Государственное бюджетное профессиональное

образовательное учреждение Ставропольского края

«Кисловодский медицинский колледж»

Утверждено

на заседании методического совета

протокол №\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 г.

Зам. директора по ОМ и У(И)Н Р

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ягьяева М.А.

**Методическая разработка для студентов**

**по теме: «Организация питания в стационаре. Кормление тяжелобольных пациентов. Введение документации»**

МДК 04.03 «Техника оказания медицинских услуг»

ПМ 07 Выполнение работ по одной или нескольким специальностям рабочих и должностям служащих «Младшая медицинская сестра по уходу за больными»

для специальности: 31.02.01. Лечебное дело

Согласовано Рассмотрено

Методист Другова Е.Н на заседании ЦМК № 3

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ протокол \_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_2019г.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019г. Председатель ЦМК № 3

 Рыжова Н.А

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выполнила

Преподаватель Дьяченко О.В

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019г.

г. Кисловодск 2019 г.

**Содержание**

Пояснительная записка 3

Стандарт 4

Теоретический блок

# Организация питания в стационаре 6-7

* Виды искусственного питания 7-8
* Дезинфекция и мытье столовой посуды 8-9
* Контроль за санитарным состоянием тумбочек 9-10
* Обязанности палатной мед сестры 10
* Санитарно-гигиеническая уборка пищеблока и буфетных в отделениях стационара. в холодильнике. Сроки хранения продуктов 10-11
* Составление порционного требования. Оформление порционного требования 13-14
* Раздачи пищи 14-17
* Кормление пациента в постели при помощи поильника 18-19
* Кормление пациента в постели с помощью ложки 20-23
* Питьевой режим 23
* Ректальное питание 23-24
* Парентеральное питание 24
* Измерение суточного диуреза 24
* Обучение пациента учету водного баланса 25-26
* Кормление пациента через назогастральный зонд 26-30

Контрольные вопросы 31

Критерии оценок 32-33

Список использованной литературы 34

Приложение 35-44

**Пояснительная записка**

МДК «Технология оказания медицинских услуг», изучаемый в медицинском колледже, является одним из МДК профессионального модуля «Выполнение работ по одной или нескольким специальностям и должностным служащих» Младшая медицинская сестра по уходу за больными».

Методическая разработка предназначена для подготовки к занятию по теме «Организация питания в стационаре. Кормление тяжелобольных пациентов. Введение документации» Она содержит контролирующий материал в виде вопросов. Методическая разработка соответствует Федеральному государственному стандарту среднего профессионального образования по специальностям 31.02.01 Лечебное дело.

Данная тема важна для изучения, так как питание пациентов, особенно, получающих стационарную медицинскую помощь, является неотъемлемой часть лечебного процесса. Множество заболеваний, и не только желудочно-кишечного тракта, требуют изменения соотношения белков, жиров и углеводов, механического или химического щажения, изменения режима приема пищи и т.д. Учитывая все это, врач назначает каждому пациенту диету.

Немаловажная роль в соблюдении пациентами назначенной диеты отводится среднему медицинскому персоналу. Палатная медсестра вместе с буфетчицей раздает пищу, контролирует прием передач и хранение пациентами продуктов, санитарное состояние холодильника. Тщательное соблюдение диеты ведёт к скорейшему выздоровлению, а значит – к повышению качества оказываемой помощи.

**Стандарт**

В соответствии с ФГОС по специальности СПО 31.02.01 Лечебное дело в результате освоения МДК 04.03 Техника оказания медицинских услуг. С целью овладения указанным видом профессиональной деятельности и соответствующими профессиональными компетенциями обучающийся в ходе освоения профессионального модуля должен:

**Студент должен иметь практический опыт:**

* выявление нарушений потребностей пациента
* оказания медицинских услуг в пределах своих полномочий
* планирование и осуществление сестринского ухода
* ведение медицинской документации
* обеспечивать гигиенические условия при получении и доставке лечебного питания для пациентов в ЛПУ

**Студент должен уметь:**

* собирать информацию о состоянии здоровья пациента
* определять проблемы пациента, связанные с состоянием его здоровья

**Студент должен знать:**

* способы реализации сестринского ухода
* технологии выполнения медицинских услуг

**Освоение программы профессионального модуля способствует формированию общих и профессиональных компетенций:**

ПК 7.1 Эффективно общаться с пациентом и его окружением в процессе профессиональной деятельности.

ПК 7.2. Соблюдать принципы профессиональной этики.

ПК 7.5. Оформлять медицинскую документацию

ПК 7.6. Оказывать медицинские услуги в пределах своих полномочий

ПК 7.10. Владеть основами гигиенического питания

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, исходя из цели и способов ее достижения, определенных руководителем.

ОК 3. Анализировать рабочую ситуацию, осуществлять текущий и итоговый контроль, оценку и коррекцию собственной деятельности, нести ответственность за результаты своей работы.

ОК 4. Осуществлять поиск информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач.

ОК 6. Работать в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

**Теоретический блог**

# Организация питания в стационаре

Различают: групповое питание по назначенной диете и индивидуальное. Индивидуальная диета назначается, если у пациента отсутствует аппетит или имеется аллергия на какие-либо продукты, а также имеется истощение, сопутствующее основному заболеванию. При этом из стандартного стола ис­ключают одни, а вводят другие блюда. Иногда необходимо ежедневно составлять меню на следующий день, учитывая вкусы пациента и медицинские показания, например, послеоперационный период.

В некоторых случаях пациентам следует подбирать индивидуальные диеты, согласовав их состав с диетврачом. Некоторым пациентам с целью нормализации тех или иных нарушений обмена веществ рекомендуют разгрузочные дни 1 – 2 раза в неделю.

Большинство диет, особенно назначаемых на длительное время, содержит физиологическую норму всех пищевых веществ (Приложение №1). При повышенной потребности в некоторых пищевых веществах в связи с заболеванием (увеличенный расход белка, витаминов, железа, потеря жидкости, минеральных солей) содержание отдельных компонентов может быть увеличено. В других случаях рекомендуется, наоборот, ограничить или исключить пищевые продукты, которые оказывают неблагоприятное действие на течение заболевания. Иногда (например, в послеоперационном периоде или при остром панкреатите) на короткий срок может быть назначена физиологически неполноценная диета или голод. Наконец, лечение некоторых пациентов требует изменения способа приема пищи и характера кулинарной обработки продуктов.

В ЛПУ существуют две системы внутрибольничной организации приготовления пищи и снабжения ею отделений:

а) централизованная;

б) децентрализованная;

в) смешанная.

При централизованной системе все процессы обработки сырья и приготовления пищи сосредоточены в центральном пищеблоке. При децентрализованной системе эти процессы осуществляются раздельно. Снабжение отделений пищей осуществляется специальным персоналом с помощью внутрибольничного транспорта, обеспеченного термоизолирующей тарой, или для переноски пищи используют бачки и специальные тележки. Температура горячих блюд должна быть 57 - 62 0С, а холодных - не ниже 150С. Для осуществления контроля за питанием в крупных больницах имеются диетврачи, а в отделениях - диетсестры.

Время питания пациента зависит от числа приемов пищи, но перерыв между приемами пищи должен быть не более 4-х часов в дневное время, при 5-и разовом питании вводится второй завтрак, а при 6-и разовом – еще и полдник.

Часы приема пищи

9 00 – 10 00 – завтрак;

13 00 – 14 00 – обед;

18 00 – 19 00 ужин;

21 30 – кефир.

## **Виды искусственного питания**

Когда нормальное кормление пациента естественным путем (через рот) невозможно или затруднено (некоторые заболевания органов полости рта, пищевода, желудка) – пищу вводят в желудок или кишечник (редко) искусственным путем.

Искусственное питание можно осуществить:

1. При помощи зонда, введенного через рот или нос, либо через гастростому.
2. Вводить питательные растворы при помощи клизмы (после очистительной клизмы).
3. Вводить питательные растворы парентеральным путем (внутривенно капельно).

Запомните!

* При искусственном питании суточная калорийность пищи составляет около 2000 калорий, соотношение белков – жиров – углеводов 1: 1: 4.
* Воду пациент получает в виде водно-солевых растворов в среднем 2 литра в сутки.
* Витамины добавляют к пищевым смесям или вводят парентерально.

Показания к применению искусственного питания:

1. Затруднение глотания.
2. Сужение или непроходимость пищевода.
3. Стеноз привратника.
4. Послеоперационный период (после операции на ЖКТ)
5. Неукротимая рвота.
6. Большие потери жидкости
7. Бессознательное состояние.
8. Психозы с отказом от приема пищи.

**Дезинфекция и мытье столовой посуды**

Показания: выполнение санитарно-гигиенических требований.

Оснащение:

* емкость для отходов (закрытые бачки);
* три емкости для обработки посуды;
* щетка;
* 0,5% раствор моющего средства «Прогресс» (возможны применение других моющих средств);
* 0,5% р-р хлорамина;
* вода;
* сушилка.

Алгоритм действий

1. Удалить остатки пищи деревянной лопаткой в емкость для отходов.
2. Вымыть посуду в первой емкости щеткой, водой t – 50 0С с добавлением обезжиривающих средств (кальцинированной соды или 0,5% р-р моющего средства «Прогресс», или порошка горчицы).
3. Провести обеззараживание посуды путем погружения во вторую емкость с 0,5% раствором хлорамина на 30 минут (или в любом другом дезинфицирующем растворе).
4. Ополоснуть посуду в третьей емкости горячей проточной водой (температура не ниже 50 0С).
5. Просушить посуду на специальных решетках, не вытирая.

# Контроль за санитарным состоянием тумбочек, холодильников, за ассортиментом и сроками хранения продуктов

Цель: соблюдение санитарно-противоэпидемического режима, профилактика ВБИ, пищевых отравлений.

Тумбочка:

* Необходимо ежедневно проверять состояние тумбочек пациентов, особенно тяжелобольных (должны быть только предметы личной гигиены, валидол или нитроглицерин, сухое печенье в упаковке и др.);
* обрабатывать 1% хлорамином все поверхности тумбочки во время влажной уборки палат (не менее 2 раз в день);
* после выписки пациента из отделения, полностью обработать тумбочку 1% хлорамином двукратно, затем – проточной водой специальной ветошью.

Скоропортящиеся продукты должны храниться только в холодильнике, а не в тумбочке!

Вещи и продукты, хранящиеся в тумбочке, должны находиться на разных полках.

Холодильник:

* необходимо ежедневно проверять загрузку холодильника продуктами (для каждого продукта – своя полка!);
* продукты пациентов должны храниться в прозрачных пакетах с пометкой: Ф.И.О. пациента, номер палаты, даты помещения продуктов в холодильник;
* проверять срок годности, указанный на упаковке продуктов;
* не реже одного раза в неделю обрабатывать внутреннюю поверхность холодильника 3% раствором гидрокарбоната натрия! При размораживании – 3% раствором гидрокарбоната натрия, затем – раствором столового уксуса. В холодильнике необходимо держать открытый флакон со столовым уксусом – для устранения неприятного запаха;
* ежедневно проверять показания градусника;
* рядом с холодильником или на посту необходимо иметь список реализации продуктов.

# Обязанности палатной мед сестры

1. Осуществлять ежедневный контроль за санитарным состоянием тумбочек, холодильников и их содержимым.
2. Осуществлять ежедневный контроль за дезинфекцией тумбочек, которая должна проводиться ежедневно утром и вечером 1% раствором хлорамина.
3. Производить размораживание холодильника 1 раз в неделю (по графику) с последующей дезинфекцией 1% раствором хлорамина.

# Санитарно-гигиеническая уборка пищеблока и буфетных в отделениях стационара

1. Строго соблюдать режим мытья столовой, кухонной и стеклянной посуды.
2. Уборочный инвентарь после мытья пола дезинфицируется в том же ведре, которое использовалось для уборки (в 0,5 – 1% осветленном растворе хлорной извести – 60 минут, далее прополаскивают в воде и сушат).
3. Ежедневно проводится мытье стен, осветительной арматуры, очистка стекол от пыли. Для дезинфекции помещений (пола, стен, дверей и т.п.) применяют 1% осветленный раствор хлорной извести или хлорамина. Весь уборочный инвентарь должен быть промаркирован, и храниться в специально отведенном месте.

! Буфетчицы должны иметь санитарные книжки.

**Сроки хранения продуктов в холодильнике**

1. Особо скоропортящиеся продукты: (температура от 0 до +8 0)

* Колбаса вареная – 24 часа
* Сосиски, сардельки – 48 часов
* Молоко (в любой таре) – 36 часов
* Кефир, простокваша – 36 часов
* Сметана – 72 часа
* Творог, сырки творожные – 36 часов
* Сыры сладкие в упаковке – 48 часов
* Рыба печеная – 72 часа
* Мясо отварное – 24 часа

2. Скоропортящиеся продукты: (температура от 0 до - 8 0)

* Сливочное масло – до 10 суток
* Сыры соленые – до 15 суток
* Яйца сырые – до 20 суток
* Мороженое – до 5 суток

3. Овощи и зелень, фрукты (при температуре от 0 до +8 0)

* Зелень – 3 – 5 суток
* Ягоды – до 3 суток
* Свежие огурцы – от 3 до 5 суток
* Свежие помидоры – от 3 до 5 суток
* Бананы – до 5 суток.

Для буфетной и столовой выделяется уборочный промаркированный инвентарь.

После каждого приема пищи в столовой и буфетной проводят влажную уборку столов и пола с применением дезинфицирующих средств.

Мочалки и ветошь, применявшиеся для протирания столов и мытья посуды, необходимо замочить в растворе дезинфицирующего средства, а затем прокипятить в течении 15 минут, просушить и хранить в специальном месте.

**Искусственное питание**

Искусственное питание – введение в организм человека питательных веществ при помощи зондов, клизм, а также парентерально (внутривенно или подкожно).

Показания:

* затруднение глотания;
* сужение или непроходимость пищевода;
* стеноз превратника;
* период после операции на пищеводе или желудочно-кишечном тракте;
* неукротимая рвота;
* большие потери жидкости;
* бессознательное состояние;
* психозы с отказом от приема пищи.

При искусственном питании суточная калорийность пищи составляет около 2000 калорий, соотношение бел­ков - жиров - углеводов: 1:1:4.

Воду пациент получает в виде водно-солевых растворов в среднем 2 литра в сутки.

Витамины добавляют к пищевым смесям или вводят парентерально. Через зонд или фистулу можно вводить только жидкую пищу: молоко, бульон, сливки» сырые яйца, растопленное масло, слизистый или протертый овощной суп, жидкий кисель, фруктовые соки, чай, кофе.

Рецепты питательных смесей:

1. Жидкая питательная смесь: 2000-2500 мл воды 250 г сухого молока, 200 г сахара, 4-6 г соли.
2. Смесь Спасокукоцкого: 400 мл теплого молока, 2 сырых яйца, 50 г сахара, 40 мл спирта, немного, соли.

# Составление порционного требования. Оформление порционного требования (Приложение №2)

Врач, проводящий обследование и лечение пациента, определяет ему, в зависимости от заболевания и состояния, необходимую диету и длительность ее применения.

Номер диеты врач записывает в «Медицинскую карту стационарного больного» в листе назначений.

Палатная (или постовая) медицинская сестра, проверяя лист назначений, ежедневно составляет порционника питание больных.

В нем она указывает общее количество пациентов, получающих тот или иной стол лечебного питания, виды разгрузочных и индивидуальных диет.

Сведения палатных (постовых) медсестер о числе диет суммирует старшая медсестра отделения, подписывает заведующий отделением, затем эти данные передаются на пищеблок.

На основании суммированных данных всех порционников на пищеблоке приготавливают нужное количество требуемых блюд.

Внимание!

1. Порционное требование в отделении составляется по принципу «сегодня» на «завтра».
2. Сведения о больных, выписывающихся из отделения, в порционное требование не включаются.
3. На больных, поступающих в различные лечебные отделения больницы вечером или ночью, порционник (дополнительное требование) составляет дежурная медсестра лечебного отделения и передает его рано утром на кухню.
4. На субботу, воскресенье и понедельник - порционник выписывается в пятницу.

На основании суммированных данных всех порционников на пищеблоке приготавливают нужное количество требуемых блюд.

1. Порционное требование в отделении составляется по принципу «сегодня» на «завтра».
2. Сведения о больных, выписывающихся из отделения, в порционное требование не включаются.
3. На больных, поступающих в различные лечебные отделения больницы вечером или ночью, порционник (дополнительное требование) составляет дежурная медсестра лечебного отделения и передает его рано утром на кухню.
4. На субботу, воскресенье и понедельник - порционник выписывается в пятницу.

# Раздача пищи

Оптимальной является централизованная система приготовления пищи, когда в одном помещении больницы приготавливается пища для всех отделений, а затем доставляется в каждое отделение в маркированных теплоизолирующих емкостях. В буфетной (раздаточной) каждого отделения больницы имеются специальные плиты (мармиты), обеспечивающие подогрев пищи паром в случае необходимости, так как температура горячих блюд должна быть 57—62°С, а холодных — не ниже 15°С. Раздача пищи осуществляется буфетчицей и палатной медицинской сестрой в соответствии с данными палатного порционника.

Пациенты, которым разрешено ходить, принимают пищу в столовой. Находящимся на постельном режиме пациентам буфетчица и(или) палатная медицинская сестра доставляют пищу в палату. Перед раздачей пищи для предупреждения передачи ВБИ они должны вымыть руки и надеть халат, маркированной «Для раздачи пищи». Санитарки, занятые уборкой помещений, к раздаче пищи не допускаются. До раздачи пищи следует закончить все лечебные процедуры и физиологические отправления больных. Младший медицинский персонал должен проветрить палаты, помочь пациентам вымыть руки. Если нет противопоказаний, можно слегка приподнять изголовье кровати. Нередко для кормления пациентов, находящихся на постельном режиме, используют прикроватные столики. Сестре следует определить, в какой помощи во время приема пищи нуждается пациент и поощрять его, если он пытается есть самостоятельно. Раздавая горячие напитки, нужно убедиться, что они не чрезмерно горячие, капнув себе на запястье несколько капель. Дайте пациенту время для подготовки к приему пищи. Помогите ему вымыть руки и занять удобное положение. Блюда следует подавать быстро, чтобы горячие блюда оставались горячими, а холодные не согрелись. Шею и грудь пациента следует накрыть салфеткой, а также освободить место на тумбочке или на прикроватном столике. Накормить тяжелобольного, часто страдающего отсутствием аппетита, непросто. От медицинской сестры требуется в подобных случаях умение и терпение. Для жидкой пищи можно пользоваться специальным поильником, а полужидкую пищу можно давать ложкой. Не следует разрешать пациенту разговаривать во время еды, так как при этом пища может попасть в дыхательные пути. Не нужно настаивать, чтобы пациент съел весь объем пищи сразу: после небольшого перерыва, подогрев пищу, можно продолжить кормление.

# Правила раздачи пищи

1. Раздачу пищи осуществляют буфетчицы, кормление тяжелобольных является обязанностью палатных медсестер.
2. Раздача пищи осуществляется в соответствии с данными палатного порционника.
3. Пациенты, которым разрешено ходить, принимают пищу в столовой.
4. Столовая должна иметь хорошее освещение (естественное). В ней находятся небольшие столы на 4 человека и стулья без мягкой обивки, чтобы легко их протирать.
5. Пациентам, находящимся на постельном режиме буфетчица или палатная медсестра доставляют пищу в палату.
6. Перед раздачей пищи для предупреждения передачи ВБИ медперсонал должен вымыть руки и надеть халат (фартук с нагрудником) маркированный «Для раздачи пищи».
7. Посуду для приема пищи надо хранить в буфете, перед приемом пищи ее передают в раздаточную.
8. Помещение столовой, буфетной и раздаточной следует содержать в строгой чистоте, за которой следят буфетчицы, контролирует их старшая медсестра
9. До раздачи пищи следует закончить все лечебные процедуры и физиологические отправления больных.
10. Младший медперсонал должен проветрить палаты, помочь пациентам вымыть руки, занять удобное положение.
11. Если нет противопоказаний, можно слегка приподнять изголовье кровати пациента, или использовать прикроватный столик.
12. Медсестра должна определить, в какой помощи во время приема пищи нуждается пациент и поощрять его, если он пытается есть самостоятельно.
13. При раздаче горячих напитков, нужно убедиться, что они не чрезмерно горячие, капнув себе на запястье несколько капель.
14. Блюда следует подавать быстро, чтобы горячие блюда остались горячими, а холодные не согрелись.
15. Шею и грудь пациента следует накрыть салфеткой, а также освободить место на тумбочке или на прикроватном столике.
16. Для жидкой пищи следует пользоваться специальным поильником, а полужидкую пищу можно давать ложкой.
17. Не следует разрешать пациенту разговаривать во время еды, т.к. при этом пища может попасть в дыхательные пути.
18. Не надо настаивать, чтобы пациент съел весь объем пищи сразу: после небольшого перерыва, подогрев пищу, можно продолжить кормление.

Например:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ палаты** | **Ф.И.О. пациента** | **Диета** | **Индивидуальная диета** |
| 205 | Сергеев А.ИМагомедов П.РАкулова Р.Р | № 5№ 9№ 9 | Арбузный день |

!Санитарки, занятые уборкой помещений, к раздаче пищи не допускаются!

**Режим питания**

Режим питания предусматривает:

1. Определенное число приемов пищи в течение дня.
2. Определенную длительность промежутков между приемами пищи.
3. Время приемов пищи.
4. Количественное и качественное распределение суточного рациона между отдельными приемами пищи.

Оптимальный промежуток между приемами пищи ра­вен 4 часам. Ночной перерыв должен составлять 10-11 часов, и за 2 часа до сна пищу принимать не рекомендует­ся. При пятикратном питании организуется второй завт­рак, при шестикратном - полдник.

# Кормление пациента в постели при помощи поильника

Цель: обеспечение кормления пациента.

Показания: отсутствие возможности самостоятельно принимать пищу.

Оснащение: поильник, салфетки, емкости с жидкой, гомогенизированной пищей или питательными смесями, стакан теплой кипяченой воды, лоток.

Алгоритм действий

|  |  |
| --- | --- |
| **Этапы** | **Обоснования** |
| I. Подготовка к процедуре1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые | Установление контакта с пациентом |
| 2. Объяснить предстоящую процедуру. Рассказать пациенту, чем его будут кормить | Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре. Обеспечение права пациента на выбор. Возбуждение аппетита |
| 3. Получить согласие пациента на проведение процедуры | Соблюдение прав пациента |
| 4. Проветрить помещение. Протереть прикроватный столик и пододвинуть его к кровати или приготовить место на тумбочке | Обеспечение эффективного проведения процедуры |
| 5. Переместить пациента на бок или в положение Фаулера, если позволяет его состояние | Профилактика аспирации |
| 6. Вымыть и осушить руки | Профилактика внутрибольничной инфекции |
| 7. Подготовить оснащение | Обеспечение качественного выполнения процедуры |
| II. Выполнение процедуры1. Прикрыть шею и грудь пациента салфеткой | Предупреждение загрязнения одежды |
| 2. Налить в поильник небольшое количество питательной смеси (t 36—37 °С) | Профилактика аспирации. Обеспечение оптимальной температуры смеси |
| 3. Предложить пациенту взять в рот носик поильника. Слегка наклонить поильник | Облегчение поступления пищи в ротовую полость |
| 4. Рекомендовать пациенту принимать питательную смесь небольшими порциями | Профилактика аспирации |
| 5. Обеспечить пациенту возможность прополоскать рот водой после приема пищи | Ограничение роста бактерий в ротовой полости |
| 6. Убрать салфетку, прикрывающую грудь и шею пациента | Исключение попадания остатков пищи в постель |
| 7. Помочь пациенту занять удобное положение | Обеспечение физического и психологического комфорта |
| 8. Убрать использованное оснащение | Обеспечение психологического комфорта |
| III. Окончание процедуры1. Провести дезинфекцию использованного оснащения. Вымыть и осушить руки | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 2. Сделать запись в документах о выполнении процедуры и реакции пациента | Обеспечение преемственности с сестринского ухода |

# Кормление пациента в постели с помощью ложки

Цель: обеспечение кормления пациента.

Показания: дефицит или полное отсутствие возможности самоухода.

Оснащение: прикроватный столик, ложка, салфетка, емкости с пищей или смесями, стакан теплой кипяченой воды, лоток.

Алгоритм действий

|  |  |
| --- | --- |
| Этапы | Обоснования |
| I. Подготовка к процедуре1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые | Установление контакта с пациентом |
| 2. Предупредить пациента о предстоящем приеме пищи за 15 мин и получить его согласие. Рассказать пациенту, чем его будут кормить | Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре. Соблюдение прав пациента. обеспечение права пациента на выбор. Возбуждение аппетита. |
| 3. Проветрить помещение. Протереть прикроватный столик и пододвинуть его к кровати или приготовить место на тумбочке. Вымыть и осушить руки | Обеспечение эффективного проведения процедуры |
| 4. Помочь пациенту занять высокое положение Фаулера или положение сидя с опущенными ногами | Профилактика асфиксии |
| 5. Помочь пациенту вымыть руки, причесаться, поправить одежду | Поддержание чувства собственного достоинства пациента |
| 6. Прикрыть грудь пациента салфеткой | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 7. Помочь пациенту установить зубные протезы (при их наличии) | Обеспечение самостоятельного пережевывания |
| II. Выполнение процедуры1. Вымыть и осушить руки | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 2. Принести пишу и жидкость, предназначенные для еды и питья: горячие блюда должны быть нагреты до температуры не выше 60 °С, холодные — не ниже 15 °С. Сервировать стол | Обеспечение улучшения аппетита и вкусовых ощущений |
| 3. Спросить пациента, в какой последовательности он предпочитает принимать пишу. Расположить тарелки с пищей в соответствии с пожеланиями пациента | Поддержание чувства собственного достоинства пациента |
| 4. Предложить пациенту выпить (лучше через одноразовую трубочку) несколько глотков жидкости | Снижение сухости во рту. Облегчение пережевывания твердой пищи |
| 5. Кормить медленно: * называть каждое блюдо, предлагаемое пациенту;
* наполнить 2/3 ложки твердой (мягкой) пищей; коснуться ложкой нижней губы, чтобы пациент открыл рот;
* прикоснуться ложкой к языку, дать возможность пациенту взять пищу в рот, извлечь пустую ложку;
* дать время прожевать и проглотить пищу;
* предлагать попить после 3—5 ложек твердой (мягкой) пищи или по требованию.
 | Обеспечение адекватного приема пищи (при гемипарезе пища подносится со здоровой стороны) |
| 6. Вытирать (при необходимости) губы больного салфеткой | Поддержание чувства собственного достоинства пациента |
| 7. Обеспечить пациенту возможность прополоскать рот водой после приема пищи | Ограничение роста бактерий в ротовой полости |
| 8. Убрать салфетку, покрывающую грудь и шею пациента. Проверить состояние постели | Исключение попадания остатков пищи в постель |
| 9. Помочь пациенту занять удобное положение. Примечание: в первые 20—30мин после еды следует придать пациенту полу сидячее (если он сидел) положение | Обеспечение физического и психологического комфорта |
| 10. Посуду и остатки пищи доставить в столовую | Обеспечение психологического комфорта |
| III. Окончание процедуры1. Провести дезинфекцию использованного оснащения. Вымыть и осушить руки | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 2. Сделать запись в документах о выполнении процедуры и реакции пациента | Обеспечение преемственности сестринского ухода |

**Питьевой режим**

Воду пациент получает в виде водно-солевых растворов в среднем 2 литра в сутки.

Витамины добавляют к пищевым смесям или вводят парентерально. Через зонд или фистулу можно вводить только жидкую пищу: молоко, бульон, сливки» сырые яйца, растопленное масло, слизистый или протертый овощной суп, жидкий кисель, фруктовые соки, чай, кофе.

**Рецепты питательных смесей**

1. Жидкая питательная смесь: 2000-2500 мл воды 250 г сухого молока, 200 г сахара, 4-6 г соли.
2. Смесь Спасокукоцкого: 400 мл теплого молока, 2 сырых яйца, 50 г сахара, 40 мл спирта, немного, соли.

**Водно-солевые растворы:**

Концентрация солей в них та­кая же, как в плазме крови человека.

1. Простейший раствор водно-солевой 0,85%-ного изо­тонического натрия хлорида.
2. Раствор Рингера-Локка: натрия С1 — 9 г, КС1 — 0,2 г, СаС1 - 0,2 г, НС03- 0,2 г, глюкоза - 1 г, Н2О - 1000 л.

**Ректальное питание**

 За час до постановки питательной клизмы ставят очистительную клизму, до полного опорожнения кишечника.

Алгоритм действий

1. Придать пациенту полусидячее положение
2. Вымыть руки, осушить
3. Вставить в конец резиновой трубки стеклянную воронку.
4. Поднять воронку вверх, слегка наклонить в сторону пациента.
5. Дать пациенту пищу (сухари, картофель т.д.) для пережевывания.
6. Предложить пациенту переложить (выплюнуть) пережеванную пищу изо рта в воронку.
7. Залить пережеванную пищу теплой жидкой пищевой смесью.
8. Промыть воронку и резиновую трубку после кормления теплым чаем, настоем шиповника.
9. Снять воронку, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором раствором.

**Парентеральное питание**

Показания: непроходимость пищеварительного тракта, после операций на пищеводе, желудке, кишечнике, при опухоли.

Применяют белковое питание, а также введение растворов глюкозы, витаминов и минеральных солей.

Средства для парентерального питания вводят капельно внутривенно. Перед введением их подогревают на водяной бане до температуры тела (37-38 º С). Необходимо строго соблюдать скорость введения препаратов.

Водно-солевые растворы: концентрация солей в них та­кая же, как в плазме крови человека.

* Простейший раствор водно-солевой 0,85%-ного изо­тонического натрия хлорида.
* Раствор Рингера-Локка: натрия С1 — 9 г, КС1 — 0,2 г, СаС1 - 0,2 г, НС03- 0,2 г, глюкоза - 1 г, Н2О - 1000 л.

**Измерение суточного диуреза и определение водного баланса**

Суточный диурез у взрослых колеблется от 800 мл до2000 мл и зависит от возраста, температуры и влажностиокружающей среды, условий питания, физических нагрузоки других факторов и должен составлять 75-80% отколичества выпитой жидкости; 20-25% жидкости выводитсяс потом, дыханием и стулом.

Суточный водный баланс— это соотношение междуколичеством введенной в организм жидкости и количествомвыделенной жидкости из организма в течение суток.Учитывается жидкость, содержащаяся во фруктах, супах,овощах и т.д., а также объем парентерально вводимыхрастворов.

**Обучение пациента учету водного баланса**

Цель: обеспечение качественного учета количества поступившей и выделившейся из организма жидкости в течение суток.

Показания: наблюдение за пациентом с отеками. Выявление скрытых отеков, нарастания отеков и контроль за действием диуретических средств.

Оснащение: медицинские весы, мерная стеклянная градуированная емкость для сбора мочи, лист учета водного баланса.

Обязательное условие: учету количества выделенной жидкости подвергается не только моча, но и рвотные массы, испражнения пациента.

**Алгоритм действий**

1. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры. Оценить его способности к самостоятельному проведению процедуры.
2. Убедиться, что пациент не принимал диуретики в течении 3 дней до исследования
3. Объяснить о порядке заполнения листа водного баланса, убедиться в умении заполнения его
4. Объяснить примерное процентное содержание воды в продуктах питания для облегчения учета водного баланса (твердые продукты питания могут содержать от 60 до 80% воды)
5. Подготовить оснащение
6. В 6:00 необходимо выпустить мочу в унитаз
7. Собирать мочу после каждого мочеиспускания в градуированную емкость, измерять диурез
8. Фиксировать количество выделенной жидкости в листе учета
9. Фиксировать количество поступившей жидкости в листе учета
10. Объяснить, что необходимо указывать время приема или введения жидкости, а так же время выделения жидкости в листе учета водного баланса в течение суток, до 6:00 следующего дня
11. В 6:00 следующего дня сдать лист учета м/с
12. Определить м/с, какое кол-во жидкости должно выделится с мочой (Расчет учета водного баланса определяется по формуле: количество выделенной мочи х на 0,8 (80%) = кол-ву мочи, которое должно выделится в норме)
13. Сравнить кол-во выделенной жидкости с кол-вом рассчитанной жидкости
14. Считать водный баланс отрицательным, если выделяется меньше жидкости чем рассчитано (отеки нарастают если есть)
15. Считать водный баланс положительным, если выделено больше жидкости, чем рассчитано (Это может быть результатом действия диуретических лекарственных средств, употребления мочегонных продуктов питания, влияния холодного времени года.)

Примечание. Положительный водный баланс свидетельствует об эффективности лечения и схождении отеков. Отрицательный водный баланс свидетельствует о нарастании отеков или неэффективности дозы диуретических средств.

Расчет: в нашем примере суточный диурез должен составлять: 1500 х 0,8 (80% от количества выпитой жидкости) = 200 мл, а он на 130 мл меньше. Значит, водный баланс отрицательный, что указывает на неэффективность лечения или нарастание отеков.

**Кормление пациента через назогастральный зонд**

Цель: кормление пациента.

Показания: повреждения и отек языка, глотки, гортани, пищевода, расстройства речи и глотания, отсутствие сознания, отказ от приема пищи при психических заболеваниях и пр.

Противопоказания: атрезия и травмы пищевода, кровотечение из желудка и пищевода, варикозное расширение вен пищевода.

Оснащение: стерильный (лучше одноразовый) зонд 8—10 мл в диаметре, воронка на 200 мл или шприц Жане (лучше одноразовый), дистиллированная вода (физиологический раствор, глицерин), салфетки, зажим, фонендоскоп, 3—4 стакана питательной смеси, стакан теплой кипяченой воды, перчатки.

Алгоритм действий

|  |  |
| --- | --- |
| **Этапы** | **Обоснования** |
| I. Подготовка к процедуре1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить цель и последовательность про-ведения предстоящей процедуры. Получить согласие | Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация пациента к сотрудничеству. Соблюдение права пациента на информацию |
| 2. Подготовить оснащение | Обеспечение эффективности проведения процедуры |
| II. Выполнение процедуры1. Придать пациенту положение, удобное для кормления (сидя, лежа, положение Фаулера). Прикрыть грудь салфеткой | Обеспечение свободного прохождения зонда |
| 2. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 3. Определить глубину, на которую должен быть введен зонд (можно измерить расстояние от губ до мочки уха и вниз по передней брюшной стенке так, чтобы последнее отверстие зонда было ниже мечевидного отростка; либо от значения роста пациента отнять 100 см), поставить метку | Необходимое условие для введения зонда в желудок |
| 4. Смочить зонд водой или обработать его глицерином | Обеспечение свободного продвижения зонда в желудок |
| 5. Ввести зонд через носовой ход на нужную глубину | Обеспечение введения зонда в желудок |
| 6. Набрать 30-40 мл воздуха в шприц Жане и присоединить его к зонду. Ввести воздух в желудок под контролем фонендоскопа (выслушиваются характерные звуки) | Определение местонахождения зонда |
| 7. Отсоединить шприц от зонда и наложить зажим. Свободный конец зонда поместить в лоток | Предупреждение вытекания содержимого желудка |
| 8. Снять зажим с зонда, подсоединить воронку или шприц Жане без поршня и опустить до уровня желудка. Наклонить слегка воронку или шприц Жане и налить пищу, подогретую до 37—38 °С. Постепенно поднимать воронку до тех пор, пока пища не дойдет до устья воронки | Предупреждение попадания воздуха в желудок |
| 9. Опустить воронку до первоначального уровня и ввести следующую порцию пищи | Обеспечение бережного введения всего объема пищи |
| 10. Введение нужного объема смеси проводить дробно, небольшими порциями по 30—50 мл, с интервалами 1—3 мин. После введения каждой порции пережимать дистальный участок зонда | Предупреждение опустошения зонда |
| 11. Промыть зонд кипяченой водой или физиологическим раствором по окончании кормления. Наложить зажим на конец зонда, снять воронку. Обернуть конец зонда стерильной салфеткой или закрыть заглушку, если таковая имеется | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 12. Зафиксировать зонд до следующего кормления | Профилактика выпадения зонда |
| 13. Осмотреть постельное белье на случай замены. Помочь пациенту занять удобное положение | Обеспечение физического и психологического комфорта |
| III. Окончание процедуры1. Подвергнуть дезинфекции использованный инструментарий. Снять перчатки и положить их в лоток для использованных материалов (они подлежат последующей дезинфекции и утилизации). Вымыть и осушить руки | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 2. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента | Обеспечение преемственности ухода |

Примечание. Перед проведением последующих кормлений нужно: проверить правильность положения зонда, аспирировать и осмотреть содержимое желудка; осмотреть кожу и слизистые оболочки носовых ходов; проверить качество фиксации зонда. При наличии в аспирационном содержимом крови и признаков нарушения эвакуации содержимого нельзя кормить пациента, следует вызвать врача. Также следует исключить признаки инфицирования и трофических нарушений, связанных с постановкой зонда, а в случае необходимости заменить пластырную повязку.

**Правильность положения назогастрального зонда в желудке:**

* над лотком наложить зажим на дистальный конец зонда (чтобы не вытекало содержимое желудка);
* снять заглушку с зонда;
* набрать в шприц 30 – 40 мл воздуха;
* присоединить шприц к дистальному концу зонда;
* снять зажим;
* надеть фонендоскоп, приставить его мембрану к области желудка;
* ввести через зонд воздух из шприца и выслушать звуки в желудке (если звуков нет, нужно подтянуть, сместить зонд).

**Контрольные вопросы**

1. Организация питания в стационаре
2. Виды искусственного питания
3. При помощи чего можно осуществить искусственного питания
4. Показания к применению искусственного питания
5. Дезинфекция и мытье столовой посуды
6. Контроль за санитарным состоянием тумбочек
7. Контроль за состоянием холодильников
8. Обязанности палатной медицинской сестры
9. Санитарно – гигиеническая уборка буфетных в отделениях стационара
10. Сроки хранения продуктов в холодильнике
11. Показания для искусственного питания
12. Рецепты питательных смесей
13. Составление порционного требования
14. Правила раздачи пищи
15. Режим питания
16. Кормление пациента в постели при помощи поильника
17. Кормление пациента в постели при помощи ложки
18. Питьевой режим
19. Рецепты питательных смесей
20. Водно – солевые растворы
21. Ректальное питание
22. Парентеральное питание
23. Измерение суточного диуреза
24. Обучение пациента учета водного баланса
25. Кормление пациента через назогастральный зонд

**Критерии оценивания**

|  |  |
| --- | --- |
| **5****«отлично»** | * демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять;
* умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.
* практические действия выполняются последовательно, правильно в соответствии с алгоритмом действий
 |
| **4****«хорошо»** | * демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять;
* последовательное, правильное выполнение всех заданий в соответствии с алгоритмом
* возможны незначительные ошибки, исправляемые самим студентом после замечания преподавателя;
* умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.
 |
| **3****«удовлетворительно»** | * затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации;
* неполное теоретическое обоснование, требующее наводящих вопросов преподавателя;
* нарушена последовательность выполнения заданий;
* для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы преподавателя
* затруднения в формулировке выводов.
 |
| **2****«неудовлетворительно»** | * неправильная оценка предложенной ситуации;
* отсутствие теоретического обоснования выполнения заданий.
* невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции.
 |

**Список использованной литературы**

1. Мухина С.А., Тарновская И.И. Атлас по манипуляционной технике. М.,2011.
2. Обуховец Т.П. Основы сестринского ухода за больными. – Таганрог, 2012.
3. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела. Практикум Ростов-на-Дону «Феникс», 2004.
4. Широкова Н.В. и др. - Основы сестринского дела - Алгоритмы манипуляций: Учебное пособие,2010.

**Приложение**

**Приложение №1 Диеты.**

**Диета № О**

 Показания: диету назначают в первые дни после опера­ций на органах пищеварения, а также при прекоматозных состояниях (травмы головного мозга, инсульт, лихо­радка).

 Общая характеристика: диета состоит из жидких, желеподобных блюд, слизистых отваров, легкого мясного бульона, жидких протертых каш, киселей и др.

 Режим питания: пищу дают дробными порциями час­то. Диету назначают, как правило, на несколько дней.

**Диета № 1а**

 Показания: язвенная болезнь желудка и двенадцати­перстной кишки в период резкого обострения и выражен­ной симптоматики, хронические гастриты с сохраненной секреторной функцией в период обострения.

 Общая характеристика: физиологическая диета с со­держанием белка, жира, углеводов, ограничением пова­ренной соли, химических и механических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата желудка и двенадцатиперстной кишки, стимуляторов желудочной сек­реции, веществ, которые продолжительно задерживаются в желудке.

 Кулинарная обработка: все блюда вареные или приготов­ленные на пару, жидкой и кашицеобразной консистенции.

 Режим питания: пищу дают 5-6 раз в сутки.

**Диета № 1б**

Общая характеристика: диета содержит физиологи­ческое количество белка, жира: ограничивается поварен­ная соль, углеводы, вещества, обладающие свойством раз­дражать слизистую оболочку и рецепторный аппарат же­лудочно-кишечного тракта, стимуляторы желудочной сек­реции. Содействует заживлению язв, эрозии, уменьшает воспалительные процессы.

 Кулинарная обработка: пищу дают в пюреобразном, жидком виде с широким использованием молока и молоч­ных продуктов. Все блюда приготавливаются в вареном виде или на пару.

 Режим питания: 6-7 раз в сутки.

**Диета № 1**

Показания: язвенная болезнь желудка и двенадцати­перстной кишки в период обострения, хронические гаст­риты с сохраненной секрецией в период обострения.

 Общая характеристика: диета с физиологическим со­держанием белков, жиров и углеводов, ограничением по­варенной соли, умеренным ограничением механических и химических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата желудочно-кишечного тракта, стимуля­торов желудочной секреции, веществ, длительно задержи­вающихся в желудке.

 Кулинарная обработка: все блюда готовятся в варе­ном виде или на пару. Допускаются отдельные блюда в запеченном виде.

 Режим питания: 5 - 6 раз в сутки.

**Диета № 2а**

Показания: острые гастриты, энтериты и колиты в пе­риод реконвалесценции как переход к рациональному пи­танию; хронические гастриты с секреторной недостаточ­ностью, энтериты, колиты в период стойкой ремиссии без сопутствующих заболеваний печени, желчевыводящей си­стемы, поджелудочной железы, гастриты с сохраненной секрецией.

 Общая характеристика: диета с физиологическим со­держанием белков, жиров и углеводов, ограничением по­варенной соли, умеренным ограничением механических и химических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата желудочно-кишечного тракта, стимуля­торов желудочной секреции, веществ, длительно задержи­вающихся в желудке.

 Кулинарная обработка: все блюда готовятся в варе­ном виде или на пару (протертые), негрубые сорта мяса и рыбы готовить куском. Допускаются отдельные блюда в запеченном виде без грубой корки. Свободная жидкость - до 1,5 л, поваренная соль - 8-10 г. Режим питания: 4-5 раз в сутки.

**Диета № 2**

Показания: острые гастриты, энтериты и колиты в пе­риод выздоровления; хронические гастриты с секреторной недостаточностью, энтериты, колиты в период ремиссии без сопутствующих заболеваний печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы.

 Общая характеристика: диета физиологически полно­ценная, с рациональной кулинарной обработкой продук­тов, за исключением продуктов и блюд, являющихся на­грузочными для желудочно-кишечного тракта, долго за­держивающихся в желудке, трудно перевариваемых, раз­дражающих слизистую оболочку и рецепторный аппарат желудочно-кишечного тракта; свободная жидкость - 1,5 л, поваренная соль до 15 г.

 Режим питания: 5-6 раз в сутки.

**Диета № 3**

Показания: хронические заболевания кишечника с пре­обладанием синдрома дискинезии (запоры) в период нерез­кого обострения и ремиссии, а также при сочетании этих заболеваний с поражением желудка, печени, желчевыво­дящих путей, поджелудочной железы.

 Общая характеристика: диета физиологически полно­денная, с повышенным введением механических и хими­ческих стимуляторов моторной функции кишечника, с ис­ключением продуктов и блюд, усиливающих процессы бро­жения и гниения в кишечнике, и сильных стимуляторов желчеотделения, секреции желудка и поджелудочной же­лезы, веществ, отрицательно влияющих на функциональ­ное состояние печени и органов желчеотделения (продук­ты, богатые эфирными маслами, холестерином.

**Диета № 4**

Показания: острые и хронические заболевания кишеч­ника в период профузных поносов и резко выраженных диспептических явлений.

 Общая характеристика: диета с ограничением жиров, углеводов до нижней границы физиологической нормы и нормальным содержанием белков, гипохлоридная, с рез­ким ограничением механических и химических раздражи­телей слизистой оболочки и рецепторного аппарата желу­дочно-кишечного тракта, с исключением продуктов и блюд, усиливающих процессы брожения и гниения в кишечни­ке, а также сильных стимуляторов желчеотделения, сек­реции желудка и поджелудочной железы, веществ, раз­дражающих печень.

 Режим питания: 5-6 раз в сутки.

**Диета № 5а**

 Показания: острые гепатиты и холециститы, обостре­ния хронических гепатитов, холециститов и желч­нокаменной болезни.

 Общая характеристика: диета физиологически полно­ценная, с умеренным ограничением жиров и поваренной соли, механических и химических раздражителей слизис­той оболочки и рецепторного аппарата желудочно-кишеч­ного тракта, с исключением продуктов и блюд, усиливаю­щих процессы брожения и гниения в кишечнике, а также сильных стимуляторов желчеотделения, секреции желуд­ка, поджелудочной железы, веществ, раздражающих пе­чень (экстрактивные вещества, органические кислоты, продукты, богатые эфирными маслами, жареные блюда, содержащие продукты неполного расщепления жира, аль­дегиды и акролеины, тугоплавкие жиры, продукты, бога­тые холестерином, пуринами).

 Режим питания: 5-6 раз в сутки.

**Диета № 5**

Показания: хронические гепатиты, хронические холе­циститы, желчнокаменная болезнь; острые гепатиты и хо­лециститы в период выздоровления.

 Общая характеристика: диета физиологически полно­ценная. Количество белков, жиров и углеводов определя­ется физиологическими потребностями организма; исклю­чаются сильные стимуляторы секреции желудка и подже­лудочной железы (экстрактивные вещества, продукты, бо­гатые эфирными маслами), тугоплавкие жиры, жареные блюда, продукты, богатые холестерином, пуринами; диета обогащается овощами и фруктами, за счет чего усиливает­ся желчегонное действие других пищевых веществ, усили­вается перистальтика кишечника, обеспечивается макси­мальное выведение холестерина с калом.

 Режим питания: 5-6 раз в сутки.

**Диета № 6**

Показания: подагра и мочекислый диатез; эритремия и другие заболевания, при которых показано исключение мясных и рыбных продуктов.

 Общая характеристика: исключают продукты, бога­тые пуриновыми соединениями; вводят продукты, содер­жащие щелочные радикалы (овощи, фрукты, ягоды, мо­локо), умеренно ограничивают поваренную соль; больным с избыточной массой тела ограничивают и углеводы.

 Режим питания: 5 раз в сутки; обильное питье до 2-2,5 л жидкости в виде чая, фруктовых и ягодных морсов, щелочных вод.

**Диета № 7а**

 Показания: острый гломерулонефрит после проведен­ных рисово-яблочных, картофельных или сахарных дней; хронический нефрит в стадии почечной недостаточности.

 Общая характеристика: диета с резким ограничением белков; жиры и углеводы в пределах физиологической нор­мы; бессолевая, гипонатриевая диета (пищу готовят без соли» специально выпекают бессолевой хлеб); содержание натрия в продуктах питания составляет 400 мг, что соот­ветствует 1 г поваренной соли; больным с недостаточнос­тью функции почек при наличии азотемии по назначению лечащего врача добавляют 1-3 г поваренной соли, им разрешают давать столько жидкости, сколько выделено мочи за предыдущие сутки.

 Кулинарная обработка: без механического щажения; овощи, фрукты и ягоды используют в достаточном коли­честве, часто в сыром виде.

 Энергоценностъ и состав: 2500-2600 ккал; белков - 25-30 г; жиров – 80-100 г; углеводов- 400-450 г;в повышенном количестве вводят витамины С и В.

 Режим питания: 5 раз в день.

**Диета № 7б**

Показания: острый нефрит после диеты № 1а; обостре­ние хронического нефрита с отеками, повышенным арте­риальным давлением, но с сохраненной функцией почек.

 Общая характеристика: содержание жиров и углево­дов в пределах физиологической нормы, но количество белков увеличено до 45-50 г, с добавлением одной порции отварного мяса или отварной рыбы и 200 г молока или кефира; в остальном по набору продуктов и характеру ку­линарной обработки диета такая же, как и № 1а; содержа­ние поваренной соли в продуктах увеличивается до 1,5 г.

 Режим питания: 5-6 раз в сутки.

**Диета № 7**

 Показания: острый нефрит в период выздоровления; хронический нефрит с мало выраженными изменениями в осадке мочи: гипертоническая болезнь и другие ситуации, когда необходима бессолевая диета; нефропатия беремен­ных.

 Общая характеристика: бессолевая, по набору продук­тов и характеру кулинарной обработки такая же, как и диеты 7а и 76, но количество белков увеличивается до 80 г путем добавления мяса или рыбы в отварном виде, а также творога; содержание поваренной соли в продуктах около 2 г; в повышенном количестве дают витамины С, Р и группы В; для больных с нефротическим синдромом и сохраненной функцией почек назначают диету № 7 с повышенным содержанием белка (до 140 г), липотропных факторов, поли­ненасыщенных жирных кислот и витаминов.

 Режим питания: 5-6 раз в сутки.

**Диета № 8**

 Показания: ожирение при отсутствии заболеваний ор­ганов пищеварения, печени и сердечно-сосудистой систе­мы, требующих специальных режимов питания.

 Общая характеристика: ограничение калорийности пищи, главным образом, за счет углеводов и отчасти за счет жиров; содержание белков выше физиологической нормы; вводят овощи и фрукты в достаточном количе­стве: ограничивают поваренную соль; исключают вкусо­вые приправы и азотистые экстрактивные вещества, воз­буждающие аппетит; умеренно ограничивают введение сво­бодной жидкости.

 Режим питания: частые приемы малокалорийной пищи достаточного объема, устраняющие чувство голода.

**Диета № 9**

 Показания: сахарный диабет при отсутствии ацидоза и сопутствующих заболеваний внутренних органов.

 Общая характеристика: диета с содержанием белков выше физиологической нормы, умеренным ограничением жиров и углеводов; легкоусвояемые углеводы исключают: в диету вводят вещества, оказывающие липотропное дей­ствие; пища содержит довольно много овощей; ограничи­вают соль и продукты, богатые холестерином.

 Режим питания: прием пищи 6 раз в день; углеводы распределяют на весь день; сразу после инъекции инсули­на и через 2-2,5 ч после нее больной должен получать пищу, содержащую углеводы.

**Диета № 10 а**

Показания: болезни сердца с недостаточностью крово­обращения II-IIIстадии; гипертоническая болезнь с недо­статочностью кровообращения или нарушением мозгового кровообращения; инфаркт миокарда в остром или подостром периоде.

 Общая характеристика: содержание белков в преде­лах нижней границы физиологической нормы, умеренное ограничение жира и углеводов; всю пищу готовят без соли, используют специальный бессолевой хлеб; введение сво­бодной жидкости ограничивают; все продукты готовят в вареном виде или на пару; поваренной соли в продуктах питания не более 1,5-1,8 г.

 Режим питания: не менее 6 раз в день, в небольшом объеме.

**Диета № 10**

Показания: заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматизм и пороки сердца, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца), заболевания нервной систе­мы, хронический нефрит и пиелонефрит только с измене­ниями в осадке мочи.

 Общая характеристика: диета с ограничением пова­ренной соли (5 г), исключением азотистых экстрактивных веществ и пряностей; вводят продукты, регулирующие дей­ствие кишечника, - овощи, фрукты, ягоды, содержащие негрубую растительную клетчатку, а также пшеничный хлеб с отрубями и ржаной.

 Кулинарная обработка: с умеренным механическим щажением.

 Режим питания: прием пищи 5-6 раз в день в умерен­ном количестве, ужин за 3 части до сна. При сердечно­сосудистых заболеваниях введение свободной жидкости ог­раничивают до 1000-1200 мл.

**Диета № 11**

Показания: туберкулез легких при отсутствии заболеваний внутренних органов.

 Общая характеристика: калорийная диета с повышен­ным содержанием белков и витаминов, умеренным увели­чением жиров и углеводов; в пищевой рацион включают в достаточном количестве молочные продукты, богатые кальцием; поваренная соль и жидкость в пределах нормы.

 Кулинарная обработка: обычная с сохранением азоти­стых экстрактивных веществ; пряности разрешены. Режим питания: 4-5 раз в день.

**Диета № 13**

Показания: инфекционные болезни в остром лихора­дочном периоде; ангины.

 Общая характеристика: содержание белков на нижней границе физиологической нормы, умеренное ограничение жиров, углеводов; вводится повышенное количество жидко­сти в виде витаминизированных напитков; пищу дают в про­тертом виде с умеренными химическими раздражителями.

 Режим питания: не менее 6 раз в день, в ограничен­ном количестве.

**Диета № 14**

Показания: фосфатурия с щелочной реакцией мочи и выпадением осадка фосфорно-кальциевых солей.

 Общая характеристика:, в диету вводят продукты, спо­собствующие изменению реакции мочи в кислую сторону; исключают продукты, оказывающие ощелачивающее дей­ствие и богатые кальцием (молоко, творог, сыр); общее количество свободной жидкости 1,5-2 л,

Кулинарная обработка: обычная.

Режим питания: 4-5 раз в день.

**Диета № 15**

 Показания: различные заболевания при отсутствии по­казаний для назначения специальной лечебной диеты и при нормальном состоянии органов пищеварения.

 Общая характеристика: содержание белков, жиров, уг­леводов и калорийность соответствуют нормам питания здо­рового человека, не занятого физическим трудом; витамины — в повышенном количестве; пища состоит из разнообраз­ных продуктов; исключают труднопереносимые жирные блю­да, сдобное тесто; пряности в умеренном количестве.

 Кулинарная обработка: обычная, рациональная, с сохранением витаминов.

Режим питания: 4-5 раз в день.

**Приложение № 2 Полезные практические советы**

1. После применения – зонд промойте в емкости для промывания с одним из дезинфицирующих растворов, затем замочите в другой емкости с дез.раствором не менее чем на 60 минут, после чего промойте зонд проточной водой и прокипятите в дистиллированной воде в течение 30 минут с момента закипания. Чтобы стерильные зонды не высыхали и не растрескивались, их хранят в 1% растворе борной кислоты, но перед употреблением вновь ополаскивают водой.
2. После кормления пациента через зонд, введенный через нос или гастростому, следует оставить пациента в положении полулежа не менее 30 минут.
3. Умывая пациента, которому введен зонд через нос, пользоваться только полотенцем (рукавичкой), смоченным теплой водой. Не применять для этой цели вату или марлевые салфетки.
4. Для удобства пациента наружный конец назогастрального зонда можно укрепить (подвязать) на его голове так, чтобы он не мешал ему (зонд можно не извлекать в течение всего периода искусственного кормления, около 2 – 3 недель).