



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

Кафедра детских болезней
педиатрического факультета

Производственная
практика по получению
профессиональных
умений и опыта
профессиональной
деятельности
(помощник младшего
медицинского персонала,
научно-
исследовательская
работа)

-
1-

ОЦЕНКА 90 БАЛЛОВ
КВ КОЖЕВНИКОВА

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА НА ТЕМУ
«Современные требования к организации питания в детской
соматической больнице»

Выполнил:
Обучающийся 1 курса, 5 группы
по специальности 31.05.02 Педиатрия
Ширяев Алексей Павлович

Волгоград – 2018 г.

Содержание

Вступление.....	3
Цель научно-исследовательской работы: Изучить нормы и требования питания пациентов в АРО ГБУЗ «ВОДКБ»	3
Задачи:	3
Роль питания. Режим питания.....	4
Системы организации питания: централизованное и децентрализованное.....	5
Вопросы санитарного устройства пищеблоков и буфетных при отделениях, соблюдения сроков хранения и реализации пищи	6
Роли медперсонала в осуществлении питания пациентов.....	8
Санитарное и техническое оснащение структуры. Документы. Непосредственная работа	8
Контроль за продуктами питания	10
Диетические столы.....	11
Питание пациентов.....	16
Собственное исследование.....	19
Вывод.....	19
Список используемой литературы	20

Вступление

В последнее время возрос интерес к немедикаментозным способам лечения и профилактики болезней, основанным на использовании естественных природных факторов. Одним из таких важнейших факторов внешней среды, оказывающих воздействие на организм, является питание (особенно для детей). Изменяя характер питания, можно регулировать обмен веществ и тем самым активно воздействовать на течение болезни. Использование пищевых продуктов с указанной целью называют диетической терапией.

Сочетание диетической терапии с фармакотерапией, с одной стороны, повышает эффективность лечения, а с другой – смягчает или предупреждает побочные действия лекарств, которые при этих условиях дают эффект при меньшей их дозировке. Правильно построенное питание способствует сохранению здоровья человека и повышению его трудоспособности.

Пищевые продукты снабжают организм пластическими веществами, энергией, способствуют правильному обмену веществ и сохранению постоянства внутренней среды.

Именно поэтому организация лечебного питания больных в лечебно-профилактических учреждениях является одним из важных разделов в комплексе лечебных мероприятий. Необходимо уделять максимум внимания не только правильному назначению диет, но и следить за санитарным состоянием.

Цель научно-исследовательской работы: Изучить нормы и требования питания пациентов в АРО ГБУЗ «ВОДКБ»

Задачи:

1. Узнать роль персонала в осуществлении питания пациентов
2. Узнать, как происходит санитарно-гигиеническая обработка помещений для хранения и приёма пищи, а также очистка и дезинфекция столовой посуды

Роль питания. Режим питания

Согласно концепции сбалансированного питания, определены пропорции веществ в пищевых рационах, которые отражают обменные реакции, лежат в основе нормальной жизнедеятельности организма. Одной из наиболее общих биологических закономерностей является правило: ферментные наборы организма соответствуют химическим структурам пищи, и нарушение этого соответствия приводит к нарушению нормальных процессов превращения того или иного пищевого вещества, служит причиной многих болезней. Это правило должно соблюдаться на всех уровнях: в желудочно-кишечном тракте, - в процессах пищеварения и всасывания; при транспорте пищевых веществ к тканям; в клетках и субклеточных структурах – в процессе клеточного питания, а также в процессе выделения продуктов обмена из организма. Нарушение «правила соответствия» на любом из уровней приводит к существенным нарушениям физиологического состояния организма. Например, выпадение биосинтеза гидроксилазы фенилаланина переводит эту аминокислоту в токсическое для организма соединение, которое вызывает резкую задержку физического и психического развития ребенка. Тяжелыми заболеваниями, нередко приводящими новорожденных к гибели, являются наследственные ферментопатии, возникающие в результате непереносимости моносахаридов (галактозы и фруктозы). То есть, в результате нарушения генетической информации в тканях организма не продуцируется какой-то один из жизненно важных ферментов, и единственным патогенетически обоснованным методом лечения таких больных является диетотерапия.

Ферментные системы приспособлены к тем пищевым веществам, которые содержит обычная пища. Эти соотношения пищевых веществ закрепляются как формулы сбалансированного питания.

Таким образом, для обеспечения нормальной жизнедеятельности организма в состав пищи обязательно должны входить вещества, названные незаменимыми факторами питания. К ним относятся незаменимые аминокислоты, витамины, некоторые жирные кислоты, минеральные вещества и микроэлементы.

Люди питаются по-разному, в зависимости от условий быта, характера работы, вкусов. Однако, существует ряд требований, которые должны учитываться при составлении рационов питания.

Прежде всего, пища должна быть разнообразной и полноценной, то есть содержать в определенном количестве и соотношении белки, жиры, углеводы, витамины, минеральные вещества и воду.

Другое важное условие – правильный режим питания. Под режимом питания понимают распределение пищевого рациона по калорийности, составу и массе на протяжении суток. При этом обязательно следует учитывать кратность, время и длительность приема пищи, а также интервалы между приемами пищи. Рациональный режим питания выдвигает определенные требования к продолжительности приема пищи, её усвояемости, которые прямо зависят от степени измельчения пищи во рту и обработки пищеварительными соками.

Значение питания для здорового и больного человека трудно переоценить. Количество, качество, время приема пищи должно быть «привязано» к возрасту, характеру труда и быта человека.

Нельзя обойти молчанием того факта, что параллельно с научно-обоснованными рекомендациями по питанию больных и здоровых людей в настоящее время получают распространение всевозможные «системы питания» по коррекции массы тела, системы «всеисцеляющих голоданий», «раздельного питания», «сыроядения» и т.д. Медицинским работникам, а также населению следует осознать всю опасность этих «модных поветрий».

Системы организации питания: централизованное и децентрализованное

Организация питания больных в лечебно-профилактических учреждениях является одним из важных разделов в комплексе лечебных мероприятий. Поэтому необходимо уделять максимум внимания не только правильному назначению диет, но и следить за санитарным состоянием помещений, где проводится приготовление пищи, за качеством и правильной обработкой пищевых продуктов, за личной гигиеной и здоровьем работников пищеблока и т.д.

Под пищеблоком понимают комплекс помещений, где пищевые продукты проходят путь от их доставки с продовольственных баз до приготовления блюд и раздачи готовой пищи. Пищеблок должен включать следующие помещения: склады (охлаждаемые и неохлаждаемые) для хранения продуктов, кладовая суточного запаса продуктов, производственные цеха (мясной заготовительный, рыбный заготовительный, овощной заготовительный, горячий доготовочный, холодный доготовочный, кондитерский), моечные (для кухонной посуды, для столовой посуды, для мытья тележек и транспортной тары), раздаточная (для отпуска пищи), обеденный зал, вспомогательные помещения (инвентарная, бельевая, тарная, помещение для отходов, помещение для персонала).

Виды и площадь помещений пищеблока определяются строительными нормами и правилами ЛПУ и зависят от количества коек в больнице или мест в санаториях и профилакториях. Нормы оснащения пищеблоков ЛПУ и санитарные правила для предприятий общественного питания утверждены приказами Минздрава РФ.

Работа пищеблока может быть организована как по централизованной, так и по децентрализованной системе.

При централизованной системе все процессы обработки сырья и приготовления пищи сосредоточены в центральном пищеблоке. При децентрализованной системе эти процессы осуществляются отдельно. Имеется одна общая группа помещений, где производится заготовка полуфабрикатов, а кухни, где они доводятся до готовности, располагаются в каждом из корпусов больницы. В настоящее время предпочтение отдается централизованной системе организации пищеблока. Она более экономична, позволяет рационально использовать производственные помещения, применять высокопроизводительное технологическое оборудование, снизить численность обслуживающего персонала и улучшить условия его труда. Основным его недостатком является необходимость транспортировки готовой пищи в отделения и, в ряде случаев, её вторичного подогрева, но его можно избежать, если использовать мармитные или специальные сервировочные тележки. При децентрализованной системе обеспечения больных питанием процесс приготовления пищи усложняется и становится дороже, так как несколько доготовочных кухонь требуют увеличения штата сотрудников пищеблока и дублирования технологического оборудования, но зато упрощается распределение уже готовой пищи.

Вопросы санитарного устройства пищеблоков и буфетных при отделениях, соблюдения сроков хранения и реализации пищи

- Одной из особенностей организации лечебного питания в ЛПУ является необходимость быстрой доставки пищи в отделения к больному. Раздачу готовой пищи производят не позже двух часов после её приготовления, включая и время доставки пищи в отделения.

В зависимости от характера постройки больничных корпусов и мощности больницы возможны следующие виды пищеблоков:

- а) в однокорпусных больницах с числом коек до 300 преимущественно пищеблока внутри общего здания;

б) в крупных многокорпусных больницах – центральные кухни, вынесенные в отдельное здание.

Независимо от расположения пищеблока должен соответствовать следующим требованиям: все помещения должны быть изолированными и иметь самостоятельные входы и выходы, расположены по поточности процесса и исключать возможность соприкосновения сырья с готовой продукцией, чистой и грязной посудой. Кроме того, расположение всех помещений и размещение в них технологического оборудования должно создавать максимальные удобства для работающих. Недопустимо размещение производственных помещений, кроме овощной заготовочной, обеспеченной самотечной канализацией, в подвальных этажах.

- Текущую уборку проводят влажным способом 2 раза ежедневно, а в производственных помещениях – в течение рабочего дня по мере загрязнения. Полы, в помещениях, загрязненных пищевыми остатками, моют горячей водой с добавлением 2% раствора соды. Для уборки обеденных столов используют комплекты из влажной и сухой салфеток с метками «для уборки столов». Пищевые отходы и отбросы собирают в бачки с крышками и не позднее чем через 2 часа выносят в мусороприёмники на территории двора или в специальные охлаждаемые камеры для хранения до вывоза. Бачки для сбора отходов моют горячей водой с 2% раствором соды и дезинфицируют. Весь уборочный инвентарь должен быть промаркирован и храниться в шкафу вне производственных помещений. Не реже 1 раза в неделю следует проводить генеральную уборку всех помещений

На санитарное состояние пищеблока большое влияние оказывает благоустройство и поддержание санитарного режима территории, прилегающей к пищеблоку. Особое внимание следует уделять своевременному удалению и обезвреживанию отходов. Профилактика выплода мух, тараканов и грызунов заключается в надлежащем гигиеническом содержании территории и помещений. Для осуществления химических способов их уничтожения привлекают специалистов дезинсекционно-дератизационных организаций по согласованию с санитарно-эпидемиологической станции.

- Для транспортировки готовой пищи в буфетные используют термосы, тележки термосы, мармитные тележки или плотно закрывающуюся крышками посуду. Лица, выполняющие выгрузку и доставку пищи в отделения, должны иметь специальную одежду (халат, рукавицы). Транспортировка хлеба должна осуществляться в полиэтиленовых или клеёночатых (транспортных) мешках, однако, хранение хлеба в них не разрешается, также не разрешается использовать при транспортировке тканевые мешки.

Важным звеном в организации больничного питания являются буфетные, оборудованные в каждом отделении больницы.

Роли медперсонала в осуществлении питания пациентов

- Заведующий отделением несёт ответственность за санитарное состояние буфетной, соблюдение правил техники безопасности, производственной санитарии и личной гигиены персоналом буфетной; за своевременное оформление заявок и организацию дезинсекции и согласно договору с дезотделениями; за организацию и проведение профилактических мероприятий по эпидпоказаниям; за допуск к работе лиц, не прошедших медицинское обследование и не сдавших санминимума; за наличие достаточного количества производственного инвентаря, посуды, спецодежды и других предметов в соответствии с табелем материально-технического оснащения.
- Старшая сестра отделения обеспечивает организацию и контроль за соблюдением санитарно-гигиенического режима; проведение занятий по изучению санитарных правил лицами, поступающими на работу, а также ежегодную проверку знаний персонала буфетной; организацию и контроль за проведением дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных мероприятий, соблюдением техники безопасности при работе с дезинфектантами; комплектацию и своевременное пополнение аптечки для оказания первой медицинской помощи; контроль за температурным режимом и качеством мытья посуды, приготовлением моющих и дезинфицирующих средств; контроль за условиями хранения, сроками реализации и соответствием блюд назначенным диетам (пищи, поступающей с пищеблока, и личных продуктов, передаваемых посетителями); ежедневный осмотр персонала буфетной на гнойничковые заболевания с регистрацией в журнале; контроль за наличием личных медицинских книжек с отметкой о прохождении периодических медицинских обследований (медицинские книжки буфетчиц должны храниться в буфетной); организацию и проведение санитарно-просветительной работы среди пациентов отделения.

Ответственность за состояние рабочего места, выполнение правил личной гигиены, выполнение технологических и санитарных требований на своем участке несет каждый работник буфетной.

Санитарное и техническое оснащение структуры. Документы. Непосредственная работа

Разделочные доски, ножи, уборочный инвентарь должен быть промаркирован. После каждой раздачи пищи производят уборку буфетной и столовой с применением дезинфицирующих растворов. Раздачу пищи больным производят буфетчицы и дежурные медицинские сестры отделения. Раздача пищи должна

производиться в халатах с маркировкой «для раздачи пищи». Не допускается к раздаче пищи младший обслуживающий персонал.

Приём пищи больными отделений за исключением тяжелобольных, происходит в специально выделенном помещении – столовой.

Нарушение санитарного и технического состояния производственного оборудования, инвентаря и посуды ведет к снижению качества, микробному обсеменению и химическому загрязнению продуктов, полуфабрикатов и готовых блюд. Это может стать причиной распространения кишечных инфекций и возникновения пищевых отравлений.

Общее руководство лечебным питанием в больнице осуществляет главный врач. Непосредственное научно-методическое и организационное руководство лечебным питанием осуществляет врач-диетолог. Врач-диетолог совместно с диетсестрой и старшим поваром организует систематическую работу по ознакомлению всего медицинского персонала с основными принципами организации лечебного питания и с особенностями лечебных диет.

Ежедневно старшие медицинские сестры отделений представляют диетсестре пищеблока сведения о больных, состоящих на питании по состоянию на утро текущего дня по форме №22 –МЗ. В этой форме (порционном требовании) указывается распределение больных по диетическим столам в соответствии с записями в истории болезни.

На основании сводных сведений о наличии больных, состоящих на питании, технологической карты и утвержденных норм питания, диетсестра пищеблока составляет меню-раскладку, где проставляет количество продуктов питания для приготовления одной порции каждого блюда и количество продуктов, необходимых для приготовления всех порций данного блюда.

В каждом лечебном учреждении на основные постоянно действующие диеты обычно разрабатывается семидневное меню. Оно должно соответствовать характеристикам диет, обеспечивать правильное сочетание пищевых продуктов в каждом приёме пищи, разнообразие и хорошие органолептические свойства.

Закладка продуктов питания в котёл производится в присутствии диетврача (диетсестры). Периодически (внезапно) закладка продуктов контролируется администрацией совместно с представителями общественных организаций (местного комитета, совета медсестёр и др.). Не менее 3 раз в месяц представителями общественных организаций выборочно проверяется вес порций готовых блюд и одновременно производится органолептическая проба пищевых продуктов. О результатах проверки составляется акт.

Проверка качества приготовленных блюд проводится в соответствии с Инструкцией по контролю за качеством готовой пищи в ЛПУ, контроль осуществляет дежурный врач совместно с заведующим пищеблоком. Результаты дегустации каждого блюда заносятся в меню-порционник, а общую оценку записывают в «Журнал проб готовой пищи».

Для ознакомления больных ежедневно на видном месте в отделениях вывешивается меню. Главная медицинская сестра должна периодически присутствовать при раздаче пищи в лечебных отделениях с целью контроля за её качеством и выявления претензий больных.

Контроль за продуктами питания

В каждом лечебном учреждении должен быть чётко организован контроль за приносимыми больным пищевыми продуктами. Его осуществляют медицинские работники при приёме передач и медицинские сестры отделений, имеющие список больных с указанием номера диеты, получаемой каждым из них. В местах приёма передачи и в отделениях должны быть вывешены списки разрешенных (с указанием их предельного количества) и запрещенных для передачи продуктов.

Личные продукты питания (передачи из дома) больные хранят в тумбочке (сухие продукты) и в специально выделенном холодильнике (скоропортящиеся продукты). Ежедневно дежурная медицинская сестра отделения должна проверять соблюдение правил и сроков хранения пищевых продуктов, хранящихся в холодильнике и тумбочках больных.

Продукты для больных должны передаваться в пластиковых пакетах с указанием Ф.И.О. больного и даты передачи. При обнаружении пищевых продуктов с истёкшим сроком хранения, хранящихся без пластикового пакета, без указания Ф.И.О. больного, а также имеющих признаки порчи, они должны изыматься в пищевые отходы. О правилах хранения передач больной должен быть информирован при поступлении в отделение.

В отделениях дежурными медицинскими сестрами должны проверяться соответствие передаваемых пищевых продуктов диете больного, их количество и доброкачественность.

К особо скоропортящимся относятся продукты, в которых при нарушении температурных условий и сроков реализации могут размножаться микроорганизмы, вызывающие порчу продуктов, острые кишечные инфекции и пищевые отравления. Поэтому запрещается передача пациентам, находящимся на стационарном лечении в больнице, следующих продуктов: кур (цыплят)

отварных, паштетов, студней, заливных (мясных и рыбных), пельменей, блинчиков, беляшей с мясом, заправленных винегретов, салатов, кондитерских изделий с заварным кремом и кремом из сливок, бутербродов с колбасой, ветчиной, рыбой, простокваши (самокваса), сырых яиц.

Хранение в отделении скоропортящихся продуктов допускается только с разрешением лечащего врача, в соответствии с назначенной диетой, при условии соблюдения температурного режима (от +4 до +8 град.С) и сроков реализации.

Диетические столы

Особое значение для медицинского работника имеет знание лечебных диет (столов), технологии приготовления диетических блюд и организационных вопросов диетологии.

В основу лечебного питания положены три главнейших принципа:

1. Питание должно являться обязательным элементом современного комплексного лечения больных;
2. строится по принципу патогенетической терапии;
3. основным фактором, определяющим влияние пищи на организм, должен быть её химический состав.

Все лечебные диеты можно разделить на неспецифические и специфические лечебные диеты. Первые характеризуются оптимальным для здорового человека соотношениями пищевых веществ и, следовательно, создают лишь благоприятный фон для патогенетической терапии. Вторые – характеризуются необычными для пищи здорового человека соотношениями пищевых веществ с целью устранения нарушений обмена, характерных для данного заболевания. Следовательно, лечебное питание должно основываться на точном знании характера и степени нарушений обмена веществ у больного.

Каждая диета имеет характеристику, включающую:

1. обеспечение физиологических потребностей больного человека в пищевых веществах и энергии.

Основа лечебного питания – это научно обоснованное питание здорового человека, выражением которого являются утвержденные Министерством здравоохранения РФ физиологические нормы питания в зависимости от пола, возраста, профессии и других факторов. Средние величины потребности

человека в пищевых веществах могут изменяться с учётом тех или иных нарушений в организме при различных заболеваниях. Это может вести к изменению рекомендуемой для здоровых людей сбалансированности пищевых веществ в рационе. Таким образом, для больного человека возможна разбалансировка обычного рациона путем ограничения или увеличения отдельных пищевых веществ. Например, при некоторых заболеваниях почек уменьшают количество белка. Степень уменьшения содержания белка в диете зависит от степени нарушения функции почек. Однако, ограничение белка имеет свои пределы, так как рацион должен обеспечить хотя бы минимальную суточную физиологическую потребность в всех незаменимых аминокислотах, чтобы не возникла белковая недостаточность организма. При этом рацион должен удовлетворять потребность организма в энергии за счет углеводов и жиров, а также обеспечить физиологически необходимую потребность в витаминах, незаменимых жирных кислотах, минеральных веществах.

2. учёт биохимических и физиологических закономерностей, определяющих усвоение пищи больным человеком.

В лечебном питании должно быть обеспечено соответствие между характером принимаемой пищи, её химическим составом и возможностью больного организма её усваивать. Это достигается целенаправленным назначением того или иного количества пищевых веществ, подбором продуктов и методов их кулинарной обработки, режимом питания на основе данных об особенностях обмена веществ, состояния органов и систем больного человека и других факторов, влияющих на усвоение пищи. При этом необходимо:

- индивидуализировать питание (учитывать рост, массу тела, результаты исследования обмена веществ у конкретного больного);
- обеспечить пищеварение при нарушении образования пищеварительных соков (при заболеваниях органов пищеварения возможно ухудшение образования многих пищеварительных ферментов, более полное усвоение пищи достигается в этих случаях при помощи подбора пищевых продуктов и методов их кулинарной обработки);
- учитывать взаимодействия пищевых веществ в желудочно-кишечном тракте и в организме;
- стимулировать восстановительные процессы в органах и тканях путем подбора необходимых пищевых веществ, особенно аминокислот, витаминов, микроэлементов, незаменимых жирных кислот (при заболевании печени диету обогащают липотропными веществами, нормализующими жировой обмен в печени, улучшающими её функцию);

- компенсировать пищевые вещества, теряемые организмом больного, например, при анемиях, после кровопотерь в диете должно быть увеличено содержание железа, меди, ряда витаминов и полноценных белков животного происхождения;
- направленно изменить режим питания в целях своеобразной тренировки биохимических и физиологических процессов в организме, например, частые приёмы пищи пониженной энергоценности при ожирении, дробный приём пищи при холециститах для улучшения желчевыделения;
- учитывать местное и общее воздействие пищи на организм, при местном воздействии пища влияет на органы чувств и непосредственно на желудочно-кишечный тракт; привлекательный вид, вкус и аромат имеет особое значение при строгих диетах с ограничением набора продуктов;
- использовать в питании методы щажения, тренировки, разгрузки и контрастных дней – щажение сочетают с тренировками: постепенным расширением строгих диет за счёт новых, всё менее и менее щажущих блюд и продуктов под контролем состояния больного; на фоне основной диеты иногда применяют «контрастные дни» с включением в рацион ранее исключённых продуктов (клетчатки, соли и т.д.); «разгрузочные дни» кратковременно облегчают функции органов и систем, способствуют выделению из организма продуктов нарушенного обмена веществ; полное голодание кратковременно применяют при некоторых острых состояниях (острых воспалительных процессах в брюшной полости, при интоксикациях, сердечной астме и др.);
- химический состав, калорийность, набор продуктов, их кулинарная обработка, режим питания должны соответствовать медицинским показаниям;
- разнообразить питание за счёт ассортимента блюд в каждом приёме пищи, исходя из семидневной нормы продуктов по определённой диете;
- обеспечить соответствие денежным нормам расхода на питание, принятым в стране.

Значительные сдвиги секреторной и двигательной функции органов пищеварения возможны при изменении механических, химических и температурных влияний пищи.

Механическое действие пищи определяется её объёмом, консистенцией, степенью измельчения, характером тепловой обработки, качественным составом.

Химическое действие пищи обусловлено веществами, которые входят в состав продуктов или образуются при их кулинарной обработке и в процессе пищеварения.

Температурное (термическое) действие пищи возникает при её контакте со слизистыми оболочками полости рта, пищевода и желудка. Минимальное влияние оказывает пища с температурой, близкой к температуре тела.

Общее действие пищи определяется изменением состава крови в процессе переваривания пищи и всасывания пищевых веществ, что ведет к изменениям функционального состояния нервной и эндокринной системы, а затем всех органов и систем человека.

При назначении диеты надо принимать во внимание климатические условия, местные и национальные традиции в питании, личные безвредные привычки или непереносимость отдельных видов пищи, состояние жевательного аппарата, особенности труда и быта, материальные возможности для использования некоторых продуктов.

Лечебное питание невозможно без активного участия больного в выполнении диетических предписаний, без его убежденности в пользе диеты. В связи с этим необходима постоянная разъяснительная работа о роли питания в комплексе лечебных мероприятий, а также рекомендации по составу диет, методам кулинарной обработки.

Все диеты могут быть сгруппированы по показаниям их лечебного предназначения, с учетом действия на организм основных химических элементов рациона, а также его калорийности, физических свойств, запаха и вкуса.

Каждая диета включает:

- показания к назначению;
- цель назначения;
- общую характеристику – главные особенности химического состава, продуктового набора и кулинарной обработки;
- химический состав и энергетическую ценность;
- режим питания;
- перечень допустимых и противопоказанных продуктов и блюд и основные способы их приготовления.

Внесение изменений в основные диеты может быть вызвано следующими причинами:

1. использование некоторых диет при различных заболеваниях

2. наличием у больных нескольких заболеваний;
3. лекарственной терапией, оказывающей нежелательное побочное воздействие на обмен веществ и состояние органов и систем или требующей для своего эффекта соответствующего питания;
4. Непереносимостью отдельных продуктов;
5. Ожирением как сопутствующим заболеванием.

До 2003 года лечебное питание в ЛПУ строилось по нозологическому принципу в виде суточных рационов питания – диет, разработанных институтом питания РАМН и утвержденных приказами МЗ, применительно к каждому конкретному заболеванию, которые обозначались номерами от 1 до 15. Номерная система диет, основанная М.И. Певзнером, включала 15 основных рационов и их многочисленные модификации в зависимости от особенностей течения того или другого заболевания. В общей сложности было разработано более 60 вариантов диетических столов.

Использование всех вариантов номерных диет было затруднено и в практической диетотерапии, при всем разнообразии нозологий, применялись, в основном, 5 вариантов диет.

В приказе Министерства здравоохранения России №330 от 2003г. «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации» определены новые подходы к организации лечебного питания в стационарах ЛПУ как неотъемлемой части лечебного процесса, входящей в число основных лечебных мероприятий.

В соответствии с этим приказом вводится новая номенклатура диет (система стандартных диет), которая строится по принципу химического состава и объединяет ранее применявшиеся диеты номерной системы с использованием нозологического подхода и группового принципа организации диетического питания. Рекомендуемые для внедрения в ЛПУ стандартные диеты различаются по количественному и качественному составу основных пищевых веществ и микронутриентов, энергетической ценности, технологии приготовления диетических блюд и среднесуточному набору продуктов и включают 5 вариантов стандартных диет.

Были пересмотрены химический состав и энергетическая ценность среднесуточных наборов продуктов на одного больного, используемых при организации питания в ЛПУ. Анализ проведенных расчетов выявил завышенную энергетическую ценность и разбалансированность химического состава диет номерной системы. Энергетическая ценность большинства рационов превышала 3000 ккал/сутки, в то время как потребность в энергии больных, находящихся в стационаре на постельном, палатном и общем режиме, составляет от 1400 до 2400 ккал в сутки.

Учитывая усредненную энергетическую потребность стационарных больных, рекомендуемые уровни потребления энергии, установленные настоящим приказом, составляют от 1350 ккал/сутки (низкобелковая диета) до 2690 ккал/сутки (высокобелковая диета), в соответствии с которыми рассчитаны оптимальные размеры суточного потребления продуктов для больных, находящихся на стационарном лечении в ЛПУ.

С учетом требований современной науки о питании и рекомендуемых суточных наборов продуктов, являющихся основой для построения диетических рационов в ЛПУ, определены химический состав и энергетическая ценность стандартных диет.

С целью оптимизации лечебного питания в ЛПУ в стандартные диеты включены специализированные диетические продукты и смеси для энтерального питания, позволяющие индивидуализировать химический состав и энергетическую ценность лечебных рационов, применительно к особенностям течения заболеваний, пищевому статусу и наличию сопутствующей патологии.

Для больного человека еда и питье приобретают особо важное значение, часто определяющее либо выздоровление, либо прогрессирование болезни. Например, согласно исследовательским работам, проведенными специалистами сестринского дела в Англии, больные, не получающие достаточного количества жидкости, страдают бессонницей, а их раны заживают значительно дольше, чем у других больных. Неполноценное питание в несколько раз повышает риск развития пролежней, замедляет выздоровление, способствует прогрессированию основного заболевания.

Питание пациентов

Пациенты, находящиеся на палатном режиме, питаются в столовой, в соответствии с назначенной диетой; пациентов, находящихся на постельном режиме, кормит постовая медсестра, разнося пищу по палатам. Перед тем как приступить к кормлению, необходимо сделать все лечебные процедуры, осуществить физиологические отправления пациента. После этого необходимо проветрить палату и помочь пациенту вымыть руки. Лучше всего, если позволяет сознание, больному следует придать удобное полусидячее положение или приподнять изголовье. Если этого сделать нельзя, то необходимо повернуть голову пациента набок. Шею и грудь закрыть салфеткой, а при необходимости подложить клеёнку. Большим подспорьем в кормлении больного является функциональная кровать, снабжённая специальным надкроватным столиком, если же такового нет, то вместо столика можно использовать тумбочку.

Пища должна быть полужидкой и тёплой, её следует давать неторопясь, небольшими порциями, чтобы пациент успевал проглотить. Для лучшего усвоения пища должна быть вкусно приготовлена, внешне красиво оформлена и нагрета до определенной температуры: горячие блюда до +60 гр., холодные до +10 гр.

Есть много причин, по которым пациент не может самостоятельно есть и пить. Их можно разделить на две большие группы:

1. Человек из-за своего общего состояния не может есть и пить.
2. У пациента снижено или вообще отсутствует желание есть и пить.

В зависимости от причины определяется тактика медицинского работника в кормлении пациента.

1. Общее тяжёлое состояние, когда пациент лежит и не может протянуть руку к тумбочке. Такого пациента надо поить из поильника или трубочки, вставленной в стакан. Перед этим предварительно дать воды в чайной ложке и попросить его проглотить, чтобы убедиться, что у пациента не нарушено глотание. Необходимо, чтобы пища была гомогенной (то есть одинаковой по консистенции). Нельзя поить пациентов, лежащих с запрокинутой головой, так как при этом надгортанник открывает вход в трахею и больной может захлебнуться. Необходимо, насколько это возможно, пригнуть голову к груди и немного приподнять пациента. Особо ослабленным пациентам необходимо давать время для отдыха между глотками. Поить таких больных нужно понемногу, но часто. При кормлении пациента необходимо помнить, что помогать ему надо тогда, когда он самостоятельно не справляется.
2. У пациента может отсутствовать желание есть и пить. Отсутствие аппетита часто возникает в случае, когда у пациента депрессия, связанная с тяжестью основного заболевания, с прикованностью к постели. В этом случае желателен более активный двигательный режим в соответствии с состоянием, общение с родственниками и другими пациентами, какое-нибудь занятие. Часто пропадает аппетит при плохом уходе за полостью рта, когда во рту у пациента развиваются гнилостные процессы. При нахождении пищи в такой полости пациент не может ощущать ни вкуса, ни самого присутствия пищи во рту.. Поэтому после каждого приёма пищи пациенту необходимо проводить туалет полости рта. Часто отсутствие аппетита связано с неприглядным внешним видом предлагаемой пищи, плохо вымытой посуды и др. Многие пациенты отказываются от еды и особенно питья, так как понимают, что если есть и пить вдоволь, то придётся часто пользоваться судном. Надо постараться объяснить пациенту, что есть и пить ему необходимо и что медицинские работники и нянечки всегда придут ему на помощь в нужный момент, стоит только позвать.

После кормления необходимо убрать остатки пищи и посуду. Необходимо также помочь пациенту прополоскать рот или, если он не в состоянии этого сделать сам, провести орошение полости рта теплой кипячёной водой.

В условиях критических состояний естественное поступление питательных субстратов либо невозможно в связи с нарушением питательной активности пациента, либо не удовлетворяет энергетических и пластических потребностей организма. Это ставит перед медицинским работником задачу удовлетворения потребности организма больного в питательных веществах с частичным или полным замещением естественного пути их поступления. Но в любом случае энтеральное питание предпочтительнее парэнтерального, так как оно более физиологично, дешевле парэнтерального, не требует строго стерильных условий и практически не вызывает опасных для жизни осложнений.

Если пациент не может принимать пищу естественным путем, то по назначению врача, медицинская сестра осуществляет искусственное питание:

- * через желудочный зонд;
- * через операционный свищ желудка (гастростому) или 12-типерстной кишки (дуоденостому);
- * парэнтерально (внутривенно капельно).

Основные принципы искусственного питания:

1. Своевременность проведения искусственного питания. Не ждать, пока разовьются тяжелые признаки истощения.
2. Оптимальность. Питание проводить до тех пор, пока не восстановятся метаболические, антропометрические и иммунологические параметры.
3. Адекватность питания: количественное и качественное соотношение питательных веществ.

Гастростома (желудочный свищ) накладывают при непроходимости пищевода, пищу вводят непосредственно в желудок через трубку с надетой на конец воронкой. Пища должна быть высококалорийной, жидкой или полужидкой, тёплой. В смеси вводят сырые яйца, мясные и молочные протёртые супы, протёртое мясо, фрукты, овощи, сливки, сметану, масло, соки. Иногда пациенту разрешают самостоятельно разжевать пищу, затем её разводят в стакане жидкостью и вливают через зонд с воронкой. При таком варианте кормления сохраняется рефлекторное возбуждение желудочной секреции и вкусовые ощущения. Через зонд вливается не более 500-600 мл пищи за одно кормление.

Парэнтеральное питание назначают пациентам с явлениями непроходимости пищеварительного тракта, при невозможности нормального питания (опухоль), а также после операции на пищеводе, желудке и других органах. Для этого

используют растворы аминокислот, 5% раствор глюкозы, растворы электролитов, витамины, гидролизаты жиров. Необходимо строго соблюдать скорость введения препаратов.

Собственное исследование

В ГБУЗ «Волгоградская областная детская клиническая больница» (ГБУЗ «ВОДКБ») я проходил практику в приемном отделении. За время прохождения практики в качестве помощника младшего медицинского персонала мне удалось провести собственное исследование в изучении современных требований организации питания в детской соматической больницы:

Я присутствовал при накрытии стола, наблюдал за процессом питания детей, находящихся на постельном режиме, изучал диетические столы и их состав, следил за работой столовой и работой персонала этой структуры. На основе, изложенной в работе информации, можно сказать, что в ГБУЗ «ВОДКБ» организация питания пациентов соответствует всем современным нормам и требованиям.

Вывод

Питание больных детей в соматической больнице является неотъемлемой частью всего процесса лечения. От правильного питания непосредственно зависит здоровье пациента. Хранение, выбор, приготовление пищи и контроль за ней позволяют с полной уверенностью сказать, что лечение ребенка будет проходить гораздо успешнее и быстрее. А добросовестная и ответственная роль медперсонала являются гарантом безопасности питания в больнице.

Список используемой литературы

1. СанПиН 2.3.6.2867–11 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья»
2. СанПиН 1.1.1058–01 «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий»
3. Детское питание: рук. для врачей / под ред. В. А. Тутельяна, И. Я. Коня. — Москва: ООО «Мед. информ. агентство», 2009. — 952 с
4. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения РФ: метод. рек. — Москва, 2009.
5. «Общий уход за детьми. Учебное пособие.»
Анатолий Запруднов, Константин Григорьев.

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

Ильин Александр Александрович 5 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 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:



К.В. Кожевникова