**Письменные вопросы по тетради**

11. Назовите особенности питания беременных женщин.

При беременности интенсивность основного обмена возрастает примерно на 10%, что обусловлено повышенным потреблением кислорода и активностью плода, так что общие энергетические затраты составляют примерно 2500 ккал в день. Необходимо полностью исключить алкоголь, ведь плацента не способна оградить плод от проникновения алкоголя из крови матери, приводя к его алкогольному отравлению.

Физиологически наиболее рационально в I половине беременности пятиразовое питание: первый завтрак – в 8-9 ч (около 30% энергетической ценности суточного рациона), второй завтрак – в 11-12 ч (20%), обед – в 14-15 ч (до 30%) и ужин – в 19-20 ч (20%) и в 22 ч – 1 стакан кефира, йогурт или яблоко.

Во второй половине беременности целесообразно принимая пищу дробно, 5-6 раз в день, распределить её таким образом, чтобы максимальное количество приходилось на первую половину дня. Завтрак должен составлять 30% энергетической ценности суточного рациона, второй завтрак – 15%, обед – 30%, полдник - 5% и ужин – 20%.

Важно правильно распределить пищевые продукты в течение суток. Известно, что продукты, богатые белком, повышают обмен веществ, возбуждают нервную систему, дольше задерживаются в желудке, поэтому мясо, рыба, куры должны входить в дневные приемы пищи (завтрак, обед). На ужин лучше употреблять молочно-растительные блюда. Обильная еда в вечернее время отрицательно сказывается на здоровье беременной, нарушает нормальный сон и отдых.

Меню следует видоизменять с учетом времени года. При нормальном течении беременности прибавка массы тела во второй половине не должна превышать 300-350 г в неделю, а увеличение ее за всю беременность должно составлять 8-10 кг.

Во II половине беременности, в связи с ростом матки и плода, потребность белка в пище беременных стандартной массы и роста должно быть увеличено до 110-120 г, в том числе 60 г белков животного происхождения, до 85 г жиров и до 400 г углеводов.

Суточная потребность организма в жидкости составляет около 35 г на 1 кг массы тела.

12. Назовите особенности питания кормящих женщин.

Питанию кормящей матери необходимо уделять особое внимание, так как от количества и качества потребляемых ею продуктов зависит лактация и состав грудного молока.

Химический состав рациона кормящей женщины: белки - 130-140 г, жиры - 100-110 г, углеводы - 450-500 г, - что соответствует 3500-4000 ккал.

Из продуктов, содержащих полноценные белки, в послеродовом периоде рекомендуются: творог, неострые сорта сыра, молоко, простокваша, отварное мясо, рыба, белок яйца. Следует употреблять легкоусвояемые жиры: сливочное масло, подсолнечное, оливковое. Потребность в углеводах удовлетворяется за счет продуктов, содержащих растительную клетчатку: хлеб из муки грубого помола, овощи, фрукты, ягоды, свежая зелень, томаты.

Питание рожениц должно быть 5-6-разовым. Необходимо исключить из рациона крепкий кофе, пряности, алкогольные напитки. Кормящая женщина должна потреблять в сутки примерно на 1 л жидкости больше обычного, причем молока - не менее 0,5 л.

При недостаточной лактации необходимо включать в рацион продукты, богатые белками, жиром и витаминами. Рекомендуется дополнительно к рациону «голландский» сыр - 100 г (по 50 г 2 раза в день), сметана - 100 г (по 50 г 2 раза в день), жидкие пивные дрожжи - 120 г (по 60 г 2 раза в день), сок черной смородины - 60 мл, мед - 100 г (по 50 г 2 раза в день).

13. Какие нормы организации лечебного питания содержатся в инструкции по организации лечебного питания в ЛПУ?

Организация лечебного питания в лечебно-профилактическом учреждении является неотъемлемой частью лечебного процесса и входит в число основных лечебных мероприятий.

Индивидуализация химического состава и калорийности стандартных диет осуществляется путем подбора имеющихся в картотеке блюд лечебного питания, увеличения или уменьшения количества буфетных продуктов (хлеб, сахар, масло), контроля продуктовых домашних передач для больных, находящихся на лечении в лечебно-профилактическом учреждении, а также путем использования в лечебном и энтеральном питании биологически активных добавок к пище и готовых специализированных смесей. Для коррекции пищевого рациона может включаться 20-50% белка готовых специализированных смесей.

Номенклатура постоянно действующих диет в каждом лечебно-профилактическом учреждении устанавливается в соответствии с его профилем и утверждается на Совете по лечебному питанию. Во всех лечебно-профилактических учреждениях устанавливается как минимум четырехразовый режим питания, по показаниям в отдельных отделениях или для отдельных категорий больных (язвенная болезнь 12-перстной кишки, болезнь оперированного желудка, сахарный диабет и др.) применяется более частое питание. Режим питания утверждается на Совете по лечебному питанию.

Рекомендуемые среднесуточные наборы продуктов являются основой при составлении стандартных диет в лечебно-профилактическом учреждении. При формировании стандартных диет для детей и взрослых, получающих санаторно-курортное лечение, используют более дорогие сорта продуктов с учетом суточных норм питания в санаториях и санаториях-профилакториях. При отсутствии полного набора продуктов на пищеблоке, предусмотренного сводным семидневным меню, возможна замена одного продукта другим при сохранении химического состава и энергетической ценности используемых лечебных рационов

Контроль правильности проводимой диетотерапии должен осуществляться путем проверки соответствия получаемых больными диет (по набору продуктов и блюд, технологии приготовления, химическому составу и энергетической ценности) рекомендуемым характеристикам стандартных диет и путем проверки равномерного использования ассигнований по кварталам года.

Общее руководство диетпитанием в лечебно-профилактическом учреждении осуществляет главный врач, а в его отсутствие - заместитель по лечебной части.

Ответственным за организацию лечебного питания является врач-диетолог. В тех случаях, когда должность врача-диетолога в лечебно-профилактическом учреждении отсутствует, ответственным за эту работу является медицинская сестра диетическая.

На пищеблоке ЛПУ контроль за соблюдением технологии приготовления и выходом готовых диетических блюд осуществляет заведующий производством (шеф-повар, ст. повар), контроль за качеством готовых диетических блюд - врач-диетолог, медицинская сестра диетическая, дежурный врач, разрешающий выдачу готовой пищи в отделения.

Все вопросы, связанные с организацией лечебного питания в лечебно-профилактическом учреждении, систематически (не менее 1 раза в квартал) заслушиваются и решаются на заседаниях Совета по лечебному питанию.

. Медицинская сестра диетическая пищеблока на основании сведений, полученных от всех отделений, составляет "Сводные сведения по наличию больных, состоящих на питании" в лечебно-профилактическом учреждении, которые сверяются с данными приемного отделения и подписываются ею ([форма N 22-МЗ](http://base.garant.ru/12132439/172a6d689833ce3e42dc0a8a7b3cddf9/#block_7200)).

На основании "Сводных сведений" медицинская сестра диетическая при участии зав.производством (шеф-повара) и бухгалтера составляет под руководством врача-диетолога меню-раскладку по [форме N 44-МЗ](http://base.garant.ru/12132439/172a6d689833ce3e42dc0a8a7b3cddf9/#block_7500) на питание больных на следующий день.

Контроль готовой пищи перед выдачей ее в отделения производится дежурным врачом и 1 раз в месяц - главным врачом (или его заместителем по лечебной работе) лечебно-профилактического учреждения, а также осуществляется врачом-диетологом, медицинской сестрой диетической, зав.производством (или шеф-поваром) вне зависимости от пробы, производимой дежурным врачом.

При отсутствии централизованной кольцевой доставки пищевых продуктов для их перевозки выделяют специальный транспорт (крытый), который не реже одного раза в год подвергается паспортизации в учреждениях Госсанэпиднадзора. Категорически запрещается использование этого транспорта для других целей (перевозка белья, оборудования, больных и т.п.).

Для транспортировки готовой пищи в буфетные отделения больницы используют термосы, тележки-термосы, мармитные тележки или плотно закрывающуюся посуду.

В пищевых блоках лечебно-профилактических учреждений должны строго соблюдать:

- требования по устройству пищеблока, санитарному содержанию и технологии приготовления пищи, предусмотренные действующими санитарными правилами для предприятий общественного питания;

- санитарные правила по условиям и срокам хранения и реализации особо скоропортящихся продуктов;

- требования об обязательных профилактических и медицинских обследованиях работников пищеблока, раздаточных и буфетных.

14. В чём заключается нутриционная поддержка больных в послеоперационном периоде?

По рекомендациям Американской ассоциации парентерального и энтераль­ного питания (ASPEN, 2002), нутриционная поддержка должна назначаться в послеоперационном периоде в тех случаях, когда предполагается, что полноценное питание через рот будет невозможно в течение 7-10 сут пос­ле операции.

Ранняя адекватная нутриционная поддержка, представленная различными сочетаниями методик парентерального и энтерального питания, является на настоящем этапе развития медицины наиболее эффективным методом коррекции расстройств белкового и энергетического обмена.

Основными задачами нутритивной поддержки вне зависимости от профиля пациента являются снижение катаболической реакции организма, восполнение энергетических затрат и обеспечение реализации эндогенного пластического потенциала. В зависимости от степени выраженности питательной недостаточности, тяжести метаболических нарушений и от функционального состояния желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) нутритивная поддержка может быть реализована путем использования энтерального зондового питания и парентерального питания. В большинстве клинических ситуаций эти методы могут использоваться совместно или последовательно, дополняя друг друга.

Многочисленными исследованиями последних десятилетий убедительно показано, что целенаправленная и рутинная оценка нутритивного статуса с целью выявления пациентов с нутритивной недостаточностью, а также компенсация послеоперационного гиперметаболизма пероральным, энтеральным или парентеральным введением энергоносителей и пластических субстанций у ВСЕХ пациентов имеет своим следствием достоверно меньшую частоту локальных и системных послеоперационных осложнений, а, значит, и меньшую послеоперационную летальность, снижение сроков пребывания в ОРИТ и в стационаре, что, кроме всего прочего, делает лечение экономически более эффективным.

15. Назовите особенности питания больных в предоперационном периоде?

В предоперационном периоде целесообразно назначать диету, богатую белковыми продуктами преимущественно растительного и молочного происхождения. Например, куриный бульон, куриное мясо, нежирную говядину, нежирный творог, фасоль и т. д. За несколько дней до операции исключают продукты, способствующие газообразованию в кишечнике. Накануне операции последний прием пищи должен состояться не позднее 18 ч.

**Практические задания**

7. Составьте примерное однодневное меню для больного, страдающего хроническим холециститом.

**Первый завтрак.** Белый черствый хлеб с 5 граммами сливочного масла; овсяная молочная каша; творожная паста; чай с сахаром и лимоном.

**Второй завтрак.** Пюре из яблок; отвар шиповника с сахаром; сухое печенье.

**Обед.** Белый черствый хлеб; суп-пюре из протертой моркови; рыба отварная с отварной вермишелью; компот.

**Полдник.** Отвар шиповника или фруктовый сок, сухарики из белого хлеба.

**Ужин.** Белый черствый хлеб; белковый омлет; кисель из ягод.

**Перед сном.** Стакан кефира.

8. Составьте примерное однодневное меню для больного с онкологическим заболеванием желудка (III – IV ст.).

**Завтрак.** Порция овсянки (1:1 вода и обезжиренное молоко), чай.

**Перекус.** 200 мл свежего сока из апельсина, сухарик.

**Обед.** Порция горохового супа, тушеные овощи, сок.

**Полдник.** Чай с крекерами.

**Ужин.** Порция рисовой каши с кусочком отварного мяса, компот.

**Перед сном**. 150 мл нежирного молока.

9. Составьте примерное меню-раскладку диеты №5п.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование продуктов и блюд | Объем порции, г | Белки, г | Жиры, г | Углеводы, г | Калорийность, ккал |
| **Завтрак:**[Каша овсяная на молоке с маслом](http://pankreatitu.net/recepty/kashy/ovsyanaya)Сыр российскийХлебЧайСахар |  200302020010 |  6.87.01.600.1 |  5.68.90.200.07 |  28.509.709.1 |  210109473.336,9 |
| **2-й завтрак:**Творог 1.8%Йогурт 2,5% |  100200 |  186.8 |  1.85.0 |  3.328.8 |  101188 |
| **Обед:**Суп-пюре картофельныйСметана 10%Вермишель отварнаяСалат из отварной свеклы с растительным масломТефтели из говядины с рисомХлеб[Отвар шиповника](http://pankreatitu.net/recepty/napitki/otvar-shipovnika) |  20010200 5010020200 |  3.660.33.6 1.021.21.60.6 |  4.461.00.3 2.58.00.20.2 |  15.70.325.0 8.06.89.78.0 |  119.811.5121 662204737.6 |
| **Полдник:**Яйцо всмятку[Кисель фруктово-ягодный](http://pankreatitu.net/recepty/napitki/kisel) |  60.0200 |  7.70.32 |  6.960 |  0.4236.5 |  95.2115 |
| **Ужин:**Треска с овощами, запеченная под хлебными крошкамиМармелад фруктовый[Отвар шиповника](http://pankreatitu.net/recepty/napitki/otvar-shipovnika) |   20030200 |   19.20.030.6 |   9.400.2 |   17.2268.0 |   21810337.6 |
| **Перед сном:**Ряженка 2,5% |  200 |  5.8 |  5.0 |  8.4 |  108 |
| **Всего** | 2430 | 105.91 | 59.79 | 249.42 | 1994.9 |

10. Составьте примерное меню-раскладку диеты №0.

В таблице указана меню-раскладка диеты №0а.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование продуктов и блюд | Объем порции, г | Белки, г | Жиры, г | Углеводы, г | Калорийность, ккал |
| **Завтрак:**ЧайСахарКисель с ягодами |  1005100 |  00,050,16 |  00.0350 |  04,5518,25 |  018,4557,5 |
| **2-й завтрак:**Компот яблочный |  200 |  0,4 |  0 |  44,2 |  170 |
| **Перекус:**Постный мясной бульонСливочное масло | 2005 | 0,120,025 | 0,44,125 | 00,004 | 837,4 |
| **Обед:**Фруктовое желе[Отвар шиповника](http://pankreatitu.net/recepty/napitki/otvar-shipovnika) | 180200 |  0,540.6 |  0,180.2 |  13,688.0 |  60,8437.6 |
| **Перекус:**Чай с лимоном[Сахар](http://pankreatitu.net/recepty/napitki/kisel) |  5 |  00,05 |  00,035 |  04,55 |  018,45 |
| **Ужин:**Рисовый отварМасло сливочное[Фруктовое](http://pankreatitu.net/recepty/napitki/otvar-shipovnika) желе |  200 2,5150 | 1,440,01250,45 | 0,162,0625 0,15 | 16,90,00411,4  | 73,7218,750,7  |
| **Перекус:**Отвар шиповника | 200 | 0,6 | 0,2 | 8,0 | 37,6 |
| **Перед сном:**Компот яблочный |  200 |  0,4 |  0 |  44,2 |  170 |
| **Всего** | 1747,5 | 4,8475 | 7,5475 | 173,738 | 758,96 |

**Экзаменационный билет**

1. Организация лечебного питания в медицинских организациях.

Организация лечебного питания больных в ЛПУ 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.

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.

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.

Организация питания больных в ЛПУ 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.

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 пищеблоки внутри общего здания;

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

Независимо от расположения пищеблок 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 клеёнчатых (транспортных) мешках, однако , хранение хлеба в них не разрешается, также на разрешается использовать при транспортировке тканевые мешки.

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

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.

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 раздачи 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.

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

2. Лечебное питание при гастродуодените.

**Гастродуоденит** — это сочетанное воспаление слизистой нижней части (пилорического отдела) желудка и верхнего отдела двенадцатиперстной кишки. Именно анатомическая близость этих органов, а зачастую и общность этиологических факторов (наличие **хеликобактера**), способствует вторичному вовлечению в патологический процесс слизистой двенадцатиперстной кишки. Это заболевание относится к разновидности хронического [**гастрита**](https://medside.ru/hronicheskiy-gastrit).

Диета при гастродуодените является важнейшей составляющей лечебного процесса и зависит от формы и разновидности заболевания (поверхностный «катаральный», эритематозный, эрозивный гастродуоденит), а также данных **pH-метрии желудка**. Общими принципами питания при гастрите и дуодените являются: максимальное щажение слизистой скомпрометированного органа от любого вида повреждающих факторов. Это достигается исключением из рациона продуктов, требующих длительного переваривания, пища подается в гомогенизированном состоянии (разваренном, перетертом, кашицеобразном), а также необходимо тщательно пережевывать пищу.

Не разрешается подавать блюда в чрезмерно горячем/холодном состоянии. Из рациона исключаются продукты, вызывающие химическое раздражение (жирную и жареную пищу, копчёности, маринады, специи и соусы, консервы, сырые овощи и алкоголь), ограничивается употребление соли.

Обострение гастродуоденита на фоне повышенной или нормальной кислотности требует назначения **Диеты №1** и ее разновидностей. В первые сутки показано полное голодание с приемом в небольших количествах жидкости (кипячёная вода, чай без сахара). На 2-3 сутки больного переводят на [**Стол №1А**](https://medside.ru/dieticheskiy-stol-1a).

Энергетическая ценность диеты на уровне 1800 ккал. Уменьшение калорийности осуществляется преимущественно за счет снижения потребления углеводов и в незначительной мере — белков и жиров.

Запрещаются блюда и продукты, возбуждающие секрецию и раздражающие слизистую желудка. Пища готовится на пару или варится, подается в протертом или кашицеобразном виде, не допускаются слишком горячие/холодные блюда. Прием соли ограничен до 6-8 грамм.

Питание при соблюдении постельного режима, дробное. Употреблять около 1,5 литров жидкости. На 6—8 сутки с целью стимуляции регенерации слизистой желудка//поджелудочной железы пациент переводится на [**Диету 1Б**](https://medside.ru/dieta-stol-1b).

Питание при соблюдении полупостельного режима. Энергетическая ценность снижена преимущественно за счет ограничения количества углеводов, при нормальном содержании белков и жиров. Супы на слизистом отваре. Исключены твердые, возбуждающие продукты, холодные и горячие блюда.

Пища готовится на пару или варится, подается в гомогенизированном состоянии. Соль ограничена. Длительность **Диеты 1** и **1Б** определяется многими факторами, в том числе и формой гастродуоденита. Так, при поверхностном гастродуодените, учитывая, что в воспалительный процесс вовлечена лишь слизистая оболочка, а остальные структуры желудка и кишки функционально достаточны и не затронуты, период голодания и диетического питания может быть относительно коротким.

При **эрозивном гастродуодените**, при котором на поверхности слизистой уже имеются дефекты (**эрозии**) увеличивается и длительность голодания, и сроки пребывания на **Диетах №1А**, **1Б** и **№1**. В связи с этим при гастрите и эрозивном дуодените, который рассматривается как пред язвенное состояние, необходимо более строго выполнять все требованиям лечебного питания.

Далее назначается **Стол №1**. Энергетически и физиологически полноценная диета без выраженного механического щажения. Пищу не протирают. В меню включаются блюда с различной тепловой обработкой — отварные, тушеные, запеченные без корочки и степени измельчения. Поваренная соль ограничена незначительно. Питание дробное, уменьшенными порциями. По мере улучшения состояния пациента, меню расширяется.

Допускаются салаты из отварных овощей, неострые сорта сыра, докторская и молочная колбаса. Хлеб только белый вчерашний. Из жиров отдаётся предпочтение рафинированному оливковому подсолнечному и льняному маслу. Из каш –рекомендуются рис (сечка) овсяная и гречневая. От макаронных изделий необходимо воздержаться. Мясо только диетическое (курица, кролик, индейка). Яйца — в виде парового омлета.

Из молочных продуктов разрешено небольшое количество нежирного творога. Целесообразность включения в рацион цельного молока и сливок сомнительна. Полезно включать в рацион овощные соки. Употребление в сыром виде фруктов и ягод нежелательно. В рацион постепенно вводятся новые блюда, увеличиваются порции и вскоре больной переводится на **Стол №15**.

Гастродуоденит в подавляющем большинстве случаев протекает на фоне нормальной/повышенной кислотности. В случаях гастродуоденита у пациентов с пониженной кислотностью в стадии выздоровления лечение пациента корректируется назначением **Диеты №2**. Кроме обеспечения пациента полноценным питанием, в ее задачу входит умеренная стимуляция секреторной функции органов ЖКТ, и нормализация двигательной функции кишечного тракта. Для этого в рационе увеличивают содержание продуктов, богатых клетчаткой и соединительной тканью, а также расширяют виды тепловой обработки продуктов — запеченные, отварные, тушеные, жареные без образования корочки.

Разрешаются наваристые грибные, мясные и рыбные бульоны. В рацион включаются кисло-сладкие овощи и ягоды (клубника, смородина, малина, брусника), цитрусовые, кислые молочные продукты, соусы на овощных отварах (соус белый с лимоном, сметанный, грибной) и пряности, зелень петрушки, укропа, сельдерея. Увеличивается употребление сливочного и растительных рафинированных масел. Физиологически диета полноценная (3000 Ккал). Режим питания: 4-5 раз без переедания. Меню питания при **гипоацидном гастродуодените** приведен в соответствующем разделе.

Первые блюда готовятся преимущественно слизистые и протертые. Варить можно на овощном или некрепком мясном/рыбном бульоне, после чего содержимое протирают через сито. В готовые супы добавляется сливочное масло. Нежирная говядина, курица, кролик, нежирные сорта рыбы (карп, судак) готовятся на пару, варятся или тушатся с добавлением воды.

На гарнир используют крупы (гречневая, манная, рис), а также индейка, вермишель. Овощи (цветная капуста, картофель, свекла, тыква, кабачок, морковь) подаются в отварном или тушеном виде.

Сливочное масло, растительные масла добавляются в готовые блюда. Разрешается только подсушенный пшеничный хлеб, белые сухари. Омлет только паровой или яйца всмятку.

Сладкие фрукты можно только в виде киселей, желе или компотов. Нежирный творог можно есть в натуральном виде, а также в виде суфле и запеканок. Из десертов и напитков — зефир, галетное печенье, варенье (некислое), мед, некрепкий чай с молоком, кисломолочные продукты.

Полностью исключаются борщи, окрошка, щи, грибной суп. Не разрешены сырые овощи (капуста, лук, репа, шпинат, щавель, редька, огурцы), маринованные и квашеные овощи, грибы, овощные консервы.

Нужно отказаться от жирного мяса, копчёностей, мясных и рыбных консервов. На гарнир запрещается подавать макароны, пшенную, перловую, кукурузную, и ячневую каши, а также бобовые. Нельзя употреблять острые и жирные соусы, горчицу, перец, хрен, яйца жаренные и вкрутую.

Запрещены белый свежий хлеб, ржаной хлеб и любые мучные изделия. Исключают неспелые и кислые фрукты и ягоды, сухофрукты, орехи. Не разрешаются соленые сыры, жирный творог, сметана и сливки. Из десертов и напитков — все кондитерские изделия, сдобное тесто, шоколад, мороженое, квас, газированные напитки, кофе, алкоголь. Ограничивается в питании зелень (укроп, базилик, петрушка).

Диетическое питание при обострении гастродуоденита назначается на 21 день, но в зависимости от жалоб больного, индивидуальных особенностей организма и данных объективного обследования, может различаться.