


O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра « Педиатрия-1»	044-38	
«Методические рекомендации»	1 из 12 стр.	

**Методические рекомендации для преподавателей по
обучению клиническим навыкам в Центре практических
навыков
(с использованием алгоритма выполнения)**

Специальность: «Общая медицина» 6В10101


Предмет: Основа детских болезней-1

Курс: 4

Кафедра: Педиатрия-1

Составитель: Мукашева Л.С.

Шымкент, 2022 год

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ			SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра « Педиатрия-1»		044-38	
«Методические рекомендации»		2 из 12 стр.	

Рассмотрен на заседании кафедры Педиатрия- 1

Протокол №6 24.01.2023г.

Заведующий кафедрой PhD  Кемельбеков К.С.

1. Наименование клинического навыка: Зондовое кормление новорожденных.

2. Цель обучения:

- Научить правильно оценить степени недоношенности и тяжести состояния имитируемого новорожденного на тренажерах;
- Научить студентов отработать практические навыки по технике кормления новорожденных через зонд до автоматизма на тренажерах.
- Научить правильно выбрать способа кормления, который определяется тяжестью состояния ребенка, массой тела при рождении, гестационным возрастом;
- Использование энтерального кормления в максимально возможном объеме;
- Использование только специализированных молочных смесей при искусственном вскармливании, предназначенных для недоношенных детей.

3. Предварительный инструктаж и время показа навыка на манекене:

10 мин

4. Время на освоение навыка: 15 мин.

5. Теоритические знаний необходимых для освоение умений и навыка:

Показания. Бессознательное состояние ребенка, психические расстройства, сопровождающиеся полным отказом от приема пищи, травматические повреждения органов полости рта, отсутствие сосательного или глотательного рефлексов, недоношенность III степени



Кафедра « Педиатрия-1»

«Методические рекомендации»

044-38

4 из 12 стр.




Кафедра « Педиатрия-1»

«Методические рекомендации»

044-38

5 из 12 стр.



OŃTÚSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «OŃTÚSTIK Qazaqstan medicina akademiasy» AQ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра « Педиатрия-1»	044-38	
«Методические рекомендации»	6 из 12 стр.	

Противопоказания для зондового кормления:

- пороки развития желудочно-кишечного тракта, требующие экстренного хирургического вмешательства;
- вздутие живота;
- отсутствие активной перистальтики;
- неотхождение мекония.

Желудочный зонд соответствующего размера, который должен отвечать следующим требованиям: быть изготовленным из термолабильного материала со специальной обработкой поверхности для снижения эффекта залипания на слизистой оболочке, иметь стандартный переходник типа "луер" для соединения со шприцем или капельницей, крышку на переходнике, цветовой код переходника, сантиметровую шкалу, рентгеноконтрастную полосу.

Рекомендуемые размеры зонда в зависимости от массы тела

Рекомендуемые размеры зонда в зависимости от массы тела ребенка:

масса тела менее-1000 г -носовой – № 4, ротовой – № 6, менее 2500 г -носовой – № 6, ротовой – № 10. Шприц (10-ти и 20-ти мл в зависимости от возраста и веса ребенка).

Возможные осложнения при проведении процедуры вскармливания через желудочный зонд:

1. Использование зонда несоответствующего размера.

- Травма слизистой носа.
- Развитие пролежней в носовом ходе.
- Гиперпродукция слизи с развитием вторичного бактериального ринита.

2. "Закручивание" зонда в области пищевода. При этом питание свободным беспоршневым методом невозможно, что является основным клиническим критерием неправильного положения зонда. Однако, если используется дозатор или "поршневой" метод, питание будет поступать в пищевод, могут развиваться следующие осложнения:

- Травма пищевода
- Эзофагит
- Рвота с возможной аспирацией

Для того чтобы избежать подобного осложнения, перед каждым введением питания необходимо потянуть поршень на себя и получить желудочное содержимое.

3. Проведение зонда за привратниковую заслонку в двенадцатиперстную кишку. При этом питание поступает в тонкую кишку, минуя желудок.

- Раздражение пилорического сфинктера, что приводит к рвотам (возможность аспирации), снижению или повышению тонуса сфинктера.
- Нарушение процесса пищеварения, переваривания и всасывания.

6. Список тренажеров, симуляторов, манекенов модели:


1. Манекен новорожденного младенца

7. Перечень медицинских изделий и оборудования: тренажер-1, желудочный зонд -1шт, глицерин-1шт, разовые салфетки 5-10, грудное молоко, фонендоскоп-1шт, перчатки-1 пара, лейкопластырь, 20 мл шприц, лоток, сантиметровая лента.



8. Алгоритм выполнения навыка:

№	Алгоритм выполнения навыков	Выполнения		
		Да	Нет	Примечание
1	Тщательно вымыть и осушить руки, надеть перчатки.			
2	Измерить длину зонда для введения – от мочки уха до кончика носа и от кончика носа до мечевидного отростка. Сделать метку на зонде			
3	Набрать в шприц необходимое количество молока.			
4	Придать пациенту правильное положение - лежа на боку			
5	Взять зонд правой рукой, предварительно смочив			

OŃTÚSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «OŃTÚSTIK Qazaqstan medicina akademiasy» AQ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY AO «Южно-Казакстанская медицинская академия»
Кафедра « Педиатрия-1»	044-38	
«Методические рекомендации»	8 из 12 стр.	

	конец зонда в глицерине			
6	Ввести медленно зонд через нос или рот до метки.			
7	Убедиться в правильности введения зонда в желудок (отсутствие поперхивания, отсутствие хрипов при аускультации).			
8	Присоединить к зонду шприц с набранным молоком и произвести медленно введение молока			
9	Отсоединить шприц, конец зонда закрыть заглушкой.			
10	Зафиксировать зонд лейкопластырем на щеке ребенка.			

9. Задания:

Задача №1

Ребенок родился от четвертой беременности, вторых родов в сроке 27 недель гестации. Беременность протекала на фоне токсикоза во 2-й половине, носительства токсоплазмоза, плацентарной недостаточности, анемии средней степени. Масса тела при рождении 1050 грамм, длина 32 см. Выставлен диагноз при рождении: «РДС II степени». К 14 дню жизни отмечается вялость, мышечная гипотония, угнетение рефлексов врожденного автоматизма, срыгивания, отсутствие динамики массы тела, сосательный рефлекс отсутствует. Кожные покровы сухие, иктеричные. В легких дыхание ослаблено по всем полям, хрипов нет. Отмечается склонность к тахикардии, ритм правильный. Живот мягкий, вздутый, перистальтика активная. Предварительный диагноз: Двусторонняя пневмония. Перинатальное поражение ЦНС. Неонатальная желтуха.

Ваши действия?

Продемонстрируйте на тренажере зондовое кормление

10. Материалы для оценки по теме:


Тесты:

1. Длина зонда при гастральном способе составляет:

- A) 10-30 см
- B) 30-50 см
- C) 50-70 см
- D) 60-80 см
- E) 100 см

2. Длина зонда при дуоденальном способе составляет:

- A) 10-30 см
- B) 30-50 см
- C) 50-70 см

OŃTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «OŃTÝSTIK Qazaqstan medicina akademiasy» AQ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY AO «Южно-Казакстанская медицинская академия»
Кафедра « Педиатрия-1»	044-38	
«Методические рекомендации»	9 из 12 стр.	

D) 60-80 см

E) 100 см

3. Длина зонда, вводимого через нос, новорожденному с массой тела 1000 г:

A) 13-21 см

B) 21-26 см

C) 23-24 см

D) 30-40 см

E) 40-50 см

4. Длина зонда, вводимого через нос, новорожденному с массой тела 2000 г:

A) 13-21 см

B) 21-26 см

C) 23-24 см

D) 30-40 см

E) 40-50 см

5. Длина зонда, вводимого через нос, новорожденному с массой тела 2500-3500 г:

A) 13-21 см

B) 21-26 см

C) 23-24 см

D) 30-40 см

E) 40-50 см

6. Длина зонда, вводимого через нос, новорожденному с массой тела 4000-5000 г:

A) 13-21 см

B) 21-26 см

C) 23-24 см

D) 30-40 см

E) 40-50 см

7. Внутренний диаметр зонда, вводимого новорожденному с массой тела 1000 г:

A) 0,64 мм

B) 0,81 мм

C) 1 мм

D) 2 мм

E) 3 мм

8. Внутренний диаметр зонда, вводимого новорожденному с массой тела 2500-3500 г:

A) 0,64 мм

B) 0,81 мм


C) 1 мм

D) 2 мм

E) 3 мм

11. Критерии оценки выполнения :

№	Выполнения	Критерии оценки
1	Выполнил	Все шаги учитываются при правильном выполнении.
2	Выполнил на половину	Зачитывается при небольших ошибках в ходе выполнения в 3х шагах.

OŃTŪSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «OŃTŪSTIK Qazaqstan medicina akademiasy» AQ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY AO «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра « Педиатрия-1»	044-38	
«Методические рекомендации»	10 из 12 стр.	

3	Не выполнил	Допускает ошибки в ходе выполнения более чем на 3 шага.
---	-------------	---


12. Литература: основная и дополнительная

Основная:

1. Геппе Н.А. Пропедевтика детских болезней. М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012
2. Скворцова В.А. Алгоритмы вскармливания недоношенных детей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2002. 41 с.
3. Скворцова В.А., Боровик Т.Э., Яцык Г.В. и др. Вскармливание недоношенных детей // Лечащий врач. 2006, № 2, с. 64-68.
4. Нетребенко О. К. Некоторые эссенциальные микронутриенты в питании недоношенных детей. М., 2004. 136 с.
5. Шабалов Н.П. Неонатология. - В 2 т. - М.: МЕДпресс-информ, 2006.
6. Яцык Г.В. Особенности пищеварительной системы у недоношенных детей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1980. 32 с.
7. Сударова О.А. Моторно-эвакуаторная функция желудка у недоношенных детей при различных видах вскармливания: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1985. 23 с.
8. Садырбаева З.С. Особенности липидного обмена у недоношенных детей при различных видах вскармливания: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1982. 23 с.
9. Скворцова В.А., Боровик Т.Э., Лукоянова О.Л., Грибакин С.Г., Андреева А.В. Современные тенденции проблемы вскармливания недоношенных детей // Вопр. совр. педиатрии. 2005. Т. 4, № 2, с. 80-84.

Дополнительная:

1. Капитан Т. В. Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми: учебник. 5-е изд., доп. - М.: Медпресс-информ, 2009.
2. Berseth C.L. Effect of early feedings on maturation of the preterm infant's small intestine // J.Pediatr. 1992. Vol. 120, p. 947-953.
3. Dusik A.M., Poindexter B.B., Ehenkranz R.A. et al. Growth failure in the preterm infant: can we catch up? Semin.Perinatol., 2003, 27 (4), p. 302-310.
4. Micheli J.L., Fawer C.L., Schutz Y. Protein requirement of the extremely low birthweight preterm infant // 43-rd Nestle Nutrition Workshop. Nutrition of the Very Low Birth Weight Infant. - Warsaw, 1998, 30 s.
5. Lucas A. Clinical Nutrition of the Young Child. Feeding the preterm infants. New York, 1991, p. 311-355.
6. Koletzko B. Long chain polyunsaturated fatty acids in the diets of premature infants / Polyunsaturated fatty acids in human nutrition. Nestle Nutrition Workshop Series. 1992 Vol.28, p. 135 - 142.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра « Педиатрия-1»	044-38	
«Методические рекомендации»	11 из 12 стр.	

7. Owners L., Burrin D., Berseth C.L. Enteral nutrition has a dose-response effect on maturation of neonatal canine motor activity / Gastroenterology. 1996. Vol. 110, p. 828.
8. Lucas A. Nutrition, growth and development of postdischarge preterm infants. In: Posthospital nutrition in the preterm infant: Report of the 106th Ross Conference on Pediatric Research. 1996, p. 81-89.
9. Lucas A., Fewtrell M.S., Morley R. et. al. Randomized trial of nutrient-enriched formula versus standard formula for post discharge preterm infants. *Pediatr.* 2001; 108 (3), p.703-711.

Электронные ресурсы:

1. Лиссойер, Т. Детские болезни [Электронный ресурс] : учебное пособие / Т. Лиссойер, Г. Клэйден ; пер. с англ. Н. А. Геппе. - Электрон. текстовые дан. 329Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017. - эл. опт. диск (CD-ROM).

13. Эталоны правильных ответов для материала по оценке:

Ответы: 1-В, 2-С, 3-А, 4-В, 5-С, 6-Д, 7-В, 8-С.



Кафедра « Педиатрия-1»	044-38
«Методические рекомендации»	12 из 12 стр.