

Zalecenia dla pacjenta na diecie ze sztucznym dostępem

Żywnienie dojelitowe to forma leczenia żywieniowego, które polega na podawaniu substancji odżywczych takich jak: białko, węglowodany, tłuszcze oraz wody, elektrolitów, pierwiastków śladowych do przewodu pokarmowego z pominięciem drogi doustnej pacjentowi z założonym sztucznym dostępem do przewodu pokarmowego, takim jak: gastrostomia/PEG, zgłębnik nosowo-żołądkowy, nosowo-jelitowy, jejunostomia.

Zalecenia PEG:

1. Zmianę opatrunku należy wykonywać codziennie
2. Należy pamiętać:
 - o codziennej rotacji, obracaniu drenem PEG-a (po założeniu PEG-a od 3 doby należy wprowadzić codziennie rotację drenu o 180°, następnie po upływie 7 doby należy dodatkowo wsuwać i podciągać dren, co zapobiega przyrośnięciu talerzyka do ściany żołądka)
 - o zachowaniu suchego środowiska pomiędzy skórą, a talerzykiem zewnętrznym
 - o odpowiednim dociśnięciu talerzyka zewnętrznego

Zalecenia zgłębnik nosowo-jelitowy:

1. Do prowadzenia leczenia żywieniowego preferowane są zgłębniki silikonowe i /lub poliuretanowe, są miękkie, atraumatyczne nie powodują odleżyn błony śluzowej. Mogą być utrzymywane przez okres 6 tygodni.
2. Należy pamiętać o codziennej toalecie jamy ustnej i nosowej
3. Utrzymanie drożności zgłębnika poprzez każdorazowe przepłukiwanie przed i po jego użyciu
4. Do przepłukiwania/ utrzymania drożności zgłębnika można stosować tylko płyny jałowe, czyli 0,9% NaCl, 5% Glukozy lub Sterofundinu
5. Kiedy należy przepłukać zgłębnik: • przed i po podaniu diety • przed i po podaniu leku • po każdej przerwie i/lub wstrzymaniu podaży diet
6. Wybór metody podaży diety, według potrzeb pacjenta • wlew grawitacyjny przy użyciu zestawu • podaż przez pompę enteralną

Zalecenia jejunostomia:

1. Zapobieganie niedrożności przez przepłukiwanie przed i po każdorazowym użyciu dostępu
2. Odpowiednie nawodnienie przez podaż płynów jałowych 0,9% NaCl, Sterofundin, 5% Glukoza zleconych przez lekarza prowadzącego, płyny podawane jednocześnie z dietą
3. Wybór metody podaży diety: • wlew grawitacyjny przy użyciu zestawu • podaż przez pompę enteralną – jest to najbardziej optymalna metoda
4. Przygotowanie pacjenta do podaży diety, podstawowe zasady :
 - Pozycja półsiedząca lub siedząca, górna część ciała uniesiona pod kątem 30- 45 stopni
 - Kontrola położenia i umocowania zgłębnika/gastrostomii

- Przepłukiwanie gastrostomii/PEG/zgłębnika przed i po karmieniu 30-50 ml wody mineralnej lub przegotowanej
- Po nakarmieniu unikać pozycji leżącej na lewym boku, dotyczy pacjentów z założonym PEG-iem, może powodować przeciek treści pokarmowej na zewnątrz
- Przerwy między kolejnymi karmieniami zgodnie z zaleceniami lekarza
- Zalecana jest przerwa nocna około 6-8 godz.
- W przypadku osób nieprzytomnych należy pamiętać o higienie jamy ustnej

5. Metody podaży diety:

- Do żołądka
 - Bolus – zalecana objętość diety to 200-300ml porcja jednorazowa podawana w czasie 10-20 min W przypadku złej tolerancji diety podawanej bolusem można zastosować:
 - Wlew grawitacyjny lub zastosować podaż przez pompę enteralną z prędkością wlewu 40-150 ml/h
- Do dwunastnicy:
 - Wlew grawitacyjny lub zastosować podaż przez pompę enteralną z prędkością wlewu 25-120 ml/h
- Do jelita:
 - Wlew grawitacyjny lub zastosować podaż przez pompę enteralną z prędkością wlewu 25-120 ml/h.

Metodę i prędkość podaży ustala lekarz !

Przechowywanie diet przemysłowych i sprzętu

- 1) Zamknięte opakowania diet oraz sprzęt powinny być przechowywane w temperaturze pokojowej (między 5°C a 25°C).
- 2) Diety po otwarciu należy zużyć w ciągu 24 godzin.
- 3) Nie należy diet i sprzętu przechowywać blisko grzejników, kominków, pieców.
- 4) Zimą, gdy temperatura spada poniżej 0°C, nie przechowywać diet i sprzętu w garażach lub innych nieogrzewanych pomieszczeniach

Monitorowanie i ocena efektów terapii:

1. Kontrola masy ciała co tydzień, bilans płynów codziennie
2. Badania laboratoryjne: albumina, prealbumina, elektrolity, glikemia, ocena funkcji wątroby i nerek (1x tydzień na początku)
3. Ocena tolerancji – monitorowanie objawów nietolerancji takich jak ból brzucha, wzdęcia, biegunka, wymioty

Jeśli odzyskiwana jest możliwość przyjmowania doustnego pokarmów, należy zmniejszać objętość sondową i wprowadzać stopniowo posiłki doustne tak, aby w końcu zastąpić żywienie dojelitowe całkowicie.



1. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, POLSPEN i Polskiego Towarzystwa Żywienie Klinicznego w zakresie diagnostyki i leczenia niedożywienia w POZ, 4/2024
2. Stanisław Kłęk „Sztuczny dostęp do przewodu pokarmowego. Planowanie interwencji żywieniowej”, Polskie Towarzystwo Żywności Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu, Skawina, 2009
3. Szpital Skawina „Poradnik dla pacjentów żywionych dojelitowo”, wersja elektroniczna, 2021.