

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ
Кафедра туристичного та готельно-ресторанного бізнесу**

На правах рукопису

МАНДИБУРА ВЛАДИСЛАВ СЕРГІЙОВИЧ

**КУЛІНАРНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКУВАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ
САНАТОРНО-КУРОРТНИХ ЗАКЛАДІВ: ОПТИМІЗАЦІЯ
ПРОЦЕСУ ПРИГОТУВАННЯ**

Спеціальність 241 Готельно-ресторанна
(код) (назва спеціальності)
Освітня програма Готельно-ресторанна справа
(назва)
Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня бакалавра

Науковий керівник:
Тесленко Тетяна Вікторівна,
кандидат економічних наук, доцент

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол засідання кафедри

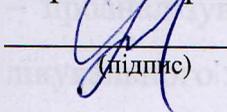
№ 8 від 02.06.2025

Завідувач кафедри


(підпис)


(ім'я, прізвище)

Нормоконтроль


(підпис)

Наталія СЕРГІЄНКО
(Ім'я, ПРІЗВИЩЕ)

Дніпро, 2025

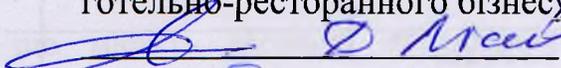
**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ

Кафедра туристичного та готельно-ресторанного бізнесу
Освітній ступінь бакалавр
Спеціальність 241 Готельно-ресторанна справа
Освітня програма «Готельно-ресторанна справа»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри туристичного та
готельно-ресторанного бізнесу


«10» березня 2025 р.

**ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ
МАНДИБУРИ ВЛАДИСЛАВА СЕРГІЙОВИЧА**

1. Тема роботи: **«Кулінарні технології лікувального харчування санаторно-курортних закладів: оптимізація процесу приготування».**

2. Науковий керівник: кандидат економічних наук, доцент Тесленко Тетяна Вікторівна.

Затверджено наказом вищого навчального закладу від «10» 03.2025 № 16-02

3. Термін подання роботи на кафедру: 01.06.2025 р.

4. Мета кваліфікаційної роботи полягає в обґрунтуванні теоретико-методологічних положень та розробці практичних рекомендацій щодо запровадження технологій лікувального харчування в санаторно-курортних закладах.

5. Завдання випускної кваліфікаційної роботи:

- визначити зміст, принципи та функції лікувального харчування;
- визначити історичні передумови наукової організації здорового харчування;
- проаналізувати стан нормативно-правової бази та державного контролю лікувального харчування в Україні;
- проаналізувати сучасні тенденції щодо лікувального харчування;

– визначити перспективи розвитку процесу організації лікувального харчування в санаторно-курортних закладах за рахунок впровадження інноваційних технологій.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1.	Вступ	12.06.2025 р.	виконано
2.	I Розділ	12.06.2025 р.	виконано
3.	II Розділ	19.06.2025 р.	виконано
4.	III Розділ	26.06.2025 р.	виконано
5.	Робота в цілому	01.06.2025 р.	виконано

Науковий керівник  Тетяна ТЕСЛЕНКО

Здобувач вищої освіти  Владислав МАНДИБУРА

Дата видачі завдання 10.03.2025 р.

АНОТАЦІЯ

Мандибура В. С. Кулінарні технології лікувального харчування санаторно-курортних закладів: оптимізація процесу приготування / Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «бакалавр» за спеціальністю 241 Готельно-ресторанна справа (освітньо-професійна програма «Готельно-ресторанна справа»). ВВПЗ ДГУ, Дніпро, 2025. Відомості про обсяг пояснювальної записки: 90 стор., 14 рис., 18 табл., 40 джерел.

Перший розділ містить теоретичні основи організації лікувального харчування в ресторанній сфері, що містять загальну характеристику лікувального харчування з урахуванням дієтології, та забезпечення нормативно-правової бази лікувального харчування в Україні.

У другому розділі роботи проведено аналіз лікувального харчування санаторно-курортних закладів різних регіонів України. Розглянуто організаційну характеристику, види лікування, харчування та аналіз технологічної документації санаторію «Курорт Орлівщина».

Третій розділ кваліфікаційної роботи містить пропозиції щодо оптимізації процесу приготування страв та їх застосування у практиці функціонування санаторно-курортних закладів. Ураховано міжнародний досвід організації харчування в країнах Азії та Європи: рівень спеціалізації фахівців, методи лікування, підбір та розрахунки харчування.

Ключові слова: дієтологія, організація здорового харчування, раціональне харчування, санаторно-курортний заклад, лікувальне харчування, інновації в харчових технологіях.

Список публікацій здобувача :

Мандибура В. С., Лучанська Ю. Г. Кулінарні технології лікувального харчування в санаторно-курортних закладах: оптимізація процесу приготування. *Актуальні проблеми та тренди розвитку систем управління в сучасних умовах [Текст] : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції*, 26 березня 2025 р. / за заг. ред. Ю. Пройдака. Укр. держ. ун-т науки і технологій. Дніпро, 2025. С. 178-179.

ANNOTATION

Mandybura V.S. Culinary technologies of medical nutrition in sanatoriums and resort institutions: optimization of the cooking process / Qualification work for obtaining a bachelor's degree in specialty 241 "Hotel and restaurant business" (educational and professional program "Hotel and restaurant business"). VNPZ DSU, Dnipro, 2025. Information about the volume of the explanatory note: 90 pages, 14 figures, 18 tables, 40 sources.

The first section contains the theoretical foundations of the organization of therapeutic nutrition in the restaurant sector, which contains a general characteristic of therapeutic nutrition, taking into account dietetics, and ensuring the regulatory and legal framework for therapeutic nutrition in Ukraine.

The second section of the work analyzes the medical nutrition of sanatoriums and resorts in different regions of Ukraine. The organizational characteristics, types of treatment, nutrition, and analysis of technological documentation of the sanatorium "Orlivshchyna Resort" are considered.

The third section of the qualification work contains proposals for optimizing *the process of cooking dishes and their application in the practice of operating sanatorium-resort institutions*. The international experience of organizing catering in Asian and European countries is taken into account: the level of specialization of specialists, treatment methods, selection and calculations of food.

Keywords: organization of healthy nutrition, rational nutrition, restaurant business, craft food technologies, innovations in food technologies, national Ukrainian cuisine.

List of publications of the acquirer :

Мандибура В. С., Лучанська Ю. Г. Кулінарні технології лікувального харчування в санаторно-курортних закладах: оптимізація процесу приготування. *Актуальні проблеми та тренди розвитку систем управління в сучасних умовах [Текст] : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції*, 26 березня 2025 р. / за заг. ред. Ю. Пройдака. Укр. держ. ун-т науки і технологій. Дніпро, 2025. С. 178-179.



Звіт подібності

метадані

Назва організації

Dnipropetrovsk University of Humanities

Заголовок

D_Мандибуря дипломна робота

Автор

Науковий керівник / Експерт

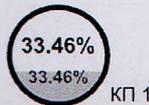
МандибуряЛучанська Ю.Г.

підрозділ

Dnipropetrovsk University of Humanities

Обсяг знайдених подібностей

Коефіцієнт подібності визначає, який відсоток тексту по відношенню до загального обсягу тексту було знайдено в різних джерелах. Зверніть увагу, що високі значення коефіцієнта не автоматично означають плагіат. Звіт має аналізувати компетентна / уповноважена особа.



25

Довжина фрази для коефіцієнта подібності 2

14297

Кількість слів

110705

Кількість символів

Тривога

У цьому розділі ви знайдете інформацію щодо текстових спотворень. Ці спотворення в тексті можуть говорити про МОЖЛИВІ маніпуляції в тексті. Спотворення в тексті можуть мати навмисний характер, але частіше характер технічних помилок при конвертації документа та його збереженні, тому ми рекомендуємо вам підходити до аналізу цього модуля відповідально. У разі виникнення запитань, просимо звертатися до нашої служби підтримки.

Заміна букв		4
Інтервали		0
Мікропробіли		10
Білі знаки		0

Подібності за списком джерел

Нижче наведений список джерел. В цьому списку є джерела із різних баз даних. Колір тексту означає в якому джерелі він був знайдений. Ці джерела і значення Коефіцієнту Подібності не відображають прямого плагіату. Необхідно відкрити кожне джерело і проаналізувати зміст і правильність оформлення джерела.

10 найдовших фраз

Колір тексту

ПОРЯДКОВИЙ НОМЕР	НАЗВА ТА АДРЕСА ДЖЕРЕЛА URL (НАЗВА БАЗИ)	КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)
1	http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=775	315 2.20 %
2	https://xn--80aagahqwiybe8an.com/ukrajini-moz-nakaz/nakaz-vid-29102013-931-pro-udoskonalennya-2013-63992.html	130 0.91 %
3	https://pubhealth.med.sumdu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/02/MI-T8-Basics-of-food-hygiene-and-healthy-eating.pdf	129 0.90 %
4	https://xn--80aagahqwiybe8an.com/ukrajini-moz-nakaz/nakaz-vid-29102013-931-pro-udoskonalennya-2013-63992.html	120 0.84 %

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ В САНАТОРНО-КУРОРТНИХ ЗАКЛАДАХ	10
1.1. Історичні передумови наукової організації здорового харчування ..	10
1.2. Характеристика лікувального харчування та дієтологія	15
1.3. Нормативно-правове забезпечення лікувального харчування в Україні	24
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ЛІКУВАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ В САНАТОРНО-КУРОРТНИХ ТА РЕКРЕАЦІЙНО-ОЗДОРОВЧИХ КОМПЛЕКСАХ	33
2.1. Організація лікувального харчування в санаторно-курортних закладах України	33
2.2. Загально-організаційна характеристика санаторію «Курорт Орлівщина»	44
2.3. Аналіз технологічної документації щодо лікувального харчування у санаторії «Курорт Орлівщина».....	50
РОЗДІЛ 3. ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ КУЛІНАРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ЛІКУВАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ В САНАТОРНО-КУРОРТНИХ ЗАКЛАДАХ.....	53
3.1. Оптимізація процесу приготування страв в санаторно-курортних закладах	53
3.2. Застосування інноваційних кулінарних технологій щодо лікувального харчування в Україні.....	59
3.3. Міжнародний досвід організації лікувального харчування	63
ВИСНОВКИ	68
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	71
ДОДАТКИ	74

ВСТУП

Актуальність досліджуваної теми. Харчування у санаторно-курортних закладах України побудоване на основі загальних принципів дієтотерапії і на номерній системі дієт, що має давню історичну минувшину, але має відмінності від харчування у лікарнях. Санаторії мають велике значення у лікуванні і вторинній профілактиці більшості захворювань, що є актуальним для воєнного становища в Україні та у повоєнний час. Слід акцентувати увагу на тому, що більшість військових, особливо тих, що перебували у полоні, мають велику кількість супутніх захворювань, що потребують саме лікувального харчування. Безумовно, що в теперішній час і на майбутнє серед санаторно-курортних чинників, які сприяють реабілітації хворих, важливе місце займає лікувальне (дієтичне) харчування.

Процес надання споживачам санаторнокурортних послуг в Україні базується на Законі України «Про курорти» від 5.10.2000 (зі змінами та доповненнями), згідно з яким, «курорт – це освоєна природна територія на землях оздоровчого призначення, що має природні лікувальні ресурси, необхідні для їх експлуатації будівлі та споруди з об'єктами інфраструктури, використовується з метою лікування, медичної реабілітації, профілактики захворювань та для рекреації і підлягає особливій охороні», а «санаторно-курортні заклади – це заклади охорони здоров'я, що розташовані на територіях курортів і забезпечують надання громадянам послуг лікувального, профілактичного та реабілітаційного характеру з використанням природних лікувальних ресурсів»

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Значний внесок у дослідження теоретичних та методологічних засад щодо організації лікувально-оздоровчого харчування внесли вітчизняні та закордонні автори, зокрема Уолтер Уїллетт, М. І. Повзнер, Береговий В. К., П. О. Карпенко, Н. В. Притульська, М. Ф. Кравченко, Мальцева О. Б., Ляховець Л. О., Семаль Н. В. В. В. Брич, В. Й. Білак-Лук'янчук, Г. О. Слабкий,

І. Я. Гуцол, Н. Й. Потокій та багато інших видатних сучасних науковців. У наукових працях та практичних рекомендаціях дослідників висвітлено різні методичні підходи до управління лікувально-оздоровчим харчуванням, в першу чергу в закладах санаторно-курортного відпочику, оздоровлення та профілактики.

Метою роботи є розробка заходів та надання пропозицій щодо впровадження інноваційних кулінарних технологій лікувального харчування в санаторно-курортних закладах регіонів України в теперішній час та у повоєнний період з урахуванням міжнародного досвіду щодо організації лікувального харчування.

Досягнення мети дослідження передбачає постанову та розв'язання наступних завдань:

- довести еволюційність процесу організації здорового харчування
- надати характеристику процесу формування «піраміди харчування»;
- охарактеризувати основи лікувального харчування та дієтології;
- зазначити нормативно-правове забезпечення лікувального харчування в Україні;
- дослідити процес організації лікувального харчування в санаторно-курортних закладах України;
- проаналізувати зміст технологічної документації щодо лікувального харчування у санаторії «Курорт Орлівщина»;
- обґрунтувати заходи з впровадження інноваційних кулінарних технологій лікувального харчування в санаторно-курортних закладах.

Об'єктом дослідження є процес організації харчування у санаторно-курортних закладах.

Предметом дослідження є формування заходів з оптимізації процесу лікувального харчування в санаторно-курортних закладах.

Методологія дослідження. Базується на загальних положеннях основ здорового харчування та дієтології.

У кваліфікаційній роботі застосовані такі загально-наукові та конкретні методи досліджень, а саме:

- історичний – для узагальнення процесу формування здорового та лікувально-оздоровчого харчування;
- соціального моделювання – для обґрунтування заходів щодо застосування інноваційних кулінарних технологій лікувального харчування в санаторно-курортних закладах України;
- якісного аналізу – для змістовної інтерпретації даних;
- графічного – для оформлення результатів виконаних досліджень.

Практична значимість одержаних результатів полягає в урахуванні отриманих результатів та наданні пропозицій санаторно-курортним закладам України щодо подальшого послідовного впровадження інноваційних кулінарних технологій лікувального харчування в умовах необхідності реабілітації пацієнтів у повоєнний період.

Інформаційну базу дослідження склали наукова література та періодичні видання, матеріали органів державної статистики України, Асоціації готелів та ресторанів України та світових інформаційних платформ.

Структура кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, переліку джерел посилань та додатків. У роботі розміщено 5 таблиць та 24 рисунки. Перелік джерел містить 40 найменувань. Загальний обсяг роботи складає 90 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ В САНАТОРНО-КУРОРТНИХ ЗАКЛАДАХ

1.1. Історичні передумови наукової організації здорового харчування

Ретроспектива наукової організації здорового харчування починається з 1992 року, коли у США було розроблено модель «Піраміди харчування», наведеної на рис. 1.1, що являє собою графічний опис пропорцій різноманітних продуктів харчування, необхідних в щоденному раціоні людини. Відтоді багато країн світу запозичили її. Наведені далі рекомендації допоможуть дотримуватися здорового харчування. Працює це так: чим вищий поверх піраміди, тим меншою повинна бути кількість споживаного продукту і частота вживання цієї групи продуктів.

У основі піраміди повсякденного харчування – їжа, багата на складні вуглеводи, в основному крохмаль. Це – хліб, крупи, макаронні вироби. Вище лежить «поверх» з овочами (сюди входить і картопля, багата на крохмаль) і фруктами. Ще вище – молочні продукти, м'ясо, риба, птиця, яйця, горіхи й бобові. Завершує піраміду невелика «верхівка» з жирами, маслами й солодощами. Їх треба зовсім небагато. Відповідно до принципу піраміди всі продукти діляться на шість груп, які розміщені на чотирьох рівнях. Чим вище рівень, тим менше повинне бути споживання продуктів цієї групи.

Правда, і тоді, в 1992 році, дієтологи знали, що деякі типи жирів необхідні для здоров'я й скорочують ризик захворювань серця. Потім виявилось, що користь значної кількості їжі із вмістом складних вуглеводів сумнівна. Пропагуючи ці продукти і знижуючи кількість жирів, піраміда вводила користувачів в оману. Хоча спочатку класичну піраміду правильного харчування й здорового способу життя схвалили лікарі і пацієнти, її уважали найбільше раціональною моделлю при складанні меню. Але, як й багато хто

теоретичні моделі, піраміда не витримала зіткнення з реальністю. Через кілька років після масового поширення принципів піраміди американські вчені провели дослідження, яке виявило досить жалюгідну картину: пацієнти, що використали правила цієї піраміди, масово страждають ожирінням [1].



Рисунок 1.1 – Визначальна «Піраміда харчування» 1992 року [1, 2]

У США проблема зайвої ваги визнана однією із важливіших. Про неї відкрито заявляють з екранів телевізорів і сторінок журналів. Американці катастрофічно повніють, причому і дорослі, і діти. За даними американської Асоціації людей, які потерпають від ожиріння, цією недугою, вражені 70 млн жителів США. У 2003 році американський уряд на боротьбу з ожирінням витратив 75 млн доларів.

Авторство щодо оновленої «Піраміди харчування» також належить відомим американським вченим Гарвардського університету, які під керівництвом професора Уолтера Віллетта розробили нову піраміду, наведену на рис. 1.2. При її створенні вони спиралися на Середземноморську дієту та

дослідження, проведені в Школі громадського здоров'я університету. З часом так сталося, що багато фахівців здорового харчування стали вважати такий спосіб харчування логічним та правильним.



Рисунок 1.2 – Оновлена «Піраміда харчування» 2004 року [2]

В її основі – рух, будь що – ходити, бігати, плавати – кожен день, витрачаючи на це принаймні 30 хвилин. Це є важливим компонентом будь-якої дієти і не варто від нього відмовлятися, якщо на те немає будь яких відповідних медичних рекомендацій.

На другому рівні піраміда рекомендує їсти злаки, але тільки цільні зерна, за винятком пшениці з додаванням макаронних виробів з твердих сортів пшениці (рис. 1.3). Другий рівень також передбачає вживання ненасичених жирів, отриманих з олійних культур – ріпак, льон, соняшник, соя, авокадо. Звичайно, є також оливкова та кокосова олії (не пальмова). Шматочок свіжого сала один раз на день не зашкодить (рис. 1.4).



Рисунок 1.3 – Другий рівень «Піраміди харчування» [2]

Третій рівень є барвистим, тому що на ньому представлені овочі і фрукти. Що стосується фруктів, то їх можна їсти 2-3 рази на день. І це не означає, що два чи три рази кавуни або ананаси. Також овочі краще вживати сирими. Не варто налягати на смажену моркву з горошком чи буряк зі сметаною. Свої улюблені овочі фахівці радять запікати, тушкувати, варити, а також готувати на пару.



Рисунок 1.4 – Другий рівень «Піраміди харчування» [2]

Третій рівень є барвистим, тому що на ньому представлені овочі і фрукти. Що стосується фруктів, то їх можна їсти 2-3 рази на день. І це не

означає, що два чи три рази кавуни або ананаси. Також овочі краще вживати сирими. Не варто налягати на смажену моркву з горошком чи буряк зі сметаною. Свої улюблені овочі фахівці радять запікати, тушкувати, варити, а також готувати на пару.

Четвертий рівень передбачає споживання стручкових овочей. Бобові є цінним джерелом білка, який легко засвоюється, це особливо важливо для людей, які не їдять м'ясо. Тому 1 - 3 порції стручкових на день можна спокійно включати до меню. Горіхи є джерелом ненасичених жирних кислот, білків, клітковини та багатьох мінералів і вітамінів [2].



Рисунок 1.5 – П'ятий рівень «Піраміди харчування» [2]

На п'ятому рівні вже з'являються яйця птиця та риба (рис. 1.5).

Так, птиця відокремлена від іншого м'яса. З цієї групи продуктів рекомендовано включити в меню до 2 порцій на день. Таким чином, можна б з'їсти на сніданок яйце на рідко, курячі грудки на обід, але на вечерю нічого з цього рівня [2].

Надалі піраміда звужується, й, звичайно як і у випадку з овочами, слід уникати смажених страв, краще варити, тушкувати, запікати, готувати на парі.



Рисунок 1.6 – Шостий рівень «Піраміди харчування» [2]

І на шостому рівні з'являються молочні продукти , а також додаткове вживання препаратів з кальцієм. Молочні продукти – це, фактично, джерело кальцію та жиророзчинних вітамінів та жирів. Вони мають той недолік, що містять достатню кількість калорій і тваринних жирів самі по собі. В ідеалі ми розподіляємо ці продукти серед усіх страв.

На вершини,– на сьомому рівні ми бачимо червоне м'ясо, вершкове масло, білий хліб, макарони, рис, фаст-фуд, картоплю, солодощі, вони тут всі разом, тому що ми повинні їх уникати. І нарешті – необхідно дотримуватись поради про воду, – мінімум 1,5 літра на добу.

Робота по оновленню «Піраміди харчування» на замовлення Міністерства сільського господарства США протривала до 2004 року. В межах представленого дослідження наведемо характеристику її основних контурів [2].

Жири, як відомо зі шкільного курсу хімії, це – тригліцериди жирних кислот. Вони можуть не мати у своїй молекулі подвійних зв'язків – такі

кислоти й жири називаються насиченими або граничними – або мати подвійні зв'язки - це неграничні, або ненасичені, жири. Якщо подвійних зв'язків у молекулі жиру багато (до 5-6), то їх називають поліненасиченими. Насичені жирні кислоти властиві тваринним жирам, ненасичені - рослинним маслам і рибацькому жиру. З 1960-х років відомо, що насичені жири підвищують рівень холестерину в крові, і в підсумку холестеринові відкладення засмічують просвіт артерій, заважаючи кровопостачанню м'язів серця. Але незабаром з'ясувалося, що поліненасичені жири, навпаки, сприяють зниженню рівня холестерину [1].

Думка про те, що будь-який жир шкідливий, склалася на основі статистичних даних: у багатих західних країнах, де населення споживає багато жирів, багато й серцево-судинних захворювань. Але цей зв'язок характерний тільки для насичених жирів м'яса й молока. Там, де населення споживає багато жирів, але це або мононенасичені рослинні олії, або поліненасичений рибацький жир, хвороби серця виникають порівняно рідко. Так, жири дають 40 % калорійності щоденного раціону жителів Криту, – це маслинова олія й жирна риба. Тому з 10 000 чоловік за 10 років там зверталися до лікаря із приводу хвороби серця 200 чол. А на сході Фінляндії, де частка жирів у раціоні 38 %, за той же строк з'являється 3000 хворих. Правда, такі порівняння можуть вводити в оману: між життям фінів і критян є й багато інших розходжень. Американські дієтологи вирішили, що пояснити широкій публіці різницю між насиченими й ненасиченими жирами буде занадто складно. І краще звернутися до населення із закликом: поменше будь-яких жирів, вони шкідливі! Але втрату калорійності треба було чимось заповнити. На другому місці за калорійністю після жирів є вуглеводи. От так з'явилася широка вуглеводна основа піраміди. До речі, чималу роль мала в такій пропаганді харчова промисловість (наприклад, виробники маргарину намагалися витиснути з ринку вершкове масло).

Тим часом виявилось, що холестерин теж буває двох сортів - «поганий» і «гарний». У крові холестерин пов'язаний з білком, утворюючи ліпопротеїн (у

буквальному перекладі – жиробілок). Ліпопротеїн з низької щільності шкідливий для судин, високої – корисний. Заміна «жирних» калорій на «вуглеводні» призводить до підвищення рівня шкідливого ліпопротеїну й падінню рівня корисного. До того ж, крохмаль при перетравленні швидко перетворюється на глюкозу, що надходить у кров і викликає викид інсуліну. Цей гормон направляє глюкозу в печінку й м'язи, від чого вміст цукру в крові різко знижується, що відчувається як голод. Такі часто повторювані перегони не тільки стимулюють подальше поглинання вуглеводів, але й можуть сприяти до діабету. Порція вареної картоплі підвищує рівень глюкози в крові сильніше, ніж рівнозначна по калорійності порція звичайного цукру. Справа в тому, що молекула крохмалю складається з безлічі однакових молекул глюкози й швидко на них розпадається. А молекула цукру складається з однієї молекули глюкози, що може відразу йти в кров, і молекули фруктози, що ще повинна бути перетворена на глюкозу. Тобто крохмаль засвоюється швидше цукру. З огляду на всі ці й багато інших деталей, учені підготували проект нової харчової піраміди, що, втім, ще буде мати певні уточнення.

Так Береговий В. К. відмічає, що у нову піраміду уведене широка основа, що не має до раціону прямого відношення: щоденні фізичні вправи й спостереження за вагою. Пропонується одержувати більшу частку калорій з рослинних олій і цільнозернових продуктів (хліб з неочищених зерен, вівсянка, не шліфований рис). Побільше овочів і фруктів. Горіхи й бобові («земляний горіх» арахіс – належить до бобових) теж повинні посідати не останнє місце. Разом з рибою, птицею і яйцями вони відносяться до корисних джерел білку. Але молочні продукти рекомендують обмежити: молоко, тим більше коров'яче, призначено природою не для дорослих особин. За деякими спостереженнями, відзначає науковець, воно сприяє раку яєчників у жінок і простати у чоловіків. Молоко можна замінити таблетками кальцію [1].

До мінімально споживаних продуктів віднесені м'ясо, вершкове масло, очищені зернові продукти (білий хліб, очищений рис і макаронні вироби), а також картопля. За високий вміст крохмалю вона виведена з овочів і

перенесений на саму верхівку піраміди. Збоку піраміди, як сфінкс біля єгипетських пірамід, прибудовані полівітаміни й алкоголь. Полівітамінні добавки потрібні більшості з нас. З алкоголем складніше. Зовсім від нього відмовитися явно корисніше, ніж пити занадто багато. Але багато досліджень показують користь помірною споживання алкоголю (у будь-якій формі -і вино, пиво або міцні напої) для серця й судин.

Уже є перші дані про здоров'я людей, які харчуються за правилами нової піраміди: за допомогою великого масиву довгострокових даних по харчуванню й здоров'ю вибрали понад сто тисяч американців, харчування яких було найбільше близьке до нових ідей дієтологів. Виявилося, що такий раціон знижує в жінок ризик серцево-судинних захворювань на 30 %, у чоловіків – на 40. Імовірність розвитку раку, щоправда, не знизилася.

Основою харчової піраміди в американській моделі служить принцип «25-50-25», що показує співвідношення білків/вуглеводів/жирів у повсякденному раціоні. Поява цього принципу пов'язана з тим, що рослинні й тваринні продукти досить відрізняються один від одного по складу й харчовій цінності, тому раціон харчування по можливості повинен бути як можна різноманітніше [1].

Підсумовуючи ретроспективу формування «харчової піраміди» необхідно акцентувати увагу на тому, що нова «піраміда суспільного здоров'я» здатна перебороти нездорові звички харчування простих американців, вважає доктор Уолтер Уїллетт (Walter Willett) з Гарвардської школи суспільного здоров'я. Колишня «харчова піраміда», розроблена в 1992 році фахівцями з Міністерства сільського господарства США, ґрунтувалася на рекомендації про безумовну шкоду насичених жирів. Протягом десяти років американцям пропонувалося обмежувати продукти, що містять насичені жири: масла, солодощі; але при цьому пропонували не обмежувати борошняні продукти. У результаті вчені спровокували захоплення американців різного роду знежиреними, але калорійними продуктами, які не тільки відкладаються у вигляді жиру, але й можуть сприяти розвитку цукрового діабету й

захворювань серця. Основною відмінністю схеми Уїллетта є індивідуальний підхід до різних джерел жирів і вуглеводів. Якщо стара піраміда припускає, що всі жири «погані», а всі вуглеводи «гарні», Уїллетт розділяє продукти на джерела «поганих» і «гарних» жирів і «поганих» і «гарних» вуглеводів. І ця відмінність є дуже важливою. Звичайно, ідеї Уїллетта не підтримуються всіма. Багато експертів просто не можуть прийняти думку про те, що, наприклад, білий рис, що є основою раціону багатьох мільйонів людей у світі й забезпечує їм прекрасне здоров'я, потрібно практично виключити з раціону. Маслинова олія, яку пропагує Уїллетт, є дуже калорійною і не може бути рекомендоване у великій кількості [1].

Поки в Україні власної подібної програми не розроблено, ми цілком можемо скористатися заокеанським досвідом. Тим більше що нова піраміда відрізняється індивідуальним підходом до питань харчування

1.2. Основи раціонального й лікувального харчування та дієтологія

На Міжнародній конференції з питань харчування, організованої ВООЗ/ФАО (грудень 1992 р.), представники 159 країн, включаючи Україну, одноголосно прийняли «Всесвітню декларацію і Програму дій відносно харчування».

Для виконання положень цієї Декларації більшість країн, у тому числі й Україна, уже сформулювали і реалізують на державному рівні національні програми здорового харчування населення. Вони вкрай необхідні, оскільки співвідношення впливу різних чинників на здоров'я нації, згідно оцінки експертів ВООЗ, виглядають наступним чином:

- стан оточуючого середовища впливає на здоров'я людини на 20-25 %;
- генетичні фактори – на 18-20 %;
- система охорони здоров'я – на 8-12 %;

- спосіб життя – на 52-55 %, причому раціон і структура харчування є найбільш суттєвими складовими цього чинника [3].

З часом в наукових публікаціях про харчування одночасно вживаються поняття здорового, раціонального, збалансованого, дієтичного, лікувального, правильного та повноцінного харчування. В межах представленої кваліфікованої роботи автор наводить сучасне тлумачення різновидам харчування з метою грамотного термінологічного вживання у відповідності із контекстом (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Термінологічні різновиди харчування

№ з\п	Назва	Основний зміст
1.	Здорове харчування	<p>Передбачає гармонійне споживання білків, жирів, вуглеводів, вітамінів, макро- і мікроелементів, клітковини та біологічно активних речовин – основних поживних речовин, які містяться в харчових продуктах [4], тобто нутрієнтів.</p> <p>Спосіб харчування, який забезпечує належний приріст і розвиток організму, збереження здоров'я і підтримку оптимального фізичного та психічного стану. Основна ідея здорового харчування полягає в тому, щоб забезпечити своєму організму всі необхідні поживні речовини, вітаміни, мінерали та інші корисні речовини, не перебільшуючи з калоріями або шкідливими складниками [5].</p>
2.	Збалансоване харчування	<p>Згідно з Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), <i>здорове збалансоване харчування</i> — це раціон, який щоденно забезпечує потреби організму в усіх поживних речовинах та сприяє його правильній роботі [6].</p>

3.	Раціональне харчування	Фізіологічно повноцінне харчування здорових людей з урахуванням їх статі, віку, характеру праці та інших чинників. Воно сприяє збереженню здоров'я, опірності шкідливим факторам навколишнього середовища, високої фізичної та розумової працездатності, активному довголіттю [7].
4.	Правильне харчування	Містить перелік правил харчування, серед яких: певний набір продуктів, вимоги до харчового раціону, технологія обробки продуктів, регулярність прийому їжі тощо [8].
5.	Повноцінне харчування	Корелює із терміном «повноцінне життя» [9]
6.	Дієтичне харчування (дієта)	Спосіб дієтотерапії в медицині застосовується як компонент лікування, терапії чи реабілітації, чи покращення стану пацієнта, який має професійні /або хронічні захворювання [10].
7.	Лікувальне харчування	Харчові продукти, які спеціально розроблені та призначені для дієтичного лікування захворювання, яке має особливі харчові потреби, які не можуть бути задоволені лише звичайним харчуванням [11].
	Адекватне харчування	Відповідне не тільки метаболічним потребам організму, а й особливостям переробки їжі в різних відділах травної системи. Харчування має підтримувати молекулярний склад і відшкодовувати енергетичні і пластичні витрати організму на основний обмін речовин, зовнішню роботу і зростання [12].

Джерело: складено автором на підставі [4-12]

Автор дослідження зазначає, що за контекстом вживання та змістом «раціональне» та «правильне» харчування практично тотожні.

«Здорове» та «здорове збалансоване» харчування, в свою чергу, вживаються також в однаковому контексті.

Дієтичне і лікувальне харчування відрізняються тим, що останнє зорієнтоване на людей, яких звичайне харчування не задовольняє, тобто хронічно хворих.

У Сполучених Штатах харчові продукти були визначені в поправках до Закону про ліки-сироти 1988 року Управління з контролю за харчовими продуктами та ліками і підпадають під загальні вимоги щодо маркування харчових продуктів і безпеки Федерального закону про харчові продукти, ліки та косметику. У Європі Європейське агентство з безпеки харчових продуктів встановило визначення «харчових продуктів для спеціальних медичних цілей» (FSMP) у 2015 році.

Медичні харчові продукти, які в Європі називаються «харчовими продуктами для спеціальних медичних цілей», відрізняються від ширшої категорії харчових продуктів для спеціального дієтичного використання, від традиційних харчових продуктів, які мають претензію для здоров'я, і від дієтичних добавок. Для того, щоб вважатися лікувальним харчуванням, продукт повинен, як мінімум:

- бути їжею для перорального приймання або годування через зонд (назогастральний зонд (Nasogastric intubation))
- бути маркованим для дієтичного лікування певного медичного розладу, захворювання або стану, для якого існують особливі потреби в харчуванні
- призначено для використання під наглядом лікаря [11].

Лікувальні продукти харчування можна розділити категорії, представлені на рис. 1.7.



Рисунок 1.7 – Категорії лікувальних продуктів харчування

Джерело: складено автором на підставі [11]

Далі автор розкриває сутність елементів, показаних на рис.1.7. Так до поживних речовин, які не виробляються в організмі людини, відносять 40 елементів. З них в організмі утворюється майже 10 тисяч різних сполук, необхідних для підтримання здоров'я. Нестача однієї з поживних речовин призводить до дефіциту сотень потрібних сполук. Унаслідок цього порушується обмін речовин, людина починає хворіти.

За молекулярною структурою основні поживні речовини поділяються на білки (амінокислоти), вуглеводи та представлені у табл. 1.2.

До непоживних речовин відносяться такі, у яких відсутня одна або декілька незамінних амінокислот – рослинні білки є неповноцінними для людини, тому при вегетаріанській дієті необхідно правильно підбирати раціон, щоб декількома рослинними білками замінити повноцінний тваринний білок.

Окремо необхідно розтлумачити «оральну регідратацію» як спосіб заміщення рідини, що використовується в терапії для запобігання та лікування зневоднення організму, особливо яке виникає через діарею [15].

Таблиця 1.2

Поживні речовини за молекулярною структурою

Значення для організму
Білки
• будівельний матеріал для організму;
• білки крові «транспортують» поживні речовини;
• деякі білки сприяють загоєнню ран;
• ферменти та гормони, що складаються з білків, регулюють обмін;
• речовин та інші процеси в організмі;
• антитіла, які також є білками, захищають організм від інфекцій.
Вуглеводи
• найкраще джерело енергії;
• прості вуглеводи допомагають швидко втамувати голод і здолати втому;
• складні вуглеводи надовго дають відчуття ситості;
• клітковина та пектини сприяють нормалізації процесів травлення.
Жири
• найбагатше джерело енергії для організму;
• жири входять до складу клітинних мембран;
• захищають внутрішні органи від переохолодження і травмування;
• потрібні для засвоєння жиророзчинних вітамінів;
• поліпшують смак продуктів;
• утворюють в організмі запаси, які використовуються під час нетривалого голоду.

Джерело: складено автором на підставі [13]

До формул прискорення обміну речовин фахівці відносять наступні:

- Спорт, фізична активність
- Нарощування м'язової маси
- Вода
- Сон
- Сонце
- Свіже повітря
- Зниження стресу
- Секс
- Контрастний душ

- Омега-3 жирні кислоти
- Вітаміни
- Хром
- Кальцій, вуглеводи, клітковина
- Лимони
- Рослинна їжа
- Йод
- Сміх [14].

Дієтичне харчування або дієта та лікувальне харчування є складовою терапевтичного лікування і передбачають раціон та режим харчування здорової або хворої людини. Дієта повинна бути пристосована до порушених у процесі хвороби обмінних процесів, щадити ушкоджений орган та враховувати розладнані функції. Для цього підбирають певні харчові продукти, що пройшли спеціальну термічну обробку [12].

Кожна лікувальна дієта має свою характеристику, яка містить:

- а) показання;
- б) цільове призначення;
- в) суть дієти, яка визначається її хімічним складом, набором продуктів і характером кулінарної обробки;
- г) режим харчування;
- д) перелік страв і продуктів, які рекомендуються або є протипоказаними.

Основною умовою дієтотерапії при корекції метаболічних розладів є розуміння специфіки порушень молекулярної патології і розробка на цьому фундаменті стратегії і тактики терапії. Важливою суто раціонального харчового режиму є його енергетична цінність. На основі енергетичних витрат добова потреба організму дорослої людини в середньому складає: білки – 85 г, жири – 100 г, вуглеводи 390-400 г. З 1997 року ВООЗ взяв за еталон розрахунку ідеальної маси тіла – індекс Кетле. Класифікація хворих здійснюється за допомогою визначення індексу маси тіла (ІМТ):

$IMT = \text{Маса тіла (М)} : \text{зріст (м}^2 \text{)}$.

За індексом маси тіла всі пацієнти поділяються на:

1) гіпотрофіків $< 18,5 \text{ кг/ м}^2$ (енергетична цінність дієти на рівні 240 -700 ккал з вмістом білка на рівні 90-100 гр. вуглеводів на рівні 400-450 гр.);

2) нормотрофіків – 18,5 - 24,5;

3) гіпертрофіків $>25,0$.

Відповідно до класифікації, добова потреба організму дорослої людини в білках, жирах, вуглеводах представлена в табл. 1.3 [12, 16].

Таблиця 1.3

Добова потреба організму дорослої людини в білках, жирах, вуглеводах

Показники	Гіпотрофія	Нормотрофія	Гіпертрофія Низькокалорійна дієта
Потреба в енергії на день, ккал/кг	35-40	30-35	25-30
Білки, у тому числі тваринні, гр./ кг	до 1,5 до 0,8	до 1,0 до 0,5	до 0,75 до 0,4
Жири, у тому числі рослинні, гр./ кг	до 1,5 до 0,	до 1,0 до 0,5	до 0,75 до 0,4
Вуглеводи, у тому числі прості, гр./ кг	до 0,6 до 1,0	до 5,5 до 0,8	до 3,0 до 0,5

Джерело: [12,16]

Науковці Мальцева О. Б., Ляховець Л. О. та Семаль Н. В. зазначають, що у 20-50-х роках ХХ ст. радянський вчений М. І. Певзнер розробив так звану групову дієтну систему харчування, що складається з 15 дієт, характеристика яких наведена у наступному розділі, згідно з якою (дієтною системою

харчування) кожна група споріднених захворювань одержала свою дієту. На сьогоднішній день існують думки, що цей поділ не тільки застарів, але й завдає певної шкоди, адже призначення раціону для харчування одного захворювання може негативно вплинути на розвиток у хворого супутніх хвороб. Практично дієти № 1,2,3,5,7,10,11,15 відрізняються лише способом кулінарної обробки, ступенем подрібнення їжі, вмістом кухонної солі. Загальна кількість дієт на теперішній час досягає 60-ти і в переважній більшості санаторно-курортних закладах України застосовують саме наведену вище систему дієтології. Безумовно, що сучасні погляди на харчування, зміна клімату й відповідно розширення географії вживаних продуктів, особливо фруктів і овочей – повинні стати поштовхом для перегляду поглядів на дієтну систему харчування, яка за віком застосування нараховує понад сто років [12, 16].

1.3 Нормативно-правове забезпечення лікувального харчування в Україні

Лікувальне харчування здійснюється відповідно до принципів та методологій, визначених Порядком організації системи лікувального харчування хворих у закладах охорони здоров'я, затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 жовтня 2013 року № 931 «Про удосконалення організації лікувального харчування та роботи дієтологічної системи в Україні» та Інструкція з організації лікувального харчування у закладах охорони здоров'я, розробленої відповідно до наказу [17, 18].

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

Наведені документи зазначають, що в основу системи лікувального харчування покладено принципи достатнього та збалансованого харчування. Харчування хворих базується на основі фізіологічних потреб у харчових

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

Виділено принципи лікувального харчування хворих, які включають наступне:

- лікувальне харчування хворого є невід’ємною складовою лікувального процесу;
- пероральне харчування хворого здійснюється доти, доки хворий може ковтати і доки не буде медичних протипоказань відносно вживання рідини та їжі перорально;
- обов’язковою складовою догляду за хворим є забезпечення його адекватними рідинами та нутрієнтами перорально.

Заначено методологію системи лікувального харчування хворих, яка передбачає :

- нутріціологічну підтримку, що враховує харчовий статус хворого, його індивідуальні потреби у нутрієнтах та клінічний стан;
- потребу в енергії та макронутрієнтах (білках, жирах та вуглеводах) визначається на один кілограм оптимальної маси тіла (оптимальна маса для чоловіків - 70 кг, для жінок - 60 кг);
- за харчовим статусом відповідно до індексу маси тіла усі хворі поділяються на три групи: хворі з гіпотрофією, нормотрофією та гіпертрофією;
- інтегральну характеристику системи лікувального харчування, що наведена в додатку 1 до цього Порядку;

Також наведена добова кількість основних продуктів харчування відповідно до харчового статусу визначена у Нормах харчування на одного хворого на день у закладах охорони здоров’я відповідно до профілю, які наведені в Додатку 2 до цього Порядку; необхідна кількість мікронутрієнтів визначається відповідно до фізіологічних потреб.

Передбачено, що лікувальне харчування також включає дієтичний супровід при екстремальних клінічних станах (використовується повне або часткове парентеральне харчування, елементне та зондове харчування, нульові хірургічні та спеціальні дієти) та на етапі реконвалесценції; стандартні раціони для дорослих осіб розробляються на основі потреб хворого в енергії та нутрієнтах залежно від вихідного нормо-, гіпо- або гіпертрофічного стану; індивідуалізація калорійності та хімічного складу дієти залежно від трофологічного стану хворого, основного та супутнього діагнозів досягається за рахунок корекції стандартного раціону шляхом збільшення чи зменшення у ньому кількості буфетної продукції (хліб, цукор, масло), підбору гарнірів (зернові, овочеві) та використання нерегламентованого (домашнього) харчування відповідно до рекомендацій лікаря-дієтолога (лікаря). За наявності показань та відповідно до рекомендацій лікаря-дієтолога або іншого лікаря на всіх етапах лікування хворих можуть бути призначені дієтичні добавки, функціональні харчові продукти та продукти для спеціального дієтичного споживання [17, 18].

Доведено, що в закладах охорони здоров'я державної та комунальної форм власності встановлюється чотириразовий режим лікувального харчування.

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

Ентеральне харчування призначається відповідно до фізіологічних потреб хворого в енергії та харчових речовинах і особливостях метаболічних змін, зумовлених основним захворюванням. Стандарти (протоколи) ведення таких захворювань повинні передбачати підходи та строки застосування ентерального харчування [17, 18].

Окремо виділена функція контролю за ефективністю організації лікувального харчування, що проводиться в закладах охорони здоров'я, має здійснюватися шляхом перевірки відповідності одержуваних хворими дієт (за

набором продуктів і страв, технологією приготування, хімічним складом та енергетичною цінністю) рекомендованим характеристикам стандартних дієт і шляхом перевірки фінансових витрат за кварталами року.

Загальне керівництво лікувальним харчуванням у закладі охорони здоров'я здійснюється головним лікарем, а за його відсутності – заступником головного лікаря з лікувальної роботи.

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

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

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

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

Нутріціологічна підтримка хворих підвищує ефективність різних способів лікування, знижує ризик виникнення ускладнень та поліпшує прогноз. У процесі реконвалесценції доза нутрієнтів збільшується поступово протягом 3-5 днів до повної рекомендованої добової дози. Моніторинг ефективності нутріціологічної підтримки доцільно проводити шляхом:

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

Достатнє та збалансоване харчування повинно призводити до покращення психічного стану хворого, нормалізації основних фізіологічних функцій, скорочення строків реконвалесценції та перебування на стаціонарному лікуванні [17, 18].

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ЛІКУВАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ В САНАТОРНО- КУРОРТНИХ ТА РЕКРЕАЦІЙНО-ОЗДОРОВЧИХ КОМПЛЕКСАХ

2.1. Організація лікувального харчування в санаторно-курортних закладах України

Лікувальне харчування є важливим елементом комплексної терапії, який спрямований на покращення стану хворого шляхом корекції раціону відповідно до особливостей захворювання. Його роль особливо актуальна при хронічних недугах, порушеннях обміну речовин, в післяопераційний період та в процесі реабілітації. Правильно підібраний раціон сприяє стабілізації стану пацієнта, підвищує процеси відновлення організму, а також знижує ризик ускладнень. Згідно з даними ВООЗ, корекція харчування може суттєво впливати на перебіг та прогноз багатьох хронічних хвороб, зокрема серцево-судинних, ендокринних та шлунково-кишкових [19].

Лікувальне харчування – науково обґрунтована система організації харчування та диференційованого використання з лікувальною метою певних харчових продуктів, їхніх комбінацій, видів кулінарної обробки [20].

Лікувальне харчування здійснюється відповідно до принципів та методологій, визначених Порядком організації системи лікувального харчування хворих у закладах охорони здоров'я, затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 жовтня 2013 року № 931 [20].

Основним принципом дієтотерапії є правила, яких дотримуються при призначенні лікувального харчування. Вони забезпечують ефективність дієти як частини комплексного лікування. Серед основних правил такого харчування є: індивідуальний підхід, фізіологічна повноцінність, режим харчування, механічне, особливо термічне та хімічне щадіння, збалансованість раціону, лікувальна спрямованість, а також безперервність і тривалість.

У кожної людини є свої особливості у фізичному та анатомічному аспекті, тому кожен потребує індивідуального підходу у лікуванні або оздоровленні. У разі призначення лікувального харчування індивідуально враховують вік, стать, тип захворювання, а також його стадії, крім того беруть до уваги стан метаболізму, наявність або відсутність алергій та інших індивідуальних особливостей.

Класифікація пацієнтів відбувається за допомогою визначення маси тіла, залежно від цього відбувається підрахунок потреби енергії на день, білків, жирів, вуглеводів та енергетичної цінності, яку людина повинна спожити за день у певній кількості прийомів їжі та часу. За індексом маси тіла усі хворі, які знаходять на лікуванні у санаторно-курортних закладах поділяються на:

- гіпотрофіків - $< 18,5 \text{ кг/м}^2$ (енергетична цінність дієти на рівні 2400 - 2700 ккал з вмістом білка на рівні 90-100 г, вуглеводів на рівні 400-450 г);
- нормотрофіків - $18,5 - 25 \text{ кг/м}^2$ (енергетична цінність дієти 2200 - 2400 ккал з вмістом білка на рівні 80-90 г, вуглеводів на рівні 350 г);
- гіпертрофіків - $> 25 \text{ кг/м}^2$ (низькокалорійна дієта, калорійність якої знижена за рахунок вуглеводів. Енергетична цінність становить 1800-2000 ккал, при достатньому вмісті білків на рівні 80-90 г). При суворому постільному режимі енерговитрати пацієнтів не перевищують 2000 ккал [21].

В Україні на підставі Наказу МОЗ України №931, від 29.10.2013 р. процеси вживання їжі регулюється та контролюються державою. Так у табл. 2.1 представлені норми енергетичної цінності раціону та нутрієнтний склад на добу для всіх пацієнтів, залежно від індексу маси тіла, у закладах охорони здоров'я, до яких відносяться санаторно-курортні заклади.

Таблиця 2.1

Система лікувального харчування

№ з/п	Енергетична цінність раціону, нутрієнтний склад	Гіпотрофія	Нормотрофія	Гіпертрофія
1	Потреба в енергії на день, ккал/кг	35-40	30-35	25-30
2	Білки, у тому числі тваринні, на день, г/кг	до 1,5 до 0,8	до 1,0 до 0,5	до 0,75 до 0,4
3	Жири, у тому числі рослинні, на день, г/кг	до 1,5 до 0,8	до 1,0 до 0,5	до 0,75 до 0,4
4	Вуглеводи, у тому числі прості, на день, г/кг	до 6,5 до 1,0	до 5,5 до 0,8	до 3,0 до 0,5**
5	Енергетична цінність, ккал	2400-2700	2200-2400	1900-2000
6	Білки, у тому числі тваринні, г	100 (55)	90 (45)	80 (40)
7	Жири, у тому числі рослинні, г	70 (40)	70 (40)	60 (30)
8	Вуглеводи, у тому числі прості, г	400 (150)***	350 (100)***	350 (50) ***
Примітка	* Не поширюється на лікувальне харчування дітей. ** Чоловіки мають збільшену на 10 % потребу в енергії та нутрієнтах. *** При цукровому діабеті використовують підсолоджувачі.			

Джерело: [21]

Як ми бачимо у табл. 2.1, лікувальне харчування повинно забезпечити фізіологічну повноцінність людини, а саме певну кількість білків жирів та вуглеводів. В свою чергу, кількість вітамінів та мінералів, яку потребує організм людини за добу теж затвердженні законодавством та контролюються на підставі Наказу МОЗ України №1073 від 03.09.2017, в якому вказано норми фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах і енергії [22]. У табл. 2.2 - 2.3 представлено добову потребу дорослого населення у мінеральних речовинах, в свою чергу у табл. 2.4 - 2.5 вказано добову потребу дорослого населення у вітамінах. Добова потреба у вітамінах

та мінералах дитячого населення та осіб похилого віку винесені в табл. 2.6-2.9 Додатку А.

Таблиця 2.2

Добова потреба дорослого населення у мінеральних речовинах
(чоловіки)

Кальцій (мг)	Фосфор (мг)	Магній (мг)	Залізо (мг)	Цинк (мг)	Йод (мкг)	Мідь (мг)	Хром (мкг)	Молібден (мкг)	Селен (мкг)	Марганець (мг)
1200	1200	400	15	15	150	1,0	50	70	70	2,0

Джерело: [22]

Таблиця 2.3

Добова потреба дорослого населення у мінеральних речовинах (жінки)

Група	Кальцій (мг)	Фосфор (мг)	Магній (мг)	Залізо (мг)	Цинк (мг)	Йод (мкг)	Мідь (мг)	Хром (мкг)	Молібден (мкг)	Селен (мкг)	Марганець (мг)
I-IV	1100	1200	500	17	12	150	1,0	50	70	50	2,0
Додатково до норми відповідно до фізичної активності та віку											
Вагітні	300	300	50	9	0,4	200	20	-	-	-	-
Годуючі (1-6 міс.)	400	400	50	26	3,0	200	20	-	-	-	-
Годуючі (7-12 міс.)	400	400	50	26	2,8	200	20	-	-	-	-

Джерело: [22]

Таблиця 2.4

Добова потреба дорослого населення у вітамінах (чоловіки)

Група	С (мг)	А (мкг РЕ)	Е (мг ТЕ)	Д (мкг)	В ₁ (мг)	В ₂ (мг)	В ₆ (мг)	Ніацин (мг НЕ)	Фолат (мкг)	В ₁₂ (мкг)	Біотин (мкг)	К (мкг)	Пантотенова кислота (мг)
I-IV	80	1000	15	5	1,6	2,0	2,0	22	400	3	50	110	5

Джерело: [22]

Таблиця 2.5

Добова потреба дорослого населення у вітамінах (жінки)

С (мг)	А (мкг РЕ)	Е (мг ТЕ)	Д (мкг)	В ₁ (мг)	В ₂ (мг)	В ₆ (мг)	Ніацин (мг НЕ)	Фолат (мкг)	В ₁₂ (мкг)	Біотин (мкг)	К (мкг)	Пантотенова кислота (мг)
70	1000	15	5	1,3	1,6	1,8	16	400	3	50	100	5

Джерело: [22]

В усіх санаторно-курортних закладах України лікарі-дієтологи частіше за все назначали пацієнтам столи за системою дієт Певзнера по групах захворювань. Дієти Певзнера – це класична система лікувального харчування, яка була розроблена лікарем-дієтологом Мануїлом Ісааковичем Певзнером у 1920-1940-х роках. Вона залишається основою дієтотерапії в багатьох країнах, зокрема в санаторно-курортних закладах України. Ця система включає 15 основних дієт або «столів», кожна з яких призначена для певної групи захворювань. Вони враховують такі показники, як:

- енергетичну цінність;
- хімічний склад (білки, жири, вуглеводи, солі, рідини);
- спосіб приготування страв;
- режим харчування (кількість прийомів їжі на добу, інтервали);
- індивідуальні особливості організму.

Дієти підбираються індивідуально, на підставі медичних показань та особистих показників хворого. Як було сказано раніше, поділ цих дієт вважається застарілим, тому частіше за все користуються модифікованими варіантами, наприклад 5п – при панкреатиті, 9а – при легкому діабеті. До спеціальної категорії належить дієта №0, яка призначається хворим у післяопераційний період для максимального щадіння органів травлення. Детальна інформація, яка узагальнює види щадіння та дозволені або заборонені продукти для основних дієт за Певзнером вказані у табл. 2.6.

Таблиця 2.6

Види щадіння та набір сировини в дієтах Певзнера

№ столу	Показання	Вид щадіння	Дозволені продукти	Заборонені продукти
0	Післяопераційний період	Механічне, хімічне, термічне	Рідкі бульйони, киселі, слабкі чаї	Вся тверда їжа, спеції, кислі соки
1	Виразкова хвороба шлунку, гастрити із збереженою функцією	Механічне, хімічне, термічне	Протерті супи, каші, парові котлети	Груба клітковина, смажене, гостре
2	Гастрити із секреторною недостатністю, хронічні ентерити і коліти	Помірне механічне та хімічне	Відварене м'ясо, риба, каші	Груба їжа, бобові, гострі страви
3	Хронічні хвороби кишківника зі закрепами	Механічне	Овочі, фрукти, кисломолочні продукти	Смажене, копченості, шоколад
4	Хронічні хвороби кишківника у стадії загострення зі проносами	Механічне, хімічне	Слизові супи, протерті каші	Молоко, свіжі овочі та фрукти
5	Хвороби печінки і жовчних шляхів	Хімічне, термічне	Нежирне м'ясо, риба, овочі	Жирне м'ясо, смажене, яйця
6	Подагра, сечокам'яна хвороба	Хімічне	Молочні продукти, овочі	М'ясо, риба, бобові
7	Хвороба нирок	Хімічне	Рослинна їжа, обмеження білка	Сіль, м'ясні бульйони
8	Ожиріння	Калорійне обмеження	Овочі, фрукти, нежирне м'ясо	Жирне, солодке, борошняне
9	Цукровий діабет	Хімічне	Овочі, нежирне м'ясо, крупи	Цукор, солодощі, білий хліб
10	Хвороби серцево-судинної системи зі НК 1-П	Хімічне, термічне	Овочі, фрукти, нежирне м'ясо	Сіль, жирне м'ясо, алкоголь
11	Туберкульоз	Підвищена калорійність	Білкові продукти, молоко, яйця	Жирне м'ясо, смажене
12	Неврологічні захворювання	Хімічне	Легка їжа, молочні продукти	Кофеїн, алкоголь
13	Гострі інфекційні хвороби	Підвищена калорійність	Білкові продукти, вітаміни	Жирне, смажене
14	Сечокам'яна хвороба зі лужною реакцією сечі	Хімічне	М'ясо, риба, яйця	Молочні продукти, овочі
15	Перехідна до звичайного харчування. Захворювання, що не потребують спеціальних лікувальних дієт	Раціональне харчування	Всі продукти в помірних кількостях	Надмірне вживання жирного, смаженого

Джерело: складено автором на підставі [23]

Харчове щадіння – це сукупність методів кулінарної та раціональної обробки їжі, спрямованих на мінімальне навантаження на органи травлення і відновлення функцій організму. Щадіння поділяється на механічне, хімічне та термічне. Мета механічного щадіння зменшити подразнення слизової оболонки шлунково-кишкового тракту за рахунок консистенції їжі. Ознаки механічного щадіння являють собою:

- Вживання подрібненої, протертої або рідкої їжі.
- Виключення жорстких, грубих волокон (наприклад, капуста, редька, шкірка фруктів).
- Уникнення смажених страв, які утворюють грубу кірку.

Метою хімічного щадіння є зменшення хімічного подразнення слизової травного тракту. До ознак хімічного щадіння входять:

- Виключення продуктів, що стимулюють секрецію шлункового соку (гостре, солоне, копчене, мариноване).
- Обмеження кислоти, ефірних олій, спецій, кофеїну, алкоголю.
- Раціон із низьким вмістом солі та цукру.

В свою чергу метою термічного щадіння є запобігання термічного подразненню слизових оболонок. Ознака термічного щадіння є подача страви теплою, не гарячою і не холодною. При термічному щадінні заборонено вживання надто гарячих та надто холодних страв або напоїв.

Головною особливістю дієтичного харчування за Певзнером при лікуванні різних захворювань є оптимальна калорійність кожного столу, при цьому людина під час його використання не відчуває голоду та отримує тільки користь [6, с. 37].

Для лікувальних закладів встановлено як мінімум 4-разове харчування, для деяких груп хворих (захворювання серця, виразкова хвороба) – 5-6-разове. Необхідно рівномірно розподіляти денний раціон, пам'ятаючи, що на вечерю має припадати 25-30 % калорійності добового раціону. Між окремими прийомами їжі не можна допускати перерву більше ніж 4 години, а між вечерю та сніданком перерва не повинна перевищувати 10-11 год [24, с. 38].

При 5-разовому харчуванні вводять другий сніданок, а при 6-разовому – полуденок. Прийом їжі в один і той самий час виробляє у хворих умовний рефлекс та сприяє поліпшенню апетиту. Призначати хворому на тривалий час один і той самий дієтичний стіл не можна, оскільки суворе лікувальне харчування є до певної міри обмеженим і неповноцінним. Необхідно періодично змінювати харчовий режим, а іноді допускати деякі відхилення від суворого режиму [24, с. 38].

Для прикладу роздивимось Санаторій «Березовий гай», розташований у місті Хмільник Вінницької області, відомий своїм високоякісним дієтичним харчуванням, яке є невід'ємною частиною оздоровчого процесу. Харчування тут організовано з урахуванням сучасних стандартів дієтології та індивідуальних потреб пацієнтів [39].

У санаторії практикується чотириразове харчування: сніданок, обід, вечеря та друга вечеря. Меню формується за системою попереднього замовлення, що дозволяє гостям обирати страви відповідно до своїх смакових уподобань та медичних показань. Особлива увага приділяється дієтам, що вказані на рис. 2.1, які призначаються лікарями залежно від стану здоров'я пацієнтів.

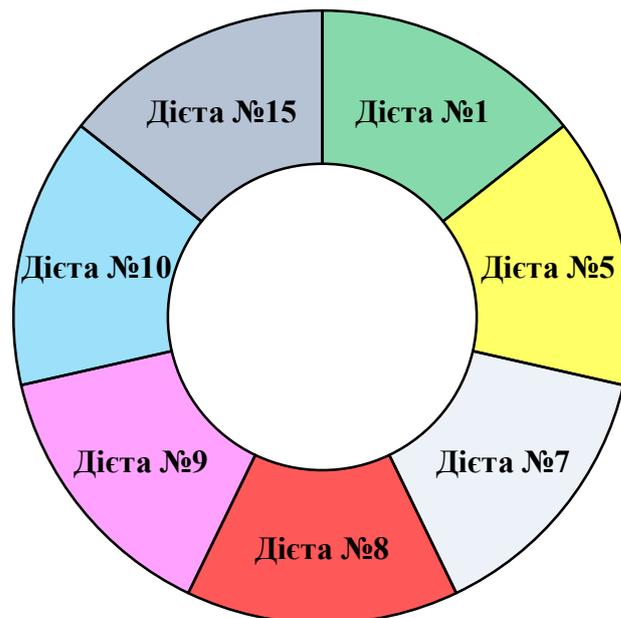


Рисунок 2.1 – Перелік дієт, які практикує Санаторій «Березовий гай»
Джерело: складено автором на підставі [39]

Страви готуються з натуральних продуктів, з використанням сучасного обладнання, що забезпечує високу якість та збереження корисних властивостей інгредієнтів. Важливим елементом раціону є вітамінний стіл, який щодня пропонує свіжі овочі та салати, сприяючи підтримці вітамінного балансу в організмі. Крім того, санаторій славиться своєю ароматною випічкою власного виробництва, яка користується популярністю серед відпочивальників [39].

Графік роботи їдальні для гостей вказаний у табл. 2.7. Такий режим харчування сприяє оптимальному засвоєнню їжі та підтримці енергетичного балансу протягом дня.

Таблиця 2.7

Графік харчування у Санаторії «Березовий гай»

Приєм їжі	Час
Сніданок	9.00 - 10.00
Обід	13.00 - 14.00
Вечеря	18.00 - 19.00
Друга вечеря	20.00 - 20.30

Джерело: складено автором на основі [39]

Відгуки гостей свідчать про високий рівень обслуговування та якість харчування в санаторії. Пацієнти відзначають уважне ставлення персоналу, смачні та корисні страви, а також можливість індивідуального підходу до формування раціону. Деякі відгуки вказують на бажання оновлення інтер'єру їдальні, проте це не знижує загального позитивного враження від харчування.

У санаторії «Березовий гай» є санаторні програми лікування та реабілітації, які вказані на рис. 2.2.



Рисунок 2.2 – Перелік програм лікування та реабілітації санаторію «Березовий гай»

Джерело: складено автором на основі [39]

Як ми бачимо на рис. 2.1-2.2 у санаторію присутнє дієтичне харчування, яке відповідає програмам лікування та реабілітації. При програмі «Діабет – СТОП!» входить харчування за дієтичним столом №9, при програмах «Відновлення після COVID-19», «Лікування захворювань опорно-рухового апарату», «Лікування та реабілітації для хворих із захворюваннями нервової системи», «Лікування та реабілітації для хворих із захворюваннями шкіри призначається» призначається дієта №15, при «Лікуванні та реабілітації для хворих із захворюваннями серцево-судинної системи» – стіл №10, а при «Лікуванні та реабілітації для хворих із захворюваннями ендокринної системи та обміну речовин» – столи №7,8 та 9. Але всі ці види дієтичного харчування призначаються тільки після консультації та огляду лікарів та можуть коригуватись в залежності від стану хвороби пацієнта.

Інший приклад – це санаторно-курортний комплекс «Моршинкурорт», який знаходиться у місті Моршин, Львівської області і є одним із провідних закладів оздоровлення в Україні. Однією з ключових складових оздоровчого процесу тут є дієтичне харчування, яке організовано з урахуванням сучасних стандартів дієтології та індивідуальних потреб пацієнтів. Види дієтичного харчування вказані на рис. 2.3.

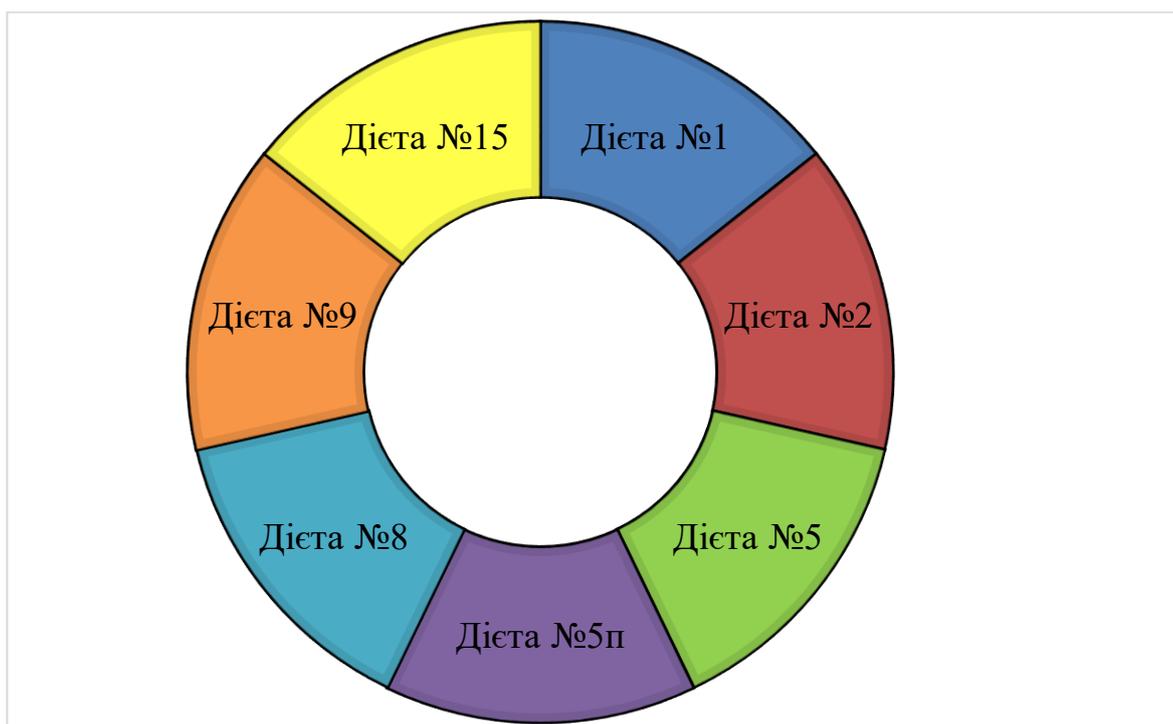


Рисунок 2.3 – Перелік дієт, які практикує санаторно-курортний комплекс «Моршинкурорт»

Джерело: складено автором на основі [40]

У «Моршинкурорті» впроваджено систему харчування за типом «шведський стіл», що дозволяє гостям самостійно обирати страви відповідно до своїх смакових уподобань та медичних показань. На всі види дієт розроблено 7-денні сезонні меню, що забезпечують різноманітність та збалансованість раціону. Особливу увагу в «Моршинкурорті» приділяють харчуванню пацієнтів з харчовими непереносимостями. Спільно з Проектом «Безглютенове та безлактозне харчування в Україні» було впроваджено спеціальні дієтичні меню, які виключають продукти, що містять глютен та

лактозу. Для страв за цими дієтами виділено окремі столи, де гості можуть обирати те, що до смаку [40].

Раціон харчування в санаторії включає свіжі овочі та фрукти, соки, йогурти, натуральні напої та мінеральну воду. Графік харчування передбачає сніданок, обід, вечерю, а також додаткові прийоми їжі, такі як другий сніданок та полуденок, за призначенням лікаря. Такий режим сприяє оптимальному засвоєнню їжі та підтримці енергетичного балансу протягом дня [40].

Організація харчування в санаторно-курортних закладах є складною системою, що поєднує медичні, технологічні та адміністративні підходи для забезпечення повноцінного та безпечного харчування пацієнтів.

В організації харчування обов'язково приймає участь лікар-дієтолог та медична сестра-дієтолог, які в свою чергу повинні тісно співпрацювати з шефом-дієтологом або завідувачем виробництва, який спеціалізується на дієтичному та лікувальному харчуванні. Лише в умовах постійної комунікації між лікарем і кухнею можна адаптувати меню під індивідуальні потреби пацієнтів (алергії, непереносимість, супутні захворювання). Шеф-дієтолог має точно дотримуватись інструкцій лікаря щодо складу, калорійності, термічної та механічної обробки страв – навіть незначне відхилення може вплинути на перебіг хвороби. Спільна робота дозволяє оперативно реагувати на зміни стану пацієнтів і вносити корективи в раціон, а також вносити корективи пов'язані з сезонністю продуктів, які надходять до харчоблоку. Крім того, скоординоване планування закупівель, меню та виробничих процесів сприяє економії, зниженню харчових відходів і поліпшенню сервісу. Якщо у штаті присутній технолог, то в його обов'язки входить дотримуватись вимог ХАССП, а лікар, в свою чергу, контролює вплив харчових факторів на здоров'я, що в сукупності забезпечує максимальну безпеку для пацієнтів.

Ефективна співпраця лікаря-дієтолога та шефа-дієтолога є критично важливою для реалізації повноцінного, безпечного та результативного лікувального харчування в санаторно-курортних умовах. Вона є гарантом

якості медичного обслуговування і позитивної динаміки в процесі відновлення здоров'я пацієнтів.

На відміну від лікарень, у закладах санаторно-курортного типу харчування відбувається у залах, призначених для споживання їжі, а не у палатах. Винятком, звісно, слугує ситуація коли пацієнт не має фізичної можливості відвідувати загальне приміщення. В цьому випадку, організовується доставка харчування до кімнати відвідувача, а потім збір посуду та залишків.

Весь персонал, який залучений до організації споживання повинен дотримуватись санітарно-гігієнічних вимог, а саме:

- Дотримання державних стандартів (ДСанПіН, ДСТУ) щодо умов зберігання, приготування та подачі їжі.
- Системи контролю якості та безпеки харчових продуктів (НАССР), санітарний контроль виробничих приміщень, персоналу, інвентарю.
- Проведення регулярного інструктажу персоналу з питань особистої гігієни та санітарного режиму.

Крім цього, важливою складовою організації харчування являє собою матеріально-технічна база, кадрове забезпечення та логістика процесу. Матеріально-технічна база харчоблоку санаторно-курортного закладу є критично важливим елементом для реалізації принципів повноцінного, раціонального та лікувального харчування. Від її укомплектованості, технічного стану та відповідності санітарним вимогам залежить не тільки якість приготованих страв, а й безпека пацієнтів. Харчоблок повинен бути зонований на такі основні ділянки: приймальна (сировинна), овочева, м'ясо-рибна, гарячий та холодний цехи, дієтична кухня, роздавальна, мийна зона для посуду та окрема для інвентарю. Кожна ділянка має бути обладнана згідно з вимогами ДБН, ДСанПіН та норм НАССР. Зонування попереджає перехресне зараження харчових продуктів і дозволяє чітко організувати технологічний процес. Приміщення для зберігання сировини повинні відповідати нормам температурного режиму, вологості, провітрювання. В окремих приміщеннях

зберігають сухі продукти, овочі, м'ясо, молочні вироби. У великих закладах передбачено транспортні візки, термоконтейнери для доставки страв до споживачів, що важливо при багатоповерховій структурі будівель.

Щодо устаткування, то наявність сучасного обладнання - передумова для якісного приготування лікувально-дієтичних страв. Обов'язкове обладнання, яким повинна оснащуватись кухня санаторного закладу вказано у табл. 2.8.

Таблиця 2.8

Список обов'язкового обладнання у закладах
санаторно-курортного типу

Найменування	Застосування
Пароконвекційні печі	забезпечують щадну термічну обробку (паріння, запікання без жиру), зберігаючи вітаміни та мінерали.
Комбіновані кухонні машини	для подрібнення, шинкування, змішування.
Мармити та теплові лінії	підтримка температури готових страв під час подачі.
Холодильне обладнання	для зберігання сировини та готової продукції при відповідних температурних режимах (холодильники з роздільними відсіками, морозильні камери).
Ваги, термометри, лабораторне обладнання	для контролю якості та точності технологічних процесів.

Джерел: розробка автора

Дієтичні страви потребують окремого маркованого інвентарю та посуду. Задля запобігання алергічним реакціям та перехресному забрудненню використовують кольорове кодування, а вся техніка та інвентар проходять щоденну санітарну обробку. Контроль ведеться через санітарні журнали.

Належна матеріально-технічна база – це не лише вимога державних стандартів, а запорука реалізації лікувальної функції харчування. Вона дозволяє забезпечити безпечну обробку сировини, технологічну точність, гігієнічність процесів та відповідність приготованих страв дієтичним призначенням.

Ще одна важлива частина організації – це логістика. Логістика у сфері харчування – це не лише транспортування та зберігання, як у класичному розумінні, а система управління усім харчовим процесом від планування до контролю споживання готової продукції. У санаторно-курортних установах, де дієтичне харчування виконує лікувальну функцію, логістичні процеси повинні бути організовані особливо чітко та відповідно до медичних стандартів. Закупівлі продуктів здійснюються за планами-графіками з урахуванням строків зберігання, партійності та термінів доставки, а також з дотриманням принципів ХАССП.

Створюється щоденний технологічний графік приготування: почергове завантаження обладнання, оптимізація робочих місць. Здійснюється поетапний контроль якості (на етапах обробки, приготування, подачі). Для великих закладів (кілька корпусів, павільйонів) організовується внутрішня логістика з використанням термоконтейнерів, роздаткових візків або спеціального транспорту. Важливо забезпечити збереження температурного режиму до моменту споживання та дотримуватись графіку видачі їжі, який складається з урахуванням режиму дня пацієнтів, процедур і медичних призначень.

Логістика харчового процесу в санаторно-курортному закладі – це не просто рух продуктів, а цілісна, керована система з багатьма учасниками (медики, кухарі, дієтологи, адміністрація), що має працювати злагоджено, своєчасно і гнучко. Її правильна організація сприяє підвищенню ефективності дієтичного харчування, оптимізації ресурсів та покращенню здоров'я пацієнтів.

Організація лікувального харчування в санаторно-курортних закладах України є багаторівневою системою, що базується на поєднанні медичних, технологічних і адміністративних компонентів. Основним завданням цієї системи є не лише задоволення фізіологічних потреб пацієнтів, а й забезпечення цілеспрямованого впливу на процеси одужання та відновлення функцій організму через харчові фактори.

2.2. Загально організаційна характеристика санаторію «Курорт Орлівщина»

Організаційно-функціональна модель санаторно-курортного закладу визначає особливості його роботи, профіль лікування, матеріально-технічне забезпечення та систему харчування. У межах цього дослідження розглянемо діяльність санаторію «Курорт Орлівщина» як приклад сучасного оздоровчого закладу, що поєднує медичні, дієтологічні та реабілітаційні підходи до відновлення здоров'я. Аналіз організаційної структури, кадрового складу, інфраструктури та особливостей харчування дозволяє оцінити ефективність функціонування закладу у контексті оптимізації лікувального харчування.

Санаторій «Курорт Орлівщина», раніше відомий як «Санаторій Новомосковський», розташований за адресою вул. Лісова, 32, с. Орлівщина, Новомосковський р-н., Дніпропетровська обл., являє собою приватною установою. Єдиний в регіоні бальнео-кліматичний курорт з джерелами лікувальних мінеральних вод для зовнішнього та внутрішнього застосування, успішний представник новітніх санаторно-курортних технологій, гарант надання якісних послуг та відпочинку [25].

Комплекс знаходиться на березі річки Самара, серед реліктового соснового лісу, що створює сприятливі умови для оздоровлення. Клімат у цій місцевості помірно континентальний, з теплим літом та м'якою зимою. Середньорічна температура повітря становить близько +9°C. На території санаторію є природне джерело йодобромної хлоридно-натрієвої води з

мінералізацією 47,0-53,0 г/дм³, вмістом йоду 5,0 мг/дм³ та бромом 46,5-74,4 мг/дм³, що використовується для зовнішнього застосування [25]. Реліктовий сосновий ліс забезпечує повітря, насичене фітонцидами, що сприяє зміцненню імунітету та покращенню функцій дихальної системи. Близькість до річки Самара дозволяє проводити водні процедури, які мають загально-зміцнюючий ефект. Віддаленість від промислових підприємств та наявність природних ландшафтів забезпечують високий рівень екологічної чистоти, що є важливим фактором для санаторно-курортного лікування. Зображення зони розташування санаторію ми бачимо на рис. 2.4.

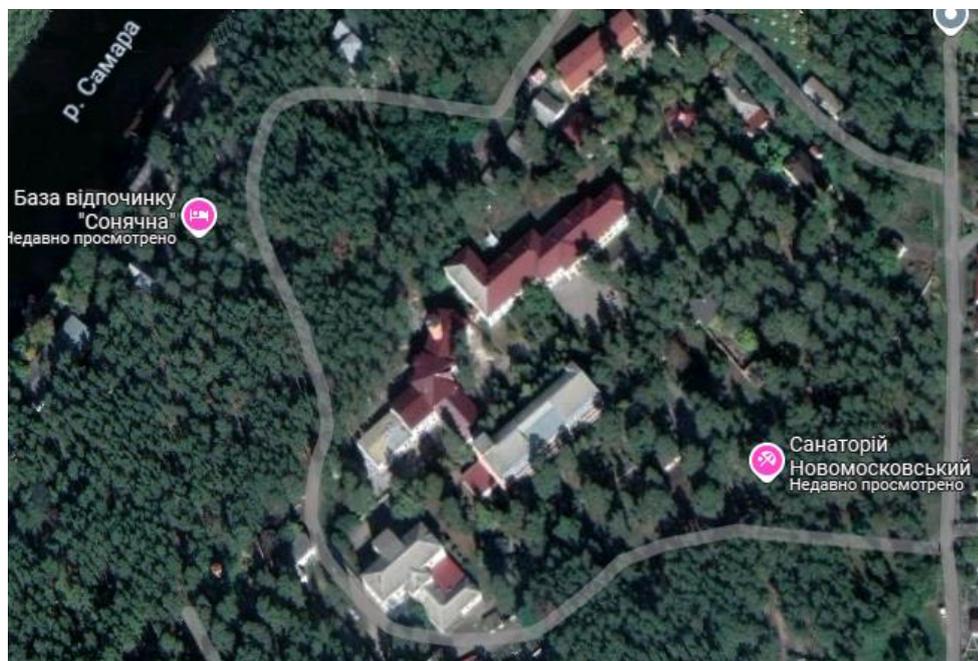


Рисунок 2.4 – Зона розташування Санаторій «Курорт Орлівщина» [26]

Санаторно-курортний комплекс «Курорт Орлівщина» має розгалужену інфраструктуру, що дозволяє одночасно забезпечувати комфортне перебування, ефективне лікування та оздоровлення пацієнтів різного віку й профілю. Структура закладу включає адміністративні, лікувальні, житлові, рекреаційні та допоміжні підрозділи, які функціонують як єдина інтегрована система.

До житлової інфраструктури відносяться 6 дво-, три- та чотирьохповерхових готельних корпусів з номерами різних категорій комфорту - від стандартних до преміум. Деякі корпуси зображені на рис. 2.5 – 2.7.



Рисунок 2.5 – Двоповерховий корпус [25]



Рисунок 2.6 – Триповерховий корпус [25]



Рисунок 2.7 – Чотириповерховий корпус [25]

Для любителів VIP-відпочинку, на території санаторію розташовано екомістечко з 5 індивідуальних дерев'яних котеджів категорії «Люкс», які зображені на рис. 2.8 [25]. Номери обладнані всім необхідним: кондиціонерами, холодильниками, телевізорами, wi-fi та автономним опаленням.



Рисунок 2.8 – Котеджні будинки на території санаторію «Курорт Орлівщина» [25]

Організаційна структура санаторію «Курорт Орлівщина» є багаторівневою і побудована відповідно до функціональних завдань закладу: надання медичних, оздоровчих, дієтологічних, реабілітаційних та побутових послуг. Вона забезпечує цілісне управління всіма процесами – від поселення відпочивальника до реалізації повного комплексу лікувальних процедур.

Керівництво закладом здійснює директор (головний лікар), якому підпорядковуються заступники за напрямками – з медичної частини, з господарських питань, з економіки. Адміністративна структура також включає бухгалтерію, відділ кадрів, юридичну службу та секретаріат.

Сервісний блок включає адміністраторів корпусів, покоївок, технічний персонал, охорону, пральню, транспортну службу та благоустрій території. Крім того, в санаторії функціонують СПА-комплекс, басейн, культурно-масовий сектор і дитяча кімната.

Організаційна структура «Курорту Орлівщина» є гнучкою та адаптивною, що дозволяє закладу ефективно реагувати на запити пацієнтів і впроваджувати сучасні стандарти курортної медицини. Такий комплексний підхід забезпечує високий рівень оздоровлення та задоволеності клієнтів, а також сприяє безперервному розвитку санаторію.

Медичний блок є одним з ключових структурних підрозділів. Він включає терапевтичне відділення, кабінети вузькопрофільних спеціалістів (кардіолога, невропатолога, фізіотерапевта), клініко-діагностичну лабораторію, кабінети функціональної діагностики (ЕКГ, УЗД). Відділення лікувальної фізкультури, масажу та фізіотерапії забезпечують реабілітаційну складову. Роботу медичного персоналу координує заступник з медичної частини.

Санаторій «Курорт Орлівщина» здійснює санаторно-курортне лікування, перелік категорій якого наведено у табл. 2.9 та відповідно до яких реалізує оздоровчі програми, представлені у табл. 2.10.

Таблиця 2.9

Перелік категорій лікування та вид харчування у санаторію «Курорт
Орлівщина»

№	Категорія лікування при захворюванні:	Вид харчування
1	Органів травлення	Дієта №1 або 2, або 5.
2	Органів дихання	Дієта №5.
3	Ендокринної системи	Дієта №9.
4	Системи кровообігу	Дієта №4 або 5, або 10.
5	Кістково-м'язової системи	Дієта №15.
6	Нервової системи	Дієта №12.

Джерело: складено автором на основі [25]

Таблиця 2.10

Список оздоровчих програм та послуг і процедур, які входять в них у
санаторію «Курорт Орлівщина»

№	Назва програми	Послуги і процедури
1	Вихідного дня	Прийом мінеральної води «Новомосковська»; відвідування пляжу; ароматерапія; курс здоров'я під керівництвом інструктора лікувальної фізкультури; заняття в залі лікувальної фізкультури; масаж; прийом трав'яного чаю за призначенням лікаря; прийом кисневої пінки; магнітотерапія стоп.
2	Синдром хронічної втоми	лабораторне і психоемоційне тестування;

		<p>заняття з психологом за індивідуальними програмами;</p> <p>загальнозміцнюючі процедури;</p> <p>бальнеопроцедури;</p> <p>масаж;</p> <p>фізіолікування (індивідуальний підбір);</p> <p>фізична реабілітація: ЛФК, скандинавська ходьба, заняття у тренажерному залі;</p> <p>нетрадиційні методи лікування: точковий лазер;</p> <p>прийом мінеральної води, фіточаю, кисневої пінки, коктейлю;</p> <p>культурно-розважальні програми;</p> <p>звичайне (дієтичне) або комерційне харчування (за вибором).</p>
3	Сколіоз, порушення постави	<p>заняття в тренажерному залі;</p> <p>скандинавська ходьба;</p> <p>лікувальна фізкультура (ЛФК);</p> <p>масаж, як ефективний засіб при лікуванні сколіозу;</p> <p>бальнеотерапія;</p> <p>фізіотерапевтичні процедури (індивідуальний підхід);</p> <p>механотерапія;</p> <p>гідрокінезотерапія;</p> <p>естетична терапія;</p> <p>кліматотерапія;</p> <p>правильне, збалансоване харчування.</p>

4	Корекція ваги	<p>дієта з обмеженням простих вуглеводів і жирів (розрахунок калорій проводиться індивідуально);</p> <p>ранкова гімнастика;</p> <p>дозована ходьба;</p> <p>скандинавська ходьба;</p> <p>бодіфлекс або пілатес;</p> <p>заняття в тренажерному залі за індивідуальною програмою під керівництвом досвідченого інструктора;</p> <p>обов'язкові заняття з психологом для вироблення правильної мотивації;</p> <p>прийом лікувальної мінеральної води "Новомосковська";</p> <p>застосування бальнеопроцедур (індивідуально за показаннями);</p> <p>фізіопроцедури (індивідуально за показаннями);</p> <p>ручний і вакуум-масаж проблемних зон;</p> <p>очищаючі фітосбори.</p>
5	Детокс	<p>лабораторне та функціональне обстеження;</p> <p>консультація провідного спеціаліста-гастроентеролога;</p> <p>розвантажувальна дієтотерапія з визначенням індивідуального загального калоражу;</p> <p>лікувальна гімнастика під керівництвом досвідченого інструктора;</p>

		<p>сліпе дуоденальне зондування (тюбаж жовчовивідних шляхів);</p> <p>бальнеопроцедури;</p> <p>масаж лікувальний;</p> <p>лазеропунктура по показанням;</p> <p>фітозбори для очистки організму.</p>
6	<p>Оздоровлення дітей з енурезом (віком 5-12 років)</p>	<p>фізична та психологічна реабілітація;</p> <p>індивідуальна психокорекція;</p> <p>сімейна психотерапія;</p> <p>лікувальна фізкультура і масаж;</p> <p>бальнеопроцедури;</p> <p>кліматотерапія.</p>
7	«Здорові ніжки»	<p>Цілодобовий медичний пост;</p> <p>консультація та нагляд лікаря упродовж всієї лікувальної програми (програму веде лікар загальної практики (терапевт);</p> <p>клінічний аналіз крові;</p> <p>загальний аналіз сечі;</p> <p>коагулограма (час згортання крові, протромбіновий індекс);</p> <p>біохімічний аналіз крові(загальний холестерин, нирковий комплекс – за показаннями);</p> <p>електрокардіограма;</p> <p>УЗД та доплер судин нижніх кінцівок(за призначенням лікаря);</p> <p>магнітотерапія (полюс, магнітер);</p> <p>д'арсонваль-терапія нижніх кінцівок;</p> <p>лазеротерапія (сканування);</p> <p>масаж нижніх кінцівок;</p> <p>грязелікування – апплікації ілових грязей;</p>

	ЛФК(вправи, направлені на зміцнення м'язів та судин нижніх кінцівок); лікувальна ходьба за маршрутами теренкурів; заняття на тренажерах; скандинавська дозована ходьба; психоемоційне розвантаження (ароматерапія); киснева терапія; фітотерапія.
--	---

Джерело: складено автором на основі [25]

Знаходячись у закладі за санаторно-курортним лікуванням дієтичне харчування є обов'язковим (табл. 2.11), але за оздоровчими програмами (табл. 2.11) харчування дається на вибір або за показаннями лікарів: звичайне (дієтичне) або комерційне харчування. Харчоблок санаторію складається з кухонного комплексу, їдальні, складів та холодильних приміщень. За організацію лікувального харчування відповідають лікар-дієтолог та технолог-дієтолог. Приготування страв здійснюється за технологічною документацією відповідно до дієтичних стандартів, а контроль якості харчування є щоденною обов'язковою процедурою.

Проведемо аналіз кількості клієнтів-пацієнтів, який дозволе визначити динаміку відвідуваності медичного закладу та ефективність запропонованих лікувальних програм (таб. 2.11).

Таблиця 2.11

Аналіз відвідування клієнтів-пацієнтів санаторію «Курорт Орлівщина»

№	Вид лікування/програми та дієти	2020	2021	2022	2023	2024
1	Органів травлення. Дієта №1/2/5	8280	7692	1935	1592	926

2	Органів дихання. Дієта №5	1315	986	455	346	205
3	Ендокринної системи №9	9321	7526	1892	2445	2932
4	Системи кровообігу №4/10	546	482	232	185	90
5	Кістково-м'язової системи №15	632	684	2651	2893	3496
6	Нервової системи №12	593	411	1231	1319	1326
7	Синдром хронічної втоми №15	641	592	982	1005	1452
8	Сколіоз, порушення постави №15	5962	4893	981	642	485
9	Корекція ваги/ Детокс №8	2154	1962	453	984	1492
10	Вихідного дня	9565	9322	2348	2269	2975

Джерело: складено автором на основі [25]

На основі таб. 2.15 складемо діаграму для більш детального розгляду ситуації:

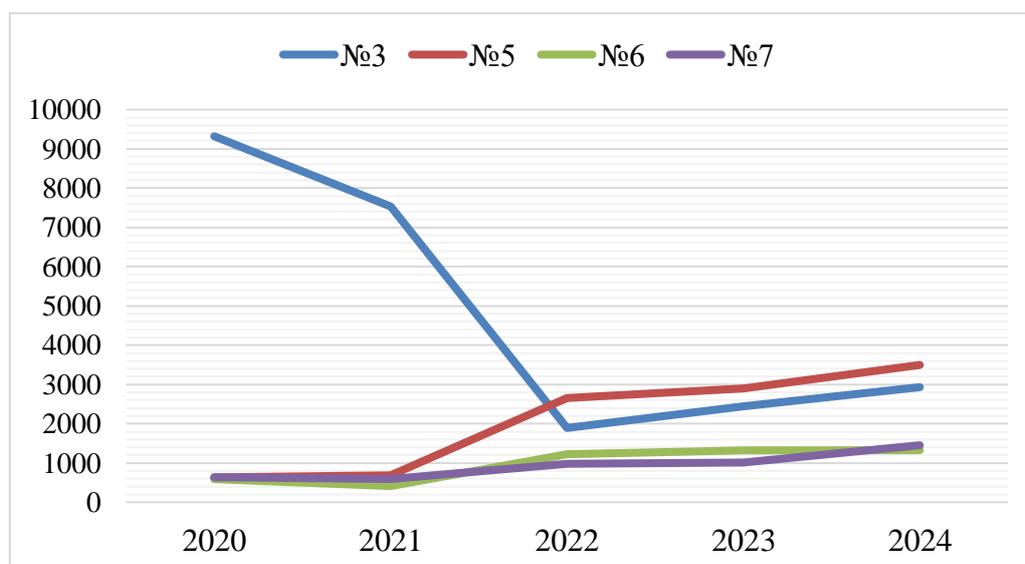


Рисунок 2.9 – Аналіз кількості клієтів з хворобами №3, 5, 6, 7

Джерело: складено автором на основі [25]

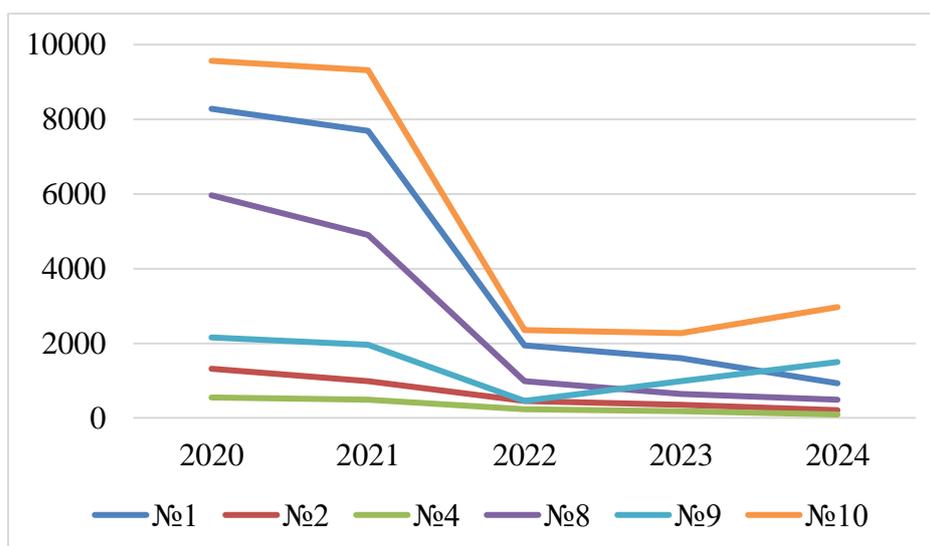


Рисунок 2.10 – Аналіз кількості відвідувачів за програмою/лікуванням №1, 2, 4, 8, 9, 10

Джерело: складено автором на основі [25]

Особливу увагу було приділено вивченню харчових уподобань пацієнтів відповідно до типів призначених програм лікування. Було виявлено, що раціон харчування значно варіюється залежно від виду терапії – від дієтичного харчування при захворюваннях шлунково-кишкового тракту до спеціалізованих програм для пацієнтів із метаболічними розладами. Такий аналіз сприяє оптимізації лікувального процесу та покращенню якості обслуговування. Ми бачимо великий стрибок зменшення або збільшення кількості хвороб. І цей стрибок відбувся 2022 року на початок військових подій в Україні. Не зважаючи на зменшення населення країни, хвороби нервової, ендокринної та кістково-м'язової системи і синдром хронічної втоми зростають кожен рік, хоча до війни – вони мали спад серед пацієнтів закладу (рис 2.9). Хвороби дихання, сколірзу або порушення постави та системи кровобігу зменшуються (рис. 2.10). Захворювання органів травлення має спад, пов'язаний з тенденцією здорового харчування, що ми можемо побачити за статистикою програм «Корекція ваги» або «Детокс» (рис. 2.10).

Санаторій має сучасну кухню з дієтичним виробництвом, яке дозволяє готувати страви відповідно до медичних показань (столи №1–15). В їдальні

санаторію організовано 3-разове повноцінне, збалансоване за основними компонентами (білки, жири, вуглеводи, вітаміни, мікроелементи) харчування. Для дітей і відпочиваючих з цукровим діабетом і після операцій, в санаторії організовано роздільне харчування. Є можливість приготування протертих страв, дробове харчування, додаткова вечеря для відпочиваючих, які отримують інсулінотерапію. Щодня в раціоні м'ясні, рибні, молочні продукти, свіжі овочі, фрукти та соки. Також харчоблок практикує меню на замовлення – кожен відпочиваючий може вибрати страви на свій смак із запропонованих варіантів. Їдальня розрахована на 250 місць, вона розділена на зали для пацієнтів різних категорій (стандартного та індивідуалізованого харчування). Також є окреме меню для дітей, людей з алергіями, вегетаріанців [25].

Також, для гостей санаторію на березі річки Самара розташований культурно-діловий комплекс – ресторан «Козацька слобода» з танцювальним майданчиком, який зображений на рис. 2.11.



Рис. 2.11. – Ресторан «Козацька слобода». Відкритий зал [25]

Заклад у своєму підпорядкуванні має танцювальний майданчик, закриті (рис. 2.12) та відкритими залами (рис. 2.11), а також конференц-залом, який вміщує 70 осіб (рис. 2.13).



Рисунок 2.12 – Закритий зал ресторану «Козацька слобода» [25]



Рисунок 2.13 – Конференц-зал ресторану «Козацька слобода» [25]

Серед рекреаційних та оздоровчих об'єктів санаторно-курортний комплекс має:

- СПА-центр: масажні кабінети, сауни, джакузі, контрастні душі.
- Басейн з терморегуляцією, соляна кімната, аромакімната.
- Зони активного відпочинку: спортивний майданчик, тренажерний зал, пішохідні та велодоріжки.
- Дитячий майданчик і дитяча кімната з вихователями [25].

Інфраструктура «Курорту Орлівщина» відповідає сучасним вимогам санаторно-курортного обслуговування, поєднуючи комфорт проживання з широкими можливостями для профілактики, лікування і реабілітації. Її збалансована структура дозволяє забезпечити індивідуальний підхід до кожного відпочивальника, включаючи харчування, медичні процедури та психологічний комфорт.

2.3 Аналіз технологічної документації щодо лікувального харчування у санаторії «Курорт Орлівщина»

Ефективне функціонування системи лікувального харчування в санаторно-курортному закладі значною мірою залежить від правильно організованої технологічної документації. У санаторії «Курорт Орлівщина» ця документація є структурованою, сучасною та повністю узгодженою з вимогами чинного санітарного законодавства, а також стандартами раціонального та дієтичного харчування.

Технологічна документація – це сукупність регламентованих документів, що визначають правила, методи та норми приготування страв. Її функція полягає не лише в забезпеченні організованого кулінарного процесу, а й у гарантуванні того, що кожна страва відповідатиме встановленим медико-дієтичним нормам, буде безпечною, якісною та корисною для пацієнта. У лікувальному харчуванні, на відміну від звичайного громадського харчування, будь-яке відхилення від рецептури або способу обробки може вплинути на самопочуття і перебіг захворювання.

У харчоблоці закладу використовується стандартний перелік документів, що регламентує приготування та облік страв:

- Технологічні карти страв – основний документ, що містить інформацію про рецептуру, сировинний набір, спосіб приготування, вихід порцій, калорійність і харчову цінність страви. В їдальні їх налічується більше 750 одиниць.

- Меню-розкладки – щоденні плани харчування для різних дієт (наприклад, стіл №5, №9, №15) із зазначенням калорійності кожного прийому їжі.
- Перспективне меню – планове меню, яке розробляється на 7, 10 або 14 днів і погоджується з дієтологом та технологом. Воно враховує сезонність, наявність сировини, вартість продуктів, а також індивідуальні потреби пацієнтів.
- Журнали контролю – включають облік якості готової продукції, температурного режиму, проб та візуальної оцінки страв, що подаються.
- Карти санітарного оброблення інвентарю та обладнання.

Кожен з цих документів не лише оформлюється відповідно до вимог Держпродспоживслужби, а й проходить періодичний внутрішній перегляд для актуалізації згідно з оновленими настановами МОЗ України.

Всі наявні технологічні карти у «Курорті Орлівщина» оформлені відповідно до вимог МОЗ України та ДСТУ. Вони містять таку інформацію:

- назву страви та її призначення (наприклад, стіл №9 – діабетичне харчування);
- точні дані про вагу продуктів у брутто та нетто;
- опис етапів приготування із зазначенням часу, температури, способу обробки;
- особливості подачі: температура, порційність, допустимі відхилення;
- показники харчової та енергетичної цінності;
- позначення дієтичних особливостей (низькосольова, безглютенна, вегетаріанська тощо).

Уся технологічна документація створюється у тісній співпраці між лікарем-дієтологом та технологом-дієтологом. Перед запуском нового меню проводиться розрахунок калорійності відповідно до фізіологічних потреб пацієнтів різного віку, статі, рівня фізичної активності, наявних захворювань.

Особливу увагу приділяють:

- зниженому вмісту кухонної солі для пацієнтів з артеріальною гіпертензією;
- виключенню простих вуглеводів для осіб із цукровим діабетом;
- підвищеному вмісту клітковини та вітамінів для пацієнтів із захворюваннями ШКТ;
- високобілковим діетам для осіб із постковідними станами.

Працівники кухні готують страви суворо дотримуються технологічних карт. Застосовуються методи щадної кулінарної обробки - варіння, запікання, приготування на пару. Щоденно технолог-дієтолог та лікар-дієтолог здійснюють контроль за дотриманням технології приготування, дегустацію готової продукції, перевіряють відповідність страв меню-розкладкам. Також, ведеться облік залишків сировини, її якість при прийомі перевіряється відповідною документацією (сертифікати, накладні, температурні листи).

Аналіз технологічної документації у санаторії «Курорт Орлівщина» свідчить про високий рівень організації лікувального харчування. Наявність стандартизованих технологічних карт, дієтологічно обґрунтованого меню, чітко налагоджена система контролю за приготуванням і безпекою страв дозволяють реалізовувати принципи сучасної нутріціології та сприяти ефективному відновленню здоров'я пацієнтів. Такий підхід забезпечує відповідність харчування не лише санітарно-гігієнічним нормам, а й індивідуальним медичним потребам кожного відпочивальника.

РОЗДІЛ 3

ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ КУЛІНАРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ЛІКУВАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ В САНАТОРНО- КУРОРТНИХ ЗАКЛАДАХ

3.1. Оптимізація процесу приготування страв в санаторно-курортних закладах

В умовах зростаючої потреби населення у відновленні здоров'я, профілактиці хронічних захворювань та реабілітації, особливо в післяковідний період і під час збройного конфлікту в Україні, значення санаторно-курортного лікування суттєво зросло. Однією з ключових складових такого лікування є лікувальне харчування, яке впливає не лише на загальний стан організму, а й безпосередньо на ефективність медичних процедур, відновлення імунітету та покращення якості життя пацієнтів.

У цьому контексті актуальним постає питання оптимізації процесу приготування страв, тобто вдосконалення технологічного, організаційного та дієтологічного підходів до харчування в санаторно-курортних умовах. Сучасна практика демонструє, що застарілі методи обробки продуктів, недосконала організація праці на харчоблоках, а також невідповідність меню актуальним нутріціологічним нормам можуть знижувати ефективність оздоровлення та викликати ускладнення в осіб з супутніми патологіями.

Оптимізація дозволяє:

- зберігати максимальну біологічну цінність продуктів;
- скорочувати час приготування без втрати якості;
- впроваджувати щадні методи кулінарної обробки;
- адаптувати страви до індивідуальних потреб пацієнтів;
- підвищувати рівень безпеки та санітарного контролю.

У сучасних санаторно-курортних закладах лікувальне харчування відіграє ключову роль у процесі оздоровлення та реабілітації пацієнтів.

Оптимізація кулінарних технологій спрямована на збереження максимальної кількості корисних речовин у продуктах, покращення їх засвоюваності та відповідність дієтичним нормам. Використання інноваційних методів термічної обробки такі як парове приготування, су-від, низькотемпературне запікання, а також автоматизація виробничих процесів та індивідуалізація раціонів сприяють підвищенню ефективності лікувального харчування. Розробка та впровадження новітніх технологій дозволяє не лише покращити якість страв, а й зробити їх більш привабливими для споживачів, що підвищує ефективність санаторно-курортного лікування загалом [27].

Сучасна організація лікувального харчування в санаторно-курортних закладах базується на поєднанні медичних рекомендацій, технологічних нормативів та практичних вимог до безпечності, якості та смакових характеристик страв. Технологічний процес приготування страв у таких установах регламентується відповідними нормативними документами (ДСТУ, ДСанПіН, інструкціями МОЗ), однак на практиці існує чимало проблем і викликів, які потребують детального аналізу з метою подальшої оптимізації.

Технологічний процес приготування страв у більшості санаторіїв, включаючи «Курорт Орлівщина», передбачає типову послідовність операцій:

1. Приймання та первинний контроль якості сировини (візуальна оцінка, температурний режим).
2. Сортування, очищення, миття.
3. Подрібнення, замочування, термічна обробка.
4. Формування страви (теплова кулінарна обробка: варіння, запікання, тушкування).
5. Подача або зберігання в мармітах/термосистемах.
6. Видача споживачеві згідно з режимом харчування.

Кожен етап супроводжується санітарно-гігієнічним контролем та фіксується у виробничій документації. Однак у багатьох закладах процеси залишаються частково неавтоматизованими, що спричиняє втрати часу та порушення температурних режимів.

Під час аналізу реального функціонування харчоблоку санаторію «Курорт Орлівщина» можна виокремити кілька типових проблем, притаманних і іншим санаторно-курортним установам України:

- Застаріле обладнання: хоч у частині відділень використовуються пароконвектомати та сучасні варочні системи, значна частина процесів виконується вручну, що знижує продуктивність праці та збільшує ризики порушення санітарного режиму.
- Втрати поживних речовин: через надмірну або невідповідну теплову обробку. Наприклад, традиційне тривале варіння овочів може знижувати вміст вітаміну С до 50–70%.
- Невідповідність технологічних карт фактичному процесу - у деяких випадках відбувається спрощення рецептур, заміна інгредієнтів через обмежений асортимент сировини.
- Механічна обробка сировини вручну - низька ефективність, високе навантаження на персонал.
- Відсутність персоналізованого підходу до харчування: хоч меню формально враховує дієти за Певзнером, в реальності рідко реалізується індивідуалізація раціону за станом пацієнта.

Існуюча система, хоч і базується на стандартах, не завжди здатна гнучко реагувати на призначення лікаря. Наприклад, якщо пацієнт потребує безглютенової дієти або харчування зі зниженим вмістом калію - в рамках типових меню реалізація таких вимог є складною без додаткової оптимізації процесу або окремого індивідуального приготування.

У багатьох закладах не налагоджений ефективний механізм обміну інформацією між лікарем-дієтологом, кухнею та пацієнтом, що унеможлиблює швидке внесення змін у раціон.

Ще однією проблемою є низький рівень презентації страв. Дієтична їжа часто асоціюється у пацієнтів із несмачною або одноманітною їжею. Це призводить до зниження апетиту, порушення режиму харчування, особливо серед дітей, людей похилого віку або пацієнтів з депресивними станами.

Відсутність інновацій у подачі та смаковому оформленні значно зменшує терапевтичний потенціал харчування.

У рамках чинних нормативів, санітарний контроль залишається обов'язковим етапом. У «Курорті Орлівщина» ведуться журнали контролю якості страв, температурні листи, здійснюється відбір добових проб. Однак практична реалізація іноді обмежується лише формальним заповненням документації без глибокого аналізу.

Ще однією важливою складовою технологічного процесу є кваліфікація персоналу. Брак сучасної підготовки, нерегулярне проходження курсів підвищення кваліфікації, відсутність знань у сфері нутріціології - все це знижує якість виконання технологічних карт і загальний рівень організації процесу. Особливо гостро ця проблема проявляється у закладах, де харчування не є пріоритетним об'єктом контролю з боку адміністрації.

Існуючий технологічний процес приготування страв у більшості санаторно-курортних закладів України, включно з «Курортом Орлівщина», характеризується певною усталеністю, але потребує глибокої оптимізації. Йдеться не лише про оновлення обладнання, а й про впровадження сучасних технологічних підходів, автоматизацію процесів, розширення функцій дієтолога та підвищення кваліфікації персоналу. Аналіз виявлених недоліків є базою для впровадження ефективних змін, які дозволять покращити якість харчування, його відповідність медичним стандартам і задоволення потреб пацієнтів.

Впровадження інноваційних підходів до оптимізації процесу приготування страв у санаторно-курортних умовах повинно базуватися на сучасних досягненнях дієтології, технології харчування та менеджменту. Одним із провідних напрямів є впровадження автоматизованих систем керування виробничим процесом, що дозволяє не лише контролювати дотримання технологічних параметрів, а й формувати індивідуальні раціони харчування в реальному часі на основі даних про стан здоров'я пацієнта.

Значна увага має приділятися також використанню функціональних продуктів і компонентів, збагачених вітамінами, мінералами, пробіотиками, омега-3 жирними кислотами та іншими біологічно активними речовинами. У раціонах для пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями або метаболічними порушеннями доцільним є застосування спеціалізованих харчових сумішей або замінників традиційних інгредієнтів (наприклад, рослинні білки, безглютенові крупи).

Наступним кроком у напрямі оптимізації є поєднання кулінарної естетики з дієтологічними вимогами. Подача страв має бути візуально привабливою, кольорово збалансованою, з урахуванням текстури, запаху й температури. Це дозволяє стимулювати апетит, особливо у пацієнтів із депресивними або астеничними станами, сприяючи кращому засвоєнню їжі та формуванню позитивного ставлення до процесу оздоровлення.

Також важливою складовою оптимізації є впровадження системи безперервного моніторингу й оцінки ефективності харчування. Збір даних про залишки їжі, скарги пацієнтів, об'єктивні показники стану здоров'я дозволяє не лише коригувати меню, а й аналізувати ефективність певних дієт у контексті конкретних медичних діагнозів. Це відкриває шлях до доказової дієтології у санаторно-курортних умовах.

Ключовою умовою для досягнення зазначених змін є створення мультидисциплінарної команди, до якої входять лікарі, дієтологи, кухарі, технологи, психологи, а також спеціалісти з організації харчування. Така взаємодія забезпечує цілісний підхід до організації раціонального, безпечного та ефективного лікувального харчування.

На рівні державної політики важливо підтримувати впровадження інновацій у систему лікувального харчування шляхом оновлення нормативної бази, стимулювання інвестицій у харчоблоки, підготовки кадрів і популяризації здорового способу життя. Участь закладів у пілотних проєктах, обміни досвідом між регіонами, залучення міжнародного досвіду - усе це сприятиме трансформації вітчизняної санаторно-курортної системи.

Одним із перспективних напрямів розвитку галузі є впровадження мікрокулінарних технологій, які дозволяють підвищити ефективність харчової терапії за рахунок точного дозування, збереження корисних властивостей продуктів і використання інноваційних методів обробки. Оптимізація процесу приготування страв із застосуванням таких технологій сприяє не лише поліпшенню смакових і дієтичних характеристик їжі, а й підвищенню рівня автоматизації та контролю якості [27].

Мікрокулінарні технології вважаються сучасним підходом до приготування їжі, що прогнозує використання точних методів обробки продуктів на мікрорівні з метою покращення їхніх дієтичних, органолептичних та лікувальних властивостей. Дуже яскравий приклад такої технології приготування уособлює низькотемпературне приготування або ж технологія су-від. Суть технології полягає в тому, що при приготуванні м'яса, риби, фруктів і овочів використовуються спеціальні вакуумні пакети. Всі інгредієнти готуються при низькій температурі до 72 годин. Такий метод дозволяє готувати страви у власному соку. При цьому всі смакові якості проявляються набагато яскравіше, а продукти зберігають ніжність і м'якість [27, 28]. Ця технологія використовується переважно для м'ясних або рибних страв, які в свою чергу багаті на вітаміни А, О, РР, групи вітамінів В, а у рибних продуктах ще й вітаміни D та С. Перелічені вітаміни дуже важливі при лікуванні багатьох захворювань з якими звертаються до санаторно-курортних закладів. Багато людей, які хочуть відпочивають або оздоровлюються у таких закладах мають нестачу у вітамінах, тому питання про збереження вітамінів у стравах дуже важливе в наш час.

Не менш популярна інноваційна технологія РасоJet (пакоджеттінг). Суть технології полягає в змішуванні і гомогенізації харчових продуктів. Технологія РасоJet дозволяє отримати охолоджену кулінарну продукцію з сильним природним смаком, відмінною консистенцією і ідеальною температурою подачі. Унікальність технології полягає в тому, що

гомогенність продукції досягається за рахунок найменшого дроблення продуктів без використання хімічних агентів [28].

Парове приготування страв є стандартним видом приготування при лікувальному харчуванні, тому що у більшості дієтичних столів є заборона на смажені страви. Також у більшості лікувальних дієт є обмеженні у кількості солі та цукру [27].

Впровадження інноваційного обладнання, зокрема пароконвектоматів, вакуумного готування та автоматизованих систем контролю процесу приготування, дозволяє підвищити якість страв та знизити витрати ресурсів [27].

Раціоналізація технологічного процесу також передбачає вдосконалення логістики постачання, використання локальних і сезонних продуктів, а також дотримання принципів НАССР для забезпечення безпеки харчування. Важливим аспектом є персоналізація дієт, що дозволяє адаптувати харчування відповідно до медичних показань, смакових уподобань та алергенності продуктів [27].

У підсумку, оптимізація процесу приготування страв у санаторно-курортних закладах - це комплексне завдання, що вимагає поєднання технологічних інновацій, сучасної дієтології, кадрового забезпечення та ефективного менеджменту. Лише системний підхід дозволить досягти мети — створити функціональну, гнучку і пацієнтоорієнтовану модель харчування, яка стане невід’ємною складовою якісного оздоровлення в умовах сучасних викликів.

3.2. Застосування інноваційних кулінарних технологій щодо лікувального харчування в Україні

У сучасних умовах розвитку медичної та оздоровчої галузі України особливої уваги набуває питання підвищення ефективності лікувального харчування. Харчування перестало бути лише засобом підтримки

фізіологічних потреб організму – воно стало активним елементом терапевтичного процесу, особливо в умовах санаторно-курортного лікування. Одним з найперспективніших напрямів удосконалення цього процесу є впровадження інноваційних кулінарних технологій, які поєднують медичні вимоги до складу їжі з естетикою подачі, збереженням біологічної цінності продуктів та смаковими якостями.

Інновації у сфері харчових технологій охоплюють не лише використання сучасного обладнання, а й впровадження нових методик приготування, зокрема низькотемпературної обробки, вакуумного приготування, ферментації, ензимного насичення. Такі підходи дозволяють досягти високої біологічної цінності страв при одночасному зниженні навантаження на травну систему пацієнтів. Особливо це важливо для осіб з хронічними захворюваннями, ослабленим імунітетом, післяопераційним станом або у період реабілітації.

Сувід використовує контрольовану температуру води для приготування їжі. Це дозволяє досягти рівномірного нагрівання продуктів без перегріву. Температура зазвичай знаходиться в діапазоні від 55 до 65 °C для м'яса, що забезпечує пастеризацію продуктів і знищення патогенних мікроорганізмів [29].

При сувідному приготуванні білки м'яса денатуруються повільніше, що забезпечує збереження соковитості і м'якості продукту. Низькі температури також запобігають утворенню жорстких білкових структур, що часто відбувається при традиційному способі приготування. Серед переваг сувиду:

1. Збереження смаку і аромату:

- Вакумна упаковка дозволяє зберегти натуральний смак і аромат продуктів, оскільки всі соки залишаються всередині.

2. Контроль температури:

- Метод сувиду дозволяє точно контролювати температуру приготування, що мінімізує ризик перегріву та збереження оптимальної текстури.

3. Збереження поживних речовин:

- Завдяки низьким температурам і вакуумному середовищу зберігається більше вітамінів і мінералів у готових стравах.

Зважаючи на вищезазначене, можна зробити висновок, що для покращення харчової цінності м'ясних страв доцільним є використання методу приготування сувід у лікувальнохарчуванні також [29].

Пароконвектомати на сьогоднішній день є майже на всіх українських харчоблоках, які надають послуги пов'язані з харчуванням. Виключення становлять кухні з маленьким приміщенням або заклади ресторанного господарства малої потужності. Пароконвектомат – це кухонний прилад, який поєднує функції пароварки та конвекційної печі. Завдяки цьому він здатний готувати їжу за допомогою пари, гарячого повітря або їх комбінації. Основна перевага технології полягає у можливості зберігати максимальну кількість корисних речовин у продуктах, оскільки парова обробка є однією з найделікатніших [30].

Ці прилади можуть оснащуватись різними програмами та функціями, такими як автоматичне налаштування температури та вологості, що дозволяє досягти ідеального результату при приготуванні різних страв. Крім того, пароконвектомати часто мають функцію самоочищення, що значно спрощує їх обслуговування.

Переваги пароконвектоматів:

- парова обробка дозволяє зберегти вітаміни та мінерали у продуктах, що робить їжу більш здоровою;
- завдяки поєднанню пари та гарячого повітря, страви готуються значно швидше, ніж у звичайній духовці;
- пароконвектомати дозволяють готувати практично будь-які страви, включаючи м'ясо, рибу, овочі, десерти тощо;
- конвекція забезпечує рівномірний розподіл тепла, що дозволяє досягти ідеального пропікання страв;
- швидке нагрівання та збереження тепла дозволяє економити електроенергію;

- більшість моделей мають функцію автоматичного очищення, що значно спрощує догляд за приладом;

- страви залишаються соковитими та зберігають свою природну текстуру, оскільки парова обробка мінімізує втрату вологи [30].

Пароконвектомати дозволяють готувати їжу з мінімальною кількістю жиру, що є особливо важливим для пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями та хворобами шлунково-кишкового тракту. Індукційні плити - це енергоефективне обладнання, яке забезпечує рівномірний розподіл тепла, скорочує час приготування їжі та запобігає утворенню канцерогенів, що виникають під час перегріву масла. Мультифункціональні кухонні машини - пристрої, які поєднують у собі функції подрібнювачів, змішувачів, блендерів і кухонних комбайнів, що значно полегшує процес підготовки інгредієнтів та економить час. Вакуумні пакувальники дозволяють зберігати продукти без втрати їхніх корисних властивостей, що знижує кількість харчових відходів і покращує організацію харчового процесу, а також є допоміжним пристроєм при приготуванні методом су-від, який в свою чергу зберігає структуру та смакові якості продуктів, а також їхню поживну цінність [31].

У санаторіях активно впроваджують міжнародні стандарти безпеки харчування (наприклад, НАССР), що дозволяє контролювати якість продуктів на всіх етапах - від закупівлі до подачі на стіл. Деякі заклади також використовують RFID-технології для відстеження термінів придатності продуктів та їхнього походження, а також автоматичні датчики температури, які встановлюються в холодильних і морозильних камерах для забезпечення постійного контролю за температурним режимом зберігання продуктів [31].

Деякі санаторії використовують комплексні медичні системи, що поєднують дієтологічні бази даних з електронними медичними картами пацієнтів. Такі системи допомагають лікарям та дієтологам швидко коригувати раціони відповідно до змін у стані здоров'я пацієнта. Санаторно-курортні заклади України можуть застосовувати різноманітне програмне забезпечення для оптимізації харчування та контролю за калорійністю страв.

Одним із таких рішень є «Рарус: Управління готелем», яке забезпечує оперативне управління, має різноманітні інструменти для аналізу даних, дозволяє вести єдину базу обліку, ефективно координує роботу всіх підрозділів готелю, а також об'єднує в одній базі облік по мережі готелів, зокрема й організації раціонального харчування для відпочивальників. Крім того, для розрахунку калорійності та складання індивідуальних дієтичних меню можуть використовуватися спеціалізовані програми, такі як «NutriBase». Вони дозволяють підібрати раціон відповідно до індивідуальних потреб клієнтів, що є важливим аспектом для закладів, які надають послуги оздоровлення [31].

Використання інноваційних технологій у лікувальному харчуванні дозволяє значно підвищити ефективність харчової терапії в санаторно-курортних закладах. Високотехнологічне обладнання забезпечує якість та безпечність страв, а програмне забезпечення сприяє ефективному управлінню всім циклом харчування. Інтеграція цих технологій дозволяє санаторіям підвищити рівень обслуговування, зробити харчування не лише корисним, а й максимально комфортним для пацієнтів [31].

3.3. Міжнародний досвід організації лікувального харчування

Лікувальне харчування є невід'ємною частиною медичної допомоги та реабілітації, а його правильна організація має важливе значення для відновлення здоров'я, профілактики ускладнень і підвищення якості життя пацієнтів. У країнах із розвиненими системами охорони здоров'я сформовані ефективні моделі організації дієтичного харчування, які базуються на наукових підходах, стандартизації, мультидисциплінарному супроводі та тісній інтеграції з лікувальним процесом. Аналіз міжнародного досвіду дозволяє виділити кращі практики та оцінити можливості їх адаптації в Україні.

У більшості країн ЄС лікувальне харчування є частиною загальної системи охорони здоров'я та інтегроване в клінічну практику. У лікарнях, реабілітаційних центрах, хоспісах і санаторіях функціонують окремі дієтологічні служби, що відповідають за складання раціонів відповідно до медичних показань.

У Німеччині, Франції, Швеції та інших країнах діє стандартне розмежування дієт відповідно до стану пацієнта: енергетична цінність, білково-жировий склад, консистенція, наявність алергенів тощо. Харчування в лікарнях фінансується в межах системи медичного страхування, що дозволяє забезпечити якісне меню з урахуванням потреб пацієнтів.

У більшості клінік працюють ліцензовані дієтологи, які є членами мультидисциплінарної команди. Вони проводять оцінку нутритивного статусу, визначають ризики мальнутриції, складають індивідуальні плани харчування та здійснюють моніторинг ефективності дієтотерапії.

Наприклад, у Великій Британії практикується індекс MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) для виявлення ризику недостатнього харчування в усіх госпіталізованих пацієнтів. У разі виявлення проблеми дієтолог розробляє персоналізовану нутритивну підтримку [32].

Європейські клініки широко використовують комп'ютеризовані системи для планування меню, контролю калорійності та відстеження алергенів. Прийнято використовувати багатоваріантні меню, у т.ч. з урахуванням релігійних або етичних уподобань (вегетаріанські, халяльні тощо).

Деякі країни, зокрема Нідерланди, впроваджують концепцію "гостинного харчування" (hospitality catering), коли їжа в лікарнях подається як у ресторані - із вибором страв, красиво оформлена, зі зручним графіком доставки до ліжка [33].

У Сполучених Штатах система лікувального харчування відзначається високим рівнем стандартизації, технологічного забезпечення та розвитку нутриціології як наук. Американська асоціація дієтологів (Academy of

Nutrition and Dietetics) розробила низку настанов, серед яких важливе місце займають Medical Nutrition Therapy (MNT) - медична нутритивна терапія, що є основою для лікувального харчування в госпіталях [34]. У більшості лікарень США працюють дієтологи з сертифікатом Registered Dietitian (RD). Вони є повноправними членами команди лікаря та несуть відповідальність за лікувальні дієти.

У США практикується підхід evidence-based, тобто лікувальне харчування ґрунтується на доказах. Існує система клінічних протоколів, які регламентують харчування при різних захворюваннях: діабеті, онкопатології, нирковій недостатності, ожирінні, алергіях тощо [35].

Також активно використовується ентеральне та парентеральне харчування як частина нутритивної підтримки тяжкохворих пацієнтів. Крім того, в США активно розвивається послуга лікувального харчування на дому для хронічно хворих або осіб похилого віку (наприклад, програма Meals on Wheels) [36].

В свою чергу японська модель лікувального харчування вирізняється балансом між сучасними нутритивними стандартами та використанням традиційної японської кухні. У Японії велика увага приділяється профілактиці через харчування. Вважається, що правильно підібраний раціон допомагає уникнути багатьох хвороб, тому в японських клініках дієтотерапія тісно пов'язана з концепцією довголіття та якості життя.

Меню пацієнтів часто включає рис, рибу, овочі, ферментовані продукти та мінімум обробленої їжі. Зберігається гармонія смаку, зовнішнього вигляду та користі.

В Японії на державному рівні регламентовано обов'язкову наявність дієтолога в кожному медичному закладі. Існує окрема професія - "керівник харчування" (nutrition manager), який відповідає за всю систему дієтичного забезпечення в лікарні. У великих госпіталях використовуються роботизовані системи доставки їжі, контроль якості на кожному етапі - від закупівлі до

подачі страв. Активно впроваджується персоналізоване харчування на основі генетичних даних та мікробіоти [37].

Яскравим прикладом для розгляду є і Канада. Вона має одну з найрозвиненіших систем медичного харчування, яка орієнтована на комфорт пацієнтів і враховує багатокультурне населення країни. У канадських лікарнях активно використовується концепція room service dining - коли пацієнти можуть замовляти їжу у зручний для них час з електронного меню. Це підвищує задоволеність лікуванням і зменшує харчові відходи.

У зв'язку з мультикультурним складом населення, канадська система передбачає адаптацію дієт до етнічних і релігійних традицій пацієнтів. Наприклад, є меню для мусульман, іудеїв, індусів, а також спеціальні раціони для веганів і вегетаріанців. Важливою складовою є пацієнтська освіта щодо раціонального харчування після виписки. Дієтологи проводять індивідуальні консультації та групові заняття, що знижує ризик рецидивів хронічних захворювань [38].

Міжнародний досвід показує, що ефективна система лікувального харчування базується на наступних ключових принципах:

- Інтеграція з лікувальним процесом: дієтолог є частиною медичної команди.
- Індивідуалізація: харчування підбирається за медичними, культурними, релігійними критеріями.
- Наукове обґрунтування: дієтотерапія ґрунтується на доказовій базі.
- Технологічна підтримка: використання цифрових систем планування, доставки та контролю якості їжі.
- Освітній компонент: інформування пацієнтів про принципи здорового харчування.

Аналіз міжнародного досвіду організації лікувального харчування свідчить про те, що в багатьох розвинених країнах світу ця система є невід'ємною складовою комплексного лікувального процесу. Застосування персоналізованих дієтичних підходів, впровадження мультидисциплінарних

команд (що включають лікарів, клінічних дієтологів, нутриціологів, психологів), використання сучасних форм подачі їжі (наприклад, room service dining або hospitality catering), а також активне використання інформаційних технологій для моніторингу харчового статусу пацієнтів дозволяють значно підвищити ефективність терапії, знизити ризики ускладнень і прискорити одужання.

Такі країни, як США, Канада, Нідерландів та Японії демонструють високий рівень інтеграції лікувального харчування в систему охорони здоров'я, де харчування розглядається не лише як допоміжний засіб, а як повноцінний терапевтичний інструмент. Важливими чинниками успішності цих систем є чітко визначені клінічні протоколи, стандарти надання нутритивної підтримки, інституційна підтримка дієтологічної служби та безперервне навчання персоналу.

Для України цей досвід є надзвичайно цінним. Вітчизняна система лікувального харчування, зокрема в санаторно-курортних закладах, потребує модернізації та адаптації сучасних міжнародних практик. Це стосується як технологій приготування і доставки їжі, так і методів персоналізованого підбору раціону, підвищення кваліфікації фахівців, впровадження систем контролю якості харчування та оцінки нутритивного статусу пацієнтів.

Адаптація міжнародного досвіду в Україні може сприяти:

- покращенню якості медичних послуг,
- зменшенню ускладнень та термінів перебування в закладах,
- економії бюджетних коштів за рахунок профілактики ускладнень,
- розвитку міждисциплінарної взаємодії у системі охорони здоров'я,
- формуванню сучасної культури харчування пацієнтів.

Впровадження таких підходів дозволить зробити харчування не лише фізіологічною потребою, а й важливою ланкою у відновленні здоров'я та підвищенні якості життя пацієнтів.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження підтвердило, що сучасний рівень організації лікувального харчування в українських санаторіях значно відстає від міжнародних стандартів не через відсутність нормативів чи наукових напрацювань, а передусім через розрив між потенціалом технологій і їх реальною імплементацією. Хоч в Україні існує багата нормативно-правова база та історично склалися чіткі меню-карти, фактична якість і різноманітність дієт обмежується застарілими методами приготування, недостатнім технологічним обладнанням та браком фахівців із сучасною підготовкою.

По-перше, індивідуалізація раціону пацієнтів залишається формальною: більшість «лікувальних» меню розроблено під масового споживача, без глибокої оцінки нутритивного статусу, алергенних ризиків чи смакових уподобань. Цю прогалину успішно заповнюють заклади в США і Європі, де персональний підхід підтримується інтегрованими інформаційними системами для планування меню і моніторингу результатів терапії.

По-друге, технологічні інновації, які б дозволили максимально зберегти поживні речовини та смакові властивості страв (сувід, пароконвектомати, вакуумне пакування), в українських санаторіях впроваджені фрагментарно. Там, де вони працюють, відзначається зниження харчових втрат, покращення засвоюваності поживних компонентів і підвищення задоволеності пацієнтів.

По-третє, мультидисциплінарна взаємодія – це невід’ємний фактор успіху. Аналіз показав, що в санаторії «Курорт Орлівщина» та подібних закладах дієтологи часто лишаються «на задвірках» процесу прийняття рішень і не залучаються до медичних комітетів. У міжнародній практиці ж дієтолог є повноправним членом команди з реабілітації, що дозволяє оперативно коригувати стратегію харчування відповідно до клінічних змін у пацієнта.

Лікувальне харчування – це не просто набір спеціальних страв і обмежень у раціоні, а стратегічна складова відновлювальної медицини та дієвої профілактики. Санаторно-курортна сфера в Україні, опинившись на

перетині медицини, гастрономії, туризму і здорового способу життя, формує новий запит: не лише лікувати через харчування, а й робити це якісно, інноваційно, з повагою до пацієнта як до свідомого споживача.

Інноваційні кулінарні технології – це не просто технічне оновлення. Це світоглядна зміна, де їжа стає інтегрованим елементом терапевтичного процесу. Такі методи як *sous-vide*, вакуумне зберігання, пароконвектоматна обробка, цифровий облік нутрієнтів або навіть проста можливість вибору страв – формують нову якість санаторно-курортного сервісу. Вони дозволяють не лише зберігати поживні речовини, а й покращують органолептичні якості їжі, що критично важливо у випадках тривалого перебування пацієнта в закладі.

Проте без інтеграції з медичним підходом ці новації не матимуть бажаного ефекту. Тому ключовим завданням на майбутнє є формування мультидисциплінарних команд у санаторіях - дієтологів, нутриціологів, лікарів, кухарів і менеджерів, які спільно розроблятимуть не просто меню, а стратегії харчової реабілітації.

Досвід країн, де лікувальне харчування стало окремою галуззю (як-от Японія, Нідерланди, Канада), свідчить: результативне впровадження залежить не стільки від фінансування, скільки від ідеології. Там, де харчування - це «обов'язок», воно залишається сірим і формальним. Там, де воно – «можливість», з'являються нові рецептури, естетика подачі, вітамінний баланс, індивідуальні підходи.

У цьому контексті оптимізація процесу приготування - це не питання «ефективності кухні», а стратегічне завдання для підвищення якості послуги, конкурентоспроможності закладу і задоволеності пацієнта. Йдеться про перехід від шаблонних страв до інтегративного харчування, що відповідає діагнозу, віку, фізичній активності, уподобанням і навіть психоемоційному стану пацієнта.

Таким чином, дипломна робота підтверджує актуальність потреби у глибокій модернізації підходів до лікувального харчування у санаторно-

курортних установах України. Її результати свідчать, що цей процес має спиратися на такі ключові напрямки:

- оновлення кулінарних технологій з урахуванням збереження біологічної цінності продуктів;
- перехід до персоніфікованого раціону харчування на основі медичних показників;
- впровадження гнучких меню, цифрових інструментів обліку, систем зворотного зв'язку від пацієнтів;
- підвищення ролі дієтолога як ключової фігури у формуванні раціону;
- обмін досвідом із закордонними партнерами, адаптація кращих практик із дотриманням локальних особливостей.

Впровадження цих змін дозволить не лише підвищити ефективність санаторно-курортного лікування, а й модернізувати галузь відповідно до нових стандартів здоров'я та якості життя. Лікувальне харчування має стати не прикладною, а стратегічною частиною національної політики охорони здоров'я.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Береговий. В. К. Основи наукової організації здорового харчування. URL : <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=775>
2. Харчова піраміда – це спосіб збалансувати своє щоденне меню. URL: <https://mydskursy.blogspot.com/2017/10/kharchova-piramida-tse-sposib.html>
3. Соціально-економічні передумови створення в Україні індустрії здорового харчування. URL: <https://studfile.net/preview/2302484/page:4/>
4. Здорове харчування. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B5_%D1%85%D0%B0%D1%80%D1%87%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F
5. Здорове харчування: повний посібник для реального життя. URL: <https://www.ukraine-lifehacker.com/zdorove-kharchuvannia-povnyi-posibnyk>
6. Що таке збалансоване харчування ? URL: <https://nodiet.com.ua/shcho-take-zbalansovane-kharchuvannya/>
7. Здорове харчування: збірник матеріалів для працівників системи охорони здоров'я / укл.: В. В. Брич, В. Й. Білак-Лук'янчук, Г. О. Слабкий, І. Я. Гуцол, Н. Й. Потокій. Ужгород, 2020. 64 с.
8. Правильне харчування – основні принципи та приклад меню. URL: <https://greenleaf.com.ua/uk/pravilne-harchuvannya-osnovni-printsipi-ta-priklad-menu/>
9. Що таке повноцінне харчування? URL: <https://centrmed.com/shho-take-povnoczinne-harchuvannya/>
10. Дієта. URL: <https://uk.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%94%D1%96%D1%94%D1%82%D0%B0&veaction=edit>
11. Лікувальне харчування. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D1%96%D0%BA%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B5_%D1%85%D0%B0%D1%80%D1%87%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F

19. World Health Organization «Healthy diet». URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

20. Інструкція з організації лікувального харчування у закладах охорони здоров'я. Затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.10.2013 р. № 931

21. Порядок організації системи лікувального харчування хворих у закладах охорони здоров'я. Затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.10.2013 р. №931.

22. Норми фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах і енергії. Затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03.09.2017 р. №1073

23. Кручаниця М. І., Миронюк І. С., Розумикова Н. В., Кручаниця, В. В. Основи харчування: підручник. Ужгород: Вид-во УжНУ «Говерла», 2019. 252 с.

24. Борисов В. В., Долинний Ю. О. Основи раціонального харчування: навч. підруч. Краматорськ, ДДМА. 2017. 80 с.

25. Санаторій «Курорт Орлівщина». Офіційний сайт. URL: <https://spa-kurort.com.ua/>

26. Санаторій “Курорт Орлівщина». Google Maps. URL: [https://www.google.com/maps/place/%D0%A1%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%80%D1%96%D0%B9+%22%D0%9A%D1%83%D1%80%D0%BE%D1%80%D1%82+%D0%9E%D1%80%D0%BB%D1%96%D0%B2%D1%89%D0%B8%D0%BD%D0%B0%22+\(%D0%9D%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B8%D0%B9\)/@48.6640135,35.3299767,1620m/data=!3m1!1e3!4m9!3m8!1s0x40d945e7d5cb4d59:0x15c87578ea558e3d!5m2!4m1!1i2!8m2!3d48.6618283!4d35.3347977!16s%2Fg%2F11cn9k_bb9?entry=tту&g_ep=EgoyMDI1MDUxMy4xIKXMDS0JLDEwMjExNDUzSAFQAww%3D%3D](https://www.google.com/maps/place/%D0%A1%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%80%D1%96%D0%B9+%22%D0%9A%D1%83%D1%80%D0%BE%D1%80%D1%82+%D0%9E%D1%80%D0%BB%D1%96%D0%B2%D1%89%D0%B8%D0%BD%D0%B0%22+(%D0%9D%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B8%D0%B9)/@48.6640135,35.3299767,1620m/data=!3m1!1e3!4m9!3m8!1s0x40d945e7d5cb4d59:0x15c87578ea558e3d!5m2!4m1!1i2!8m2!3d48.6618283!4d35.3347977!16s%2Fg%2F11cn9k_bb9?entry=tту&g_ep=EgoyMDI1MDUxMy4xIKXMDS0JLDEwMjExNDUzSAFQAww%3D%3D)

27. Мандибура В. С., Лучанська Ю. Г. Кулінарні технології лікувального харчування в санаторно-курортних закладах: оптимізація процесу

приготування. *Актуальні проблеми та тренди розвитку систем управління в сучасних умовах*: матер. Міжн. наук.-практ. конф. Дніпро. Український державний університет науки і технології. 2025. С. 178-179.

28. Богатирьова Ю.Л. Нові кулінарні технології в ресторанному господарстві, Матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф. "Інноваційний розвиток готельно-ресторанного господарствата харчових виробництв", Кривий Ріг, 30 квітня 2021 р. 378 с. С. 40-41.

29. Вознюк М. Інноваційні технології приготування м'ясних страв. Ресторанні технології. Інноваційні технології ресторанної продукції: Збірник наукових статей студентів, які здобувають освітній ступінь «магістр». Державний торговельно-економічний університет. 2024. С. 32–38.

30. Переваги та недоліки пароконвектоматів. URL: <https://www.blitz.if.ua/news/perevagi-ta-nedoliki-parokonvektomativ>

31. Шмавонян А. А., Тесленко Т. В. Застосування сучасних технологій для організації лікувального харчування в санаторно-курортному закладі. *Актуальні проблеми та тренди розвитку систем управління в сучасних умовах*: матер. Міжн. наук.-практ. конф. Дніпро. Український державний університет науки і технології. 2025. С. 188-189.

32. Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) – OSCE Guide. URL: <https://geekymedics.com/malnutrition-universal-screening-tool-must-osce-guide/>

33. Mourits, M. J. E., & de Leeuw, R. N. H. (2019). *Hospitality catering in Dutch healthcare: a shift towards patient-centered foodservice*. Journal of Foodservice Business Research, 22(3). P. 273-288.

34. Academy of Nutrition and Dietetics. Medical Nutrition Therapy (MNT) Evidence-Based Nutrition Practice Guidelines. URL: <https://www.andean.org/>

35. Mahan, L. K., & Raymond, J. L. *Krause's Food & the Nutrition Care Process* (14th ed.). Elsevier. P. 13-14.

36. Meals on wheels America. URL: <https://www.mealsonwheelsamerica.org/>

37. 日本栄養士会 (Japan Dietetic Association). *Guidelines for Clinical Nutrition Practice in Japan*. URL: <https://www.dietitian.or.jp/>

38. Dubé, L., Paquet, C., Blake, C., & Michaud, V. Hospital Foodservices in Canada: A New Role in Promoting Nutritional Health. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 75(4), 2014. P. 186-192.

39. Санаторій «Березовий гай». Офіційний сайт. URL: <https://sanatory.vn.ua/>

40. Санаторно-курортний комплекс «Моршинкурорт». Офіційний сайт. URL: <https://morshynkurort.net/ua/>

Додаток А

Таблиця 2.6

Добова потреба дитячого населення у мінеральних речовинах

Вікова група	Мінеральні речовини								
	Кальцій (мг)	Фосфор (мг)	Магній (мг)	Залізо (мг)	Цинк (мг)	Йод (мкг)	Селен (мкг)	Фтор (мкг)	Мідь (мг)
0-3 місяці	400	300	50	4	3	90	17	1,0	0,3-0,5
4-6 місяців	500	400	60	7	4	90	17	1,0	0,3-0,5
7-12 місяців	600	500	70	10	7	90	17	1,0	0,3-0,5
1-3 роки	800	800	100	10	10	90	20	1,2	0,3-0,7
4-6 років	800	800	120	10	10	90	20	1,5	1,2
6 років (учні)	800	800	150	12	10	100	30	2,0	1,5
7-10 років	1000	1000	170	12	10	120	30	2,5	1,5
11-13 років (хлопчики)	1200	1200	280	12	15	150	40	2,5	2,0
11-13 років (дівчатка)	1200	1200	270	15	12	150	45	2,5	1,5
14-17 років (юнаки)	1200	1200	400	12	15	150	50	2,5	2,5
14-17 років (давчата)	1200	1200	300	18	13	150	50	2,5	2,0

Джерело: [4]

Таблиця 2.7

Добова потреба дитячого населення у вітамінах

Вікова група	А (мкг РЕ)	Біотин (мкг)	Пантотенова кислота (мг)	Д (мкг)	Е (мкг ТЕ)	К (мкг)	С (мг)	В ₁ (мг)	В ₂ (мг)	РР (мг НЕ)	В ₆ (мг)	В ₁₂ (мг)	Фолат (мкг)
0-3 місяці	400	5	1,7	8	3	5	30	0,3	0,4	5	0,4	0,5	25
4-6 місяців	400	5	1,7	10	4	8	35	0,4	0,5	6	0,5	0,5	40
7-12 місяців	500	6	1,8	10	5	10	40	0,5	0,6	7	0,6	0,6	60
1-3 роки	500	8	2	10	6	15	45	0,8	0,9	10	0,9	0,7	100
4-6 років	500	15	3	10	7	20	50	0,8	1,0	12	1,0	1,0	150
6 років (учні)	500	15	3	10	8	25	55	0,9	1,1	13	1,1	1,2	200
7-10 років	500	20	3	5	10	30	60	1,0	1,2	15	1,2	1,4	200
11-13 років (хлопчики)	600	25	4	5	13	45	75	1,3	1,5	17	1,5	2,0	300
11-13 років (дівчатка)	600	25	4	5	10	45	70	1,1	1,3	15	1,3	2,0	300

414-17 років (юнаки)	600	40	4	5	15	65	80	1,5	1,8	20	1,8	2,0	400
14-17 років (давчата)	600	40	4	5	13	55	75	1,2	1,5	17	1,5	2,0	400

Джерело: [22]

Таблиця 2.8

Добова потреба осіб похилого віку у мінеральних речовинах

Стать, вік (років)	Кальцій (мг)	Фосфор (мг)	Магній (мг)	Залізо (мг)	Цинк (мг)	Йод (мкг)	Селен (мкг)
Чоловіки 60-74	1300	1200	400	15	15	150	70
Чоловіки 75 і старші	1300	1200	400	15	15	150	70
Жінки 60-74	1300	1200	400	15	15	150	70
Жінки 75 і старші	1300	1200	400	15	15	150	70

Джерело: [22]

Таблиця 2.9

Добова потреба осіб похилого віку у вітамінах

Стать, вік	Пантотенова кислота, мг	С, (мг)	А, (мкг РЕ)	Е (мкг)	Д (мкг)	В ₁ (мг)	В ₂ (мг)	В ₆ (мг)	Біотин (мкг)	Ніацин (мг НЕ)	Фолат (мкг)	В ₁₂ (мкг)	К (мкг)
Чоловіки 60-74	5	100	600	25	10	1,7	1,7	3,3	30	15	400	3	65
Чоловіки 75 і старші	5	90	600	20	10	1,5	1,5	3,0	30	13	400	3	65
Жінки 60-74	5	100	600	20	10	1,5	1,5	3,0	30	13	400	3	55
Жінки 75 і старші	5	90	600	20	10	1,5	1,5	3,0	30	13	400	3	55

Джерело: [22]