

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра

ОЦЕНКА 88 БАЛЛОВ  
КВ КОЖЕВНИКОВА



Научно-исследовательская работа  
На тему: « Кормление тяжелобольных.  
Показания к зондовому питанию»

Выполнил: студент 9 группы  
I курса, педиатрического факультета  
Давыдов Александр Сергеевич

Волгоград 2018 г.

## Содержание

Введение.....	3
1. Виды питания .....	4
2. Кормление тяжелобольного ложкой .....	6
3. Кормление тяжелобольного с помощью поильника.....	7
4. Введение зонда в желудок.....	8
5. Введение зонда в желудок.....	11
6. Кормление пациента через назогастральный зонд с помощью воронки..	12
7. Кормление через гастростому.....	13
8. Заполнение системы для капельного кормления через назогастральный зонд.....	15
9. Кормление пациента через назогастральный зонд капельно.....	16
10.Собственное исследование.....	17
Заключение.....	18
Используемая литература.....	19

## **Введение.**

Полноценное питание является важнейшей составной частью качественного лечения хирургического больного. Известно, что его недостаток значительно усугубляет заживление раны, приводит к тяжелому течению госпитальной инфекции.

В свою очередь достаточный сбалансированный пищевой рацион служит залогом высокой толерантности к операционной травме, прочных иммунологических реакций и адекватных репаративных процессов. В связи с этим интенсивная терапия любой патологии невозможна без полноценного питания, и его организация входит в круг умений врача любой медицинской специальности.

### **Цель:**

Ознакомиться с методами кормления пациентов в условиях стационара. Показания. Подготовка пациента. Техника проведения. Санитарная обработка инструментария.

## **Виды питания:**

### **1. Естественное:**

-пероральное (обычное питание)

### **2. Искусственное:**

-зондовое (назогастральное, желудочное), через гастрому, парентеральное.

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 буфете (раздаточной) каждого отделения больницы имеются специальные плиты (мармиты), обеспечивающие подогрев пищи паром в случае необходимости, так как температура горячих блюд должна быть 57—62°C, а холодных — не ниже 15°C.

Раздача пищи осуществляется буфетчицей и палатной медицинской сестрой в соответствии с данными палатного порционника.

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.

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.

## **Кормление тяжелобольного ложкой**

*Показания:* невозможность самостоятельно принимать пищу.

1. Уточнить у пациента любимые блюда и согласовать меню с лечащим врачом или диетологом.
2. Предупредить пациента за 15 мин о том, что предстоит прием пищи, и получить его согласие.
3. Проветрить помещение, освободить место на тумбочке и протереть ее, или придвинуть прикроватный столик, протереть его.
4. Помочь пациенту занять высокое положение Фаулера.
5. Помочь пациенту вымыть руки и прикрыть его грудь салфеткой.
6. Вымыть руки.
7. Если продукты должны быть горячими (60°C), холодные — холодными.
8. Спросить пациента, в какой последовательности он предпочитает принимать пищу.
9. Проверить температуру горячей пищи, капнув несколько капель себе на тыльную поверхность кисти.
10. Предложить выпить (лучше через трубочку) несколько глотков жидкости.
11. Кормить медленно:
  - называть каждое блюдо, предлагаемое пациенту;
  - коснуться ложкой нижней губы, чтобы пациент открыл рот;
  - прикоснуться ложкой к языку и извлечь пустую ложку;
  - дать время прожевать и проглотить пищу;
  - предлагать питье после нескольких ложек твердой (мягкой) пищи.
12. Вытирать (при необходимости) губы салфеткой.
13. Предложить пациенту прополоскать рот водой после еды.
14. Убрать после еды посуду и остатки пищи.
15. Вымыть руки.

## **Кормление тяжелобольного с помощью поильника**

*Показания:* невозможность самостоятельно принимать твердую и мягкую пищу.

*Оснащение:* поильник, салфетка

1. Рассказать пациенту, какое блюдо будет приготовлено для него (после согласования с врачом).
2. Предупредить пациента за 15 мин о том, что предстоит прием пищи и получить его согласие.
3. Проветрить помещение.
4. Протереть прикроватный столик.
5. Вымыть руки (лучше, если пациент будет видеть это)
6. Поставить на прикроватный столик приготовленную пищу.
7. Переместить пациента набок или в положение Фаулера (если позволяет его состояние).
8. Прикрыть шею и грудь пациента салфеткой.
9. Кормить пациента из поильника небольшими порциями (глотками).  
В течение всей процедуры кормления пища должна быть теплой и выглядеть аппетитно.
10. Дать прополоскать рот водой после кормления.
11. Убрать салфетку, покрывающую грудь и шею пациента.
12. Помочь пациенту занять удобное положение.
13. Убрать остатки пищи.
14. Вымыть руки.

Не нужно оставлять на тумбочке у постели пациента остывшую пищу. Через 20—30 мин после раздачи пищи пациентам, которые принимали пищу самостоятельно, следует собрать грязную посуду.

## **Введение зонда в желудок**

### ***Введение назогастрального зонда (НГЗ)***

*Оснащение:* желудочный зонд диаметром 0,5 — 0,8 см (зонд должен находиться в морозильной камере не менее 1,5 часов до начала процедуры; в экстренной ситуации конец зонда помещают в лоток со льдом, чтобы он стал жестче); стерильное вазелиновое масло или глицерин; стакан с водой 30-50 мл и трубочкой для питья; шприц Жане емкостью 20 мл; лейкопластырь (1 x 10 см); зажим; ножницы; заглушка для зонда; безопасная булавка; лоток; полотенце; салфетки; перчатки.

1. Уточнить у пациента понимание хода и цели предстоящей процедуры (если пациент в сознании) и его согласие на проведение процедуры. В случае неинформированности пациента уточнить дальнейшую тактику у врача.
2. Определить наиболее подходящую для введения зонда половину носа (если пациент в сознании):
  - прижать сначала одно крыло носа и попросить пациента дышать другим, закрыв рот;
  - затем повторить эти действия с другим крылом носа.
3. Определить расстояние, на которое следует ввести зонд (расстояние от кончика носа до мочки уха и вниз по передней брюшной стенке так, чтобы последнее отверстие зонда было ниже мечевидного отростка).
4. Помочь пациенту принять высокое положение Фаулера.
5. Прикрыть грудь пациента полотенцем.
6. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки.
7. Обильно обработать слепой конец зонда глицерином (или другой водорастворимой смазкой).
8. Попросить пациента слегка запрокинуть назад голову.
9. Ввести зонд через нижний носовой ход на расстояние 15—18 см и попросить пациента наклонить голову вперед.
10. Продвигать зонд в глотку по задней стенке, предлагая пациенту глотать, если возможно.



11. Сразу, как только зонд проглочен, убедиться, что пациент может говорить и свободно дышать, а затем мягко продвигать зонд до нужной отметки.

**Если пациент может глотать:**

- дать пациенту стакан с водой и трубочкой для питья. Попросить пить мелкими глотками, заглатывая зонд. Можно добавить в воду кусочек льда;
- убедиться, что пациент может ясно говорить и свободно дышать;
- мягко продвигать зонд до нужной отметки.
- Помогать пациенту заглатывать зонд, продвигая его в глотку во время каждого глотательного движения.
- Убедиться в правильном местоположении зонда в желудке:
- ввести в желудок около 20 мл воздуха с помощью шприца Жанэ, выслушивая при этом эпигастральную область, или присоединить шприц к зонду: при аспирации в зонд должно поступать содержимое желудка (вода и желудочный сок).

В случае необходимости оставить зонд на длительное время: отрезать пластырь длиной 10 см, разрезать его пополам в длину на 5 см. Прикрепить неразрезанную часть лейкопластыря к спинке носа. Обернуть каждой разрезанной полоской лейкопластыря зонд и закрепить полоски крест-накрест на спинке носа, избегая надавливания на крылья носа.

- Закрыть зонд заглушкой (если процедура, ради которой был введен зонд, будет выполнена позднее) и прикрепить безопасной булавкой к одежде пациента на плече.
- Снять перчатки. Вымыть и осушить руки.
- Помочь пациенту занять удобное положение.
- Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента.
- Промывать зонд каждые четыре часа изотоническим раствором натрия хлорида 15 мл (для дренирующего зонда вводить 15 мл воздуха через отведение для оттока каждые четыре часа).

Уход за зондом, оставленным на длительное время, осуществляется так же, как за катетером, введенным в нос для оксигенотерапии.

Смену зонда проводят каждые 2-3 недели. Для питания используют измельченную пищу, питательные смеси, содержащие сбалансированные компоненты по белкам, жирам, углеводам, минералам и витаминам, молочные продукты, бульоны, яйца, масло, чай, а также питательные, модульные смеси по назначению диетолога. Общий разовый объем питания 0,5 — 1 л.

Промывание назогастрального зонда: Зонд может быть закупорен сгустком крови, фрагментом тканей или густой пищевой массой. Промывать назогастральный зонд желательно изотоническим раствором натрия хлорида. Промывание водой может привести к нарушению электролитного равновесия, например, алкалоз может возникнуть вследствие потери желудком большого количества кислого содержимого.

## **Искусственное питание**

Иногда нормальное питание пациента через рот затруднено или невозможно (некоторые заболевания органов полости рта, пищевода, желудка). В подобных случаях организуют искусственное питание. Его осуществляют при помощи зонда, введенного

в желудок через нос или рот, либо через гастростому. Можно вводить питательные растворы парентерально, минуя пищеварительный тракт (внутривенно капельно). Показания к искусственному питанию и его способ определяет врач. Медсестра должна хорошо владеть методикой кормления пациента через зонд.

После кормления пациента через зонд, введенный через нос или гастростому, следует оставить пациента в положении полулежа не менее 30 мин.

Умывая пациента, которому введен зонд через нос, пользуйтесь только полотенцем (рукавичкой), смоченным теплой водой. Не применяйте для этой цели вату или марлевые салфетки.

К введенному зонду подсоединяйте воронку, либо капельницу, либо шприц Жанэ, наполненный пищей.

## **Кормление пациента через назогастральный зонд с помощью воронки**

*Оснащение:* шприц Жане; зажим; лоток; полотенце; салфетки; чистые перчатки; фонендоскоп; воронка; питательная смесь (t 38—40°C); вода кипяченая 100 мл.

1. Ввести назогастральный зонд.
2. Рассказать пациенту, чем его будут кормить (после согласования с врачом).
3. Предупредить его за 15 мин о том, что предстоит прием пищи.
4. Проветрить помещение.
5. Помочь пациенту занять высокое положение Фаулера.
6. Вымыть руки.
7. Проверить правильность положения зонда:
  - над лотком наложить зажим на дистальный конец зонда;
  - снять заглушку с зонда;
  - набрать в шприц 30—40 мл воздуха;
  - присоединить шприц к дистальному концу зонда;
  - снять зажим;
  - надеть фонендоскоп, его головку поместить над областью желудка;
  - ввести через зонд воздух из шприца и выслушивать звуки, появляющиеся в желудке (если звуков нет, нужно подтянуть, сместить зонд);
  - наложить зажим на дистальный конец зонда;
  - отсоединить шприц.
8. Присоединить к зонду воронку.
9. Налить в воронку, находящуюся наклонно на уровне желудка пациента, питательную смесь.
10. Медленно поднять воронку выше уровня желудка пациента на 1 м, держа ее прямо.
11. Как только питательная смесь дойдет до устья воронки, опустить воронку до уровня желудка пациента и пережать зонд зажимом.

12. Повторить процедуру, используя все приготовленное количество питательной смеси.
13. Налить в воронку 50—100 мл кипяченой воды для промывания зонда.
14. Отсоединить воронку от зонда и закрыть заглушкой его дистальный конец.
15. Прикрепить зонд к одежде пациента безопасной булавкой.
16. Помочь пациенту занять комфортное положение.
17. Вымыть руки.

## Кормление через гастростому

*Оснащение:* воронка (шприц Жанэ), емкость с пищей, вода кипяченая 100 мл.

1. Протереть прикроватный столик.
2. Сообщить пациенту, чем его будут кормить.
3. Проветрить помещение.
4. Вымыть руки (лучше, если пациент будет видеть это).
5. Поставить на прикроватный столик приготовленную пищу.
6. Помочь пациенту занять положение Фаулера
7. Открепить зонд от одежды. Снять зажим (заглушку) с зонда. Присоединить воронку к зонду.
8. Наливать в воронку приготовленную пищу малыми порциями, подогретую (38-40°C) по 150-200 мл 5-6 раз в день. . Постепенно увеличивают разовое количество пищи до 300-500 мл и уменьшают частоту кормления до 3-4 раз в день.

Пациент может разжевывать пищу, затем ее разводят водой или бульоном и вводят в воронку.

9. Промыть зонд теплой кипяченой водой через шприц Жане (50 мл)
10. Отсоединить воронку, закрыть зонд заглушкой (пережать зажимом).
11. Убедиться, что пациент чувствует себя комфортно.
12. Необходимо следить за чистотой свищевого отверстия, после каждого кормления обрабатывать вокруг него кожу, смазывать пастой Лассара, накладывать сухую стерильную повязку.
13. Вымыть руки.

## Заполнение системы для капельного кормления через назогастральный зонд

*Оснащение:* система для капельного вливания, флакон с питательной смесью, спирт 70 °С, ватные шарики, штатив, зажим.

1. Подогреть питательную смесь на водяной бане до  $t$  38—40°С.
2. Вымыть руки.
3. Обработать пробку флакона с питательной смесью шариком, смоченным спиртом.
4. Закрепить флакон на штативе.
5. Собрать систему:
  - ввести во флакон через пробку воздуховод (если система имеет отдельный воздуховод) и закрепить его на штативе так, чтобы свободный конец воздуховода находился выше иглы;
  - поставить винтовой зажим, находящийся ниже капельницы в положение, препятствующее току жидкости;
  - ввести во флакон через пробку иглу вместе с системой.
6. Заполнить систему:
  - перевести резервуар капельницы в горизонтальное положение (если устройство системы позволяет это сделать), открыть винтовой зажим;
  - вытеснить воздух из системы: питательная смесь должна заполнить трубку
    - ниже резервуара капельницы;
    - закрыть винтовой зажим на системе.
7. Закрепить свободный конец системы на штативе.
8. Обернуть полотенцем флакон с питательной смесью

## **Кормление пациента через назогастральный зонд капельно**

*Оснащение:* 2 зажима; лоток; чистые перчатки; система для капельного кормления; штатив; фонендоскоп; питательная смесь (t 38—40°C); вода кипяченая теплая 100 мл.

1. Проверить правильность положения зонда с помощью шприца Жанэ и фонендоскопа или ввести НГЗ, если он не был введен заранее.
2. Предупредить пациента о предстоящем кормлении.
3. Подготовить систему для капельного кормления.
4. Проветрить помещение.
5. Наложить зажим на дистальный конец зонда (если он был введен заранее) и открыть зонд.
6. Над лотком соединить зонд с системой для кормления и снять зажимы.
7. Помочь пациенту занять положение Фаулера.
8. Отрегулировать скорость поступления питательной смеси с помощью винтового зажима (скорость определяется врачом).
9. Ввести приготовленное количество питательной смеси.
10. Наложить зажимы на дистальный конец зонда и на систему. Отсоединить систему.
11. Присоединить к зонду шприц Жанэ с теплой кипяченой водой. Снять зажим и промыть зонд под давлением.
12. Отсоединить шприц и закрыть заглушкой дистальный конец зонда.
13. Прикрепить зонд к одежде безопасной булавкой.
14. Помочь пациенту занять комфортное положение.
15. Вымыть руки.
16. Сделать запись о проведении кормления



### **Собственное исследование**

За время прохождения производственной практики по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности в качестве помощника младшего медицинского персонала на базе ГУЗ «Детская клиническая больница №8» мною было сделано несколько выводов относительно темы данной научно-исследовательской работы.

С 1 января по 1 июля 2018 года в кардиологическом отделении ГУЗ «Детская клиническая больница №8» поступил пациент 12 лет с одышкой и отёками на нижних конечностях. В анамнезе - порок митрального клапана с 6-ти лет, артериальная гипертензия. В ходе лечения в стационаре была назначена диета №10. Из-за сниженного аппетита, повышенного рвотного рефлекса, пациент отказывался от еды, для чего было решено использовать зондовый метод кормления.

**Вывод:** Ознакомился с методами кормления пациентов в условиях стационара. Показания. С подготовкой пациента. Ознакомился с техникой проведения, а так же санитарной обработкой инструментария.

## Используемая литература

1. Мухина С.А., Тарновская И.И. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела», ГЕОТАР-Медиа, 2015.-125с
2. Островская И.В., Широкова Н.В. Основы сестринского дела: Учебник для мед. уч-щ и колледжей.-М. :ГЕОТАР-Медиа, 2016 -320с.
3. Учебник «Уход за хирургическими больными» Н.А. Кузнецов, А.Т.Бронтвейн МЕД-ОС, 2013-332с.
4. А.Л. Гребенев «Учебник по Основам общего ухода..» 2015-110с.
5. А.В. Шевченко, «Уход за больными.» 2014-36с.

## Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная программой практики «Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник младшего медицинского персонала, научно-исследовательская работа)» обучающегося 1 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия

Давыдов Александр Сергеевич 9 группы

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведённого анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, последовательно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан удовлетворительный анализ. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал достаточен для решения поставленных задач, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



К.В. Кожевникова