

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

**ДОГЛЯД ЗА ХВОРОЮ ДИТИНОЮ
В УМОВАХ ПЕДІАТРИЧНОГО СТАЦІОНАРУ
(ВИРОБНИЧА ПРАКТИКА З ПЕДІАТРІЇ)**

(Друге видання, перероблене та доповнене)

КИЇВ – 2021

УДК: 616-053.2-07(075.8)

Рекомендовано Вченою радою Інституту післядипломної освіти НМУ імені О.О.Богомольця від 12.03.2020р (протокол №10).

Автори: Ю.В.Марушко, д-р мед. наук, проф.; О.Д.Московенко, канд. мед. наук, доц., О.В.Хомич, асистент

Посібник розрахований для самостійної роботи студентів 2 курсу по догляду дитини в умовах стаціонару.

Рецензенти:

О.Г.Щадрін – д.мед.н., професор, завідувач відділення проблем харчування та соматичних захворювань у дітей раннього віку ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України»

В.Г.Бурлай – д.мед.н., професор кафедри педіатрії №4 НМУ імені О.О.Богомольця.

В програми виробничої практики з педіатрії для студентів 2 курсу вищих медичних закладів введено цикл по догляду за хворою дитиною в умовах педіатричного стаціонару. Цим питанням присвячений посібник.

В посібнику представлені матеріали до тем практичних занять. Важливими є наявність методичних матеріалів для кожної теми. Наводяться мета заняття, зміст, матеріали самостійної роботи, самоконтролю (питання та тести), література.

ISBN 978-617-7143-59-7

© Ю.В.Марушко, О.Д.Московенко,
О.В.Хомич, 2021

■ ПЕРЕДМОВА

Покращення медичного обслуговування дітей залишається актуальною задачею сучасної педіатрії. Це можливо лише при підготовці висококваліфікованих спеціалістів – лікарів-педіатрів, які володіють не тільки теоретичними знаннями, а й практичними навичками та вміннями.

Згідно програми виробничої практики з педіатрії для студентів 2 курсу вищих медичних навчальних закладів введено цикл по догляду за хворою дитиною в умовах педіатричного стаціонару.

В посібнику представлені матеріали до тем практичних занять. Важливими є наявність методичних матеріалів для кожної теми. Наводяться мета заняття, зміст, матеріали самостійної роботи, самоконтролю (питання та тести), література

Автори з глибокою вдячністю сприйmemo всі зауваження щодо викладеного матеріалу і враховують їх під час перевидання.

ОСОБЛИВОСТІ ДЕОНТОЛОГІЇ В РОБОТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ З ДІТЬМИ ТА ЇХ РОДИЧАМИ. ОСНОВНІ ПРОФЕСІЙНІ ОBOB'ЯЗКИ МОЛОДШОГО ТА СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В ДИТЯЧИХ ПОЛІКЛІНІКАХ ТА ПЕДІАТРИЧНИХ СТАЦІОНАРАХ. ПРИНЦИПИ ФАХОВОЇ СУБОРДИНАЦІЇ В СИСТЕМІ ПЕДІАТР-МЕДИЧНА СЕСТРА-МОЛОДШИЙ МЕДИЧНИЙ ПЕРСОНАЛ. МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ. СТРУКТУРА ТА ФУНКЦІЇ ПЕДІАТРИЧНОГО СТАЦІОНАРУ І ПОЛІКЛІНІКИ

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Взаємовідносини медичних працівників з хворим, з його родичами, між собою, з суспільством повинні базуватися на деонтологічних принципах, які формувались століттями попередніми поколіннями лікарів. Знання цих принципів – одна з необхідних умов успішного лікування. Догляд за хворою дитиною є складовою частиною лікувального процесу, від нього залежить ефективність терапевтичних заходів та одужання хворого. Успіх лікування залежить від чіткої роботи лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу; від виконання лікувального та санітарно-протиепідемічного режимів.

2. УЧБОВІ ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ

Знати:

- основи деонтології в роботі медичних працівників;
- основи деонтології та етики у спілкуванні медичного працівника та хворої дитини та її родичів;
- визначити функціональні обов'язки середнього та молодшого персоналу в дитячій поліклініці та дитячому стаціонарі;

- медичну документацію дитячої поліклініки та стаціонару
- структуру дитячої лікарні та поліклініки.

Вміти:

- охарактеризувати взаємовідносини між молодшим та середнім медичним персоналом дитячої лікарні та поліклініки
- примінити знання медичної деонтології та етики в спілкуванні з хворою дитиною та її родичами
- заповнювати основну медичну документацію стаціонару та поліклініки

3. МАТЕРІАЛИ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

3.1. ЗМІСТ ТЕМИ

Медична деонтологія – сукупність моральних норм професійної поведінки медичних працівників щодо хворих. Термін «деонтологія запропонований англійським філософом Бентамом в 19 ст. для визначення теорії моралі. Це вчення про принципи поведінки медпрацівників з метою забезпечення максимальної користі для хворого. Основою деонтології є адміністративно-регламентуючі форми (накази, інструкції) норм поведінки медпрацівників, їх професійних обов'язків і організації лікувально-діагностичного процесу. Суть деонтології можна викласти такими словами: «До хворого треба ставитись так, як ти хотів би, щоб ставились до тебе».

Основними завданнями медичної деонтології є:

1. Вивчення принципів поведінки медичного персоналу, спрямованих на досягнення максимальної ефективності лікування хворих і профілактики захворювань.
2. Аналіз взаємовідносин між медиком і хворим та його родичами, а також між медичними працівниками в колективі.
3. Попередження і виключення несприятливих факторів у медичній діяльності та усунення шкідливих наслідків неякісної медичної роботи.

Медична деонтологія опирається на етику – вчення про мораль, взаємини між людьми і обов'язки, які випливають із цих взаємин. Проте між медичною етикою і деонтологією є певна відмін-

ність. Якщо норми медичної етики є спільними для всіх медиків, то деонтологічні правила мають свої специфічні відмінності. Так, деонтологічні правила поведінки медичної сестри дитячої лікарні відрізняються від правил поведінки медика психіатричної клініки.

Деонтологія не може дати рекомендації на всі випадки діяльності медика, вона дає їх для типових ситуацій. Знання деонтологічних правил спрямоване на виховання у медиків здатності до самостійного морально-етичного орієнтування у виборі стилю поведінки залежно від конкретних умов.

Суттєвою особливістю медичної деонтології є її тісний зв'язок із загальною і медичною психологією. Значною мірою це зумовлено тим, що “психологія лікувального процесу полягає в тому, що при ньому проходить не лише зустріч з пацієнтом (це має місце і у ветеринарії), але і спілкування з ним, виникає бажання обох бути зрозумілими один одному” (А. Білібін).

Для того, щоб стати повноцінним медиком, потрібно не лише дотримуватись таких категорій, як високий професіоналізм, обов'язок, совість, любов до хворого, але і розуміти людей, володіти достатніми знаннями в галузі психології, керувати власними психічними процесами. Без цього не може бути й мови про ефективний вплив на хворого.

Медична етика — це вчення про роль моральних засад у діяльності медичних працівників, про їх високогуманне ставлення до людини як необхідну умову успішного лікування хворого. Догляд за хворою дитиною є складовою частиною лікувального процесу і забезпечує не тільки високу ефективність комплексу терапевтичних заходів, але й повне одужання хворого. В стаціонарі догляд за хворою дитиною здійснюють медичні працівники та родичі хворого. Взаємовідносини лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу між собою, з хворою дитиною та її родичами повинні базуватися на етико - деонтологічних принципах взаємовідносин.

Підвищення ролі етики та деонтології в роботі лікаря тісно пов'язана з прогресом науки та техніки, підвищенням рівня спеціалізованих видів медичної допомоги.

Клінічна практика показує, що проблеми та питання, які виникають при наданні медичної допомоги дітям, носять не тільки виключно медичний, але й етичний характер і присутні на всіх рівнях системи «лікар – батьки – хвора дитина». Без чіткого уявлення про етичні особливості охорони здоров'я дитини неможливо гарантувати безпеку дітей при отриманні ними медичної допомоги.

Кожна проблема медичної етики розглядається виходячи з основних принципів: автономності, інформованості пацієнта (батьків) про стан здоров'я та необхідності отримання згоди на медичне втручання; конфіденціальності; безпеці для пацієнта; повазі до цінності життя кожного пацієнта; соціальній справедливості.

Для надання кваліфікованої медичної допомоги дітям лікар повинен мати не тільки глибокі теоретичні знання, вміло користуватися практичними навичками, але й розуміти психологію хворої дитини та її батьків, чітко усвідомлювати існування в цій області етичної проблеми. Одна з них – інформування батьків, родичів дитини про особливості захворювання для отримання згоди на лікування. Вміння лікаря заспокоїти, об'являючи інформувати батьків про методи діагностики, організації медичної допомоги дитині, розвитку можливих ускладнень і при цьому налаштувати на активну допомогу являється обов'язковою етичною вимогою.

Педіатр у своїй практиці контактує з дітьми, батьками та родичами хворої дитини. Кожна з цих категорій потребує особливого підходу. В останні роки батьки та їх родичі мають великий запас відомостей про захворювання дитячого віку, отриманих із спеціальної, популярної літератури та засобів масової інформації. В зв'язку з цим захопленням різними модними засобами та методами лікування, можуть утворитися труднощі при контакті лікарів з батьками.

Медичні працівники працюють в колективі, тому одним із професійних обов'язків є дотримання норм субординації. Сестра повинна виконувати всі вказівки лікаря і, разом з тим, повідомля-

ти йому результати свого спостереження за хворим. Адже вона більше часу спілкується з хворим і може помітити те, чого лікар на обході не бачить, бо пацієнт не скаржиться йому, або сам не звертає уваги на деякі особливості свого захворювання. У цьому відношенні сестра є не лише виконавцем призначень лікаря, але й “шостим органом сприймання” лікаря. Лікар і медична сестра виконують спільну роботу, спрямовану на поліпшення здоров’я хворого. Медик повинен дбати про свій авторитет і підтримувати авторитет колег.

Дотримання субординації полягає в тому, що санітарки підпорядковуються медсестрам, медична сестра лікарю. Вони повинні особистим прикладом вчити молодший медперсонал дотримуватись норм етики та деонтології.

Основні професійні обов’язки молодшого медичного персоналу – санітарки полягають в дотриманні чистоти медичних приміщень, забезпечення поточного та генерального прибирання, догляд за хворими дітьми – допомога в годуванні, обмиванні дитини, переодяганні, транспортуванні. Санітарка підпорядковується медичній сестрі, лікарю, завідувачу відділенням.

Важливу роль в роботі дитячого лікувального закладу виконує медична сестра.

Завдання та обов’язки медичної сестри. Вона керується чинним законодавством України про охорону здоров’я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність закладів охорони здоров’я. Бере участь у лікувально-діагностичному процесі. Виконує лікарські призначення. Проводить маніпуляції та процедури згідно з профілем роботи. Забезпечує медичний догляд за хворими дітьми. Наглядає за годуванням дітей. Проводить профілактичні заходи, спрямовані на запобігання захворювань та своєчасне їх виявлення. Володіє прийомами реанімації, вміє надати допомогу при травматичному пошкодженні, кровотечі, колапсі, отруєнні, утопленні, механічній асфіксії, анафілактичному шоці, опіках, відмороженні, алергічних станах. Володіє методами асептики та антисептики. Веде медичну документацію. Бере активну участь у поширен-

ні медичних знань серед населення щодо профілактики захворювань та їх ускладнень. Дотримується принципів медичної деонтології. Постійно удосконалює свій професійний рівень.

Медична сестра **повинна знати** правила догляду за хворими дітьми та новонародженими; особливості догляду за недоношеними дітьми та дітьми із групи ризику; принципи раціонального вигодовування; фармакологічну дію найбільш поширених лікарських речовин, їх сумісність, дозування, методи введення; основні принципи проведення санітарно-профілактичної роботи з дітьми та батьками; організацію санітарно-протиепідемічного та лікувально-охоронного режимів; правила асептики та антисептики; правила безпеки під час роботи з медичним інструментарієм і обладнанням; правила оформлення медичної документації; сучасну літературу за фахом.

Медична сестра має усвідомлювати свою відповідальність за життя хворого, однак це почуття не повинне переходити в сентиментальність, яка стане на заваді зібраності, активності у боротьбі за здоров'я, а нерідко й життя хворого. Однією з основних рис характеру медичної сестри має бути чесність. Ні в якому разі не можна приховувати допущені помилки. М.І. Пирогов говорив з цього приводу: «Необхідно мати мужність обнародувати свої помилки, щоб застерегти від них інших працівників». Неприпустимо з'ясування відносин між медичними працівниками будь-яких посад у присутності хворих дітей або їх родичів. Зауваження молодшому за посадою повинне бути зроблено тактовно. Необхідно дотримуватися субординації у відносинах між медичними працівниками, тобто підкорення молодшого за посадою працівника більш старшому: молодша медична сестра — постова медична сестра — процедурна сестра — старша медична сестра — лікар — завідувач відділенням.

Медична сестра повинна сумлінно виконувати свої обов'язки щодо роздачі лікарських препаратів і здійснення маніпуляцій. Вона зобов'язана бути завжди зібраною, спокійною і врівноваженою, не допускати нервозності і метушні в роботі. При погіршенні стану хворого не можна допускати паніки і розгубле-

ності. В таких випадках дії медсестри повинні бути чіткими та впевненими. Слід пам'ятати, що неухважність у роботі, сторонні розмови під час обслуговування хворих, а також відлюдність, зарозумілість підривають авторитет медичної сестри. Кваліфіковане, чітке, своєчасне і старанне виконання призначень і процедур зміцнюють віру хворого в успіх лікування. Істотне значення для створення сприятливої атмосфери в лікувальному закладі має зовнішній вигляд медичного персоналу. Акуратна, в білосніжному халаті, з прибраним під шапочку волоссям, медична сестра викликає довір'я хворого. І навпаки, зім'ятий чи забруднений халат, недоглянуті руки, надлишок прикрас і косметики, подразливі запахи несприятливо впливають на хворого.

Важливим обов'язком медичної сестри є збереження професійної таємниці, якщо вона не зачіпає інтересів суспільства або хворого. Медичні сестри не мають права розголошувати і обговорювати відомості про хворобу та інтимне життя хворого, які вони отримали під час виконання професійних обов'язків. Медичним сестрам не треба брати на себе функції, які віднесені до лікарської компетенції, роз'яснювати хворим або їхнім родичам характер захворювання, інтерпретувати результати лабораторних, інструментальних та рентгенологічних досліджень. Вони можуть говорити лише про загальний стан хворого. Увага і делікатність з боку медичної сестри до хворих не повинні виходити за межі розумного. Звертатися до хворих треба зі строгою ніжністю, не допускати кокетства та нав'язливості»

До складу **дитячої поліклініки** входять структурні підрозділи, що затверджені чинними штатними нормативами і складаються з адміністративно-господарської, лікувально-профілактичної, діагностичної та лабораторної частини, ліжок денного стаціонару.

Структура педіатричного стаціонару. Дитяча лікарня — лікувально-профілактичний заклад для дітей у віці до 18 років включно, які потребують постійного (стаціонарного) лікарського спостереження, інтенсивної терапії або спеціалізованої допомоги. Існують різні типи дитячих лікарень. За профілем вони розподі-

ляються на багатопрофільні і спеціалізовані. Крім того, залежно від адміністративного розподілення розрізняють районні, міські, клінічні (якщо на базі лікарні працює кафедра медичного або науково-дослідного інституту), обласні, республіканські дитячі лікарні. Основна мета сучасної дитячої лікарні — відновлення здоров'я хворої дитини. Для виконання даної мети для кожного хворого розв'язуються чотири задачі етапної допомоги: діагностика захворювання, невідкладна терапія, основний курс лікування і реабілітація (включаючи заходи соціальної допомоги).

По структурі в кожній дитячій лікарні є приймальне відділення, стаціонар (лікувальні відділення), лікувально-діагностичне відділення або відповідні кабінети і лабораторії, патологоанатомічне відділення, допоміжні підрозділи (аптека, харчоблок, кабінет медичної статистики, медичний архів, адміністративно-господарська частина, бібліотека тощо).

Функції педіатричного стаціонару:

Надання екстреної та планової невідкладної медичної допомоги при гострих і раптових станах, незалежно від місця проживання і віку дитини.

Здійснення лікування дитячих захворювань згідно профілю лікарні.

Діагностика та диференційна діагностика захворювань дитячого віку.

Основна медична документація дитячої лікарні.

Форма № 003/о “Медична карта стаціонарного хворого” (Історія хвороби) являється основним медичним документом стаціонару, який заповнюється на кожного хворого. Ведеться в усіх лікарнях, стаціонарах. Медична карта стаціонарного хворого вміщує всі необхідні дані, які характеризують стан хворого протягом всього періоду перебування в стаціонарі, організацію його лікування, дані об'єктивних обстежень та призначень. Дані медичної карти стаціонарного хворого дають можливість контролювати правильність організації лікувального процесу і використовуються для видачі довідкового матеріалу за запитами відомчих закладів (суд, прокуратура, експертиза тощо).

Паспортна частина, діагноз лікувального закладу, який направив хворого, діагноз при госпіталізації хворого заповнюються в приймальному відділенні. Лікарем приймального відділення заповнюється також спеціально відведений листок “Запис лікаря приймального відділення”, в якому коротко вказуються дані анамнезу хвороби та життя, об’єктивний стан хворого. Інші записи в медичній карті, включаючи і клінічний діагноз, заповнює лікуючий лікар. В період перебування хворого в стаціонарі, карта зберігається в папці лікуючого лікаря. Лікар проводить щоденні записи в форму № 003/о про стан здоров’я та лікування хворого. Призначення записуються в щоденнику карти та в листку лікарських призначень. При виписці (смерті) хворого лікуючий лікар складає епікриз, в якому коротко резюмує дані про стан хворого при госпіталізації та виписці (смерті), записує дані, обґрунтовує клінічний діагноз, вказує проведені лікувальні заходи та їх ефективність, рекомендації щодо подальшого лікування і режиму хворого.

Форма № 001/о “Журнал обліку прийому хворих в стаціонар” призначений для реєстрації хворих, які були госпіталізовані в стаціонар. Записи в журналі дають можливість проводити аналіз даних щодо хворих, які надійшли в стаціонар. Журнал обліку прийому хворих в стаціонар ведеться в усіх приймальних відділеннях лікарні.

Форма № 004/о “Температурний листок” являється оперативним документом для графічного зображення деяких основних даних, які характеризують стан здоров’я хворого: пульс, артеріальний тиск, температура тощо.

Щоденно лікуючий лікар записує в медичній карті стаціонарного хворого дані про стан хворого. Палатна медична сестра переносить дані про температуру, пульс, артеріальний тиск, дихання в температурний листок і викреслює відповідні криві щодо цих показників. Крім того, в температурний листок заноситься частота дихання, вага, кількість випитої рідини, добова кількість сечі, випорожнення, число ванн. Після виписки (смерті) хворого з стаціонару температурний листок підклеюється в медичну кар-

ту стаціонарного хворого (форма № 003/о) і зберігається разом з нею протягом 25 років.

Форма № 001-1/о Журнал відмовлень в госпіталізації” призначений для реєстрації хворих, які звернулись з направленням в приймальне відділення з приводу госпіталізації, але за тими чи іншими причинами їм в госпіталізації відмовлено. Записи в журналі дозволяють розробляти дані про частоту і причини відмовлень в госпіталізації. Журнал заповнюється в приймальному відділенні лікарні, де записуються відомості про хворих, які не госпіталізуються.

Форма № 003-4/о “Листок лікарських призначень” являється оперативним документом, що призначається для реєстрації режиму перебування хворого в стаціонарі, призначеного йому дієтичного харчування, методів обстеження, медикаментозного лікування, фізіотерапевтичних та психотерапевтичних процедур. Заповнюється лікуючим лікарем в день госпіталізації хворого в стаціонар з внесенням необхідних корективів протягом лікування хворого. Записи (назви препаратів, процедур, місцевого лікування тощо) ведуться на українській мові, розбірливо. Щоденно середні медичні працівники роблять відмітки щодо виконання призначень.

Основна медична документація дитячої поліклініки.

Форма № 025/о “Медична карта амбулаторного хворого” являється основним первинним медичним документом хворого, який лікується амбулаторно або вдома, і заповнюється на всіх хворих при першому зверненні за медичною допомогою в даний лікувальний заклад. На кожного хворого в поліклініці ведеться одна медична карта незалежно від того, лікується він у одного чи декількох лікарів.

Форма № 026/0 «Медична карта дитини (для школи, школи-інтернату, школи-ліцею, дитячого будинку, дитячого садка)» заповнюється на кожну дитину, яка перебуває в навчально-виховному закладі, і дає уяву про стан здоров'я, а також відображає всі лікувально-профілактичні заходи, які проводились по відношенню її в період перебування в дитячому садку, школі, школі-ліцею, дитячому будинку, школі-інтернаті.

Паспортна частина медичної карти дитини і анамнестичні дані на дітей, які поступили в перший клас школи, заповнюються на підставі записів в “Історії розвитку дитини” (форма № 112/о) медичними працівниками дитячої поліклініки, ФАПу, при проведенні поглибленого огляду цих дітей. На дітей, які поступили в дитячі садки і дитячі будинки, форма № 026/о заповнюється на підставі виписки із форми № 112/о, яка видається поліклінікою або при опитуванні батьків.

Форма № 029/о “Журнал обліку процедур” є оперативним документом і служить для реєстрації медичних процедур, які проводяться хворому. Журнали заповнюються медичними сестрами в усіх кабінетах поліклініки, де проводяться процедури, а також у відділеннях стаціонару.

Форма № 072/о “Санаторно-курортна карта” являється обов’язковим медичним документом, який видається хворому на руки при направленні його на лікування в усі типи санаторно-курортних закладів, за винятком санаторіїв для хворих на туберкульоз (форма № 078/о).

Форма № 025-1/о «Вкладний листок на підлітка до медичної карти амбулаторного хворого» заповнюється при періодичних оглядах підлітків у віці 15-17 років включно, які проводяться лікувально-профілактичними закладами, що обслуговують підлітків: студентів різних рівнів акредитації, учнів системи профтехосвіти, загальноосвітніх закладів. Вкладний листок складається із паспортної частини, що включає відомості про підлітка: прізвище, ім’я по батькові, адресу, місце роботи (навчання), спеціальність, перенесені захворювання, хвороби батьків, результати обстежень

Форма 063/о «Карта профілактичних щеплень» заповнюється лікарем або середнім медичним персоналом, на кожного новонародженого і на дитину, яка вперше поступає під нагляд поліклініки. В ній наводяться дані про проведення щеплення, а саме: вид щеплення – вакцинація чи ревакцинація, вік, дата проведення щеплення, доза та серія вакцини, реакція на щеплення (місцева), медичні протипоказання (дата, причина).

3.2. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна:

Марушко Ю.В., Гищак Т.В., Тодика Ю.І. Маніпуляції в педіатрії. Показання та техніка виконання. Навчальний посібник. – Київ, ВСВ «Медицина», 2019. – 144с

Марушко Ю.В., Московенко О.Д. Догляд за дітьми в умовах педіатричного стаціонару (Виробнича практика), Київ-Хмельницький, друкарня ФО-П Сторожук О.В., 2013. – 98 с.

Марушко Ю.В., Пісоцька С.А., Гищак Т.В., Марушко Т.В. Клінічне обстеження та семіотика уражень органів та систем у дітей. Видання четверте, доповнене. Навчальний посібник. – Київ-Хмельницький, ФО-П Сторожук О.В., 2013. – 202с

Марушко Ю.В., Шеф Г.Г., Глумчер Ф.С., Ярославська С.М. Невідкладні стани в педіатричній практиці: навчальний посібник. – Київ: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2016. – 400 с.

Марушко Ю.В., Юліш Є.І., Марушко Т.В. та ін. Пропедевтика педіатрії. Модуль 2. Ч.1 (АФО, методика дослідження, семіотика уражень шкіри, підшкірної клітковини, лімфатичних вузлів, кістково-суглобової, м'язової, серцево-судинної систем, органів дихання, системи крові). Ред. Є.І.Юліш, Ю.В.Марушко. Навчальний посібник. Київ-Донецьк, 2013. – 340с.

Марушко Ю.В., Гищак Т.В., Тодика Ю.І. Маніпуляції в педіатрії. Показання та техніка виконання. Навчальний посібник (видання третє, доповнене). Київ-Хмельницький, друкарня ФО-П Сторожук О.В., 2013. – 130с.

Педіатрія: учебник для высш. мед.учеб. заведений IV уровня аккредитации: пер. с укр./ А.В. Тяжкая, С.А. Крамарев, В.И. Петренко и др.; под ред. А.В. Тяжкой. – Винница: Нова Книга, 2010. – 1151 с.

Пропедевтична педіатрія: підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації / В.Г. Майданник, В.Г. Бурлай, О.З. Гнатейко, К.Д. Дука, Ю.М. Начитайло, М.В. Хайтович; за ред. В.Г. Майданника. – Вінниця: Нова кн., 2012. – 879 с.

Юліш Є.І., Марушко Ю.В., Кривущев Б.І. та ін. Пропедевтика педіатрії. Модуль 1. (Методологія діагностики. Оцінка за-

гального стану дитини. Новонароджені діти. Оцінка фізичного розвитку. АФО та семіотика нервової системи). Ред. Є.І.Юліш, Ю.В.Марушко. Навчальний посібник. Київ-Донецьк, 2013. – 227с.

Юліш Є.І., Марушко Ю.В., Кривушев Б.І. та ін. Пропедевтика педіатрії. Модуль 2. Ч.2. (АФО, методика дослідження, семіотика уражень шлунково-кишкового тракту, сечовивідної, імунної та ендокринної систем. Обмін речовин у дітей. Вітаміни. Терморегуляція). Ред. Є.І.Юліш, Ю.В.Марушко. Навчальний посібник. Київ-Донецьк, 2013. – 301с.

Юліш Є.І., Марушко Ю.В., Кривушев Б.І. та ін. Пропедевтика педіатрії. Модуль 3. (Вигодовування дітей грудного віку. Харчування дітей старше року). Ред. Є.І.Юліш, Ю.В.Марушко. Навчальний посібник. Київ-Донецьк, 2013. – 116с.

Додаткова:

Альбицкий В.Ю., Волгина С.Я. Этико-правовые проблемы неотложных состояний у детей // Вопросы современной педиатрии. – 2004. – Т. 3, N 5. – С. 98–99.

Гребенев А.Л., Шептулин А.А., Хохлов А.М. Основы общего ухода за больными. – М: Медицина, 1999. – 288с.

3.3. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

А. Питання для самоконтролю

1. Визначити роль правильного догляду за хворою дитиною в лікувальному процесі.
2. Які основні задачі медичної деонтології?
3. Які принципи взаємовідносин серед медичних працівників (молодшого та середнього медичного персоналу та лікарями)?
4. Які основні принципи взаємовідносин між медичними працівниками та хворою дитиною та її родичами?
5. Дати визначення поняттю - лікарська таємниця.
6. Які функціональні обов'язки медичної сестри стаціонару, яка її роль в догляді за хворою дитиною?
7. Яка основна медична документація дитячого стаціонару?
8. Які основні функції дитячого стаціонару та поліклініки?

9. Як провести бесіду з хворою дитиною чи її батьками з приводу пропаганди здорового способу життя, особливостей догляду за дитиною певного віку?

10. Які правила заповнення медичної документації дитячого стаціонару та поліклініки?

11. Яка структура дитячої лікарні та поліклініки?

Б. Тести для самоконтролю

1. Титульну сторінку історії хвороби заповнює:

- A. Лікар приймального відділення.
- B. Лікуючий лікар.
- C. Медична сестра приймального відділення.
- D. Молодший медичний персонал приймального відділення.
- E. Середній медичний персонал відділення, де буде лікуватися хворий.

2. Що відноситься до об'єктивних причин лікарських помилок:

- A. Недостатня кваліфікація лікаря.
- B. Неповнота збору анамнезу.
- C. Недостатнє обстеження хворого.
- D. Відсутність консультації, коли вона необхідна та можлива.
- E. Відсутність можливості проведення спеціальних обстежень.

3. Що з перерахованого не входить до складу педіатричного стаціонару:

- A. Кабінет профілактичних щеплень.
- B. Приймальне відділення;
- C. Харчоблок;
- D. Аптека;
- E. Лікувально-діагностичні відділення.

4. Дії медсестри у разі відмови щойно госпіталізованою дитиною випити ліки:

- A. Запропонувати пізніше.

- В. Налякати, сказавши, що тоді потрібно буде зробити укол.
- С. Доповісти лікарю.
- Д. Спробувати спокійно переконати дитину.
- Е. Не примушувати, відмовившись від прийому ліків.

Коди правильних відповідей на тести для самоконтролю:
С, 2 – А, 3 – А, 4 – Д.

В. Задача для самоконтролю

Хлопчик 10-ти років, перебуває в дитячому відділенні з приводу пахової грижі з метою підготовки до оперативного втручання. Дитина дуже боїться. Після повідомлення про те, що йому назавтра призначили операцію, хлопчик став агресивним, негативно налаштованим, грубим по відношенню до персоналу та інших дітей. Тактика лікаря?

Еталон відповідей:

Лікар повинен тактовно пояснити хлопчику причину оперативного втручання. Лікар повинен коротко розказати як буде проводитися операція. Лікар повинен розказати про методи знеболення під час оперативного втручання. А також в доступній для дитини формі розказати хворому про можливі наслідки хвороби у разі відмови від лікування.

ПРИЙМАЛЬНЕ ВІДДІЛЕННЯ ДИТЯЧОЇ ЛІКАРНІ. ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ, САНІТАРНА ОБРОБКА ТА ТРАНСПОРТУВАННЯ ХВОРИХ ДІТЕЙ. ОРГАНІЗАЦІЯ САНІТАРНО- ГІГІЄНІЧНОГО ТА ПРОТИЕПІДЕМІЧНОГО РЕЖИМУ. ОСОБИСТА ГІГІЄНА МЕДПЕРСОНАЛУ

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

Знання специфіки роботи дитячої лікарні, функцій основних підрозділів педіатричного стаціонару необхідне для правильного розуміння функціонування медичного закладу. Порушення санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів лікувально-профілактичних закладів, незадовільна профілактична робота медичного персоналу є чинниками розповсюдження внутрішньолікарняних інфекцій, зокрема виникнення нозокоміальних вогнищ інфекції, які значно ускладнюють перебіг основного захворювання, викликають справедливі скарги батьків, знижують авторитет стаціонару серед населення. Проведення складного комплексу численних та різнобічних заходів щодо попередження інфекційних спалахів, координація та контроль за їх виконанням є обов'язком медичного персоналу, насамперед лікарів.

2. УЧБОВІ ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ

Знати:

- структуру та функції приймального відділення
- правила прийому дітей до педіатричного стаціонару
- правила оформлення медичної документації при госпіталізації
- освоїти методи санітарної обробки хворої дитини на вошивість та коросту
- методи транспортування хворих дітей з приймального відділення до місця лікування

- правила дотримання санітарно-гігієнічного режиму дитячої лікарні
- правила дотримання особистої гігієни медичного персоналу дитячої лікарні.

Вміти:

- визначити показання до госпіталізації хворої дитини до педіатричного стаціонару дитячої лікарні
- провести санітарну обробку хворої дитини з вошивістю та коростою при вступі до педіатричного стаціонару
- здійснити транспортування хворої дитини до педіатричного стаціонару.
- визначити і оцінити санітарно-гігієнічний та протиепідемічний режим дитячої лікарні
- оцінити дотримання правил особистої гігієни медичним персоналом дитячої лікарні.

3. МАТЕРІАЛИ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

3.1. ЗМІСТ ТЕМИ

Дитяча лікарня — лікувально-профілактичний заклад для дітей у віці від 1 місяця до 18 років включно, які потребують постійного (стаціонарного) лікарського спостереження, інтенсивної терапії або спеціалізованої допомоги. В дитячу лікарню госпіталізують хворих, які потребують стаціонарного лікування. В структурі дитячої лікарні є приймальне відділення.

Через приймальне відділення здійснюється госпіталізація хворих до лікарні. При плановій госпіталізації до дитячої лікарні хворий має направлення та «Медичну карту амбулаторного хворого» (ф. №025/о) з результатами проведених на догоспітальному етапі обстежень та консультацій лікарів-спеціалістів або «Виписку із медичної карти амбулаторного хворого» («ф. №027/о), яку видає на руки хворому або пересилає поштою чи посильним дільничий педіатр поліклініки.

У разі екстреної госпіталізації хвору дитину доставляють до лікарні каретою швидкої допомоги. Лікар (фельдшер) бригади швидкої медичної допомоги повинен здати заповнений «Супро-

відний листок станції швидкої медичної допомоги» (ф. №114/о) реєстратору приймального відділення із зазначенням паспортних даних, дати захворювання, скарг, діагнозу, дати і часу госпіталізації хворого та обсягу наданої на догоспітальному етапі медичної допомоги. «Супровідний листок станції швидкої медичної допомоги» вкладається в «Медичну карту стаціонарного хворого» (ф. №003/о).

У разі самозвернення хворої дитини до лікарні і госпіталізації складається акт про самозвернення за підписом чергового лікаря, де зазначаються медичні показання для госпіталізації. Під час вступу дитини до лікарні без відома батьків останніх негайно сповіщають про це співробітники приймального відділення. У разі неможливості отримати відомості про дитину і його батьків надходження хворого реєструють в спеціальному журналі і роблять заяву в міліцію. Дітей перших 3-х років життя госпіталізують з одним з батьків.

Приймання хворого до лікарні здійснюється лікарем приймального відділення (черговим лікарем стаціонару), який зобов'язаний забезпечити своєчасний огляд, обстеження хворого, ознайомитись з медичною документацією і при наявності медичних показань госпіталізувати його у відділення відповідного профілю.

У разі відмови в госпіталізації хворим, які звернулись в приймальне відділення в порядку самозвернення або хворим, які були направлені на планове лікування в стаціонар, черговий лікар/лікар приймального відділення надає хворому необхідну медичну допомогу і робить відповідний запис у «Журналі відмовлень в госпіталізації» (ф. № 001-1/о) із зазначенням дати і часу звернення хворих самостійно або за направленням лікаря на планову госпіталізацію, їх паспортних даних та адреси; діагнозу, встановленого в приймальному відділенні, причин відмовлення у госпіталізації, здійснених у приймальному відділенні заходів.

Причинами відмов в госпіталізації можуть бути: відсутність медичних показань до госпіталізації; наявність показань до госпіталізації хворого в інший лікувальний заклад; категорична від-

мова хворого від госпіталізації. У разі наявності медичних показань до госпіталізації, але категоричній відмові хворого, черговий лікар повинен проінформувати його про можливі наслідки відмови, оформити відмову від госпіталізації у вигляді розписки хворого і зробити відповідний запис у журналі відмовлень. Незважаючи на відмову від госпіталізації, черговий лікар повинен надати хворому необхідну медичну допомогу, дати рекомендації щодо подальшого лікування.

У разі відмови в госпіталізації хворому, доставленому бригадою швидкої медичної допомоги і направленні хворого в інший лікувальний заклад, супровідний лист швидкої медичної допомоги підклеюється в журнал відмовлень у госпіталізації. Хворому на руки видається коротка виписка, яка відображає його стан на час перебування в приймальному відділенні, результати проведених досліджень, якщо вони були проведені. На кожного госпіталізованого хворого медичною сестрою приймального відділення заводиться «Медична карта стаціонарного хворого» (ф. №003/о) із заповненням її паспортної частини, відображенням діагнозу лікувального закладу, який направив хворого на стаціонарне лікування, діагнозу, встановленого у приймальному відділенні. В медичній карті мають бути обов'язково відображені температура тіла, артеріальний тиск, маса хворого, результати огляду на педикульоз, коросту, відмітки про вірусний гепатит. Дані про госпіталізованого хворого вносяться в «Журнал обліку прийому хворих в стаціонар» (ф. №003/о) і алфавітний журнал. Одночасно медичною сестрою приймального відділення заповнюється паспортна частина «Статистичної карти хворого, який вибув із стаціонару» (ф. №066/о), яка вкладається в медичну карту. Якщо хворого доставлено в лікарню у непритомному стані, то після надання йому необхідної медичної допомоги, паспортна частина медичної карти заповнюється зі слів родичів або супроводжуючих хворого осіб.

Питання про необхідність санітарної обробки хворого вирішує черговий лікар приймального відділення. Санітарна обробка проводиться під керівництвом медичної сестри приймального

відділення, про що робиться відмітка в медичній карті. При госпіталізації дитини в стаціонар лікар приймального відділення повинен з'ясувати, чи мала дитина контакти з інфекційними хворими вдома або в школі (дитячому саду) за останні 3 тижні (максимальна тривалість інкубаційного періоду більшості дитячих інфекційних захворювань). Отримані відомості відзначають в Історії хвороби. Навіть за відсутності контактів з інфекційними хворими всіх дітей в приймальному відділенні лікарні оглядає лікар для виключення можливого інфекційного захворювання: оглядає шкірні покриви, видимі слизові оболонки, вимірює температуру тіла.

Після огляду дитини лікарем медична сестра отримує від лікаря рекомендації про характер санітарної обробки. Як правило, санітарна обробка полягає в проведенні гігієнічної ванни або душу; при виявленні педикульозу або виявленні гнид проводиться відповідна обробка волосистої частини голови, білизни. Виняток становлять хворі, що знаходяться у вкрай тяжкому стані. Їм надають першу медичну допомогу і лише за відсутності протипоказань проводять санітарну обробку.

У разі госпіталізації хворого черговий персонал забезпечує дотримання принципів лікувально-охоронного режиму, своєчасну госпіталізацію хворого в палату. Вид транспортування хворого до відділення вибирає лікар. Діти, що знаходяться в задовільному стані, йдуть у відділення самі в супроводі медичного працівника. Дітей молодшого і грудного віку несуть на руках. Тяжкохворих транспортують на ношах, які встановлені на спеціальній каталці. Всі ноші та каталки повинні бути заправлені чистими простирадлами, а в холодну пору року і ковдрами. Простирадла змінюють після кожного хворого, а ковдру провітрюють. Деяких хворих доставляють в кріслі-каталці.

Санітарна обробка хворої дитини з вошивістю. В останні роки стали використовувати сучасні засоби боротьби з вошами, що дозволило не стригти волосся. Так, останнім часом використовують спеціальний засіб Ніттіфор (діюча речовина перметрин), який знищує гниди, личинки і статевозрілі особини

головних і лобкових вош у дітей з п'ятирічного віку. Спосіб застосування: волосся рясно зволожують розчином за допомогою ватного тампона, втираючи препарат в корені волосся. Зазвичай на 1 людину витрачається від 10 до 60 мл препарату залежно від густини і довжини волосся. Після обробки голову покривають косинкою, а через 40 хв Ніттифор змивають теплою проточною водою з милом або шампунем. Після миття волосся розчісують частим гребенем для видалення загиблих комах. Обробку потрібно проводити в добре провітрюваному приміщенні. Необхідно уникати попадання розчину на слизові оболонки. У разі попадання на слизові оболонки їх необхідно промити проточною водою. Після обробки слід вимити руки і прополоскати рот проточною водою.

Крім Ніттифора використовують Пара плюс спрей з перметрином, його можна використовувати з 2-річного віку. ХедРинг – містить 4%-ий диметикон (натуральний силікон), який щільно покриває воші та порушує їх дихання та газообмін, приміняється з 6-місячного віку.

Санітарна обробка хворої дитини з коростою. Лікування корости може здійснюватися декількома способами – звичайними і прискореними. У першому випадку застосовують протикоростяні мазі (Вількінсона, 33 % сірчана). На курс лікування одного хворого потрібно 200,0 г мазі, її енергійно втирають у шкіру щодня по 40,00. Не обробляють шкіру обличчя, шиї і волосистої частини голови. Перед втиранням мазі необхідно прийняти гігієнічну ванну чи душ. Після першого застосування мазі хворий повинен надягти чисту білизну, яку змінюють на 7-й день лікування після лазні чи душу. Ускладнену коросту лікують довше (12-15 днів) у зв'язку з необхідністю попередньо усунути піодермію, що приєдналася, чи дерматит. Рецидивів захворювання після ретельно проведеної мазевої терапії, за рідким винятком, не буває. Прискорені методи (лікування бензилбензоатом і метод Дем'яновича) дозволяють у більш короткий термін (за 2-3 дні) вилікувати пацієнта й уникнути небажаного потрапляння мазей на постільну і натільну білизну. Метод Дем'яновича передбачає

послідовне втирання протягом однієї години розчинів № 1 (60 % натрію тіосульфату) і № 2 (6 % водний розчин хлористоводневої кислоти). Через 3 дні після миття хворий змінює натільну і постільну білизну. Емульсію бензилбензоату (бензилбензоату – 20 г; зеленого чи господарського мила – 2 г, води – 78 мл) втирають ватно-марлевим тампоном двічі протягом 10 хв із 10-хвилинною перервою (2 дні підряд). Через 3 дні після миття хворий змінює натільну і постільну білизну. Останнім часом для лікування корости використовують нові засоби з групи антискабіотиків (скабід та ін.), що успішно діють при короткочасному застосуванні, не мають запаху і здатні зафарбовувати та подразнюють шкіру. Профілактика. Обов'язкове стаціонарне чи амбулаторне лікування хворих, установлення джерела захворювання, огляд усіх осіб, з якими хворий мав побутовий чи статевий контакт. Проводять поточну і заключну дезінфекцію вогнища інфекції, одягу і постільної білизни хворого. Натільна і постільна білизна, якою хворий користувався до й у період лікування, підлягає кип'ятінню і пранню. Матраци, ковдри й ін. знезаражують в сухожаровій камері при температурі +100 °С протягом 1 год. У зимовий час при мінусовій температурі ці речі витримують 3-4 год на відкритому повітрі. Ефективне також прасування гарячою праскою. Особливу увагу приділяють прихованим вогнищам корости.

В останні роки продовжуються пошуки нових засобів лікування корости. Так, використовується препарат Спрегаль. Це комбінований препарат, до складу якого входить есдепалетрин – нейротоксичний яд для комах. Механізм дії полягає у порушенні катіонного обміну мембран нервових клітин. Лікування проводять увечері, наносячи препарат на тулуб, кінцівки, через 12 годин його ретельно змивають. Як правило, одного разу застосування Спрегалю достатньо для клінічноговиліковування від корости.

Санітарно-гігієнічний режим дитячого лікувального закладу. Оглядова кімната і санітарна кімната приймального відділення повинні зберігатися в чистоті. Після закінчення огляду дитини проводять обробку предметів (шпатель, термометри) і

меблів (кушетки, стільці і ін.), до яких торкався хворий. Клейонкову подушку і клейонки на кушетці після кожного хворого протирають 2 % розчином хлораміну або іншим дезінфікуючим засобом, дозволеним СЕС, а наприкінці зміни миють гарячою водою з господарським милом. Простирадла на кушетці слід міняти також після кожного хворого.

В приймальному відділенні не рідше 2 разів на день проводять загальне прибирання приміщень вологим способом із застосуванням дезінфікуючих речовин.

В діяльності дитячої лікарні особливе значення надається підтримці санітарно-гігієнічного режиму. Молодший сестринський, сестринський і лікарський персонал повинен дотримуватися правил санітарно-протиепідемічного режиму, що передбачає організацію і проведення необхідних санітарно-профілактичних і протиепідемічних заходів. В стаціонарі концентруються хворі і ослаблені діти, тому найсерйозніша увага повинна приділятися профілактиці внутрішньо лікарняних (нозокоміальних) інфекцій: дотримання принципу ізоляції окремих груп дітей при заповненні відділень (палат, боксів і т. д.), використання наявних приміщень за призначенням, суворе дотримання правил роботи харчоблоку; дотримання правил прийому на роботу медичного персоналу і забезпечення своєчасного проходження обов'язкових профілактичних медичних оглядів; дітям і персоналу необхідно дотримуватися правил особистої гігієни.

Санітарно-гігієнічні норми передбачають виділення кожній дитині ліжка, застеленого чистою білизною, приліжкової тумбочки для зберігання особистих речей. При необхідності дитині видають горщик, підкладне судно, предмети індивідуального догляду (поїльник, кухоль), одяг. У відділення хворий бере із собою предмети особистої гігієни.

На індивідуальні столики або тумбочки, що знаходяться поряд з ліжками, ставлять стакан; в ньому зберігають туалетні речі (зубна щітка, паста, мило, гребінець) і деякі особисті речі (папір, олівці, ручки, книги, іграшки). Категорично забороняється зберігати в тумбочках продукти харчування. Для збе-

рігання продуктів харчування в буфетній або їдальні повинен бути холодильник.

Кожному хворому не рідше 1 разу на 7—10 днів (при необхідності) проводиться гігієнічна ванна з повною зміною натільної і постільної білизни. Щодня здійснюється туалет дитини. Перед кожним прийманням їжі хворі обов'язково миють руки. Для тяжких і лежачих хворих умивання організовують біля ліжка. Провітрювати палати слід не рідше 4 раз на день, краще в період, коли діти знаходяться у їдальні. При провітрюванні приміщення в інший час і при кварцуванні палат дітей виводять в коридор або ігрову кімнату. Важливе значення в дотриманні протиепідемічного режиму в лікарні мають правильна організація харчування дітей, приготування їжі, її транспортування і роздача.

Для проведення дезінфекції застосовують дезінфікуючі засоби, що пройшли державну реєстрацію в установленому порядку згідно вимог Постанови Кабінету Міністрів України від 3 липня 2006 р. № 908 (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 14 березня 2018 р. №178) «Про затвердження Порядку державної реєстрації (перереєстрації) дезінфекційних засобів». **Кратність використання деззасобів здійснюється у відповідності до інструкції по застосуванню цих засобів. Характеристика сучасних дезінфікуючих засобів, що входять до державного реєстру дезінфікуючих засобів: Бланідаз еко-стерил, Етасепт, Гуасепт, Лізофармін плюс, Хлор Ліквід, Бланідаз 300, АХД 2000 ультра, Лізофармін 3000, Милосепт, Перісепт та інші.**

Найбільш поширені дезінфікуючі розчини і способи їх приготування.

Хлорне вапно (гіпохлорид кальцію) є білим дрібним порошком з різким запахом хлора. Зберігають в сухій, захищеній від світла тарі. Використовують в сухому вигляді для знезараження. Досить часто застосовується розчин хлорного вапна, який освітлюють. Розчини речовин, які містять хлор, готують в дерев'яному, емальованому, фаянсовому або захищеному від корозії металевому посуді з кришкою, що закривається. Як правило, використовують 10 % і 20 % розчини. Розрахункову кількість хлорного вапна розміщу-

ють спочатку в невеликій кількості води до утворення рівномірної кашки, потім, продовжуючи помішувати, доливають воду до загального об'єму, знову перемішують до утворення однорідної суспензії і залишають під кришкою на 24 ч. Протягом перших 4 год необхідно не менше 3 разів перемішувати суміш. Через 24 год обережно, не збовтуючи осаду, освітлений розчин зливають. Для дезінфекції використовують 1 % робочий розчин, який готують із вихідного розчину (на 10 л потрібно 200–1000 мл вихідного 10 % розчину, що був освітлений). Європейський центр профілактики та контролю захворювань рекомендує для дезінфекції поверхонь у немедичних установах, де можливе інфікування COVID-19, після попереднього їх очищення нейтральним мийним засобом, використовувати розчин з **0,2% гіпохлориту натрію**.

Хлорамін Б (N-хлорбензолсульфонамід натрію) — білий кристалічний порошок, що містить 25—29 % активного хлора. Готують 1 % розчин хлораміну Б, розмішуючи порошок в невеликій кількості гарячої води (50—60 °C), потім доводять розчин водою до потрібного об'єму. На 10 л води необхідно взяти 0,1 кг хлораміну. Термін зберігання готового розчину не більше 5 днів. Засіб має антибактеріальну, протівірусну та протигрибкову дію.

Біонол (алкілдиметилбензиламоній хлорид 0,5-1,0 %, комплекс ПАВ, пом'якшуючі, кондиціонуючі та інші добавки, вода питна до 100,0) – засіб виявляє бактерицидні, віруліцидні, фунгіцидні та спороцидні властивості. Має високу ефективність проти резидентної та транзиторної мікрофлори та високі миючі, емульгуючі та дезодоруючі властивості. Засіб застосовується для гігієнічної антисептики рук та гігієнічного миття тіла перед оперативними втручаннями.

ХСГ дез 3 (сполуки амонію, ізопропанол, поверхнево-активні речовини) – використовується для обробки унітазів, раковин, плитки, 20–30 грам на 1 метр квадратний, експозиція -5 – 10 хвилин. Має протибактеріальну та протигрибкову дію.

Бланідас 300 (натрієва сіль дихлорізоціанурової кислоти –80,52%) – універсальний хлорвмісний таблетований засіб для знезараження використаних медичних виробів одноразового

використання, перев'язувального матеріалу, харчових відходів. Має широкий спектр протимікробної дії.

Бланідак Актив (третинні аміни, ЧАС) – універсальний безальдегідний нехлорний засіб для поточної, заключної, профілактичної дезінфекції і одночасного миття всіх типів поверхонь, для проведення генеральних прибирань, для знезараження медичних виробів (дезінфекція + достерилізаційне очищення + стерилізація). Рекомендований для знезараження обладнання з особливо чутливих матеріалів.

Бланідак Оксидез(перекис водню, ЧАС) – універсальний комбінований засіб для поточної, заключної, профілактичної дезінфекції усіх типів поверхонь, для проведення генеральних прибирань, для знезараження виробів медичного призначення (дезінфекція, достерилізаційне очищення і стерилізація, дезінфекція високого рівня).

Перераховані дезінфікуючі засоби далеко не повністю вичерпують список ефективних препаратів. Поточну дезінфекцію проводять для зниження інфікованості меблів, предметів використання, що знаходяться біля джерела інфекції. Заключну дезінфекцію проводять для повної ліквідації збудників захворювання в боксі, палаті, відділенні. Дезінфекції піддаються приміщення, предмети побуту, одяг.

Особиста гігієна медичного персоналу. Одним з суттєвих чинників в дотриманні протиепідемічного режиму в дитячій лікарні є особиста гігієна медичного персоналу. До роботи в дитячій лікувально-профілактичній установі допускаються тільки здорові особи, які пройшли медичне обстеження.

Медичний працівник повинен мати акуратний і охайний зовнішній вигляд. Медична сестра перед чергуванням приймає душ, надягає чисту білизну. Руки треба мити з милом, а нігті коротко стригти. Одяг повинен бути встановленої форми – білий халат, одягнений на плаття з короткими рукавами, і шапочка (хустинка), що закриває волосся, повинні бути чистими і випрасованими. На час чергування сестра взуває спеціальне взуття, що дозволяє безшумно пересуватися. Тапочки повинні легко піддаватися

дезінфекції. Халат, хустинка і тапочки після закінчення чергування (зміни) залишають в спеціально відведеній для медичного працівника шафі.

В окремих випадках обов'язковим для медичних працівників є носіння маски, яка повинна закривати рот і ніс. Обов'язково носіння маски для персоналу відділення новонароджених, дітей грудного віку, в інфекційних палатах і боксах, процедурному кабінеті, а також в період епідемій. Тривале використання маски знижує ефективність її дії як фільтру для мікроорганізмів. Тому кожні 2 год маску необхідно міняти. В зв'язку з пандемією Corvid-19 працівники лікарні, які не мають безпосереднього контакту з хворими забезпечені масками, працівники, що безпосередньо контактують з хворими забезпечені різними видами респіраторів.

У зв'язку з пандемією COVID-19 медичні працівники повинні використовувати засоби індивідуального захисту (Закон України «Про охорону праці», «Положення про порядок забезпечення працівників спеціальним одягом, спеціальним взуттям та іншими засобами індивідуального захисту»). Відповідно до ГОСТу 12.4.011-89 засоби індивідуального захисту залежно від призначення або частини тіла, яку потрібно захистити, поділяють на такі класи: ізолювальні костюми, засоби захисту органів дихання, спеціальний одяг, спеціальне взуття, засоби захисту голови,



рук, обличчя, органів слуху, очей, захисні дерматологічні засоби, запобіжні засоби та пристосування, комплексні засоби захисту.

Ізолювальні костюми захищають шкіру від мікробів і вірусів. Можуть бути одноразовими і багаторазовими, виготовляються з вологостійкого, паронепроникного поліестеру. Після використання його за всіма правилами потрібно замочити в дезрозчині і утилізувати.

Засоби індивідуального захисту органів дихання – це пристрої, що забезпечують захист органів дихання людини від небезпечних і шкідливих виробничих чинників, котрі діють інгаляційно. За принципом дії вони поділяють на фільтрувальні та ізолювальні.

Медична маска – одноразовий медичний виріб, який забезпечує бар'єр для мінімізації поширення інфекцій, котрі передаються повітряно-крапельним шляхом. Закріплюється на обличчі за рахунок еластичних вушних петель або зав'язок. У період епідемій або в лікувальних закладах рекомендується використовувати маску не більше двох годин.



Дослідження, проведене в Ісландії показало, що використання масок особливо важливе саме в випадку коронавірусної хвороби 2019, перебіг якої може до двох тижнів тривати безсимптомно, якщо ж такі несвідомі носії хвороби використовують маски, ризик зараження для оточуючих суттєво знижується.

Захисні респіратори з нетканого матеріалу розділені на три класи за ефективністю фільтрації: P1 – фільтр близько 80% частин розміром менше 2 мкм, P2 – фільтр близько 94% частин розміром менше 0,5 мкм, P3 – фільтр близько 99,95% частин розміром менше 0,5 мкм. В лікарнях, працівники, що мають безпосередній контакт з хворими на Corvid-19 користуються респіраторами класу захисту не нижче P2.

За даними багатьох Європейських дослідників в більш ніж 50% досліджуваних випадків на підшвах взуття медиків був виявлений SARS-CoV-2. Тому були надані рекомендації, що взуття повинно бути за-

критим, легко піддаватися дезінфекції.

Засоби захисту голови та очей це є медичні щитки, медичні окуляри, також капюшони від захисних костюмів.



РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА**Основна:**

Марушко Ю.В., Гищак Т.В., Тодика Ю.І. Маніпуляції в педіатрії. Показання та техніка виконання. Навчальний посібник. – Київ, ВСВ «Медицина», 2019. – 144с

Марушко Ю.В., Московенко О.Д. Догляд за дітьми в умовах педіатричного стаціонару (Виробнича практика), Київ-Хмельницький, друкарня ФО-П Сторожук О.В.,. 2013.-98 с.

Марушко Ю.В., Пісоцька С.А., Гищак Т.В., Марушко Т.В. Клінічне обстеження та семіотика уражень органів та систем у дітей. Видання четверте, доповнене. Навчальний посібник. – Київ-Хмельницький, ФО-П Сторожук О.В., 2013. – 202с

Марушко Ю.В., Шеф Г.Г., Глумчер Ф.С., Ярославська С.М. Невідкладні стани в педіатричній практиці: навчальний посібник. – Київ: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2016. – 400 с.

Марушко Ю.В., Юліш Є.І., Марушко Т.В. та ін. Пропедевтика педіатрії. Модуль 2. Ч.1 (АФО, методика дослідження, семіотика уражень шкіри, підшкірної клітковини, лімфатичних вузлів, кістково-суглобової, м'язової, серцево-судинної систем, органів дихання, системи крові). Ред. Є.І.Юліш, Ю.В.Марушко. Навчальний посібник. Київ-Донецьк, 2013. – 340с.

Марушко Ю.В., Гищак Т.В., Тодика Ю.І. Маніпуляції в педіатрії. Показання та техніка виконання. Навчальний посібник (видання третє, доповнене). Київ-Хмельницький, друкарня ФО-П Сторожук О.В., 2013 – 130с.

Педіатрія: учебник для высш. мед.учеб. заведений IV уровня аккредитации: пер. с укр./ А.В. Тяжкая, С.А. Крамарев, В.И. Петренко и др.; под ред. А.В. Тяжкой. – Винница: Нова Книга, 2010. – 1151 с.

Пропедевтична педіатрія: підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації / В.Г. Майданник, В.Г. Бурлай, О.З. Гнатейко, К.Д. Дука, Ю.М. Начитайло, М.В. Хайтович; за ред. В.Г. Майданника. – Вінниця: Нова кн., 2012. – 879 с.

Юліш Є.І., Марушко Ю.В., Кривуцев Б.І. та ін. Пропедевтика

педіатрії. Модуль 1. (Методологія діагностики. Оцінка загального стану дитини. Новонароджені діти. Оцінка фізичного розвитку. АФО та семіотика нервової системи). Ред. Є.І.Юліш, Ю.В. Марушко. Навчальний посібник. Київ-Донецьк, 2013. – 227с.

Юліш Є.І., Марушко Ю.В., Кривуцев Б.І. та ін. Пропедевтика педіатрії. Модуль 2. Ч.2. (АФО, методика дослідження, семіотика уражень шлунково-кишкового тракту, сечовивідної, імунної та ендокринної систем. Обмін речовин у дітей. Вітаміни. Терморегуляція). Ред. Є.І.Юліш, Ю.В.Марушко. Навчальний посібник. Київ-Донецьк, 2013. – 301с.

Юліш Є.І., Марушко Ю.В., Кривуцев Б.І. та ін. Пропедевтика педіатрії. Модуль 3. (Вигодовування дітей грудного віку. Харчування дітей старше року). Ред. Є.І.Юліш, Ю.В.Марушко. Навчальний посібник. Київ-Донецьк, 2013. – 116с.

Додаткова:

Альбицкий В.Ю., Волгина С.Я. Этико-правовые проблемы неотложных состояний у детей // Вопросы современной педиатрии. — 2004. — Т. 3, N 5. — С. 98—99.

Гребенев А.Л., Шептулин А.А., Хохлов А.М. Основы общего ухода за больными. - М: Медицина, 1999. – 288с.

3.3. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

А. Питання для самоконтролю

1. Яка організаційна структура дитячої лікарні.
2. Які функції приймального відділення.
3. Як оформляється медична медична документація при госпіталізації хворої дитини до дитячої лікарні.
4. Як проводиться санітарна обробка хворої дитини при вступі до педіатричного стаціонару.
5. Як проводиться санітарна обробка хворої дитини з вошивістю та коростою в приймальному відділенні.
6. Які методи транспортування хворої дитини з приймального відділення до педіатричного стаціонару ви знаєте?
7. Назвіть основні накази МОЗ України, які регламентують санітарно-гігієнічний режим лікувально-профілактичних закладів.

8. Які дезінфікуючі розчини використовуються для підтримання санітарно-протиепідемічного режиму в дитячих лікувальних закладах.

9. Які основні правила особистої гігієни медичного персоналу дитячого лікувального закладу.

В. Тести для самоконтролю

1. У відділення педіатричного стаціонару занесено педикульоз. Дії, крім:

- А. Обробка хворого із застосуванням педикулоцитів;
- В. Обстеження контактних;
- С. Дезінфекція особистих речей хворого;
- Д. Підстригання волосся хворого без дозволу батьків дитини; реєстрація в журналі.

2. Види стерилізації, крім:

- А. Паровий;
- В. Хімічний;
- С. Газовий;
- Д. Комбінований.

3. Поточна дезінфекція в епідемічному вогнищі передбачає:

- А. Обробку предметів користування в дез. камері;
- В. Знезараження предметів користування у відділенні;
- С. Хлорування питної води;
- Д. Планове знищення комах (мухи, комарі, воші) шляхом обробки приміщення.

4. Медсестра приймального відділення при оформленні дитини в стаціонар:

- А. Проводить антропометричні вимірювання і оглядає хворого на педикульоз;
- В. Збирає анамнез;
- С. Проводить обстеження і встановлює діагноз;
- Д. Проводить сан. обробку хворого (стан хворого середньої тяжкості).

Коди правильних відповідей на тести для самоконтролю:

1 – Д; 2 – Д; 3 – А; 4 – А.

В. Задачі для самоконтролю

До приймального відділення дитячої районної лікарні поступає дитина 8 років. Після ретельного огляду дитини педіатр встановив діагноз: скарлатина. Яка буде його тактика по відношенню до цієї дитини в подальшому.

Еталон відповідей:

1. Оформити екстрене повідомлення
2. Записати і обґрунтувати відмову від госпіталізації в журнал відмов.
3. Направити дитину цією ж каретою швидкої допомоги до інфекційного стаціонару.

ОСОБЛИВОСТІ ГІГІЄНИ ДІТЕЙ ТА ДОГЛЯД ЗА НИМИ В СТАЦІОНАРІ ДИТЯЧОЇ ЛІКАРНІ. ДЕЗИНФЕКЦІЯ ТА СТЕРИЛІЗАЦІЯ ПРЕДМЕТІВ ДОГЛЯДУ ЗА ДІТЬМИ. ГІГІЄНІЧНІ ТА ЛІКУВАЛЬНІ ВАННИ. ДОГЛЯД ЗА ДІТЬМИ З ЛИХОМАНКОЮ. ЗАСТОСУВАННЯ КЛІЗМ У ДІТЕЙ.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

В системі дитячих лікувально-профілактичних установ дитяча лікарня грає особливу роль. Саме сюди госпіталізують тяжкохворих, тут сконцентровано сучасне діагностичне обладнання, працюють висококваліфіковані лікарі і медичні сестри. Дотримання принципів особистої гігієни та правильний догляд за ними є важливою складовою успішного лікування в умовах стаціонару. Одним з найважливіших гігієнічних заходів є гігієнічна ванна. Лікувальна ванна дає можливість оптимізувати лікування хворої

дитини та зменшити прийом медикаментів. Проведення клізм у дітей покращує перебіг основних захворювань.

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

Знати:

Особливості гігієни дітей в стаціонарі дитячої лікарні.

Догляд за дітьми в стаціонарі дитячої лікарні.

Методи стерилізації та дезінфекції предметів догляду за дітьми.

Знати про значення гігієнічних та лікувальних ванн.

Знати принципи догляду за дітьми з лихоманкою.

Знати класифікацію клізм, їх значення при різних станах у дітей.

Вміти:

Визначити гігієнічний режим дитини, яка знаходиться на лікуванні в дитячій лікарні.

Провести дезінфекцію та стерилізацію предметів догляду за дітьми в умовах педіатричного стаціонару.

Вміти здійснити гігієнічну та лікувальну ванну дітям різного віку.

Вміти демонструвати вміння догляду за дітьми з лихоманкою.

Вміти вимірювати температуру тіла у дітей різного віку.

Вміти замінити натільну чи постільну білизну у важко хворих дітей.

Вміти застосувати різні види клізм у дітей.

3. МАТЕРІАЛИ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

3.1. ЗМІСТ ТЕМИ

Одним із найважливіших питань у лікувальному процесі є догляд за хворою дитиною. Догляд включає в себе виконання лікарських призначень, гігієнічний режим, дотримання дієтичного харчування, допомогу при відправленні фізіологічних потреб, підготовку хворого до виконання лікувальних і діагностичних процедур, створення сприятливих психологічних умов перебування в стаціонарі тощо. В стаціонарі більша частина захворювань супроводжується обмеженням фізичної активності,

тому дитина потребує сторонньої допомоги. Догляд за хворою дитиною здійснює середній та молодший медичний персонал під контролем лікаря. Правильний догляд забезпечує швидке одужання хворої дитини.

Догляд за дитиною грудного віку. В періоді новонародженості у немовляти всі функції організму перебувають у стані нестійкої рівноваги, тому навіть незначні коливання умов навколишнього середовища можуть призвести до порушення найважливіших процесів життєдіяльності. З перших тижнів життя дитини потрібно дотримуватися суворого режиму, тобто чергування сну, активності, годування. Палата, де перебуває на лікуванні дитина, повинна бути світлою, добре провітрюватися, з іграшками, спеціальними дитячими меблями, манежем. Ласкаве звертання матері, батька, обслуговуючого персоналу сприяє розвитку позитивних емоцій, гарному настрою. Основним у догляді за немовлям є суворе дотримання чистоти. Палата, в якій перебуває немовля, повинна бути чистою, добре провітрюватися. Ліжечко повинно стояти ближче до вікна. Під голову дитини кладуть маленьку подушку. Постільні речі щодня провітрюють, а клейонку миють з милом. Дитячу білизну після прання обов'язково прасують гарячою праскою з обох боків. Підмивають дитину спереду назад (від статевих органів до заднього проходу), щоб не занести інфекцію в сечові шляхи та статеві органи після кожного акту дефекації та зміни підгузників. Після туалету шкірні складки змазують стерильною рослинною олією чи дитячим кремом. Нігті на руках і ногах обережно обрізають маленькими ножицями 1 раз на 7-10 днів. Діти 1-го місяця життя дуже сприйнятливі до інфекції, тому потрібно оберегати їх від контакту зі сторонніми людьми. Батькам, медичному персоналу, хто доглядає за дитиною, варто дотримуватися суворої гігієни.

Інструкції по техніці виконання гігієнічних заходів у дітей першого року життя.

Туалет очей, носа, зовнішнього слухового ходу. Для цього використовують стерильні ватні кульки, стерильну соняшникову олію, відвар трав, прокип'ячену вода, пелюшки, мило. Для про-

ведення туалету очей необхідно старанно вимити руки з милом; змочити ватну кульку в одному з розчинів (прокип'ячена вода, відвар ромашки); протерти око від зовнішнього кута до перенісся; осушити око сухою стерильною кулькою. Для кожного ока використовувати окремі ватні кульки. Для туалету також необхідно старанно вимити руки з милом; приготувати з вати джгутики для кожного носового ходу; змочити їх у стерильному маслі; зафіксувати лівою рукою голівку і носик дитини, а правою рукою обертальними рухами ввести джгутик у носовий хід на 1-1,5 см і відразу обережно вивести його; повторити маніпуляцію для другого носового ходу, використовуючи інший джгутик. Туалет зовнішнього слухового ходу здійснюють виготовленим зі стерильної вати джгутиком для кожного вуха, повернути голову дитини набік (при туалеті правого вуха – на лівий, лівого вуха – на правий); зафіксувати лівою рукою голівку дитини, а правою – обертальними рухами ввести джгутик у зовнішній слуховий прохід; кожне вухо обробляти окремим джгутиком. Для догляду за пупковою ранкою у немовляти необхідно мати 5 % розчин перманганату калію, 3 % розчин перекису водню, піпетки, пінцет, стерильні ватні кульки, спирт, лотки, мило, рушник. Необхідно старанно вимити руки з милом (двічі), осушити, зігріти; обробити кисті ватними кульками, змоченими в спирті, одягнути стерильні гумові рукавички; у праву руку взяти піпетку і набрати в неї свіжоприготовлений 3 % розчин перекису водню; двома пальцями лівої руки розвести краї пупкової ранки, закапати 1-2 краплі набраного в піпетку розчину. Пальці не відпускати. Взяти пінцетом стерильну ватну кульку й осушити ранку від центру до периферії. Використаний матеріал викинути. У праву руку взяти піпетку і набрати декілька крапель 96 % етилового спирту; закапати 1-2 краплі або обробити ранку 5 % розчином перманганату калію чи 1 % розчином діамантового зеленого.

Обробка предметів догляду за дитиною після їх використання із застосуванням сучасних дезінфікуючих засобів. Правила стерилізації сосок і пляшок. Брудні соски ретельно миють спочатку в проточній воді, а потім теплою водою з содою

(0,5 чайної ложки питної соди на стакан води) або спеціальним миючим засобом.. Потім соски кип'ятять протягом 10–15 хв або в дитячих стерилізаторах чи спеціальних ємкостях для мікрохвильових печей.. Проводить стерилізацію палатна медична сестра в спеціально відведений для цього кімнаті. Чисті соски зберігають сухими в закритому (скляному або емальованому) посуді з маркіровкою «Чисті соски». Чисті соски дістають стерильним пінцетом, а потім чисто вимитими руками надягають на пляшку. Використані соски збирають в посуд з маркіровкою «Брудні соски». Якщо не має спеціальних стерилізаторів чисті пляшки шийкою вниз поміщають в металеві сітки, а коли стечуть залишки води, пляшки в сітках ставлять в сухожарову шафу на 50–60 хв (температура в шафі 120–150 °С).

Пляшки можна стерилізувати кип'яченням. Для цього їх поміщають в спеціальний посуд (бак, каструлю), заливають теплою водою і кип'ятять 10 хв. Зберігають стерильні пляшки з горловиною, закритими стерильними ватяно-марлевими тампонами, в окремо виділених для цього шафах.

Ванни – водні процедури, які проводять з гігієнічною, лікувальною і профілактичною метою. Ванни можуть бути загальними (коли у воду занурюється все тіло), і місцеві – при зануренні частини тіла. Якщо вода покриває нижню частину тіла до поясу – це напівванна. При прийомі сидячої ванни вода покриває область тазу, нижню частину живота і верхню частину стегон без занурення у ванну ніг.

У механізмах дії ванни має значення вплив на шкіру температурного, механічного і хімічного подразника. Також гігієнічні ванни, окрім загально гігієнічних ванн здійснюють позитивний вплив на емоційний тонус дитини, дихання, частоту серцевих скорочень, сприяють загартуванню дитини.

Перед початком будь-якої ванни медична сестра повинна перевірити готовність ванної кімнати і самої ванни до виконання процедури. Температура у ванному приміщенні має бути не нижче 25°C, кватирки закриті, протяги відсутні. До отримання гігієнічної ванни санітарка миє ванну мочалкою з милом і гарячою

водою, потім обполіскує дезінфікуючим розчином (зазвичай 0,5% освітленим розчином хлорного вапна, або Доместосом, або 1% р-ном хлораміну чи іншим дезінфікуючим засобом), а потім перед посадкою хворого у ванну знову добре обполіскує її гарячою водою. Хворого садять у ванну так, щоб спиною він притулявся до однієї спинки ванни, а ногами упирався в іншу. Якщо хворий не дістає ногами стінки ванни, то для попередження зісковзування під ноги розміщують дерев'яний місток або спеціальне пристосування. Губки чи спеціальні мочалки для обробки ванни після використання миють в мильному розчині, а потім зберігають у ємкостях з дезінфікуючим розчином з написом «чисті». Для проведення гігієнічної процедури ванну заповнюють спочатку холодною водою, а потім гарячою, щоб не було пари, яку хворі особливо на дихальну та серцево-судинну систему можуть погано переносити. Ванну заповнюють на дві третини її об'єму. Температура гігієнічної ванни повинна становити 37-39°C. Температуру води вимірюють спеціальним термометром, який знаходиться в шафі ванної кімнати.

В домашніх умовах першу гігієнічну ванну новонародженій дитині здійснюють після відпадання пуповини і загоєння пупкової ранки. Упродовж першого місяця життя (а краще упродовж перших 3 місяців) купати дитину необхідно в кип'ячій воді, температура якої повинна бути в межах 37-37,5 °С. Гігієнічні ванни дітям перших 10-12 місяців бажано робити щодня, потім через день, з 1,5 до 3 років – двічі на тиждень, старше 3 років – не рідше 1 разу на тиждень. З другого півріччя життя температура води у ванні повинна бути 36-36,5°C. Купають дітей у певний час, не раніше, ніж за 40 хвилин до годування чи через годину після нього. Тривалість купання для дітей першого року життя складає 5-7 хвилин, на другому році 8-10 хвилин, після 2 років 10-15хвилин.

Техніка купання дитини першого року життя: Малятко перед купанням необхідно підмити, зафіксувати дитину лівою рукою, охопивши кистю руки її ліву пахвову область. При цьому 4 пальці правої руки розташовують у пахвовій западині, великим пальцем охоплюють плече зверху і зовні, потилиця і голова дитини спира-

ються на передпліччя матері. Великим і середнім пальцями лівої руки охоплюють ніжки дитини на рівні гомілковостопних суглобів, вказівний палець розташовується між ними. Подібне положення дитини забезпечує найбільше розслаблення м'язів. Діти після 6-ти місяців життя повинні вільно сидіти у ванні, без напруження. Воду наливають тільки до рівня сосків дитини, при цьому залишають відкритою верхню частину грудей. Пів час купання дитині спочатку миють голову дитячим милом чи спеціальним дитячим шампунем (від чола до потилиці), потім шию, пахвові області, верхні кінцівки, груди, живіт, нижні кінцівки. Ретельно промивають природні складки. Останніми обмивають статеві органи і міжсідничну область. Можна мити голову і наприкінці купання. Витягують дитину з води в положенні обличчям донизу, споліскують тіло і миють обличчя водою з душою чи глечика. Температура води для споласкування може бути нижче на 0,5 градуса, на дитину одягають рушник з каптуром і кладуть на сповивальний стіл.

В умовах дитячого стаціонару гігієнічна ванна протипоказана дітям із захворюваннями середньої важкості, важкохворим, хворим, які перебувають у непритомному стані, хворим з гарячкою (температура тіла понад 38 °C), а також тим, що мають важкі ушкодження або захворювання шкіри.

Хворі із задовільним загальним станом приймають ванну самостійно під наглядом медичної сестри або санітарки. Середній термін прийняття ванни становить 15-30 хв. При цьому спочатку хворі миють голову, потім тулуб та кінцівки. Після миття медична сестра допомагає хворому вийти з ванни, обтертися рушником та надягти лікарняну білизну.

Температура ванни для хворих із захворюваннями середньої важкості повинна становити 36–37 °C, середній час перебування у ванні – 10-15 хв. Часто такі хворі потребують сторонньої допомоги. Медична сестра та санітарка опускають хворого у ванну на простирадлі, підтримуючи його під час купання за голову та плечі, або садять на поставлений у ванну табурет та обмивають за допомогою душі. Санітарка допомагає хворому вимити голо-

ву; намиленою губкою миє пахвові ямки, промежину, проміжки між пальцями ніг.

Прийняття душі показане хворим із задовільним станом або станом середньої важкості, оскільки такі хворі переносять його краще, ніж ванну, і ця процедура є більш гігієнічною. При цьому температура води повинна становити 36—37 °С, тиск води не повинен бути сильним. Спочатку миють голову, потім тулуб та кінцівки.

Місцеві водні гігієнічні процедури проводять важкохворим (онкологічним хворим, при важких захворюваннях нервової системи), хворим з високою гарячкою, у непритомному стані, при важких ураженнях шкіри (екземі, псоріазі, трофічних виразках, тощо). Таким хворим проводять обтирання теплою водою. Для цього під хвору дитину кладуть клейонку, оголяють спочатку верхню частину тіла і губкою, змоченою теплою водою протирають обличчя, шию, груди, руки. Ці частини тіла досуха витирають рушником та накривають простирадлом, щоб не переохолодити хворого. Потім таким же чином обтирають живіт, спину, стегна, ноги. Слід запам'ятати, що важкохворим, хворим, які потребують термінових реанімаційних заходів водна санітарна обробка протипоказана.

Лікувальні ванни призначає лікар. Оздоровчий ефект лікувальних ванн полягає в лікувальних властивостях води і речовин, що до неї додаються. Шкіра, реагуючи на теплову або механічну дію води, передає нервові імпульси вглиб тіла. Ці нервові імпульси стимулюють імунну систему, впливають на вироблення гормонів, підсилюють кровообіг і процеси травлення, зменшують болісні відчуття. Лікувальні речовини, які знаходяться в травах, лікувальних сумішах та солі проникаючи через шкіру в наш організм, сприяють його оздоровленню, поліпшують загальний стан. Перші відомості про застосування ванн зустрічаються в індійському епосі Ригведи (1500 років до н.е.). Історичні джерела свідчать, що з лікувальною метою ванни застосовували асирійці і вавілоняни. Ефективним лікувальним засобом зарекомендував себе цей метод у Древньому Єгипті. Із Древнього Єгипту

водний метод оздоровлення був перенесений в Античну Грецію, а із Греції в Древній Рим, де aqua-терапія досягла свого розквіту. У середні віки навчання про ванни було забуто. Відродження методу відбулося в другій половині XVII століття і метод почав активно розвиватися аж до наших днів. Сьогодні гідротерапія у вигляді ванн широко застосовується в сучасній медицині

В залежності від того, яка температура води необхідна, розрізняють наступні види лікувальних ванн: гарячі ванни – температура води 40°C, але не більше 42°C; теплі ванни – температура води 38°C (на 1° С вище температури тіла); індиферентні ванни – температура води 37° С (рівна температурі тіла); прохолодні ванни – температура води 30-33°C; холодні ванни – температура води нижче 20°C. Тривалість ванн зазвичай вагається від 15 до 20 мин. По складу ванни можуть бути ароматичними, з лікарськими речовинами, мінералами, травами.

Наприклад, дітям при захворюванні органів дихання (хронічний бронхіт, хронічна пневмонія) призначають гарячі ванни. Їх тривалість 5-7 хв, на кожний наступний раз прийому ванни температуру води підвищують, при необхідності накладають на голову холодний компрес.

При захворюваннях шкіри, наприклад, екземі з мокнуттям елементів висипки, використовують крохмальні ванни. Для їх приготування необхідно 100 г крохмалю розвести в 10 л води, температура якої 37° С. Така ванна має підсушуючу дію та зменшує відчуття свербіння. В разі необхідності дезинфікуючої та підсушуючої дії використовують ванни з перманганатом калію, при температурі води 37° С (додають 5% розчин перманганату калію до блідорожевого забарвлення води. При рахіті дітям готують ванну з використанням морської солі (50 – 200 г морської солі на відро води). Така ванна має виражену тонізуючу дію. Призначають сольові ванни 2-3 рази на тиждень, на курс 15-20 ванн, температура першої ванни 36-36,5° С. Тривалість 3- 10 хвилин. Після кожних 2-3 ванн тривалість процедур збільшують на 1 хв. Після морської ванни дітей обмивають теплою водою, температура якої на 1°С нижче за початкову;

При функціональних розладах нервової системи застосовують хвойні ванни. Для цього беруть 2-3 мл готового хвойного екстракту на відро води при температурі води 36 - 37°С. Тривалість такої ванни 7-10 хв.

Під час проведення ванни медична сестра стежить за пульсом, диханням, кольором шкірних покривів. Якщо у дитини з'явилася блідість, запаморочення, то її терміново витягують з ванни, кладуть на кушетку, піднявши верхні кінцівки, дають понохати ватку, змочену нашатирним спиртом, розтирають скроні.

Місцеві лікувальні ванни. Ручна ванна використовується як відволікаюча процедура при гострих стенозах у дітей, при захворюванні ЛОР-органів. Для процедури підходить дитяча ванна, таз та ін. Одну або дві руки дитини занурюють у воду по лікті. Температуру води поступово збільшують з 37 до 40° С; тривалість ванни 10-15 хв. Ванну для ніг використовують також як відволікаючу процедуру. Для її проведення в ємкість наливають воду не нижче 36-37° С. Опускають ноги дитини і послідовно доливають гарячу воду, доводячи температуру води до 40° С. Тривалість процедури 10-15 хв, після чого ноги досуха витирають, одягають бавовняні панчохи, а поверх них шерстяні шкарпетки. Хворого вкладають в ліжко, придавши напівсидяче положення, тепло вкривають. Для гірчичних ножних ванн застосовують профільтрований розчин гірчиці з розрахунку 100 г на 10 л води. Ножні ванни показані при застудах, гіпо – та гіпертонічних станах, локальному ураженні суглобів, але протипоказані при алергічних станах.

Догляд за дітьми з лихоманкою, зміна натільної та постільної білизни. У дітей підвищення температури тіла (гіпертермія) спостерігається часто, що пов'язано з особливостями терморегуляції. Висока температура тіла (38° С та вище) супроводжується погіршенням стану дитини, появою сонливості, відмови від їжі, іноді блювотою і т.ін.

Під нормальною температурою тіла розуміють виміряну в пахвовій області температуру тіла у дитини старше року, або в стегновій складці у дитини до року, яка дорівнює 36-36,9° С. Температура в порожнині рота або у прямій кишці (ректальна

температура) – на 1°С вище. Температура тіла, вимірювана в пахвовій області, яка дорівнює 37-37,9° С, називається субфебрильною, 38-38,9° С – фебрильною, 39 – 40,5° С піретичною, вище 40,5° С – гіперпіретичною.

За клінічним перебігом лихоманка має три періоди. Перший характеризується поступовим підвищенням температури тіла, синюшністю губ та кінцівок, головним болем та поганим загальним самопочуттям. На цій стадії медична сестра повинна покласти гарячу грілку до ніг хворої дитини, напоїти міцним солодким чаєм, добре укутати та слідкувати за фізіологічними виправленнями. Другий період – це період максимального підвищення температури, який характеризується зростанням інтоксикації, посиленням головного болю, слабкості. Іноді можуть спостерігатися галюцинації, марево, судоми. Такого хворого не дозволяється залишати без нагляду, тому що він може впасти з ліжка, травмуватися. Необхідно забезпечити індивідуальний нагляд медичної сестри за хворим. Третій період – період зниження температури тіла. Він може протікати по різному: критично, тобто швидко від високого до низького рівня, або літично, тобто поступово. При критичному зниженні температури у дитини спостерігається слабкість, з'являється рясний піт, кінцівки стають менш гарячими, чи, навпаки, при білій гіпертермії тепліють. Хвору дитину треба обкласти грілками, напоїти солодким чаєм, одягти в суху чисту білизну. Поступове зниження температури супроводжується помірною слабкістю та зволоженням шкіри.

В період лихоманки необхідно частіше поїти дитину для поповнення втрати рідини. Напувають хворого перевареною водою, 5 % розчином глюкози або солодким чаєм, фруктовими соками, розведеними кип'ячею водою у пропорції 1:1, або 1:2. Підвищення температури вище 37° С потребує додаткового введення рідини.

Харчування дітей з високою температурою повинно бути відповідним віку, але більш рідкої консистенції. При сухості губ, появі тріщин слизової оболонки, губи змочують водою та змазують любим жиром, дитячим кремом. При вимушеному положенні в ліжку, дитину треба частіше перевертати потягом доби,

розправляти складки, при необхідності провести належний гігієнічний туалет.

Для надання долікарської допомоги при гіпертермічному синдромі використовують суміш з оцту чи спирту та води в пропорціях 1:1; міхур зі шматочками льоду або пляшечки, заповнені холодною водою; клізму; газовідвідну трубку. Для фізичного охолодження тіла дитину роздягають і розтирають тіло (кінцівки, живіт, передню поверхню грудної клітини), сумішшю оцту, спирту та води в пропорції 1:1:1. До голови, на ділянку магістральних судин (в пах, пахви) короткочасно прикладають міхур зі шматочками льоду, або пляшечки, заповнені холодною водою. За призначенням лікаря медсестра може зробити охолоджуючу клізму (температура води 15-20° С).

Зміну постільної білизни проводять у відділенні лікарні раз на 7-10 днів після гігієнічної ванни, але при необхідності білизну змінюють частіше. Діти старшого віку, що знаходяться в задовільному стані, переодягаються самостійно, а хворим молодшого віку допомагають медичні сестри або молодші медичні сестри.

При зміні натільної білизни тяжкохворому, що знаходиться на суворому постільному режимі, медична сестра піднімає край сорочки, знімає її через голову, а потім звільняє руки. Чисту білизну одягають в зворотному порядку. Якщо у хворого пошкоджена рука, то спочатку знімають рукав зі здорової руки, а потім із хворої. Надягають сорочку спочатку на хвору, потім на здорову руку.

Як правило одночасно із зміною натільної білизни змінюють постільну білизну. Якщо хворий може сидіти, то медична сестра пересаджує його з ліжка на стілець і перестилає ліжко. Зміну білизни у лежачих хворих проводять двома способами: 1) брудне простирадло згортають валиком з боку голови і ніг, а потім забирають; чисте простирадло, що скачане з двох сторін як бинт, підводять під крижі хворого і розпрямляють по довжині ліжка; 2) хвору дитину пересувають на край ліжка, потім згортають брудне простирадло по довжині, на вільному місті розпрямляють чисте, на яке перекладають хворого, а на іншій стороні знімають брудне

і розпрямляють чисте. Брудну білизну (окремо натільну і постільну) збирають у пластмасові баки із кришками або клейончасті мішки і виносять з палати в спеціальну кімнату. Сестра-господарка, надівши змінний халат і клейонковий фартух, сортує білизну і передає в пральню лікарні. Після зміни білизни підлогу і навколишні предмети протирають дрантям, змоченим в 1% розчині дезінфікуючого засобу. Несвоєчасна та неправильна зміна білизни, головним чином постільної, сприяє виникненню пролежнів.

У кожному відділенні повинен знаходитися запас білизни на добу. Забороняється сушити білизну на радіаторах центрального опалення і використовувати її повторно.

Дитині, що знаходиться на суворому постільному режимі, підкладають судно (емальоване або гумове) або подають сечоприймач (емальований або скляний). Хворий, якому дозволено вставати, повинен користуватися горщиком, який ставлять під ліжко. Горщик повинен бути пронумерований, його номер відповідає номеру ліжка. Маркування необхідне для того, щоб дитина користувалася лише своїм горщиком. Судно, сечоприймач або горщик щодня миють гарячою водою з господарським милом або іншим миючим засобом і потім обробляють 1% розчином хлораміну або іншого деззасобу.. Для усунення запаху сечі посуд для відправлень обробляють слабким розчином перманганату калія.

Основні види клізм, що застосовують в педіатричній практиці, методика та правила їх застосування у дітей різного віку. Виділяють очисні клізми, які застосовують з метою очищення кишковика та лікувальні клізми для введення поживних чи лікарських речовин у кишковик. Клізма підсилює перистальтику товстого (рефлекторно) і тонкого кишковика, має проносну дію, у деяких випадках усуває непрохідність кишковика.

Показання та протипоказання до проведення клізм: Очисна клізма призначається при закрепах, з метою очищення кишковика від калу і газів, при отруєннях, під час підготовки до операції, інструментальних методів дослідження та перед застосуванням глістогінної терапії. Не можна ставити очисні клізми дітям, у яких виявлено запальні, виразкові і гнійні процеси в ділянці

вихідника і в товстому кишковикі. Вони протипоказані також при шлунково-кишкових кровотечах, апендициті, перитоніті, після операцій на органах черевної порожнини, при колапсі та деяких інших станах.

Залежно від віку дитини для очисних клізм використовують гумові, грушоподібні балони різної місткості від 25 до 250 мл і більші. У педіатричній практиці не знайшли застосування балони з твердим наконечником. Дітям 5-6 років і більш старшим для очисних клізм вже потрібні значні кількості води і її вводять за допомогою кхля Есмарха.

Усі предмети, якими користуються для очисної клізми, мийуть та замочують у дезінфікуючих засобах. У кишковик дітей раннього віку вводять кип'ячу воду температурою 28-30°C, для старших дітей використовують воду - 25-30°C. На одну очисну клізму, залежно від віку, потрібні різні кількості води: новонародженим – 30 мл; 1-3 міс. – 60 мл; 3-6 міс. – 90 мл; 6-9 міс. – 120-150 мл; 9-12 міс. – 180 мл; 1-2 роки – 200 мл; 2-5 років 300 мл; 6-9 років – 400 мл; 10-14 років 500 мл.

При проведенні очисної клізми наповнюють грушу водою, наконечник добре змащують вазеліном або дитячим кремом, потім повернувши грушу наконечником вгору, обережним натисканням на його дно випускають повітря до появи води з наконечника. Дитину кладуть на лівий бік із зігнутими в колінах і притисненими до тулуба ногами. Наконечник гумового балону вводять у вихідник на 3 – 5 см, залежно від віку, після чого плавно витискають рідину у порожнину прямої кишки. Протягом 8 – 10 хвилин утримують сідниці стуленими, щоб рідина не вилілась назовні. За цей час підготовлюють пелюшку, котра добре вбирає рідину, закладають її між ноги, потім відпускають сідниці, щоб дитина випорожнилась. Малят віком понад 9 – 10 місяців можна посадити на горщик, щоб пряма кишка повністю звільнилась від води і калових мас. Гіпертонічна клізма більше збуджує перистальтику кишечника, ніж звичайна, тому її призначають для боротьби з парезом кишечника. У пряму кишку, залежно від віку, вводять 25 - 100 мл 10% розчину кухонної солі.

Для проведення сифонної клізми беруть ліжку об'ємом до 500 мл, гумову трубку 1 – 1.5м за наконечником, глечик на 3-5 літрів з теплою перевареною водою (35- 36°С), клейонку таз чи відро для промивання вод. При проведенні сифонної клізми хворого кладуть на лівий бік із зігнутими ногами, під сідниці стелять клейонку так, щоб другий кінець її доходив до відра або зливного тазка, куди будуть виливатись промивні води. Змащений вазеліном гнучкий наконечник обережними обертальними рухами вводять на 20 – 40 см у товсту кишку. Заповнену водою ліжку підіймають на висоту 60 – 80 см над хворим, потім опускають її вниз і виливають промивні води у відро або таз. Маніпуляцію повторюють 8-10 разів поки з кишечника не буде виливатись чиста вода. На клізму потрібно 3 – 5 л води, іноді й більше. Після проведення процедури гумовий наконечник залишають у товстій кишці на 15 -30 хв. замість газовідвідної трубки. Крім газів з кишечника через наконечник виливаються також рештки води. Слід стежити за станом дитини під час проведення клізми. При сильному болю в животі, погіршені стану дитини, появи крові в промивних водах процедуру негайно припиняють.

Лікувальні клізми застосовуються при необхідності ввести в пряму кишку лікарську речовину. Проводять відразу ж після довольного очищення кишечника, або через 10-15 хв. після очисної клізми. Об'єм лікарських клізм залежить від віку дитини: до 5 років – 20-25 мл; 5-10 років – до 50 мл; старше 10 років – 50-75 мл.

Наконечник клізми вводять на глибину 10- 12 см. У вигляді лікарських клізм вводять: 0,5% розчин таніну; відвар ромашки (15 г квітів кип'ятять 2 хв в 250 мл води і охолоджують до 40 - 42°С), масло шипшини, обліпихи. Для зменшення перистальтики кишечника часто роблять крохмальні клізми (5 г крохмалю розбовтують в 100 мл теплої води і доливають 100 мл кип'ятку, потім охолоджують до 40 - 42°С).

При тривалих закрепках іноді застосовують олійні клізми, їх ставлять невеличким балончиком, наконечник якого вводять на глибину 10 -12 см (щоб дитина утримувала масло як можна довше) і втискають у пряму кишку від 30 до 100 мл якої-небудь олії

(прованська, лляна, конопляна, соняшникова), підігрітої до 37-38°C. Якщо олійна і очисна клізма не ефективні, ставлять сифонну клізму. Сифонну клізму застосовують як лікувальний захід при спастичних коліках для промивання кишковика дезінфікуючими і в'язучими розчинами, інколи вдаються до сифонної клізми, сподіваючись на усунення завороту кишок, а також з діагностичною метою при кишковій непрохідності. Перед сифонною треба поставити очисну клізму.

Газовідведення у дітей проводиться при накопиченні газів у товстому і тонкому кишечнику. Метеоризм викликає різкий біль у животі, посилює секреторну і моторну функції шлунково-кишкового тракту, обмежує екскурсію діафрагми і тим самим ускладнює дихання. Для відведення газів користуються газовідвідною трубкою різної довжини: для школярів 30 – 50 см, дошкільнят і дітей раннього віку – 15 – 30 см. Кінець трубки має бути закругленим. Його змащують вазеліном і обережно обертливими рухами вводять в пряму кишку якомога глибше, до сигмовидної кишки: грудним дітям на глибину 7 – 8 см; від 1 до 3 років 8 – 10 см; від 3 до 7 – на 10 – 15 см; школярам на 20 – 30 см і більше. Перед процедурою бажано поставити очисну клізму.

3.2. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна:

Марушко Ю.В., Гищак Т.В., Тодика Ю.І. Маніпуляції в педіатрії. Показання та техніка виконання. Навчальний посібник.- Київ, ВСВ «Медицина», 2019. – 144с

Марушко Ю.В., Московенко О.Д. Догляд за дітьми в умовах педіатричного стаціонару (Виробнича практика), Київ-Хмельницький, друкарня ФО-П Сторожук О.В.,. 2013.-98 с.

Марушко Ю.В., Пісоцька С.А., Гищак Т.В., Марушко Т.В. Клінічне обстеження та семіотика уражень органів та систем у дітей. Видання четверте, доповнене. Навчальний посібник. - Київ-Хмельницький, ФО-П Сторожук О.В., 2013. – 202с

Марушко Ю.В., Шеф Г.Г., Глумчер Ф.С., Ярославська С.М. Невідкладні стани в педіатричній практиці: навчальний посіб-

ник. – Київ: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2016. – 400 с.

Марушко Ю.В., Юліш Є.І., Марушко Т.В. та ін. Пропедевтика педіатрії. Модуль 2. Ч.1 (АФО, методика дослідження, семіотика уражень шкіри, підшкірної клітковини, лімфатичних вузлів, кістково-суглобової, м'язової, серцево-судинної систем, органів дихання, системи крові). Ред. Є.І.Юліш, Ю.В.Марушко. Навчальний посібник. Київ-Донецьк, 2013. – 340с.

Марушко Ю.В., Гищак Т.В., Тодика Ю.І. Маніпуляції в педіатрії. Показання та техніка виконання. Навчальний посібник (видання третє, доповнене). Київ-Хмельницький, друкарня ФО-П Сторожук О.В., 2013 – 130с.

Педиатрія: учебник для высш. мед.учеб. заведений IV уровня аккредитации: пер. с укр./ А.В. Тяжкая, С.А. Крамарев, В.И. Петренко и др.; под ред. А.В. Тяжкой. -Винница: Нова Книга, 2010. - 1151 с.

Пропедевтична педіатрія: підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації / В.Г. Майданник, В.Г. Бурлай, О.З. Гнатейко, К.Д. Дука, Ю.М. Начитайло, М.В. Хайтович; за ред. В.Г. Майданника. -Вінниця: Нова кн., 2012. - 879 с.

Юліш Є.І., Марушко Ю.В., Кривуцев Б.І. та ін. Пропедевтика педіатрії. Модуль 1. (Методологія діагностики. Оцінка загального стану дитини. Новонароджені діти. Оцінка фізичного розвитку. АФО та семіотика нервової системи). Ред. Є.І.Юліш, Ю.В. Марушко. Навчальний посібник. Київ-Донецьк, 2013. – 227с.

Юліш Є.І., Марушко Ю.В., Кривуцев Б.І. та ін. Пропедевтика педіатрії. Модуль 2. Ч.2. (АФО, методика дослідження, семіотика уражень шлунково-кишкового тракту, сечовивідної, імунної та ендокринної систем. Обмін речовин у дітей. Вітаміни. Терморегуляція). Ред. Є.І.Юліш, Ю.В.Марушко. Навчальний посібник. Київ-Донецьк, 2013. – 301с.

Юліш Є.І., Марушко Ю.В., Кривуцев Б.І. та ін. Пропедевтика педіатрії. Модуль 3. (Вигодовування дітей грудного віку. Харчування дітей старше року). Ред. Є.І.Юліш, Ю.В.Марушко. Навчальний посібник. Київ-Донецьк, 2013. – 116 с.

Додаткова:

Альбицкий В.Ю., Волгина С.Я. Этико-правовые проблемы неотложных состояний у детей // Вопросы современной педиатрии. – 2004. – Т. 3, N 5. – С. 98–99.

Гребенев А.Л., Шептулин А.А., Хохлов А.М. Основы общего ухода за больными. – М: Медицина, 1999. – 288с.

3.3. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ**А. Питання для самоконтролю**

1. Як здійснюється догляд за дітьми грудного віку в умовах педіатричного стаціонару.
2. Які гігієнічні вимоги до перебування дітей старшого віку в дитячій лікарні.
3. Які Ви знаєте предмети догляду за дітьми раннього віку.
4. Яка техніка проведення стерилізації предметів догляду за дітьми в педіатричному стаціонарі.
5. Яка техніка проведення дезінфекції предметів догляду за дітьми в педіатричному стаціонарі.
6. Яке призначення та техніка виконання гігієнічних ванн у дітей різного віку.
7. Яке призначення та техніка виконання лікувальних ванн?
8. Як і в яких місцях здійснюється вимірювання температури тіла у дітей різного віку?
9. Які є засоби для вимірювання температури тіла у дітей?
10. Перерахуйте основні види клізм і їх призначення.
11. Яка техніка виконання основних видів клізм у дітей?
12. Яка техніка проведення зміни натільної та постільної білизни у дітей?

Б. Тести для самоконтролю

1. Вранішній туалет дитини грудного віку включає в себе, крім:
 - А. Туалет очей та носа.
 - В. Гігієнічна ванна.
 - С. Обробка складок дитячим кремом.
 - Д. Промивання очей.

2. Вимоги до предметів догляду за дітьми раннього віку:
 - А. Можливість частого миття.
 - В. Можливість стерилізації.
 - С. Вироблення з екологічно чистої сировини.
 - Д. Все перераховане.
3. Як часто необхідно приймати гігієнічну ванну дитині першого року життя.
 - А. 2 рази на добу.
 - В. 1 раз на добу.
 - С. 1 раз на тижень.
 - Д. По потребі.
4. Хто здійснює контроль за дезінфекцією предметів догляду за дитиною в умовах стаціонару?
 - А. Мати дитини.
 - В. Молодша медична сестра.
 - С. Постова медична сестра.
 - Д. Лікар.
5. Нормальна температура тіла, виміряна в пахвовій ямці становить:
 - А. 35-36° С
 - В. 36.5°С
 - С. 38-39°С
 - Д. 37 С
6. Температура води для гігієнічної ванни дитині 2-6 місяців становить
 - А. 37,5 – 37 С
 - В. 36,5 – 37 С
 - С. 36-36,5 С
 - Д. 38 С
 - Е. Температура не має значення
7. За температурою води ванни бувають
 - А. Гарячі
 - В. Теплі
 - С. Індиферентні
 - Д. Холодні

- Е) все перераховане
8. Лікувальні клізми проводять:
- А. Після очищення кишківника
 - В. До очищення кишківника
 - С. Не має значення коли
 - Д. Зранку натще

Коди правильних відповідей на тести для самоконтролю:

1 – В, 2 – Д, 3- В, 4 – С. 5 – Д, 6 – С, 7 – Е, 8 – А.

В. Задача для самоконтролю №1

Дитині 7 міс. З народження відмічаються прояви алергічного дерматиту у вигляді папульозної висипки на шкірі кінцівок та тулуба. На протязі останніх 3-х днів після дачі курячого м'яса турбують свербіння шкіри, поява плямисто-пухирчатих висипань на шкірі. В зв'язку з цим мати дитину не купала. При огляді стан дитини порушений, дратівлива, поприлості на сідницях, гнейс на волосистій частині голови, на тулубі залишкові елементи висипу (поодинокі плями, кірочки), розчухи. Мокнуття в пахових складка. Назвати причину захворювання. Ваші поради щодо догляду за дитиною.

Еталон відповідей:

Алергічний дерматит.

Захворювання визвано вживанням у їжу дитини курячого м'яса.

Необхідно проконсультуватися з лікарем щодо використання зовнішніх засобів лікування.

3-4 рази на день здійснювати туалет дитини.

Задача для самоконтролю №2

У дитини 3 років, яка знаходиться в стаціонарі з приводу гострого бронхіту спостерігається закреп 2 дні, тягнучі болі внизу живота. Що необхідно призначити дитині? Техніка виконання.

Еталон відповідей

1. Очисну клізму;
2. Дитину необхідно покласти на кушенку в процедурному кабінеті стаціонару, підігнути ніжки до живота, відповідно згинам прямої кишки ввести наконечник клізми і ввести поступово воду. Після цього дитина повинна трохи полежати, а потім звільнити кишковик.

Тема № 4.

ОБЛІК ТА ПРАВИЛА ЗБЕРІГАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ. ОСОБЛИВОСТІ ВВЕДЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ДІТЕЙ.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Ефективність лікувального процесу залежить від якості лікарських засобів. Так, правильне зберігання ліків гарантує їх якість та придатність для застосування, що впливає на результати лікування та прогноз захворювання. Вибір лікарських засобів базується на знаннях фармакокінетики та фармакодинаміки призначених ліків. Цьому ж сприяє і додержання правил введення препаратів та їх зберігання. Вільне володіти внутрішньовенними інфузіями забезпечує ефективність надання дитині невідкладної допомоги.

НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

Знати

- Правила зберігання лікарських препаратів.
- Способи введення лікарських препаратів.
- Техніку та правила ентерального введення препаратів.
- Техніку та правила парентерального введення препаратів.

- Техніку та правила закрапування очей, зовнішнього слухового проходу, електрофорезу з різними лікарськими засобами, інгаляцій.

Вміти:

- Провести розкладку ліків у педіатричному відділенні.
- Провести видачу ліків у педіатричному відділенні.
- Провести закрапування ліків у ніс, вуха, очі хворій дитині.
- Відпрацювати на учбовому муляжі внутрішньошкірну, підшкірну, внутрішньом'язеву та внутрішньовенну ін'єкцію.

3. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

3.1. ЗМІСТ ТЕМИ

Правила зберігання лікарських препаратів регламентуються нормативними документами – Наказом №11 від 21.10.2010 «Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України».

За облік та збереження лікарських засобів відповідає згідно функціональних обов'язків головна медична сестра дитячої лікарні. Вона видає ліки по заявкам старшим медичним сестрам відділень, які контролюють обіг і зберігання ліків згідно Наказу №11.

Згідно правил зберігання виділяють 2 групи лікарських засобів, які повинні зберігатися в спеціальних металевих сейфах або шафах із написами - список "А" і "Б". У сейфах по списку "А" зберігаються отруйні і наркотичні лікарські засоби. Лікувальний заклад повинен мати ліцензію на можливість працювати з препаратами з списку «А». При наявності ліцензії, дотриманні всіх вимог до приміщення, де зберігаються препарати списку «А» відповідальні особи повинні пройти навчання на спеціальних курсах і мати допуск до роботи з цими лікарськими засобами. Препарати групи "Б" – сильнодіючі засоби. У відділеннях лікарні, де використовуються наркотичні засоби, психотропні речовин, препарати зберігаються у вогнетривких сейфах. Ключ від сейфа знаходиться у призначеного за Наказом головного лікаря співробітника відділення (старшої медсестри, завідуючого відділенням), який несе юридичну відповідальність за збережен-

ня сильнодіючих ліків. На внутрішній стінці сейфа знаходиться список усіх наявних у ньому препаратів, а також їх разові і добові дози для дітей та список препаратів, що мають антагоністичну дію. Усі дані про одержання і використання ліків повинні своєчасно вноситися в спеціальний медичний журнал відповідальною особою.

Медичні препарати, які не відносяться до списку «А» та «В» можуть зберігатися у спеціально відведених місцях. В окремих шафах зберігаються лікарські препарати із сильним запахом (наприклад, нашатирний спирт) і барвники (наприклад, метиленова синь, йод). Інші лікарські засоби зберігаються в звичайних шафах. За ними стежить постова медсестра. У кожному відділенні ліки розташовуються по-різному, проте у зручному для користування порядку. На кожній полиці повинен бути напис групи розташованих на ній препаратів – внутрішні, зовнішні, ін'єкції тощо, крім того, зручно їх розділити за формою випуску. На кожній упаковці засобів для ентерального використання повинно бути вказано прізвище пацієнта, який отримує лікарський засіб, діту відкриття флакону. До правил зберігання ліків відноситься необхідність дотримуватись визначеної температури і вологості приміщення, у якому знаходиться препарат (наприклад, деякі лікарські засоби – суха плазма, інсулін, трав'яні відвари тощо – потрібно зберігати у холодильнику в замороженому стані); є група препаратів (наприклад, йод), що повинні знаходитись під певним освітленням – для цього вони зберігаються в спеціальних флаконах з темного скла в неосвітленому місці; потрібно не перевищувати термін придатності препаратів, що одночасно з датою виготовлення завжди зазначений на етикетці. Крім того, зміна нормального зовнішнього вигляду ліків (помутніння, поява осаду, зміна кольору рідких ліків, поява краплин і порушення кольору таблетки; незвичайних запах препарату) теж є обов'язковою ознакою того, що ліки непридатні до користування; препарати не можна тримати разом з дезінфікуючими розчинами. Біля кожного лікарського засобу повинна має бути інструкція по використанню препарату.

Правила введення лікарських засобів. Основні способи введення лікарських речовин: ентеральне – введення ліків через шлунково-кишковий тракт (перорально, ректально); парентеральне – введення ліків шляхом ін'єкції з ушкодженням шкірних покривів: внутрішньошкірні, підшкірні, внутрішньом'язові, внутрішньовенні; через шкіру і слизові оболонки без їх ушкодження (компреси, примочки, накладання мазів, тощо): ручне нанесення препарату на шкіру і слизові оболонки; електрофорез, інгаляції.

Ентеральні засоби. Через рот (перорально per os) введення ліків у педіатрії не викликає труднощів у дітей старшого віку. З цією метою, як і дорослим, застосовуються препарати у вигляді таблеток, драже, капсул, гранул, порошоків і рідин. Призначаючи ліки, лікар (або медсестра) повинні пояснити такі правила прийому: скільки разів на день, іноді уточнити час прийому (деякі ліки приймаються тільки ранком або ввечері); зв'язок із харчуванням – більшість лікарських засобів приймається після прийому їжі (для зменшення їхньої подразнюючої дії на слизову оболонку шлунка), деякі потрібно вжити перед їжею (іноді за 45-50 хвилин до прийому страви); можливі деякі особливості – наприклад, мукалтин краще розвести у воді і додати трохи цукру.

В дитячому відділенні ліки кожній дитині видає медична сестра, яка контролює прийом хворим ліків (хворий при медсестрі повинен випити ліки). Звичайно препарат кладеться на корінь язика, після чого дитина робить декілька ковтків води або іншої приємної для неї рідини, одночасно з чим ковтаються ліки. Дітям раннього віку, особливо перших 2 років життя, часто призначають парентеральний шлях введення ліків, щоб уникнути подразливої дії препаратів на слизову шлунково-кишкового тракту та печінку.

Ректальне введення – це введення в пряму кишку супозиторіїв. Для цього дитина старшого віку укладається на бік, згинає ноги в колінному і кульшовому суглобах, однією рукою медсестра розсовує сідниці, іншою вводить супозиторій без обгортки гострим кінцем уперед так, щоб закрився прямий прохід; потім

для попередження вислизання препарату на декілька хвилин стискають сідниці біля ануса. Дитину раннього віку можна покласти на спину, підняти ніжки догори, а далі методика введення аналогічна описаній.

Парентеральні засоби. Для парентерального введення препарату використовується шприц. Завжди використовуються шприці одноразового використання.

Для парентерального введення ліків визначають місце ін'єкції, яке залежить від її виду, проте, це завжди та ділянка шкірних покривів, де є найменша кількість нервових волокон і судин (за винятком внутрішньовенних ін'єкцій). Для запобігання помилки обов'язково перед кожною ін'єкцією медична сестра повинна прочитати етикетку на ампулі або флаконі, звернути увагу на вид препарату, дозу, термін придатності, вимити руки, після обробки рук ні до чого ними не доторкатися. Ввести поршень у шприц і надіти голку. Набрати в шприц ліки, трохи більше необхідного обсягу (ампула або флакон розташовуються вище голки – рідина тече зверху вниз, знаходиться нижче голки – рідина піднімається знизу вгору). Підняти голку вгору, злегка випустити рідину так, щоб із голки вийшло все повітря (при цьому вийде зайва набрана кількість ліків). При перших ін'єкціях необхідно психологічно підготувати дитину до процедури, не обманюючи її. Під час виконання маніпуляції дитина повинна знаходитись в нерухомих положенні на ліжку, що розслаблює м'язи і сприяє кращому введенню рідини; маленьку дитину відносно щільно повинна утримувати мати або інша медсестра. Місце ін'єкції обробляють 70% етиловим спиртом, ефіром, 5% настоянкою йоду. Голку вводять при внутрішньом'язевій ін'єкції приблизно на 1/2 - 2/3 її довжини. Препарат вводиться з визначеною швидкістю, що залежить від: кількості рідини, що вводиться – чим менше, тим швидше; консистенції ліків – чим густіше, тим повільніше; болючості препарату – дуже болючі небажано вводити швидко але і не дуже довго; мети процедури – тут швидкість вказує лікар; після введення ліків голка забирається і місце ін'єкції протирається спиртом; повторні ін'єкції в те саме місце не робляться.

Внутрішньошкірні ін'єкції. З назви зрозуміло, куди вводиться препарат – усередину шкіри. Місце ін'єкції – внутрішня поверхня передпліччя або зовнішня поверхня плеча; голка і шприц найменших розмірів, шкіра обробляється спиртом або ефіром; голка встановлюється зрізом догори під дуже гострим кутом до шкіри і вводиться внутрішньошкірно. Ліки введені правильно, якщо утворився так званий симптом “лимонної шкірки” – шкірка дещо піднімається, утворюється папула, а на ній є багато заглиблень (нагадує шкірку цитрусових фруктів). Частіше всього такі ін'єкції робляться з діагностичною метою. Наприклад, для встановлення алергічної утливості організму на антибіотик препарат вводиться внутрішньошкірно у нижню третину передпліччя в розведеній концентрації. Через 20 хвилин візуально встановлюється розмір гіперемії навколо місця ін'єкції. У нормі почервоніння відсутнє або діаметр його не перевищує 1 см, якщо більше – препарат дитині протипоказаний.

З метою визначення схильності до набряків, тобто гідрофільності тканин, методом внутрішньошкірної ін'єкції робиться так звана проба Мак-Клюора-Олдріча (американський лікар і біохімік ХХ століття): тонким шприцем вводиться 0,2 мл ізотонічного розчину в ділянці верхньої половини передпліччя. Враховується час розсмоктування папули з “лимонною шкіркою”, що у нормі залежить від віку: до 1 року через 15-20 хвилин; в 1-5 років – 20-30 хвилин; старше 5 років – 40-60 хвилин. Тракування результату: цифра менша від норми (тобто прискорене розсмоктування) – ознака набряку тканин різного характеру – серцевого, ниркового й ін., якщо такі набряки візуально не визначаються, що називаються “приховані набряки”); цифра вища від норми (тобто повільне розсмоктування) – показник зневоднення (англ. dehydrate) організму.

Підшкірні ін'єкції (п/ш) – ліки вводяться під шкіру. Місце проведення підшкірної ін'єкції – верхня 1/2 плеча, нижня 1/2 передпліччя, живіт, під лопатками, зовнішня частина стегон; голки і шприц – різних розмірів. При виконанні маніпуляції шкіра обробляється спиртом або йодом; I і II пальцями однієї руки шкіра

і підшкірна клітковина беруться в складку і дещо відтягуються вверх; голка розташовується під гострим кутом до шкіри і вводиться всередину на 1-2 см; відтягуванням поршня назад перевіряється можливе розташування кінця голки в судині – якщо крові немає, ліки вводяться.

Внутрішньо'мязева ін'єкції, при якій ліки вводяться в м'язеві тканини, Перевагою внутрішньом'язових ін'єкцій у порівнянні з підшкірними є швидке всмоктування препарату завдяки великій кількості в м'язах кровоносних і лімфатичних судин. Для проведення маніпуляції вибирають місце ін'єкції – верхній зовнішній квадрант сідниці і верхній передньо-зовнішній квадрант стегна; голки необхідні довгі, середнього діаметру, шприци – різного об'єму; шкіра перед ін'єкцією обробляється спиртом або йодом; голка розташовується під кутом 90° до шкіри і вводиться на глибину 2-3 см; перевіряється можливе неприпустиме введення голки в кровоносну судину, при відсутності крові вводяться ліки.

Внутрішньовенні ін'єкції здійснюються, коли ліки вводяться в периферичні вени. Вони найчастіше застосовуються при важкому стані дитини, проте нерідко у вигляді планового лікування. Місце ін'єкції – у дітей перших років життя найчастіше використовуються вени в променевоzap'ясткових суглобах (саме це місце найкраще можна зафіксувати в нерухомому положенні при краплинному введенні), рідше – ліктьові судини і підшкірні вени голови, в області гомілковостопного суглоба; у старших дітей ін'єкції частіше усього робляться в області ліктьового, рідше – в області променевоzap'ясткового і гомілковостопного суглобів. При виконанні маніпуляції голки повинні бути довгі, великого діаметра, з коротким зрізом на кінці, шприци – великого діаметра; шкіра обробляється спиртом. Спочатку необхідно щільно накласти джгут; голка встановлюється під кутом до шкіри по току венозної крові і вводиться всередину до проколювання однієї стінки вени; ознакою влучення у вену є поява крові в канюлі голки; звичайно струминно вводиться декілька лікарських речовин з кількох шприців, які по черзі вставляють-

ся у введену у вену голку; так як ліки діють практично миттєво, вводяться вони повільно; протягом однієї в/в ін'єкції можна ввести не більше 50 мл; після акуратного виведення голки шкіра в місці ін'єкції обробляється спиртом, потім для запобігання кровотечі накладається стерильна тиснуча пов'язка або лейкопластир. З метою введення більшого об'єму лікарських речовин застосовується **внутрішньовенна краплинна інфузія**, коли рідина надходить у вену не струменем, а краплями. Для цього використовують так звані системи, до складу якої входить крапельниця, штатив, голка у вені. Швидкість введення ліків залежить від віку дитини.

Деякі ліки використовують місцево. Для нанесення ліків на очі рідкими лікарськими засобами медсестра закрапує око таким чином – ліки набираються в стерильну піпетку; нижня повіка акуратно відтягується вниз і з піпетки виділяється одна краплина ліків ближче до внутрішнього кута ока. При призначенні очної мазі вона накладається на слизову оболонку очей спеціальною скляною лопаточкою (нижня повіка при цьому відтягується донизу): після чого дитина закриває око і мазь розтирається акуратними масажними рухами по повіці. Особливості нанесення ліків в ніс полягають у тому, що спочатку носові ходи необхідно очистити (висякуванням або ватною турундою); положення дитини - напівсидячи, кінцівки щільно утримуються, голова дещо закидається назад і в сторону носового ходу, в який вводять ліки; вводиться 2-3 краплини ліків, і в такому положенні голова повинна знаходитися кілька хвилин; потім голова дитини трохи повертається в протилежну сторону й аналогічно закрапується другий носовий хід. Особливості введення ліків в зовнішній слуховий прохід – дитина вкладається на бік протилежний вуху, що закрапується; слуховий прохід очищається; відтягуванням мочки вух вниз (старшій дитини – вниз і в бік) вирівнюється зовнішній слуховий прохід; вводиться 5-6 краплин обов'язково підігрітої до 37°C лікарської речовини, після чого дитина в такому положенні повинна знаходитись 20 хвилин. Часто для введення ліків через

шкіру використовують електрофорез – це спосіб введення ліків через шкіру під дією електричного струму. Інгаляції – це метод введення лікарських препаратів у дихальні шляхи під час вдиху аерозолі з інгалятора.

3.2.РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна:

Марушко Ю.В., Гищак Т.В., Тодика Ю.І. Маніпуляції в педіатрії. Показання та техніка виконання. Навчальний посібник.- Київ, ВСВ «Медицина», 2019. – 144с

Марушко Ю.В., Московенко О.Д. Догляд за дітьми в умовах педіатричного стаціонару (Виробнича практика), Київ-Хмельницький, друкарня ФО-П Сторожук О.В.,. 2013.-.98 с.

Марушко Ю.В., Пісоцька С.А., Гищак Т.В., Марушко Т.В. Клінічне обстеження та семіотика уражень органів та систем у дітей. Видання четверте, доповнене. Навчальний посібник. – Київ-Хмельницький, ФО-П Сторожук О.В., 2013. – 202с

Марушко Ю.В., Шеф Г.Г., Глумчер Ф.С., Ярославська С.М. Невідкладні стани в педіатричній практиці: навчальний посібник. – Київ: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2016. – 400 с.

Марушко Ю.В., Юліш Є.І., Марушко Т.В. та ін. Пропедевтика педіатрії. Модуль 2. Ч.1 (АФО, методика дослідження, семіотика уражень шкіри, підшкірної клітковини, лімфатичних вузлів, кістково-суглобової, м'язової, серцево-судинної систем, органів дихання, системи крові). Ред. Є.І.Юліш, Ю.В.Марушко. Навчальний посібник. Київ-Донецьк, 2013. – 340с.

Марушко Ю.В., Гищак Т.В., Тодика Ю.І. Маніпуляції в педіатрії. Показання та техніка виконання. Навчальний посібник (видання третє, доповнене). Київ-Хмельницький, друкарня ФО-П Сторожук О.В., 2013 – 130с.

Педиатрия: учебник для высш. мед.учеб. заведений IV уровня аккредитации: пер. с укр./ А.В. Тяжкая, С.А. Крамарев, В.И. Петренко и др.; под ред. А.В. Тяжкой. -Винница: Нова Книга, 2010. - 1151 с.

Пропедевтична педіатрія: підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації / В.Г. Майданник, В.Г. Бурлай, О.З. Гнатейко, К.Д. Дука, Ю.М. Начитайло, М.В. Хайтович; за ред. В.Г. Майданника. -Вінниця: Нова кн., 2012. - 879 с.

Юліш Є.І., Марушко Ю.В., Кривуцев Б.І. та ін. Пропедевтика педіатрії. Модуль 1. (Методологія діагностики. Оцінка загального стану дитини. Новонароджені діти. Оцінка фізичного розвитку. АФО та семіотика нервової системи). Ред. Є.І.Юліш, Ю.В. Марушко. Навчальний посібник. Київ-Донецьк, 2013. – 227с.

Юліш Є.І., Марушко Ю.В., Кривуцев Б.І. та ін. Пропедевтика педіатрії. Модуль 2. Ч.2. (АФО, методика дослідження, семіотика уражень шлунково-кишкового тракту, сечовивідної, імунної та ендокринної систем. Обмін речовин у дітей. Вітаміни. Терморегуляція). Ред. Є.І.Юліш, Ю.В.Марушко. Навчальний посібник. Київ-Донецьк, 2013. – 301с.

Юліш Є.І., Марушко Ю.В., Кривуцев Б.І. та ін. Пропедевтика педіатрії. Модуль 3. (Вигодовування дітей грудного віку. Харчування дітей старше року). Ред. Є.І.Юліш, Ю.В.Марушко. Навчальний посібник. Київ-Донецьк, 2013. – 116с.

Додаткова:

Альбицкий В.Ю., Волгина С.Я. Этико-правовые проблемы неотложных состояний у детей // Вопросы современной педиатрии. — 2004. — Т. 3, N 5. — С. 98—99.

Гребенев А.Л., Шептулин А.А., Хохлов А.М. Основы общего ухода за больными. - М: Медицина, 1999. – 288с.

3.3. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

А. Питання для самоконтролю

1. Які групи лікарських препаратів ви знаєте?
2. Які основні правила зберігання лікарських препаратів?
3. Перерахуйте способи введення лікарських препаратів.
4. Назвіть правила та методи ентерального введення препаратів.

5. Назвіть правила та методи парентерального введення препаратів.
6. Назвіть інші методи введення препаратів.
7. Які особливості парентерального введення лікарських препаратів дітям раннього віку?
8. Які особливості проведення внутрішньошкірних ін'єкцій?
9. Які особливості проведення підшкірних ін'єкцій?
10. Які особливості проведення внутрішньо м'язових ін'єкцій?
11. Які особливості проведення внутрішньовенної струмінної та краплинної інфузії?

Б. Тести для самоконтролю

1. Отруйні та наркотичні препарати зберігаються:
 - А. В сейфах із написом "А"
 - В. В сейфах із написом "В"
 - С. В звичайних шафах
 - Д. В столі старшої медичної сестри
2. Вкажіть, як правильно закрапувати очі:
 - А. У внутрішній кут ока
 - В. У зовнішній кут ока
 - С. Посередині ока
 - Г. Не має значення
3. Парентеральні засоби введення ліків наступні, крім:
 - А. Ректальне
 - В. Підшкірне
 - С. Внутрішньом'язове
 - Д. Внутрішньовенне
4. Критерієм правильно зробленої внутрішньошкірної ін'єкції є:
 - А. Пустула
 - В. Везикула
 - С. Папула
 - Д. Пляма

Коди правильних відповідей на тести для самоконтролю:

1 – А; 2 – В; 3 – А; 4 – С.

В. Задача для самоконтролю.

Дитині 8 міс, вона знаходиться на стаціонарному лікуванні в грудному відділенні дитячої лікарні з діагнозом Гострий обструктивний бронхіт, г. середній отит зправа. Дитині необхідно отримувати антибактеріальну терапію. Який спосіб введення антибіотика являється найбільш доцільним?

- А) через рот;
- Б) парентерально;
- В) в пряму кишку,
- Г) інгаляційно.

Еталон відповідей:

У дитини 8 міс основне захворювання протікає з ускладненням. Необхідність дотримання максимальної концентрації антибіотика в крові хворого обумовлює необхідність введення препарату парентерально. Такий спосіб введення ліків дає можливість запобігти появі дисбактеріозу у дитини.

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ХАРЧУВАННЯ ЗДОРОВИХ ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ. ОРГАНІЗАЦІЯ ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ. ТЕХНІКА ПРОВЕДЕННЯ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ВИМІРЮВАНЬ У ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

Рациональне харчування є важливим у збереженні здоров'я дитини. В останні роки багато уваги надається збереженню грудного вигодовування як основного чинника здоров'я дитячого населення. Порушення правил вигодовування у дітей раннього віку

та харчування у дітей старше 3-х років часто призводить до виникнення багатьох захворювань шлунково-кишкового тракту. У комплексі лікувальних заходів харчування займає основне й провідне місце. Завданням лікувального харчування є відновлення порушеного хворобою обміну речовин.

Фізичний розвиток – це динамічний процес росту (збільшення довжини і маси тіла, окремих частин тіла тощо) і біологічного дозрівання дитини в різні періоди віку, вагомий критерій оцінки стану здоров'я і вікових норм розвитку, особливо в період раннього дитинства.

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

Знати:

1. Знати забезпечення харчування дітей грудного відділення в умовах дитячої лікарні.

2. Знати організацію харчування дітей відділення старшого дитинства дитячої лікарні.

3. Знати класифікацію лікувальних дієт, їх значення при різних станах у дітей.

4. Знати техніку проведення вимірів обводів голови, тулуба, кінцівок для оцінки фізичного розвитку дітей різних вікових груп..

5. Знати техніку зважування дітей різного віку з використанням різних вимірювальних приладів.

6. Оцінити фізичний розвиток дитини згідно проведених антропометричних вимірювань.

Вміти:

1. Вміти забезпечити санітарно-гігієнічний режим харчоблоку лікарні.

2. Вміти нагодувати дитину грудного віку.

3. Вміти нагодувати тяжко хвору дитину.

4. Вміти організувати догляд за посудом для харчування дитини грудного віку в умовах дитячої лікарні.

5. Вміти здійснити антропометричні виміри обводів, маси тіла та зросту у дітей грудного віку.

6. Вміти здійснити антропометричні виміри обводів, маси тіла та зросту у дітей шкільного віку.

7. Вміти оцінити фізичний розвиток дитини на основі даних антропометричних вимірювань за допомогою графіків і таблиць.

3. МАТЕРІАЛИ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

3.1. ЗМІСТ ТЕМИ

Важливим чинником у справі охорони здоров'я дитини є раціональне харчування, яке у комплексі лікувальних заходів займає провідне місце. Завданням лікувального харчування є відновлення порушеного хворобою обміну речовин. В кожній дитячій лікарні їжа готується на харчоблоці. До складу харчоблока входять: кухня, мийна, заготівельна кімната, комори овочеві, комора для сухих продуктів, окремі холодильні установки для молочних та м'ясних продуктів. Для приготування їжі застосовують електричні чи газові плити. Столи на кухні оббиваються алюмінієм, дюралюмінієм або оцинкованим залізом. В теперішній час сучасні плити вже мають покриття, яке можна обробляти дезінфікуючими засобами. Обробка м'яса, риби, овочів здійснюється на спеціальних дошках, причому обробка сирих і варених продуктів проводиться теж на різних дошках. Весь інвентар маркірується (підписується). Кухонний посуд зберігається на полках і стелажах. Для миття посуду використовують мийні машини, для попереднього замочування спеціальні ємкості чи мийки. Кухонний посуд миється в гарячій воді за допомогою щіток і мийних засобів. Влітку вікна на харчоблоці затягаються металевою сіткою або марлею. Металевий інвентар після миття прожарюється в духовій шафі. Дрібні дерев'яні предмети (лопатки, ложки) після миття ошпарюються окропом.

Особливості вигодовування дітей грудного віку. Існує 3 види вигодовування дітей грудного віку: природне, штучне й змішане. Найкращим є природне вигодовування, при якому з молоком матерів діти отримують найбільш збалансоване харчування, що містить імунобіологічні фактори захисту. Діти, які вигодовують молоком матері, рідше хворіють, переносять хворобу легше, ніж діти на штучному вигодовуванні.

Техніка вигодовування дитини груддю: перед годуванням дитини мати одягає на голову хустинку, мие руки, обмиває сосок і навколососкову ділянку кип'яченою водою, надягає маску. Перші краплі молока зсіджують, щоб видалити випадкові забруднення зовнішніх відділів протоків молочних залоз. Мати вкладає сосок частково з навколососковою ділянкою в рот дитині, захопивши груди середнім і вказівним пальцями, відтягаючи груди трохи назад, щоб ніздрі дитини не були закриті. Тривалість годування не повинна перевищувати 20 – 30 хвилин. Частота годувань дітей першого року життя залежить від їхнього віку. Протягом першого місяця життя дитину можна годувати 7 разів на добу з інтервалом 3 години, потім – через 3,5 години 6 разів на добу, з 5 місяців до 1,5 років здорових дітей годують 5 разів на день через кожні 4 години.

При штучному вигодовуванні дитину годують із пляшки із соскою. Перед годуванням дитини ретельно миють руки, попередньо кип'ятять соску, що надягають на пляшечку. Брати в рот соску дитини в жодному разі не можна, тому що в порожнині рота дорослого багато мікроорганізмів. У дитячу градуйовану пляшку, місткість якої становить 200 мл, наливають призначену лікарем кількість суміші. Якщо після годування залишилося в пляшці молоко, його виливають і не застосовують на наступне годування. Перед уживанням суміш підігривають на водяній бані або в спеціальному підігрівнику до температури 37 градусів С. Пляшку перед годуванням миють гарячою водою із содою, обполіскують або кип'ятять. Під час годування дитини її голова повинна бути піднята. Якщо в дитини є часте зригування повітрям або частиною з'їденої їжі, її варто потримати кілька хвилин у вертикальному положенні.

Для вигодовування дітей першого року життя використовують адаптовані молочні суміші, які являють собою порошок із приємним запахом і смаком і випускаються в герметичному упакуванні під вакуумом. На упаковці вказаний термін придатності термін зберігання відкритої суміші. Після розкриття коробки при кімнатній температурі продукт можна зберігати не більше 2 тижнів у банці із щільно закритою кришкою.

Спосіб приготування сумішей. На кожній коробці з молочною дитячою сумішшю написано скільки необхідно взяти сухого порошка та скільки необхідно кип'ячої води для приготування певного об'єму суміші. Суміш рекомендується готувати безпосередньо перед годуванням.

В лікарні за якість приготовленої їжі відповідає лікар-дієтолог чи дієтсестра. Черговий лікар перевіряє якість їжі, знімаючи пробу. Дієтсестра повинна бути присутньою при закладці продуктів у казан і стежити за правильним дотриманням технологічних процесів при готуванні їжі. Про якість їжі лікар-дієтолог або черговий лікар роблять позначки в журналі проб готової їжі. Відзначається якість, ураховується смак, запах, колір, зовнішній вигляд, консистенція, оформлення їжі на сніданок, обід, полуденок і вечерю.

Дієтсестра стежить за тим, щоб харчування видавалося в певний час, стільки разів, скільки призначено лікарем. Не допускається харчування всухом'ятку.

Роздача їжі дітям проводиться у відділеннях, куди їжа доставляється в емальованому посуді (відра із закритими кришками). Залежно від того або іншого захворювання дитини, особливостей і важкості його перебігу розроблені різні варіанти діет або столів. Кожна дієта відрізняється набором харчових продуктів, калорійністю, засвоюваністю, вмістом харчових компонентів, особливостями кулінарної обробки, вмістом повареної солі. При виконанні заходів щодо догляду потрібно знати загальні показання до призначення різних дієтичних столів. Загально відома класифікація дієт столів по Певзнеру: **дієта № 1** – застосовується при виразковій хворобі шлунка й 12–палої кишки, при гастриті з підвищеною кислото утворюючою функцією; **дієта № 2** – при хронічних запальних захворюваннях шлунка із секреторною недостатністю; **дієта № 3** – при закрепах; **дієта № 4** – при запальних захворюваннях тонкої кишки (коліти); **дієта № 5** – при захворюваннях печінки й жовчовивідних шляхів, хронічному панкреатиті; **дієта № 6** – при порушеннях пуринового обміну (подагра, сечоокислий діатез); **дієта № 7** – при захворюваннях нирок; **дієта**

№. 8 – при ожирінні; **дієта № 9** – при цукровому діабеті; **дієта № 10** – при захворюваннях серцево– судинної системи; **дієта № 11** – при туберкульозі, анемії, хронічних інфекціях; **дієта № 12** – при захворюваннях нервової системи; **дієта № 13** – при гострих інфекційних захворюваннях; **дієта № 14** – при порушеннях фосфорного обміну; **дієта № 15** – при всіх захворюваннях у стадії видужання. Виділяють також нульову дієту – у перші дні після операції на травному каналі. У дитячій лікарні виділяється й **дієта № 16** – так званий малятковий стіл. Він призначається дітям у другому півріччі життя після введення прикормів.

Дітей у віці до 1,5 років годують у лікарні 5 разів у добу, після 1,5 років - звичайно 4 рази. До 1,5 років у дітей у нормі протертий стіл, після 1,5 років - загальний. Дітей до року й важких хворих годують у палатах, після року - у їдальні. Під час їжі повинна бути спокійна обстановка, що не викликає негативних емоцій. Під час їжі дієтсестра й обслуговуючий персонал повинні цікавитися, як дитина їсть, якщо погано, чому. Відразу після прийому їжі посуд з їдальні повинен бути вимитий губкою або щіткою в гарячій воді з додаванням гірчиці або соди для знежирення. Після цього посуд полощуть у проточній воді. Коли потрібне спеціальне знезаражування, посуд після миття на 20-30 хвилин занурюють в 0,2% розчин хлорантаіну. Замочування можна замінити кип'ятінням. У цей час для знезаражування посуду широко користуються сухо-жаровими шафами.

Хворих, що перебувають на строгому ліжковому режимі, годують у зручному для них положенні за допомогою ложки, соски або спеціального поїльника. Під час годівлі стежать за тим, щоб голова була трохи піднята. Шию й груди прикривають пелюшкою або серветкою. Насильно годувати не можна, тому що їжа може потрапити в дихальні шляхи дитини. Завжди повинне бути з боку медичного персоналу уважне, чуйне відношення до хворого, особливо важкохворої дитини.

Фізичний розвиток дитини Всесвітня організація охорони здоров'я визначає як сумарний індикатор стану здоров'я окремої дитини та популяції, а показники фізичного розвитку ді-

тей раннього віку як критерій оцінки соціально-економічного розвитку окремого регіону, країни. Моніторинг фізичного розвитку дітей раннього віку ВООЗ вважає одним із найефективніших заходів, які здійснюються медичними працівниками щодо зниження рівня смертності та захворюваності дітей раннього віку. Оцінка фізичного розвитку дитини віком до 3 років проводиться на підставі «Норм зросту», які розроблені ВООЗ в 2006 році і рекомендовані для використання замість нормативів, запропонованих раніше Національним центром статистики охорони здоров'я США та ВООЗ. «Норми зросту» ґрунтуються на результатах багатоцентрового дослідження показників фізичного розвитку 8440 дітей від народження до 71 місяців у 6 країнах світу (Бразилії, Ганні, Індії, Норвегії, Омані та США) з 1997 по 2003 рік.

Оцінка фізичного розвитку проводиться при кожному обов'язковому медичному огляді дитини віком до 3 років. Для цього медичною сестрою проводяться антропометричні виміри (довжини/зросту, маси тіла, обводу голови, грудей дитини). Також при надходженні до стаціонару дитині в приймальному відділенні обов'язково проводять антропометричні дослідження. Проведення антропометричних досліджень дозволяє лікареві не тільки оцінити фізичний розвиток дитини, а й правильно і своєчасно поставити діагноз (зокрема – в разі втрати маси тіла). Техніка проведення антропометричних досліджень розрізняється в залежності від віку дитини, і від загального стану. Антропометричні дослідження рекомендується проводити вранці, натще і в один і той же час, бажано після дефекації та сечовипускання.

Від народження до 2-3 років дітей зважують на електронних або чашечних вагах. Ваги складаються з жолоба і коромисла з двома шкалами ділень: нижня – в кілограмах, верхня - в грамах. Коромисло чашечних ваг має противагу. Перед зважуванням ваги необхідно врівноважити. Якщо ваги не врівноважені, слід обережно повернути шайбу (мікрогвинт) на противазі до себе або від себе, орієнтуючись на укажчики рівноваги. Електронні ваги

показують більш точні результати зважування, тому використовувати їх при зважуванні дітей доцільніше.



На ваги спочатку кладуть пелюшку, потім дитину роздягають і укладають на широку частину лотка головою і плечовим поясом; ніжками – на вузьку частину лотка. Якщо дитина може сидіти, її садять сідницями на широку частину лотка, а ноги розташовують на вузькій частині. Дітей після трьох років зважують стоячи на електронних важільних вагах. Під час зважування дитина, яку слід перед тим роздягнути, повинна встати нерухомо на середину площадки ваг. Зважування рекомендується проводити зранку, натще, бажано після сечовипускання і дефекації. Дітей з молодшого шкільного віку та старше вимірюють за допомогою медичних вагів, якими зважують дорослих.

Також всім дітям першого року життя вимірюють довжину тіла, використовуючи при цьому горизонтальний ростомір, що виглядає як широка дошка з 1 сторони якої нанесенні спеціальні ділення по 1 мм. Ростомір має дві горизонтальні планки, одна з яких нерухома, а друга – пересувна і її можна пересувати по сантиметровій шкалі. Щоб виміряти довжину тіла необхідно покласти дитину на спину таким чином, щоб її голова впритул торкалася тим'ячком до нерухомої горизонтальної планки ростоміру, потім голову розташовують і фіксують в положенні, при якому зовнішній край нижнього віка і верхній край зовнішнього слухового проходу знаходяться на одній лінії, перпендикулярно поверхні ростоміру. Ноги дитини випрямляють легким натисканням на коліна лівою рукою; правою – підводять рухоми планку ростоміра тісно до підшви випрямлених ніг. Відстань між рухомою і не-



рухомою планками відповідає росту дитини. Коли дитині виповнюється рік, довжину починають вимірювати за допомогою вертикального ростоміру. На вертикальній його частині нанесені 2 шкали ділення (в см): праворуч – для визначення росту у положенні стоячи, ліворуч – для вимірювання росту у положенні сидячи.

Ростомір має рухома планку, яка фіксується на рівні росту дитини. Дитина повинна стояти спиною до вертикальної стійки у випрямленому положенні, торкаючись її п'ятками, сідницями, міжлопатковою ділянкою та потилицею; руки опущені вздовж тулуба, п'ятки разом, носки – врізнобіч. Голова встановлюється в положенні, при якому зовнішній край очниці і верхній край козелку вуха знаходяться в одній горизонтальній площині. Рухома планка прикладається до голови без надавлювання.

Результати антропометричних вимірів заносяться до відповідних графіків. Це дає можливість побачити тенденцію фізичного розвитку дитини за період часу та виявити проблеми фізичного розвитку. У переважній більшості випадків відхилення від стандартних темпів збільшення маси тіла та довжини/зросту свідчать про порушення у стані здоров'я дитини та вимагають ретельного аналізу ситуації та відповідних заходів.

Графіки фізичного розвитку. У кожної дитини повинен бути свій графік розвитку, за яким здійснюється оцінка фізичного розвитку та з врахуванням її результатів проводиться адекват-

не медичне спостереження. В амбулаторній карті розвитку дитини, яка зберігається в дитячій поліклініці за місцем проживання внесені графіки фізичного розвитку. Для дівчаток та хлопчиків графіки фізичного розвитку різні і для зручності можуть мати різні кольорові коди. Важливо використовувати графіки фізичного розвитку дитини для відповідної статі, оскільки хлопчики та дівчатка розвиваються по-різному. На кожному графіку накреслені криві. Криві, на графіках фізичного розвитку дитини, допомагають в інтерпретації показників фізичного розвитку дитини. Лінія, позначена 0 на кожному графіку, є медіаною, яка представляє середнє значення. Інші лінії визначають стандартні відхилення, які вказують на віддаленість показника фізичного розвитку від стандарту. Лінії стандартних відхилень (СВ) на графіках фізичного розвитку дитини мають позитивне (1, 2, 3) або негативне (-1, -2, -3) значення.

Графіки – довжина тіла / зріст/ вік. В залежності від віку дитини вимірюється стандартний показник довжини чи зросту. Довжина тіла у горизонтальному положенні дитини (лежачи) вимірюється у дітей віком 0-2 років, зріст у вертикальному положенні дитини (стоячи) у дітей віком від 2-5 років. Значення показника довжини тіла / зросту для певного віку показує, якої довжини тіла/зросту набула дитина даного віку на момент огляду. Цей показник допомагає виявити дітей з затримкою зросту та надто високих для свого віку. Високий зріст рідко являє собою проблему, за винятком випадків ендокринних розладів. На графіку, на горизонтальній осі відкладаються значення віку, а на вертикальній осі - значення довжини / зросту тіла в сантиметрах. Вік дитини визначається в повних тижнях від народження до 3 місяців; в повних місяцях – від 3 до 12 місяців; та в повних роках та місяцях – надалі.

Для того, щоб нанести значення довжини тіла / зросту для даного віку, слід:

- 1) На горизонтальній осі відкласти значення повних тижнів, місяців або років та місяців. Точки значення слід ставити на вертикальній лінії (а не між вертикальними лініями). Наприклад,

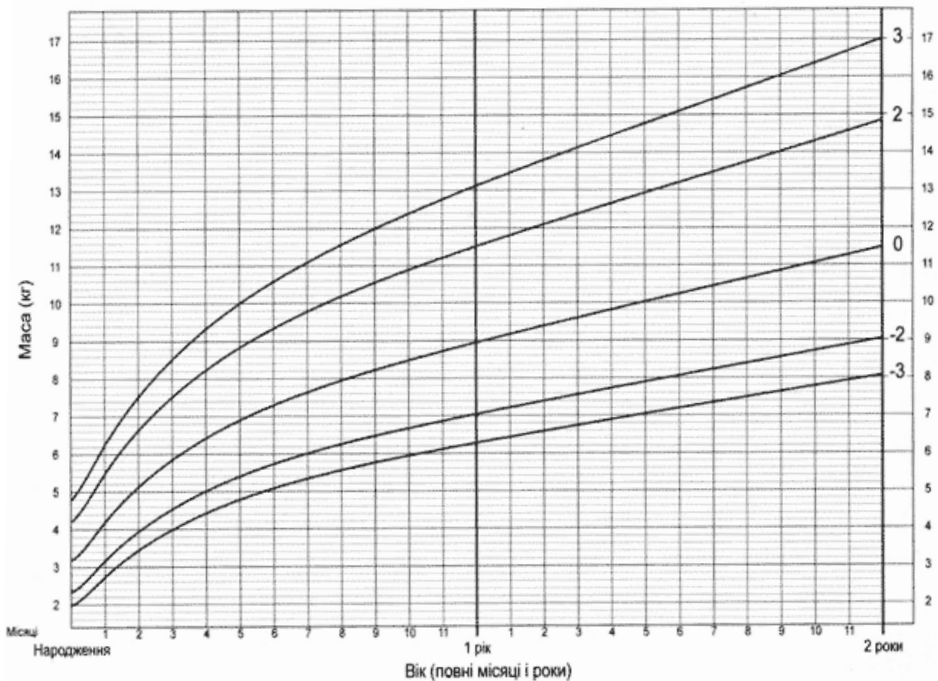
якщо дитині 5,5 місяців, значення наносять на поділку 5 місяців (а не між 5 та 6 місяцями).

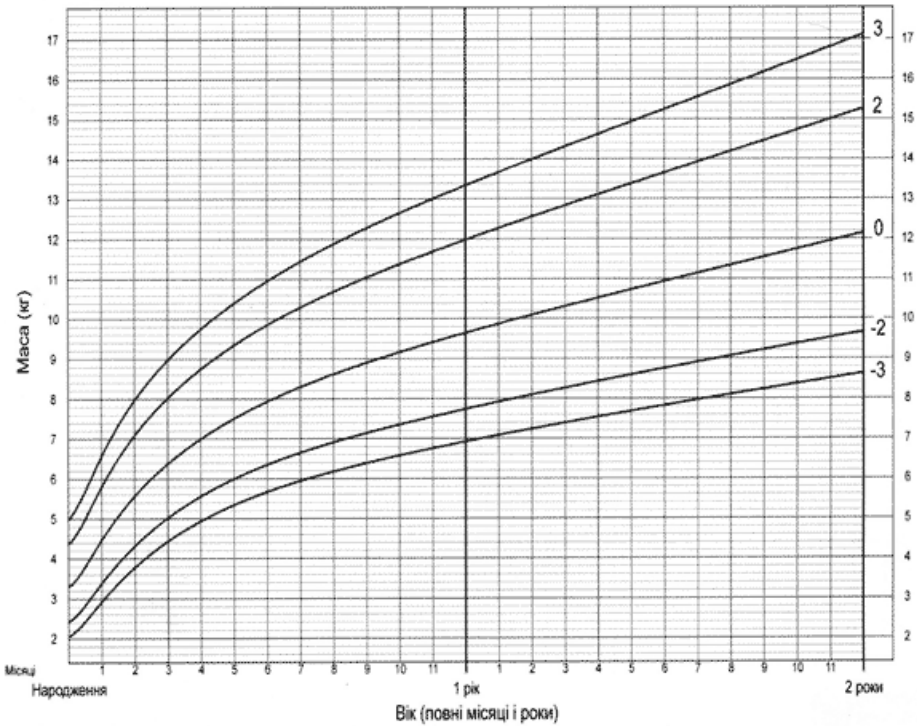
2) На вертикальній осі відкласти значення довжини тіла / зросту. Точки значення слід ставити на або між горизонтальними лініями. Наприклад, якщо довжина тіла дитини становить 60,5 см, нанесіть значення в клітинку між горизонтальними лініями.

3) Після нанесення точок за результатами двох або більше оглядів, необхідно з'єднати точки прямою лінією для того, щоб побудувати криву та побачити динаміку.

Приклад оцінки фізичного розвитку дівчаток.

Графік відповідності маси до віку для дівчаток від народження до 2-х років.





Графіки співвідношення маса тіла/довжина тіла / зріст/ вік. Графік співвідношення маси тіла до довжини тіла / зросту допомагає у виявленні дітей з дуже низькою масою тіла та дітей з високим співвідношенням маси до довжини тіла / зросту, що може свідчити про ризик розвитку надмірної ваги або ожиріння. На цьому графіку, на горизонтальній осі відкладаються значення довжина тіла дитини або зріст в сантиметрах, а на горизонтальній осі – маса в кілограмах. Для того, щоб нанести на графік значення співвідношення маси тіла до довжини тіла / зросту слід: На горизонтальній осі відкласти значення довжини тіла або зросту. Точки значення слід ставити на вертикальній лінії. Необхідно заокруглити значення до найближчого цілого сантиметра. На вертикальній осі нанести значення маси. Точки значення ставити на або між горизонтальними лініями. Після нанесення

показників співвідношення маси тіла до довжини тіла / зросту за два або більше оглядів, з'єднати точки прямою лінією, щоб побудувати криву та побачити динаміку.

Графіки індекс маси тіла/вік. Індекс маси тіла (ІМТ) використовується для проведення скринінгу на надмірну вагу та ожиріння. Як правило, графік ІМТ (Додатки 19, 20, 28,29, до Протоколу) для даного віку показує результати, схожі з результатами графіку співвідношення маси до довжини тіла /зросту дитини. На цьому графіку на горизонтальній осі відкладаються значення віку в повних тижнях, місяцях, або роках та місяцях. На вертикальній осі відкладається ІМТ. Індекс маси тіла визначається за формулою: значення маси тіла розділити на зріст в квадраті ($\text{кг}/\text{м}^2$). Показник зросту необхідно перевести в метри. Результат обчислень округлити до десятих. Для того, щоб нанести на графік показник індексу маси тіла дитини для даного віку, слід: На горизонтальній осі відкласти значення віку в повних тижнях, місяцях або роках та місяцях. Точки значення слід ставити на вертикальній лінії (а не між вертикальними лініями). На вертикальній осі відкласти значення ІМТ. Точки значення слід ставити на горизонтальну лінію або між лініями. Після нанесення точок за результатами двох або більше оглядів з'єднати їх прямою лінією, щоб побудувати криву та побачити динаміку. **Інтерпретація показників фізичного розвитку** - Інтерпретація показників фізичного розвитку залежить від того, де знаходиться показник фізичного розвитку на графіку. Значення показників фізичного розвитку, що знаходяться вище або нижче ліній стандартного відхилення (СВ) інтерпретуються наступним чином: Значення, що знаходяться між лініями стандартних відхилень «-2» та «-3», вважаються нижчими лінії стандартного відхилення «-2». Значення, що знаходяться між лініями стандартних відхилень «2» та «3», вважаються вищими лінії стандартного відхилення «2». Якщо, показник знаходиться безпосередньо на лінії стандартного відхилення, вважається, що це значення попадає в категорію меншої важкості. Наприклад, якщо показник маси для даного віку знаходиться на лінії «-3»,

вважається, що дитина має недостатню вагу, але не вкрай недостатню вагу. Наступна таблиця надає зведену інформацію щодо визначення проблем фізичного розвитку з огляду на стандартне відхилення. Необхідно порівняти показники, нанесені на графіки фізичного розвитку дитини, із лініями СВ, щоб визначити, де знаходиться показник фізичного розвитку по відношенню до ліній стандартного відхилення. Виміри, які попадають у зафарбовані клітинки, знаходяться в межах норми.

Інтерпретація стандартних відхилень показників фізичного розвитку

Стандартне відхилення	Показники фізичного розвитку			
	Довжина тіла / зріст для даного віку	Маса для даного віку	Співвідношення маси до довжини тіла / зросту	ІМТ для даного віку
Вище 3	Див. примітку 1	Див. примітку 2	Ожиріння	Ожиріння
Вище 2	Норма		Надмірна вага	Надмірна вага
Вище 1	Норма		Можливий ризик надмірної ваги (Див. примітку 3)	Можливий ризик надмірної ваги (Див. примітку 3)
0 (медіана)	Норма	Норма	Норма	Норма
Нижче – 1	Норма	Норма	Норма	Норма
Нижче – 2	Затримка зросту (Див. примітку 4)	Недостатня вага	Виснажена	Виснажена
Нижче – 3	Надмірна затримка зросту (Див. примітку 4)	Надмірно недостатня вага	Дуже виснажена	Дуже виснажена

Інтерпретація динаміки графіків фізичного розвитку дитини. Для визначення динаміки фізичного розвитку дитини слід проаналізувати динаміку показників фізичного розвитку, які нанесені на графік за результатами декількох оглядів. Динаміка може вказувати на хороший та сталий фізичний розвиток дитини, або на те, що дитина має ризик виникнення проблем, і її слід оглянути повторно.

«В нормі» графік фізичного розвитку дитини буде проходити паралельно медіані (лінія, яка позначена 0 на кожному графіку) та лініям стандартних відхилень. Більшість дітей розвивається «за графіком», який проходить по лінії СВ або між ними та більш-менш паралельно медіані; графік може проходити під або над медіаною. При інтерпретації графіків фізичного розвитку дитини слід пам'ятати про наступні ситуації, які можуть вказувати на проблему або наявність ризику.

Перетинання лінії стандартного відхилення. Перетинання кривою фізичного розвитку дитини лінії стандартного відхилення вказує на потенційний ризик. Інтерпретація ризику базується на тому, де саме, по відношенню до медіани, почалися зміни, динаміка цих змін, з обов'язковим урахуванням анамнезу: Якщо крива фізичного розвитку дитини перетинає лінію стандартного відхилення, це означає, що у розвитку дитини відбулися значні зміни. Якщо крива фізичного розвитку набула напрямку до медіани, це означає, що зміни, мають позитивну тенденцію. Якщо крива фізичного розвитку набула напрямку від медіани, це є свідченням ризику або проблеми. Якщо крива фізичного розвитку дитини проходить поряд з медіаною, час від часу її перетинаючи, це нормально. Якщо крива фізичного розвитку зростає або падає, перетинаючи при цьому лінію стандартного відхилення, слід провести аналіз, так як, ця тенденція може бути свідченням проблеми. Наприклад: при вчасному виявленні тенденції до надмірної або недостатньої маси можливе раннє втручання з метою корекції та попередження проблеми.

3.2. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна:

Марушко Ю.В., Гищак Т.В., Тодика Ю.І. Маніпуляції в педіатрії. Показання та техніка виконання. Навчальний посібник.- Київ, ВСВ «Медицина», 2019. – 144с

Марушко Ю.В., Московенко О.Д. Догляд за дітьми в умовах педіатричного стаціонару (Виробнича практика), Київ-Хмельницький, ФО-П Сторожук О.В., 2013.-98 с.

Марушко Ю.В., Пісоцька С.А., Гищак Т.В., Марушко Т.В. Клінічне обстеження та семіотика уражень органів та систем у дітей. Видання четверте, доповнене. Навчальний посібник. – Київ-Хмельницький, ФО-П Сторожук О.В., 2013. – 202с

Марушко Ю.В., Шеф Г.Г., Глумчер Ф.С., Ярославська С.М. Невідкладні стани в педіатричній практиці: навчальний посібник. – Київ: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2016. – 400 с.

Марушко Ю.В., Юліш Є.І., Марушко Т.В. та ін. Пропедевтика педіатрії. Модуль 2. Ч.1 (АФО, методика дослідження, семіотика уражень шкіри, підшкірної клітковини, лімфатичних вузлів, кістково-суглобової, м'язової, серцево-судинної систем, органів дихання, системи крові). Ред. Є.І.Юліш, Ю.В.Марушко. Навчальний посібник. Київ-Донецьк, 2013. – 340с.

Марушко Ю.В., Гищак Т.В., Тодика Ю.І. Маніпуляції в педіатрії. Показання та техніка виконання. Навчальний посібник (видання третє, доповнене). Київ-Хмельницький, друкарня ФО-П Сторожук О.В., 2013 – 130с.

Педиатрия: учебник для высш. мед.учеб. заведений IV уровня аккредитации: пер. с укр./ А.В. Тяжкая, С.А. Крамарев, В.И. Петренко и др.; под ред. А.В. Тяжкой. – Винница: Нова Книга, 2010. - 1151 с.

Пропедевтична педіатрія: підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації / В.Г. Майданник, В.Г. Бурлай, О.З. Гнайтейко, К.Д. Дука, Ю.М. Начитайло, М.В. Хайтович; за ред. В.Г. Майданника. – Вінниця: Нова кн., 2012. - 879 с.

Юліш Є.І., Марушко Ю.В., Кривуцев Б.І. та ін. Пропедевтика педіатрії. Модуль 1. (Методологія діагностики. Оцінка загально-

го стану дитини. Новонароджені діти. Оцінка фізичного розвитку. АФО та семіотика нервової системи). Ред. Є.І.Юліш, Ю.В. Марушко. Навчальний посібник. Київ-Донецьк, 2013. – 227с.

Юліш Є.І., Марушко Ю.В., Кривущев Б.І. та ін. Пропедевтика педіатрії. Модуль 2. Ч.2. (АФО, методика дослідження, семіотика уражень шлунково-кишкового тракту, сечовивідної, імунної та ендокринної систем. Обмін речовин у дітей. Вітаміни. Терморегуляція). Ред. Є.І.Юліш, Ю.В.Марушко. Навчальний посібник. Київ-Донецьк, 2013. – 301с.

Юліш Є.І., Марушко Ю.В., Кривущев Б.І. та ін. Пропедевтика педіатрії. Модуль 3. (Вигодовування дітей грудного віку. Харчування дітей старше року). Ред. Є.І.Юліш, Ю.В.Марушко. Навчальний посібник. Київ-Донецьк, 2013. – 116с.

Додаткова:

Альбицкий В.Ю., Волгина С.Я. Этико-правовые проблемы неотложных состояний у детей // Вопросы современной педиатрии. — 2004. — Т. 3, N 5. — С. 98—99.

Гребенев А.Л., Шептулин А.А., Хохлов А.М. Основы общего ухода за больными. - М: Медицина, 1999. – 288с.

3.3. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

А. Питання для самоконтролю

1. Техніка годування дітей грудного віку: з пляшечки, з ложечки.
2. Техніка грудного вигодовування гдорової дитини.
3. Види вигодовування у дітей грудного віку.
4. Скласти режим годування дитини першого року життя.
5. Приготування їжі в умовах дитячої лікарні.
6. Санітарна обробка предметів для годування дітей раннього віку.
7. Лікувальне харчування в умовах дитячого стаціонару в залежності від захворювання.
8. Забезпечення санітарно-гігієнічного режиму харчоблоку лікарні.

Б. Тести для самоконтролю

1. У поліклініку звернулася мати з дитиною 10-місячного віку. Загальний стан дитини задовільний. Дитина на штучному вигодовуванні. Скільки разів на добу треба годувати дитину?
 - A. 4
 - B. 7
 - C. 6
 - D. 8
 - E. 5
2. Найчастіше причинами розвитку гіпогалакції є:
 - A. Раннє прикладання до грудей
 - B. Дотримання встановлених годин годування
 - C. Повноцінне харчування, достатній сон матері
 - D. Нейроендокринні порушення
 - E. Регулярні фізичні вправи
3. Хлопчику 8 років з хронічним пієлонефритом призначено дієтстіл №:
 - A. 1
 - B. 3
 - C. 5
 - D. 7
 - E. 9
4. Дитині, хворій на пневмонію призначають стіл №:
 - A. 16
 - B. 15
 - C. 14
 - D. 13
 - E. 12
5. Антропометрія – це:
 - A. Сукупність методів та прийомів вимірювання, опису людського тіла в цілому і його окремих частин
 - B. Вимірювання показників фізичного розвитку та оцінка нервово-психічного розвитку
 - C. Визначення біологічного віку дитини.
 - D. Оцінка нервово-психічного розвитку

- Е. Динамічний процес росту (збільшення довжини і маси тіла).
6. На фізичний розвиток впливають
- А. Біологічні фактори
 - В. Соціальні фактори
 - С. Біологічні та соціальні фактори
 - Д. Політичні фактори
 - Е. Все перераховане.
7. У новонародженої дитини співвідношення обводів голови та грудної клітки таке:
- А. Однакові
 - В. Переважає обвід голови
 - С. Переважає обвід грудної клітки.
 - Д. Переважає обвід голови в 2 рази
 - Е. Переважає обвід грудної клітки в 2 рази.
8. Збільшення величини обводу голови новонародженої дитини свідчить про:
- А. Мікроцефалію
 - В. Гідроцефалію
 - С. Пологову травму.
 - Д. Асфіксію плода.
 - Е. Затримку внутрішньоутробного розвитку.

Коди правильних відповідей на тести для самоконтролю:

1 – Е; 2 – Д; 3 – Д; 4 – А. 5 – В, 6 – Е, 7 – В, 8 – В.

Задача для самоконтролю №1:

У відділення старшого дитинства дитячої лікарні госпіталізована дівчинка 8-ми років з діагнозом: Г. вогнищева правобічна бронхопневмонія. Яку лікувальну дієту необхідно їй призначити, якщо у неї в анамнезі алергічна реакція на коров'яче молоко?

Еталон відповідей:

Дитині призначається гіпоалергічна дієта – Стіл №5 (п) – виключення коров'ячого молока, сиру, кефіру, виключення облігат-

них алергенів – цитрусові, шоколад, кока-кола; виключають з раціону харчування жирні, жарені, копчені продукти харчування, приправи.

Задача для самоконтролю №2

Дівчинка народилася з вагою 2400г, довжиною тіла 48 см. Дівчинка знаходилась виключно на грудному вигодовуванні до 6 місяців. В 6 місяців розпочато введення прикорму згідно віку. Під час обов'язкових профілактичних візитів проведена антропометрія: 1 міс – маса 3,200 г, довжина 50 см

2 міс – маса 4,000 г, довжина 53 см

3 міс – маса 4300 г, довжина 56 см

4 міс – маса 5000 г, довжина 58 см

5 міс – маса 5400 г, довжина 60 см

6 міс – маса 5600 г, довжина 62 см

7 міс – маса 6000 г, довжина 64 см

12 міс – маса 7200 г, довжина 71 см

2 роки – маса 9200 г, довжина 81 см

Завдання: нанести показники маси та довжини/зросту на графік і з'єднати точки. Прокоментувати графік маси тіла.

Еталон відповідей:

Дівчинка стабільно набирає масу тіла, крива маси тіла проходить паралельно лінії стандартного відхилення -2. Крива має сталий позитивний характер.

Інтерпретація графіка маси тіла: дівчинка набирає масу стабільно, на графіку ми спостерігаємо позитивну динаміку кривої маси тіла. Крива маси проходить паралельно лінії -2 стандартного відхилення, не перетинає її.

Оцінка довжини до віку та співвідношення маси до довжини: якщо графік довжини тіла так само проходить паралельно лінії стандартного відхилення -2, це означає, що дівчинка просто наслідувала конституцію матері.

САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ ПО ЗАСВОЄННЮ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК У ПЛАНІ ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ

■ ПОЗААУДИТОРНЕ ЗАНЯТТЯ №1.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Відпрацювання практичних навичок та вмій з розділу «Догляд за дітьми в умовах педіатричного стаціонару».

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

Знати:

Ведення медичної документації в дитячому стаціонарі

Як дотримуватися санітарно-гігієнічного режиму дитячої лікарні

Як здійснити транспортування хворих дітей з приймального відділення

Вміти:

Визначити гігієнічний режим дитини, яка знаходиться на лікуванні в дитячій лікарні.

Провести очистну та лікувальну клізму дитині.

Провести санітарну обробку хворого на педикульоз.

Провести заміну білизни тяжкохворій дитині.

3. МАТЕРІАЛИ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

3.1. ЗМІСТ ТЕМИ

1. Провести розпитування хворого та заповнити титульну сторінку історії хвороби.

Під час прийому хворого у приймальному відділенні черговий лікар встановлює попередній діагноз, оцінює обґрунтованість госпіталізації, якщо необхідно, надає невідкладну медичну допомогу.

Хворі можуть доставлятися до лікарні каретою швидкої медичної допомоги, батьками або родичами за направленням лі-

каря дитячої поліклініки і інших дитячих установ або без направлення по «самозверненню». В приймальному відділенні при госпіталізації хворої дитини оформляється основний документ – **«Медичної карти стаціонарного хворого», ф. № 003/у (історії хвороби)**, в яку обов'язково вклеюється виписка з історії розвитку дитини, дані лабораторних і інструментальних досліджень, відомості про контакти з інфекційними хворими. Без цих документів хворі можуть бути прийняті в лікарню тільки у стані, що потребує надання невідкладної медичної допомоги.

Прийом хворої дитини ведеться у відповідній послідовності: реєстрація, лікарський огляд, необхідна лікувальна допомога, санітарна обробка, транспортування у відповідне відділення. Медична сестра реєструє надходження хворого до приймального відділення в журналі реєстрації звернень, заповнює паспортну частину **«Медичної карти стаціонарного хворого», ф. № 003/у (історії хвороби)**, вимірює температуру тіла, повідомляє лікаря про отримані відомості. На титульному листі історії хвороби відмічаються: дата госпіталізації; дата виписки (або смерті); назва відділення; номер палати; ліжко-дні; група крові, резус-належність; підвищена чутливість або непереносимість лікарських препаратів; ПІБ; стать; вік; постійне місце проживання; місце роботи батьків, їх спеціальність або посада; ким направлений хворий; госпіталізація екстрена чи планова; діагноз лікувального закладу, який направив хворого; діагноз при госпіталізації; діагноз клінічний (з указанням дати встановлення діагнозу та прізвище лікаря, який встановив діагноз; діагноз заключний (основний, ускладнення основного, супутній). Збирати анамнез необхідно терпляче, спокійно, ввічливо.

Лікар під час огляду збирає дані про скарги хворого, дані про виникнення захворювання, його перебіг до моменту госпіталізації. Дані анамнезу та огляду вносяться в пункт «Огляд лікаря приймального покою».

2. Провести обробку предметів догляду за дитиною після використання.

В умовах стаціонару судно, сечоприймач або горщик щодня миють гарячою водою з господарським милом і потім обробляють 1% розчином хлораміну чи іншим дозволеним СЕС дезінфікуючим засобом.

Найбільш поширені дезінфікуючі засоби і способи їх використання.

Хлорне вапно (гіпохлорид кальцію) останнім часом використовується дуже рідко, так як цей засіб має різкий запах, розідає руки, є дешевим. Він являє собою білий дрібний порошок з різким запахом хлора. Зберігають його в сухій, захищеній від світла тарі. Частіше застосовується розчин хлорного вапна, який освітлюють. Вапняний розчин готують в дерев'яному, емальованому, фаянсовому або захищеному від корозії металевому посуді з кришкою, що закривається. Як правило, використовують 10% і 20% розчини. Для цього розраховують кількість хлорного вапна розмішують спочатку в невеликій кількості води до утворення рівномірної кашки, потім, продовжуючи помішувати, доливають воду до загального об'єму, знову перемішують до утворення однорідної суспензії і залишають під кришкою на 24 години. Протягом перших 4 годин необхідно не менше 3 разів перемішати суміш. Через 24 години обережно, не збовтуючи осаду, освітлений розчин зливають. Для дезінфекції, як правило, використовують 0,2—1% робочий розчин, виготовлений із вихідного розчину (на 10 л потрібно 200—1000 мл вихідного 10 % розчину, що був освітлений).

Хлорамін В (N-хлорбензолсульфонамід натрію) — білий кристалічний порошок, що містить 25—29% активного хлора і має специфічний запах. Для знезараження використовують 0,2—4% розчин хлораміну. Готують 1% розчин хлораміну В, розмішуючи порошок в невеликій кількості гарячої води (50—60 °С), потім доводять розчин водою до потрібного об'єму. На 10 л води необхідно взяти 0,1 кг хлораміну. Термін зберігання готового розчину не більше 5 днів.

Мильно-содови розчин 1—2 % не має різкого запаху, не шкідливий для дитини. Готують його таким чином: додають у

воду відповідну кількість господарського мила і бікарбонату натрію (сода). Для приготування 1 % розчину 0,1 кг господарського мила і 0,1 кг соди розводять в 10 л води. Розчин готують безпосередньо перед використанням і обробляють предмети догляду за хворою дитиною.

Одним із сучасних дезінфікуючих засобів є Деконекс 50 ФФ. Для дезінфекції використовують 1% р-н. Знезараження проводять в емальованих, скляних або пластмасових ємкостях, що закриваються кришками. Вироби повністю занурюють в розчини одразу після їх застосування, використовуючи допоміжні засоби (шприци, піпетки), заповнюючи ним всі канали і порожнини, які при цьому звільняються від повітря. Товща шару розчину над виробами повинна бути не менше 1 см. Після дезінфекції вироби промивають проточною питною водою протягом 5 хв.

3. Провести огляд хворої дитини на наявність корости та педикульозу.

В приймальному відділенні обов'язково оглядають дитину з метою виявлення педикульозу та корости. При потраплянні до відділень лікарні такі хворі можуть заразити вошами і кліщами інших дітей. Педикульоз передається при безпосередньому контакті з хворим, його одягом і постільною білизною. Появі педикульозу, так само як і корости, сприяють неохайність, велика скученість людей, порушення санітарно-гігієнічних правил, погана організація санітарно-освітньої роботи, низький рівень культури. Воші бувають головні, платтяні, лобкові. Платтяні воші живуть і відкладають яйця переважно в складах білизни. Розміри вошів 1,5—4 мм, а їх яєць (гнид) — не більше 0,6—1 мм. Гниди головних вошів довгастої форми, вони як би приклеєні до волосяного стержню особливою клейкою масою, причому майже завжди розташовуються поблизу коренів волосся.

У разі виявлення педикульозу проводиться спеціальна дезінсекційна обробка дитини, а при необхідності — його натільної (або постільної) білизни. При виявленні на волосяній частині

голови вошів або гнид, хворого, не роздягаючи, усаджують на кушетку і обробляють волосся одним з інсектицидних розчинів або зістригають їх (за згодою батьків). В даний час використовують 20 % водно-мильну суспензію бензилбензоату (10—30 мл); лосьйон «Ниттифор» (50—60 мл); 10 % водну мильно-гасову емульсію (5—10 мл); шампуні “Педилін”, “Хантер”.

Після обробки волосистої частини голови вибраним розчином медсестра мокре волосся накриває поліетиленовою серветкою і пов’язує голову хустинкою на 20—30 хв. (при використанні лосьйону «Ниттифор» експозиція збільшується до 40 хв). Потім миють голову гарячою водою із застосуванням туалетного мила, ретельно вичесують волосся (на клейонку або папір) частим гребінцем, змоченим 8 % розчином столового оцту, ретельно промивають чистою водою. Для видалення гнид застосовують підігрій до 27—30 °С столовий оцет. Ватою, змоченою оцтом, обробляють окремі пасма волосся, пов’язують голову хустинкою на 15—20 хв, після чого ретельно вичесують волосся частим гребінцем і миють голову.

Процедуру повторюють через 7—10 днів. Якщо волосся обстригалось, його необхідно зібрати на папір і спалити в промаркірованому оцинкованому відрі.

Персонал відділення, що проводив санітарну обробку хворого, після її закінчення повинен помитися, одяг у разі потреби здають для обробки в дезінфекційну камеру. В приміщенні, де проводили санітарну обробку хворої дитини, підлогу, стільці і інші предмети зрошують 0,5 % розчином хлорофосу з розрахунку 100 мл на 1 м², 2—3 год провітрюють кімнату і потім проводять вологе прибирання приміщення. На титульному листі медичної карти стаціонарного хворого в цьому випадку ставлять спеціальну відмітку - «Педикульоз». Такий хворий знаходиться під спеціальним спостереженням медичного персоналу. При необхідності обробка волосся проводиться повторно до повної ліквідації педикульозу. Про кожного хворого з педикульозом повідомляють в центр санітарно-епідеміологічного нагляду за місцем проживання.

Для виявлення корости оглядають шкіру кистей рук, тулуба. При виявленні коростяних ходів проводиться обов'язкове лікування хворого, профілактичне лікування осіб, що контактували з ним, проводять дезинсекційну обробку одягу і постільних речей дитини щоб уникнути повторного зараження. Це заразне захворювання, яке легко передається при прямому контакті зі шкірою хворого або побічно через одяг, рукавички, постільні або туалетні речі. Одяг і білизну хворого вкладають в мішок із клейонки, зрошують зовні одним з дезінфікуючих розчинів (1% розчин деконексу) і направляють в дезінфекційну камеру для проведення камерної дезинсекції. Натільну і постільну білизну кип'ятять, обробляють гарячим пресом або праскою.

4. Провести переміну натільної та постільної білизни хворому, що знаходиться на ліжковому режимі.

У дитячому відділенні лікарні заміну постільної білизни проводять у відділенні раз на 7-10 днів після гігієнічної ванни, але при необхідності білизну змінюють частіше. Діти старшого віку, що знаходяться в задовільному стані, переодягаються самостійно, а хворим молодшого віку допомагають медичні сестри або молодші медичні сестри. При зміні натільної білизни тяжкохворому, що знаходиться на суворому постільному режимі, медична сестра піднімає краї сорочки, знімає її через голову, а потім звільняє руки. Чисту білизну одягає в зворотньому порядку. Якщо у хворого пошкоджена рука, то спочатку знімають рукав зі здорової руки, а потім із хворої. Надягають сорочку спочатку на хвору, потім на здорову руку. Одночасно з зміною натільної білизни змінюють і постільну білизну. Якщо хворий може сидіти, то медична сестра пересаджує його з ліжка на стілець і перестилає ліжко. Зміну білизни у лежачих хворих проводять двома способами: 1) брудне простирадло згортають валиком з боку голови і ніг, а потім забирають. Чисте простирадло, що скачане з двох сторін як бинт, підводять під крижі хворого і розпрямляють по довжині ліжка; 2) хвору дитину пересувають на край ліжка, потім згортають брудне простирадло по довжині, на вільному місці

розпрямляють чисте, на яке перекладають хворого, а на іншій стороні знімають брудне і розпрямляють чисте. Брудну білизну збирають у пластмасові баки із кришками або клейончаті мішки і виносять з палати в спеціальну кімнату. Сестра-господарка, одягнувши змінний халат і фартух з клейонки, сортує білизну і передає її до пральні.

Після зміни білизни підлогу і навколишні предмети протирають дрантям, змоченим в 1% розчині гіпохлориду кальцію чи іншого дезінфікуючого засобу. У відділенні знаходиться запас білизни на добу. Забороняється сушити білизну на радіаторах центрального опалення і використовувати її повторно.

5. Приготувати необхідне обладнання для очисної клізми, продемонструвати методику її застосування на муляжі.

Дітям очисна клізма призначається при запорах, з метою очищення кишковика від калу і газів, при отруєннях, під час підготовки до операції, інструментальних досліджень. Не можна ставити очисні клізми дітям, у яких виявлено запальні, виразкові і гнійні процеси в ділянці ануса і в товстому відділі кишковика. Вони протипоказані також при шлунково-кишкових кровотечах, апендициті, перитоніті, після операцій на органах черевної порожнини, при колапсі та деяких інших станах.

Залежно від віку дитини для очисних клізм використовують гумові, грушоподібні балони різного об'єму - від 30 до 100 мл і більші. Дітям 5-6 років і більш старшим для очисних клізм вже потрібні значні кількості води і її вводять за допомогою кухля Есмарха. У кишечник дітей раннього віку вводять переварену воду температури 28-30° С, старших 25-30° С. При спастичних запорах, щоб угамувати спазми гладкої мускулатури кишечника, беруть воду підвищеної температури (37-38° С). При анатомічних запорах застосовують прохолодну воду (22-24° С і навіть 20° С), яка підсилює тонус і перистальтику товстого кишечника.

На одну очисну клізму, залежно від віку, потрібні різні кількості води : новонародженим – 30 мл; 1-3 міс. – 60 мл; 3-6 міс. – 90 мл; 6-9 міс. – 120 -150 мл; 9-12 міс. – 180 мл; 1-2 роки – 200

мл; 2-5 років 300 мл; 6-9 років – 400 мл; 10-14 років 500 мл. Наповнюють балон водою, наконечник добре змазують вазеліном або вазеліновим маслом, потім повернувши балон наконечником вгору, обережним натисканням на його дно випускають повітря до появи води з наконечника. Для проведення клізми дитину кладуть на лівий бік із зігнутими в колінах і притисненими до тулуба ногами. Наконечник гумового балону вводять у вихідник на 3 – 5 см, залежно від віку, після чого плавно витискують рідину у порожнину прямої кишки. Протягом 8 – 10 хвилин утримують сідниці стуленими, щоб рідина не вилилась швидко назовні. За цей час готують пелюшку, яка добре вбирає рідину, закладають її між ноги, потім відпускають сідниці, щоб дитина випорожнилась. Малят віком понад 9 – 10 місяців можна посадити на горщик, щоб пряма кишка повністю звільнилась від води і калових мас. Усі предмети, якими користуються для очисної клізми, обробляють дезінфікуючими засобами.

3.2. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна:

Практикум з пропедевтичної педіатрії з доглядом за дітьми. / За ред. В.Г. Майданника, К.Д. Дуки.-К.: Знання України, 2002. – 356с.

Капітан Т.В. Пропедевтика дитячих хвороб з доглядом за дітьми.-Вінниця-Київ.2002.-С.39-63.

Марушко Ю.В., Т.В. Гищак. Маніпуляції в педіатрії (показання і техніка виконання)

Додаткова:

Гребнев А.Л., Шептуши А.А., Основы общего ухода за больными, - М.: Медицина, 1991.-С.89-108.

Винникова С.П., Дыгало И.Н., Крюкова Д.А. и др. Практические навыки и умения медсестры педиатрического профиля – Ростов-на-дону: «Феникс» 2002. – 128с.

■ ПОЗААУДИТОРНЕ ЗАНЯТТЯ №2.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Відпрацювання практичних навичок та вмій з розділу «Догляд за дітьми в умовах педіатричного стаціонару».

1.1. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

Знати:

Як здійснювати догляд за дитиною раннього віку

Техніку проведення гігієнічної ванни для дітей різного віку

Вміти:

Виміряти температуру тіла у дітей різного віку.

Провести гігієнічну ванну дитині різного віку

Відпрацювати методику закрапування очей та вух у дітей різного віку.

2. МАТЕРІАЛИ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

ЗМІСТ ТЕМИ

1. Провести вимірювання температури у хворої дитини та оформити температурний лист.

Температуру тіла у дітей вимірюють за допомогою електронного чи ртутного термометра. Нормальною вважається температура 36,0 – 36,9 гр.С. 37,0-37,9 гр.С – субфебрильна температура тіла; 38,0- 38,9 гр.С – фебрильна температура тіла; 39,0 і вище – гектична температура тіла. В стаціонарі температуру тіла в обов'язковому порядку вимірюють двічі на добу, результати виносять на температурний листок (форма 004/о). Температурний листок являється оперативним документом для графічного зображення деяких основних даних, які характеризують стан здоров'я хворого: пульс, артеріальний тиск, температура тощо. Щоденно лікуючий лікар записує в медичній карті стаціонарного хворого дані про стан хворого. Палатна медична сестра переносить дані про температуру, пульс, артеріальний тиск, дихання в температурний листок і викреслює відповідні криві щодо цих показників. Крім того, в температурний листок заноситься час-

тота дихання, вага, кількість випитої рідини, добова кількість сечі, випорожнення, число ванн.

На занятті студент самостійно вимірює температуру тіла дитині до року та дитині старшого віку.

2. Підготувати відповідні засоби та продемонструвати на муляжі методику підмивання дитини залежно від статі та проведення гігієнічної ванни.

Одним з найважливіших гігієнічних заходів є гігієнічна ванна. Дітям старше 1 року в стаціонарі їх проводять один раз на 7-10 днів, а дітей першого року життя купають щоденно, якщо відсутні протипоказання. Для прийняття дитиною ванни приміщення повинно бути світлим, чистим та теплим (25°C). Під час прийняття ванни забороняється відкривати квартирки. В кожній ванні повинен бути дерев'яний настил, поверх якого кладуть пелюшку; пелюшку змінюють після кожного хворого. Перед початком проведення купання ванну ретельно миють щіткою з милом та протирають 1% розчином хлораміну чи іншим дезінфікуючим засобом, потім ополіскують водою. Ванну наповнюють водою безпосередньо перед купанням, холодну та гарячу воду наливають по черзі. Заповнюють ванну водою на 1/2 або 2/3 - вода при зануренні дитини повинна досягати середньої третини грудної клітки та не закривати ділянку серця. Температуру води вимірюють спеціальним термометром.

Миють дитину фланелевою рукавичкою або індивідуальною губкою. Спочатку миють голову, потім тулуб і ноги, особливо ретельно протирають складки на шиї, в пахвинних і пахових областях. Тривалість прийняття ванни для дітей до 2-х років життя 8-10 хвилин, старше 2 років – 10-20 хв. Мило використовують тільки „Дитяче”. Після купання дитину обливають теплою водою з душу або глечика (температура води 36,5°C), завертають в простирадло. Шкіру після купання, особливо дітей першого року життя, ретельно промокають. При необхідності шкірні складки змащують дитячим кремом. Волосся витирають і на голову пов'язують хустинку.

При необхідності проведення гігієнічної ванни хворим, що знаходяться у важкому стані, їх миють у ванні, занурюючи і виймаючи з ванни на простирадлі, або використовують багатофункціональні ліжка.

Після купання дитину переодягають в чистий одяг. В день купання як правило проводиться зміна постільної білизни. В медичній карті стаціонарного хворого робиться відмітка про проведення гігієнічної ванни. Протипоказами до проведення медичних ванн є гіпертермія, деякі шкірні захворювання, важкий загальний стан, явища декомпенсації збоку окремих органів і систем організму.

3. Підготувати відповідні засоби та продемонструвати на муляжі методику закрапування крапель у вуха та ніс дитині.

Для закрапування ліків у очні яблука в піпетку набирають лікарський засіб. Вказівним пальцем злегка відтягують нижню повіку, іншою рукою з піпетки повільно випускають одну краплю (ближче до носа). Хворий при цьому повинен дивитися в протилежну сторону. Через деякий час закрапують другу краплю і просять дитину закрити очі. Після використання очну піпетку промивають теплою водою і кладуть в спеціальну ємкість з дез-розчином.

При закрапуванні крапель у вуха дитини голову хворого нахиляють до правого плеча. Лівою рукою відтягують мочку вуха, правою закрапують кілька крапель в слуховий прохід. Після цього у вуха закладають невеликий ватний тампон на декілька хвилин або пов'язують голову хустиною.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна:

Практикум з пропедевтичної педіатрії з доглядом за дітьми. / За ред. –В.Г. Майданника, К.Д. Дуки.-К.: Знання України, 2002. -356с.

Капітан Т.В. Пропедевтика дитячих хвороб з доглядом за дітьми.-Вінниця-Київ.2002.-С.39-63.

3. Марушко Ю.В., Т.В. Гищак Маніпуляції в педіатрії (показання і техніка виконання)

Додаткова:

Гребнев А.Л., Шептуши А.А. Основы общего ухода за больными, - М.: Медицина, 1991.-С.89-108.

С. П. Винникова, И. Н. Дыгало и др. /Практические навыки и умения медсестры педиатрического профиля – Ростов-на-Дону «Феникс» 2002.

■ ПОЗААУДИТОРНЕ ЗАНЯТТЯ №3.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Відпрацювання практичних навичок та вмінь з розділу «Догляд за дітьми в умовах педіатричного стаціонару».

1.1. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

Знати:

Як здійснити догляд за дитиною раннього віку

Техніку антропометричних вимірювань у дітей різного віку.

Вміти:

Провести вимірювання зросту, маси тіла дитини.

Провести вимірювання обводів голови, грудної клітки, кінцівок у дітей різного віку.

Відпрацювати методику закрапування очей та вух у дітей першого року життя.

2. МАТЕРІАЛИ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

ЗМІСТ ТЕМИ

1. Підготувати відповідні засоби та продемонструвати на муляжі методику годування дитини першого року життя.

Перед годуванням дитини ретельно миють руки, попередньо кип'ятять соску, яку надягають на пляшечку. Брати в рот соску

дитини в жодному разі не можна, тому що в порожнині рота дорослого багато мікроорганізмів. У дитячу градуйовану пляшку засипають суху молочну суміш і до необхідного об'єму доливають теплу кип'ячу воду, збовтують суміш. Якщо після годування залишилося в пляшці молоко, його виливають, не застосовують на наступне годування, тому що цей продукт не буде свіжим. В разі приготування суміші зарані (не більше 2 год) перед уживанням суміш підігривають на водяній бані або в спеціальному підігрівнику до температури 37 градусів С. Пляшку перед і після годування миють гарячою водою із содою, обполіскують або кип'ятять. Під час годування дитини її голова повинна бути піднята і лежати на плечі у матері чи на подушці. Якщо в дитини відзначається часте зригування повітрям або частиною з'їденої їжі, її варто потримати кілька хвилин у вертикальному положенні.

2. Підготувати відповідні засоби та продемонструвати на муляжі методику туалету очей, вух, порожнини рота дитині першого року життя.

При проведенні вранішнього туалету дитині першого року життя промивають очі кип'ячею водою. Якщо є виділення, що склеюють вії, очі промивають за допомогою стерильного ватного тампону, змоченого теплим міцним чаєм від зовнішнього кута до перенісся.

При захворюваннях очей по розпорядженню лікаря проводять закрапування крапель або втирання мазей. Перед процедурою медична сестра ретельно миє руки з милом і щіткою, протирає їх спиртом. Для закрапування в очі ліків в піпетку набирають лікарський засіб. Вказівним пальцем злегка відтягують нижню повіку, іншою рукою з піпетки повільно випускають одну краплю лікарського засобу. Чистим ватним тампоном витирають надлишок рідини, який стікає з очного яблука.

Очну мазь закладають за допомогою скляної лопатки. Для цього відтягують нижню повіку і на кон'юнктиву закладають мазь, очі просять закрити, обережними рухами пальців по повіці розтирають мазь.

Догляд за вухами. Під час щоденного вранішнього туалету, коли дитина вмивається, дитина повинна мити і вуха. При виявленні сірчаної пробки в зовнішньому слуховому проході її видаляють. Для цього у вухо закрапають декілька крапель 3% перекису водню або стерильного вазелінового масла, за допомогою ватної турунди обертальними рухами видаляють пробку.

Догляд за порожниною носа. Якщо дитина самостійно не може звільнити ніс, то їй надає допомогу медична сестра – видаляє скориночки, що утворилися. Для цього в носові ходи попеременно вводять ватну турунду, змочену вазеліновою олією (бажано стерильною), гліцерином або іншим масляним розчином. При цьому голову дитини закидають назад і через 2-3 хвилини обертальними рухами видаляють скориночки. Догляд за носом вимагає певного навичку і терпіння.

3. Підготувати відповідні засоби та продемонструвати на муляжі методику антропометричних вимірювань (зросту, маси, обводів голови та грудної клітини) дитині певного віку.

Масу тіла грудної дитини визначають на спеціальних дитячих електронних вагах з максимально допустимим навантаженням до 10 кг та точністю вимірювання до 1г. Зважування проводиться вранці, після сечовипускання і дефекації, в білизні. При зважуванні дитини до 1 року спочатку на лоток вагів кладуть пелюшку, дитину викладають на ваги головою на широку частину лотка. Відмічають показання маси тіла дитини разом з пелюшкою, після чого масу пелюшки віднімають від отриманої величини. Визначення **маси тіла дітей старшого віку** проводять вранці натще на спеціальних медичних вагах з точністю до 50 г.

Довжина тіла. Під довжиною розуміється розмір дитини від ніг до голови при вимірюванні у лежачому положенні, горизонтально. Вертикальне вимірювання цього ж розміру стоячи носить назву зросту. Довжина тіла певною мірою відображає рівень зрілості організму. Довжину тіла у дітей перших 2 років вимірюють у положенні лежачи за допомогою спеціального ростоміру

у вигляді дошки з сантиметровою шкалою. Макушка дитини повинна щільно прилягати до нерухомої планки ростоміру. Голова фіксується так, щоб нижній край глазниці та верхній край зовнішнього слухового проходу знаходились на одному рівні. Ноги дитини розпрямляють легким надавлюванням на коліні. Рухому планку ростоміра щільно прижимають до п'яток дитини. У дітей старшого віку зріст вимірюється за допомогою вертикального ростоміра з відкидним табуретом. Дитина стоїть на площадці ростоміра спиною до шкали. Дитина торкається шкали потилицею, між лопатковою ділянкою, крестцом та п'ятками. Голова фіксується таким же чином – щоб нижній край глазниці та верхній край зовнішнього слухового проходу знаходились на одному рівні. Рухома планка фіксується на верхівковій точці голови.

Для вимірювання обводу голови сантиметрова стрічка накладається ззаду на найбільш виступаючу точку потилиці, а спереду — по надбрівних дугах. Початок сантиметрової стрічки повинен бути в лівій руці. Стрічку під час вимірювання не слід натягувати. Вимірювання обводу грудної клітки проводять у немовлят у лежачому положенні, у старших дітей — у стоячому. Дитина повинна перебувати у стані спокою, руки опущені. Початок сантиметрової стрічки знаходиться в лівій руці збоку пахви. Ззаду стрічка проводиться під кутом лопаток, а спереду — по нижньому краю ареоли. У дівчаток з розвиненими грудними залозами спереду стрічка проводиться по четвертому ребру над грудними залозами в місці переходу шкіри з грудної клітки на залозу.

Вимірювання обводу плеча виконують сантиметровою стрічкою, яка накладається на рівні пахви в горизонтальній площині на місці найбільш розвиненого двоголового м'яза. Вимірювання проводиться при розслабленому стані м'язів. Обвід стегна вимірюється на рівні промежини в найбільш широкій частині стегна. Сантиметрова стрічка проводиться безпосередньо під сідничною складкою в горизонтальній площині. Під час вимірювання обводу гомілки сантиметрова стрічка накладається в ділянці найбільшого об'єму литкових м'язів.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна:

Практикум з пропедевтичної педіатрії з доглядом за дітьми. / За ред. – В.Г. Майданника, К.Д. Дуки.-К.: Знання України, 2002. – 356с.

Капітан Т.В. Пропедевтика дитячих хвороб з доглядом за дітьми. – Вінниця-Київ, 2002. – С.39-63.

Марушко Ю.В., Т.В. Гищак. Маніпуляції в педіатрії (показання і техніка виконання).

Додаткова:

Гребнев А.Л., Шептуши А.А., Основы общего ухода за больными, - М.: Медицина, 1991.-С.89-108.

С. П. Винникова, И. Н. Дыгало и др. /Практические навыки и умения медсестры педиатрического профиля – Ростов-на-Дону «Феникс» 2002.

САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ ПО ЗАСВОЄННЮ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК У ПЛАНІ ОСОБЛИВОСТЕЙ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ДОГЛЯДУ ЗА ПАЦІЄНТАМИ З COVID 19

■ ПОЗААУДИТОРНЕ ЗАНЯТТЯ №4.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Відпрацювання особливостей спостереження та догляду за пацієнтами з Covid 19 з розділу «Догляд за дітьми в умовах педіатричного стаціонару».

1.1. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

Знати:

Що таке Covid 19

Шляхи запобігання зараженню Covid 19

Як здійснити догляд за пацієнтами з Covid 19

Спостереження та догляду за пацієнтами з Covid 19

Вміти:

Проводити спостереження та догляд пацієнтам з Covid 19

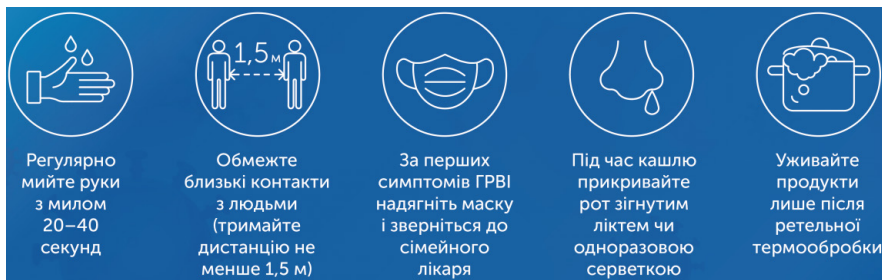
2. МАТЕРІАЛИ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

ЗМІСТ ТЕМИ

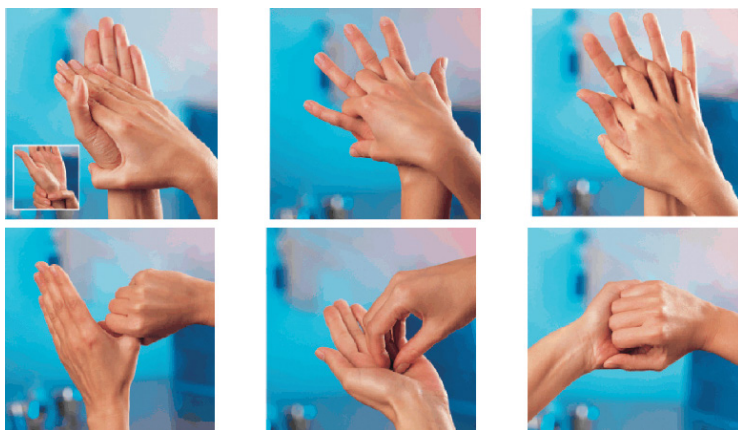
Коронавірусна хвороба 2019 (COVID-19) — це інфекційне ураження дихальних шляхів, спричинене новим коронавірусом SARS-CoV-2, який був вперше виявлений у місті Вухань, Китай, у грудні 2019 року. Перебігати хвороба може легко без ускладнень, проте у 14% людей розвивається важка форма хвороби, яка потребує госпіталізації та кисневої терапії, а 5% хворих потребують допомоги у відділенні інтенсивної терапії.

У дорослих симптоматичний перебіг COVID-19 більш виражений ніж у дітей та проявляються гарячкою та кашлем, або супутніми інфекціями. У дітей перебіг COVID-19 більш легший, та навіть може бути безсимптомним, також були підтверджені випадки COVID-19 у новонароджених. Тому саме раннє виявлення COVID-19 у пацієнтів дозволяє своєчасне застосування заходів епідемічної безпеки.

Дуже важливим елементом клінічного догляду за пацієнтом є своєчасна та негайна реалізація заходів, спрямованих на попередження та контроль інфекції. Як тільки пацієнт потрапляє до лікарні необхідно одразу розпочинати заходи спрямовані на попередження та контроль інфекції, такі як скринінгове дослідження при зверненні до служби невідкладної допомоги, амбулаторій та поліклініки. Дуже важливим елементом захисту є саме медична маска, пацієнти з підозрою на COVID-19 вдягають маску та направляються до окремо виділеної зони. Велике значення має дистанція, яка повинна бути не менше 1 метра між пацієнтами з підозрою на інфікування.



Для попередження розповсюдження інфекції ці запобіжні заходи мають використовуватися завжди у всіх відділеннях закладів охорони здоров'я. Стандартні запобіжні заходи включають гігієну рук і використання засобів індивідуального захисту при прямому та непрямому контакті з кров'ю та іншими рідинами пацієнта, включаючи виділення під час дихання і неущожену шкіру. Правильне миття рук має велике значення для запобігання поширення вірусу.



Також дуже важливими запобіжними заходами є запобігання уколів голками та іншими гострими предметами, безпечну утилізацію відходів, чищення та дезінфекцію обладнання та приміщень. Також працівники охорони здоров'я мають проводити оцінку ризику інфікування для кожного пацієнта, та визначати необхідність додаткового захисту (від крапельної, повітряної та контактної передачі).

В зв'язку з пандемією Covid 19 МОЗ України запровадили спеціальні протоколи з метою забезпечення розповсюдження коронавірусної хвороби (COVID-19). В протоколах МОЗ описані організаційні заходи, клінічні аспекти госпіталізації саме за клінічними критеріями, а також виявлення групи ризику розвитку ускладнень захворювання, надання неспецифічного лікування. Наразі в Україні є чинним наказ МОЗ України від 28 березня 2020 року № 722 «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)», який впроваджений в закладах охорони здоров'я.

При госпіталізації обстеження пацієнта здійснюються для оцінки клінічного стану і визначення можливості застосування зазначених в протоколі лікарських засобів з огляду на наявність протипоказань.

Перелік обстежень при госпіталізації: ЕКГ, загальний клінічний аналіз крові з підрахунком формених елементів; загальний клінічний аналіз сечі; біохімічний аналіз крові; визначення рівня глюкози крові. В процесі лікування лікарськими засобами гідроксихлорохін, хлорохін, лопінавір/ритонавір. Для кожного пацієнта здійснюється підбір лікування з урахуванням індивідуального перебігу захворювання, супутньої патології та наявності протипоказань та за умови отримання інформованої згоди пацієнта.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна:

Постанова Кабінету Міністрів України від 11 березня 2020 р. № 211 “Про запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2”

Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, спрямованих на запобігання виникненню і поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19)»

Наказ МОЗ України від 2.04.2020 № 762 «Про затвердження протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)»»

Наказ МОЗ України від 13.03.2020 № 663 «Про оптимізацію заходів щодо недопущення занесення і поширення на території України випадків COVID-19»

Наказ МОЗ України від 23.04.2020 № 953 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 березня 2020 року №722»

Interim clinical guidance for adults with suspected or confirmed COVID-19 in Belgium https://epidemiology.wivisp.be/ID/Documents/Covid19/COVID19_InterimGuidelines_Treatment_ENG.pdf

Liu Y, Yan L-M, Wan L, Xiang T-X, Le A, Liu J-M, et al. Viral dynamics in mild and severe cases of COVID-19. *The Lancet Infectious Diseases* 2020; 0. doi:10.1016/S1473-3099(20)30232-2

Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* Published Online First: 11 March 2020. doi:10.1016/S0140-6736(20)30566-3

Agostini ML, Andres EL, Sims AC, Graham RL, Sheahan TP, Lu X, et al. Coronavirus Susceptibility to the Antiviral Remdesivir (GS-5734) Is Mediated by the Viral Polymerase and the Proofreading Exoribonuclease. *mBio* 2018; 9. doi:10.1128/mBio.00221-184
Sheahan TP, Sims AC, Graham RL, Menachery VD, Gralinski LE, Case JB, et al. Broad-spectrum antiviral GS-5734 inhibits both epidemic and zoonotic coronaviruses. *Sci Transl Med* 2017; 9:eaal3653.

Sheahan TP, Sims AC, Leist SR, Schäfer A, Won J, Brown AJ, et al. Comparative therapeutic efficacy of remdesivir and combination lopinavir, ritonavir, and interferon beta against MERS-CoV. *Nat Commun* 2020; 11:222.

Gordon CJ, Tchesnokov EP, Feng JY, Porter DP, Gotte M. The antiviral compound remdesivir potently inhibits RNA-dependent RNA polymerase from Middle East respiratory syndrome coronavirus. *J Biol Chem* 2020; ;jbc.AC120.013056.

Wang M, Cao R, Zhang L, Yang X, Liu J, Xu M, et al. Remdesivir and chloroquine effectively inhibit the recently emerged novel coronavirus (2019-nCoV) in vitro. *Cell Research* 2020; ;1-3.

Brown AJ, Won JJ, Graham RL, Dinno KH, Sims AC, Feng JY, et al. Broad spectrum antiviral remdesivir inhibits human endemic and zoonotic deltacoronaviruses with a highly divergent RNA dependent RNA polymerase. *Antiviral Res* 2019; 169:104541.

Vincent MJ, Bergeron E, Benjannet S, Erickson BR, Rollin PE, Ksiazek TG, et al. Chloroquine is a potent inhibitor of SARS coronavirus infection and spread. *Virology Journal* 2005; 2:69.

Keyaerts E, Vijgen L, Maes P, Neyts J, Van Ranst M. In vitro inhibition of severe acute respiratory syndrome coronavirus by chloroquine. *Biochem Biophys Res Commun* 2004; 323:264–268.

De Wilde AH, Jochmans D, Posthuma CC, Zevenhoven-Dobbe JC, van Nieuwkoop S, Bestebroer TM, et al. Screening of an FDA-Approved Compound Library Identifies Four Small-Molecule Inhibitors of Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus Replication in Cell Culture. *Antimicrob Agents Chemother* 2014; 58:4875–4884.

Barnard DL, Day CW, Bailey K, Heiner M, Montgomery R, Lauridsen L, et al. Evaluation of immunomodulators, interferons and known in vitro SARS-coV inhibitors for inhibition of SARS-coV replication in BALB/c mice. *Antivir Chem Chemother* 2006; 17:275–284.

Multicenter collaboration group of Department of Science and Technology of Guangdong Province and Health Commission of Guangdong Province for chloroquine in the treatment of novel coronavirus pneumonia. [Expert consensus on chloroquine phosphate for the treatment of novel coronavirus pneumonia]. *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi* 2020; 43:E019.

ПРОТОКОЛ

проходження виробничої практики
з догляду за хворими дітьми

студента II курсу _____ факультету _____ групи

(ПІБ)

Місце проходження практики:

Кафедра _____

Клінічна база _____

Дата, години роботи*	Зміст виконаної роботи**	Підпис викладача**

* окремо вказуються години роботи під час аудиторної підготовки і самостійної роботи

** наводиться перелік виконаних маніпуляцій та завдань з вказанням у дужках їх кількості, номерів палати або назви підрозділу відділення, де вони безпосередньо виконувались

*** виконання маніпуляції та завдань під час аудиторної підготовки засвідчується підписом викладача, під час самостійної роботи – старшою медичною сестрою відділення.

ПІДСУМКОВИЙ ЗВІТ

про виконану під час виробничої практики роботу
з догляду за хворими дітьми
в обов'язі обов'язків молодшого медичного персоналу
студента II курсу _____ факультету _____ групи

(ПІБ)

Місце проходження практики:

Кафедра _____

Клінічна база _____

№ з/п	Найменування маніпуляцій і процедур	Мінімум	Виконано
1.	Санітарно-гігієнічне прибирання приміщень	3	
2.	Заповнення документації в приймальному відділенні лікарні	2	
3.	Огляд дітей на наявність корости та педікульозу	3	
4.	Транспортування хворих дітей у відділення	2	
5.	Проведення антропометричних досліджень (росту, маси тіла, обводів голови, грудної клітки, плеча, стегна, гомілки)	4	
6.	Проведення розпитування хворих дітей	4	
7.	Проведення обробки предметів догляду за дитиною після використання.	6	
8.	Приготування молочної суміші	2	
9.	Годування дітей грудного віку із пляшечки та ложечки.	2	
10.	Підмивання дитини залежно від статі	4	
11.	Вимірювання температури тіла	6	
12.	Заповнення температурних листків	6	
13.	Проведення туалету очей, вух, порожнини рота дитині першого року життя.	4	
14.	Інше (вказати)		

Підпис викладача _____

ПЕРЕЛІК ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК З ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ «ДОГЛЯД ЗА ДІТЬМИ В УМОВАХ ПЕДІАТРИЧНОГО СТАЦІОНАРУ»

Провести розпитування хворої дитини та заповнити титульну сторінку історії хвороби.

Провести обробку предметів догляду за дитиною після використання.

Оглянути дитину на наявність корости та педікульозу

Підготувати відповідні засоби та продемонструвати уміння приготування молочної суміші.

Підготувати відповідні засоби та продемонструвати на муляжі методику годування дитини першого року життя за допомогою пляшечці.

Підготувати відповідні засоби та продемонструвати на муляжі методику підмивання дитини залежно від статі та проведення гігієнічної ванни.

Підготувати відповідні засоби та продемонструвати на муляжі методику туалету очей, вух, порожнини рота дитині першого року життя.

Провести переміну натільної та постільної білизни дитині, що знаходиться на ліжковому режимі.

Приготувати необхідне обладнання для очисної клізми, дитини різного віку, продемонструвати методику її застосування на муляжі.

Продемонструвати можливі методики вимірювання температури у дитини та вміння записати результати у температурний листок.

Підготувати відповідні засоби та продемонструвати на муляжі методику сповивання новонародженої дитини.

Підготувати відповідні засоби та продемонструвати на муляжі методику антропометричних вимірювань (зросту, маси, обводів голови та грудної клітини) дитині певного віку.

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА 3

Тема №1. Особливості деонтології в роботі медичних працівників з дітьми та їх родичами. Основні професійні обов'язки молодшого та середнього медичного персоналу в дитячих поліклініках та педіатричних стаціонарах. Принципи фахової субординації в системі педіатр-медична сестра-молодший медичний персонал. Медична документація. Структура та функції педіатричного стаціонару і поліклініки 4

Тема №2. Приймальне відділення дитячої лікарні. Госпіталізація, санітарна обробка та транспортування хворих дітей. Організація санітарно-гігієнічного та проти-епідемічного режиму. Особиста гігієна медперсоналу 19

Тема №3. Особливості гігієни дітей та догляд за ними в стаціонарі дитячої лікарні. Дезинфекція та стерилізація предметів догляду за дітьми. Гігієнічні та лікувальні ванни. Догляд за дітьми з лихоманкою. Застосування клізм у дітей..... 35

Тема №4. Облік та правила зберігання лікарських засобів. Особливості введення лікарських засобів у дітей 55

Тема №5. Особливості організації харчування здорових дітей різного віку. Організація харчування дітей в умовах стаціонару. Техніка проведення антропометричних вимірювань у дітей різного віку..... 66

Самостійна робота студентів по засвоєнню практичних навичок у плані практичної підготовки	86
Позааудиторне заняття №1.....	86
Позааудиторне заняття №2.....	94
Позааудиторне заняття №3.....	97
Самостійна робота студентів по засвоєнню практичних навичок у плані собливостей спостереження та догляду за пацієнтами з COVID 19	101
Позааудиторне заняття №4.....	101
Протокол проходження виробничої практики з догляду за хворими дітьми	107
Підсумковий звіт про виконану під час виробничої практики роботу з догляду за хворими дітьми в обсязі обов'язків молодшого медичного персоналу	108
Перелік практичних навичок з виробничої практики «Догляд за дітьми в умовах педіатричного стаціонару»...	109

Марушко Ю.В., Московенко О.Д., Хомич О.В.

**ДОГЛЯД ЗА ХВОРОЮ ДИТИНОЮ
В УМОВАХ ПЕДІАТРИЧНОГО СТАЦІОНАРУ
(ВИРОБНИЧА ПРАКТИКА З ПЕДІАТРІЇ)**

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

(Видання друге, перероблене та доповнене)

Формат 60×84 1/16. Друк офсетний, папір офсетний.
Ум. друк. арк. 6,5. Наклад 1000 прим. Зам. № 1105-20.

Підготовлено до друку та віддруковано
у приватній друкарні ФО-П Сторожук О. В.
29000, Проскурівська, 19, м. Хмельницький
e-mail: polidruk@gmail.com

Свідоцтво про державну реєстрацію
ДК №1548 від 01.07.2013.