

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p> <p>Кафедра детских болезней педиатрического факультета</p>	<p>Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник палатной медицинской сестры, научно-исследовательская работа)</p>	<p>-1-</p>
---	--	---	------------

Научно-исследовательская работа на тему  
**«Особенности питания детей при  
заболеваниях ЖКТ»**

**Выполнила:**

Обучающаяся 2 курса 9 группы

Педиатрического факультета

Лоскутова Вероника Эдуардовна

# Содержание

• Введение	3
• Цель	4
• Задачи	4
• Основные определения и понятия	5
• Теоретическая часть	8
• Роль медицинского персонала	17
• Собственное исследование	20
• Выводы	21
• Литература	22

## Введение

Актуальность темы заключается в том, что проблема питания больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) носит дискуссионный характер, но позволяет оценить те тенденции в нутрициологии, гастроэнтерологии и диетологии, которые сложились в последнее десятилетие.

В научной и популярной медицинской литературе встречаются диаметрально противоположные представления о диетологических подходах в комплексном лечении больных с различными хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Многообразие мнений авторов от безусловного применения классических, разработанных в течение многих лет лечебных рационов, до полного отказа от каких-либо рекомендаций по изменению питания больных, объясняемого успешным лечением современными фармацевтическими препаратами.

Лечебное питание или диетическая терапия исторически занимала заметное место в лечении заболеваний органов пищеварения, так как способствовала нормализации сложной деятельности всего желудочно-кишечного тракта. Адекватная диетотерапия способствует развитию процессов адаптации и компенсации нарушенных функций, с ее помощью можно обойти нарушенные звенья обмена веществ, получить иммуномодулирующий, антиоксидантный и другие эффекты.

## **Цель:**

Изучение и обобщение теоретических данных, по заболеваемости желудочно-кишечного тракта, определить частоту случаев заболеваний желудочно-кишечного тракта у больных и составление рекомендаций по профилактическим мероприятиям для уменьшения заболеваемости желудочно-кишечного тракта.

## **Задачи:**

1. провести анализ научной литературы, посвященной проблеме гигиены питания больных ЖКТ;
2. подобрать наиболее рациональное питание для больных с заболеваниями ЖКТ, учитывая сопутствующие заболевания и предрасположенности.

## Основные определения и понятия

Желудочно-кишечный тракт осуществляет механическую и химическую переработку пищи, извлекая из пищи необходимые питательные вещества и всасывая их. В процессе пищеварения вещества постепенно превращаются в соединения, растворимые в воде: белки расщепляются до аминокислот, углеводы до моносахаридов, жиры - до глицерина и жирных кислот. Эти вещества всасываются в желудочно-кишечном тракте и поступают в кровь и лимфу, откуда извлекается клетками и тканями организма. Все секреты желудочно-кишечного тракта - слюна, соляная кислота, желчь, соки поджелудочной железы и кишечника - обладают антиферментативной способностью, позволяющей предотвращать микробное разложение пищи.

Анатомо-физиологические особенности пищеварительной системы у учащихся начального звена образовательного учреждения.

К органам пищеварения относятся ротовая полость, пищевод, желудок и кишечник. В пищеварении принимают участие поджелудочная железа и печень. Пищеварительная система обеспечивает переваривание пищи, последовательно преобразуя элементы питания в энергию и строительный материал для клеток организма остатками поступившей пищи.

Характерной особенностью детской системы пищеварения является нежность слизистых оболочек органов желудочно-кишечного тракта.

В дошкольном возрасте у детей продолжается рост и развитие органов пищеварения. Пищевод у детей имеет веретенообразную форму, он узкий и короткий. У новорожденного его длина составляет всего 10 см, у детей в 1 год жизни -- 12 см, в 10 лет -- 18 см. Его ширина соответственно составляет в 7 лет -- 8 мм, в 12 лет -- 15 мм. Слизистая оболочка его нежна и богато кровоснабжена. Вне акта глотания переход глотки в пищевод закрыт.



Перистальтика пищевода возникает при глотательных движениях. Переход пищевода в желудок во все периоды детства располагается на уровне X -XI грудных позвонков.

Классификация желудочно-кишечных заболеваний :

Заболевания функционального происхождения:

1. Диспепсии (простая диспепсия, токсическая диспепсия, парентеральная диспепсия (как самостоятельное заболевание не регистрируется)).
2. Дискинезии и дисфункции (пилороспазм, атония различных отделов желудка и кишок, спастический запор, частичный илеус)

Заболевания инфекционного происхождения :

1. Дизентерия бактериальная.
2. Дизентерия амебная (амебная).
3. Сальмонеллезы.
4. Кишечная колиинфекция.
5. Кишечная форма стафилококковой, грибковой и других инфекций ( условно патогенные возбудители).
6. Вирусная диарея.
7. Кишечная инфекция невыясненной этиологии.

Пороки развития желудочно-кишечного тракта:

1. Пилоростеноз, мегадуоденум, мегаколон.
2. Атрезии ( пищевода, отделов кишечника, ануса).

### 3. Дивертикулы и другие пороки развития.

## Теоретическая часть

В основе построения диеты при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) используется **принцип химического и механического щажения**, то есть учитывается влияние пищи на секреторную и моторную функции. К слабым возбудителям желудочной секреции относятся супы (молочные, крупяные, овощные), каши молочные жидкие, отварное мясо и рыба, молоко и молочные продукты, яйца (всмятку или омлет), белый хлеб вчерашней выпечки, щелочные минеральные негазированные воды, некрепкий чай.

К сильным возбудителям секреции относятся пряности (корица, горчица, хрен и др.), все жареные продукты, консервы, блюда, содержащие экстрактивные вещества (мясные, рыбные, грибные бульоны, овощные навары), черный хлеб, крепкий чай, кофе, алкогольные и газированные напитки.

При **химическом щажении** диета строится из продуктов, слабо возбуждающих желудочную секрецию. При **механическом щажении** из рациона исключают продукты, раздражающие слизистую оболочку ЖКТ: овощи, содержащие клетчатку (репу, редьку, редис, спаржу, фасоль, горох), незрелые ягоды и фрукты с грубой кожурой (крыжовник, смородину, виноград, финики), хлеб из муки грубого помола, с добавлением отрубей, продукты, содержащие соединительную ткань (хрящи, кожу птицы и рыбы, жилистое мясо).

Принцип **механического щажения** предусматривает также специальную кулинарную обработку продуктов. В рацион включают измельченные мясо, рыбу, птицу (в виде суфле, котлет, тефтелей и др.), гомогенизированные овощи (пюре из свеклы, моркови, тыквы, картофеля). Пищу готовят в отварном, запеченном виде, на пару без добавления поваренной соли.



Рекомендуется частое (5–6 раз в день), дробное питание (небольшими порциями).

Рассмотрим основные принципы диетотерапии при заболеваниях системы пищеварения.

### **Заболевания печени**

- Обеспечение достаточным количеством полноценного белка (1,0–1,2 г/кг/день) с правильным соотношением животного и растительного белка с учетом нозологической формы заболевания.
- Увеличение содержания белка в диете (до 110–120 г/день) при жировом и белковом гепатозе у истощенных лиц.
- Ограничение потребления белка при прогрессировании печеночной недостаточности (декомпенсации функциональной способности печени, угрожающей коме и др.).
- Адекватное содержание жира (70–80 г/день) в диете или его ограничение (до 50–60 г/день) при нарушении процессов всасывания и стеатореи.
- Обеспечение содержания углеводов в диете на уровне 50–60 % от энергетической ценности рациона.
- Обогащение диеты витаминами (В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>, аскорбиновой кислотой, фолатов и др.).
- Контролируемое количество поваренной соли в диете (с ограничением содержания натрия до 2 г/день при отеках и асците).

- Включение в стандартную диетотерапию специализированных продуктов питания: смесей белковых композитных сухих с целью проведения белковой коррекции рациона.

### **Заболевания желчевыводящих путей с синдромом холестаза**

- Обеспечение активного влияния основных компонентов диетотерапии на желчевыделительную функцию, что препятствует развитию желчезастойного синдрома, а при наличии запоров способствует улучшению двигательной функции кишечника.
- Увеличение в диете количества растительных масел, обладающих выраженным желчегонным действием.
- Широкое включение в диету овощей, фруктов и ягод, обеспечивающее возбуждающее действие на секрецию желчи и других пищеварительных соков, способствующее устранению запоров.
- Одновременное введение в рацион овощей и растительных масел с целью усиления желчевыделительной деятельности.
- Повышение содержания пищевых волокон в диете за счет их традиционных источников (зерновых, круп, овощей, фруктов), а также диетических продуктов, обогащенных пищевыми волокнами.
- Частый прием небольших количеств пищи в одни и те же часы, что способствует лучшему оттоку желчи.
- При наличии у больного желчнокаменной болезни желчегонное действие растительных масел может служить противопоказанием для их активного введения в диету, поскольку усиление сократительной и

двигательной функции желчного пузыря может сопровождаться приступом желчной колики.

- Проведение белковой коррекции лечебных рационов смесями белковыми композитными сухими.

### **Заболевания желчевыводящих путей в период обострения**

- В острый период болезни (острый холецистит или обострение хронического холецистита) лечебное питание больных строится с учетом максимального щажения всей пищеварительной системы.
- В первые дни болезни рекомендуется только введение жидкости. Назначается питье (некрепкий чай, минеральная вода без газа пополам с кипяченой водой, сладкие соки, соки из фруктов и ягод, отвар шиповника) небольшими порциями.
- Через 1–2 дня (в зависимости от уменьшения болевого синдрома) питание больных постепенно расширяется: сначала в ограниченном количестве назначается протертая пища (слизистые и протертые супы, протертые каши и т. д.), затем в диету включают нежирный творог, нежирное мясо в протертом виде, приготовленное на пару, нежирную отварную рыбу, пшеничные сухари.
- Пища дается небольшими порциями, 5–6 раз в день.
- Переход на более разнообразную пищу, в том числе и в непротертом виде (протирают только жилистое мясо и овощи, богатые клетчаткой, — капусту, морковь, свеклу), с исключением жареных продуктов осуществляется при хорошем общем самочувствии больного, после исчезновения болевого синдрома и диспепсических явлений.



- Проведение белковой коррекции лечебных рационов смесями белковыми композитными сухими.

### **Заболевания желчевыводящих путей в период обострения сопутствующей патологии**

- У больных, перенесших холецистэктомию, при обострении сопутствующих заболеваний органов пищеварения — гастрита, дуоденита, панкреатита и др., а также при наличии гипермоторной функции желчного пузыря и кишечника с склонностью к поносам диета строится с учетом максимального щажения всей пищеварительной системы.
- В период обострения назначается вариант диеты с механическим и химическим щажением, способствующий уменьшению желчегонного эффекта, что достигается за счет тщательной кулинарной обработки пищи: измельчения, использования протертой пищи, проведения белковой коррекции диетических блюд СБКС, максимального удаления экстрактивных веществ, ароматических веществ, богатых эфирными маслами (редис, редька, репа и др.), исключения тугоплавких жиров (сала, лярда и др.) и продуктов, богатых холестерином (желтков яиц, субпродуктов, жирных сортов мяса и рыбы, вареных колбас и др.).

### **Заболевания поджелудочной железы**

- Лечебное питание, назначаемое при заболеваниях поджелудочной железы, по своему качественному и количественному составу и энергетической ценности должно соответствовать физиологическим потребностям организма.

- Диетотерапия должна быть дифференцированной в зависимости от характера и стадии заболевания, от степени выраженности функциональных расстройств и метаболических нарушений, свойственных для острого и хронического панкреатита, от наличия осложнений, сопутствующих заболеваний и степени выраженности внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.
- При остром панкреатите нутритивная поддержка осуществляется путем парентерального питания, энтерального зондового питания, а также пероральным путем с дополнительным включением в диетотерапию смесей для энтерального питания.
- Диетотерапия больных с заболеваниями поджелудочной железы, особенно при их хроническом течении, должна предусматривать не только оптимальное введение белка, ограничение жира и легкоусвояемых углеводов, ограничение химических раздражителей желудочной и панкреатической секреции, но и способы кулинарной обработки пищи, ритм приема пищи, количество соли, воды и калорийность рациона.

### **Заболевания пищевода, желудка и 12-перстной кишки**

- Важным условием является соблюдение режима частого, дробного питания, проведение белковой коррекции диетических блюд СБКС.
- В период выраженного обострения болезни назначают вариант диеты с механическим и химическим щажением.
- После операций по поводу осложненного течения язвенной болезни (ушивания язвы, ваготомии) назначается вариант диеты с



механическим и химическим щажением, с последующим переводом на основной вариант диеты.

- После операции на желудке по поводу осложненного течения язвенной болезни или онкологического заболевания с прогрессирующей потерей массы тела и развитием белково-энергетической недостаточности назначается частое, дробное питание до 6 раз в сутки с механическим и химическим щажением, вариант диеты с повышенным количеством белка.
- В период длительной ремиссии заболевания назначается основной вариант стандартной диеты.

### **Заболевания тонкого кишечника**

- Соблюдение режима дробного питания, проведение белковой коррекции диетических блюд СБКС.
- При заболеваниях тонкой кишки, особенно при их хроническом течении, а также после операций на тонкой кишке диетотерапия должна предусматривать не только оптимальное введение основных пищевых веществ и их количественные пропорции, но и способы кулинарной обработки пищи, степень механического измельчения и химического щажения, ритм приема пищи, количество соли, воды, калорийность рациона.
- В период выраженного обострения заболевания, протекающего с диарейным синдромом, назначается вариант диеты с повышенным количеством белка с механическим и химическим щажением.
- При длительной ремиссии заболевания назначается высокобелковая диета; для индивидуализации рациона, а также при плохой

переносимости ряда продуктов рекомендуется дополнительное включение в состав рациона специализированных смесей для энтерального питания.

### **Заболевания толстого кишечника**

- Важным условием является соблюдение режима дробного питания, проведение белковой коррекции диетических блюд СБКС.
- В период выраженного обострения заболевания, протекающего с диарейным синдромом, назначается вариант диеты с механическим щажением.
- При длительной ремиссии заболевания назначается основной вариант стандартной диеты.
- При стойком нарушении моторно-эвакуаторной функции толстой кишки и упорных запорах рекомендуется увеличение в рационе доли продуктов растительного происхождения, богатых пищевыми волокнами.

### **Заболевания сигмовидной и прямой кишки**

- Важным условием является соблюдение режима дробного питания, проведение белковой коррекции диетических блюд СБКС.
- В период выраженного обострения заболевания, протекающего с диарейным синдромом, назначается вариант диеты с механическим щажением.
- При длительной ремиссии заболевания назначается основной вариант стандартной диеты.

## Роль медицинского персонала в составление меню пациента

Общее руководство осуществляет главный врач ЛПУ (или его заместитель по лечебной части). Непосредственное, методическое, организационное руководство осуществляет врач-диетолог. Он разрабатывает семидневное *меню*, ведет *контроль* за работой диет-сестер, работников пищеблока – поваров, мойщиков посуды. Диет-сестра совместно с диет-врачом составляют *меню-раскладку*, контролируют правильность закладки и осуществляют бракераж готовой продукции, следят за санитарным состоянием пищеблока.

При поступлении пациента в стационар врач назначает ему необходимую диету. В течение многих лет в основе лечебного стационарного питания была заложена номерная система из 15 диет, предложенная М.И. Певзнером. В настоящее время в соответствии с Приказом РФ №330-2003г. "О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях РФ" действует новая система из 5 вариантов стандартных диет, на основе системы Певзнера: ОВД, ЩД, ВБД, НБД, НКД.

Лечащий врач после ежедневного обхода корректирует индивидуальный характер питания пациента. Постовая сестра, проверяя листы назначений, ежедневно подает сведения в двух экземплярах о количестве пациентов, учитывая всех потупивших до 12 часов дня, и о назначенных диетах. Порционное **требование** подается старшей медсестре. В нем указывается количество пациентов в палатах и количество лечебных столов. Старшая сестра суммирует полученные данные, оформляет порционное **требование** на отделение, подписывает, подает на подпись зав. отделением и передает на пищеблок ЛПУ. Там требования всех отделений суммируются,



составляется *меню* на следующий день, начисляются средства для закупа продуктов.

В **порционнике** указываются номера палат, Ф.И.О. пациентов, их режим двигательной активности, назначенные им диеты и дополнительное питание. Порционник подается буфетчице для раздачи.

Постовая сестра, кроме того участвует в кормлении тяжелобольных пациентов, делает рекомендации пациентам по питанию, контролирует приносимые пациентам передачи, следит за их хранением.

**Естественное питание** – обычное, пероральное. В стационаре четырехразовое: завтрак, обед, ужин и второй ужин. Иногда назначается дробное питание – 5-6 кратное. Малыми порциями. Проводя кормление тяжелобольного пациента ложкой и из поильника, необходимо:

- по возможности придать пациенту полусидячее положение до еды, сохранив в течение 20-30 минут после еды;
- кормить пациента в соответствии с назначенной диетой, учитывая его вкусовые пристрастия;
- контролировать необходимость использования зубных протезов;
- после кормления провести обработку полости рта.

**Искусственное питание** – введение питательных веществ в организм, минуя ротовую полость, когда прием пищи естественным путем является невозможным или питание оказывается недостаточным.

Назначается врачом в случае:

- нарушения акта глотания (ЧМТ, инсульт);
- длительного бессознательного состояния пациента;

- хирургических вмешательств на желудке;
- переломов челюсти, травмы глотки, ожогов пищевода;
- неукротимой рвоты;
- психических расстройств.



## Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная программой практики «Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник палатной медицинской сестры, научно-исследовательская работа)» обучающегося 2 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия

Лоскутова Вероника Эдуардовна<sup>9 группы</sup>

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 проведенного 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 завершенное научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Большакова