукерки), які можуть спричинити шок у дитини. Також не можна годувати немовля медом, тому що у ньому можуть знаходитись спори збудника ботулізму. Ці спори можуть викликати захворювання у дитини через незавершене формування композиції кишкової мікрофлори.

Відтермінування введення продуктів, які відносяться до високоалергенних (яйця, риба, горіхи) та можуть спричинити харчову алергію у дітей з високим її ризиком (наприклад, якщо прямі родичі дитини страждають на таку алергію) розглядається як спосіб зменшення ймовірності алергічних захворювань. Однак, компетентні професійні організації (зокрема, Американська академія педіатрії та Європейське товариство педіатричної гастроентерології, гепатології і харчування) вказують на відсутність переконливих доказів ефективності такого підходу.

НАПОЇ, ЯКИХ СЛІД УНИКАТИ

Певні напої не повинні пропонуватись дитині протягом першого року її життя:

■ Коров'яче молоко

Комітет по харчуванню Американської академії педіатрії рекомендує уникати споживання дітьми першого року життя цільного коров'ячого молока у зв'язку із збільшенням ризику дефіциту заліза та навантаженням на сечовидільну систему.

Європейське товариство педіатричної гастроентерології, гепатології і харчування не рекомендує вживати коров'яче молоко у вигляді самостійного напою; його невеликі кількості можуть додаватись до продуктів прикорму.

■ Козине молоко

Не має переваг за вмістом харчових речовин у порівнянні з коров'ячим. Напроти, вміст фолату (вітаміну В9) у коров'ячому молоці у дванадцять разів вищий. Також суттєво менша кількість вітаміну В12 присутня у козиному молоці. При наявності алергії на коров'яче молоко, існує висока вірогідність подібної реакції і на козине молоко, оскільки білки цих двох видів молока досить подібні.

■ Молоко рослинного походження.

Рослинне молоко (рисове, мигдальне, кокосове, соєве) не повинно споживатись протягом пер-

шого року життя дитини, оскільки не задовольняють потреб малюка у харчових речовинах. Водночас, для немовлят, які не можуть вживати адаптовані суміші і не повинні вживати коров'ячого молока, рослинне молоко може бути єдиною прийнятною альтернативою. Для таких немовлят необхідна консультація дієтолога з метою компенсації можливого дефіциту певних харчових речовин.

■ Солодкі напої

Споживання солодких напоїв (газованих, чаю, кави, фруктових напоїв) повинно бути виключене. Результати досліджень демонструють, що вживання напоїв з цукром або фруктозою призводить до збільшення ризику ожиріння і карієсу.

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІТАМІНАМИ І МІНЕРАЛАМИ

■ Залізо

Мінімальна щоденна потреба у залізі для доношених немовлят становить 1 мг/кг маси тіла. У недоношених немовлят та при низькій вазі при народженні вона зростає до 2-4 мг/кг.

При досягненні дитиною, яка знаходиться на виключно грудному вигодовуванні, чотиримісяч-

ного віку потреби у залізі вже не перекриваються його присутністю у грудному молоці. Тому необхідно залучати інші джерела заліза – м'ясне пюре, збагачені залізом каші. Двох порцій каші для дитячого харчування, збагачених залізом або однієї порції м'ясного пюре достатньо для забезпечення денної потреби у цьому елементі.

ШТУЧНЕ ВИГОДОВУВАННЯ

Діти, які отримують збагачені залізом суміші (12 мг елементарного заліза на літр суміші) не потребують додаткових джерел заліза.

НЕДОНОШЕНІ АБО ДІТИ З НИЗЬКОЮ ВАГОЮ ПРИ НАРОДЖЕННІ

Запаси заліза в організмі таких дітей лишаються недостатніми протягом перших двох – трьох місяців життя. Недоношеним дітям необхідно забезпечити поступлення 2 мг/кг заліза щодня протягом першого року життя.

■ Фтор

Багато забезпечувати дитину додатковими джерелами фтору, починаючи з шестимісячного віку. Це стосується немовлят, які знаходяться на грудному і штучному вигодовуванні.

Коли у дитини вже з'явилися зуби, можна рекомендувати їх покриття фтором під час візиту до стоматолога.

■ Вітамін D

Додатковий прийом вітаміну D рекомендований усім немовлятам, які знаходяться на грудному і штучному вигодовуванні. Доза і тривалість прийому цього вітаміну повинна відповідати рекомендаціям Вашого педіатра або сімейного лікаря.

■ Вітамін В12

Додаткові джерела вітаміну В12 абсолютно необхідні немовлятам, які знаходяться на виключно грудному вигодовуванні якщо матері є суворими вегетаріанками. Дефіцит вітаміну В12 у таких малюків може спричинювати серйозні та незворотні наслідки у нервовій системі дитини. Вітаміном В12 збагачують злакові страви, соєві напої та харчові дріжджі. Слід обов'язково порадитись із Вашим лікарем щодо необхідності прийому вітаміну В12 із збагаченими продуктами або дієтичними домішками.

Олег ШВЕЦЬ

Головний спеціаліст МОЗ
України з дієтології

Вперше опубліковано на сайті
Асоціації дієтологів України – uda.in.ua

Вітаміни і їхня недостатність

Навесні важливо звернути увагу на нестачу вітамінів в організмі людини. Усі знають про те, наскільки важливо, щоб вітаміни надходили в організм у достатній кількості. Насамперед, ви повинні знати, що вітамінна недостатність – це патологічний стан, обумовлений недостатньою кількістю в організмі вітаміну або комплексу вітамінів. Це може бути зумовлено трьома причинами – недостатнім надходженням вітамінів з їжею, недостатнім їх засвоєнням організмом, або підвищеним обміном речовин у людини (вагітність, фізичне або психічне навантаження тощо). Розрізняють три стадії вітамінної недостатності. Перша – прегіповітаміноз або субнормальна забезпеченість вітамінами. Інакше кажучи, дефіцит вітамінів на цій стадії підтверджується тільки лабораторними методами. Друга – гіповітаміноз, коли є наявною специфічна клінічна картина недостатності того або іншого вітаміну. Третя – авітаміноз, крайня ступень вітамінної недостатності.

Звичайно, в економічно розвинених країнах авітамінози зустрічаються рідко. Але гіповітамінози зустрічаються досить часто, у першу чергу в дітей, осіб літнього віку, вагітних. Якщо у вашій родині є вище перераховані особи, то ви повинні особливо уважно ставитися саме до них. Для чоловіків, що займаються спортом, що виконують важку фізичну роботу або страждають захворюваннями шлунково-кишкового тракту, також характерний гіповітаміноз. Ви повинні пам'ятати, що інтенсивне фізичне навантаження, особливі кліматичні умови, інфекційні захворювання, інтоксикації, захворювання внутрішніх органів й ендокринних залоз, підвищують

потребу організму у вітамінах. При перших ознаках гіповітамінозу відразу ж звертайтеся до лікаря!

Всі вітаміни діляться на: жиророзчинні – А, D, E, K та водорозчинні – С, Р, В1, В2, В6, РР, В12, фолієва кислота, пантотенова кислота, біотин. В окрему групу виділяють вітамоноподібні сполуки.

НЕДОСТАТНІСТЬ ВІТАМІНУ А

Спостерігається сухість у порожнині рота й носа, сухість шкіри, її шелушення, підвищене випадання волосся. Погіршується сутінковий зір – «куряча сліпота». Одночасно можливий біль в очах при яскравому висвітленні й сухість кон'юнктиви із втратою властивого їй блиску. Характерна похилість до захворювань дихальних шляхів і кишечника. Добова потреба здорової людини у вітаміні А становить 1,5 мг (5000МЕ). Вітамін А надходить в організм із їжею як у чистому виді, так й у вигляді провітамінів – каротиноїдов. Основні джерела ретинолу – тваринні жири, м'ясо, риба, яйця, молоко, молочні продукти. Ретинолу утримується в полівітаміних препаратах – ундевित, аэровит, гендевит, декамеvit. Для профілактики гіповітамінозу А треба правильно, раціонально харчуватися й курсами приймати препарати ретинолу, добова доза 5000МЕ, протягом 2-3 тижнів. До й після проведеного профілактичного курсу доцільно визначити зміст у сироватці крові ретинолу або каротину.

НЕДОСТАТНІСТЬ ВІТАМІНУ В1

Характерні погіршення апетиту, нудота, схильність до запорів, парестезії в ногах, біль в литках при ходьбі, погіршення сну, дратівливість, плаксивість, зниження фізичної й психічної працездатнос-

ті. При крайньому ступені авітамінозу тіаміну розвивається хвороба з екзотичною назвою – бери-бери. Вона більше поширена в країнах Східної й Південно-Східної Азії. Для нашої країни більше характерний гіповітаміноз, що, в основному, спостерігається в людей, що страждають захворюваннями шлунково-кишкового тракту, хронічним алкоголізмом, ендокринними захворюваннями. Добова потреба – 1,4-2,4 мг. Основні джерела – зернові й бобові культури, печінка, бруньки, нежирна свинина. Ви повинні пам'ятати, що недостатність тіаміну часто сполучається з дефіцитом інших вітамінів групи В.

НЕДОСТАТНІСТЬ ВІТАМІНУ В2

В основному пошкоджуються слизові оболонки рота, очей, шкіра. Рання ознака – так називана «заїди» у куточках рота. Слизова оболонка губ припухає, на ній з'являються тріщини, облямівка губ стає червоною. Може з'явитися печіння в язиці, його почервоніння, язик здобуває характер «полірованого». Нерідко дефіцит вітаміну В2 супроводжує такі хвороби, як вірусний гепатит, цироз печінки, алкоголізм, деякі захворювання кишечника й хвороби ендокринної системи. Добова потреба – 1,9-3 мг. Основні джерела – зернові й бобові культури, печінка, бруньки, м'ясо, молочні продукти, яйця. Профілактика – раціональна дієта, збагачена вітаміном В2. Також із профілактичною метою проводять курси рибофлавіну по 5-10 мг протягом 2-3 тижнів.

НЕДОСТАТНІСТЬ НІКОТИНОВОЇ КИСЛОТИ АБО ВІТАМІНУ РР АБО В3

Захворювання, викликане дефіцитом цього вітаміну, називається пелагра. Вона, в основному, спосте-

рігається в деяких країнах Азії й Африки, де люди харчуються переважно кукурудзою. У нашій країні найбільш характерні гіповітамінози, що спостерігаються при захворюваннях органів травлення, невриттах, отруєннях свинцем і т.д. У неважких випадках гіповітаміноз вітаміну РР протікає з помірною слабкістю, погіршенням апетиту, великим схудненням, нестійким стільцем і появою еритеми на особі й кистях рук. Навесні під впливом сонячного опромінення звичайно спостерігається загострення хвороби, особливо її шкірних проявів. Добова потреба – 20-25 мг. Основні джерела – яловичина, печінка, бруньки, риба – лосось, оселедець, зернові продукти. Основа профілактики – раціональне харчування.

НЕДОСТАТНІСТЬ ВІТАМІНУ В6

Більшість випадків гіповітамінозу в дорослих – вторинні, тобто, спостерігаються при алкоголізмі, поліневриті, паркінсонізмі, епілепсії, себорейному дерматиті, анеміях, ревматизмі, хронічному гепатиті й ін. Симптоми практично ті ж, що й при недостатності вітаміну В2. Добова потреба – 1,5-2,8 мг. Основні джерела ті ж, що й для вітаміну В2.

НЕДОСТАТНІСТЬ АСКОРБІНОВОЇ КИСЛОТИ АБО ВІТАМІНУ С

Важкий дефіцит приводить до розвитку цинги. Гіповітаміноз С залишається найбільш частою й найбільш значимою формою вітамінної недостатності для дорослих. Він може розвиватися як при недостатньому надходженні вітаміну з їжею, так і при алкоголізмі, прийомі ацетилсаліцилової кислоти, підвищеному фізичному навантаженню й ін. Симптоматика гіповітамінозу бідна – помірна слабкість, швидка стомлюваність, погіршення апетиту, ломота в м'язах ніг, схильність до кровотеч із ясен, іноді спостеріга-

ється сухість шкіри. Добова потреба – 55-100мг. Основні джерела – перець, зелена цибуля, томати, капуста, особливо, брюссельська, салат, чорна й червона смородина, шипшина, картопля, цитрусові. При гіповітамінозі показані повноцінне збалансоване харчування, багате вітамінами, і препарати аскорбінової кислоти. З метою профілактики застосовують аскорбінову кислоту в таблетках і драже по 0,05-0,1 г/доб., настій шипшини, лимони. Широко використовують полівітамініні препарати – гексавіт, ундевیت.

НЕДОСТАТНІСТЬ ВІТАМІНУ В12

Зустрічається в різних країнах, звичайно в осіб середнього й літнього віку. Відзначено частіше цієї хвороби в людей, що не вживають у їжу м'ясних і молочних продуктів, наприклад, дуже строгих вегетаріанців. Частіше недостатність вітаміну В12 носить ендогенний характер, тобто, пов'язана з патологією шлунково-кишкового тракту. Недостатність вітаміну проявляється поразкою кровотворної тканини, у вигляді анемії, травної й нервової систем. Першими ознаками можуть бути: погіршення апетиту, нестійкий стілець, блідість шкіри й слизових оболонок, відчуття легкого печіння в язиці, почервоніння його кінчика. Особливо уважними, у плані дефіциту вітаміну В12, повинні бути люди, які перенесли операції на шлунку, кишковоки, при важких захворюваннях кишковоки. Добова потреба – 3мг. У найбільшій кількості вітамін утримується в печінці риб і рогагої худоби, нирках, значно менше його в м'ясі, яйцях, молоці, сої. Профілактика забезпечується раціональним харчуванням, що включає м'ясні й рибні продукти. Вегетаріанцям корисне включення в раціон молока й сої.

Лікар-санолог Київського
міського центру здоров'я
Наталія САМІЙЛЕНКО

Схема-символ здорового харчування «Моя тарілка»

Міністерство сільського господарства США (United States Department of Agriculture, USDA) в 2011 році розробило нову схему-символ здорового харчування «Моя Тарілка» (MyPlate).

«Моя Тарілка» – це знак нового покоління, створений як підказка і нагадування про те, що під час кожного прийому їжі необхідно усвідомлено і правильно заповнювати свою тарілку корисними продуктами харчування. Схема підкреслює значення таких груп продуктів як фрукти, овочі, зернові, білки і молочні продукти.

Вам необхідно поділити візуально тарілку на чотири частини. Заповнення тарілки відбувається таким чином, щоб кожна частину вашої тарілки займала певна група продуктів: білкові страви, зернові, фрукти та овочі.

Деякі незвично виглядає рекомендація разом з основним прийомом їжі вживати фрукти, але ви можете з'їсти їх у вигляді десерту або як окремий прийом їжі, не обов'язково поміщати їх в тарілку, головне не забувати про їх споживання в достатній кількості.

На додаток до цього рекомендується вживати нежирне молоко або кисломолочну продукцію, наприклад, кефір або натуральний йогурт.

Ось і всі правила, все просто! Якщо хочете більше порад, як зробити ваше харчування більш здоровим, запам'ятайте наступне:

НАСОЛОДЖУЙТЕСЬ ІЖЕЮ, АЛЕ НЕ ПЕРЕЇДАЙТЕ

Не поспішайте під час їжі, щоб повноцінно насолоджуватися їжею. Коли ви їсте занадто швидко або відволікаєтесь під час їжі, це може привести до вживання занадто великої кількості калорій.

Звертайте увагу на сигнали про голод і ситість до, під час і після їжі. Використовуйте їх, щоб визначити, коли слід приймати їжу, і коли ви вже з'їли достатньо.

УНИКАЙТЕ ЗАНАДТО ВЕЛИКИХ ПОРЦІЙ

Використовуйте менші за розміром тарілки, миски і склянки. Відміряйте порції продуктів перед їжею. Харчуйтеся в кафе або ресторани, обирайте меншу порцію, діліться блюдом з іншими або забирайте додому частину їжі.

Для початку спробуйте використовувати порції розміром з ваш кулак або трохи менше, далі орієнтуйтеся на відчуття голоду і підберіть відповідний саме вам розмір порцій для вашої «тарілки».

ПРОДУКТИ, ЯКІ СЛІД ЇСТИ ЧАСТІШЕ

Їжте більше овочів, фруктів, продуктів з цільних зерен, нежирне молоко та молочні продукти. Ці продукти містять поживні речовини, необхідні для здоров'я – в тому числі, калій, кальцій, вітамін D і клітковину. Вони повинні складати основу страв і закусок.

Половина вашої тарілки повинна містити фрукти і овочі

Вибирайте для своїх страв червоні, помаранчеві та темно-зелені овочі – такі як помідори, солодка картопля (батат) та броколі, а також інші овочі. Додавайте фрукти в раціон в якості частини основної страви, гарніру або як десерт.

ПРОДУКТИ, ЯКІ СЛІД ЇСТИ РІДШЕ

Скоротіть вживання продуктів з високим вмістом твердих жирів, доданого цукру і солі. Вони включають в себе тістечка, печиво, морозиво, цукерки, солодкі напої, піцу і жирне м'ясо, наприклад, ребра, ковбасні вироби, бекон і сосиски. Використовуйте ці продукти час від часу, але не кожен день.



НЕ ПЕРЕСОЛЮЙТЕ ЇЖУ

Наукові дані демонструють, що високий рівень споживання солі грає найважливішу роль в підвищенні такого фактору ризику неінфекційних захворювань, як високий артеріальний тиск.

Намагайтеся не досоловати їжу, яку готуєте, використовуючи тушкування, запікання, спеції без солі, як способи зберегти хороший смак і не споживати надмірну кількість солі.

Пам'ятайте, що вміст солі в більшості готових продуктів занадто висока, це ще одна причина на користь того, щоб готувати самостійно, а не віддавати перевагу напівфабрикатам.

ПИЙТЕ ВОДУ ЗАМІСТ СОЛОДКИХ НАПОЇВ

Скоротіть калорії, вживаючи воду або несолодкі напої. Солодкі газовані, енергетичні та спортивні напої є основним джерелом доданого цукру і калорій в дієті.

Поради здорового харчування проти хвороби Альцгеймера

— Внученько, а нагадай-но, як звати того німця, від якого я втрачаю пам'ять?
— Альцгеймер, бабусенько, Альцгеймер...

Анекдот

Якщо ви помічаєте, що швидко забуваєте недавно отриману інформацію, ім'я співрозмовника, вам важко зосередитися на детальних завданнях, особливо, якщо вони пов'язані із цифрами, довго шукаєте потрібну річ, яку щойно десь поклали, вам складніше читати слова на сторінці, відрізнити кольори один від одного, і не відразу можете пригадати назву речі, яку щодня використовуєте у побуті, легше засмучуєтесь, чи, навіть, впадаєте в депресію, майте на увазі, що такими можуть бути перші прояви хвороби Альцгеймера.

Хвороба Альцгеймера – це захворювання головного мозку, що поступово розвивається після 50 років і характеризується прогресуючим зниженням інтелекту, зниженням пам'яті, і зміною особистості.

При хворобі Альцгеймера у тканині мозку утворюються численні «бляшки» – відкладення амілоїдного білка, які призводять до дегенерації нейронів (нервових клітин) та їх відростків.

Вважають, що основне значення у розвитку хвороби має спадковість. Однією з причин називають також зловживання алкоголем, який токсично впливає на мозок та веде до порушення травлення і засвоєння необхідних поживних речовин, зокрема, вітамінів B1, B5, B12, C, A, E, PP, магнію, кальцію та вітаміну D і лецитину.

Психічне здоров'я аж до глибокої старості – це одна причина, щоб щодня їсти потрібну для Вашого мозку їжу, яка може знизити шанси доживати свій вік із хворобою Альцгеймера.

На жаль, ліків від хвороби Альцгеймера на сьогодні не існує, але все ж корекція раціону має значення.

Виявилось, що люди, у харчуванні яких є ягоди, зелень і риба (омега-3 жири) мають значно менший ризик для розладів роботи мозку.

«Дієта для розуму» (10 груп харчових продуктів):

■ Зелені листові овочі (шпинат, зелений салат): 6 порцій в тиждень

- Інші овочі: щодня
- Горіхи: 5 порцій в тиждень
- Ягоди: 2 або більше порцій в тиждень
- Квасоля: 3 порції в тиждень
- Цілі зерна: 3 порції в день
- Риба: 1-2 порції в тиждень
- Птиця (курка/індикка): 2 рази в тиждень
- Оливкова олія: 1 столова ложка в день.
- Чорний виноград або родзинки: 1 порція в день (виноград) або 1 столова ложка в день (родзинки)
- Розмір порції: приблизно з тенісний м'ячик (або чашка).
- Мінімізувати:
 - Червоне м'ясо: менш ніж 4 порції в тиждень (як на мене, і 4 – це забагато)
 - Вершкове масло: менше 1 чайної ложки в день
 - Сир твердий: менше 2 порцій в тиждень (1 порція – 4 гральні кісті)
 - Виключити:
 - Транс-жири: маргарин, «легкі» масла, масла з «додаванням рослинних жирів», випічку на маслі і маргарині (лишкове тісто, вафлі і т.д.)
 - Цукор: солодощі, солодкі напої
 - Смажену їжу
 - Переваги «дієти для розуму».
- Люди, які слідували цим рекомендаціям, знизили ризик хвороби Альцгеймера на 54%. Це багато. Але важливіше те, що люди які почали слідувати цим рекомендаціям вже

в дорослому віці, скоротили ризик захворювання приблизно на 35% (див. Джерела).

АЛЮМІНІЙ ТА ХВОРОБА АЛЬЦГЕЙМЕРА

До факторів ризику належать забруднення навколишнього середовища, особливо несприятливо впливає алюміній, який потрапляючи в мозок, відкладається в нервових клітинах.

Джерела алюмінію:

- Алюмінієвий посуд (при приготуванні овочів погіршується їх засвоєння; при варці яєць утворюються фосфати, які погіршують засвоєння кальцію; при смаженні м'яса збільшується кількість нітратів).
- Водопровідна вода, очищена флокулянтами.
- Е-добавки: 311, 312, 541, 554, 555, 556, 559.
- Водопровідні труби (з прокладкою з катодним захистом від корозії із застосуванням алюмінію).
- Сигаретні фільтри: містять алюміній.
- Розпушувачі для тіста, ванільний порошок, відбілене борошно: алюміній додається при виробництві.

Дієтолог Оксана СКІТАЛІНСЬКА

Адаптовано з джерел Alzheimer's Foundation: «2015 Alzheimer's Disease Facts and Figures» «About Alzheimer's: Definition of Alzheimer's». <https://www.rush.edu/news/diet-may-help-prevent-alzheimers> Morris, M.C. Alzheimer's and Dementia, 2015.

«Здоров'я киян» № 2 (254),
2 березня, 2016 рік
Засновник і видавець –
Київський міський центр
здоров'я Департаменту
охорони здоров'я КМДА
Головний редактор –
Вікторія ВЕЛИЧКО

Дизайн, верстка –
Наталія КОНОНЕНКО
Над номером працювали:
Наталія ЛИТВИНЕНКО
Яна КОНОВАЛОВА
Людмила ПЕТРАВЧУК
Отто СТОЙКА
Фотограф – Яна КОНОВАЛОВА

Передплатний індекс: 41648
Свідчення про реєстрацію:
КУ №303 від 21.02.2006 р.
Адреса редакції та видавця:
04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 103 А.
тел. (044) 468-06-45, 468-06-48.
E-mail: gazeta-zk@yandex.ua

Редакція може публікувати матеріали,
не поділяючи точку зору автора.
Відповідальність за достовірність
фактів, цитат, власних імен,
географічних назв та інших
відомостей несуть автори публікацій.
Відповідальність за зміст рекламних
оголошень несе рекламодавець.

Друкарня:
ТОВ «Видавництво «МАГНАТ»
тел.: 8 (044) 419-34-45, 426-88-57
проспект Оболонський, 16-Є,
офіс 472, м. Київ,
Зам. №2 тираж 1 000 прим.
Підписано до друку 02.03.2016.
Розповсюджується за передплатою.