

**И. Л. АРСЕНТЬЕВА, Э. А. ДОЦЕНКО,
Н. Л. АРСЕНТЬЕВА**

**ОБЩИЙ ОСМОТР ПАЦИЕНТА.
ОСНОВЫ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ**

Минск БГМУ 2021

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

И. Л. АРСЕНТЬЕВА, Э. А. ДОЦЕНКО, Н. Л. АРСЕНТЬЕВА

ОБЩИЙ ОСМОТР ПАЦИЕНТА. ОСНОВЫ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2021

УДК 616-071:613.2(075.8)

ББК 54.1я73

А85

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 23.12.2020 г., протокол № 14

А в т о р ы: канд. мед. наук, доц. каф. пропедевтики внутренних болезней Белорусского государственного медицинского университета И. Л. Арсентьева; д-р мед. наук, проф., зав. каф. пропедевтики внутренних болезней Белорусского государственного медицинского университета Э. А. Доценко; канд. мед. наук, врач-аллерголог высш. кат. Минского клинического консультативно-диагностического центра Н. Л. Арсентьева

Р е ц е н з е н т ы: канд. мед. наук, доц. каф. терапии Белорусской медицинской академии последипломного образования И. И. Семененков; 1-я каф. внутренних болезней Белорусского государственного медицинского университета

Арсентьева, И. Л.

А85 **Общий осмотр пациента. Основы лечебного питания : учебно-методическое пособие / И. Л. Арсентьева, Э. А. Доценко, Н. Л. Арсентьева. – Минск : БГМУ, 2021. – 23 с.**

ISBN 978-985-21-0789-1.

Изложены основные принципы проведения общего осмотра пациента, а также методика проведения лечебного питания.

Предназначено для студентов 2-го курса лечебного, военно-медицинского факультетов и медицинского факультета иностранных учащихся.

УДК 616-071:613.2(075.8)

ББК 54.1я73

ISBN 978-985-21-0789-1

© Арсентьева И. Л., Доценко Э. А., Арсентьева Н. Л., 2021

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2021

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Общее время занятия: 3 ч.

Изучение дисциплины «Медицинский уход и манипуляционная техника» на кафедре пропедевтики внутренних болезней подразумевает усвоение студентами основных принципов клинического исследования пациентов терапевтического профиля, в том числе методики общего осмотра пациента, основных принципов организации и проведения лечебного питания. Приобретенные навыки обогащают кругозор будущего клинициста.

Цель занятия: изучить основные принципы общего осмотра пациента, основные принципы организации и проведения лечебного питания.

Задачи занятия:

1. Овладеть методикой проведения общего осмотра пациента.
2. Ознакомиться с основными принципами организации и проведения лечебного питания.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Перечислите и охарактеризуйте основные этапы проведения общего осмотра пациента.
2. Опишите методики сбора анамнеза основного заболевания и анамнеза жизни пациента по их разделам.
3. Укажите особенности сбора анамнеза болезни и анамнеза жизни у пациентов с заболеваниями органов дыхания.
4. Укажите особенности оценки общего состояния пациента.
5. Охарактеризуйте значение оценки сознания пациента, виды расстройства сознания.
6. Назовите варианты положения пациента в постели.
7. Опишите методику оценки состояния кожных покровов, видимых слизистых, определения отеков.
8. Опишите методику определения индекса массы тела (ИМТ) (индекса Кетле).

ОБЩИЙ ОСМОТР ПАЦИЕНТА

Общий осмотр пациента — это первый, начальный этап объективного исследования, также он является одним из методов физикального обследования. Проводится, как правило, после сбора жалоб и анамнеза, осуществляется посредством визуального исследования. Осмотр пациента бывает общим и местным.

Общий осмотр — осмотр всего тела пациента, он обычно начинается с головы и далее проводится последовательно в направлении стоп. Общий

осмотр универсален для любой патологии и позволяет получить общую, вспомогательную информацию о состоянии человеческого организма.

Локальный осмотр — это когда более пристально исследуется конкретный участок тела пациента. Например, осмотр грудной клетки при наличии основных жалоб, указывающих на патологию органов дыхания.

Общий осмотр пациента включает оценку общего состояния пациента, оценку его сознания, определение положения пациента в постели, оценку состояния кожных покровов и видимых слизистых, кожи и ее придатков, подкожно-жировой клетчатки (ПЖК), периферических лимфатических узлов, костно-мышечной системы, определение ИМТ (индекса Кетле).

Общее состояние пациента бывает удовлетворительным, средней тяжести, тяжелым, крайне тяжелым. Критерии оценки градаций тяжести состояния пациента приведены в табл.

Таблица

**Критерии определения тяжести состояния пациента
(по М. А. Яблонскому, 2020)**

Показатели	Степень тяжести состояния пациента			
	Удовлетворительное	Средней тяжести	Тяжелое	Крайне тяжелое
Сознание	Ясное	Ясное/сомнолентность, тревожность, агитация без нарушения самоконтроля	Оглушение, сопор; при длительном течении — вегетативное состояние, состояние минимального сознания; дезориентированность, психомоторное возбуждение	Кома
Положение	Активное	Вынужденное или активное в постели; способность к самообслуживанию сохранена или частично утрачена	Пассивное или вынужденное; неспособность к самообслуживанию; пациент нуждается в постоянном уходе	Пассивное; в ряде случаев — двигательное возбуждение, общие судороги
Температура тела в подмышечной впадине	36,4–37,5 °С	37,6–38,5 °С	35–36,3 °С; 38,6–40 °С	< 35 °С или > 40 °С

Показатели	Степень тяжести состояния пациента			
	Удовлетворительное	Средней тяжести	Тяжелое	Крайне тяжелое
Состояние кожи и подкожной клетчатки	В пределах нормы	Отмечаются распространенные отеки подкожной клетчатки; возможны выраженная бледность кожных покровов или умеренный цианоз	Возможна анасарка; отмечаются «мелочная» бледность кожных покровов или выраженный цианоз уже в покое	Лицо мертвенно бледное, с заостренными чертами, покрыто каплями холодного пота («лицо Гиппократа»)
Состояние сердечно-сосудистой системы	В пределах нормы (частота сердечных сокращений 60–90 в мин, артериальное давление (АД) 110–140/60–90 мм рт. ст.)	Систолическое АД (САД) 140–179 мм рт. ст.; Диастолическое АД (ДАД) 90–104 мм рт. ст. (не может быть единственным критерием тяжести состояния)	Повышение САД > 180 мм рт. ст., ДАД > 105 мм рт. ст.; снижение САД < 90 мм рт. ст., ДАД < 60 мм рт. ст.; частота сердечных сокращений 40–60, > 120 в мин (не может быть единственным критерием тяжести состояния)	Пульс определяется только на сонных артериях; АД может не определяться
Дыхание	Ритмичное, 16–20 в мин	Ритмичное, 20–35 в мин	Аритмичное и/или тахипноэ (35 в мин и более)	Отсутствие самостоятельного дыхания или «большое дыхание» Куссмауля, периодическое дыхание Чейна–Стокса и др.
Насыщение крови кислородом	95–100 %	90–95 %	< 90 %	< 90 %

Показатели	Степень тяжести состояния пациента			
	Удовлетворительное	Средней тяжести	Тяжелое	Крайне тяжелое
Другие симптомы	Симптомы основного заболевания	Возможны рвота, выраженная диарея, признаки желудочно-кишечного кровотечения; существует вероятность быстрого прогрессирования заболевания и развития опасных для жизни осложнений	Возможны неукротимая рвота, профузная диарея, признаки разлитого перитонита, массивного желудочно-кишечного кровотечения (рвота «кофейной гущей», черный жидкий стул — мелена)	При тотальном отеке легких — клокочущее дыхание, изо рта выделяется пенная мокрота розового цвета; может определяться нарушение дыхания
Функции жизненно важных органов	Компенсированы	Декомпенсированы, без непосредственной опасности для жизни пациента	Декомпенсация представляет опасность для жизни пациента или может привести к глубокой инвалидности	Резкое нарушение основных жизненно важных функций организма

Сознание субъекта является отражением состояния высшей нервной деятельности человека. Оно может быть ясным, нарушенным или отсутствовать вовсе. Основные виды уровней сознания пациента можно охарактеризовать следующим образом:

1. *Ясное сознание* — это состояние бодрствования, когда субъект ориентирован в собственной личности, пространстве и времени, способен к адекватному восприятию и осмыслению окружающей действительности.

2. *Нарушенное сознание:*

– ступор (оглушение) — начальная стадия потери сознания, имеются нарушения внимания, ориентации и памяти. Пациенты сонливы, безучастны, заторможены. Основные витальные функции сохранены. При обращении к ним или не отвечают на неоднократно задаваемые вопросы, или отвечают односложно, иногда невпопад, но продуктивный контакт с пациентом имеется;

– сопор — нарушение сознания, при котором пациент постоянно спит. Продуктивный контакт практически невозможен, сохраняется лишь реакция на сильные раздражители (например, активное торможение), но

она малоинформативна, как правило, заключается в открывании глаз или издании нечленораздельных звуков. Основные витальные функции сохранены, но могут быть нарушены;

– делирий — наиболее часто встречающийся тип помрачения сознания, для него характерны психомоторное возбуждение, дереализация и деперсонализация, агрессия (в том числе аутоагрессия), галлюцинации, бред (пациент ощущает себя в иной, нереальной обстановке, произносит бессвязные фразы). Контакт с пациентом возможен, но продуктивным быть не может в силу отсутствия ориентации и адекватного восприятия действительности.

3. *Кома* — это полное отсутствие сознания, с отсутствием реакции на внешние раздражители, с отсутствием рефлексов, нарушением витальных функций. Продуктивный контакт с пациентом невозможен.

Различают активное, пассивное и вынужденное **положение пациента в постели**.

Активным называют положение, когда пациент может его свободно изменять, исходя из своих потребностей, а также может ходить. Характерно для легкого течения заболеваний или для выздоравливающих лиц.

Пассивным называют положение, когда пациент весьма ослаблен, как правило, неподвижен; так как силы его истощены, человек не в состоянии самостоятельно двигаться. Характерно для лиц с тяжелым или крайне тяжелым течением заболеваний.

Вынужденным называют положение, которое пациент принимает для облегчения своего состояния, часто при наличии выраженного болевого синдрома. Например, положение на больном боку у пациентов с фибринозным плевритом (ограничение подвижности листков плевры уменьшает интенсивность болевых ощущений).

Для оценки **телосложения пациента** необходимо определить его *конституциональный тип* (нормостенический, астенический, гиперстенический).

Нормостенический тип — с гармоничным соотношением частей тела и развитием костно-мышечной системы, конической грудной клеткой, эпигастральный угол равен 90° (определяется между наложенными на реберные дуги большими пальцами кистей исследователя, смыкающимися у основания мечевидного отростка грудины).

Астенический тип телосложения — как бы «вытянутый» в вертикальном направлении, когда продольные размеры преобладают над поперечными, а эпигастральный угол меньше 90° . Часто (но не обязательно) это лица с пониженным питанием.

Гиперстенический тип, напротив, характеризуется преобладанием поперечных размеров частей тела, чаще встречается повышенное питание, эпигастральный угол больше 90° .

Также при проведении общего осмотра оценивают состояние *осанки* (правильная — это когда человек, стоя спиной к стене, касается ее затылком, лопатками, ягодицами, пятками); *походки* (оцениваются индивидуальные особенности); *соответствие внешнего вида пациента его паспортному возрасту* (несоответствие может свидетельствовать о наличии некоторых эндокринных заболеваний, например, при гипертиреозе обычно пациенты выглядят моложе своих лет, а при гипотиреозе — напротив, старше); информативной может быть и интерпретация особенностей *выражения лица пациента* — например, в случае наличия выраженного болевого синдрома выражение лица обычно страдальческое, при наличии депрессии — тоскливое и т. д.; измеряют *температуру тела*.

Далее изучают особенности **состояния кожных покровов и видимых слизистых**, внимательно, последовательно осматривая их в направлении от головы к ступням, и оценивают:

1) окраску, в том числе ее равномерность (в норме кожа пациента европеоидного типа бледно-розовая, а слизистых — розовая);

2) влажность (в норме кожа умеренно влажная, потливость умеренная, а слизистые влажные и блестящие);

3) эластичность или тургор (в норме у молодого человека кожа и слизистые упругие и эластичные, с возрастом упругость и эластичность снижаются).

Также оценивают индивидуальные патологические изменения, такие как наличие пигментации, депигментации, сыпи (в том числе их интенсивность и локализацию), кровоизлияний, рубцов (в том числе послеоперационных), стрий (полосовидные участки дистрофии кожи, от белого до красноватого цвета, локализующиеся преимущественно в местах наибольшего растяжения кожи), изъязвлений, пролежней (участки мацерации, изъязвлений кожи различной глубины, появляющиеся в участках длительного сдавления и ишемизации кожи и мягких тканей в результате обездвиживания пациента, чаще всего это области затылка, лопаток, крестцовая, пяточные); ксантом (безболезненные желтоватые бляшки на коже, появляющиеся в результате нарушения жирового обмена) и ксантелазм (то же, но на верхних веках), расчесов, «сосудистых звездочек», варикозного расширения вен (синеватая сосудистая подкожная «сеточка», иногда гроздьевидные расширенные вены, преимущественно в области голеней).

Также оценивают **состояние придатков кожи**: *волос* (естественная окраска/поседение, ломкость, локальное или диффузное выпадение, тип оволосения (мужской/женский)), *ногтей* (в норме розовой окраски, гладкие, выпуклой формы, с хорошо очерченной ровной линией лунки ногтя, гладким и ровным краем, без признаков ломкости).

Далее оценивают развитие *ПЖК* (в норме развита умеренно — толщина кожной складки у реберной дуги 1,5–2 см, около пупка — 2–3 см),

при наличии чрезмерного развития ПЖК оценивают равномерность/неравномерность ее развития и тип отложения жира, а также наличие/отсутствие узелков в ПЖК, их цвет, размер, плотность, болезненность (в норме не определяются).

Для оценки состояния питания у взрослых лиц с любым типом телосложения, согласно современным рекомендациям ВОЗ, наиболее точным считается **индекс массы тела** (индекс Кетле), хотя ИМТ и не отражает содержание жира в организме с абсолютной точностью. Также он не является валидным при наличии отеков или для профессиональных спортсменов. ИМТ рассчитывается по формуле бельгийского ученого Адольфа Кетле (1859):

$$\text{ИМТ} = \text{масса тела} / \text{рост}^2,$$

где ИМТ в кг/м²; масса тела в кг; рост в м.

Согласно рекомендациям ВОЗ, ИМТ в диапазоне от 18,5 до 25 кг/м² — это значение индекса, соответствующее норме. Значения ИМТ менее 18,5 кг/м² соответствуют дефициту массы тела, а более 25 кг/м² указывают на избыток массы тела. Наличие ИМТ менее 16,5 кг/м² отражает наличие выраженного дефицита массы тела (истощения). Лица с недостатком питания страдают от снижения работоспособности и адаптационных резервов, нарушения функций органов и систем (от функциональных до выраженных патологических, коррелирующих со степенью снижения массы тела).

Диапазон ИМТ от 30 до 34,9 кг/м² свидетельствует о наличии ожирения 1-й степени. Человек сохраняет здоровье и работоспособность, однако утомляется быстрее.

Диапазон ИМТ от 35 до 39,9 кг/м² свидетельствует о наличии ожирения 2-й степени. Отмечаются преходящие нарушения функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем, в основном при физических нагрузках.

ИМТ, превышающий 40 кг/м², свидетельствует о наличии ожирения 3-й степени (морбидное). Ожирение становится причиной ряда вторичных патологий.

На следующем этапе определяют наличие **отеков** (визуально и пальпаторно — путем надавливания пальцем на кожу в области предполагаемого отека: после удаления пальца в месте надавливания остается выраженная ямка), их локализацию, распространенность (локальные, генерализованные), консистенцию (мягкие, плотные).

Одним из важных этапов общего осмотра является пальпаторное **исследование периферических лимфатических узлов** (последовательно в каудальном направлении — подподбородочные, поднижнечелюстные, затылочные, околоушные, передне- и заднешейные, яремные, над- и подключичные, окологрудные, подмышечные, локтевые, паховые и подколенные), в норме результат пальпации — отрицательный. При положи-

тельном результате оценивают размер, количество, поверхность (гладкая, бугристая (встречается при наличии метастазов в лимфоузлах)), консистенцию (мягкий, плотный), наличие болезненности (обычно указывает на регионарный инфекционный процесс), подвижность (соответствует норме) или спаянность между собой или с окружающими тканями (указывает на вероятный метастатический процесс), наличие или отсутствие свищевых отверстий (при гнойном «расплавлении» тканей).

Одним из завершающих этапов общего осмотра является **исследование костно-мышечной системы**. Важно оценить *форму позвоночника* (наличие его физиологических изгибов (грудной лордоз, поясничный кифоз), или их исчезновение (так называемая поза «просителя» встречается при болезни Бехтерева), или наличие патологических искривлений (лордоз, кифоз, сколиоз, кифосколиоз)) и *форму и симметричность развития соответствующих частей скелета*. Также оценивается *форма головы, носа* (индивидуальные или патологические особенности, например «башенный» череп у лиц, перенесших рахит), *фаланг пальцев* (форма ногтевых фаланг в виде «барабанных палочек» встречается при хронической легочно-сердечной недостаточности, койлонихии (ложкообразные ногти) — при железодефицитной анемии).

При исследовании суставов необходимо оценить их размер (визуально и с помощью гибкой сантиметровой ленты) и симметричность, наличие деформаций (стойких изменений формы, например ульнарная девиация, «шея лебедя», узелки Гебердена и Бушара) и деформаций (временных изменений формы сустава вследствие отека или атрофии мягких тканей). Также исследуется состояние кожи, покрывающей область сустава (наличие гиперемии, рубцов или гематом; повышение температуры кожи над суставами (оценивается путем накладывания рук врача и получения тактильных ощущений)). Пальпаторно также можно оценить наличие флюктуации, симптома баллотирования надколенника, болезненность, в том числе с помощью теста бокового сжатия (максимально выраженная болезненность соответствует 3 баллам, а если боль при пальпации не выявляется — 0 баллов). Также оценивается (в градусах) объем активных (исследователь аккуратно сгибает и разгибает сустав лично) и пассивных движений (исследователь предлагает пациенту самостоятельно осуществить движения в суставе), важно определить наличие хруста/крепитации при движениях. Существенным является выявление тофусов (при подагре), ревматоидных (при ревматоидном артрите) или ревматических узелков (острая ревматическая лихорадка с наличием суставного синдрома).

Мышцы исследуются визуально и пальпаторно. Оценивают степень развития и симметричность в соответствующих группах, тонус (в норме умеренный), силу (в норме достаточная), наличие болезненности — в покое, при пальпации, при движениях (в норме отсутствует).

ОСНОВЫ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ

Правильно организованное диетическое питание является важным элементом медицинского ухода, с его помощью можно повлиять на течение болезни. Назначение диетического питания происходит соответственно имеющемуся заболеванию.

На основании постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 августа 2008 г. № 135 «Об утверждении Инструкции об организации диетического питания в государственных организациях здравоохранения» и Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23 августа 2000 г. № 1331, в редакции постановления Совета Министров Республики Беларусь от 1 августа 2005 г. № 843, была утверждена «Инструкция об организации диетического питания в государственных организациях здравоохранения», регламентирующая порядок организации диетического питания (лечебное питание (ЛП)) пациентов в государственных организациях здравоохранения Республики Беларусь.

Согласно данной инструкции, в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь должны соблюдаться следующие принципы ЛП:

- полное обеспечение организма пациента белками, жирами, углеводами, а также незаменимыми факторами питания (незаменимые аминокислоты, полиненасыщенные жирные кислоты, витамины, микроэлементы) в разных соотношениях;
- соответствие химической структуры пищевых продуктов функциональному состоянию ферментных систем организма пациента;
- щажение поврежденных болезнью ферментных систем организма пациента путем введения или, напротив, исключения каких-либо специфических факторов питания;
- адаптация кратности приема пищи и ее кулинарной обработки к особенностям нарушения функции системы пищеварения;
- последовательный переход от щадящих рационов питания к более расширенным;
- сочетание в необходимых случаях различных способов введения пищи (питательных веществ).

ЛП назначается пациентам при наличии медицинских показаний лечащим врачом организации здравоохранения.

Организация ЛП пациентов осуществляется в соответствии с перечнем стандартных диет согласно прил.

При наличии медицинских показаний и по заключению консилиума врачей пациентам назначается индивидуальное и дополнительное питание.

Индивидуальное питание — вид ЛП, которое назначается при отдельных заболеваниях, требующих увеличения, уменьшения или исключения из рациона отдельных пищевых продуктов с сохранением норм среднесуточного набора продуктов питания.

Дополнительное питание — вид ЛП, которое назначается при отдельных заболеваниях, требующих увеличения отдельных компонентов рациона сверх норм среднесуточного набора продуктов питания.

Энтеральное питание — вид нутритивной поддержки, при котором питательные вещества, вследствие невозможности адекватного обеспечения энергетических и пластических потребностей организма естественным путем, вводятся в виде смесей для энтерального питания через рот, зонд или стому. Назначается лечащим врачом пациента при наличии медицинских показаний.

Рационы питания готовятся в соответствии с нормами среднесуточного набора продуктов питания для одного пациента в государственных организациях здравоохранения Республики Беларусь, утвержденными постановлением «Об утверждении норм среднесуточного набора продуктов питания для одного пациента в государственных организациях здравоохранения Республики Беларусь» Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 января 2003 г. № 2.

Приготовление блюд в организациях здравоохранения осуществляется в соответствии с действующими техническими нормативными правовыми актами. На каждое блюдо, приготавливаемое в организации здравоохранения, в двух экземплярах составляется карточка-раскладка (технологическая карта) согласно приложению 2 к «Инструкции об организации диетического питания в государственных организациях здравоохранения», из которых один хранится в бухгалтерии, второй — у медицинской сестры-диетолога. Замена пищевых продуктов производится согласно приложению 3 к «Инструкции об организации диетического питания в государственных организациях здравоохранения».

В организациях здравоохранения для пациентов организуется не менее чем четырехразовый режим ЛП.

Контроль и общее руководство по организации ЛП в организации здравоохранения осуществляет руководитель или его заместитель по медицинской части. Руководитель организации здравоохранения приказом назначает ответственным за организацию ЛП врача-диетолога (иного врача-специалиста).

Ответственным лицом за соблюдение технологии приготовления ЛП, его калорийность, выход готовых диетических блюд является заведующий производством (шеф-повар, повар). Контроль качества готовых диетических блюд (бракераж) осуществляют врач-диетолог (иной врач-специалист), медицинская сестра-диетолог, дежурный врач, разрешающий выда-

чу готовой пищи в отделения, что фиксируется в бракеражном журнале согласно приложению 4 к «Инструкции об организации диетического питания в государственных организациях здравоохранения».

Врач-диетолог (иной врач-специалист) принимает участие в консилиумах по назначению пациентам индивидуального и дополнительного питания.

В организации здравоохранения с количеством коек свыше 99 создается совет по ЛП, в состав которого входят руководитель организации здравоохранения или его заместитель по медицинской части, врач-диетолог (иной врач-специалист), заведующие отделениями гастроэнтерологии (терапии), интенсивной терапии, хирургии, педиатрическим отделением, медицинская сестра-диетолог, заведующий производством (шеф-повар, повар).

Основными задачами совета по ЛП являются:

- 1) совершенствование ЛП в организации здравоохранения;
- 2) адаптация «Инструкции об организации диетического питания в государственных организациях здравоохранения» к особенностям конкретной организации здравоохранения;
- 3) создание эффективной организации ЛП в организации здравоохранения;
- 4) контроль за выполнением натуральных норм питания;
- 5) внедрение новых технологий диетического и энтерального питания;
- 6) утверждение номенклатуры диет, смесей для энтерального питания, подлежащих внедрению в данной организации;
- 7) утверждение перспективного меню, картотеки блюд и набора смесей для энтерального питания;
- 8) контроль за соблюдением санитарных правил содержания пищеблока (кухни) и буфетных;
- 9) разработка форм и планов повышения квалификации по ЛП в организации здравоохранения;
- 10) анализ эффективности диетотерапии при различных заболеваниях.

Совет по ЛП проводит заседания по мере необходимости, но не реже одного раза в три месяца.

На пищеблоке (кухне) и в буфетных соблюдаются требования в соответствии с действующими санитарными нормами и правилами «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, оказывающим медицинскую помощь, в том числе к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в этих организациях», утвержденными постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 июля 2017 г. № 73, и санитарными нормами и правилами «Санитарно-эпидемиологические требования для объектов общественного питания», утвержденными по-

становлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 февраля 2017 г. (в редакции постановления от 3 марта 2017 г. № 20).

Обеспечение организации здравоохранения ЛП и его доставка могут осуществляться организацией общественного питания.

Организация здравоохранения обязана осуществлять контроль за качеством ЛП, фактическим количеством поставляемых блюд в соответствии с количеством пациентов, состоящих на питании, а также за весом блюд путем их взвешивания при приемке от предприятий общественного питания.

Производственный контроль осуществляется в соответствии с санитарными правилами 1.1.8-24-2003 «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических и профилактических мероприятий», утвержденными постановлением Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 22 декабря 2003 г. № 183.

Организация учета и отпуска ЛП пациентам на пищеблоке (кухне) в организациях здравоохранения осуществляется медицинской сестрой-диетологом под руководством врача-диетолога (иного врача-специалиста) при участии бухгалтера и под общим контролем руководителя организации здравоохранения (заместителя по медицинской части).

Учет рационов питания для пациентов ведется палатными медицинскими сестрами, которые ежедневно подают сведения старшей медицинской сестре отделения. Количество пациентов в отделении сверяется с данными приемного покоя. На основании данных палатных медицинских сестер старшая медицинская сестра отделения составляет сведения о количестве пациентов, состоящих на питании на 9 часов утра, с уточнением количества пациентов по состоянию на 15 часов по форме согласно приложению 5 к «Инструкции об организации диетического питания в государственных организациях здравоохранения». Сведения подписываются заведующим отделением, старшей медицинской сестрой, специалистами медицинской статистической службы и передаются на пищеблок (кухню).

Пациенты, поступившие после 15.00 текущего дня и до 6.00 следующего дня, включаются в порционное требование, которое оформляется приемным отделением стационара по данным из отделений и подается на пищеблок к 6.00. Ответственное лицо за достоверность этих сведений — дежурная медсестра приемного отделения и ответственный дежурный врач стационара.

Дополнительно к диетическим рационам при наличии заключения консилиума оформляется заказ на индивидуальное и дополнительное питание, назначаемое в отделении. Заказ оформляется в двух экземплярах по форме согласно приложению 6 к «Инструкции об организации диетического питания в государственных организациях здравоохранения», подписывается лечащим врачом, заведующим отделением и утверждается

руководителем организации здравоохранения. Первый экземпляр передается на пищеблок (кухню), второй сохраняется в истории болезни.

При назначении пациентам лечащим врачом полного энтерального питания это указывается в сведениях о количестве пациентов, состоящих на питании. При составлении меню-требования эти пациенты не включаются в число пациентов, состоящих на питании.

Сведения из отделений поступают к медицинской сестре-диетологу организации здравоохранения, которая составляет сводные сведения по количеству пациентов, состоящих на питании в организации здравоохранения, по форме согласно приложению 7 к «Инструкции об организации диетического питания в государственных организациях здравоохранения».

На основании сводных сведений по количеству пациентов, состоящих на питании, медицинская сестра-диетолог при участии заведующего производством (шеф-повара) под руководством врача, ответственного за организацию ЛП, составляет в двух экземплярах меню-требование на следующий день на выдачу продуктов питания. Меню-требование применяется для учета отпущенных пищевых продуктов со склада (кладовой) организации здравоохранения на пищеблок (кухню). Меню-требование составляется согласно сводному меню с учетом среднесуточного набора пищевых продуктов, ежедневно утверждается главным врачом организации здравоохранения или его заместителем по медицинской части и подписывается врачом, ответственным за организацию ЛП, бухгалтером, заведующим производством (шеф-поваром, поваром).

Меню-требование вместе со сводными сведениями о количестве пациентов, состоящих на питании, передается в бухгалтерию для проведения расчета и выписки пищевых продуктов из кладовой на пищеблок (кухню). Медицинская сестра-диетолог числителем проставляет количество пищевых продуктов, необходимое для одной порции данного блюда, а работник бухгалтерии знаменателем показывает количество пищевых продуктов, необходимое для приготовления всех порций данного блюда, и общее количество всех пищевых продуктов по меню-требованию. На основании итоговых данных меню-требования производится выдача пищевых продуктов со склада (кладовой) на пищеблок (кухню). Первый экземпляр меню-требования с подписью шеф-повара в получении пищевых продуктов остается у кладовщика, второй — у шеф-повара (повара). Кладовщик на все выданные со склада (кладовой) пищевые продукты сдает меню-требование в бухгалтерию.

В случае изменения количества пациентов по сравнению с данными на 9 и 15 часов, указанного в меню-требовании (свыше 3 человек), медицинская сестра-диетолог составляет расчет изменения потребности в пищевых продуктах для блюд базовой диеты.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

1. Что понимается под термином «кома»:

- а) нарушенное сознание;
- б) ясное сознание;
- в) отсутствие сознания?

2. Какие виды общего состояния пациента вы знаете:

- а) удовлетворительное;
- б) средней тяжести;
- в) тяжелое;
- г) веселое;
- д) крайне тяжелое?

3. Делирий — это:

- а) помраченное сознание;
- б) ясное сознание;
- в) самосознание;
- г) осложнение комы.

4. ИМТ рассчитывают по следующей формуле:

- а) масса тела в кг / (рост в метрах)³;
- б) масса тела в кг / (рост в метрах)²;
- в) масса тела в мг / (рост в метрах)²;
- г) масса тела в кг / (рост в сантиметрах)².

5. Укажите причину назначения диеты Д:

- а) первичные нефропатии;
- б) сердечно-сосудистые заболевания;
- в) злоупотребление алкоголем;
- г) сахарный диабет;
- д) ожирение.

Ответы: 1 — в; 2 — а, б, в, д; 3 — а; 4 — б; 5 — г.

Рег

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Пропедевтика* внутренних болезней: методы клинического обследования терапевтического пациента и семиотика заболеваний внутренних органов : учеб. пособие / В. П. Царев [и др.]. Минск : Новое знание, 2018. 560 с.
2. *Юпатов, Г. И.* Основы медицинского ухода : учеб. пособие / Г. И. Юпатов. Витебск : ВГМУ, 2019. 334 с.
3. *Мухин, Н. А.* Пропедевтика внутренних болезней / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев. Москва, 2002. 768 с.
4. *Ослопов, В. Н.* Общий уход за больными терапевтического профиля : учеб. пособие / В. Н. Ослопов. 4-е изд., испр. и доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. 464 с.
5. *Струтынский, А. О.* Основы семиотики заболеваний внутренних органов / А. О. Струтынский, А. П. Баранов, Г. Е. Ройтберг. 4-е изд. Москва : МЕДпресс-информ, 2007. 300 с.
6. *Султанов, В. К.* Исследование объективного статуса больного / В. К. Султанов. Санкт-Петербург, 1995. 233 с.
7. *Схема* написания учебной истории болезни по пропедевтике внутренних болезней : метод. рекомендации / Э. А. Доценко [и др.]. Минск : БГМУ, 2018. 22 с.

ПЕРЕЧЕНЬ СТАНДАРТНЫХ ДИЕТ
(согласно «Инструкции об организации диетического питания
в государственных организациях здравоохранения»
Республики Беларусь от 1 октября 2008 г.)

БАЗОВЫЙ РАЦИОН — ДИЕТА Б

Общая характеристика. Физиологически полноценный рацион питания, энергетическая ценность, содержание белков, жиров и углеводов соответствуют нормам питания для здорового человека, не занятого физическим трудом. Из пищи исключают наиболее трудно перевариваемые и острые блюда.

Цель назначения. Обеспечение физиологически полноценным питанием.

Показания к назначению. Заболевания и состояния, не требующие лечебных диет.

Химический состав и энергетическая ценность. Белки — 90–95 г (55 % — животные). Жиры — 100–105 г. Углеводы — 400 г. Калорийность — 2800–2900 ккал. Свободная жидкость — 1,5–2 л. Хлорид натрия — 15 г.

Способы приготовления. Пища готовится в отварном, паровом или запеченном виде.

Режим питания. Дробный, 4–5 раз в день.

Близкий аналог номерной системы. Диета 15*.

ДИЕТА П

Общая характеристика. Физиологически полноценный рацион с механическим, химическим и термическим щажением органов пищеварения. Принцип щажения достигается исключением продуктов, обладающих сильным сокогонным действием, содержащих экстрактивные вещества, специи, грубую клетчатку.

Цель назначения. Создание благоприятных условий для нормализации нарушенных функций органов пищеварения.

Показания к назначению. Острые и обострение хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы.

Химический состав и энергетическая ценность. Белки — 90–100 г (60 % — животные). Жиры — 80–90 г (30 % — растительные). Углеводы — 400–450 г (70–80 г сахара). Калорийность — 2800–2900 ккал. Свободная жидкость — 1,5–2 л. Хлорид натрия — 10 г.

Способы приготовления. Пища готовится в отварном, паровом или запеченном виде.

Режим питания. Дробный, 4–6 раз в день.

Близкий аналог номерной системы. Диета 5*.

* При нарушениях актов жевания и глотания, коматозном состоянии после операций на челюстно-лицевой, шейной областях рацион диеты П может готовиться в жидком (протертом) виде (п/п) либо заменяться энтеральным питанием.

ДИЕТА О

Общая характеристика. Низкокалорийный, малообъемный рацион с минимальным содержанием белков, жиров и углеводов, с соблюдением принципов механического, химического и физического щажения.

Цель назначения. Обеспечение организма минимумом питательных веществ.

Показания к назначению. Послеоперационный период (первые дни после операций на органах брюшной полости, урологических, гинекологических операций).

Химический состав и энергетическая ценность. Белки — 5–10 г. Жиры — 15–20 г. Углеводы — 150–200 г. Калорийность — 800–1020 ккал. Свободная жидкость — 2–2,2 л. Хлорид натрия — 1–2 г.

Способы приготовления. Пища готовится жидкой или желеобразной консистенции.

Режим питания. Дробный, 7–8 раз в день, не более 200 г на один прием.

Близкий аналог номерной системы диет. Диета 0*.

*Диету 0 возможно заменять энтеральным питанием.

ДИЕТА Н

Общая характеристика. Рацион с ограничением хлорида натрия и жидкости. Ограничиваются продукты, богатые экстрактивными веществами, эфирными маслами, щавелевой кислотой.

Цель назначения. Предупреждение развития и уменьшение задержки натрия и жидкости, умеренное щажение функции почек, улучшение выведения азотистых шлаков.

Показания к назначению. Заболевания сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения, артериальная гипертензия, заболевания почек, нефропатия беременных.

Химический состав и энергетическая ценность. Белки — 80 г (50–80 % — животные). Жиры — 90–100 г (25 % — растительные). Углеводы — 350–450 г (50–100 г моно- и дисахариды). Калорийность — 2700–2900 ккал. Свободная жидкость — 0,9–1,1 л. Хлорид натрия — 2 г.

Способы приготовления. Пища готовится без соли, в отварном, паровом или запеченном виде. Вторые мясные и рыбные блюда в отварном виде куском или рубленые. Допускается обжаривание рыбы и мяса после отваривания.

Режим питания. Дробный, 5 раз в день.

Близкий аналог номерной системы диет. Диета 7*.

* Больным с нефротическим синдромом назначается дополнительное питание, обеспечивающее поступление 40 г белка.

ДИЕТА N1

Общая характеристика. Ограничение белка до 40 г в день.

Цель назначения. Щажение функции почек; улучшение выведения и препятствие накоплению азотистых продуктов в крови, коррекция уремии, гипертензивного синдрома.

Показания к назначению. Хронические заболевания почек с резко выраженными нарушениями азотовыделительной функции почек и выраженной азотемией, цирроз печени с печеночной энцефалопатией.

Химический состав и энергетическая ценность. Белки — 40 г (из них 25–30 г — животные). Жиры — 80–90 г (из них 60–65 г — животные). Углеводы — 450 г. Калорийность — 2700–2800 ккал. Свободная жидкость — 1 л. Хлорид натрия — до 2 г (в продуктах).

Близкий аналог номерной системы диет. Диета 7г.

ДИЕТА T

Общая характеристика. Диета с повышенной калорийностью, увеличенным содержанием животных белков, минералов, витаминов.

Цель назначения. Улучшение статуса питания организма, повышение его защитных сил, усиление восстановительных процессов в пораженном органе.

Показания к назначению. Туберкулез.

Химический состав и энергетическая ценность. Белки — 110–130 г (60 % — животные). Жиры — 100–120 г (20–25 % — растительные). Углеводы — 400–450 г. Калорийность — 3000–3400 ккал. Свободная жидкость — 1,5 л. Хлорид натрия — 15 г.

Способы приготовления. Пища готовится в отварном, паровом или запеченном виде. Вторые мясные и рыбные блюда в отварном виде куском или рубленые. Допускается обжаривание рыбы и мяса после отваривания.

Режим питания. Дробный, 4–5 раз в день.

Близкий аналог номерной системы диет. Диета 11*.

ДИЕТА Д

Общая характеристика. Диета с ограничением легко усваиваемых углеводов и жиров. Ограничение холестерина и поваренной соли.

Цель назначения. Коррекция нарушений углеводного и жирового обмена.

Основные показания к назначению. Сахарный диабет.

Химический состав и энергетическая ценность. Белки — 110–120 г (50–60 г — животные). Жиры — 80–100 г (25–30 г — растительные). Углеводы — 400–450 г (моно- и дисахариды — 0–20 г). Калорийность — 2800–3200 ккал. Свободная жидкость — 1,5 л. Натрия хлорид — 6–8 г.

Способы приготовления. Без особенностей.

Режим питания. Дробный, 4–5 раз в день.

Близкий аналог номерной системы диет. Диета 9.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы	3
Общий осмотр пациента	3
Основы лечебного питания	11
Самоконтроль усвоения темы	16
Список использованной литературы.....	17
Приложение.....	18

Репозиторий БГМУ

Учебное издание

Арсентьева Ирина Леонидовна
Доценко Эдуард Анатольевич
Арсентьева Наталья Леонидовна

ОБЩИЙ ОСМОТР ПАЦИЕНТА. ОСНОВЫ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск Э. А. Доценко
Старший корректор А. В. Царь
Компьютерная вёрстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 22.04.21. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 1,39. Уч.-изд. л. 1,0. Тираж 99 экз. Заказ 166.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

Репозиторий БГМУ